



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
*Campus de Araçatuba*

**BÁRBARA CURI GAWLINSKI**

**Avaliação das condições de saúde bucal em  
adolescentes que participaram de um programa  
odontológico educativo preventivo  
na primeira década de vida.**

**Araçatuba  
2017**

**BÁRBARA CURI GAWLINSKI**

**Avaliação das condições de saúde bucal em  
adolescentes que participaram de um programa  
odontológico educativo preventivo  
na primeira década de vida.**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Faculdade de  
Odontologia de Araçatuba da  
Universidade Estadual Paulista “Júlio  
de Mesquita Filho” – UNESP, como  
parte dos requisitos para obtenção do  
título de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Robson Frederico  
Cunha

**Araçatuba  
2017**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu maior tesouro: *minha família*.

A minha amada mãe Viviane Curi. Não há palavras para descrever o tamanho do meu amor pela senhora, agradeço por ter se dedicado incansavelmente a minha criação. Sem você, eu nada seria.

A minha avó e alma gêmea, Dora. Obrigada por ser quem a senhora é! Por insistir em ajudar na nossa criação e por ser o melhor exemplo de vida para mim.

Ao meu avô Fausi, por ter me ensinado a viver sempre na verdade e honestidade.

Aos meus irmãos Nicolas e Gabriela, por estarem ao meu lado sempre quando precisei e por partilharem comigo histórias de uma vida toda.

A minha Tia Fabiana por ter sido minha luz, me amparando e ensinando a importância do autoconhecimento, da paciência e amor ao próximo.

A minha Tia Luciane, *in memoriam*. Lembro-me do seu sorriso todos os dias.

Aos meus Padrinhos Alex e Jissélia e meus primos Rafael e Vitória, que tanto alegram a minha vida.

Aos meus tios Daniel e Norma, por terem me apoiado durante a minha caminhada. Agradeço por terem acalmado meu coração, quando a saudade de casa estava grande, eu amo vocês.

A minha Bisavó Nagib, *in memoriam*, por ter me ensinado a importância da família e de Deus em minha vida.

A Dalvina Maria da Silva, *in memoriam*, por ter cuidado de mim desde meus dois anos até o dia em que me ajudou a fazer minhas malas para morar em Araçatuba. Dal, com certeza você fez a diferença na minha vida, e eu queria muito que você estivesse presente, para poder retribuir um pouco tudo o que fez por mim, saiba que você estará sempre no meu coração.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida, por ter me concedido forças para conquistar o meu diploma e por ser minha esperança nos dias difíceis.

Agradeço à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", UNESP, seus docentes, técnicos administrativos, funcionários e todas as pessoas que convivi ao longo desses anos.

Agradeço imensamente ao meu orientador Prof. Dr. Robson Frederico Cunha por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das minhas atividades durante a graduação e também na Bebê Clínica. Obrigada por ter despertado em mim todo o amor que tenho pela Odontopediatria; o senhor é uma grande inspiração para mim e é um prazer ter tido a oportunidade de aprender contigo.

Agradeço a todo o Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba e a Bebê Clínica, por terem possibilitado a realização desse trabalho da melhor forma possível.

Agradeço em especial meu namorado Adriano, que esteve ao meu lado pela maior parte da minha graduação, sempre apoiando as minhas decisões. Obrigada por tudo o que faz por mim, te amo.

Expresso minha eterna gratidão à minha mascote Violeta. Violeta, tenho certeza que você é um anjo da guarda enviado por Deus. Obrigada por ser minha melhor amiga e por trazer tanta alegria para minha vida.

Aos meus amigos, que sabem o quanto são importantes na minha vida, agradeço pelas alegrias e tristezas compartilhadas. "Talvez eu não tenha muitos amigos, mas o que eu tenho são os melhores que alguém poderia ter! "

Aos pacientes, que depositaram toda sua confiança em nós, alunos, e permitiram que nosso conhecimento fosse exercitado.

E por fim, a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, meus sinceros agradecimentos.

Gawlinski, B.C. **Avaliação das condições de saúde bucal em adolescentes que participaram de programa odontológico educativo preventivo na primeira década de vida.** 2017. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

## **RESUMO**

O presente estudo realizou uma avaliação longitudinal, cujo propósito foi verificar as condições de saúde bucal em pacientes que participaram em um programa odontológico de natureza educativa e preventiva na primeira década de vida. O programa é dividido em duas fases de atendimento. Na primeira, os pacientes recebem atendimento desde o primeiro ano de vida até completarem 4 anos de idade. A seguir, na Clínica de Prevenção os cuidados odontológicos educativos e preventivos são mantidos até completarem 9 anos. Os 51 adolescentes que participaram desta pesquisa ingressaram no programa odontológico no ano de 2003 e foram solicitados a comparecerem juntamente com o pai ou mãe ou responsável legal para uma consulta de avaliação odontológica, onde foram realizadas as seguintes verificações: prevalência de cárie dentária pelo índice CPOD; saúde gengival pelo índice periodontal comunitário; oclusão dentária pelo índice de estética dentária e a ocorrência de fluorose dentária (índice de Dean). O índice médio de CPOD dos participantes dessa pesquisa foi 1,0. Em relação a condição gengival, 58% da amostra apresentou índice de tecido gengival hígido. Na avaliação ortodôntica, 46 pacientes (90%) apresentaram overjet maxilar, nenhum paciente apresentou overjet mandibular e 3 (6%) pacientes apresentaram mordida aberta anterior. Observou-se também que 82% dos adolescentes não apresentaram fluorose dentária. Pode-se concluir que a aplicação de um programa de natureza educativa preventiva nos moldes do realizado para esta pesquisa, foi eficaz para a obtenção de índices muito satisfatórios considerando os aspectos de prevenção de cárie dentária, condição gengival, alterações ortodônticas e ocorrência de fluorose.

**Palavras Chaves:** Odontologia Preventiva. Carie Dentaria. Saúde Bucal. Serviços Preventivos de Saúde.

Gawlinski, B.C. **Evaluation of oral health conditions in adolescents who participated in a preventive educational dental program in the first decade of life.** 2017. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

## **ABSTRACT**

The present study carried out a longitudinal evaluation, whose purpose was to verify oral health conditions in patients who participated in a dental program which nature is educational and preventive in the first decade of their lives. The program is divided into two phases of assistance. In the first, patients were assisted from the first year of their lives until they complete 4 years old. Afterwards, in the Prevention Clinic, educational and preventive dental care are maintained until they aged 9. The 51 adolescents who participated from this study enrolled in the dental program in 2003 and were requested to attend a consultation of an odontological examination accompanied with their father or mother or legal guardian, where the following tests were performed: prevalence of dental caries by the DMFT index; gingival health by the periodontal community index; dental occlusion by the dental aesthetic index and the occurrence of dental fluorosis (Dean index). The average DMFT rate of participants in this survey was 1.0. In relation to the gingival condition, 58% of the sample had a healthy gingival tissue index. In the orthodontic evaluation, 46 patients (90%) exhibited maxillary overjet, none of the patients exhibited mandibular overjet, and 3 (6%) patients had exhibited previous open bite. It was also observed that 82% of adolescents did not exhibit dental fluorosis. Based on this results, the conclusion is that the application of a program with preventive educational nature according to the one performed in this research was effective in obtaining very satisfactory indices considering the aspects of dental caries prevention, gingival condition, orthodontic alterations and occurrence of fluorosis.

**Palavras Chaves:** Preventive Dentistry. Dental Caries. Oral Health. Preventive Health Service

## **LISTA DE GRÁFICO**

Gráfico 1-	Distribuição da condição gengival de acordo com o número absoluto dos pacientes avaliados dente por dente.	24
------------	--	----

## LISTA DE TABELA

Tabela 1-	Índice de CPOD de acordo com os números de dentes hígidos, cariados, obturados e perdidos.	23
Tabela 2-	Frequência e porcentagem de pacientes de acordo com o índice de CPOD.	23
Tabela 3-	Frequência de pacientes que apresentaram apinhamento e espaçamento no segmento incisal.	25
Tabela 4-	Frequência e porcentagem de pacientes que apresentaram diastema.	25
Tabela 5-	Frequência e porcentagem de pacientes que apresentaram desalinhamento maxilar e mandibular.	26
Tabela 6-	Frequência e porcentagem de pacientes em relação ao overjet maxilar, overjet mandibular e mordida aberta anterior.	26
Tabela 7-	Frequência e porcentagem de pacientes que apresentaram ou não fluorose.	27



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 PROPOSIÇÃO	13
3 MATERIAL E MÉTODO	14
3.1 Descrição dos procedimentos educativos e preventivos realizados nas duas fases do programa.	14
3.2 Aprovação do comitê de ética	16
3.3 Obtenção da Amostra	16
3.4 Metodologia para as análises	17
3.4.1 Índice de cárie dentária	17
3.4.2 Condição gengival	20
3.4.3 Oclusão dentária	21
3.4.4 Fluorose dentária	21
3.5 Análise estatística	22
4 RESULTADOS	23
5 DISCUSSÃO	28
6 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	39

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a odontologia baseou-se em limitar os danos provocados tanto pela cárie dentária como da doença periodontal, ou seja, usando uma abordagem mecanicista restauradora e reabilitadora. Entretanto, com a maior compreensão sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças, as quais ainda são as de maior prevalência na cavidade bucal, uma abordagem menos invasiva passou a fazer parte do planejamento clínico de rotina.<sup>1</sup> Neste aspecto, a Odontopediatria deve atuar na dinâmica entre manutenção e prevenção da saúde bucal e tratamento.<sup>2</sup>

Embora os cuidados odontológicos voltados para a primeira infância tenham sido implantados há algumas décadas, apenas recentemente essas práticas começaram a receber maior atenção por parte dos cirurgiões dentistas.<sup>3</sup>

Em 1984, na Universidade Estadual de Londrina (UEL) surgiu o primeiro programa preventivo voltado para lactentes.<sup>4</sup> Países como Japão (1982), EUA (1984), Suécia (1985), Inglaterra (1977) e alguns países da América Latina já haviam desenvolvido iniciativas de programas preventivos. Antes do surgimento das clínicas de atendimento para bebês, era recomendado que a primeira consulta odontológica fosse realizada por No Brasil, era recomendado que o primeiro atendimento odontológico em crianças ocorresse por volta dos 3 anos de idade. No entanto, a partir do surgimento dos programas de prevenção para bebês, tornou-se indicado que a criança seja levada para sua primeira consulta até o sexto mês de vida.<sup>5</sup>

Algumas pesquisas referendaram com resultados promissores o ingresso do bebê no primeiro ano de vida.<sup>4,6</sup> Lemos et al. avaliou em um programa de prevenção a importância da idade do paciente por ocasião do ingresso no mesmo, encontrando que ainda na primeira infância, quanto

mais precoce for a idade da criança, melhor serão os resultados em relação à saúde bucal. Outro trabalho constatou também que crianças cujas mães foram matriculadas e receberam orientações durante a gravidez, apresentaram menor prevalência de cárie dentária, reforçando a importância da adesão familiar na odontologia para bebês.<sup>6</sup>

A educação do paciente é um dos pontos mais importantes em relação ao tema prevenção visando a área da saúde.<sup>7</sup> Desde o começo do século passado (1929), Pereira enfatizou a necessidade de despertar o interesse da família para a saúde da criança.<sup>8</sup> Um estudo realizado com crianças em escolas primárias na Arábia Saudita, demonstrou que a instrução e orientação dos pais aliadas à práticas saudáveis de saúde bucal, são os principais mecanismos contra o surgimento e desenvolvimento da lesão de cárie dentária.<sup>9</sup>

Por isso a intervenção odontológica iniciada ainda nos primeiros seis meses de vida, deve ser voltada para a realização de procedimentos educativos direcionados aos pais e preventivos aplicados aos bebês. O ensino de manobras de higiene bucal, do controle do consumo de açúcar e controle de amamentação noturna, bem como da aplicação tópica caseira de solução fluoretada e a interposição de hábitos, são ações importantes das estratégias deste programa educativo/ preventivo.<sup>5</sup>

Geralmente os pacientes são atendidos no formato de consultas periódicas, com acompanhamento bi ou trimestral. Os retornos são planejados de acordo com uma avaliação de atividade e risco de cárie e também em suas necessidades individuais.<sup>5,10</sup> Este acompanhamento clínico deve, quando possível, ser conduzido pelo maior tempo de vida da criança. Na Bebê-Clínica da UEL os pacientes permanecem até completarem 5 anos de vida<sup>11</sup>, enquanto na Bebê-Clínica da FOA UNESP, atualmente, este controle se estende até os 10 anos de idade da criança. Desnecessário enfatizar as vantagens nos aspectos preventivos e educativos que tamanho acompanhamento pode resultar nos aspectos da

saúde bucal para a criança e toda a família.

Em centros complexos de assistência à saúde da criança, onde há assistência odontológica, deve-se destacar a presença da multidisciplinaridade, que trata-se de uma situação ideal em que todos os demais atendimentos odontológicos para bebês deveriam ter como ideal. Em referidos centros os cuidados e intervenções odontológicas se iniciam nos primeiros meses de vida, e é nesse contexto que se destaca a importância do acompanhamento odontológico a longo prazo, envolvendo diferentes especialidades como a psicologia, fonoaudiologia, neurologia e nutrição com o objetivo de dar uma assistência integral ao paciente.<sup>12</sup>

Em 2005 Axelsson publicou resultados de um programa de prevenção para indivíduos de 0 a 19 anos implantado na Suécia em 1979. A maior parte do projeto foi realizada em clínicas dentro das escolas primárias, por auxiliares de consultório dental ou higienistas. Durante os 20 anos de aplicação do programa, observou-se que a percentagem de crianças de 3 anos de idade livre de cáries aumentou de 51% para 97%. Em 1999, notou-se que 86% dos pacientes com 12 anos de idade eram livres de lesões cariosas, também foi constatado uma redução em mais de 90% da incidência de cárie, levando em consideração todas as faixas etárias.<sup>14</sup>

Embora os resultados da aplicação destes programas de caráter educativo preventivo sejam promissores ao serem aplicados na primeira década de vida da criança<sup>13</sup>, seria interessante avaliar a médio e longo prazo os resultados provenientes da adoção destes programas, principalmente no serviço público no Brasil. (Universidade e Centro de saúde). Desta forma, este trabalho tem por objetivo principal verificar resultados das condições de saúde bucal em adolescentes que na primeira década de vida participaram de um programa educativo/preventivo na Bebê-Clínica e Clínica de Prevenção da Disciplina de Odontopediatria da FOA – UNESP.

## **2 PROPOSIÇÃO**

O propósito deste trabalho foi avaliar a influência da assistência odontológica em adolescentes que durante a primeira década de vida participaram da Bebê clínica e Clínica de prevenção de Odontopediatria da FOA – UNESP. Os fatores considerados foram: saúde gengival, oclusão dentária, ocorrência de fluorose e prevalência de cárie dentária.

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

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

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

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

bebê. Na presença de dentes, faz-se a higienização dentária, fio dental e aplicação de flúor. Nesse primeiro atendimento o responsável pelo bebê observa todo o protocolo de atendimento clínico para que possa repeti-lo em casa. A aplicação do flúor em casa é recomendada uma vez ao dia, inclusive no momento da irrupção dos primeiros molares decíduos, quando é recomendada a utilização de escova e dentífrico sem flúor. A criança é atendida neste sistema até completar 3 anos de idade, quando então reúne condições comportamentais para iniciar o atendimento na cadeira odontológica e receber profilaxia profissional com escova Robinson e pasta profilática. A cada consulta odontológica é anexado no prontuário um novo registro contendo as informações referentes aos dentes presentes na boca (odontograma) e a condição de saúde dos mesmos, bem como uma avaliação sobre os aspectos relevantes de saúde geral e bucal apresentado pela criança. Este atendimento é realizado, em média, quatro vezes durante o ano, podendo ser alterado em razão das necessidades bucais do bebê, sendo que em todas as sessões os pais recebem orientações sobre dieta, higiene bucal e saúde. Esses pacientes permanecem na primeira fase do programa até completarem 4 anos de idade. Ao final desta primeira fase, os pais recebem o convite para continuarem no Programa e são encaminhados à Clínica de Prevenção. Para ingressar na segunda fase do programa, que compreende a Clínica de Prevenção, os pais obrigatoriamente participam de nova palestra, a qual apresenta orientações, as principais ocorrências e necessidades odontológicas voltadas para as crianças de 4 a 9 anos de idade. Após, as crianças são agendadas para o atendimento clínico. Este atendimento clínico envolve a realização de uma profilaxia profissional com pasta profilática e escova Robinson, uso do fio dental e aplicação tópica de flúor gel. Da mesma forma que na primeira fase, a criança e os pais recebem orientações sobre dieta, higiene bucal e saúde em todas as sessões de atendimento. Os atendimentos são agendados com a mesma periodicidade da primeira fase (quatro vezes ao ano), sendo realizados em cadeira odontológica. Ao completarem 9 anos de idade, as crianças

recebem alta da Clínica de Prevenção.

### **3.2 Aprovação do Comitê de Ética**

Previamente a realização deste estudo, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Local (Resolução nº 01 de 13/06/1998 do Conselho Nacional de Saúde) desta instituição, sendo aprovado com o protocolo 22352713.7.0000.5420 (Anexo A).

### **3.3 Obtenção da amostra**

Participaram do presente estudo 51 adolescentes de ambos os gêneros, na faixa etária de 12 a 16 anos de idade, com bom estado de saúde geral, matriculados e atendidos na Bebê Clínica e participantes, posteriormente da Clínica de Prevenção. Para a obtenção deste número de participantes, foram avaliados 182 prontuários de pacientes que ingressaram na assistência odontológica para bebês no ano de 2003. Destes foram selecionados 61 que atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Destes prontuários foram retirados os seguintes dados: os contatos, tanto telefônicos como endereços de suas residências e por meio destes, telefone ou cartas, estes pacientes foram convidados para participarem do estudo.

#### **Critérios de inclusão:**

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

#### **Critérios de não inclusão:**

- Pacientes que não concluíram o atendimento na Bebê-Clínica
- Pacientes que concluíram o atendimento na Bebê-Clínica e não iniciaram



o atendimento na Clínica de Prevenção

- Pacientes que não atenderam ao convite para participarem de uma consulta para avaliação odontológica.

Após a prévia seleção dos prontuários, os pacientes foram chamados para comparecer juntamente com o responsável legal, à Disciplina de Odontopediatria desta Universidade. Na consulta agendada era explanada a pesquisa, o responsável legal recebia o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) e após a obtenção da autorização do representante legal, o exame clínico bucal era realizado. O exame englobava as seguintes avaliações: prevalência de cárie dentária, condição gengival, oclusão dentária e ocorrência de fluorose dentária, de acordo com o projeto SB 2000 do ministério da saúde (Ministério da Saúde, 2011).

### **3.4 Metodologia para as análises:**

#### **3.4.1 Índice de cárie dentária**

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

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

#### **0 - Coroa Hígida**

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

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

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

### **1 - Coroa Cariada**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **6 - Selante**

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

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

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

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5. Implante: Registrar este código (7) na casela da raiz.

### **8 - Coroa Não Erupcionada**

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

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

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

### **9 - Dente Excluído**

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

#### **3.4.2 Condição gengival**

A condição gengival foi avaliada pelo índice periodontal comunitário (IPC), classificando: cada sextante da boca como saudável (IPC=0); apresentação de sangramento gengival à sondagem (IPC=1); ou

cálculo dentário (IPC=2). Com base nesse índice, foi calculada a prevalência de sangramento gengival, considerando os adolescentes que apresentaram ao menos um sextante com IPC=1. De modo correspondente, a prevalência de cálculo dentário refere-se à manifestação de ao menos um sextante com IPC=2 (Anexo D).

### **3.4.3 Oclusão dentária**

A oclusão dentária dos pacientes foi avaliada pelo índice de estética dentária (dental aesthetic index), que compreende as seguintes condições: apinhamento e espaçamento nos segmentos incisais, diastema, irregularidade maxilar e mandibular nos dentes anteriores, sobressaliência ou overjet maxilar e mandibular, mordida aberta vertical anterior e relação molar ântero-posterior (Anexo D).

### **3.4.4 Fluorose dentária**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.5 Análise Estatística**

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

## 4 RESULTADOS

Dos 182 prontuários primeiramente avaliados, 61 foram eleitos para a participação neste estudo. Após localização dos pacientes e convite para o atendimento, 51 pacientes compareceram. A idade média destes pacientes participantes foi de 14 anos. A amostra examinada se apresentou de forma homogênea quanto ao gênero, sendo 23 (45%) pacientes do gênero masculino e 28 (55%) do feminino.

Em relação a condição bucal, avaliou-se o percentual de pacientes que manifestaram lesões de cárie dentária, para isso determinou-se o índice médio de CPOD o qual demonstrou um índice de 1,0 (Tabela 1).

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

HÍGIDO	CARIADO	OBTURADO	PERDIDO	CPOD
1350	6	45	0	51
26,47	0,12	0,88	0	1

Observou-se que em relação ao CPOD, aproximadamente 87% da amostra apresentou o CPOD entre 0 e 1, refletindo uma baixa prevalência de cárie entre os pacientes avaliados (Tabela 2).

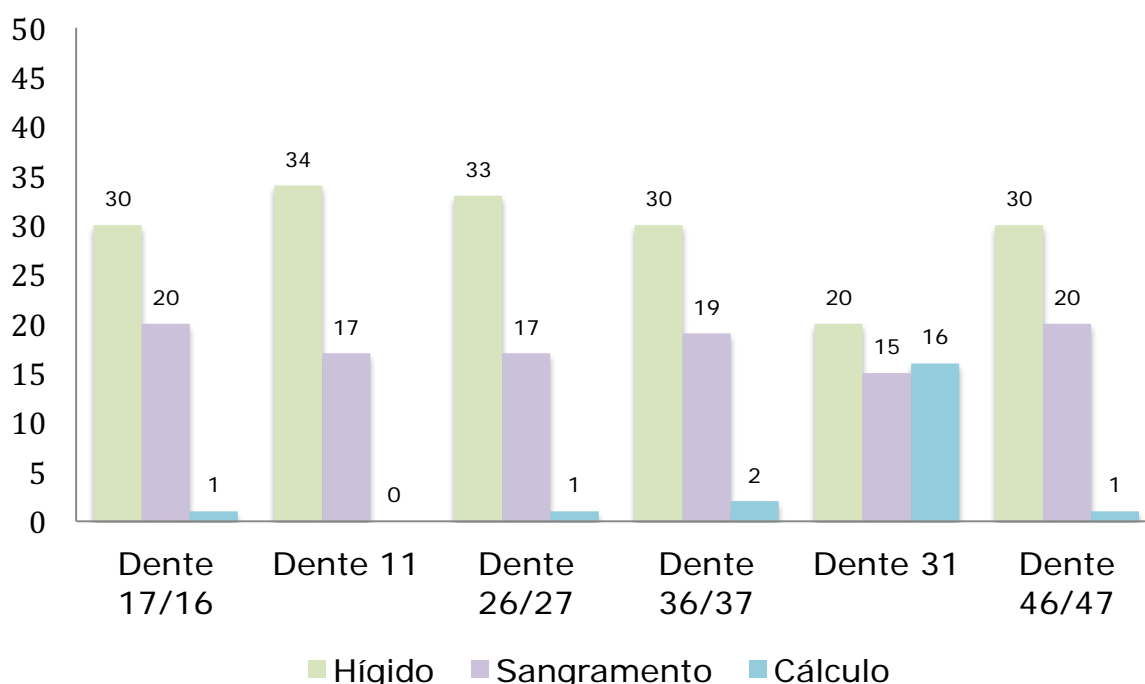
**TABELA 2 - Frequência e porcentagem de pacientes de acordo com o índice de CPOD.**

CPOD	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
0	38	75%
1	6	12%
2	3	6%
4	2	4%
15	1	2%
16	1	2%
TOTAL	51	100%

Para a avaliação da condição gengival, foram examinados clinicamente as superfícies vestibular e lingual dos dentes 16/17, 11, 26/27, 36/37, 31,46/47. De acordo com o que pode ser verificado no Gráfico 1, prevaleceu o índice de tecido gengival hígido (código 0) para todos os dentes. A média deste valor foi de 58%.

Analisando separadamente, o código 0 que se refere ao tecido gengival hígido, foi mais registrado no dente 11. O código 1, que representa o sangramento gengival, foi observado com maior frequência, na região de molares do lado direito, inferior e superior. Por último, o código 2, de presença de cálculo gengival, ocorreu no dente 31 com maior frequência (Gráfico 1).

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



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



Observou-se que, em relação ao apinhamento, 40 (78%) pacientes apresentaram o código 0, sendo que os códigos 1 e 2 foram observados em 7 (14%) e 4 (8%) pacientes respectivamente. Em relação a avaliação do espaçamento, observou-se que 43 (84%) pacientes não apresentaram espaçamento dentário nos dentes anteriores (Tabela 3).

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

<b>APINHAMENTO E ESPAÇAMENTO INCISAL</b>			
	Ausente	Em um segmento	Em dois segmentos
<b>APINHAMENTO</b>	40 (78%)	7 (14%)	4 (8%)
<b>ESPAÇAMENTO</b>	43 (84%)	5 (10%)	3 (6%)

Na avaliação do diastema, 13 (25%) pacientes apresentaram e 38 (75%) pacientes não apresentaram, sendo que o valor máximo registrado foi de 3,0 mm e a média de 0,9 mm (Tabela 4).

**Tabela 4: Frequência e porcentagem de pacientes que apresentaram diastema.**

<b>DIASTEMA</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>SIM</b>	13	25%
<b>NÃO</b>	38	75%
<b>TOTAL</b>	51	100%

Em relação ao desalinhamento maxilar e mandibular anterior, 47 (92%) pacientes e 37 (73%) pacientes não apresentaram o desalinhamento no arco superior e inferior, respectivamente (Tabela 5). O valor máximo registrado para o desalinhamento superior foi de 2 mm, resultando em uma de média de 0,6 mm. No desalinhamento inferior, o valor máximo foi de 1 mm com uma média de 1,2 mm.

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

<b>DESALINHAMENTO MAXILAR E MANDIBULAR ANTERIOR</b>		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>DESALINHAMENTO MAXILAR ANTERIOR</b>	4 (8%)	47 (92%)
<b>DESALINHAMENTO MANDIBULAR ANTERIOR</b>	14 (27%)	37 (73%)

Na relação molar dos 51 pacientes examinados, 22 (43%) apresentaram relação de normalidade (código 0), enquanto os demais 29 (57%) pacientes apresentaram alguma alteração na relação molar, sendo que 24 (47%) apresentaram alteração de meia cúspide e 5 (10%) alteração de cúspide inteira.

Para complementar a avaliação a respeito da oclusão dentária, foi verificado o overjet maxilar e mandibular e a mordida aberta anterior. Dos 51 pacientes examinados, 46 (90%) apresentaram overjet maxilar e apenas 1 (2%) paciente apresentou a mordida topo a topo. Nenhum paciente apresentou overjet mandibular e 3 (6%) pacientes apresentaram mordida aberta anterior (Tabela 6).

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

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>TOPO A TOPO</b>
<b>OVERJET MAXILAR ANTERIOR</b>	46 (90%)	4 (8%)	1 (2%)
<b>OVERJET MANDIBULAR ANTERIOR</b>	0	51 (100%)	0
<b>MORDIDA ABERTA</b>	3 (6%)	48 (94%)	0

A fluorose dentária, avaliada de acordo com o índice de Dean, registrou uma porcentagem de 82% de pacientes com grau 0. Os demais graus somaram um total de 18% (Tabela 7).

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

<b>FLUOROSE</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>%</b>
<b>0 (normal)</b>	42	82%
<b>1 (questionável)</b>	7	14%
<b>2 (muito leve)</b>	2	4%
<b>3 (leve)</b>	0	0%
<b>4 (moderada)</b>	0	0%
<b>5 (severa)</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	51	100%

## 5 DISCUSSÃO

O último e mais completo estudo epidemiológico em saúde bucal de base nacional foi conduzido pelo Ministério da Saúde em 250 municípios de todas as regiões do País e concluído em 2003. Esse estudo<sup>15</sup> revelou que o índice de cárie dentária na dentição permanente (CPO-D) atingiu a média de 2,8 dentes aos 12 anos de idade e eleva-se a 6,2 na população da faixa etária entre 15 a 19 anos. Na faixa etária adulta (35 a 44 anos) e entre os idosos (65 a 74 anos) atinge níveis alarmantes com valores médios de 20,1 e 27,8 respectivamente. As desordens oclusais, nas suas formas severa, muito severa e incapacitante, atingem 36,6% dos escolares de 12 anos de idade.

A gravidade deste quadro epidemiológico exige, além de ações sobre os determinantes da incidência das doenças e agravos bucais, serviços para a reduzir o sofrimento e buscar a recuperação de condições de saúde bucal. Entretanto, o acesso aos serviços odontológicos no Brasil é limitado e desigual.

Neste contexto, os programas odontológicos educativos e preventivos que abrangem a assistência na faixa etária desde o nascimento até a adolescência no serviço público, de forma organizada e metódica, podem colaborar na formação de uma geração com menos problemas dentários, com mais qualidade de saúde bucal e mais consciente da importância da prevenção.

Os resultados encontrados neste trabalho, que retrata uma destas formas de atenção odontológica, de modo geral foram muito satisfatórios. Todos eles falam à favor da necessária e urgente disseminação de programas preventivos desta natureza, especialmente em serviços públicos.

São resultados de longo prazo de um programa educativo/preventivo de assistência odontológica à criança da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, iniciado no ano 1996. O referido programa na sua primeira parte compreende a assistência odontológica ao

bebê (crianças de 0 a 4 anos de idade) e, na sequência a Clínica de Prevenção (crianças de 5 a 9 anos de idade). O CPOD médio exibido pelos pacientes da amostra foi 1. Recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntou-se à Federação Dentária Internacional (FDI) e à *International Association for Dental Research (IADR)* para anunciarem os objetivos da saúde bucal para 2020. Nesse documento, intitulado *Global Goals for Oral Health* encontra-se descrito que até o ano de 2020, 80% das crianças com 6 anos de idade deverão estar livres de cáries e aos 12 anos o índice CPOD deverá ser inferior a 1,5.<sup>16</sup>

Alguns anos atrás as medidas preventivas em relação à cárie dentária, baseavam-se mais especificamente no controle do biofilme. Em uma de suas publicações sobre o controle da placa, Axelsson e Lindhe<sup>17</sup> avaliaram a influência de um programa de controle profissional periódico de biofilme associado a aplicações tópicas de flúor nos índices de placa, cárie e gengivite de 192 crianças em fase escolar, de 7 a 14 anos, durante 2 anos. A cada duas semanas, as crianças do grupo teste receberam uma profilaxia profissional associada a um cuidadoso processo de orientação de higiene bucal e aplicação tópica de flúor fosfato de sódio a 5%. Os resultados após 1 e 2 anos de experiência mostraram um incremento no histórico de cárie (0,1 por ano), ao passo que os indivíduos do grupo que fazia apenas escovação supervisionada mensalmente desenvolveram uma média de 3,1 novas lesões de cárie por ano.

Ressalta-se que no presente estudo , 75% dos pacientes avaliados o CPOD encontrava-se abaixo de 0,5, enfatizando os excelentes resultados que investimentos nos aspectos educativos e preventivos devem ser estimulados e planejados levando em conta o longo prazo. Em outras palavras, o cuidado odontológico intenso com abordagem educativa e preventiva aplicado desde a primeira infância, pode resultar em melhora na saúde bucal e conseqüentemente na sistêmica, redundando em ganhos individuais e coletivos.<sup>18,19</sup> Importante ressaltar que o planejamento de qualquer estratégia preventiva deve levar em consideração a manutenção da qualidade de vida do paciente e de toda sua família, pois essa é uma

condição de suma importância para se obter o sucesso neste tipo de programa, por se tratar de um atendimento de longo prazo.

Em relação à condição gengival, observou-se que os resultados foram satisfatórios, entretanto comparando-os com os resultados apresentados por Amaral (2013)<sup>20</sup>, os níveis de dentes apresentando sangramento à sondagem, foi maior. No trabalho de dissertação a porcentagem de pacientes com índice 0, denotando normalidade das condições gengivais, alcançou 85%, enquanto no presente trabalho foi de 58%. Sangramento gengival e presença de cálculo dentário em crianças e adolescentes têm sido apontados como associados a condições sociodemográficas com piores condições sendo observadas para as categorias de sexo masculino, negros e pardos, e condições socioeconômicas menos favoráveis.<sup>21</sup> Nesse sentido, é necessário mensurar características sociodemográficas dos indivíduos examinados e do contexto em que vivem, entretanto esta avaliação não foi realizada no presente trabalho. Futuramente este pode ser uma interessante proposta de pesquisa.

Em um estudo realizado por Antunes et al (2008)<sup>22</sup> sobre levantamento epidemiológico em 35 cidades do estado de São Paulo, avaliando a saúde gengival pelo sangramento à sondagem, presença de cálculo e oclusão dentária, observou-se uma prevalência de sangramento de 21,5%, presença de cálculo de 19,4% e que as características de oclusão dentária também foram associadas a gengiva não saudável. Dessa forma, concluíram que os pacientes que utilizaram a assistência odontológica apresentaram uma melhora significativa associada a melhores condições de saúde gengival

O número de pacientes da amostra que utilizavam aparelhos ortodônticos ou com a contenção lingual inferior, por ocasião da avaliação, foi de 63% (32 pacientes). Portanto, pode-se inferir que os números que expressaram maior condição do tecido gengival alterado, possa também ser devido ao uso, muito comum nesta faixa etária, dos aparelhos ortodônticos para a obtenção das harmonias oclusais. Um dos aspectos

que este programa preventivo ainda precisa melhorar é uma ação mais ampla em relação aos pacientes que necessitam de terapia ortodôntica. Desta forma, ao concluírem a participação no programa, os pacientes, normalmente procuram no atendimento odontológico em clínicas particulares, a resolução deste problema.

Quanto aos aspectos ortodônticos, empregando o índice de estética dental, os resultados deste trabalho, demonstraram que os parâmetros mensurados foram favoráveis a uma oclusão dentária satisfatória.

Em relação ao apinhamento dentário, 40 pacientes (78%) não o apresentaram sendo que os códigos 1 (em um segmento) e 2 (em dois segmentos) foram observados em 7 (14%) e 4 (8%) pacientes respectivamente. Este pode ser considerado um dado favorável, pois a condição clínica do apinhamento dentário tende a ser comum na faixa etária avaliada neste trabalho.

Quanto a relação molar, esta apresentou 43% de pacientes (22) com relação favorável. Porém, dos 29 pacientes restantes encontramos em 82% deles (24) alteração de somente meia cúspide, o que ainda pode ser considerado um bom resultado.

Quanto ao overjet maxilar e mandibular e a mordida aberta anterior, dos 51 pacientes examinados, 46 (90%) apresentaram overjet maxilar, e apenas 1 (2%) paciente apresentou a mordida topo a topo. Nenhum paciente apresentou overjet mandibular e 3 (6%) pacientes apresentaram mordida aberta anterior. Estes são dados que podem sugerir que pacientes participantes em programas odontológicos de prevenção em saúde bucal, ao manterem os dentes hígidos ao longo da idade infantil atingindo a adolescência, podem ser favoravelmente beneficiados a apresentarem condições mais harmônicas em relação à oclusão dentária. Fatos estes que poderão ser mais bem esclarecidos e embasados em pesquisas futuras.

Com relação à fluorose dentária, o índice utilizado para o registro da fluorose dentária no presente trabalho foi o de Dean, sendo o mais

utilizado e preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Segundo o manual, isto se deve por apresentar o menor número de categorias que reduz a subjetividade e torna o exame clínico mais fácil e rápido, fatores desejados para avaliação em programas preventivos.<sup>23</sup> Os resultados desta pesquisa apresentaram 82% dos pacientes (42/51) sem fluorose (índice 0). Destaca-se que os restantes 18% de pacientes (9) exibiram, segunda esta pesquisa, o grau 1 (questionável, com 7 pacientes) e grau 2 (muito leve, 2 pacientes), ou seja, esta alteração na população estudada não se constitui em problema digno de preocupação.

A orientação do início do uso da escovação dentária utilizando dentifício em crianças de pouca idade, especialmente em casos que há recomendação do emprego de dentifícios fluoretados, deve-se constituir sempre em preocupação para o profissional, visando as alterações que o consumo excessivo de produtos fluoretados podem provocar sobre a superfície dentária. Devido a incapacidade da criança, com idades abaixo de 5 anos, em expelir durante a escovação e no momento do enxague, pode ocorrer que ela ingira quantidade razoáveis e às vezes suficientes para provocar a alteração estudada no esmalte dentário, tanto que o uso nesta e abaixo desta idade tem sido considerado fator de risco para a fluorose dentária. Lembrando que é na faixa etária entre 1 ano e meio e três anos de idade que ocorre a mineralização do esmalte dos incisivos e primeiros molares permanentes, estando, portanto, o dente mais sujeito às alterações desta natureza.<sup>24</sup>

A suplementação de dentifícios pode ser uma alternativa para reduzir a concentração de flúor, mantendo a eficácia do produto. Recentemente Amaral et al. (2014) desenvolveram uma pesquisa sobre dentifícios de baixa concentração suplementados com polifosfatos e verificaram eficácia anticárie semelhante ou superior quando comparado ao dentifício convencional – 1100 ppm de F.<sup>25</sup> Sendo assim, o uso das formulações testadas pode ser uma alternativa válida para o controle da cárie dentária, enquanto minimiza a ingestão de flúor por crianças na idade considerada de risco de desenvolvimento de fluorose dental.



Portanto, a suplementação de dentifrícios pode ser uma alternativa para reduzir a concentração de flúor, mantendo a eficácia do produto.

Enfim, os resultados desta pesquisa sobremaneira estimulam e apontam para que as autoridades da saúde pública no país voltem seus olhos para a definição de políticas de saúde bucal que agreguem ações de educação, prevenção desde a primeira infância até a adolescência. Principalmente, de uma forma mais ampla, junto aos municípios que apresentam piores indicadores de saúde bucal.

## **6 CONCLUSÃO**

Baseando-se nos resultados obtidos podemos concluir que a aplicação de um programa de natureza educativa preventiva nos moldes do realizado nesta pesquisa, foi eficaz exibindo índices muito satisfatórios quanto a prevenção de cárie dentária, condição gengival, alterações ortodônticas e ocorrência de fluorose.

## REFERÊNCIAS

1. TUMENAS, I. et al. Odontologia Minimamente Invasiva. **Revista Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 68, n. 4, p. 283-295, nov. 2014.
2. CAMARGO, M.C.F.; BAUSSELS, J. Atendimento longitudinal e continuado na clínica odontopediátrica. In: BAUSSELS, J. **Odontopediatria: procedimentos clínicos**. São Paulo: Premier, 1997. p.75-88.
3. WALTER, L.R.F.; Lemos, L.V.F.M.; Myaki, S.I.; Zuanon, A.C.C. **Manual de odontologia para bebês**. Ed. Artes Médicas, 2014. 157p.
4. LEMOS, L. V. F. M. et al. Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 6-10, jan./mar. 2014.
5. WALTER, Luiz Reynaldo De Figueiredo; FERELLE, Antonio; , Myaki Issao. **Odontologia para o bebê**. 1 ed. Londrina: Artes Médicas, 1996. 246 p.
6. MEYER, Karen; GEURTSSEN, Werner; GUNAY, Hüsamettin. An early oral health care program starting during pregnancy. **Clinical Oral Investigations**, v. 14, n. 3, p. 257-264, 2010.
7. GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 5. ed. São Paulo: Santos, 1995.p.437-52.
8. PEREIRA, D.B. **Educação dentária da criança**. Rio de Janeiro, 1929, 79p.

9. Amin TT; Al-Abad BM. Oral hygiene practices, dental knowledge, dietary habits and their relation to caries among male primary school children in Al Hassa, Saudi Arabia. **International Journal of Dental Hygiene** v. 6, n. 4, 2008; p. 361–370.
10. WALTER, Luiz Reynaldo De Figueiredo; NAKAMA, Ricardo; .  
Prevenção da cárie dentária através da identificação, determinação e controle dos fatores de risco em bebês: Parte I. **Jornal brasileiro de odontopediatria & odontologia do bebê**, v. 1, n. 3, p. 91-100, jul./set. 1998
11. SILVA, Ana Cláudia Baladelli **BEBE-CLINICA: Uma revisão crítica da literatura**, 2003, 71p. Monografia - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2003.
12. HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS - USP. **Divisão de odontologia**. Disponível em: <<https://hrac.usp.br/institucional/estrutura/divisao-de-odontologia/>>. Acesso em: 10 ago. 2017.
13. MELHADO, F. L. et al. Influence of Dental Care for Infants on Caries Prevalence: A Comparative Study. **Journal of Dentistry for Children**, v. 70, n. 2, p. 120-123, 2003.
14. AXELSON, P. The Effect of a Needs-Related Caries Preventive Program in Children and Young Adults – Results after 20 Years. **BMC Oral Health.**, v. 15, n. 6, Suppl 1: S7. 2006.

15. Ministério da Saúde do Brasil. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003, resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/> [21 out 2005}
16. HOBDELL M, PETERSEN PE, CLARKSON J, JOHNSON N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J.*, v. 53, n, 5, p. 285-288, 2003.
17. AXELSSON, P.; LINDHE, J. The effect of a preventive programme in dental plaque, gingivitis and caries in schoolchildren: results after one and two years. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v. 1, no. 2, p. 126-138, 1974.
18. BRAMBILLA, E.; FELLONI, A.; GAGLIANI, M.; MALERBA, A.; GARCIA-GODOY, F.; STOHMENGER, L. Caries prevention during pregnancy: results of a 30-month study. **J Am Dent Assoc.**, v. 129, p.871-877. 1998
19. GOMEZ, S.S.; EMILSON, C.G.; WEBER, A.A.; URIBE, S. Prolonged effect of a mother– child caries preventive program on a dental caries in the permanent 1st molars in 9 to 10-years-old children. **Acta Odontol Scand.**, v. 65, p. 271-274. 2007
20. AMARAL, J. C. P. Saúde bucal de adolescentes que receberam assistência odontológica na primeira década de vida. 83f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

21. BURT B, Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. *J Periodontol.*, v. 76, n, 8, p. 1406-19, 2005.
22. Antunes, J.L.F.; Peres, M.A.; Frias, A.C.; Crosato, E.M.; Biazevic, M.G.H. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública.**, v. 42, n.2, p.191-199. 2008.
23. Organização Mundial da Saúde. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal.** 4o Ed. São Paulo: Santos Livraria. 1999
24. BUZALAF, M.A.; PESSAN, J.P.; HONÓRIO, H.M.; TEN CATE, J.M. Mechanisms of action of fluoride for caries control. **Monogr Oral Sci.**, v. 22, p. 97-114. doi: 10.1159/000325151. 2011.
25. AMARAL, J.G.; FREIRE, I.R.; MARTINHON, C.C.R.; PESSAN, J.P.; DELBEM, A.C.B. Low-Fluoride Dentifrices with Poliphosphates on Dental Caries: Randomized Clinical Trial. **J Dent Res.**, v. 93B, 1018. 2014.

## Anexo A – Certificado de aprovação do comitê de ética em pesquisa

FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE  
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

**Pesquisador:** Robson Frederico Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22352713.7.0000.5420

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia do Campus de Aracatuba - UNESP

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

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 541.128

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

#### Apresentação do Projeto:

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

#### Objetivo da Pesquisa:

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

**Endereço:** JOSE BONIFACIO 1193

**Bairro:** VILA MENDONÇA

**CEP:** 16.015-060

**UF:** SP

**Município:** ARACATUBA

**Telefone:** (16)3636-3000

**Fax:** (16)3636-3332

**E-mail:** anacmen@foa.unesp.br



FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE  
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 541.120

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

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

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

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

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

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

Todos os documentos necessários e obrigatórios foram anexados adequadamente.

**Recomendações:**

Não há.

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

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

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: JOSE BONFACIO 1193  
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 16.015-050  
UF: SP Município: ARAÇATUBA  
Telefone: (16)3636-3200 Fax: (16)3636-3332 E-mail: anacmar@fos.unesp.br



FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE  
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 541/2014

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

ARACATUBA, 25 de Fevereiro de 2014

---

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

Endereço: JOSE BONIFÁCIO 1193  
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 16.015-050  
UF: SP Município: ARACATUBA  
Telefone: (16)3636-3200 Fax: (16)3636-3332 E-mail: anecman@fos.unesp.br

## **Anexo B – Termo de Consentimento Esclarecido**

**Título da Pesquisa:** “Saúde Bucal de adolescentes que receberam assistência odontológica na primeira década de vida.”

**Nome do (a) Pesquisador (a):** Bárbara Curi Gawlinski.

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

1. **Natureza da pesquisa:** o(a) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar os resultados de ações de orientação e prevenção aplicados na Bebê Clínica e se os mesmos perduram até os dias atuais.

2. **Participantes da pesquisa:** serão atendidos 100 pacientes que participaram da Bebê clínica no período de 1996 a 2002.

3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o(a) Sr.(a) permitirá que o (a) pesquisador (a) Bárbara Curi Gawlinski realize uma avaliação odontológica que compreende em um questionário, um exame clínico e radiográfico em seu filho(a). O(a) Sr.(a) pai ou responsável também participará de forma ativa no projeto respondendo a um questionário que será aplicado aos mesmos. O(a) Sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr.(a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto (65) 99626-3879 e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (18) 3636-3234.

4. **Sobre as entrevistas:** os pacientes e seus responsáveis serão entrevistados, sendo que os mesmos responderão a perguntas abertas e de múltipla escolha.

5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas estando somente expostos a *riscos mínimos inerentes aos procedimentos (exame clínico e radiográfico) a que serão submetidos tais como contaminação*. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e seu (sua) orientador (a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o(a) Sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a influência de iniciar o atendimento odontológico na primeira década de vida e suas percepções em pais e filhos sobre cuidados em saúde bucal, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa nos dar um parâmetro sobre a influência desses cuidados após a alta do paciente no programa da Bebê Clínica, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

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

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

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

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

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

---

Nome do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador

---

Assinatura do Orientador

**Pesquisador:** Bárbara Curi Gawlinski (65) 99626-3879

**Orientador:** Robson Frederico Cunha (18) 36363314

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

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

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

**cep@foa.unesp.br**

## Anexo C: Ficha de atendimento Odontológico.

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento:

<p>55 54 53 52 51</p> <p>18 17 16 15 14 13 12 11</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p style="text-align: center;">21 22 23 24 25 26 27 28</p> <p>61 62 63 64 65</p>								
<p>85 84 83 82 81</p> <p>48 47 46 45 44 43 42 41</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p style="text-align: center;">31 32 33 34 35 36 37 38</p> <p>71 72 73 74 75</p>								

**Doença Periodontal:**

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

**Fluorose Dentária:**

### Anormalidades Dentofaciais:

**Dentição:**   Número de I.C. e P.M. perdidos

**Espaço:**

Apinhamento na região de incisivos

Espaçamento na região de incisivos

Diastema em milímetros

Desalinhamento maxilar anterior em mm

Desalinhamento mandibular anterior em mm

**Oclusão:**

Overjet maxilar anterior em mm

Overjet mandibular anterior em mm

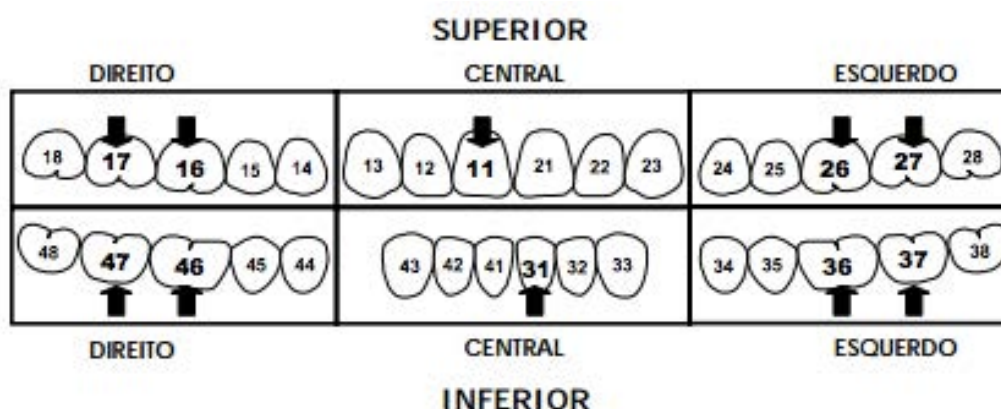
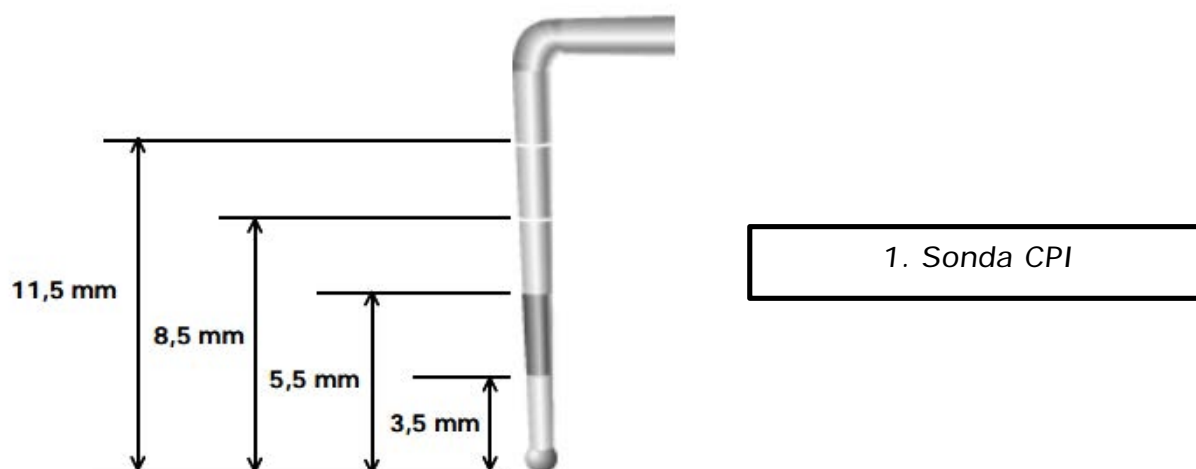
Mordida aberta vertical anterior em mm

Relação molar Antero-posterior

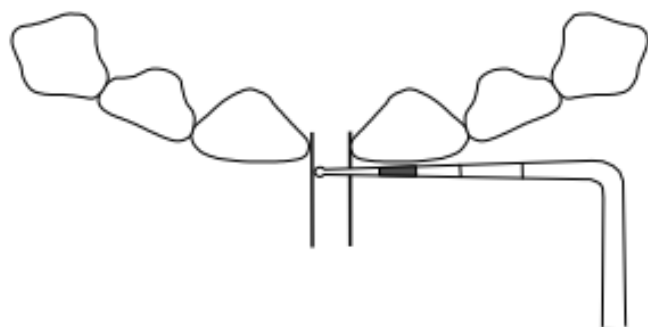
### Avaliação Radiográfica:

Sim  Não

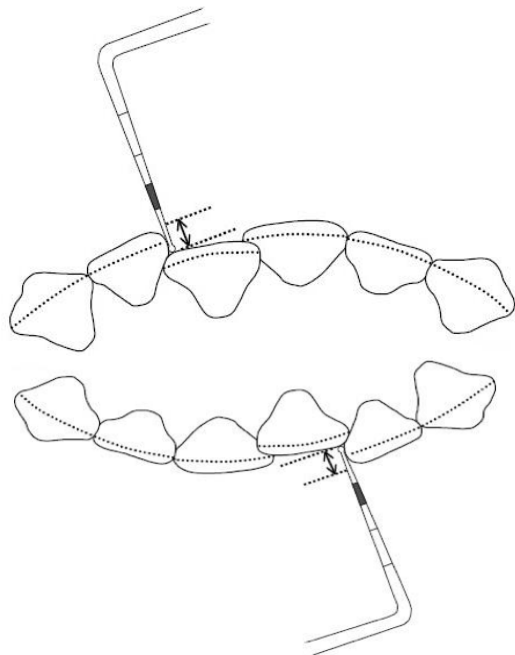
## Anexo D: Metodologia para a análise.



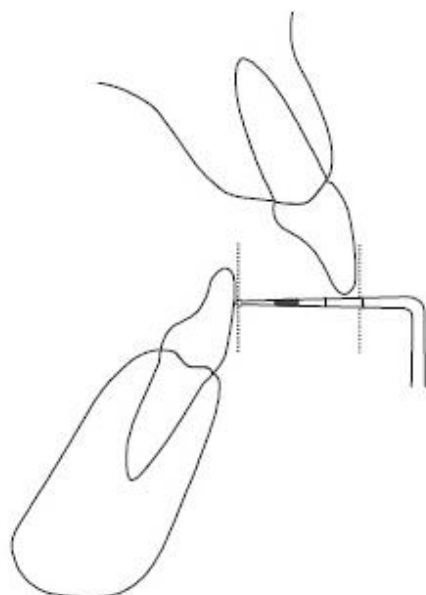
2. A **avaliação periodontal** foi realizada nos dentes em destaques nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal.



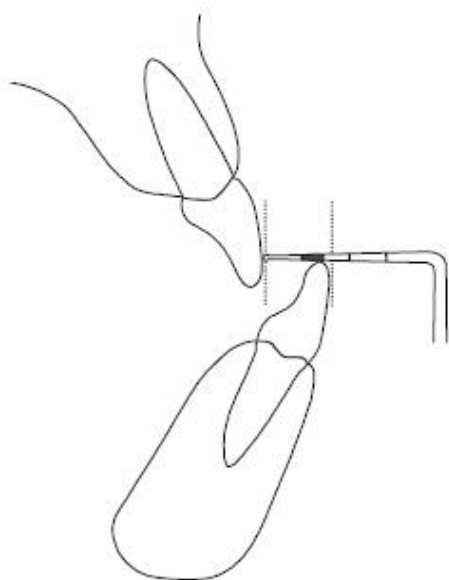
3. **Diastema incisal**: definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. O valor a ser registrado corresponde ao tamanho em mm medido com a sonda CPI.



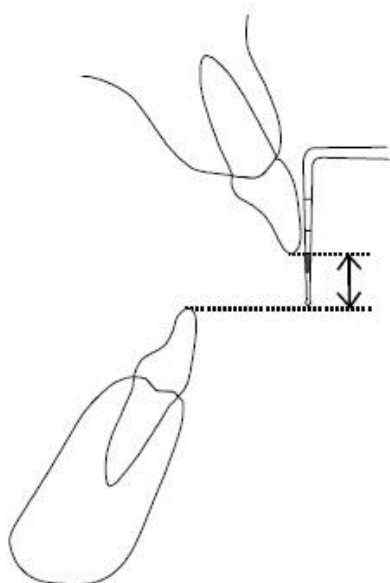
**4. Desalinhamento maxilar e mandibular anterior:** os 4 incisivos superiores e inferiores são examinados, registrando-se a maior irregularidade entre dentes adjacentes. A medida é feita, em mm, com a sonda CPI.



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

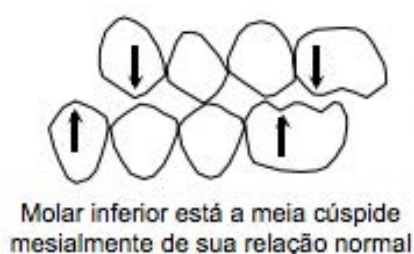
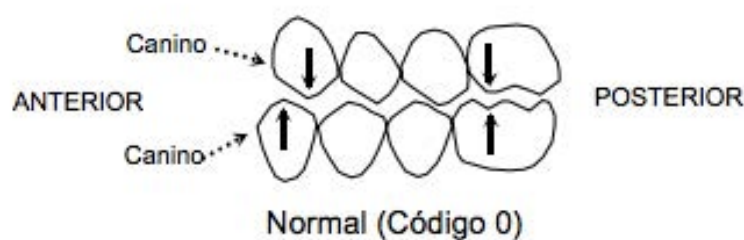


**6. Overjet Mandibular Anterior:** é caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior. A protrusão mandibular, ou mordida cruzada, é medida com a sonda CPI e registrada em milímetros.

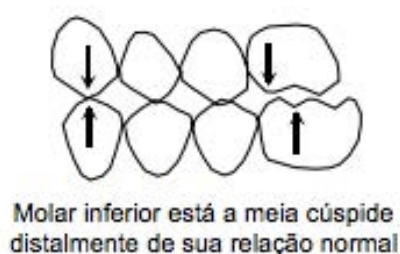


### 7. **Mordida Aberta Vertical**

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



Código 1



Código 2



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