ALVARO HIROYUKI MYSUGUTI

**Condições de saúde bucal de crianças de 5 anos, imigrantes
latino-americanas, matriculadas nas escolas públicas do
município de São Paulo, 2009**

São Paulo
2010

ALVARO HIROYUKI MYSUGUTI

**Condições de saúde bucal de crianças de 5 anos, imigrantes
latino-americanas, matriculadas nas escolas públicas do
município de São Paulo, 2009**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Frias

São Paulo

2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mysuguti AH. Condições de saúde bucal de crianças de 5 anos, imigrantes latino-americanas, matriculadas nas escolas públicas do município de São Paulo, 2009. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2010

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha querida esposa **Andrea Lumiko Ito Mysuguti**

Pelo carinho, companheirismo, compreensão, amor incondicional que me empurra para grandes conquistas como esta. Amor que me constrói, amor que me liberta, amor que dá sentido à minha vida. O meu amor e a minha gratidão.

Aos meus filhos **Luana Yuri Mysuguti** e **Júlio Ito Mysuguti**

Grandes motivações da minha vida, minhas alegrias de todos os dias.

Aos meus pais **Guenji Mysuguti** e **Akiko Mysuguti**

Meus maiores e melhores exemplos de vida, que inúmeras vezes renunciaram aos próprios desejos e aspirações em favor de seus filhos. Todo o meu amor, carinho e respeito.

Ao meu irmão **Carlos Jun Iti Mysuguti**

Por estar a todo o momento contribuindo para a realização dos meus objetivos de vida, pelo exemplo de bondade, honestidade e compaixão. Toda a minha gratidão e admiração.

À minha irmã **Bella Mie Mysuguti**

Pela amizade, pelo carinho e amor fraterno, pelo profissionalismo, pela companhia. Muito obrigado, minha irmã!

Aos meus cunhados, cunhadas, sobrinhas, sobrinhos por todo amor e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Ao professor orientador Dr. Antônio Carlos Frias, pela paciência e pela dedicação, mostrando-me o caminho para o aprendizado, um verdadeiro mestre. Todo meu respeito e gratidão.

À professora Maria Ercília de Araújo, pela grande oportunidade, pela confiança, pelo carinho e pela amizade.

À professora Dra. Simone Rennó Junqueira, por todos os ensinamentos, pelo apoio direto em toda esta caminhada e pela qualificação deste trabalho.

Ao professor Celso Zilbovicius, pelo grande apoio e incentivo e pela grande contribuição na minha qualificação.

Ao professor Jorge, primeiro colega que conheci no departamento, abriu-me as primeiras portas e ofereceu-me aconselhamentos valiosos. Meus profundos agradecimentos.

Às professoras Julie, Luciana e Fernanda pela amizade e carinho.

À Sônia, Andréa e Laura que me acolheram com muito carinho.

À Eurismar e Lauriana, excelentes funcionárias e amigas fiéis. Todo meu carinho e gratidão.

À todos os funcionários da Biblioteca, sempre muito atenciosos favoreceram o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus amigos Paulo Miamoto e Thiago Leite Beaini, pelos inúmeros ensinamentos sobre digitação e formatação deste trabalho

Às amigas da pós graduação Gisele Togna, Gisele L. da Silva Mantovani e Thaís P. Sanchez pela grande contribuição para conclusão deste trabalho.

A todos os professores do Departamento de Odontologia Social FOUSP, que me acolheram com todo o carinho, sempre incentivando e apoiando durante todo o transcorrer desta jornada

"É melhor tentar e falhar,
que preocupar-se e ver a vida passar;
é melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias tristes em casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco,
que em conformidade viver ..."

Martin Luther King

RESUMO

Mysuguti AH. Condições de saúde bucal de crianças de 5 anos, imigrantes latino-americanas, matriculadas nas escolas públicas do município de São Paulo, 2009 [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

• **Introdução** - O Brasil tem sido um dos países latino-americanos que, apesar dos grandes contrastes socioeconômicos, tem mantido uma estabilidade política e social favorecendo seu desenvolvimento econômico e, dessa maneira, tem atraído a atenção de pessoas e famílias de países vizinhos que vêem no país um futuro promissor. Nas últimas décadas tem ocorrido um grande aumento no número de pessoas que vêm para o Brasil em busca de mais oportunidades de trabalho e melhores condições de vida. Conhecer o perfil epidemiológico desta população é de fundamental importância a fim de proporcionar políticas públicas adequadas para esta demanda crescente. **Objetivo** - O presente estudo teve a finalidade de conhecer o perfil epidemiológico das condições de saúde bucal da população de crianças imigrantes latino-americanas e comparar com crianças brasileiras na mesma idade de 5 (cinco) anos matriculadas nas escolas públicas do município de São Paulo. **Métodos** - A amostra foi do tipo conglomerado em duas etapas: na primeira etapa foram sorteadas 35 pré-escolas municipais (EMEI) estratificadas por regiões da cidade e em uma segunda etapa foram sorteadas 230 crianças imigrantes latino-americanas e 230 crianças brasileiras, totalizando uma amostra de 460 crianças. Foi realizado exame bucal para avaliar as condições de saúde bucal, de acordo com metodologia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (1997), e um inquérito estruturado dirigido aos responsáveis foi utilizado para avaliar o acesso aos serviços odontológicos, condições sócio-econômicas, percepção e atitude dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos. **Resultados** – Foram examinadas 217 crianças imigrantes latinas, sendo que 89,8% eram bolivianas, 5,1% eram peruanas e 5,1% eram paraguaias. Foram examinadas 215 crianças brasileiras. No grupo de crianças imigrantes 12,9% apresentavam-se livres de cárie, enquanto no grupo de crianças brasileiras 49,8% apresentavam-se livres de cárie. O grupo de crianças imigrantes latinas apresentou ceo-d = 6,18 e índice SiC = 10,69

enquanto que no grupo de crianças brasileiras o índice ceo-d foi de 2,21 e o índice SiC foi de 5,69. O fenômeno de polarização ficou mais evidente no grupo de crianças brasileiras no qual 34% das crianças concentraram 87% da doença cárie dentária. **Conclusões** – Através dos resultados encontrados neste estudo, conclui-se que as crianças imigrantes latino-americanas apresentam piores condições de saúde bucal, quando comparadas com as crianças brasileiras. O grupo de crianças imigrantes apresenta piores condições socioeconômicas e demográficas. Está ocorrendo o fenômeno de polarização da doença cárie no grupo de crianças brasileiras.

Palavras-chave: Saúde bucal . Imigrante. Levantamento epidemiológico.

ABSTRACT

Mysuguti AH. Oral health status of five years old children, Latin American immigrants and Brazilian children enrolled in public schools in São Paulo, 2009 [dissertation]. São paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

Introduction - Brazil is one of the Latin American countries that have maintained political and social stability despite great socioeconomic contrasts. This fact has promoted economic development, and therefore attracted the attention of people and families from neighbouring countries who believe the country has a promising future. In recent decades there has been a large increase in the number of people who come to Brazil in search of more job opportunities and better living conditions. It is essential to understand the epidemiological profile of this population in order to provide adequate public policies for this growing demand. **Objective** - The objective of this study was to establish the epidemiological profile of the oral health status of a population of Latin America immigrants and compare with Brazilian children the same age of (five) years old who are enrolled in public schools in São Paulo. **Methods** – The study used a two stage conglomerate sample. In the first stage, 35 municipal preschools (EMEI) spread throughout the city were randomly selected. In the second stage, 230 Latin American immigrants and 230 Brazilian children were randomly selected, with a total sample of 460 children. An oral examination was carried out to assess their oral health status, according to methodology recommended by the World Health Organization (1997). The children's guardians were given a structured questionnaire in order to assess their access to dental care, socioeconomic conditions, the perceptions and the attitude of parents about their children's oral health. **Results** – The study examined 217 Latin American immigrants, 89.8% of whom were Bolivian, 5.1% Peruvian and 5.1% from Paraguay. There were 215 Brazilian children. In the group of immigrant children, 12.9% were caries-free, while in the group of Brazilian children, 49.8% were caries-free. The group of Latin American children had a dmft score of 6.18 and an SiC index of 10.69 while in the group of Brazilian children, the dmft index was 2.21 and the SiC index was 5.69. The phenomenon of polarization was more evident in the Brazilian group in which 87% of the caries were concentrated in 34% of the children. **Conclusions** –It can be concluded that Latin American immigrant children have a worse oral health status when compared with children from Brazil. The group of immigrant children has low socioeconomic status and demographic. It is occurring the phenomenon of polarization of caries is the Brazilian children.

Keywords: Oral health. Immigrant. Epidemiological survey.

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Números absolutos e relativos do total de escolas que responderam e não responderam ao contato por telefone. São Paulo, 2009	63
Tabela 5.2 - Números absolutos e relativos do total de escolas que responderam e que apresentam e não apresentam crianças imigrantes matriculadas em suas escolas. São Paulo, 2009	64
Tabela 5.3 - Números absolutos e relativos segundo nacionalidade das crianças imigrantes latino americanas da amostra, São Paulo, 2009.	65
Tabela 5.4 - Número e porcentagem de crianças de 5 anos de idade examinadas, segundo sexo e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009.	66
Tabela 5.5 - Número e porcentagem segundo escolaridade do pai e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009.	67
Tabela 5.6 - Número e porcentagem segundo escolaridade da mãe e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	68
Tabela 5.7 - Número e porcentagem segundo número de pessoas que moram na casa e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	69
Tabela 5.8 – Comparação da distribuição de freqüência da Razão de adensamento residencial – pessoas por cômodo. Crianças brasileiras e crianças imigrantes latino-americanas na idade de 5 anos, município de São Paulo, SP, 2009	70
Tabela 5.9 - Número e porcentagem segundo número de crianças menores que 12 anos que moram na casa e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.....	71
Tabela 5.10 - Número e porcentagem segundo número de crianças (por intervalos) menores que 12 anos que moram na casa e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.....	72
Tabela 5.11 - Número e porcentagem segundo ocupação do pai e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009	73

Tabela 5.12 - Número e porcentagem segundo ocupação da mãe e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009	74
Tabela 5.13 - Número e porcentagem segundo a propriedade de carro e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009	75
Tabela 5.14 - Número e porcentagem segundo a ida ao dentista e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	76
Tabela 5.15 - Número e porcentagem segundo ao tempo da última consulta e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	77
Tabela 5.16 - Número e porcentagem segundo ao local onde foi atendido e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	78
Tabela 5.17- Número e porcentagem segundo a utilização dos serviços públicos – Unidade Básica de Saúde (UBS) e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009.	79
Tabela 5.18 - Número e porcentagem segundo a percepção dos pais em relação à necessidade de tratamento de seus filhos e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	80
Tabela 5.19 - Número e porcentagem segundo utilização de escova dental e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	81
Tabela 5.20 - Número e porcentagem segundo quantidade de escovações dentárias diárias e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	81
Tabela 5.21 - Número e porcentagem segundo o uso de dentifrício e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	82
Tabela 5.22 - Número e porcentagem segundo a presença de dor e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	83
Tabela 5.23 - Número e porcentagem segundo faltas em aulas por dor de dentes e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	83

Tabela 5.24 - Número e porcentagem segundo ao motivo que o levou ao dentista e grupo étnico, município de, São Paulo, SP, 2009.	84
Tabela 5.25 - Distribuição de freqüência dos valores do índice ceo-d na população de crianças imigrantes latinas e brasileiras idade de 5 anos, matriculadas nas EMEIs do município de São Paulo, SP, 2009.	85
Tabela 5.26 - Distribuição de freqüência absoluta de dentes decíduos hígidos, cariados, perdidos e obturados, índice ceo-d, na população brasileira e imigrantes latinas, idade de 5 anos, município de São Paulo, 2009.	86
Tabela 5.27 - Média do índice ceo-d e seus componentes, na população brasileira e imigrantes latinas, idade de 5 anos, município de São Paulo, 2009. .	86
Tabela 5.28 - Distribuição de freqüência relativa de dentes decíduos hígidos, cariados, perdidos e obturados, índice ceo-d, na população brasileira e imigrantes latinas, idade de 5 anos, município de São Paulo, 2009.	87
Tabela 5.29 - Média do ceo-d na população brasileira e imigrantes latinas, desvio-padrão e intervalos de confiança de 95% para média populacional, idade de 5 anos, município de São Paulo, 2009.	87
Tabela 5.30 - Comparativo dos índices ceo-d , SiC índice e livres de cárie, em crianças imigrantes latinas e brasileiras aos 5 anos, município de São Paulo, 2009.	91
Tabela 5.31 - Associação da amostra segundo o índice ceo-d, componente cariado, presença de dor nos últimos 6 meses, faltas às aulas por dor de dentes e grupos de crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras aos cinco anos de idade, município de São Paulo, 2009.	92
Tabela 5.32 - Associação da amostra segundo variáveis de acesso aos serviços de saúde bucal crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras aos cinco anos de idade, município de São Paulo, 2009.	93

Tabela 5.33 - Associação da amostra segundo variáveis socioeconômicas e demográficas e crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras aos cinco anos de idade, município de São Paulo, 2009.	94
---	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 4.1 - Relação de Escolas Municipais de Educação Infantil – EMEI, segundo Distritos Administrativos no município de São Paulo, 2009.	46
Quadro 5.1 - Relação do número absoluto de crianças imigrantes latinas americanas presentes nas EMEIs da cidade de São Paulo, 2009.	65
Quadro 5.2 - Comparação entre as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde para a idade de 5 anos, para o ano de 2000 e 2010, com o SB Brasil de 2003 e os resultados da pesquisa atual com crianças imigrantes e brasileiras da cidade de São Paulo, 2009.	90
Gráfico 5.1 - Distribuição de freqüência dos valores do índice ceo-d na população de crianças imigrantes latinas e brasileiras idade de 5 anos, matriculadas nas EMEIs do município de São Paulo, SP, 2009.	88
Gráfico 5.2 - ceo-d e componentes (cariados, extraídos e obturados) de crianças de 5 anos imigrantes latino americanas e brasileiras, cidade de São Paulo, 2009.	89
Figura 6.1 – Rota e pontos de entrada de bolivianos no Brasil.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Encontro Nacional de Estudos Nacionais
ALAP	Associação Latino Americana de Populações
CDC	Center of Disease Control and Prevention
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CSEBF	Centro de Saúde Escola Barra Funda
DHII	Índice de Desigualdade de Saúde Bucal
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
FDI	World Dental Federation
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
NYPHD	Cidade de North York Departamento de Saúde Pública
OHIP	Perfil do Impacto em Saúde Bucal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDP	Programa de Práticas Privadas Dentais
PF	Polícia Federal
SiC	Significant Caries Index
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 Alguns estudos sobre a presença dos imigrantes latino-americanos no Brasil.	22
2.2 Estudos epidemiológicos da cárie dentária	27
2.3 Estudos epidemiológicos da cárie dentária em crianças imigrantes	34
3 OBJETIVOS	44
4 MATERIAL E MÉTODOS	45
5 RESULTADOS	63
6 DISCUSSÃO	95
7 CONCLUSÕES	107
REFERÊNCIAS	108
ANEXOS	114

1 INTRODUÇÃO

Por ser a cárie dentária uma doença multifatorial e por apresentar vários prismas de análises, com diversas interfaces de observação, o intuito deste trabalho de dissertação será o de observação pela perspectiva da Epidemiologia e seus aspectos, como também os fatores do processo saúde-doença serão analisados através de seus determinantes sociais.

Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são ferramentas estratégicas para os planejadores, pois possibilitam conhecer a situação das doenças bucais em uma determinada população, tendo como objetivo definir propostas de intervenção no perfil epidemiológico, bem como avaliar, acompanhar, racionalizar e redimensionar os serviços (Organização Mundial da Saúde, 1997).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que levantamentos epidemiológicos em saúde bucal sejam realizados pelo menos a cada cinco anos. Tal indicação decorre da necessidade de planejadores e administradores em saúde dispor de dados atualizados para melhor decidir sobre a alocação de recursos, para este importante segmento do setor.

Para se conseguir melhores indicadores que os encontrados são necessárias ações de promoção de saúde e prevenção mais refinadas, como as ações coletivas desenvolvidas pela rede básica de saúde do SUS.

Há também a necessidade de se identificar pessoas de maior risco à doença cárie, para indicar as medidas de prevenção e tratamento mais adequado, segundo a necessidade de cada indivíduo e grupo.

Os diferentes ciclos sociais e econômicos, assim como o progresso tecnológico que a sociedade contemporânea tem experimentado, levaram em tempos recentes, a uma rápida internacionalização dos mercados. Dentro desse contexto de globalização, a estratégia adotada por muitos países tem sido a formação de blocos econômicos com base na proximidade geográfica e/ou cultural. Nesse movimento, um dos objetivos que se está buscando é explorar as vantagens comparativas dos países membros para melhor posicionar seus produtos e serviços nessa nova forma de concorrência que, ao mesmo tempo, apresenta oportunidades e ameaças.

Baseado nesse conceito foi criado, em 1991, um programa de integração econômica, denominado Mercosul e que atualmente apresenta como países membros: Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela e como membros associados: Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru (Ministério das Relações Exteriores, 2007).

A crescente integração do Mercosul tem implicado em uma dinamização das fronteiras entre os países que fazem parte do bloco (Souhad ; Carmo, 2006). Motivos como a guerra, a fome, a perseguição política, o desemprego ou o sonho de uma melhor qualidade de vida fazem com que muitas pessoas arrisquem suas vidas, buscando um futuro promissor em outro país.

Grandes podem ser os riscos desse deslocamento na saúde física e mental, na estrutura familiar, nos processos de adaptação e transformação identitária, no meio de um contexto sociocultural e lingüístico (Sarriera et al., 2005).

As crianças imigrantes constituem uma grande parte da população escolar em muitas cidades do mundo ocidental. É provável que os pais tenham diferentes atitudes e conhecimentos em relação à saúde bucal de seus filhos, assim proporcionar serviços públicos odontológicos é um grande desafio. (Skeie et al., 2006)

O Brasil tem sido um dos países latino-americanos que, apesar dos grandes contrastes socioeconômicos, tem mantido uma estabilidade política e social favorecendo seu desenvolvimento econômico e, dessa maneira, tem atraído a atenção de pessoas e famílias de países vizinhos, que vêem no país um futuro promissor (Barbiero; Chaloud, 2001).

Um traço característico da imigração estrangeira no cenário da globalização é a condição de ilegalidade dos imigrantes, tornando ainda mais difícil a mensuração desses fluxos. É neste contexto, portanto, que os novos fluxos de imigrantes para o Brasil são de difícil percepção e aferição (Patarra; Baeninger, 2004).

Mas, apesar das limitações dos censos demográficos, para captarem a informação sobre migração internacional, essa fonte permite identificar as tendências deste fenômeno. De acordo com os dados do Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), foi identificado no Brasil, no ano de 1991, um total de 122.824 imigrantes internacionais residentes no País e, no ano de 2000, esse número atingiu 279.822. Com a

crescente importância do contexto regional do Mercosul, desse contingente, cerca de 40% são procedentes de países da América do Sul.

O estado de São Paulo é um importante receptor de imigrantes internacionais, onde os imigrantes sul-americanos representam 22% do total dessa população, com destaque para a região metropolitana da cidade de São Paulo, onde a estrutura etária desses imigrantes reflete a seletividade do movimento, com forte presença de jovens e adultos em idade produtiva, inclusive com significativa participação da migração feminina (Sales, 1996).

A maioria dos imigrantes econômicos que vem para o Brasil vive na ilegalidade, principalmente por não ter recursos para pagar os elevados custos da tramitação da estadia no país. Essa situação de clandestinidade, associada às dificuldades decorrentes das diferenças de cultura, lingüística e outros motivos impedem não somente a integração desses indivíduos, bem como o acesso aos serviços médicos e odontológicos para si e para seus familiares (Sarriera et al., 2005).

A OMS adota a idade de 5 anos como referência para comparações com outros estudos para dentes decíduos. Cabe lembrar que, em torno de seis anos, iniciam-se as erupções dos dentes permanentes e esfoliações dos dentes decíduos.

Reitera-se a tendência da redução da prevalência da cárie dentária na população infantil e concentração do agravo num determinado percentual de escolares (fenômeno da polarização).

O acesso universal aos serviços odontológicos é diretriz básica para a implantação plena do Sistema Único de Saúde no território nacional. Adicionalmente, a descentralização das ações e serviços de saúde, dentre eles os odontológicos, torna possível o surgimento e consolidação de inúmeros programas municipais inovadores, orientados à promoção da saúde bucal.

Cabe destacar que, de acordo com a Constituição Brasileira de 1988, foi estabelecido que a saúde é um direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis, assim como explícito que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Estado, isto é, do Poder Público.

Dessa maneira, o conhecimento da situação de saúde bucal de diferentes grupos populacionais, por meio de levantamento epidemiológico, é fundamental para o desenvolvimento de propostas de ações adequadas às necessidades e riscos

detectados, possibilitando comparações que permitam avaliar o impacto dessas ações, e é especialmente importante quando envolve grupos de maior vulnerabilidade à ocorrência de doenças bucais, como o dos imigrantes latino-americanos residentes em São Paulo, pois, em decorrência de suas características sociais, econômicas e culturais, encontram dificuldade de acesso aos serviços de saúde oferecidos no País.

Portanto, o objetivo desse trabalho foi o de avaliar as condições de saúde bucal de crianças imigrantes latino-americanas e brasileiras residentes na cidade de São Paulo, na idade de cinco anos, matriculados na rede de ensino público (Escola Municipal de Educação Infantil – EMEI), e identificar o acesso aos serviços odontológicos, as condições sócio-econômicas, a percepção e atitude dos pais em relação à saúde bucal.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Alguns estudos sobre a presença dos imigrantes latino-americanos no Brasil

Souchaud e Carmo (2006) relatam em seu trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu – MG, que a crescente integração do Mercosul tem implicado em uma dinamização das áreas de fronteira entre os países que fazem parte deste bloco. Os autores estudaram os movimentos populacionais em uma área de tríplice fronteira, com características ambientais e socioeconômicas marcadas por potenciais de integração e por conflitos latentes. A área em que se desenvolveu a pesquisa foi a bacia do Médio e Alto Paraguai, região de fronteira internacional que abrange o Estado do Mato Grosso do Sul (Brasil), o Departamento de Santa Cruz (Bolívia) e a região do Chaco (Paraguai). São áreas de pouca densidade populacional onde a questão ambiental é relevante, seja em termos restritivos, seja em termos de potencial de exploração. O trabalho descreveu diferentes formas de mobilidade populacional, de migração internacional e de inserção social e econômica, considerando as diferentes escalas espaciais, em que esses processos ocorrem. A cidade de Corumbá, devido à pouca fiscalização e ao baixo controle da fronteira, além do estatuto oficial do fronteiriço, permite ao estrangeiro morar, trabalhar e estudar em Corumbá. A cidade serviria como um espaço de trânsito de lugar e de tempo, para acumular experiências e benefícios diversos: financeiros, relacionais e culturais, que permitirão tentar migrar para São Paulo. As primeiras conclusões obtidas apontam no sentido de uma grande heterogeneidade e complexidade das questões sociais nessa faixa de fronteira. Contudo, apontam também para uma possível integração regional devido às complementaridades decorrentes dos laços que se estabelecem entre os espaços nacionais.

Sarriera et al. (2005) relatam em seu trabalho que, de acordo com o boletim da Polícia Federal de 2000, só no Rio Grande do Sul, havia um total de 44.022 estrangeiros cadastrados. As famílias estudadas apresentam a melhora da qualidade de vida como sendo o motivo principal de sua vinda para o Brasil. Muitas

famílias dos países vizinhos como Uruguai, Paraguai, Argentina e Chile estão chegando ao Rio Grande do Sul procurando melhorar sua situação econômica ou fugir de situações de perseguição política ou instabilidade civil.

Segundo Carmo (2008), os dados da Polícia Federal (PF) e do Ministério do Trabalho mostram que o Brasil tem sido um destino escolhido por um número cada vez maior de imigrantes em busca de oportunidades. O perfil dos que chegam é variado. É crescente o total de sul-americanos ilegais ou clandestinos no Brasil, como também o de estrangeiros das mais diferentes nacionalidades, que entram como investidores individuais ou funcionários de grandes empresas. De 2004 a 2007, houve um aumento de 51% no total de novos registros de estrangeiros no país. Em 2004, a PF cadastrou 29.770 estrangeiros. Em 2007, 44.954. A PF não divulgou dados anteriores a 2004. Quando se consideram apenas países sul-americanos, o percentual de aumento foi bem mais expressivo. Em 2004, a PF havia cadastrado 4.594 argentinos, bolivianos, uruguaios e paraguaios. Em 2007, 11.252, um aumento de 144% em quatro anos. Segundo Paulo Sérgio Almeida, coordenador geral de Migração do Ministério do Trabalho, a nova fase de estabilidade e de crescimento da economia brasileira explica, em parte, o fenômeno. Outros motivos citados por especialistas no tema, para o aumento nos números, são a desvalorização do peso argentino (destino importante de imigrantes regionais) e a decisão da Espanha de endurecer o controle de suas fronteiras, o que deslocou a rota de muitos latino-americanos para o Brasil. Além disso, o Brasil assinou recentemente um acordo de regularização de imigrantes com a Bolívia e outro que permite que argentinos e uruguaios trabalhem no País. Os bolivianos que, desde o ano passado, precisam de visto para entrar na Espanha formam o grupo mais expressivo de ilegais, com cerca de 75 mil pessoas, segundo a Pastoral do Imigrante. Segundo o Centro de Apoio ao Migrante, criado pelo Serviço Pastoral do Migrante, ligado à Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Brasil tem, pelo menos, 600 mil imigrantes em situação irregular.

Patarra e Baeninger (2004), em trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Caxambu-MG, Brasil, analisam as transformações e efeitos dos movimentos migratórios internacionais no âmbito do Mercosul, sempre contextualizados a partir de processos macro-estruturais de reestruturação produtiva e no contexto internacional

da atual etapa da globalização, em suas múltiplas dimensões e desdobramentos. No caso dos países do Mercosul para o Brasil pôde-se constatar a importância crescente dos movimentos intra-bloco, não tanto por seu volume, mas por sua diversidade e suas implicações; a reestruturação produtiva e o contexto internacional tem produzido efeitos, na área, no sentido de impulsionar novas modalidades de transferências populacionais, dentre elas para as metrópoles, para cidades da nova industrialização, bem como para as áreas de fronteiras e limítrofes entre os países. O texto apresenta, primeiramente, uma breve referência sobre os deslocamentos populacionais na América Latina nos anos 90; seguem análises sobre as migrações internacionais de e para o Brasil, a partir das informações do Censo Demográfico de 2000, destacando-se as origens da migração internacional contemporânea, a importância das metrópoles de São Paulo e Rio de Janeiro nos destinos migratórios e as especificidades das áreas de fronteira, com destaque para Santana do Livramento e Foz do Iguaçu. O estudo, portanto, insere-se na discussão sobre as relações entre o processo de reestruturação produtiva, internacionalização da economia e formação de blocos econômicos, de um lado, e os volumes, tendências e características dos movimentos migratórios internacionais, de outro lado. Nesse contexto, um dos desafios que se apresenta é a governabilidade das migrações internacionais no Mercosul. Torna-se necessário o desenvolvimento de instrumentos legais, administrativos e de informação sobre migração, visando à atualização de normas e instituições “destinadas a absorver as necessidades e urgências dos migrantes, nos seus direitos sociais, culturais, econômicos e políticos”. Essa “cidadania comunitária” no Mercosul poderia contribuir para minimizar o problema da ilegalidade das migrações internacionais, ampliando a perspectiva da livre circulação de trabalhadores em espaços cada vez mais livres pela circulação de capitais, bens e serviços”.

Giovanella et al. (2007), analisaram condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL. Realizaram inquéritos com secretários municipais de saúde das 69 localidades brasileiras da linha de fronteira com países do MERCOSUL referentes aos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul, buscando identificar ações demandadas pela população fronteiriça, mecanismos utilizados para acesso, fluxos entre serviços e sistemas, estratégias de resposta e acordos locais. Concluíram que

iniciativas de cooperação, entre gestores locais brasileiros e estrangeiros, identificadas em quase metade dos municípios, podem orientar a formulação de diretrizes para situações de fronteira, que possibilitem a melhoria do acesso integral à atenção à saúde.

Nogueira et al. (2007), apresentaram parte das conclusões do estudo realizado na fronteira entre o Brasil e países do MERCOSUL, e identificaram os perfis de atenção que evidenciam a diversidade ética e política na fruição do direito à saúde, com a caracterização das demandas e as respostas dos sistemas locais. A base empírica foi a garantia ou não do acesso às ações e aos serviços de saúde pelos usuários não brasileiros. Para a coleta de dados, aplicaram-se formulários nos municípios com mais de 10 mil habitantes, registro em diários de campo, reuniões e entrevistas. O destaque foi a diversidade de compreensão sobre o significado do direito à saúde, indicando dois fatores: inexistência de princípios éticos e políticos comuns e níveis de institucionalidade frágeis, incapazes de absorver a demanda dos usuários não brasileiros. Verificaram que os acordos entre os governos nacionais não têm tido repercussão, ocorrendo desconhecimento pelos gestores e profissionais. Na população estrangeira, permanece a incerteza quanto ao atendimento. No Brasil, evidencia-se a inexistência de padrões uniformes de atenção, favorecendo decisões pessoais dos gestores e profissionais de saúde, dificultando as ações integradas

Silva (2006), em artigo relatando a presença dos imigrantes bolivianos em São Paulo, analisa o processo de inserção dos imigrantes bolivianos em São Paulo, focando as dificuldades enfrentadas por eles em suas trajetórias na cidade, bem como as estratégias de mobilidade e de reconhecimento social, as quais vão sendo construídas num contexto adverso, marcado tanto pela indocumentação quanto pela discriminação racial e social. Destaca também que, do ponto de vista espacial, os bolivianos estão concentrados em bairros da Zona Central da cidade, como Bom Retiro, Brás, Pari, Barra Funda, Cambuci, Mooca, entre outros. Entretanto, há também uma significativa presença deles em bairros da Zona Leste, como Belém, Tatuapé, Penha, Itaquera, Cangaíba, Engenheiro Goulart, Ermelino Matarazzo, Guaianases, São Mateus, e em bairros da Zona Norte, como Vila Maria, Vila Guilherme, Casa Verde, Cachoeirinha, entre outros. Destaca ainda que, no dia 15 de agosto de 2005, foi assinado um acordo entre Brasil e Bolívia, para a regularização

dos não-documentados em ambos os países. As estimativas do Ministério da Justiça eram de que havia sessenta mil bolivianos irregulares no Estado de São Paulo (O Estado de S. Paulo, 12.3.2006). O problema, porém, é a pesada multa que cada imigrante terá que pagar para regularizar-se, a qual gira em torno de R\$ 828,00, valor equivalente a cem dias de ilegalidade no país. Somados a multa e os gastos com taxas que o imigrante terá que pagar aos cofres públicos, o custo final do documento fica em torno de mil reais por pessoa. Na Argentina, por exemplo, a regularização não tem nenhum ônus para o requerente, pelo menos nos dois primeiros anos, e o processo de documentação é menos burocrático. Apesar de todas essas dificuldades para regularizar-se, cerca de dez mil bolivianos haviam entrado com o pedido de permanência em São Paulo, até meados de abril de 2006. Cerca de sete mil com base no acordo bilateral Brasil-Bolívia e mais de dois mil, com base em filho brasileiro, como prevê o atual Estatuto do Estrangeiro.

Souchaud e Carmo (2006) destacam também a importante presença dos imigrantes bolivianos na região metropolitana de São Paulo. Atribuem esta forte concentração ao fato de que a migração boliviana no Brasil é uma migração recente e a migração em São Paulo está muito ligada a uma atividade específica: a confecção.

Madi et al. (2009) relatam que o processo migratório dos bolivianos para o Brasil vem trazendo muitos questionamentos e necessidades de intervenção pelos serviços de saúde na cidade de São Paulo. As barreiras impostas pela cultura boliviana (como a linguagem) e o receio que os bolivianos têm pela situação de ilegalidade no País colocam aos serviços obstáculos no acesso à população. Os autores objetivaram pesquisar a compreensão das concepções das mulheres imigrantes bolivianas – que frequentam o Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac” (CSEBF), na região central de São Paulo – sobre gestação, nos contextos: familiar, de adaptação como imigrantes e de espaço de construção da vida pessoal. Realizaram uma análise qualitativa de entrevistas, que incluíram mulheres bolivianas gestantes maiores de 18 anos, matriculadas no CSEBF. Foram realizadas algumas visitas domiciliares junto às agentes comunitárias. Como resultado, obteve-se que as bolivianas praticam endogamia e seus parceiros são fixos. Na Bolívia, não procuravam o serviço de saúde. Notaram um paradoxo no que diz respeito à gravidez e ao trabalho, pois dizem ter planejado a primeira gestação,

embora concordem que o trabalho – principal motivo da imigração – seja prejudicado pela gestação, parto e maternidade. Concluíram que o estudo poderá contribuir com conhecimentos sobre as concepções de saúde, particularmente sobre a gravidez, e acreditam que as práticas dos serviços possam ser melhoradas, ampliando-se a capacidade de organização para receber imigrantes bolivianos.

2.2 Estudos epidemiológicos da cárie dentária

Segundo Frias (2008), por ser a cárie uma doença de alta prevalência pode ser vista por várias perspectivas: Bioquímica - suas reações no processo de desmineralização e remineralização e a ação do Ph; Bacteriológica - são os microorganismos envolvidos no processo cariogênico; Histológica - os envoltórios celulares e os prismas de esmalte; Clínica - o desenvolvimento de lesões cariosas nos indivíduos e como tratá-los; Epidemiológica - que avalia o desenvolvimento desta doença nas populações; e político - como a sociedade se mobiliza com a finalidade de propor medidas coletivas de promoção de saúde, na prevenção do agravamento e na recuperação dos doentes.

As ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde - SUS devem ter a epidemiologia como referencial. É necessário dispor-se de indicadores epidemiológicos confiáveis, obtidos através de estudos com metodologia reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e passíveis de comparação com outros estudos locais, nacionais e internacionais.

Na saúde bucal coletiva o instrumento epidemiológico mais utilizado para medir a ocorrência da cárie dentária nas populações é o índice CPO-D. Este índice é composto pelo número de dentes permanentes cariados, perdidos (por cárie) e obturados em relação ao total de pessoas examinadas (Klein; Palmer, 1937). O componente "C" refere-se aos dentes cariados; o componente "P" refere-se aos dentes já extraídos e o componente "O" refere-se aos dentes restaurados ou "obturados". Os valores do índice variam de 0 a 32.

Para mensurar e identificar o ataque de cárie em dentes decíduos, Gruebel (1944), propôs o "índice ceo". Esse índice corresponde, num indivíduo, à

soma do número de dentes (decíduos) cariados ("c"), com extração indicada ("e") e restaurados ("o").

No Brasil foram realizadas três pesquisas populacionais para dimensionar o perfil dos agravos bucais nas últimas três décadas. Os estudos foram realizados em 1986, 1996 e 2002-3, com patrocínio e coordenação do Ministério da Saúde.

Na cidade de São Paulo foi realizado entre 2008 – 2009 um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal, compreendendo na primeira fase crianças e adolescentes, dentre os resultados obtidos, destaca-se para este estudo o índice ceo-d para a idade de 5 anos igual a 1,57 e 59,1% das crianças examinadas estavam livres de cárie.

Observou-se que dentro do grupo etário de 5 anos, escolares na categoria grupo étnico índios, foi o que apresentou uma prevalência mais elevada, índice ceo-d de 4,88, fato que representa diferença estatisticamente significativa em relação aos demais grupos étnicos (brancos, negros e pardos). Cabe ressaltar que o grupo de crianças imigrantes latinas que compõe este estudo é formado por sua grande maioria por uma população de origem indígena, destacadamente crianças oriundas da Bolívia, Peru, Chile, Venezuela e Colômbia.

Narvai et al. (2006), em estudo que analisa dados epidemiológicos produzidos no Brasil entre os períodos de 1980 a 2003, destacaram a redução dos valores de CPO-D em 61,7% e concluíram que esta redução é atribuída à fluoretação das águas de abastecimento público, a introdução de dentifrícios fluorados no mercado e à mudança de enfoque nos programas de odontologia em saúde pública em todas as regiões do país. No entanto, apesar de ter ocorrido um expressivo declínio na experiência de cárie entre os escolares brasileiros, permanece inalterado o padrão dessa composição. Atribui-se este fato ao padrão de exclusão ao acesso aos cuidados odontológicos.

Estudos demonstram que, a partir da década de 70, ocorreu uma significativa redução na prevalência da cárie dentária em crianças nos países desenvolvidos (Böneckner; Cleaton-Jones, 2003; Antunes et al, 2004; Narvai et al, 2006), constatando que, acompanhado da redução da prevalência, ocorreu o fenômeno conhecido como polarização da doença (Burton et al, 1984; Burt, 1994; Downer, 1994).

O termo polarização foi definido, de acordo com Macek et al. (2004), como sendo a concentração de 75% das cáries em 25% das crianças. Também

pode ser entendido como sendo quando em um pólo há ausência de doença e, no outro, um grande número de casos concentrados num pequeno grupo de pessoas. Caracterizando dessa forma uma desigualdade na experiência de cárie dentária entre as classes sociais.

Para melhor descrever essas desigualdades entre classes utiliza-se o índice significativo de cáries (índice SiC).

O índice SiC foi proposto por Bratthall em 2000 e trata-se de um índice derivado do índice CPO-D que tem como objetivo identificar o impacto da cárie dentária no segmento que apresenta maior severidade. Assim sendo, a distribuição de frequência da cárie dentária é dividida em tercil, e calcula-se a média do CPO-D para o terço do grupo com os maiores níveis da doença.

Bratthall (2000) destaca a importância de focar a atenção sobre os indivíduos com escores mais altos de cárie em cada população, dando maior destaque à distribuição desigual da cárie dental de uma determinada população. Indica-se assim, que ainda há grandes grupos de indivíduos que têm cárie consideravelmente mais do que o nível meta proposto pela OMS/FDI de CPOD = 3 até o ano de 2000.

Sales Peres et al. (2008), analisaram a prevalência de cárie dentária através do índice CPOD e as diferenças quanto ao gênero, localização geográfica, Significant Caries Index (SiC) e a porcentagem de livres de cárie no município de Itaí, São Paulo, em 2006. Utilizaram metodologia da Organização Mundial da Saúde (1997), em uma população constituída por 390 indivíduos; destes, 178 crianças aos 12 anos de idade e que correspondiam a 46% das crianças matriculadas nas escolas do município. O índice CPOD foi de 2,45, o SiC de 5,08 e 30% dos indivíduos se apresentaram livres de cárie. Observaram que 34% das crianças concentraram 70% da doença demonstrando a ocorrência da polarização da cárie dentária. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes na comparação do CPOD entre a localização geográfica e o mesmo não aconteceu com o gênero. Concluíram que está ocorrendo a polarização da cárie dentária em crianças, aos 12 anos. Os problemas se intensificam em uma pequena parcela da população, a qual requer maior atenção odontológica.

Perez et al. (2003) examinaram 15 registros de 385 exames orais de crianças de 5 e 6 anos idade de 129 cidades do estado de São Paulo. Foram estudados dois resultados: (1) a média de cariados, perdidos e obturados de dentes

decíduos (ceo-d) e (2) o índice de cuidados, que é a proporção de dentes cariados, que já foram obturados. As variáveis explicativas foram o índice de desenvolvimento infantil, índice de desenvolvimento humano, taxa de analfabetismo entre os indivíduos com mais de 20 anos, renda familiar, coeficiente de Gini (distribuição de renda), água de abastecimento fluoretada, número de dentistas por 10 000 habitantes, número de dentistas no serviço público por 10 000 habitantes e número de horas semanais de trabalho do dentista no serviço público por 10 000 habitantes. A análise de regressão linear múltipla, mostrou que um maior índice de ceo-d foi associado com um baixo índice de desenvolvimento infantil, uma elevada taxa de analfabetismo e água de abastecimento não fluoretada. O índice de desenvolvimento infantil foi significativamente associado com o índice de cuidados e ao número de dentistas no serviço público por 10000 habitantes. Concluíram que os resultados indicam que os níveis socioeconômicos são significativamente correlacionados com os índices de cárie. Os resultados também ressaltaram o efeito benéfico da fluoretação das águas na redução da prevalência de cárie dentária e no fato de que as estratégias para o tratamento e prevenção das doenças bucais devem ser enfatizadas no contexto global de promoção da saúde para as crianças.

Gushi et al. (2005), verificaram a experiência da cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos, considerando-se prevalência e severidade da doença, segundo idade, gênero, etnia e fluoretação das águas. Realizaram um estudo transversal com dados do levantamento epidemiológico do Estado de São Paulo, Brasil, 2002, no qual 1.825 adolescentes foram examinados em seus domicílios. Com o índice SiC, definiram um terço dos indivíduos com maior experiência de cárie. O índice CPO-D foi 6,44 (dp = 4,60) e o índice SiC 11,68. O percentual de livres de cárie foi 9,6 por cento. Não houve diferença entre o CPO-D dos municípios com e sem fluoretação, entretanto houve maior porcentagem de livres de cárie nos municípios com água fluoretada. O gênero masculino teve pior condição em relação à cárie que o gênero feminino. Os não-brancos tiveram maior percentual de dentes cariados e perdidos que os brancos.

Gushi et al (2006) relataram que a cárie possui uma etiologia multifatorial, incluindo variáveis sócio-econômicas e acesso aos serviços odontológicos, que foram abordadas no levantamento nacional realizado em 2002. O objetivo do estudo foi investigar os aspectos socioeconômicos e acesso aos serviços odontológicos associados com a prevalência de cárie e severidade em adolescentes do Estado de

São Paulo. O estudo foi transversal, em que os dados de 1.825 adolescentes de 15 a 19 anos realizados a partir dos dados epidemiológicos de uma pesquisa realizada no Estado de São Paulo em 2002. O Significant Caries Index (SiC Index) foi utilizado para determinar o grupo com maior experiência de cárie. Os fatores de risco apontados como indicadores da presença de cárie dentária foram os seguintes: não ser estudante, estudar em escolas públicas e ter renda familiar menor que cinco salários mínimos. Além disso, não ter uma casa ou um carro parece contribuir para experiência de cárie. No que diz respeito ao acesso aos serviços odontológicos, os adolescentes atendidos em centros públicos tiveram maior experiência de cárie. Assim, os resultados mostraram que a privação social está associada com experiência de cárie em adolescentes do Estado de São Paulo.

Narvai et al. (2006) realizaram um estudo onde o objetivo era analisar a evolução da experiência de cárie dentária entre escolares brasileiros no período de 1980 a 2003 e determinar a distribuição da cárie e o acesso dessa população ao tratamento da doença. Utilizaram dados secundários produzidos no período de 1980 a 2003, empregando o índice (CPO-D). Os estudos que deram origem aos dados variaram quanto ao tipo de investigação, delineamento, plano amostral e critério diagnóstico para a doença, mas produziram estimativas nacionais consideradas válidas para os valores do índice CPO-D, admitindo-se como possível a presente análise de tendência. Os resultados indicaram valores de CPO-D num nível alto de cárie dentária nos anos 1980, declinando para um nível moderado nos anos 1990. Em 2003, o valor do CPO-D ainda era moderado (2,8). Entre 1980 e 2003, o declínio nos valores do CPO-D foi de 61,7%. A porcentagem de escolares com CPO-D igual a zero aumentou de 3,7% em 1986 para 31,1% em 2003. Por outro lado, enquanto no segmento menos atingido pela doença (CPO-D de 1 a 3), o índice de cuidados aumentou de 26,3% em 1986 para 34,7% em 2003, no segmento com CPO-D de 4 a 5 o índice de cuidados caiu de 50,2% em 1986 para 39,3% em 2003. No segmento com CPO-D de 6 ou mais, o índice de cuidados se manteve estável (28,0%). Aproximadamente 20% da população passaram a concentrar cerca de 60% da carga de doença. Concluíram que houve um declínio relevante do CPO-D no período do estudo, sendo que a hipótese explicativa mais plausível foi a elevação no acesso a água e creme dental fluorados e as mudanças nos programas de saúde bucal coletiva. Apesar da melhora, a distribuição da cárie ainda é desigual. Os dentes atingidos por cárie passaram a se concentrar numa proporção menor de indivíduos.

Ademais, não se alterou a proporção de dentes cariados não tratados. Acrescentaram ainda que a redução das disparidades socioeconômicas e medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanecem como um desafio para todos os que formulam e implementam as políticas públicas no Brasil

Cypriano et al. (2008) avaliaram a prevalência de crianças livres de cárie pelo índice CPO-D e a prevalência do índice significativo cárie (SiC) em diferentes grupos de prevalência em cidades da região de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil. A metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde (1997) foi utilizada para diagnóstico de cárie em 2.378 indivíduos. De acordo com o índice CPO-D obtido em cada cidade avaliada, três grupos de prevalência com amostras representativas foram formados, sendo classificados como baixo, moderado e alto. O índice SiC foi utilizado para classificar o terço da população com maior prevalência de cárie. No grupo de baixa prevalência, 32,4% das crianças estavam livres de cárie (CPO-D = 0), o CPO-D médio foi de 2,29 e índice de SiC de 4,93. No grupo de prevalência moderada, 21,8% das crianças estavam livres de cárie, com CPO-D médio de 3,36 e de 6,74 de SiC. Apenas 6,9% das crianças estavam livres de cárie no grupo de alta prevalência e o CPO-D médio foi de 5,54 e o SiC foi de 9,62. Houve uma grande heterogeneidade na distribuição da cárie dentária na população estudada, bem como uma alta prevalência de cárie, considerando as três classificações.

Outros índices, além do CPO-D podem ser usados para melhorar a avaliação da saúde bucal durante o estabelecimento do plano de tratamento e de intervenção.

Antunes et al. (2004), avaliaram diferentes medidas de prevalência e desigualdade na distribuição da cárie dentária quanto à sua colinearidade parciais e capacidade de expressar as associações com o fornecimento de água fluoretada da torneira, os índices de nível socioeconômico e prestação de serviços odontológicos. Utilizaram o índice CPO-D, o índice significativo de cárie (SiC), as proporções de crianças com alta (CPO-D ≥ 4) e exuberante (CPO-D ≥ 7), experiência de cárie, as crianças livres de cárie (CPOD = 0), o coeficiente de Gini e o Índice de Desigualdade de Saúde Dental (DHII). Foram avaliados os resultados de uma amostra de 18 718 registros de exames orais, para escolares de 12 anos de idade em 131 municípios do estado de São Paulo, Brasil. Os resultados mostraram que a média de CPOD, o índice SiC e as proporções de crianças com alta e exuberante experiência de cárie

apresentaram forte associação linear (r Pearson perto ou superior a 0,95), e um perfil semelhante de correlação com os indicadores de status socioeconômico, serviços odontológicos e acesso a água fluoretada da torneira. O mesmo foi observado para o DHII, o coeficiente de Gini e a proporção de crianças livres de cárie. Concluíram que uma melhor caracterização da distribuição desigual da experiência de cárie exige a estimativa simultânea dos valores de prevalência e desigualdade nos resultados dental. Essa estratégia pode contribuir para a concepção de programas socialmente adequados de promoção da saúde oral.

Frias et al. (2007) descreveram a prevalência de cárie dentária não tratada em adolescentes no Brasil e analisaram a associação da cárie com fatores individuais e contextuais nos municípios onde esses adolescentes residem. Utilizaram um banco de dados gerado pelo Ministério da Saúde (projeto SB-Brasil) que inclui informações de 16 833 adolescentes (15 a 19 anos). A presença de ao menos um dente permanente com cárie não tratada foi a variável de estudo. As variáveis explicativas, em nível individual, foram: sexo, grupo étnico, local de residência e situação escolar. As variáveis referentes ao município foram: índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M), proporção de domicílios com ligação de água e presença de flúor na água de abastecimento há 5 anos ou mais. Para ajustar o desfecho às condições individuais e municipais de interesse, foi realizada uma análise multinível para estimação em modelos multivariados de regressão logística. Os resultados mostraram que ser negro ou pardo e residir em área rural foram determinantes individuais de maior probabilidade de apresentar cárie não tratada. Ser estudante foi identificado como fator de proteção. As variáveis de segundo nível, IDH-M, flúor na rede de água e proporção de domicílios com ligação de água foram identificadas como determinantes contextuais de cárie. Concluíram que existe desigualdade na distribuição dos serviços de saúde nas diferentes regiões brasileiras e sugerem que pode haver desigualdade também na efetividade dos serviços prestados. Políticas de expansão do acesso à água fluoretada e inclusão escolar podem contribuir para evitar a doença cárie em adolescentes.

Biazevic et al. (2008), avaliaram o estado de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida. Foi realizado um estudo transversal, no qual os participantes tinham entre 15 e 17 anos de idade ($N = 247$) e foram examinados por dois cirurgiões-dentistas calibrados. Os exames clínicos observaram os índices

CPOD, CPI e o índice de Dean realizadas por critérios da OMS. O Significant Caries Index (SiC) foi usado para avaliar polarização da ocorrência de cárie entre os participantes do tercil de maior CPO-D. O instrumento OHIP foi usado para medir qualidade de vida. Os exames foram realizados em 117 (47,37%) pessoas do sexo feminino e 130 (52,63%) pessoas do sexo masculino. Dos participantes examinados, 45,75% foram classificados como pertencentes à classe socioeconômica C, ocorrência de cárie foi observada em 218 indivíduos (88,26%), o CPOD foi de 5,40 e o índice SiC foi 9,97. As seguintes correlações foram observadas: uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a maior pontuação no OHIP e dentes cariados, uma correlação positiva com significância limiar entre OHIP e CPO-D; uma correlação inversa entre os dentes intactos e OHIP e uma correlação positiva e não estatisticamente significativa entre a SiC e OHIP. Concluíram que a distribuição epidemiológica da cárie dentária foi elevada e continua a ser um problema de saúde pública. O maior impacto sobre o desempenho de atividades do dia era relacionada ao número de dentes cariados e CPOD maior. Os participantes com maior média de dentes intactos apresentaram menores impactos sobre o desempenho de suas atividades diárias. Fluorose e condição periodontal não apresentaram qualquer relação nesta situação.

2.3 Estudos epidemiológicos da cárie dentária em crianças imigrantes

Pode-se afirmar que estudos epidemiológicos da prevalência de cárie envolvendo crianças imigrantes no Brasil foram pouco pesquisados ou não foram realizados, visto que não se obteve resultados através da busca nos bancos de dados acadêmicos oficiais (Bireme, Scielo)

Estudos realizados com imigrantes em diferentes países, principalmente América do Norte, e norte da Europa, revelam que estes apresentam piores condições de saúde bucal em comparação com a população em geral (Widstrom; Suksis-Janson, 1985; Wendt; Birkhed, 1995; Wang, 1996; Watson et al., 1999; Ramos-Gomez et al., 2005; Skeie et al., 2006), sendo que essa mesma situação é observada em seus descendentes (Aurelius e Lindstrom, 1980; Ekman et al., 1981; Ismail; Szupnar, 1990).

Para Aurelius e Lindstrom (1980), os pais representam um papel importante para saúde bucal de seus filhos, uma vez que o comportamento destes a respeito desse tema é transmitido para seus descendentes, podendo sofrer influência dos serviços de saúde, escolaridade, condição sócio-econômica e mídia. Ainda segundo esses autores, membros de famílias de imigrantes de países onde os serviços odontológicos são precários, muitas vezes não tiveram acesso à educação em saúde bucal e, ao chegar em outro país, encontram ainda mais dificuldades em obtê-la, principalmente, em consequência da barreira lingüística, comprometendo não somente sua saúde bucal, mas também a saúde bucal de seus filhos. Compararam famílias imigrantes de mesma classe social vindas da Finlândia, e sul da Europa (Grécia, Yugoslávia e Turquia) que migraram para Suécia. Elas foram entrevistadas 2 (duas) vezes, levando-se em consideração hábitos de higiene oral, dieta e conhecimento de saúde oral dos pais. A primeira entrevista foi feita na chegada à Suécia, e a segunda 30 (trinta) meses depois.

Os resultados mostraram que durante o período de observação, os imigrantes tiveram maior queixa de dor de dentes, a frequência de escovação de dentes foi menor nas crianças imigrantes e a frequência do consumo de doces significativamente maiores entre as crianças imigrantes. Não teve diferença entre os imigrantes e o controle, nos canais de informação sobre higiene oral, escolas, dentistas.

Concluíram que os pais suecos têm conhecimento mais competente sobre higiene oral que os pais imigrantes. E que é provável que as informações para estrangeiros tenha sido menos eficiente por causa do idioma e barreiras culturais.

Ekman et al. (1981) investigaram a saúde bucal de 100 crianças finlandesas de 4 a 6 anos de idade em Lulea, norte da Suécia e compararam com um grupo controle de crianças suecas da mesma idade, sexo e origem social. O estudo também incluía as atitudes de saúde bucal dos pais. Os resultados mostraram que a média do CPOS do grupo finlandês foi de 12,2, em comparação com 6,4 no grupo sueco. Os resultados mostraram uma diferença estatisticamente significativa na frequência da escovação entre os grupos e uma melhor tendência nos hábitos alimentares do grupo sueco, 47% dos pais Finlandeses usavam dentaduras em comparação a 10% com os pais suecos. Diferenças nas atitudes, juntamente com problemas de linguagem, foram os fatores que poderiam explicar a diferença de saúde bucal entre o grupo de imigrantes e o grupo sueco.

Widstrom e Suksis-Jason (1985) realizaram uma pesquisa em 19 crianças de 6 anos de idade filhos de imigrantes finlandeses e 24 crianças suecas em um subúrbio de Estocolmo, incluindo um exame clínico e radiográfico para a saúde dental. Os pais foram entrevistados sobre seus filhos e os seus próprios hábitos alimentares. O estudo mostrou que os hábitos alimentares em geral, são piores no grupo finlandês do que no grupo sueco. Ambas as crianças e os pais do grupo finlandês tiveram a ingestão de mais alimentos por dia do que os suecos. As crianças finlandesas tinham um consumo significativamente mais freqüente de produtos cariogênicos, tais como refrigerantes, doces, pastilhas e goma de mascar que as crianças suecas e a maioria dos pais finlandeses tiveram o consumo de açúcar maior em seu café e/ou chá. As crianças finlandesas tinham também mais dentes restaurados e dentes cariados. O estudo revelou uma grande necessidade tanto de informação alimentar quanto de saúde geral e dentária no grupo de famílias finlandesas imigrantes pré-escolares.

Wendt e Birkhed (1995) descreveram os hábitos de dieta de crianças e lactentes vivendo na Suécia com referência especial a prevalência de cáries aos 2 e 3 anos de idade para imigrantes. Foi realizado um estudo prospectivo, longitudinal começando com 671 crianças de 1 ano de idade. Aos 3 anos de idade, todas as crianças foram examinadas mais profundamente. Um total de 298 indivíduos, selecionados randomicamente do grupo original foram também examinados aos 2 anos. O acompanhamento dos pais foi por meio de entrevistas sobre os hábitos de dieta das crianças. Crianças com cáries aos 2-3 anos de idade e crianças imigrantes tiveram consumo de produtos de risco à cárie e foram dadas refeições noturnas e líquidos adocicados (mamadeira), com mais freqüência do que crianças não imigrantes livre de cáries aos 2-3 anos de idade. Apesar da grande variação nos hábitos de dieta ter sido encontrado, o uso de produtos contendo açúcar é generalizado na Suécia ainda na primeira infância. Concluíram que para identificar crianças de risco à cárie através de triagem com 1 ano de idade parece ser tão preciso quanto triagem realizada posteriormente. Crianças com hábitos alimentares adequados parecem ser essenciais para alcançar boa saúde oral.

Wang (1996) comparou a condição dentária e necessidades de recursos de imigrantes de 3 a 18 anos de idade, com os não imigrantes (noruegueses) do mesmo grupo etário. Dados sobre o ceo-d e CPO-D, e o tempo gasto com cuidados dentários estavam inscritos nos registros de 9000 crianças no período 1992-93

sendo que 11% das crianças eram filhos de imigrantes. As crianças imigrantes de três a seis anos de idade tiveram mais dentes cariados, perdidos e obturados do que as crianças não imigrantes e os pré-escolares de imigrantes tiveram maior necessidade de tratamento. No entanto, o tempo gasto com uma criança pré-escolar de origem imigrante foi menor do que o tempo gasto em uma criança não imigrante com o mesmo número de dentes cariados. As diferenças entre os imigrantes e os não imigrantes (noruegueses) desapareceram com maior idade. Filhos de imigrantes com mais de seis anos tinham condições de saúde dentária e recursos semelhantes aos dos adolescentes noruegueses.

Watson et al. (1999) coletaram dados de base antes de iniciar um programa de promoção da saúde bucal em uma comunidade latina no interior da cidade de Washington, povoado por imigrantes oriundos da América Central. Utilizaram amostra de crianças de 2 a 5 anos de idade e aplicaram um inquérito aos pais. Os resultados mostraram que apenas 53% das crianças estavam livres de cáries, 18% necessitavam de atendimento odontológico imediato e 26% estavam na necessidade de não urgência. Concluíram que estas crianças possuem padrão de moderado à alto de experiência de cárie não tratada e alta necessidade de tratamento odontológico em algumas crianças examinadas. Logo, com grandes necessidades de ações de iniciativas de promoção de saúde.

Ramos - Gomes (2005) relataram que a população hispânica tornou-se o maior grupo minoritário nos Estados Unidos, resultando em um aumento da procura de cuidados de saúde oral. Desenvolver uma agenda de pesquisa e promover a colaboração em questões de saúde oral para a população latina são cruciais. Convocaram uma conferência de prestadores de cuidados de saúde e outros especialistas para analisar o estado atual da investigação em saúde oral hispânica e identificaram lacunas nos dados existentes e métodos de investigação. Os resultados mostraram que os participantes enfatizaram a importância de compreender as variações entre os subgrupos dentro da população hispânica no desenvolvimento de estudos futuros. Concluíram que os participantes recomendaram estudos de investigação em colaboração para o avanço de prevenção das doenças orais existentes e esforços de promoção da saúde bucal, com um forte foco no desenvolvimento de uma conduta multidisciplinar de investigadores em pesquisa de saúde bucal para atender as necessidades crescentes da população. Construir uma infra-estrutura para formação, investigação

e desenvolvimento pessoal iria fornecer as ferramentas necessárias para desenvolver novos estudos que possam afetar a saúde bucal e geral da população latina. A tradução e divulgação desses resultados de pesquisa irão beneficiar os clínicos, levando à uma melhor compreensão das novas tendências e necessidades específicas da população, bem como adequadas intervenções orientadas.

Skeie et al. (2006), em estudo realizado em Oslo, na Noruega, avaliaram as atitudes e comportamentos parentais para o risco de cárie dentária entre imigrantes e crianças não imigrantes (nativas). Observaram que ser imigrante estava intimamente associado à maior prevalência de cárie devido à fatores comportamentais, atitude em relação à higiene oral, condição social, hábitos de dieta rica em açúcares. Os autores concluíram que os resultados sugerem que os grupos de imigrantes em sociedades ocidentais exigem pacotes de informação diferenciados em relação à assistência odontológica às crianças e incentivo para exercer disciplina sobre os fatores conhecidos como sendo de risco à saúde bucal. Essas estratégias devem reconhecer que os imigrantes e os nativos ocidentais atribuem diferentes níveis de importância para a saúde bucal.

Ismail e Szpunar (1990) apresentaram os resultados de um estudo transversal da prevalência da cárie dentária e doença periodontal dos Mexicano-americanos, bem como a utilização de serviços odontológicos em 395 indivíduos de baixa aculturação, faixa etária de 12 a 74 anos, examinados durante o Programa da Saúde Latino-americana e Nutrição (HHANES). As comparações foram realizadas com 1.894 mexicano-americanos que tinham status elevado de aculturação. Mexicano-americanos adolescentes e adultos com baixo status de aculturação tinham entre 73 e 116 por cento maior número médio de dentes cariados e perdidos, respectivamente, em comparação com aqueles com elevado status de aculturação. As diferenças entre os dois grupos, no entanto, não permaneceu estatisticamente significativa quando os efeitos de confusão de idade, sexo, educação e nível de rendimento foram levados em conta. Gengivite e periodontite foram altamente prevalentes em ambos os grupos, mas aqueles com status de aculturação baixa tinham níveis significativamente mais elevados da doença do que aqueles com elevado status de aculturação. Concluíram que as necessidades dentais não satisfeitas e a maior prevalência de cárie dentária e doença periodontal estavam nos mexicano-americanos com baixo status de aculturação. Apresentavam diferença significativa quando comparados ao fato de o grupo de baixa aculturação ter seguro

dental e ter visitado o dentista com frequência, menos prováveis do que aqueles com estatuto de aculturação alto.

De acordo com dados do Center for Disease Control and Prevention, nos Estados Unidos, uma em cada quatro crianças de origem hispânica nas idades entre dois e quatro anos apresenta cárie não tratada (Center for Disease Control and Prevention, 2007).

Neiderud et al. (1991) pesquisaram saúde bucal e hábitos alimentares em 40 imigrantes gregos (GI), crianças de 2 a 8 anos de idade, nascidas e criadas em Helsingborg, na Suécia e as comparações foram feitas com 45 suecos (S) e 54 gregos que viviam em zona rural (G) e crianças com mesmas idades. A situação de cárie foi praticamente a mesma no GI e no grupo S, onde os dentes decíduos estavam livres de cárie em 31-33%, principalmente nas crianças de 2-3 anos de idade. O grupo G apresentou maior incidência de dentes cariados e superfícies cariadas nos dentes decíduos e permanentes do que os outros dois grupos e apenas 15% estavam livres de cárie nos dentes decíduos. O grupo S apresentou o menor índice de sangramento gengival. A distribuição dos *estreptococos mutans* e *lactobacilos* contados na saliva não diferiram significativamente entre os três grupos. A frequência de escovação foi maior no grupo S, seguido pelo grupo GI. Aproximadamente 80% das crianças do grupo S escovavam os dentes usando um creme dental com flúor, em comparação com 50 e 55%, respectivamente, do G e do grupo GI. O teor de carboidratos na dieta, incluindo a sacarose, foi aproximadamente a mesma nos três grupos. Assim, a saúde dental e os hábitos alimentares entre imigrantes gregos e as crianças suecas foram em geral muito semelhantes, enquanto as crianças gregas de origem rural mostraram um estado menos favorável.

Vargas et al. (1998) relatam que os filhos de imigrantes de origem hispânica apresentam duas vezes mais cáries não tratadas do que crianças brancas de origem não hispânica. Além disso, apresentam também uma maior prevalência de cárie de mamadeira em comparação com filhos de não imigrantes.

Ramos-Gomez et al. (2005) em um seminário promovido pela Associação Dental Hispânica e pela universidade de Porto Rico, realizado no ano de 2004 relataram que foram discutidos os fatores a serem levados em consideração nas futuras pesquisas sobre as condições de saúde bucal de imigrantes latino-americanos para que os resultados obtidos permitam o desenvolvimento de políticas de saúde efetivas e, dessa maneira, consiga-se atingir os objetivos descritos no

programa “Healthy People 2010”, desenvolvido pelo governo dos Estados Unidos para essa população. Os participantes enfatizaram a importância do desenvolvimento de pesquisas que considerem as variações existentes entre os subgrupos que compõem essa população e que analisem fatos que não têm sido investigados tradicionalmente, tais como conhecimentos, expectativas e percepção sobre saúde, diferenças culturais entre os subgrupos, conhecimento sobre os serviços de saúde oferecidos, condições de trabalho, estrutura familiar, discriminação e suas influências em seu estado de saúde bucal e, dessa maneira, estabelecer meios de diminuir as desigualdades encontradas no acesso aos serviços odontológicos.

Wall e Brown (2004) descreveram a relação das visitas ao dentista entre os hispânicos e os subgrupos hispânicos nos Estados Unidos. Os autores compararam os dados de 1999 com uma amostra combinada de 1978 a 1980. Os resultados mostraram que embora o nível de visitas ao dentista para todos os subgrupos hispânicos aumentaram entre o período de 1978 a 1980 e 1999, o nível de visitas ao dentista foi mais baixo entre os mexicano-americanos. Concluíram que aumentos na utilização de serviços odontológicos entre os hispânicos forneceram algum otimismo para a redução do nível das doenças bucais não tratadas entre os hispânicos. E pacientes latino-americanos irão tornar-se uma porcentagem maior de todos os pacientes dentários no futuro. O impacto desse crescimento vai variar muito de estado.

Stewart et al. (2002) analisaram os fatores relacionados à saúde bucal e uso de serviços odontológicos entre os mexicano-americanos, os cubano-americanos e porto-riquenhos no programa Saúde latino-americanos e Nutrição, 1982-84. Medidas categóricas de saúde bucal foram criadas: (1) estado de saúde bucal percebida, (2) avaliação do estado de saúde oral, (3) dentes permanentes cariados, (4) dentes perdidos devido à cárie (5), total de dentes permanentes presentes, (6) classificação periodontal. Os efeitos da aculturação, educação, seguro dental e condição percebida de dentes e gengivas sobre a utilização de serviços odontológicos nos últimos dois e cinco anos foram analisados por regressão logística. Os resultados mostraram que: o seguro dental e educação foram os fatores mais importantes na determinação da utilização de limpezas dentárias e da utilização de atendimento odontológico. Para os mexicano-americanos, os cubano-americanos e porto-riquenhos, aculturação foi um fator na determinação da

utilização de atendimento odontológico nos últimos cinco anos. Concluíram que embora o seguro odontológico e educação pareçam ser os fatores mais importantes para determinar a utilização de serviços odontológicos de limpeza e uso de atendimento odontológico em todas as três amostras, aculturação também teve algum impacto para a determinação da utilização de atendimento odontológico.

Segundo Cruz et al. (2004), a aculturação é um fenômeno complexo que pode servir como pré-requisito para as normas culturais e comportamentais que afetam a procura de cuidados, os comportamentos de prevenção, e, finalmente, os resultados da saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de aculturação para a saúde oral de imigrantes haitianos, em Nova York. Pode-se supor que a aculturação seria um preditor do estado de saúde bucal dos indivíduos participantes. Uma escala de aculturação foi especificamente desenvolvida e validada para este estudo. Uma amostra de 425 adultos imigrantes haitianos que vivem em Nova York foram obtidos através de atividades de sensibilização. Exames de saúde bucal foram realizados e um questionário foi aplicado aos participantes. Após o ajuste para idade, sexo, escolaridade, renda e estado civil, aculturação foi negativamente associado a medidas de dentes cariados, perda de inserção periodontal de 4 milímetros, e ao número de dentes ausentes. Os resultados mostraram um impacto positivo de aculturação sobre o estado de saúde bucal desses indivíduos.

Cruz et al. (2009) examinaram a associação entre imigração e atributos de aculturação e doença bucal entre os imigrantes. Foi realizado um grande estudo transversal com 1.318 imigrantes em Nova York. Foram realizadas entrevistas abrangentes, exames orais dos participantes e usaram modelos de regressão linear para avaliar as diferenças nos níveis de doença bucal entre os subgrupos de imigrantes. Também foram construídos modelos de chances proporcionais para avaliar a associação do nível de doença oral com tempo de permanência nos Estados Unidos, a idade de imigração e de preferência de idioma. Os resultados mostraram que depois de ter controlado para a maioria dos fatores de risco conhecidos, país de nascimento e idade da imigração foram associados às variações na prevalência das doenças orais e necessidade de cuidados de saúde oral. Tempo de permanência foi inversamente associado com a necessidade de tratamento da cárie dentária, mas não com qualquer outro indicador de doenças orais. Preferência de idioma não foi associada com qualquer indicador de doenças orais. Concluíram que país de imigrantes de nascimento, tempo de permanência nos

Estados Unidos e idade de imigração desempenharam papéis importantes na doença, independentemente de a maioria dos fatores de risco conhecidos para doenças bucais. Os resultados enfatizaram a necessidade de mais estudos para elucidar as complexas relações de etnia, *status* socioeconômico e fatores que influenciam culturalmente a saúde do imigrante quanto ao impacto oral.

Woodward et al. (1996) compararam a saúde bucal e características das famílias de clientes do NYPHD (cidade de NY Departamento de Saúde Pública) e PDP (Programa de Práticas Privadas Dentais) usando exame dentário e entrevista com o pai. Os resultados mostraram que clientes do NYPHD e clientes do PDP tinham níveis semelhantes de fluorose, cálculo e saúde periodontal, mas os clientes NYPHD tinham experimentado um maior nível de deterioração. Clientes do NYPHD e do PDP também tinham características familiares significativamente diferentes, muitas das quais foram significativamente associados à presença de um ou mais dentes decíduos ou permanentes cariados. A regressão logística multivariada identificou a história de imigração da mãe, a experiência de cárie passado, e as razões dos pais para agendar compromissos dental de seus filhos como sendo os princípios de risco para à cárie dentária. Quando comparado com os clientes PDP, o NYPHD supriu melhor às necessidades das crianças que de outra forma não poderia receber assistência.

Skeie et al. (2006) procuraram mapear as disparidades existentes em saúde bucal entre as crianças nativas (não imigrantes) e imigrantes ocidentais em Oslo e identificar as diferenças de crenças parentais, cultural, étnica e atitudes em relação à saúde bucal e os comportamentos relacionados com a cárie. Foram examinadas 735 crianças (3- 5 anos e idade), esses exames foram complementados com radiografias das crianças de 5 anos. Os pais responderam a um questionário. Os resultados mostraram que ter origem imigrante, consumir bebidas doces na cama e situação social foram indicadores dominantes de risco de cárie entre as crianças de três anos. Entre os de idade de 5 anos, os indicadores de risco de cárie foram origem imigrante, atitude parental indulgente à dieta , higiene oral, status social e idade que iniciou a escovação. Ser imigrante estava intimamente associado com maior a prevalência de cárie e experiência. A atitude dos pais para a higiene oral, dieta indulgente e os comportamentos relacionados com a cárie distingue os imigrantes ocidentais. Concluíram que os resultados sugerem que os grupos de imigrantes em sociedades ocidentais exigem pacotes de informação diferentes,

estratégias modificadas para formação de hábitos de higiene oral e atitudes relacionadas ao atendimento odontológico de crianças, e incentivo para exercer disciplina sobre os fatores conhecidos como riscos para a saúde oral. Estas estratégias devem reconhecer que os imigrantes e os não imigrantes atribuem diferentes níveis de importância para a saúde oral.

3 OBJETIVOS

Avaliar as condições de cárie dentária em crianças imigrantes latino-americanas e comparar com crianças brasileiras, residentes na cidade de São Paulo, na idade de cinco anos, matriculados na rede de ensino público (Escola Municipal de Educação Infantil – EMEI). E identificar o acesso aos serviços odontológicos, as condições socioeconômicas e demográficas, a percepção e atitude dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo de prevalência das condições de saúde bucal do tipo transversal, em crianças de 5 anos, imigrantes latino-americanas. Para comparação dos dados foram sorteadas o mesmo número de crianças brasileiras.

4.2 População alvo

Imigrantes e filhos de imigrantes latino-americanos com 5 anos de idade matriculados em Escolas Municipais de Educação Infantil – EMEI, no município de São Paulo. E o mesmo número de crianças definido pelo cálculo de amostra para crianças brasileiras, matriculadas nas mesmas Escolas Municipais para comparação dos dados..

4.3. Local de realização da pesquisa

Segundos Dados da Secretaria Municipal de Educação o município de São Paulo tem 503 Escolas Municipais de Educação Infantil – EMEI (relação das escolas em Anexos – A e B), que apresentam aproximadamente 131.350 alunos na idade de 5 anos matriculados no ano de 2009. Os dados estão apresentados no quadro 4.1, mostrando o número de escolas estratificadas por distritos.

Foram sorteadas as escolas e as crianças pertencentes à população de estudo (a lista das escolas sorteadas encontra-se no Anexo – C), o exame ocorreu no próprio espaço escolar no período de atividade educativa das crianças.

Após a realização do exame bucal todas as crianças participaram de uma atividade de educação em saúde bucal e receberam um kit de higiene oral com escova de dente e creme dental fluoretado.

Distritos Administrativos	ESCOLAS
Butantã	30
Campo Limpo	48
Capela do Socorro	30
Frequesia/Brasilândia	33
Guaianases	32
Ipiranga	49
Itaquera	43
Jaçanã/Tremembé	38
Penha	48
Pirituba	47
Santo Amaro	23
São Mateus	47
São Miguel	35
Total	503

Fonte: Secretária Municipal da Educação - SP, 2009.

Quadro 4.1 – Relação de Escolas Municipais de Educação Infantil – EMEI, segundo Distritos Administrativos no município de São Paulo, 2009

As crianças que apresentaram agravos de natureza bucal (cárie dentária, doença periodontal e alteração de tecidos moles), foram orientadas a procurar uma Unidade Básica de Saúde de Referência próxima à residência ou escola, e a relação dos alunos com necessidades bucais foram encaminhadas para a Interlocução de Saúde Bucal da Secretaria da Saúde.

A coleta de dados foi realizada na escola sorteada, sendo que, foi escolhido local apropriado para a área dos exames tendo como característica, o máximo de aproveitamento da luz natural. Em relação à posição examinador-paciente o paciente sentou-se em uma cadeira e reclinou levemente para traz a cabeça, o examinador posicionou-se à frente do paciente e, o anotador de um dos lados, voltando-se para o examinador. A equipe recebeu um suprimento diário de

fichas de acordo com o número de exames a realizados, bem como prancheta, lápis e borracha.

4.4 Aspectos éticos

Para a realização do presente estudo foi elaborado o Projeto de Pesquisa “Condições de saúde bucal de crianças de 5 anos, imigrantes latino-americanos, matriculadas nas escolas públicas do município de São Paulo, 2008”, que foi encaminhado e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo fazendo parte do Processo 193/2008. O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo em 11 de dezembro de 2008. (Anexo K)

O projeto de pesquisa foi também encaminhado para apreciação à Secretaria Municipal da Educação do município de São Paulo. (Anexo J)

Todas as unidades escolares envolvidas e sorteadas na pesquisa receberam um informativo a respeito da natureza da pesquisa bem como o Diretor da EMEI, que assinaram a autorização para a realização da mesma.

Os Pais ou responsáveis pelas crianças participantes foram informados da natureza da pesquisa (Anexos H e I) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando o exame bucal de seus filhos (Anexos F e G). Foram oferecidos versões em português e em espanhol.

Uma vez identificadas as EMEIs sorteadas, previamente realizou-se uma visita à escola para explicar a natureza e a importância da pesquisa, cópias das autorizações da Secretaria Municipal da Educação bem como da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo foram deixadas em mãos para as responsáveis da administração das escolas visitadas, geralmente a reunião se dava com diretoras, ou coordenadoras. Nesta mesma ocasião marcava-se o dia da entrevista com os pais e exames de seus filhos. Explicando de forma detalhada como seriam feitos todos os procedimentos, deixando claro que examinaríamos apenas as crianças cujos pais tivessem assinado a autorização do exame e o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

4.5 Recursos Humanos

Todos os exames foram realizados por um único Cirurgião – Dentista (examinador) e um anotador – monitor.

4.6 Calibração dos Examinadores

A partir da padronização de códigos e critérios para as condições estudadas, a calibração foi estruturada em duas etapas, prática e a teórica:

O treinamento de calibração objetivou-se a:

- garantir a uniformidade de interpretação, compreensão e aplicação dos critérios para as várias condições estudadas;
- assegurar que o profissional pudesse examinar de maneira uniforme e padronizada;
- minimizar as variações de diagnósticos ao longo do processo de coleta de dados.

Nesse processo de calibração foi realizada a avaliação da concordância dos resultados do examinador usando como instrumento de concordância o Coeficiente Kappa e a Porcentagem Geral de Concordância (PGC) e parâmetros de consistência de observação propostos por Frias et al. (2004).

O processo de calibração constou de uma etapa teórica com carga horária de 8 horas e uma etapa denominada calibração prática que contou uma carga horária de 24 horas. Este processo de calibração foi conduzido e orientado por um Dentista Sanitarista, Doutor em Saúde Pública, com experiência anterior em pesquisas populacionais desta natureza.

O treinamento de calibração dos profissionais (equipe – Cirurgião Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário) foi realizado no período de uma semana em agosto de 2009, em uma EMEI – previamente selecionada a qual não pertenceu a amostra sorteada.

4.7 Biossegurança

A pesquisa ocorreu conforme os preceitos de biossegurança, todos os membros da equipe de campo (examinador e anotador) desenvolveram práticas coerentes e adequadas em relação à sua proteção e dos que se submeteram aos exames. Destacando que a responsabilidade pela adoção das normas de biossegurança foi do Cirurgião-Dentista (CD).

As principais medidas, na presente investigação, incluíram:

- lavar as mãos no início e no final de cada exame, ou quando for necessário;
- usar avental, luvas, óculos, gorros e máscara
- trocar as luvas a cada novo exame.
- não manipular objetos impertinentes: lápis, borrachas, fichas, pranchetas etc. Tais objetos devem ser utilizados apenas pelo anotador;
- pegar o instrumental, fazer o exame e descartá-lo no recipiente adequado, devidamente identificado.
- Após o descarte destes instrumentais, os mesmos, ao final do período de exames, foram lavados embalados e passados pelo processo de esterilização em autoclave.

4.8 Recursos Materiais

Para os exames foram utilizadas 200 sondas CPI (também conhecidas como “*ball-point*” ou “da OMS”) e 200 espelhos bucais planos número 5, dispondo de instrumentos em número suficiente para a realização dos exames diários pois estes foram previamente esterilizados propiciando a não reutilização no mesmo dia, uma vez contaminados estes foram recolhidos e somente reutilizados após a esterilização, em uma autoclave. Os outros materiais (tais) como: sabão, toalhas de papel, gaze, luvas e máscaras descartáveis, foram utilizados.

4.9 Delineamento Amostral

A amostra foi do tipo probabilística, por conglomerado em duas etapas de sorteio, para a idade de 5 anos de idade.

Em estudo de prevalência do tipo transversal tendo base de inferência estatística a população alvo, assim sendo a amostra definida para esta pesquisa foi por conglomerado em dois estágios de sorteio. No primeiro estágio foram sorteadas as escolas e no segundo estágio foram sorteadas as crianças.

Nesta pesquisa, as crianças de 5 anos foram examinadas em relação a prevalência de cárie dentária, através do índice ceo-d (média de dentes decíduos cariados, extraídos devido à cárie e restaurados). Como não havia estudos anteriores da população alvo para este agravo bucal, os parâmetros populacionais para o cálculo da amostra tiveram como referência os dados obtidos nas Escolas Públicas do Estado de São Paulo em 2002 (SÃO PAULO, 2002).

Em relação à cárie dentária na dentição decídua a média ceo-d foi 2,26 com desvio padrão da amostra DP = 2,698 para as escolas públicas. Para cálculo do tamanho da amostra considerando os valores de média e desvio-padrão da variável em estudo foi utilizada a fórmula de cálculo amostral proposto por Silva N.N. (1998).

A fórmula é:

$$n = \frac{Z^2 * S^2}{(X * \epsilon)^2} * deff + TNR$$

onde :

n = Tamanho da amostra.

Z = Nível de significância de 1,96, que corresponde a 95% de confiança ou seja $\alpha = 0,05$.

S^2 = Variância da média amostral, ou seja, o quadrado do desvio padrão da variável. $= (2,698)^2$

X = Média da Variável. $= 2,26$

ε = Margem de erro aceitável, ou erro tolerado $= 20\%$ (0,20).

$deff$ = “design effect” – efeito do desenho $= 1,2$.

TNR = Taxa de não resposta, percentual estimando de perda de elementos amostrais $= 30\%$.

$$n = \frac{1,96^2 * 2,698^2 * 1,2 + 30\%}{(2,26 * 0,1)^2} = 214$$

Do total de escolas foram sorteadas 35, a amostra final em cada estrato foi de 230 crianças.

O efeito do desenho **Deff**, é outro ponto que exerce influência no tamanho da amostra é o plano amostral, o uso de conglomerados se por um lado facilita a operacionalização de delineamentos amostrais de base populacional por outro aumenta a imprecisão dos estimadores. O *Deff* – *design effect* – efeito do desenho é a razão entre as imprecisões associadas à estimação de um parâmetro sob dois desenhos amostrais, tendo como denominador o AAS sendo o padrão de referência:

$$Deff = \frac{EP_{conglom}^2}{EP_{AAS}^2}$$

A elevação ao quadrado do erro padrão (EP), indicando que a imprecisão é medida em termos da variabilidade do estimador, tendo em vista que ao investigar apenas os conglomerados sorteados, aumentando sua imprecisão devido às possíveis correlações das unidades amostrais dentro e entre os conglomerados, $Deff = 1$ indica que o conglomerado não tem nenhum efeito sobre o tamanho da amostra quando comparada com a AAS, nesta pesquisa de prevalência de cárie foi utilizado um $Deff = 1,20$, ou seja estamos propondo em corrigir adequadamente o tamanho da amostra em 20%, ou seja este será o efeito do sorteio por conglomerado em duplo estágio.

Devido ao fato de não haver números sobre a presença de crianças imigrantes latinas e descendentes matriculadas nas escolas públicas municipais, foi

adotada a estratégia de ligação para todas as escolas (503) para identificar quais escolas apresentavam crianças imigrantes matriculadas e se apresentassem, a segunda pergunta era quantas crianças de 5 anos eram de origem latino-americana (bolivianas, peruanas, equatorianas, chilenas, etc.), como também o período que as mesmas estudavam.

A partir do número total de crianças matriculadas nas escolas, foram excluídas todas as EMElS que não apresentaram alunos do grupo de estudo. Assim foi possível incluir os dados na formula para conhecer a população amostral representativa para a pesquisa e calcular a fração de amostragem. A fração global de amostragem é representada por $f = n/N$

Por ser um delineamento amostral por conglomerado onde foram sorteadas na primeira etapa as escolas **35** UPA – Unidade Primária de Amostragem, em na segunda etapa as crianças **USA** – Unidade Secundária de Amostragem, a fração final de amostragem foi composta pelas frações parciais de cada etapa de sorteio $f = f_1 * f_2$

Como as UPA – Escolas apresentam tamanhos diferentes de elementos amostrais (crianças), o sorteio foi do tipo PPT – probabilidade proporcional ao tamanho do conglomerado, este processo controlou o tamanho da amostra (n) crianças além de mantê-la autoponderada (KISH, 1965).

$$f = n/N \quad \text{onde} \quad f = f_1 * f_2$$

As escolas foram organizadas em uma lista onde o tamanho de cada conglomerado, número de alunos (B_j) em cada conglomerado, foi organizado em uma distribuição de frequência acumulada até o total de elementos, após este procedimento em realizado um sorteio sistemático das respectivas escolas.

$$f_1 = (35 * B_j) / N$$

$$f_2 = a / B_j$$

35 = número de escolas sorteadas

a = número de crianças

B_j = número de crianças em cada escola

sorteadas em cada

N = total de crianças (população alvo)

escola

Seguindo o pressuposto que todo aluno tem igual probabilidade (n/N) de pertencer a amostra, as escolas com número maior de alunos tiveram uma maior

probabilidade de sorteio no primeiro estágio (f_1), e que os alunos nas menores escolas tiveram maior probabilidade de serem sorteadas no segundo estágio de sorteio (f_2).

$$f = n/N \quad \text{e} \quad f = f_1 * f_2$$

$$n/N = [(35 * B_j) / N] * [a / B_j]$$

4.10 Exame bucal de cárie dentária e necessidade de tratamento

Para o exame das condições de saúde bucal dos participantes foi utilizada sonda periodontal CPI (também conhecidas como “*ball-point*” ou “da OMS”) e espelho bucal plano n.º 5. Os procedimentos para sua realização seguiu as recomendações da Organização Mundial da Saúde, 4ª edição (Organização Mundial da Saúde, 1997).

Foram avaliados dois aspectos em cada espaço dentário: as condições da coroa e de necessidade de tratamento. Após o exame de cada espaço, o examinador relatava os dois respectivos códigos para serem anotados e passava ao espaço dentário seguinte. Foram empregados códigos alfabéticos para dentes decíduos e numéricos para dentes permanentes.

Imediatamente após registrar as condições do dente, e antes de passar ao espaço dentário seguinte, registrou-se o tratamento indicado. Quando não havia necessidade de tratamento, um “0” foi registrado no espaço correspondente. Isso foi feito sempre, para evitar dificuldades no posterior processamento dos dados, uma vez que, não havendo registro, não era possível ao digitador saber o que aconteceu.

4.10.1 Condição de Coroa

0(A) - **Dente Hígido**. Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais foram codificados como *hígidos*:

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

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

1(B) – **Dente Cariado**. Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base, ou descoloração do esmalte, ou de parede ou há uma restauração temporária. 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, a FSP-USP adota 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(C) – **Dente Restaurado mas Cariado**. 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(D) - **Dente Restaurado 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 codificado como 7 (G).

4(E) - 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 à 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.), podem ajudar na tomada de decisão.

5(F) - Dente Permanente Perdido por Outra Razão. Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

6(G) - 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 ou B (cárie).

7(H) - 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)

8(8) - Dente Não Erupcionado. Restrito à dentição permanente e desde que inexistia dente temporário no espaço livre. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

T(T) - Trauma (Fratura). Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

9(9) - **Dente Excluído.** Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Nota: Conforme a recomendação da FSP-USP, quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.

4.10.2 Necessidade de Tratamento

0 - **Nenhum Tratamento.** A coroa e a raiz estão híginas, ou o dente não pode ou não deve ser extraído ou receber qualquer outro tratamento.

1 - **Restauração de uma superfície** dentária.

2 - **Restauração de duas ou mais superfícies** dentárias.

3 - **Coroa** por qualquer razão.

4 - **Veneer** ou **Faceta Estética.**

5 - **Tratamento Pulpar e Restauração.** O dente necessita tratamento endodôntico previamente à colocação da restauração ou coroa, devido à cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma.

Nota: Nunca se deve inserir a sonda no fundo de uma cavidade para confirmar a presença de uma provável exposição pulpar.

6 - **Extração.** Um dente é registrado como “indicado para extração”, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando:

- a cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo;

- a doença periodontal progrediu tanto que o dente está com mobilidade, há dor ou o dente está sem função e, no julgamento clínico do examinador, não pode ser recuperado através de tratamento periodontal;
- um dente precisa ser extraído para confecção de uma prótese; ou,
- a extração é necessária por razões ortodônticas ou estéticas, ou devido à impactação.

7 - Remineralização de Mancha Branca.

8 - Selante.

Nota: Um dos códigos 1, 2, 7 ou 8 será usado para indicar o tratamento necessário para:

- tratar as cáries iniciais, primárias ou secundárias;
- tratar a descoloração de um dente ou um defeito de desenvolvimento;
- reparar o dano causado por trauma, abrasão, erosão ou atrição; ou,
- substituir restaurações insatisfatórias ou selantes se existirem uma ou mais das seguintes condições:

- margem deficiente, permitindo ou em vias de permitir infiltração na dentina. A decisão deve ser tomada com base no senso clínico do examinador, após ter inserido a sonda CPI na margem entre a restauração e o tecido duro ou após observar uma significativa descoloração do esmalte adjacente;

- excesso marginal, causando irritação local do tecido gengival e não podendo ser removido através de um ajuste da restauração;
- fratura, que possa causar a perda da restauração ou infiltração marginal;
- descoloração.

9 – Não se aplica.

Quando o dente não está presente porque ainda não erupcionou, ou foi extraído.

4.11 Inquérito semi-estruturado dirigido aos pais

Os Inquéritos foram elaborados em duas versões: para os pais imigrantes foram oferecidos questionários em língua espanhola e para os pais brasileiro foram oferecidos questionários em língua portuguesa. As duas versões apresentam-se em anexos D e E.

Os objetivos destes questionários foram de:

4.11.1 Caracterização da situação socioeconômica e demográfica

- **Escolaridade do pai** – Diz respeito ao número de anos de estudo do pai da criança examinada, considerando a última série concluída com aprovação. As categorias criadas para analisar esta variável foram: Analfabeto; Ensino Fundamental Incompleto (1ª a 8ª série); Ensino Fundamental Completo (1ª a 8ª série); Ensino Médio Incompleto (1º a 3º colegial); Ensino Médio Completo (1º a 3º colegial); Ensino Superior Incompleto (Faculdade); Ensino Superior Completo (Faculdade). Para as análises estatísticas de associação pelo χ^2 as respostas foram reagrupadas em duas categorias: pais que tinham ensino fundamental completo e pais que tinham ensino médio completo.
- **Escolaridade da mãe** – Diz respeito ao número de anos de estudo da mãe da criança examinada, considerando a última série concluída com aprovação. As categorias criadas para analisar esta variável foram: Analfabeta; Ensino Fundamental Incompleto (1ª a 8ª série); Ensino Fundamental Completo (1ª a 8ª série); Ensino Médio Incompleto (1º a 3º colegial); Ensino Médio Completo (1º a 3º colegial); Ensino Superior Incompleto (Faculdade); Ensino Superior Completo (Faculdade). Da mesma forma, para esta variável foram criadas duas categorias para as análises estatísticas de associação pelo χ^2 : ensino fundamental completo e ensino médio completo.
- **Ocupação do pai** – Diz respeito ao tipo de trabalho que o pai exercia, independentemente da profissão de origem ou da remuneração. No caso do pai ter referido mais de uma ocupação, foi registrada aquela que ele

destacava um maior número de horas semanais. As ocupações foram classificadas em 6 categorias: “Trabalhador registrado em carteira de trabalho”; “Trabalhador autônomo”; “Trabalhador, não registrado em carteira de trabalho”; “Serviços domésticos”; “Desempregado”; “Aposentado”. Para as análises estatísticas as respostas foram reagrupadas e divididas em duas categorias: trabalho sem registro ou autônomo e trabalho registrado em carteira de trabalho.

- **Ocupação da mãe** - Diz respeito ao tipo de trabalho que a mãe exercia, independentemente da profissão de origem ou da remuneração. No caso da mãe ter referido mais de uma ocupação, foi registrada aquela que ele destacava um maior número de horas semanais. As ocupações foram classificadas em 6 categorias: “Trabalhadora registrada em carteira de trabalho”; “Trabalhadora autônoma”; “Trabalhadora, não registrada em carteira de trabalho”; “Serviços domésticos”; “Desempregada”; “Aposentada”. Da mesma forma, para as análises estatísticas as respostas foram reagrupadas e divididas em duas categorias: trabalho sem registro ou autônomo e trabalho registrado em carteira de trabalho.
- **Posse de automóvel** – Durante a aplicação do questionário aos pais foi obtido o número de veículos automotores que a família possuía no momento de exame, sendo que motocicletas não foram consideradas como veículos automotores. Para as análises a variável foi construída com duas categorias, uma envolvendo os pais que possuíam veículos automotores e a outra com os pais que não possuíam veículos automotores.
- **Número de cômodos** – Refere-se ao número de ambientes da moradia utilizados pelos residentes para as necessidades básicas como repouso, estar, preparação de alimentos, higiene, entre outros, as garagens foram excluídas do cálculo.
- **Número de pessoas que moram na casa** – Refere-se ao número de pessoas que compõem a família, excluindo-se os empregados domésticos e visitas. Para a análise descritiva dos dados foi criada uma tabela referente a comparação da relação pessoas por cômodo resultando em três categorias: menor que 1; igual a 1 e maior que 1. Para as análises estatísticas de associação pelo χ^2 foram formadas duas categorias: mais de 1 pessoa por cômodo e 1 ou menos pessoa por cômodo.

- **Número de crianças menores de 12 anos** – Refere-se ao número de crianças menores de 12 anos que moram na casa. Para a análise estatística de associação as respostas foram agrupadas em duas categorias: de 3 a 9 pessoas menores de 12 anos que moram na casa e de 0 a 2 pessoas menores de 12 anos que moram na casa.

4.11.2 Caracterização do acesso a serviços odontológicos

- **Já foi ao dentista** – (sim/não) refere-se ao relato do pai entrevistado de já ter ou não levado seu filho(a) à uma consulta odontológica alguma vez durante a vida.
- **Há quanto tempo** – Refere-se ao tempo decorrido desde a última consulta odontológica, tendo como categorias: Nunca foi ao dentista; Menos de um ano; de 1 a 2 anos; 3 anos ou mais. Para a análise estatística de associação pelo χ^2 foram criadas duas categorias: mais de 1 ano e menos de 1 ano.
- **Onde seu filho(a) foi ao dentista** – Refere-se ao local onde a pessoa realizou seu último atendimento odontológico. Os critérios adotados para a classificação em cada uma das categorias durante a aplicação dos questionários foram: “Nunca foi ao dentista” – quando o pai referiu nunca ter levado seu filho(a) ao dentista. “Serviço Público” – quando o pai referiu ter levado seu filho(a) ao dentista do sistema público de atendimento (SUS, PAS). “Serviço Privado” – quando o pai referiu ter levado seu filho(a) em consultório ou clínica odontológica, com pagamento direto ao profissional. “Convênios ou Planos de Saúde”- quando o atendimento ocorreu em clínica ou consultório privado, mas o pagamento foi coberto por algum tipo de plano de assistência médica, seguro ou convênio com empresas. “Serviço Filantrópico” – quando o atendimento ocorreu em serviços em que não foi cobrado o atendimento e que pertence a alguma entidade filantrópica (igreja, clube, fundação, associação, etc). “Outros” – quando não foi possível enquadrar a resposta em nenhuma das categorias anteriores. Para a análise estatística de associação pelo χ^2 foram criadas duas categorias: serviço público ou filantrópico e serviço privado ou planos de saúde.

- **Seu filho(a) é usuário do sistema público de saúde (Unidade Básica de Saúde)** – Refere-se à utilização dos postos de saúde para atender as necessidades odontológicas de seus filhos, tendo como categorias: “não”; “sim”; “sim, atendimento de urgências”

4.11.3 Caracterização da Condição de Saúde Bucal

- **Porquê ou o motivo que seu filho(a) foi ao dentista** – Durante a aplicação do questionário foram oferecidas 6 opções aos pais para que os mesmos identificassem os motivos que os levaram aos atendimentos odontológicos: nunca foi; Consulta de rotina ou prevenção; dor; sangramento gengival; cárie; feridas, caroços, ou manchas na boca; outros motivos. Para a análise estatística de associação pelo χ^2 foram criadas duas categorias: dor e cáries; e prevenção.
- **Seu filho(a) apresentou dor de dentes e gengivas nos últimos 6 meses, o quanto de dor** – Durante a aplicação do questionário foram oferecidas 3 opções aos pais: nenhuma dor; pouca dor; muita dor. Para a análise estatística de associação pelo χ^2 foram criadas duas categorias: com dor e sem dor.
- **Seu filho(a) já faltou à aula devido a dor de dentes** – (sim/não) refere-se ao relato do pai entrevistado se o filho(a) já faltou à aula devido dor de dentes.

4.11.4 Caracterização da atitude e percepção dos pais em relação saúde bucal de seus filhos(as)

- **Considera que seu filho(a) necessita de tratamento odontológico atualmente** – Refere-se a auto percepção dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos, tendo como categorias de respostas sim ou não.

- **Seu filho utiliza escova dental para higiene bucal** – Refere-se a atitude dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos, forma oferecidas 3 categorias: Não usa escova de dentes; Usa escova de dente (uso individual – só a criança usa a escova); Usa escova de dente (uso compartilhado – mais de uma pessoa usa a escova)
- **Quantas vezes seu filho escova os dentes por dia** – Foram oferecidas 4 opções de respostas: Não escova os dentes; Escova os dentes apenas 1 vez ao dia; Escova os dentes 2 vezes ao dia; Escova os dentes 3 vezes ao dia
- **Seu filho usa creme dental (pasta de dentes) para escovar os dentes** – Foram oferecidas 3 opções de respostas: Não usa creme dental; Usa creme dental, mas não em todas as escovações; Usa creme dental, em todas as vezes que escova os dentes.

4.12 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados, armazenados, tabulados e analisados em banco de dados do Programa EPI-INFO 2000 (2007) (CDC – Atlanta, EUA). Foi realizada análise descritiva dos dados com apresentação em tabelas e gráficos das distribuições de frequência, foi utilizado a Razão de Prevalência (RP) e o intervalo de confiança (IC95%) para a análise bivariada entre as variáveis dependentes e independentes. Foi realizada análise estatística de associação pelo χ^2

5 RESULTADOS

5.1 Escolas Municipais de Ensino Infantil (EMEI)

A Tabela 5.1 representa o número total de escolas municipais de ensino infantil da cidade de São Paulo. Das 503 escolas, 431(85%) responderam ao contato inicial que se deu por telefone: em 72 escolas (14.4%) não se conseguiu o contato por motivos variados como mudança do número de telefone, ausência do número no site da secretaria da educação ou por alegar que não poderiam dar quaisquer informações desde que fosse pessoalmente.

Tabela 5.1 - Números absolutos e relativos de escolas, segundo resposta ao contato por telefone. São Paulo, 2009.

	RESPONDERAM		NÃO RESPONDERAM		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
ESCOLAS	431	85.6	72	14.4	503	100
EMEIs						

Das 431 escolas que responderam ao contato, 200 escolas diziam ter crianças imigrantes matriculadas, ou seja, 46,4% das escolas que responderam ao primeiro contato diziam ter pelo menos uma criança imigrante latina matriculada em sua EMEI. Os números estão representados na tabela 5.2.

Tabela 5.2 - Números absolutos e relativos de escolas, segundo a presença ou não de crianças imigrantes matriculadas. São Paulo, 2009.

	APRESENTAM CRIANÇAS IMIGRANTES		NÃO APRESENTAM CRIANÇAS IMIGRANTES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
ESCOLAS						
EMEIs	200	46,4	231	53,6	431	100

5.2 Caracterização da amostra

Das 200 EMEIs que afirmaram ter crianças imigrantes latinas matriculadas, perguntou-se quantas crianças tinham, ou seja, quantas crianças imigrantes havia na escola. Deste questionamento chegamos ao número aproximado de 1845 crianças imigrantes latinas.

Foram sorteadas 35 EMEIs cuja soma totalizou a presença de 878 crianças imigrantes latinas aproximadamente. A amostra final foi composta por 230 crianças imigrantes latinas e 230 crianças brasileiras para comparação dos dados. Esses dados estão apresentados no Quadro 5.1.

	ESCOLAS QUE APRESENTAM CRIANÇAS IMIGRANTES	Nº DE CRIANÇAS IMIGRANTES
Escolas	200	1845
Escolas sorteadas	35	878
Amostra de crianças imigrantes latinas	--	230

Quadro 5.1 - Relação do número absoluto de crianças imigrantes latinas americanas presentes nas EMEIs da cidade de São Paulo, 2009

Destaca-se que do total da amostra de 230 crianças para o grupo imigrantes latinas e 230 crianças para o grupo brasileiras, 13 (5,6%) crianças imigrantes latinas e 15 (6,5%) crianças brasileiras não participaram da pesquisa por motivos de falta de autorização dos pais e falta à aula.

A tabela 5.3 classifica as crianças imigrantes examinadas de acordo com a sua nacionalidade, do total da amostra de crianças imigrantes, 195 (89.8%) crianças eram Bolivianas, 11 (5.1%) crianças eram Paraguaiaias e 11 (5.1%) eram Peruanas.

Tabela 5.3 - Números absolutos e relativos segundo nacionalidade das crianças imigrantes latinas, São Paulo, 2009

	BOLIVIANAS		PARAGUAIAIAS		PERUANAS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Crianças imigrantes latinas	195	89,8	11	5,1	11	5,1	217	100

A tabela 5.4 relaciona o total do número de crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras examinadas de acordo com o sexo e grupo étnico. Foram examinadas 217 crianças imigrantes latinas, sendo que 114 (52,5%) eram do sexo masculino e 103 (47,5) do sexo feminino. No grupo de crianças brasileiras foram examinadas 215 crianças, sendo que 118 (54,9%) do sexo masculino e 97 (45,1%) do sexo feminino.

Tabela 5.4 - Número e porcentagem de crianças de 5 anos de idade examinadas, segundo sexo e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

SEXO	GRUPO ÉTNICO				TOTAL	
	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras			
	n	%	n	%	n	%
Masculino	114	52,5	118	54,9	232	53,7
Feminino	103	47,5	97	45,1	200	46,3
TOTAL	217	100	215	100	432	100,0

5.3 Caracterização Socioeconômica e Demográfica

As Tabelas 5.5 e 5.6 apresentam as características da distribuição quanto a escolaridade dos pais e das mães respectivamente das crianças examinadas separadas de acordo com o grupo étnico, em números absolutos e relativos. Observa-se que a escolaridade do pai, para o ensino médio completo, no grupo imigrante latino 92 (42,4%) é bem superior quando comparado com o grupo brasileiro 55 (25,8%). Já para a escolaridade da mãe os dados apresentam se de forma bastante semelhante.

Tabela 5.5 - Número e porcentagem de crianças de 5 anos de idade examinadas, segundo escolaridade do pai e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Escolaridade do pai	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	3	1,4	9	4,2	12	2,8
Ensino fundamental incompleto	36	16,6	64	29,6	100	23,0
Ensino fundamental completo	40	18,4	23	10,8	63	14,7
Ensino médio incompleto	24	11,1	31	14,6	55	12,8
Ensino médio completo	92	42,4	56	25,8	148	34,2
Ensino superior incompleto	9	4,1	9	4,2	18	4,2
Ensino superior completo	10	4,6	12	5,6	22	5,1
Sem informação	3	1,4	11	5,2	14	3,3
TOTAL	217	100	215	100	432	100

Tabela 5.6 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade examinadas, segundo escolaridade da mãe e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Escolaridade da mãe	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	1	0,4	—	—	1	0,2
Ensino fundamental incompleto	56	25,8	66	30,7	122	28,2
Ensino fundamental completo	41	18,9	31	14,4	72	16,7
Ensino médio incompleto	29	13,4	30	14,0	59	13,7
Ensino médio completo	67	30,9	67	31,2	134	31,0
Ensino superior incompleto	13	6,0	9	4,2	22	5,1
Ensino superior completo	8	3,7	8	3,7	16	3,7
Sem informação	2	0,9	4	1,8	6	1,4
TOTAL	217	100	215	100	432	100

A Tabela 5.7 apresenta o número e porcentagem, segundo o número de pessoas que moram na casa e grupo étnico. Destaca-se a maior concentração de pessoas que moram na casa para o grupo de crianças imigrantes. Para o número de até 5 pessoas que moram na casa o grupo de crianças imigrantes somou 51,5% das famílias. Para o grupo de crianças brasileiras 77,9% apresenta até 5 pessoas que moram na casa. Portanto 48,5% das famílias de crianças imigrantes latinas apresentam mais de 5 pessoas morando na casa enquanto que no grupo de

crianças brasileiras 22,1% das famílias apresentam mais de 5 pessoas morando na casa.

Tabela 5.7 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo o adensamento residencial e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Número de pessoas que moram na casa	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
2	2	0,9	6	2,8	8	1,9
3	18	8,4	49	22,5	67	15,4
4	41	18,6	63	29,1	104	23,8
5	51	23,6	50	23,5	101	23,6
6	44	20,0	28	13,1	72	16,6
7	19	8,8	7	3,3	26	6,1
8	11	5,1	8	3,8	19	4,4
9	10	4,7	3	1,4	13	3,0
10	12	5,6	—	—	12	2,8
11	3	1,4	—	—	3	0,7
12	3	1,4	—	—	3	0,7
15	1	0,5	—	—	1	0,2
18	1	0,5	—	—	1	0,2
20	0	0,0	1	0,5	1	0,2
24	1	0,5	—	—	1	0,2
TOTAL	217	100	215	100	432	99,8

A Tabela 5.8 apresenta a comparação da distribuição da Razão de adensamento residencial – pessoas por cômodo. Nota-se o maior adensamento residencial no grupo de crianças imigrantes latinas. Para o dado menor que 1 (Razão de adensamento residencial - menos de 1 pessoa por cômodo) o grupo de crianças imigrantes latinas apresentou 10,6% e o grupo de crianças brasileiras apresentou 17,7% das famílias. Para o dado igual a 1, o grupo de crianças imigrantes apresentou 11,5% e o grupo de crianças brasileiras 20,0% e para o dado maior que 1 pessoas por cômodo, o grupo de crianças imigrantes latinas apresentou 77,9% enquanto no grupo de crianças brasileiras foi de 62,3%.

Tabela 5.8 - Comparação da distribuição de frequência da Razão de adensamento residencial - pessoas por cômodo. Crianças brasileiras e crianças imigrantes latino-americanas na idade de 5 anos, município de São Paulo, SP, 2009

	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras	
	n	%	n	%
Menor 1	23	10,6	38	17,7
Igual 1	25	11,5	43	20,0
Maior 1	169	77,9	134	62,3
Média	1,798		1,496	
DP	1,00		0,929	
Moda	2,00		1,00	

As Tabelas 5.9 e 5.10 apresentam o número e porcentagem de crianças aos cinco anos de idade segundo o número de crianças menores de 12 anos que moram na casa e grupo étnico. Nota-se uma maior concentração de crianças menores de 12 anos para o grupo de crianças imigrantes latinas. Para o intervalo de até 2 crianças menores de 12 anos que moram na casa, o grupo de crianças brasileiras apresentou 80,9% enquanto que no grupo de crianças imigrantes latinas apresentou 51,6%. Para o intervalo de 3 a 5 crianças, o grupo de crianças imigrantes latinas apresentou 42,3% enquanto no grupo de crianças brasileiras foi de 17,7%.

Tabela 5.9 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo o adensamento de crianças menores que 12 anos e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Número de crianças menores de 12 anos que moram na casa	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
0	-	-	3	1,4	3	0,7
1	42	19,5	91	42,6	133	31,0
2	69	32,1	79	36,9	148	34,6
3	49	22,8	27	12,6	76	17,7
4	28	13,0	9	4,2	37	8,6
5	14	6,5	2	0,9	16	3,7
6	9	4,2	2	0,9	11	2,6
7	3	1,4	-	-	3	0,7
8	-	-	1	0,5	1	0,2
9	1	0,5	-	-	1	0,2
TOTAL	215	100	214	100	429	100

Tabela 5.10 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo número (em intervalos) do adensamento residencial de crianças menores que 12 anos e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Número de crianças menores de 12 anos que moram na casa	Crianças imigrantes Latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0 — 2	111	51,6	173	80,9	284	66,3
3 — 5	91	42,3	38	17,7	129	30,0
6 — 9	13	6,1	3	1,4	16	3,7
TOTAL	215	100	214	100	429	100

As Tabelas 5.11 e 5.12 apresentam as características da distribuição quanto à ocupação dos pais e das mães respectivamente, das crianças examinadas, separadas de acordo com o grupo étnico, em números absolutos e relativos. Observa-se que a grande maioria dos pais das crianças imigrantes latino-americanas são trabalhadores autônomos e trabalhadores não registrados somando 86,2% do total entrevistados, enquanto no grupo de crianças brasileiras a maioria são pais trabalhadores registrado em carteira de trabalho. A mesma situação é observada em relação à ocupação das mães das crianças imigrantes latino-americanas entrevistadas, a grande maioria (76,5%) são trabalhadoras autônomas ou trabalhadoras não registradas.

Tabela 5.11 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade, segundo ocupação do pai e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Ocupação do pai	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Trabalhador registrado em carteira de trabalho	13	6	103	47,9	116	26,7
Trabalhador autônomo	157	72,4	59	27,2	216	50,0
Trabalhador, não registrado em carteira de trabalho	30	13,8	20	9,4	50	11,7
Serviços domésticos	6	2,8	1	0,5	7	1,6
Desempregado	4	1,8	25	11,7	29	6,7
Aposentado	1	0,4	1	0,5	2	0,5
Sem informação	6	2,8	6	2,8	12	2,8
TOTAL	217	100	215	100	432	100

Tabela 5.12 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo ocupação da mãe e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Ocupação da mãe	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Trabalhador registrado em carteira de trabalho	10	4,6	62	28,8	72	16,7
Trabalhador autônomo	140	64,4	37	17,2	177	41,0
Trabalhador, não registrado em carteira de trabalho	26	12,0	19	8,8	45	10,4
Serviços domésticos	36	16,6	64	29,9	100	23,1
Desempregado	1	0,5	29	13,5	30	6,9
Aposentado	1	0,5	2	0,9	3	0,7
Sem informação	3	1,4	2	0,9	5	1,2
TOTAL	217	100	215	100	432	100

A Tabela 5.13 caracteriza a condição socioeconômica, apresentando a distribuição segundo a posse de automóvel dos pais das crianças examinadas. Verificou-se que 80,6% dos pais das crianças imigrantes não possuíam automóveis e entre os pais das crianças brasileiras 66,2% não possuíam automóvel.

Tabela 5.13 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo a propriedade de carro e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Propriedade de carro	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Não tem carro	175	80,6	142	66,2	317	73,5
Possui carro	37	17,1	62	28,6	99	22,8
Possui 2 ou mais carros	2	0,9	10	4,7	12	2,8
Sem informação	3	1,4	1	0,5	4	0,9
TOTAL	217	100	215	100	432	217

5.4 Caracterização do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal

A Tabela 5.14 apresenta a ida ao dentista alguma vez na vida e grupo étnico. No grupo de crianças imigrantes latinas 28,2% relataram nunca ter ido ao dentista, enquanto no grupo de crianças brasileiras 42,4% relataram nunca ter ido ao dentista.

Tabela 5.14 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo a ida ao dentista alguma vez na vida e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Já foi ao dentista?	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Não	61	28,2	91	42,4	152	35,2
Sim	150	69,1	115	53,5	265	61,4
Sem informação	6	2,7	9	4,1	15	3,4
TOTAL	217	100	215	100	432	100

A Tabela 5.15 apresenta o número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade examinadas, segundo o tempo da última consulta e grupo étnico. No grupo de crianças imigrantes latinas 46,4% relataram ter ido ao dentista há menos de 1 ano, 15,6% relataram ter ido ao dentista entre 1 e 2 anos e 6,4 % relataram ter ido ao dentista há 3 anos ou mais. Para o grupo de crianças brasileiras 42,2% relataram ter ido ao dentista há menos de 1 ano, 9,9% relataram ter ido ao dentista entre 1 e 2 anos e 3,8% relataram ter ido ao dentista há 3 anos ou mais.

Tabela 5.15 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo ao tempo da última consulta e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Há quanto tempo?	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Nunca	61	28,4	91	42,2	152	35,2
Menos de (1) ano	101	46,4	91	42,2	192	44,3
De (1) a (2) anos	34	15,6	21	9,9	55	12,8
Três(3) anos ou mais	14	6,4	8	3,8	22	5,1
Sem informação	7	3,2	4	1,9	11	2,6
TOTAL	217	100	215	100	432	100

A Tabela 5.16 apresenta o número e a porcentagem de crianças aos 5 anos de idade examinadas, segundo ao local onde foi atendido e grupo étnico. Para o grupo de crianças imigrantes latinas 28,2 nunca foram ao dentista, 45,0% relataram que o atendimento foi realizado no serviço público e 22,9% relataram que foram atendidas em serviços privados e planos de saúde. No grupo de crianças brasileiras 42,4% nunca foram ao dentista, 35,3% relataram que buscaram atendimento no serviço público e 19,1% relataram que foram atendidas em serviços privados e planos de saúde.

Tabela 5.16 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo ao local onde foi atendido e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Onde foi?	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Nunca foi	61	28,2	91	42,4	152	35,2
Serviço Público	97	45,0	76	35,3	173	40,2
Serviço Privado	43	19,7	23	10,9	66	15,3
Planos de Saúde	7	3,2	18	8,2	25	5,6
Serviços Filantrópicos	3	1,4	2	0,9	5	1,2
Outros	2	0,8	2	0,8	4	0,9
Sem informação	4	1,7	3	1,4	7	1,6
TOTAL	217	100	215	100	432	100

A Tabela 5.17 apresenta o número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade examinadas, segundo a utilização dos serviços públicos - Unidade Básica de Saúde (UBS) e grupo étnico. No grupo de crianças imigrantes latinas 79,9% relataram utilizar as Unidades Básicas de Saúde e no grupo de crianças brasileiras 66,7% relataram utilizar as Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 5.17 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo a utilização dos serviços públicos - Unidade Básica de Saúde (UBS) e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

UBS	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Não é usuário	37	17,0	68	31,9	105	24,4
Sim, para tratamento regular	150	69,3	118	54,5	268	61,9
Sim, para situações de emergência	23	10,6	26	12,2	49	11,4
Sem informação	7	3,2	3	1,4	10	2,3
TOTAL	217	100	215	100	432	100

5.5 Caracterização da Atitude e Percepção dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos

A Tabela 5.18 apresenta a distribuição da amostra, referentes ao número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade examinadas segundo a percepção dos pais em relação à necessidade de tratamento de seus filhos e grupo étnico. No grupo de crianças imigrantes, 85,7% dos pais consideram que seus filhos necessitam de tratamento odontológico e no grupo de crianças brasileiras 62,9% dos pais consideram que seus filhos necessitam de algum tratamento odontológico.

Tabela 5.18 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo a percepção dos pais em relação à necessidade de tratamento de seus filhos e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Considera que seu filho(a) necessita de tratamento dental?	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Não	28	12,9	75	34,8	103	23,7
Sim	186	85,7	135	62,9	321	74,4
Sem informação	3	1,4	5	2,3	8	1,9
TOTAL	217	100	215	100	432	100

As Tabelas 5.19 e 5.20 apresentam a atitude dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos. Para as variáveis: utilização de escova dental (tabela 5.19) e quantidade de escovações diárias (tabela 5.20), os valores encontrados foram muito próximos nos dois grupos. Em relação a utilização de escova dental 96,7% dos pais das crianças imigrantes latinas relataram que seus filhos utilizam e o fazem de forma individual. No grupo de crianças brasileiras 92,9% dos pais relataram que seus filhos fazem o uso e de forma individual. Em relação a quantidade de escovações, no grupo de crianças imigrantes latinas 12,9% escova os dentes 1 vez ao dia, 42,4% escova os dentes 2 vezes ao dia e 44,7% escova os dentes 3 vezes ao dia. No grupo de crianças brasileiras 16,4% escova os dentes 1 vez ao dia, 42,3% escova os dentes 2 vezes ao dia e 41,3% escova os dentes 3 vezes ao dia.

Tabela 5.19 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo utilização de escova dental e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Seu Filho utiliza escova dental para higiene bucal?	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Não usa escova de dente	1	0,5	3	1,4	4	0,9
Usa escova de dente (uso individual)	210	96,7	199	92,9	409	94,9
Usa escova de dente (mais de uma pessoa usa a mesma escova)	6	2,8	12	5,2	18	4,0
Sem informação	—	—	1	0,5	1	0,2
TOTAL	217	100	215	100	432	100

Tabela 5.20 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo quantidade de escovações dentárias diárias e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Quantas vezes seu filho escova os dentes por dia?	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Escova os dentes uma vez ao dia	28	12,9	35	16,4	63	14,7
Escova os dentes duas vezes ao dia	92	42,4	91	42,3	183	42,3
Escova os dentes três vezes ao dia	97	44,7	89	41,3	186	43,0
TOTAL	217	100	215	100	432	100

A Tabela 5.21 apresenta o número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade examinadas, segundo o uso de dentifrício e grupo étnico. No grupo de crianças imigrantes latinas 94,4% utilizam pasta de dentes em todas as escovações, 3,7% usam pasta de dentes, mas não em todas as vezes que escovam os dentes e 1,4% não usam pasta de dentes. No grupo de crianças brasileiras 85,4% usam pasta de dentes em todas as escovações e 14,6% usam pasta de dentes, mas não em todas as vezes que escovam os dentes.

Tabela 5.21 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo o uso de dentifrício e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Seu filho usa pasta de dentes?	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Não usa pasta de dentes	3	1,4	—	—	3	0,7
Usa pasta de dentes em todas as vezes que escovam os dentes	205	94,4	183	85,4	388	90,0
Usa pasta de dentes, mas não em todas as escovações	8	3,7	32	14,6	40	9,1
Sem informação	1	0,5	—	—	1	0,2
TOTAL	217	100	215	100	432	100

5.6 Caracterização da Condição de Saúde Bucal

A Tabela 5.22 apresenta o número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo a presença de dor de dentes e gengivas nos últimos 6 meses e grupo étnico. No grupo de crianças imigrantes latinas 43,3% não tiveram dor, 45,2% tiveram pouca dor e 9,2% tiveram muita dor de dentes e gengivas nos últimos 6 meses. No grupo de crianças brasileiras 71,8% não tiveram dor, 24,4% tiveram pouca dor e 1,9% tiveram muita dor de dentes e gengivas nos últimos 6 meses.

Tabela 5.22 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo a presença de dor e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Teve dor de dentes ou gengivas nos últimos 6 meses	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Não teve dor	94	43,3	154	71,8	248	57,4
Teve pouca dor	98	45,2	53	24,4	151	34,9
Teve muita dor	20	9,2	4	1,9	24	5,6
Sem informação	5	2,3	4	1,9	9	2,1
TOTAL	217	100	215	100	432	100

A Tabela 5.23 apresenta o número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade examinadas, segundo a faltas em aulas por dor de dentes e grupo étnico. No grupo de crianças imigrantes latinas 30,4% relataram ter faltado à aula por dor de dentes enquanto que no grupo de crianças brasileiras o valor foi de 16,4%.

Tabela 5.23 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo faltas em aulas por dor de dentes e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Já faltou às aulas por dor de dentes?	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Não	148	68,2	176	82,2	324	75,1
Sim	66	30,4	36	16,4	102	23,5
Sem informação	3	1,4	3	1,4	6	1,4
TOTAL	217	100	215	100	432	100

A Tabela 5.24 apresenta o número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade examinadas, segundo o motivo que levou a criança a procurar o dentista e grupo étnico. No grupo de crianças imigrantes latinas, o motivo maior foi cáries, representando 31,6% do total das respostas, 21,1% por motivo de dor de dentes e 14% por prevenção. No grupo de crianças brasileiras o motivo maior que levou as crianças ao dentista foi prevenção representando 26,2% do total das respostas, 14,1% foi por cáries e 6,1% foi por motivo de dor de dentes.

Tabela 5.24 - Número e porcentagem de crianças aos 5 anos de idade segundo ao motivo que levou a ida ao dentista e grupo étnico, município de São Paulo, SP, 2009

Porque foi ao dentista?	Crianças imigrantes		Crianças brasileiras		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Nunca foi	60	27,5	95	44,8	155	35,7
Prevenção	31	14,2	58	26,2	89	20,4
Dor	46	21,1	13	6,1	59	13,7
Sangramento Gengival	1	0,5	3	1,4	4	0,9
Cáries	68	31,6	30	14,1	98	23,0
Úlceras, Tumores, Manchas	-	-	2	0,9	2	0,5
Outras razões	8	3,7	12	5,6	20	4,6
Sem informação	3	1,4	2	0,9	5	1,2
TOTAL	217	100	215	100	432	100

5.7 Cárie Dentária

A experiência de cárie dentária, foi observada através do índice ceo-d (Tabela 5.25) revelando que 49,8% das crianças brasileiras estudadas apresentavam-se livres de cárie, enquanto nas crianças imigrantes latino-americanas apenas 12,9% estavam livres de cárie.

Tabela 5.25 - Distribuição de freqüência dos valores do índice ceo-d, na população de crianças imigrantes latinas e brasileiras aos 5 anos de idade, matriculadas nas EMElS do município de São Paulo, SP, 2009

Ceo-d	Crianças imigrantes latinas		Crianças brasileiras	
	n	%	n	%
0	28	12,9	107	49,8
1	9	4,1	17	7,9
2	16	7,4	25	11,6
3	14	6,5	16	7,4
4	12	5,5	12	5,6
5	14	6,5	5	2,3
6	16	7,4	6	2,8
7	19	8,8	5	2,3
8	20	9,1	8	3,7
9	19	8,8	5	2,3
10	15	6,9	4	1,9
11	9	4,1	1	0,5
12	16	7,4	2	0,9
13	6	2,8	1	0,5
14	2	0,9	-	-
16	2	0,9	-	-
20	-	-	1	0,5
Total	217	100	215	100

A Tabela 5.26 apresenta a distribuição de freqüência absoluta de dentes decíduos hígidos, cariados, perdidos e obturados. Podem-se observar os valores maiores na população das crianças imigrantes latino-americanas representando a maior prevalência da doença e a maior necessidade de tratamento.

Tabela 5.26 - Distribuição de freqüência absoluta de dentes decíduos hígidos, cariados, perdidos e obturados, índice ceo-d, na população brasileira e imigrantes latinas, idade de 5 anos, município de São Paulo, 2009

	n	h	c	e	o	ceo
Crianças imigrantes latinas	217	2821	1023	11	306	1340
Crianças brasileiras	215	3688	415	1	54	476
Total	432	6509	1438	12	360	1816

A Tabela 5.27 apresenta os valores médios do índice ceo-d e seus componentes na população de crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras. No grupo de crianças imigrantes latinas a média de dentes hígidos foi de 13,00, média de dentes cariados de 4,71, média de dentes extraídos de 0,05, média de dentes restaurados de 1,41 e média ceo-d de 6,18. No grupo de crianças brasileiras a média de dentes hígidos foi de 17,15, média de dentes cariados de 1,93, média de dentes extraídos de zero e média ceo-d de 2,21.

Tabela 5.27 - Média do índice ceo-d e seus componentes, na população brasileira e imigrantes latinas, idade de 5 anos, município de São Paulo, 2009

	H	c	e	o	ceo
Crianças imigrantes latinas	13,00	4,71	0,05	1,41	6,18
Crianças brasileiras	17.15	1.93	-	0.25	2.21

A Tabela 5.28 apresenta a distribuição de freqüência relativa de dentes decíduos hígidos, cariados, perdidos, obturados e índice ceo-d, na população de crianças brasileira e crianças imigrantes latinas. O grupo de crianças latinas apresentou componente c (cariado) de 76,3%, componente e (extraído) de 0,8% e componente o (restaurado) de 22,9%. O grupo de crianças brasileiras apresentou componente c (cariado) de 87,2%, componente e (extraído) de 0,2% e componente o (restaurado) de 12,6%.

Tabela 5.28 - Distribuição de freqüência relativa de dentes decíduos hígidos, cariados, perdidos e obturados, índice ceo-d, na população brasileira e imigrantes latinas, idade de 5 anos, município de São Paulo, 2009

	c	e	o	ceo
Crianças imigrantes latinas	76,3 %	0,8%	22,9%	100%
Crianças brasileiras	87,2%	0,2%	12,6%	100%

A Tabela 5.29 apresenta os valores médios na população de crianças brasileiras e de crianças imigrantes latinas de ceo-d, desvio-padrão e intervalos de confiança de 95% para média populacional.

Tabela 5.29 - Média do ceo-d na população brasileira e imigrantes latinas, desvio-padrão e intervalos de confiança de 95% para média populacional, idade de 5 anos, município de São Paulo, 2009

	n	ceo	DP	LI	LS
Crianças imigrantes latinas	217	6,18	4,08	5,63	6,71
Crianças brasileiras	215	2,21	3,26	1,77	2,65

DP = desvio padrão; LI = limite inferior; LS = limite superior

O Gráfico 5.1 apresenta a distribuição de freqüência dos valores do índice ceo-d na população de crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras. Nota-se que o grupo de crianças brasileiras apresenta um número muito maior de crianças livres de cárie que o grupo de crianças imigrantes latinas, 107 crianças e 28 crianças respectivamente, e o grupo de crianças imigrantes latinas apresenta maior número de crianças com valores médios do índice ceo-d mais elevados que o grupo de crianças brasileiras.

Gráfico 5.1- Distribuição de freqüência dos valores do índice ceo-d na população de crianças imigrantes latinas e brasileiras idade de 5 anos, matriculadas nas EMEIs do município de São Paulo, SP, 2009

O gráfico 5.2 apresenta os valores médios do ceo-d e seus componentes de crianças aos 5 anos de idade comparando os grupos de crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras. Nota-se que o componente cariado (c) compõe a maior parte do índice ceo-d nos grupos, seguido do componente obturado (o) e o componente extraído apresentou-se próximo de zero no grupo de crianças imigrantes latinas e zero no grupo de crianças brasileiras. Observa-se também a maior incidência da doença cárie no grupo de crianças imigrantes latinas, com valores mais elevados.

Gráfico 5.2 - ceo-d e componentes (cariados, extraídos e obturados) de crianças de 5 anos imigrantes latino americanas e brasileiras, cidade de São Paulo, 2009

O Quadro 5.2 apresenta a comparação entre as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde para a idade de 5 anos, para os anos de 2000 e 2010, o levantamento epidemiológico do SB Brasil de 2003 e os resultados obtidos nesta pesquisa. Nota-se que o grupo de crianças imigrantes latinas apresentou um valor muito aquém dos valores propostos pela Organização Mundial da Saúde e pelos resultados do SB Brasil e o grupo de crianças brasileiras apresentou valor compatível ao valor proposto pela Organização Mundial da Saúde no ano de 2000 e valor acima do SB Brasil 2003.

	Meta da OMS 2000	LESB São Paulo 2008	Crianças imigrantes latinas	Crianças brasileiras	Meta da OMS 2010
Porcentagem de crianças livres de cárie (ceo-d = 0)	50%	40,6%	12,9%	49,8%	90%

Quadro 5.2 – Comparação entre as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde para a idade de 5 anos, para o ano de 2000 e 2010, com o SB Brasil de 2003 e os resultados da pesquisa atual com crianças imigrantes e brasileiras da cidade de São Paulo, 2009

A Tabela 5.30 apresenta o comparativo dos índices ceo-d, SiC e livres de cárie em crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras. Nota-se que o grupo de crianças imigrantes latinas apresenta distribuição dos valores nos 3 tercís enquanto que no grupo de crianças brasileiras, o primeiro tercil é zero, no segundo tercil está próximo de zero e o terceiro tercil concentra o maior valor, representando desta forma a maior desigualdade na distribuição da doença cárie.

Tabela 5.30 - Comparativo dos índices ceo-d , SiC e livres de cárie, em crianças imigrantes latinas e brasileiras aos 5 anos, município de São Paulo, 2009

	Ceo-d	1º Tercil	2º Tercil	3º Tercil SiC	Livres de cárie
Crianças imigrantes latinas	6,17	1.27	6.26	10.69	12.9%
Crianças brasileiras	2,21	0	0.71	5.68	49.8%

5.8 Análise das variáveis nas populações de crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras.

A tabela 5.31 apresenta dados da amostra de crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras segundo o índice de prevalência de cárie em dentes decíduos (ceo-d), dentes com cárie não tratada (componente c), presença de dor nos últimos 6 meses e às faltas às aulas por dor de dentes.

Todas as variáveis apresentaram-se associadas fortemente ao grupo de crianças imigrantes latinas.

Para a variável índice de prevalência de cárie em dentes decíduos (ceo-d) a Razão de Prevalência (RP) foi de 3,07, indicando que a prevalência da doença cárie dentária é três vezes maior para o grupo de crianças imigrantes.

Para este mesmo grupo o componente cariado apresentou a Razão de Prevalência (RP) de 2,67, indicando maior número de carie não tratada. As crianças imigrantes latinas apresentaram mais dor de dentes nos últimos 6 meses (RP=1,78) e faltaram mais às aulas que as crianças brasileiras (RP=1,43).

Tabela 5.31 – Associação da amostra segundo o índice ceo-d, componente cariado, presença de dor nos últimos 6 meses, faltas às aulas por dor de dentes e grupos de crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras aos cinco anos de idade, município de São Paulo, 2009

Variáveis	Latinas	Brasileiras				
ceo-d			RP	ic	x² corr	p
ceo-d > 0	189	108	3,07	2,18 - 4,31	66,61	<0,0000
ceo-d = 0	28	107				
Cárie						
c/ cárie	181	101	2,67	1,99 - 3,60	61,65	<0,0000
s/ cárie	36	114				
Presença de dor nos últimos 6 meses						
Sim	118	56	1,78	1,47 - 2,15	34,98	<0,0000
Não	94	153				
Faltou às aulas por dor de dentes						
Sim	66	35	1,43	1,19 - 1,72	10,97	0,0009
Não	148	175				

A tabela 5.32 apresenta a associação da amostra de crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras segundo as variáveis de acesso aos serviços de saúde bucal. As variáveis foram ajustadas excluindo crianças com ceod igual a zero. As variáveis motivo da ida ao dentista e usuário de Unidade Básica de Saúde (UBS) apresentaram associações estatisticamente significantes, enquanto que a variável já foi ao dentista não apresentou associação significativa.

Para a variável, motivo da ida ao dentista, o grupo latino tem ido ao dentista por motivo de dor e cáries, quando comparado com o grupo de crianças brasileiras que tem ido por motivo de prevenção numa Razão de Prevalência de 1,54.

Tabela 5.32 – Associação da amostra segundo variáveis de acesso aos serviços de saúde bucal crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras aos cinco anos de idade, município de São Paulo, 2009

Variáveis	Latinas ceod = 0	Brasileiras ceod = 0				
Já foi ao dentista			RP	ic	x² corr	p
não	54	41	0,84	0,69 – 1,03	2,81	0,0933
sim	132	63				
Motivo da ida ao dentista						
dor e cáries	107	35	1,54	1,13 – 2,11	9,98	0,0015
prevenção	22	23				
É usuário da UBS						
não	35	33	0,76	0,59 – 0,97	5,48	0,0192
sim	147	69				

A Tabela 5.33 apresenta a associação da amostra de crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras com variáveis socioeconômicas e demográficas, utilizando a Razão de Prevalência (RP) e o teste de associação pelo x² corrigido. Foi possível observar que as variáveis, trabalho do pai e trabalho da mãe sem registro em carteira ou autônomo, estão fortemente associados com o grupo de crianças latinas. A variável aglomeração residencial (relação pessoa/cômodo) apresentou forte associação com o grupo de crianças imigrantes latinas, ou seja, nas famílias das crianças latinas ocorrem maiores aglomerações de pessoas. A variável, aglomeração de crianças menores de 12 anos, também apresentou associação estatisticamente significativa com o grupo de crianças imigrantes latinas, demonstrando que ocorre maior adensamento de crianças nas famílias de

imigrantes latinos. Para as variáveis de escolaridade não foram observadas associações estatisticamente significantes. Para a variável propriedade de carro foi possível observar associação estatisticamente significativa para a não posse de carro com o grupo de crianças imigrantes latinas.

Tabela 5.33 - Associação da amostra segundo variáveis socioeconômicas e demográficas e crianças imigrantes latinas e crianças brasileiras aos cinco anos de idade, município de São Paulo, 2009

Variáveis	Crianças latinas	Crianças brasileiras				
Trabalho do pai			RP	ic	x² corr	p
s/ registro - autônomo	187	78	6,24	3,72 - 10,48	110,61	<0,0000
c/ registro em carteira	13	102				
Trabalho da mãe						
s/ registro - autônomo	166	56	5,38	3,01 - 9,62	81,37	<0,0000
c/ registro em carteira	10	62				
Aglomeracão residencial						
mais de 1pes/com.	169	134	1,5	1,17 - 1,92	11,74	0,0006
1 ou menos de 1 p/com.	48	81				
Aglomeracão residencial de crianças menores de 12 anos						
3 - 9 crianças	104	41	1,84	1,54 - 2,19	39,61	<0,0000
0 - 2 crianças	111	173				
Escolaridade do pai						
ensino fundamental completo	40	23	1,01	0,81 - 1,27	0	0,9751
ensino médio completo	92	55				
Escolaridade da mãe						
ensino fundamental completo	41	31	1,14	0,88 - 1,48	0,65	0,4206
ensino médio completo	67	67				
Propriedade de carro						
não tem carro	175	141	1,56	1,19 - 2,05	12,17	0,0004
tem carro	39	71				

6 DISCUSSÃO

O estudo foi realizado a contemplar os seus objetivos, dentro da meta principal que foi conhecer as condições de saúde bucal de crianças imigrantes latinas e para entender o processo saúde-doença buscou-se conhecer os fatores e mecanismos que levaram a migração desta população dos países vizinhos, bem como associar com variáveis independentes, como condição sociodemográfica, condição socioeconômica, caracterização dos agravos de saúde bucal, caracterização da percepção e atitude dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos e caracterização do acesso aos serviços de saúde bucal.

6.1 Caracterização da imigração boliviana para o Brasil

Após a coleta dos exames e dos questionários, o primeiro dado importante que foi observado, foi a grande presença da nacionalidade Boliviana, correspondendo a 89,8% do total de crianças imigrantes latinas, o restante estavam distribuídos da seguinte forma 5,1% Peruanos e 5,1% Paraguaio.

Por uma análise mais profunda deste dado foi possível entender que dentre os fatores relacionados à esta grande concentração, destacam-se: as oficinas de costura e a indústria de confecção de roupas, que empregam uma grande quantidade de mão de obra barata; problemas sociais, políticos e econômicos em seu país de origem; a grande territorialidade fronteiriça e as facilidades encontradas à partir da formação do MERCOSUL.

O Brasil tem sido nas últimas décadas o país de maior destaque dentro da América latina, dentro de um contexto social, político e econômico. Atualmente é o único país do continente americano que compõem o BRICs (Brasil, Rússia, Índia e China), conjunto de países emergentes do capitalismo atual e com uma situação de destaque econômico dentro de um panorama mundial. Naturalmente estes fatores fazem com que os países vizinhos olhem para o Brasil como sendo uma alternativa de oportunidades de melhores condições de vida, e maiores condições de

desenvolvimento. A Bolívia, entretanto, é um dos países mais pobres da América latina, e vem passando por vários problemas de ordem político, social e econômico. A grande extensão fronteiriça com este país, a falta de fiscalização, a existência de facilidades na movimentação de pessoas e de mão de obra proporcionadas pela formação do bloco econômico, o MERCOSUL, a partir da década de 80 tem facilitado a entrada deste contingente para o Brasil.

De acordo com Silva (2006) se, para muitos brasileiros, o Brasil já não é mais o país das oportunidades, para os bolivianos, ele continua sendo. Essa é a razão pela qual, milhares deles deixam a Bolívia anualmente, para fugir da pobreza e de uma economia de subsistência e, assim, vislumbrar, alguma possibilidade de mobilidade social. Entretanto:

“[...] As promessas de boas oportunidades se transformam, entretanto, por vezes, em frustração e humilhação. Foi o que aconteceu com Davi, 26 anos, grau de escolaridade média, natural da Cidade Del Alto, La Paz, onde trabalhava numa fábrica de bebidas. Ele veio ao Brasil em 2005, com mais três bolivianos, trazido por um agenciador de mão-de-obra residente na sua cidade, o qual cobrou US\$ 400 de cada um deles pela viagem. Davi afirma que veio iludido com a promessa de que, em São Paulo, era possível ganhar muito dinheiro, de que o empregador lhes daria casa, comida, diversão nos fins de semana. Quando, porém, chegou a São Paulo, a realidade era outra. Trabalhavam das seis da manhã até meia-noite, alimentando-se mal. O patrão, um boliviano, não os deixava sair, intimidando-os, dizendo que a Federal (polícia) estaria rondando por ali e poderia detê-los. O tempo de reclusão, para indocumentados, segundo ele, seria de quinze anos. Trabalhou cinco meses com esse boliviano e não recebeu nada. Segundo o oficinista, o dinheiro era enviado à Bolívia para os seus familiares, o que não era verdade. Saiu num sábado e viu outros bolivianos e perguntou onde precisava de costureiro e começou a trabalhar para outro boliviano”.

Segundo Silva (2006), a presença boliviana em São Paulo não constitui um fato novo, embora ela tenha se tornado significativo somente a partir da década de 1980.

As razões pelas quais os bolivianos continuam deixando a Bolívia são múltiplas. Porém, os fatores de ordem econômica são preponderantes na decisão de emigrar, já que o mercado de trabalho brasileiro oferece mais oportunidades de emprego do que o mercado de trabalho boliviano, já que o país enfrentava uma profunda crise econômica, com altos índices de inflação e desemprego.

O perfil característico desses imigrantes, que foi sendo construído desde os anos 1980, mostra que eles são, em sua maioria, jovens, de ambos os sexos,

solteiros, de escolaridade média, e vieram atraídos principalmente pelas promessas de bons salários feitas pelos empregadores coreanos, bolivianos ou brasileiros da indústria da confecção. Oriundos de várias partes da Bolívia, porém com uma predominância dos pacenhos e cochabambinos (isto é, provenientes de La Paz e Cochabamba, respectivamente), esses imigrantes passaram a apostar tudo na atividade da costura, alimentando, assim, sonhos de uma vida melhor para si mesmos e seus familiares que lá ficaram. À medida que eles vão se estabelecendo na cidade, inicia-se um processo de reunificação familiar, com a vinda de irmãos, parentes e pais, muitas vezes pessoas oriundas do campo e com pouco domínio do espanhol. Em São Paulo, os mais idosos são incorporados de alguma forma ao processo de produção nas oficinas de costura, exercendo atividades suplementares, como é o caso das mulheres que preparam a comida servida aos trabalhadores (Silva, 2006).

Hoje, a presença boliviana é um fato consolidado na cidade de São Paulo, seja pela manutenção do fluxo migratório ao longo da década de 1990, tornando-se o grupo mais numeroso entre os hispano-americanos que vivem na cidade.

Figura 6.1 – Rota e pontos de entrada de bolivianos no Brasil

6.1.1 Aspectos legais do acesso de imigrantes aos serviços públicos de saúde no Brasil

Giovanella et al. (2007) em pesquisa sobre a presença de imigrantes nas fronteiras do Brasil sobre o acesso ao serviços de saúde público – SUS, relata:

[...] No Brasil a Constituição Federal de 1988 ao afirmar a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e garantir o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” ampliou direitos sociais e a saúde foi consagrada como direito social universal.. A Lei 8080 regulamenta o texto constitucional, reiterando que “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”. Assim, ainda que a legislação em saúde não aborde especificamente ao acesso de estrangeiros ao SUS depreende-se do texto legal que o direito universal à saúde transcende aos cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se refere a todos os seres humanos e que o acesso universal ao SUS deve ser garantido às pessoas independente de nacionalidade. De outra parte, o artigo 5º da Constituição reza que *“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade...”*, donde se conclui que estrangeiros residentes têm os mesmos direitos sociais dos brasileiros. O que é também afirmado pelo Estatuto do Estrangeiro, Lei 6.815 de 19 de agosto de 1980, na seção Dos Direitos e Deveres do Estrangeiro que em seu artigo 95 rege: *“O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis.”*[...]

Segundo Giovanella et al. (2007) destacam ainda que a legislação para estrangeiros em vigor no país é retrógrada, e anterior à Constituição Federal de 1988 e à criação do Mercosul – encontrando-se em processo de reformulação no legislativo federal – todavia apontam para a garantia de iguais direitos aos estrangeiros residentes com permanência regulamentada. Para estrangeiros de cidades fronteiriças todavia, não há referência no Estatuto do Estrangeiro ao acesso à atenção à saúde, ficando a garantia deste direito dependente do poder discricionário da autoridade local, ainda que seja permitido aos estrangeiros fronteiriços exercer função remunerada frequentar escolas e obtenção de Carteira de Trabalho e de Previdência Social brasileiras. Os autores ainda destacam que há dificuldades burocráticas e financeiras para regularização da situação de residência ou de cidadania, com presença freqüente de indocumentados nas localidades fronteiriças, ficando esta população sem possibilidades de exigir seus direitos.

6.2 Cárie Dentária

Os resultados deste estudo mostraram uma alta prevalência da cárie dentária em crianças imigrantes latinas na idade de 5 anos matriculadas nas Escolas Municipais de Ensino Infantil, município de São Paulo; o ceo-d médio encontrado foi de **6,17**. Para as crianças brasileiras o ceo-d médio foi de **2,21**, valor mais elevado quando comparado ao último levantamento epidemiológico realizado pela Secretaria do Município de São Paulo realizado em 2008, ocasião em que o ceo-d médio foi de 1,57 para a idade de 5 anos.

Estes resultados concordam com resultados de outros autores, onde destacam que crianças imigrantes possuem piores condições de saúde bucal quando comparadas com crianças não imigrantes. (Aurelius e Liedstrom, 1980; Widstrom; Suksis-Janson, 1985; Wendt; Birkhed, 1995; Wang, 1996; Watson et al., 1999; Ramos-Gomez et al., 2005, Skeie et al., 2006).

Em relação à porcentagem de **crianças livres de cárie (ceo-d = 0)**, o grupo de crianças imigrantes latinas apresentou apenas **12,9%** das crianças livres de cárie, para o grupo de crianças Brasileiras o valor foi de **49,8%** compatível com a meta da Organização Mundial da Saúde para o ano de 2000 (50% de crianças livres de cárie), mas menor quando comparado ao Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal no município de São Paulo em 2008 (59,1 crianças livres de cárie na idade de 5 anos) e valor muito aquém da meta da Organização Mundial da Saúde para o ano de 2010, onde almeja-se 90% de crianças livres de cárie na idade de 5 anos.

O índice Sic foi utilizado para identificar os indivíduos com índices ceo-d mais altos. Bratthall (2000) destaca a importância de se observar a distribuição desigual da cárie dentária de uma determinada população, indicando que ainda há grandes grupos de indivíduos que tem cárie consideravelmente em níveis maiores do que a meta da Organização Mundial da Saúde. Segundo o autor, calcula-se o índice classificando os indivíduos de acordo com seus valores CPO-D, o terço da população com a pontuação mais alta de cárie é selecionada e o CPO-D médio para este subgrupo é calculada. Este valor representa o índice Sic.

Através dos resultados observou-se que o **índice Sic**, para o grupo de crianças imigrantes latinas foi de 10,69, para o grupo de crianças Brasileiras foi de 5,69. Estes índices caracterizaram o fenômeno de polarização da doença cárie, no entanto para o grupo Brasileiro este fenômeno apresenta-se de forma mais intensa em comparação com o grupo de crianças imigrantes latinas onde a distribuição apresenta-se de forma mais homogênea. Observou-se que 34% das crianças brasileiras concentraram 87% da doença demonstrando a ocorrência da polarização da cárie dentária. Para o grupo de crianças imigrantes latinas 34% das crianças concentraram 59% da doença, caracterizando uma distribuição mais homogênea da doença.

Dados que concordam com os achados de Narvai et al. (2006) que pesquisaram a cárie dentária em escolares no Brasil e verificaram que o declínio dos índices de cárie em vários países foi acompanhado por um processo de polarização da doença numa pequena parcela da população. Esses autores destacam que:

[...]No Brasil, 20% da população de escolares passou a concentrar cerca de 60% da carga de doença; a diferença relativa entre as regiões não foi alterada. Esse quadro pode estar expressando um outro fenômeno: o da iniquidade, em que, no caso da cárie, o ataque desigual da doença entre os indivíduos decorre não apenas de variações biológicas inevitáveis, mas também das diferenças que têm origem na ordem social onde estão inseridos, e que se expressam por meio do processo saúde-doença [...]

Essa polarização da doença cárie para o grupo de crianças brasileiras, geralmente está relacionadas com a exclusão dos benefícios, seja porque as medidas de saúde coletiva mais importante (água e dentifrício fluorados) não alcançaram ainda esse segmento, seja porque as condições de exclusão social e risco à cárie têm se mantido em níveis extremamente elevados (Narvai et al., 1999; Narvai et al., 2000; Patussi et al., 2001; Antunes et al., 2004).

Sales-Peres et al. (2008), observaram em estudo realizado no município de Itaí – São Paulo, que 34% dos adolescentes concentraram 70% da doença demonstrando a ocorrência da polarização da cárie dentária.

Os resultados mostraram que a porcentagem de dentes cariados é alta, podendo caracterizar a deficiência ao acesso aos serviços de tratamentos

odontológicos bem como a percepção e atitude dos pais pode ser deficitária em relação a saúde bucal de seus filhos.

Conhecer as particularidades das características epidemiológicas de uma determinada população é de fundamental importância para que ações mais específicas sejam realizadas, afim de, além de diminuir o índice de cárie dentária, diminuir também a distribuição desigual, caracterizando a polarização da doença, atingindo grupos populacionais, na maioria das vezes, menos favorecidas tanto no aspecto social quanto no aspecto econômico e demográfico. Identificar grupos populacionais que apresentam alta prevalência de cárie, como descrito neste trabalho é ferramenta fundamental para diminuir as desigualdades.

As análises estatísticas de associação pelo χ^2 mostraram que ser imigrante latino estava associado significativamente à maior prevalência de cárie. Dados que concordam os resultados encontrados por:

Ekman et al., (1981) em estudo realizado com a participação de 100 crianças finlandesas imigrantes de 4 a 6 anos de idade, vivendo em Lulea, norte da Suécia e compararam com um grupo controle de crianças suecas da mesma idade, sexo e origem social. Os resultados mostraram que a média do CPOS do grupo finlandês foi de 12,2, em comparação com 6,4 no grupo sueco.

Widstrom e Suksis-Janson (1985) realizaram uma pesquisa em 19 crianças de 6 anos de idade filhos de imigrantes finlandeses e 24 crianças suecas em um subúrbio de Estocolmo, incluindo um exame clínico e radiográfico para a saúde dental. O estudo mostrou que os hábitos alimentares em geral, são piores no grupo finlandês do que no grupo sueco. As crianças finlandesas tinham também mais dentes restaurados e dentes cariados.

Wang (1996) comparou a condição dentária e necessidades de recursos de imigrantes de 3 a 18 anos de idade, com os não imigrantes (noruegueses) do mesmo grupo etário. As crianças imigrantes de três a seis anos de idade tiveram mais dentes cariados, perdidos e obturados do que as crianças não imigrantes e os pré-escolares de imigrantes tiveram maior necessidade de tratamento.

Skeie et al. (2006), em estudo realizado em Oslo - Noruega, observaram que ser imigrante estava intimamente associado à maior prevalência de cárie devido

à fatores comportamentais, atitude em relação à higiene oral, condição social, hábitos de dieta rica em açúcares.

6.3 Caracterização da Condição de Saúde Bucal

Os motivos pelos quais as crianças imigrantes latinas procuraram o dentista foram cáries (31,7%) e dor (21,1%), enquanto os motivos pelos quais as crianças brasileiras procuraram o dentista foram prevenção (26,2%) e cáries (14,1%). Para as análises estatísticas de associação pelo χ^2 , foram criadas duas categorias: a primeira com as variáveis cáries e dor; e na segunda, prevenção. As análises mostraram associação significativa da categoria cáries e dor para o grupo crianças imigrante latinas com a Razão de Prevalência (RP) de 2,07. Dados que concordam com os achados de Aurelius e Lindstrom (1980), onde relatam que os imigrantes tiveram maior queixa de dor de dentes quando comparadas com a população controle não imigrante.

Dentro do grupo de crianças imigrantes latinas, 54,4% relataram **dor de dentes ou gengivas nos últimos 6 meses**, no grupo de crianças brasileiras esse percentual foi de 26,3%. As análises estatísticas de associação pelo χ^2 mostraram significância ao fato das crianças apresentarem mais dor de dentes ou gengivas nos últimos 6 meses com uma Razão de Prevalência (RP) de 1,78.

Em relação à pergunta se **já faltou às aulas por dor de dentes**, 30,4% das crianças imigrantes latinas relataram afirmativamente, em quanto no grupo brasileiro este dado foi de 16,4%. Da mesma forma a esta variável apresentou-se associada significativamente ao grupo de crianças imigrantes latinas numa Razão de Prevalência (RP) de 1,43.

Nota-se uma grande disparidade nestes itens, quando comparados os dois grupos. Os motivos que levaram as crianças procurarem um dentista, os valores relativos à presença de dor e as faltas às aulas refletem as piores condições de

saúde bucal das crianças imigrantes latinas quando comparadas às crianças brasileiras.

6.4 Características Socioeconômica e demográfica

Foi possível observar através dos resultados obtidos que a ocupação dos pais do grupo de crianças imigrantes latinas está atrelada, em sua grande maioria, ao trabalho autônomo e trabalho não registrado em carteira de trabalho, os resultados mostraram que 86,2% dos pais trabalham nestas condições. Dado este que reforça e caracteriza o trabalho em oficinas de costura, trabalho como ambulantes e presença ilegal no país. Para o grupo de crianças brasileiras os resultados mostraram que 26% dos pais trabalham sem carteira registrada e trabalham como autônomos.

As análises mostraram associação estatisticamente significativa da categoria, trabalhador autônomo e trabalhador não registrado em carteira de trabalho, com o grupo de crianças imigrantes latinas. A Razão de Prevalência (RP) para esta associação foi de 6,24.

A variável **ocupação da mãe** mostrou-se de forma bastante semelhante, 76,5% do total de mães entrevistadas no grupo de crianças imigrantes latinas eram trabalhadoras autônomas ou trabalhadoras não registradas em carteira de trabalho. E as análises mostraram associação estatisticamente significativa da categoria, trabalhadora autônoma e trabalhadora não registrada em carteira de trabalho, com o grupo de crianças imigrantes latinas. A Razão de Prevalência (RP) para esta associação foi de 5,38.

A variável **propriedade de carro** mostrou que 80,6% do grupo imigrante latino não possuem carro e no grupo brasileiro foi de 66,2 diziam não possuir carro.

Foi possível observar através das variáveis sócio-demográficas que as famílias do grupo de crianças imigrantes latinas vivem em condições de maior adensamento residencial quando comparadas com as famílias de crianças brasileiras.

As análises estatísticas pelo χ^2 mostraram associação significativa em relação ao maior adensamento residencial para o grupo de crianças imigrantes latinas e a Razão de Prevalência (RP) foi de 1,5.

Em relação à variável, adensamento residencial de crianças menores de 12 anos, o grupo de crianças imigrantes latinas apresentou maior adensamento e o teste de associação pelo χ^2 foi significativo com Razão de Prevalência (RP) de 1,84.

Outro dado importante foi observado em relação à escolaridade dos pais, os resultados mostraram que os pais das crianças imigrantes latinas possuem maiores escolaridades que os pais de crianças brasileiras, entretanto este dado não foi significativo para gerar melhor condição de saúde bucal de seus filhos.

As análises estatísticas através do teste de associação pelo χ^2 permitiram observar dentre as variáveis estudadas quais se apresentaram associadas ao grupo de crianças imigrantes latinas, caracterizando, desta forma, a situação das condições em que vivem essa população na cidade de São Paulo.

Em relação a situação socioeconômica e demográfica, o grupo de crianças imigrantes latinas apresentou-se com piores situações; vivem em maior situação de adensamento residencial, apresentam maiores adensamentos de crianças menores de 12 anos, apresentam menor posse de carros e os pais estão trabalhando em sua grande maioria de forma autônoma ou não registrada em carteira de trabalho, que reflete a falta de estabilidade no emprego, ausência de benefícios trabalhistas e uma possível presença ilegal no país.

6.6 Caracterização da Percepção e Atitude dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos

Dentro do grupo de crianças imigrantes latinas, 85,75% dos pais consideram que seus filhos necessitam de tratamento odontológico. Para o grupo de crianças brasileiras, este percentual foi de 62,9%. Cabe lembrar que o grupo de crianças brasileiras apresentou 49,8% de crianças livres de cárie, enquanto no grupo

de crianças imigrantes latinas o percentual foi apenas de 12,9%. Nota-se, desta forma, que a percepção dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos sugere a necessidade de maiores esclarecimentos e informações.

Alguns trabalhos pesquisados na literatura têm destacado as necessidades de maiores informações em saúde alimentar e dentária dirigidas aos grupos imigrantes, visto que a percepção e atitude dos pais em relação à saúde de seus filhos refletem esta falta de informação.

Ekman et al. (1981) concluem que as diferenças nas atitudes dos pais juntamente com problemas de linguagem, foram os fatores que explicam a diferença de saúde bucal entre o grupo de imigrantes e o grupo sueco (não imigrante).

Skeie et al. (2006) em estudo realizado em Oslo, na Noruega, avaliaram as atitudes e comportamentos parentais para o risco de cárie dentária entre imigrantes e crianças não imigrantes (nativas). Observaram que ser imigrante estava intimamente associado à maior prevalência de cárie devido à fatores comportamentais, atitude dos pais em relação à higiene oral de seus filhos, condição social, hábitos de dieta rica em açúcares. Os autores concluíram que os resultados sugerem que os grupos de imigrantes em sociedades ocidentais exigem pacotes de informação diferenciados em relação à assistência odontológica às crianças e incentivo para exercer disciplina sobre os fatores conhecidos como sendo de risco à saúde bucal.

6.7 Caracterização do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal

Em relação ao acesso aos Serviços de Saúde Bucal, foi possível identificar que 46% das crianças brasileiras nunca foram ao dentista, enquanto no grupo de crianças imigrantes latinas esse percentual foi de 30,4%. Para a análise estatística a variável foi dicotomizada em sim (já foi ao dentista) e não (nunca foi ao dentista) e ajustada excluindo-se as crianças com ceod igual a zero nos dois grupos, para a análise estatística pelo χ^2 não foi observada, para esta variável, associação

significativa da condição de risco, nunca ter ido ao dentista, ao grupo de crianças imigrantes latinas

Em relação à variável, utilização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), 79,9% do grupo de crianças imigrantes latinas relataram utilizar os serviços públicos de saúde, enquanto no grupo de crianças imigrantes foi de 66,7%. Para a análise estatística pelo χ^2 , esta variável foi ajustada, da mesma forma, excluindo-se as crianças com ceod igual a zero nos dois grupos e o resultado mostrou associação estatisticamente significativa, com Razão de Prevalência (RP = 0,76). Desta forma, entende-se que as crianças imigrantes latinas estão acessando menos as Unidades Básicas de Saúde (UBS) quando comparadas às crianças brasileiras, levando-se em conta a prevalência da doença cárie nos dois grupos. Dados estes que concordam com os achados de alguns autores em outros países (Aurelius; Lindstrom, 1980; Wall; Brown, 2004).

Para a variável **local onde foi atendida**, a maioria tanto no grupo de crianças imigrantes latinas quanto no grupo de crianças Brasileiras procuraram o Serviço Público de atendimento odontológico, 45% e 35,2% respectivamente.

Para a variável, motivo da ida ao dentista, foram criadas duas categorias: a primeira composta por dor e cáries e a segunda por prevenção. As análises pelo χ^2 mostraram associação estatisticamente significativa, da condição de risco (dor e cáries) para o grupo de crianças imigrantes latinas com Razão de Prevalência (RP) de 1,54.

As análises estatísticas de associação pelo χ^2 mostraram que em relação ao acesso aos serviços de saúde o grupo de crianças imigrantes latinas procurou menos o dentista quando comparado com o grupo de crianças brasileiras, as crianças imigrantes latinas procuraram em sua grande maioria (45%) o serviço público de atendimento e o motivo principal foi por apresentarem cáries e dor de dentes.

Estes dados concordam com os resultados de Wang et al. (1996) onde relata que as crianças imigrantes estudadas apresentaram índices ceo-d mais elevados que a população não imigrante, maior número de dentes cariados e necessitaram de mais visitas ao dentistas e maior tempo para o tratamento quando comparados com outras crianças não imigrantes.

7 CONCLUSÕES

Através dos resultados encontrados neste estudo, conclui-se que:

- As crianças imigrantes latino-americanas apresentam piores condições de saúde bucal, quando comparadas com as crianças brasileiras.
- O grupo de crianças imigrantes apresenta piores condições socioeconômicas e demográficas quando comparadas ao grupo de crianças brasileiras.
- O grupo de crianças imigrantes latinas está tendo acesso aos serviços de saúde públicos, no entanto acessam menos que o grupo de crianças brasileiras devido à falta de percepção dos pais em relação à condição de saúde bucal de seus filhos.
- A grande maioria da população de crianças imigrante latino-americana na idade de 5 anos, matriculadas nas escolas municipais de ensino infantil (EMEI) é formada pela nacionalidade boliviana.
- Está ocorrendo o fenômeno de polarização da doença cárie no grupo de crianças brasileiras na idade de 5 (cinco) anos matriculadas nas escolas municipais de ensino infantil da cidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS¹

Antunes JLF, Frazão P, Narvai PC, Bispo CM, Pegoretti T. Spatial analysis to identify differentials in dental needs by area based measures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30(2):133–42.

Antunes JLF; Peres MA. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro 2006; Parte II:1:239.

Antunes JLF, Narvai PC, Nugent ZJ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004; 32:41-8.

Aurelius G, Lindstrom B. Longitudinal study of oral hygiene and dietary habits among immigrant children in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1980; 2:165-70.

Barbiero, A.; Chaloult Y. O Mercosul e a nova ordem econômica internacional. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 44(1):23-41; 2001.

Biazevic MGH, Rissotto RR, Michel-Crosato E, Mendes LA, Mendes MOA. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. *Braz Oral Res* 2008;22(1):36-42.

Böneckner M, Cleaton-Jones P. Trends in dental caries in Latin American and Caribbean 5-6 and 11-13-year-old children: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31:152-7.

Brasil. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2004.

¹ De acordo com Estilo Vancouver

Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-years-old. *Int Dent J* 2000; 50:378-84.

Burt B. A. Trends in caries prevalence in North American Children. *International Dental J*, 1994; 44: 403-13.

Burton V. J., Rob M.I., Craig G. G., Lawson J. S. Changes in the caries experience of 12 years old Sidney school children between 1963 and 1982. *Med J Aust*, 1984; 140:405-7.

Carmo M. Cresce o número de imigrantes em busca do “sonho brasileiro”. 2008 mar. 27. Disponível em URL: <http://www.bbcbrasil.com> [2010 fev. 18]

Center for Disease Control and Prevention. Office of Minority Health. Disponível em www.cdc.gov/omh/Populations/HL/HL.htm. Acesso em março, 2007.

Cruz GD, Chen Y, Salazar CR, Le Geros RZ. The association of immigration and acculturation attributes with oral health among immigrants in New York City. *Am J Public Health*. 2009 Oct;99 Suppl 2:S474-80.

Cruz GD, Shore R, Le Geros RZ, Tavares M. Effect of aculturation on objective measures of oral health in Haitian immigrants in New York city. *J Dent Res* 83(2):180-4; 2004.

Cypriano S, Hoffmann RHS, Sousa MLR, Wada RS. Dental caries experience in 12-year-old schoolchildren in southeastern brazil. *J Appl Oral Sci*. 2008;16(4):286-92.

Downer M. C. Caries prevalence in the United Kingdom. *International Dental J*, 1994; 44:365-70.

Ekman A, Holm A, Schelin B, Gustafsson L. Dental health and parental attitudes in Finnish immigrant preschool children in the north of Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1981; 9:224-35.

Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Ver Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health* 22(4), 2007.

Frias AC, Antunes JLF, Narvai PC. Precisão e validade dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na cidade de São Paulo, 2002. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7(2):144-53.

Frias AC. Cariologia. Os contornos sociais da cárie dentária. Artes Médicas. Cap. 08: 211-228, 2008.

Giovanella L.; Guimarães, L.; Nogueira, VMR.; Lobato, LVC.; Damacena, G N. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. [Cad. saúde pública = Rep. public health](#). 2007; 23(supl.2):S251-S266.

Giovanella L.; Guimarães, L.; Nogueira, VMR.; Lobato, LVC. Pesquisa saúde nas fronteiras: Estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL. Relatório final. 2007.

Gruebel A. O. A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. J Dent Res, 1944:23-163.

Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Sousa MLR. Cárie Dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1383-91.

Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Sousa MLR. Relationship between dental caries and socio-economic factors in adolescents. J Appl Oral Sci 2006; 13(3): 305-11.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>. Acesso em março, 2007.

Ismail AI; Szpunar SM. Oral health status of Mexican-Americans with low and high acculturation status; findings from southwestern HHANES, 1982-84. J Public Health Dent 50(1):24-31; 1990.

Klein H., Palmer C. E., Dental caries in American Indian children. Public Health Bulletin, 1937; Des.(239): 1-53.

Macek MD, Heller KE, Selwitz RH, Manz MC. Is 75 percent of dental caries really found in 25 percent of the population? J Public Health Dent. 2004;64(1):20–5.

Madi MCC; Cassanti AC; Silveira C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, 2009.

Ministério das Relações Exteriores. Mercosul. Disponível em <http://www.mercosul.gov.br/index.html>. Acesso em março, 2007.

Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970 – 1996. Rev Saúde Pública 2000; 34:196-200.

Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, SP, 1970-1996. Rev. Saúde Pública 2000; 34(2):196-200

Narvai PC, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. Odont Soc. 1999;1(1/2):25–9.

Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica 2006; 19(6):385–393.

Neiderud J, Birkhed D, Neiderud A. Dental health and dietary habits in Greek immigrant children in southern Sweden compared with Swedish and rural Greek children. Swed Dent J 15(4):187-96; 1991.

Nogueira, Vera Maria Ribeiro; Dal prá, Keli; Fermino, Sabrina. A garantia e a fruição do direito à saúde nos municípios da linha das fronteiras Mercosul. In: MENDES, Jussara Maria Rosa (Org.). MERCOSUL em múltiplas perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

Organização Mundial da Saúde. Levantamento epidemiológico da saúde bucal: manual de instruções. 4ª. ed. São Paulo: Editora Santos; 1997.

Patarra NL, Baeninger R. Migrações internacionais, globalização e blocos de integração econômica – Brasil no Mercosul. I Congresso de la Asociación Latino-Americana de Población (ALAP), Caxambu, setembro, 2004.

Patussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med.* 2001;53:915-25.

Peres MA, Peres KG, Antunes JL, Junqueira SR, Frazão P, Narvai PC. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14:149-57.

Ramos-Gomez F, Cruz GD, Watson MR, Canto MT, Boneta AE. Latino oral health – a research agenda toward eliminating oral health disparities. *JADA* 136:1231-40; 2005.

Sales Peres SHC, Carvalho FS, Carvalho CP, Bastos JRM, Lauris JRP. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2155-2162, 2008.

Sales T. Migrações de fronteira entre Brasil e os países do Mercosul. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 13(1), 1996.

Sarriera JC, Oliveira APS, Hofstaetter CH, Hermel JS. O processo de integração de imigrantes hispano-americanos: análises e perspectivas. *Psico* 36(1):73-80; 2005.

Silva, N.N. Amostragem probabilística. São Paulo, Edusp, 1998.

Silva S. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Estudos Avançados*: 2006; 20(57): 157-69.

Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol* 34(2):103-13; 2006.

Souchad S, Carmo RL. Migração e mobilidade no Mercosul: a fronteira do Brasil com Bolívia e Paraguai. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2006.

Stewart DC, Ortega NA, Dausey D, Rosenheck R. Oral health and use of dental services among Hispanics. *J Public Health Dent* 62(2):84-91; 2002.

Vargas CM, Crall JJ, Schneider DA. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994. *JADA* 129:1229-38; 1998.

Wall TP, Brown LJ. Dental visits among Hispanics in the United States. *JADA* 135(7):1011-7; 2004.

Wang NJ. Dental caries and resources spent for dental care among immigrant children and adolescents in Norway. *Int Dent J* 46:86-90; 1996.

Watson MR, Horowitz AM, Garcia I, Canto MT. Caries condition among 2-5-year-old immigrant Latino children related to parents' oral health knowledge, opinions and practices. *Community Dent Oral Epidemiol* 27(1):8-15; 1999.

Wendt LKK, Birkhed D. Dietary habits related to caries development and immigrant status in infants and toddlers living in Sweden. *Acta Scand* 53:339-44; 1995.

Widstrom E, Suksis-Janson R. Dietary habits and dental health in 6-year-old Finnish immigrant children in Sweden. *Swed Dent J* 9:135-9; 1985.

Woodward GI, Leake JL, Main PA. Oral health and families characteristics of children attending private or public dental clinics. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996; 24:253-9.

ANEXO A - Relação de EMEIs do município de SÃO PAULO
- 2009.

LOCALIDADE - NOME DA ESCOLA (EMEI)	ALUNOS	LATINOS (N)	telefone	NÃO ATENDEU
1 BUTANTA EMEI ALUISIO DE ALMEIDA	1	1	37825295	
2 BUTANTA EMEI ANTONIO BENTO	0	0	37217397	
3 BUTANTA EMEI ANTONIO BRANCO LEFEVRE, PROF.	1	1	30632986	
4 BUTANTA EMEI ANTONIO CARLOS PACHECO E SILVA, PROF.			58425113	1
5 BUTANTA EMEI BENEDICTO CASTRUCCI, PROF.	0	0	37820084	
6 BUTANTA EMEI CAMILLO ASHCAR, PROF.	1	1	37829762	
7 BUTANTA EMEI CAROLINA MARIA DE JESUS	0	0	37615730	
8 BUTANTA EMEI CAROLINA RIBEIRO, PROFA.	0	0	37829748	
9 BUTANTA EMEI CLYCIE MENDES CARNEIRO			37829749	1
10 BUTANTA EMEI DALMO DO VALLE NOGUEIRA, DES.	0	0	37715208	
11 BUTANTA EMEI EMIR MACEDO NOGUEIRA	1	2	37267849	
12 BUTANTA EMEI FERNANDO PESSOA	0	0	37511164	
13 BUTANTA EMEI GILBERTO CHAVES, DEP.	1	3	37824787	
14 BUTANTA EMEI ISABEL COLOMBO, PROFA.	0	0	55063713	
15 BUTANTA EMEI JOAO NEGRAO, CEL.			37515587	1
16 BUTANTA EMEI MARIA APARECIDA VITA PIANTE, PROFA.	0	0	37354386	
17 BUTANTA EMEI MARIA JOSE GALVAO DE FRANCA PINTO, PROFA.	0	0	37829751	
18 BUTANTA EMEI MARIAZINHA REZENDE FUSARI, PROFA	1	1	37827248	
19 BUTANTA EMEI MONTE CASTELO	1	3	38197850	
20 BUTANTA EMEI MORENO, CTE.	1	4	37829755	
21 BUTANTA EMEI NIDA MALDI CORAZZA, EDUCADORA	0	0	37685495	
22 BUTANTA EMEI OSCAR PEDROSO HORTA				
23 BUTANTA EMEI PEDROSO DE MORAES	0	0	30317010	
24 BUTANTA EMEI PERO NETO	0	0	37589427	
25 BUTANTA EMEI RIO PEQUENO I			37662221	1
26 BUTANTA EMEI RONALDO PORTO MACEDO, PROF.			37689446	1
27 BUTANTA EMEI TIDE SETUBAL				
28 BUTANTA EMEI ZILDA DE FRANCESCHI, PROFA.				
29 CAMPO LIMPO EMEI ALAIDE BUENO RODRIGUES, PROFA.	0	0	58413192	
30 CAMPO LIMPO EMEI ANGENOR DE OLIVEIRA - CARTOLA	0	0	58736945	
31 CAMPO LIMPO EMEI ANISIO TEIXEIRA	1		58735364	
32 CAMPO LIMPO EMEI ARACY DE ALMEIDA	0	0	58740040	
33 CAMPO LIMPO EMEI ASSIS CHATEAUBRIAND	1		58452690	
34 CAMPO LIMPO EMEI ASTROGILDA DE ABREU SEVILHA, PROFA				1
35 CAMPO LIMPO EMEI BARBARA HELIODORA GUILHERMINA DA SILVEIRA	0	0	58313175	
36 CAMPO LIMPO EMEI CAMPO LIMPO			58434834	1
37 CAMPO LIMPO EMEI CARLOS DE LAET			58165820	1
38 CAMPO LIMPO EMEI CATULO DA PAIXAO CEARENSE	1	1	58427200	
39 CAMPO LIMPO EMEI CHACARA SONHO AZUL	0	0	55172833	
40 CAMPO LIMPO EMEI CLARICE LISPECTOR	0	0	55141864	

41 CAMPO LIMPO EMEI CONJ. HABITACIONAL VALO VELHO	0	0	58247131	
42 CAMPO LIMPO EMEI DANTE MOREIRA LEITE	0	0	58247176	
43 CAMPO LIMPO EMEI DINAH SILVEIRA DE QUEIROZ	0	0	55141507	
44 CAMPO LIMPO EMEI DOLORES DURAN	1	1	58243803	
45 CAMPO LIMPO EMEI FRANCISCA JULIA DA SILVA	0	0	58310136	
46 CAMPO LIMPO EMEI GEORGE SAVALLA GOMES - CAREQUINHA	1	1	58241029	
47 CAMPO LIMPO EMEI GUIOMAR PICCINALI, PROFA.	0	0	55129098	
48 CAMPO LIMPO EMEI JANETE CLAIR	0	0	58312358	
49 CAMPO LIMPO EMEI JARDIM IBIRAPUERA	0	0	58519986	
50 CAMPO LIMPO EMEI JARDIM NOVO HORIZONTE AZUL	0	0	58967297	1
51 CAMPO LIMPO EMEI JARDIM NOVO SANTO AMARO	0	0	58910287	
52 CAMPO LIMPO EMEI JOAQUIM MANUEL DE MACEDO	0	0	55115812	
53 CAMPO LIMPO EMEI JULITTA PRADO ALVES DE LIMA, DA.	0	0	58516555	
54 CAMPO LIMPO EMEI LUIZ DA CAMARA CASCUDO	1		58253533	
55 CAMPO LIMPO EMEI MARIA CLARA MACHADO				
56 CAMPO LIMPO EMEI MARIO ARY PIRES, MAL.	0	0	55113951	
57 CAMPO LIMPO EMEI MARIO SETTE			58168506	1
58 CAMPO LIMPO EMEI MAURO BAPTISTA, PADRE	0	0	35013252	
59 CAMPO LIMPO EMEI MITSUTANI	0	0	58259756	
60 CAMPO LIMPO EMEI NORIMAR TEIXEIRA, PROFA.	0	0	55140011	
61 CAMPO LIMPO EMEI ORLANDO DE ALVARENGA GAUDIO, PROF.	0	0	55171008	
62 CAMPO LIMPO EMEI PARAISOPOLIS I				
63 CAMPO LIMPO EMEI PAULO ZINGG	1	1	58218054	
64 CAMPO LIMPO EMEI RUBENS NASCIMENTO DA SILVA - MEXICANO	1	1	58248896	
65 CAMPO LIMPO EMEI SALOMAO JORGE, DEP.	0	0	58946723	
66 CAMPO LIMPO EMEI VILA REMO	0	0	55146067	
67 CAMPO LIMPO EMEI WILMA ALVARENGA DE OLIVEIRA, PROFA.	0	0		
68 CAMPO LIMPO EMEI ZULEIKA PEREIRA LEITE, PROFA.	0	0	58431070	
69 CAPELA DO SOCORRO EMEI ALBERT SABIN, DR.	0	0	5667-3744	
70 CAPELA DO SOCORRO EMEI ANGELO KRETA	1	8	5661-6369	
71 CAPELA DO SOCORRO EMEI ARISTIDES NOGUEIRA, DR.	0	0	5528-1873	
72 CAPELA DO SOCORRO EMEI AURELIO BUARQUE DE HOLANDA FERREIRA			5939-4789	1
73 CAPELA DO SOCORRO EMEI CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE			5521-8789	1
74 CAPELA DO SOCORRO EMEI CASTRO ALVES	0	0	5971-0844	
75 CAPELA DO SOCORRO EMEI CLARA NUNES			5522-4183	
76 CAPELA DO SOCORRO EMEI GRAJAU	0	0	5925-3271	
77 CAPELA DO SOCORRO EMEI JOAO CANDIDO			5528-1467	
78 CAPELA DO SOCORRO EMEI JOSE LA TORRE, PROF.	1	1	59260850	
79 CAPELA DO SOCORRO EMEI JOSE ROSCHEL CHRISTI - JUCA ROCHA	0	0	59261668	
80 CAPELA DO SOCORRO EMEI LUIS TRAVASSOS	1	1	5929-1929	
82 CAPELA DO SOCORRO EMEI MARIA EUGENIA FAKHOURY	1	2	5526-3674	
83 CAPELA DO SOCORRO EMEI MARIALICE MENCARINI FORACCHI				

84 CAPELA DO SOCORRO EMEI ODILEA BOTTA DE MATTOS, PROFA	1	4	5924-9326	
85 CAPELA DO SOCORRO EMEI ORLANDO VILLAS BOAS	1	15	5662-2426	
86 CAPELA DO SOCORRO EMEI OSVALDO CORDEIRO DE FARIAS, MAL.			5528-0296	
87 CAPELA DO SOCORRO EMEI RECANTO CAMPO BELO	0	0	59215490	
88 CAPELA DO SOCORRO EMEI RIO BRANCO, BR. DO	0	0	5528-0231	
89 CAPELA DO SOCORRO EMEI SERGIO CARDOSO	0	0	5666-6106	
90 CAPELA DO SOCORRO EMEI VIRIATO CORREIA	1	1	56690551	
91 CAPELA DO SOCORRO EMEI ZUMBI DOS PALMARES			5928-3390	
92 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI 25 DE JANEIRO	1	2	39997004	
93 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI 7 DE SETEMBRO	1	50	39510799	
94 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI ABELARDO GALDINO PINTO - PIOLIN	1	15	39550167	
95 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI ALEX FREUA NETTO, VEREADOR	1	1	39220716	
96 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI ALEXANDRE GAMA, CEL	1	3	39216872	
97 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI ANITA GARIBALDI	1	4	39840063	
98 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI ANTONIO CALLADO			38582362	1
99 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI ARLINDO VEIGA DOS SANTOS, PROF	1	3	38518885	
100 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI BERTHA LUTZ	1	1	38514412	
101 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI BILAC PINTO, MIN			8501584	1
102 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI CAIO GRACO DA SILVA PRADO			39844419	1
103 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI DULCE HAUCK	1		38518158	
104 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI EDUARDO GOMES, BRIG.	1	160	39660434	
105 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI ENZO SILVEIRA, DR.	1	20	22398109	
106 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI FELIPE MESTRE JOU	1	10	8571946	
107 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI GUIA LOPES	1	15	39661082	
108 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI JOSE CANAVO FILHO, CEL.	1	6	94062395	
109 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI JOSE ROBSON COSTA DE ARAUJO, B.	1	15	39835772	
110 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI JULIO DE MESQUITA FILHO	1	10	38514943	
111 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI LUCAS NOGUEIRA GARCEZ, GOV.	1	10	8502560	
112 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI MANOEL PRETO	1		39330283	
113 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI MANUEL BANDEIRA	1		39925878	
114 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI MARIA LUCIA PETIT DA SILVA, PROFA.	1		22585306	
115 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI MARTINS FONTES	1	2	8500479	
116 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI NAIR CORREA BUARQUE	1	1	39330100	
117 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI ODILIO DENYS, MAL.	1	8	39811612	
118 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI OLAVO BILAC	1	3	8756643	
119 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI ROSA E CAROLINA AGAZZI	1	2	38510054	
120 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI TITO LIVIO FERREIRA, PROF.	1	1	39212336	
121 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI VICENTE PAULO DA SILVA	1	30	39813227	
122 GUAIANASES EMEI ADONIRAN BARBOSA	1	3	2282-2123	
123 GUAIANASES EMEI AMACIO MAZZAROPI	0	0	2555-7666	
124 GUAIANASES EMEI ANTONIO PEREIRA LIMA	0	0	2035-1874	

125 GUAIANASES EMEI CARLOTA PEREIRA DE QUEIROZ	1	2	2282-2115	
126 GUAIANASES EMEI DULCE SALLES FERRAZ, PROFA.			2964-8128	
127 GUAIANASES EMEI EDUARDO KNEESE DE MELLO, PROF.	1	1	2282-1490	
128 GUAIANASES EMEI ELISA KAUFFMANN ABRAMOVICH	1	1	2282-0978	
129 GUAIANASES EMEI ELISARIO RODRIGUES DE SOUSA, PROF.				
130 GUAIANASES EMEI ELIZA MARA TORRES, PROFA				
131 GUAIANASES EMEI GESSY GEBARA, PROFA.			2555-4165	
132 GUAIANASES EMEI GIANFEDERICO PORTA, PROF.	0	0	2557-0634	
133 GUAIANASES EMEI HELENA LOPES SANTANA DA SILVA, PROFA.	1		2557-1909	
134 GUAIANASES EMEI JOSE ROBERTO DE CASTRO RIBEIRO, PROF.	0	0	2282-0199	
135 GUAIANASES EMEI KLAUS REINACH, ENG.	0	0	2964-8046	
136 GUAIANASES EMEI LUCILIA DE ANDRADE FERREIRA, PROFA.	0	0	2282-4326	
137 GUAIANASES EMEI MAGDALENA TAGLIAFERRO			2035-1662	
138 GUAIANASES EMEI MARGARIDA MARIA ALVES	0	0	2964-9384	
139 GUAIANASES EMEI MARIA APARECIDA LARA COIADO, PROFA	1	3	20165605	
140 GUAIANASES EMEI MARIO BENI, DEP.	0	0	2282-2136	
141 GUAIANASES EMEI ODUVALDO VIANA FILHO	0	0	2555-2111	
142 GUAIANASES EMEI OLGA BENARIO PRESTES	0	0	2555-2615	
143 GUAIANASES EMEI PAULO CAMILHIER FLORENCANO	0	0	2557-1947	
144 GUAIANASES EMEI RAUL NEMENZ, PROF	0	0	29648027	
145 GUAIANASES EMEI RODRIGUES DE ABREU			25520500	1
146 GUAIANASES EMEI SAMUEL WAINER			22820440	1
147 GUAIANASES EMEI TOMAS GALHARDO	0	0	25552757	
148 GUAIANASES EMEI VALDIR AZEVEDO			25552124	1
149 GUAIANASES EMEI WILSON REIS SANTOS			29638426	1
150 IPIRANGA EMEI AFONSO CELSO			29171024	
151 IPIRANGA EMEI ALBERTO DE OLIVEIRA				
152 IPIRANGA EMEI ALCEU MAYNARD DE ARAUJO, PROF.	1	80	32219134	
153 IPIRANGA EMEI ANA ROSA DE ARAUJO, DA.	1	1	55734615	
154 IPIRANGA EMEI ANGELO MARTINO	1	5	31151766	
155 IPIRANGA EMEI ANITA COSTA, DA.	0	0	50522979	
156 IPIRANGA EMEI ANTONIO FIGUEIREDO AMARAL	1	40	36621688	
157 IPIRANGA EMEI ANTONIO FRANCISCO LISBOA	1	2	29463392	
158 IPIRANGA EMEI ANTONIO RUBBO MULLER, PROF.	0	0	29187032	
159 IPIRANGA EMEI ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA	1	20	32213934	
160 IPIRANGA EMEI BATISTA CEPELOS	0	0	22733381	
161 IPIRANGA EMEI BRENNIO FERRAZ DO AMARAL				
162 IPIRANGA EMEI CARLOS EDUARDO DE CAMARGO ARANHA, DR.	1	10	50733107	
163 IPIRANGA EMEI CARVALHO PINTO, GOV.	0	0	27034446	
164 IPIRANGA EMEI CIDADE DO SOL	0	0	22154246	
165 IPIRANGA EMEI DELFINO AZEVEDO	0	0	22733470	
166 IPIRANGA EMEI FEIJO, REG.	1		32087804	

167 IPIRANGA EMEI GABRIEL PRESTES	1	2	32567260	
168 IPIRANGA EMEI HEITOR VILLA LOBOS	0	0	3884-1363	
169 IPIRANGA EMEI IGNACIO HENRIQUE ROMEIRO, PROF.			2406-652	
170 IPIRANGA EMEI ISABEL, PRINC.	1	1	2273-2570	
171 IPIRANGA EMEI JOAO THEODORO	1	20	3326-4632	
172 IPIRANGA EMEI JOAQUIM ANTONIO DA ROCHA	0	0	2061-8944	
173 IPIRANGA EMEI JOSE VERISSIMO			2216-8138	
174 IPIRANGA EMEI JOSEMARIA ESCRIVA, BEM-AVENTURADO	0	0	2331-8437	
175 IPIRANGA EMEI LUCY GARCIA SALGADO, PROFA.	1	1	5044-4196	
176 IPIRANGA EMEI MANUEL SOARES NEIVA, CEL.	0	0	5062-2288	
177 IPIRANGA EMEI MARIA LUIZA MORETTI GENTILE, PROFA.	1	1	2341-3511	
178 IPIRANGA EMEI MARIO MARQUES E SERRA, PE.	0	0	2335-5243	
179 IPIRANGA EMEI MILTON IMPROTA, PROF.	1	1	5061-5204	
180 IPIRANGA EMEI MONTEIRO LOBATO				
181 IPIRANGA EMEI MONTESE	1	1	5061-3090	
182 IPIRANGA EMEI OSWALDO CRUZ	1	1	5571-1361	
183 IPIRANGA EMEI OTAVIO JOSE DA SILVA JUNIOR	1	1	2273-2456	
184 IPIRANGA EMEI PARQUE BRISTOL			6331-4745	
185 IPIRANGA EMEI PATRICIA GALVAO				
186 IPIRANGA EMEI PAULO ALVES, TTE.	1	1	2275-9575	
187 IPIRANGA EMEI PEDRO I, D.	1	10	2273-1980	
188 IPIRANGA EMEI QUINTA DAS PAINEIRAS			2341-8203	
189 IPIRANGA EMEI SANTO DIAS DA SILVA	0	0	2947-5077	
190 IPIRANGA EMEI SAO LUCAS	0	0		
191 IPIRANGA EMEI SAO PAULO	0	0	5571-7786	
192 IPIRANGA EMEI SENA MADUREIRA	0	0	5084-4154	
193 IPIRANGA EMEI SILVIO CALDAS, COMPOSITOR	0	0	2331-8619	
194 IPIRANGA EMEI THEREZINHA BATISTA PETTAN, PROFA.	0	0	5061-4908	
195 IPIRANGA EMEI ZENAIDE GRANDINI, PROFA.	1	1	2917-3033	
196 ITAQUERA EMEI ALBERTO MESQUITA DE CAMARGO, PROF.	0	0	2296-1400	
197 ITAQUERA EMEI ANTONIO GONCALVES DIAS	1	1	2205-0986	
198 ITAQUERA EMEI APARECIDA MARIA DE MENDONCA, PROFA.	0	0	2286-3885	
199 ITAQUERA EMEI BUENO DE AZEVEDO, DR.	0	0	2521-1264	
200 ITAQUERA EMEI CARLOS JEREISSATI, SEN.			2521-0496	
201 ITAQUERA EMEI CECILIA SANT ANNA DE SOUZA, PROFA.	0	0	2521-0048	
202 ITAQUERA EMEI CIDADE A E CARVALHO			2046-6663	
203 ITAQUERA EMEI CONJUNTO HABITACIONAL GOITI	0	0	2049-2478	
204 ITAQUERA EMEI DENISE MERCIER RODRIGUES AGUIAR, PROFA.	1	2	2521-6055	
205 ITAQUERA EMEI ERNANI SILVA BRUNO	0	0	2205-6872	
206 ITAQUERA EMEI FAZENDA DO CARMO GUAIANASES A				
207 ITAQUERA EMEI FLORIANO PEIXOTO, MAL.	0	0	2205-6280	
208 ITAQUERA EMEI FLORINDA ROBERTO QUEIROZ DE CASTRO	0	0	65579374	
209 ITAQUERA EMEI FRANCISCO ROQUETTI	0	0	2154-5184	

210 ITAQUERA EMEI GLAUBER ROCHA	1	15	2051-5733	
211 ITAQUERA EMEI GLEBA DO PESSEGO	0	0	2522-6487	
212 ITAQUERA EMEI JARDIM MARILIA	1	4	2741-0988	
213 ITAQUERA EMEI JOAO ORTALE, PROF.	0	0	2674-2062	
214 ITAQUERA EMEI JOAO RUBENS MARCELO	0	0	2783-7455	
215 ITAQUERA EMEI JOSE DUARTE	1	3	2747-1555	
216 ITAQUERA EMEI LEONARDO VAN ACKER, PROF.	0	0	2521-1318	
217 ITAQUERA EMEI LUIS BIRAGHI, MONSENHOR	1	10	2522-5624	
218 ITAQUERA EMEI LUIZ PEREIRA, PROF.	0	0	2724-5949	
219 ITAQUERA EMEI MANOEL DA NOBREGA, PE.	0	0	2944-6539	
220 ITAQUERA EMEI MARIA HELENA BARBOSA MARTINS, PROFA.	0	0	2079-1228	
221 ITAQUERA EMEI MARIA LAURA DE SOUZA CAMPOS, PROFA.				
222 ITAQUERA EMEI MARIA MONTESSORI	1	2	67410952	
223 ITAQUERA EMEI MIROEL SILVEIRA				
224 ITAQUERA EMEI NEYL GOMEZ MARTIN,PROFA.				
225 ITAQUERA EMEI NILDO DO AMARAL JUNIOR, PE.			2079-1148	
226 ITAQUERA EMEI OLANDYA PERES RIBEIRO, PROFA.	1	1	2783-0893	
227 ITAQUERA EMEI PEDRO CHAVES, MIN.	0	0	2521-3574	
228 ITAQUERA EMEI PIRATININGA	1	2	2741-3876	
229 ITAQUERA EMEI RONALD DE CARVALHO	1	1	2557-2052	
230 ITAQUERA EMEI SUZANA EVANGELINA FELIPPE, PROFA.	1	10	2941-1368	
231 ITAQUERA EMEI SYLVIA VARONI DE CASTRO, PROFA.	0	0	2079-0920	
232 ITAQUERA EMEI THEREZA THE DE CARVALHO, PROFA.	1	1	2115-8205	
233 ITAQUERA EMEI VICENTE MATHEUS	0	0	2741-9639	
234 JACANA/TREMEMBE EMEI 9 DE JULHO	1	3	2996-1551	
235 JACANA/TREMEMBE EMEI ANA NERI	1	3	2954-0558	
236 JACANA/TREMEMBE EMEI ANCHIETA, PE.	1	35	29092266	
237 JACANA/TREMEMBE EMEI ARTHUR ETZEL	1	5	2973-1598	
238 JACANA/TREMEMBE EMEI CARLOS GOMES	1	30	2982-1444	
239 JACANA/TREMEMBE EMEI CELSO DE SOUSA OLIVEIRA, PROF.	1	1	2241-1533	
240 JACANA/TREMEMBE EMEI CIDADE FERNAO DIAS	1	12	2201-6349	
241 JACANA/TREMEMBE EMEI CLEIDE MOREIRA DOS SANTOS, PROFA.	1	6	2231-0632	
242 JACANA/TREMEMBE EMEI DINA KUTNER DE SOUZA - DINA SFAT	1	2	2203-5927	
243 JACANA/TREMEMBE EMEI EDALZIR SAMPAIO LIPORONI, PROFA.	1	10	2955-5267	
244 JACANA/TREMEMBE EMEI EDU CHAVES, AVIADOR			6242-9979	
245 JACANA/TREMEMBE EMEI EDUARDO CARLOS PEREIRA	1	10	2954-4340	
246 JACANA/TREMEMBE EMEI ENIO CORREA, PROF.	1	5	2231-7175	
247 JACANA/TREMEMBE EMEI EUDOXIA DE BARROS, PROFA.	1	3	2203-3481	
248 JACANA/TREMEMBE EMEI FERNANDO CAMARGO SOARES, PROF.	0	0	2631-7273	
249 JACANA/TREMEMBE EMEI FLAVIO IMPERIO	1	2	2241-0676	
250 JACANA/TREMEMBE EMEI GINA DE MARTINO, DRA.	1	2	22034521	
251 JACANA/TREMEMBE EMEI ITALO BETTARELLO, PROF.	1	80	2201-8290	

252 JACANA/TREMEMBE EMEI JANIO QUADROS, PRES.	1	2	2204-7399	
253 JACANA/TREMEMBE EMEI JONISE MAXIMO DA FONSECA, PROFA.	0	0	22423900	
254 JACANA/TREMEMBE EMEI JOSE AUGUSTO CESAR, DR.	1	1	2973-0570	
255 JACANA/TREMEMBE EMEI JOSE BONIFACIO DE ANDRADA E SILVA	1	10	29739457	
256 JACANA/TREMEMBE EMEI JOSE JOAQUIM DA SILVA	1	5	2201-0728	
257 JACANA/TREMEMBE EMEI LAURA FUNFAS LE SUEUR, PROFA.	1	20	22018906	
258 JACANA/TREMEMBE EMEI LOURENCO FILHO, PROF.	1	30	2954-4860	
259 JACANA/TREMEMBE EMEI LUIS GAMA	1	10	2931-7847	
262 JACANA/TREMEMBE EMEI MARIA YOLANDA DE SOUZA PINTO HAHNE	1	10	29559902	
263 JACANA/TREMEMBE EMEI MARINA NOGUEIRA DE SOUZA MARTINS			6231-2649	
264 JACANA/TREMEMBE EMEI OTTILIA DE JESUS PIRES, PROFA.			22410675	
265 JACANA/TREMEMBE EMEI PEDRO ALVARES CABRAL MORAES, PROF.	1	25	2905-2949	
266 JACANA/TREMEMBE EMEI SAVA POPOVIC				
267 JACANA/TREMEMBE EMEI TAUFIK DAUD KURBAN	1	20	2203-7669	
268 JACANA/TREMEMBE EMEI VERA ARNONI SCALQUETTI, PROFA.	1	6	2242-4808	
269 JACANA/TREMEMBE EMEI WALFRIDO DE CARVALHO, CEL.	1	5	2995-4062	
270 JACANA/TREMEMBE EMEI YUKIO OZAKI, PROF.	1	10	2201-0316	
271 PENHA EMEI ALFREDO DA ROCHA VIANA FILHO - PIXINGUINHA	1	15	29578588	
272 PENHA EMEI ALUISIO DE AZEVEDO	1	1	20283768	
273 PENHA EMEI ANA MARCHIONE SALLES, PROFA.	1	8	27913565	
274 PENHA EMEI AUGUSTO FROEBEL	1	2	29433098	
275 PENHA EMEI CASPER LIBERO	1	100	33264631	
276 PENHA EMEI CEZAR ROGERIO OLIVEIRA PERAMEZZA, PROF.	1	6	27428070	
277 PENHA EMEI CORNELIO PIRES	1	1	29650372	
278 PENHA EMEI DINAH FERNANDES COSTA , PROFA.	1	5	20423028	
279 PENHA EMEI DINAH GALVAO , PROFA.	1	5	25467997	
280 PENHA EMEI DO LAR SIRIO	0	0	20973651	
281 PENHA EMEI DUTRA, PRES.	0	0	22953726	
282 PENHA EMEI ELDY POLI BIFONE, PROFA.	1	140	26947365	
283 PENHA EMEI EVARISTO DA VEIGA	1	10	22805737	
284 PENHA EMEI FERNANDO SABINO	1	4	25470113	
285 PENHA EMEI GOMES CARDIM, INTENDENTE	0	0	22957940	
286 PENHA EMEI GOULART, ENG.	1	80	26218095	
287 PENHA EMEI GUILHERME RUDGE	1	15	22929783	
288 PENHA EMEI IBIAPABA MARTINS	1	5	27423055	
289 PENHA EMEI IRENE FAVRET LOPES, PROFA.	1	1	22960970	
290 PENHA EMEI ISA SILVEIRA LEAL	1	5	22808281	
291 PENHA EMEI JARDIM KERALUX	0	0	22143500	
292 PENHA EMEI JOAO MENDONCA FALCAO	1	25	32778722	
293 PENHA EMEI JOSE ALOYSIO RODRIGUES CORREA, PROF.	1	4	29656477	
294 PENHA EMEI JOSE RUBENS PERES FERNANDES, PROF.	1	15	26414958	

295 PENHA EMEI LEONARDO ARROYO			27421120	1
296 PENHA EMEI LUCIANO ROBERTO, PROF.	0	0	27416413	
297 PENHA EMEI LUIZ GOMES CARDIM SANGIRARDI, ENG.			27491667	
298 PENHA EMEI MARCÍLIO DIAS			26931896	1
299 PENHA EMEI MARIA LACERDA DE MOURA	1	5	26510704	
300 PENHA EMEI MARIA VITORIA DA CUNHA, PROFA.	1	2	27417293	
301 PENHA EMEI MARIO ALVES DE CARVALHO	1	5	26712684	
302 PENHA EMEI MARIO GRACIOTTI	1		29577264	
303 PENHA EMEI MARY BUARQUE	1	10	22952298	
304 PENHA EMEI MAX WOLF FILHO, SG.	1	1	29432869	
305 PENHA EMEI MIGUEL COSTA, GEN.	1	1	22809978	
306 PENHA EMEI NENE DO AMANHA	1	20	26477490	
307 PENHA EMEI NEUSA CONCEICAO STINCHI, PROFA.	1	20	26217888	
308 PENHA EMEI PAULO FREIRE, PROF.	1	10	20927043	
309 PENHA EMEI PEDRO BRASIL BANDECCHI	0	0	27417617	
310 PENHA EMEI QUINTINO BOCAIUVA	0	0	22953555	
311 PENHA EMEI RAFAEL TOBIAS DE AGUIAR, BRIG.	1	5	29588611	
312 PENHA EMEI ROBERTO VICTOR CORDEIRO	1	2	27428270	
313 PENHA EMEI RODRIGO SOARES JUNIOR	1	7	25460814	
314 PENHA EMEI RUTH GONCALVES CHAVES DE SIQUEIRA, PROFA.	1	5	25466868	
315 PENHA EMEI SILVIO ROMERO	1	100	22952470	
316 PENHA EMEI TAMANDARE, ALM	1	20	27966928	
317 PENHA EMEI TOMAS ANTONIO GONZAGA	1	6	20415958	
318 PIRITUBA EMEI AFONSO SARDINHA	0	0	39069457	
319 PIRITUBA EMEI ALICE FEITOSA, DA.			39153482	
320 PIRITUBA EMEI ANA MARIA POPPOVIC, PROFA.	1	1	36720268	
321 PIRITUBA EMEI ANTONIETA DE BARROS, PROF	0	0	39417165	
322 PIRITUBA EMEI ANTONIO MUNHOZ BONILHA	1	1	39749528	
323 PIRITUBA EMEI ANTONIO RAPOSO TAVARES	1	2	36219460	
324 PIRITUBA EMEI CARMEN DA SILVA	1	10	39171985	
325 PIRITUBA EMEI CHARBONNEAU, PE.	0	0	39067055	
326 PIRITUBA EMEI VELHA GATTAI	0	0	39497600	
327 PIRITUBA EMEI CLEMENTE SEGUNDO PINHO, PROF.	1	1	39410593	
328 PIRITUBA EMEI CONJ. RESIDENCIAL ELISIO TEIXEIRA LEITE	1	5	39714784	
329 PIRITUBA EMEI ESTRADA TURISTICA DO JARAGUA	0	0	39066614	
330 PIRITUBA EMEI EUNICE DOS SANTOS, PROFA.	1	10	39748668	
331 PIRITUBA EMEI EURIPEDES SIMOES DE PAULA	0	0	39712338	
332 PIRITUBA EMEI FERNANDO DE AZEVEDO	1	4	39412362	
333 PIRITUBA EMEI JAGUARE	0	0	37663016	
334 PIRITUBA EMEI JARDIM DA CONQUISTA	0	0	39178297	
335 PIRITUBA EMEI JARDIM FELICIDADE	1	2	38322723	
336 PIRITUBA EMEI JARDIM MONTE BELO	1	1	39117589	
337 PIRITUBA EMEI JEAN PIAGET	0	0	38323047	
338 PIRITUBA EMEI JOAO PAULO II, PAPA	0	0	39496814	

339 PIRITUBA EMEI JULIO ALVES PEREIRA	1	5	39419689	
340 PIRITUBA EMEI LEOPOLDINA, DA.	0	0	38323632	
341 PIRITUBA EMEI MARIA DAILCE MONTEIRO DA SILVA GOMES, PROFA.	1	2	39415366	
342 PIRITUBA EMEI MARIA DO CARMO GODOY RAMOS, PROFA.			39067053	
343 PIRITUBA EMEI MARIA JOSE DUPRE	0	0	39166494	
344 PIRITUBA EMEI MORRO DOCE	0	0	39112218	
345 PIRITUBA EMEI NEYDE GUZZI DE CHIACCHIO, PROFA.	0	0	36116259	
346 PIRITUBA EMEI NOEMIA IPPOLITO	0	0	38736282	
347 PIRITUBA EMEI OLGA CALIL MENAH, PROFA.	1	2	3976-7523	
349 PIRITUBA EMEI OLIVEIRA LIMA				
350 PIRITUBA EMEI PARADA DE TAIPAS			39719184	1
351 PIRITUBA EMEI PAULO VI	0	0	39040555	
352 PIRITUBA EMEI PEDRO DE TOLEDO	0	0	36251791	
353 PIRITUBA EMEI PEROLA ELLIS BYINGTON	0	0	39015006	
354 PIRITUBA EMEI RICARDO GONCALVES	0	0	38324645	
355 PIRITUBA EMEI RODOLFO TREVISAN	1	1	38365027	
356 PIRITUBA EMEI SANTOS DUMONT	1	2	38736281	
357 PIRITUBA EMEI SARITA CAMARGO, PROFA.	1	1	38324061	
358 SANTO AMARO EMEI ALEXANDRE CORREIA, PROF.	0	0	56210516	
359 SANTO AMARO EMEI ANHANGUERA	0	0	56860631	
360 SANTO AMARO EMEI ARTHUR BAPTISTA DA LUZ	0	0	56127317	
361 SANTO AMARO EMEI AYRTON SENNA DA SILVA	0	0	56215931	
362 SANTO AMARO EMEI BORBA GATO	1		56875239	
363 SANTO AMARO EMEI CASIMIRO DE ABREU	0	0	55885119	
364 SANTO AMARO EMEI CELSO FERREIRA DA SILVA, PROF.	0	0	56119506	
365 SANTO AMARO EMEI CORA CORALINA	1	1	55655930	
366 SANTO AMARO EMEI CRUZ E SOUSA			56773501	1
367 SANTO AMARO EMEI FRANCISCO MANUEL DA SILVA	0	0	56312565	
368 SANTO AMARO EMEI GELOIRA DE CAMPOS	0	0	50445768	
369 SANTO AMARO EMEI JOAO DE DEUS BUENO DOS REIS, DR.	0	0	56311222	
370 SANTO AMARO EMEI LAUDO FERREIRA DE CAMARGO	1	1	50175800	
371 SANTO AMARO EMEI LEONOR MENDES DE BARROS, DA.	0	0	55884629	
372 SANTO AMARO EMEI LOURDES HEREDIA MELLO, PROFA.			55944777	
373 SANTO AMARO EMEI MACHADO DE ASSIS			56780689	
374 SANTO AMARO EMEI NEUSA MARIA ROSSI	0	0	50175858	
375 SANTO AMARO EMEI RAUL JOVIANO DO AMARAL	1	2	5674-0025	
376 SANTO AMARO EMEI SYLVIO DE MAGALHAES FIGUEIREDO, ALM.	0	0	5565-5934	
377 SANTO AMARO EMEI VANDA COELHO DE MORAES	0	0	5612-2561	
378 SANTO AMARO EMEI VIRGILIO TAVORA				
379 SAO MATEUS EMEI ADALBERTO PANZAN, DR.			27313663	
380 SAO MATEUS EMEI ADEVALDO DE MORAES	0	0	27043404	
381 SAO MATEUS EMEI ALFREDO VOLPI	0	0	2012-1055	
382 SAO MATEUS EMEI ANTONIA DE OLIVEIRA MOTA DE ARAUJO, PROFA.	1	1	27512869	

384	SAO MATEUS EMEI APARECIDA CANDIDA DOS SANTOS DE JESUS	0	0	29624441	
385	SAO MATEUS EMEI ATAULFO ALVES	0	0	2919-1689	
386	SAO MATEUS EMEI BENJAMIN CONSTANT	0	0	21433699	
387	SAO MATEUS EMEI CARLOS HUMBERTO VOLPON, PROF.	0	0	20153185	
388	SAO MATEUS EMEI CARMEM MIRANDA	0	0	27517914	
389	SAO MATEUS EMEI CECILIA MEIRELLES	0	0	2919-3090	
390	SAO MATEUS EMEI CELIA CAMARGO PENTEADO ELIAS, PROFA.			6119-6061	
391	SAO MATEUS EMEI CHARLES CHAPLIN	0	0	2704-8885	
392	SAO MATEUS EMEI CHIQUINHA GONZAGA			2704-0602	
393	SAO MATEUS EMEI CLOVIS BEVILACQUA	1	2	21431388	
394	SAO MATEUS EMEI CONJ. HABITACIONAL SAO FRANCISCO	0	0	2751-6172	
395	SAO MATEUS EMEI DANTON CASTILHO CABRAL	0	0	2703-4767	
396	SAO MATEUS EMEI EDER SADER	0	0	2919-1940	
397	SAO MATEUS EMEI ELIS REGINA	1	2	29199960	
398	SAO MATEUS EMEI FELIPE DOLIVEIRA	1	3	27311580	
399	SAO MATEUS EMEI FRANCISCO ADAUTO RODRIGUES	0	0	2731-1877	
400	SAO MATEUS EMEI HENRIQUE RICCHETTI, PROF.	1	3	2019-6812	
401	SAO MATEUS EMEI IGUATEMI	1	3	2731-6504	
402	SAO MATEUS EMEI JARDIM DA CONQUISTA II	1	8	2735-4695	
403	SAO MATEUS EMEI JARDIM IMPERADOR	0	0		
404	SAO MATEUS EMEI JESUINA NUNES BARBOSA	1	2	29193644	
405	SAO MATEUS EMEI JOSE CLEMENTE PEREIRA	1	1	2702-2074	
406	SAO MATEUS EMEI JOSE MAURO DE VASCONCELOS			6119-6768	
407	SAO MATEUS EMEI JOSE VICENTE DA CUNHA, PROF.	0	0	2721-3214	
408	SAO MATEUS EMEI MANOEL DE ALVARENGA FREIRE JUNIOR, PROF			2751-9954	
409	SAO MATEUS EMEI MANOEL FIEL FILHO				
410	SAO MATEUS EMEI MARIA CECILIA DEZAN ROCHA, PROFA.	1	5	21432411	
411	SAO MATEUS EMEI MARIA DE LOURDES COUTINHO TORRES, DA.	1	1	20153212	
412	SAO MATEUS EMEI MARIO DE ANDRADE	0	0	29193849	
413	SAO MATEUS EMEI NINI DUARTE	0	0	27049915	
414	SAO MATEUS EMEI ORIGENES LESSA			21047468	
415	SAO MATEUS EMEI PESTALOZZI			27312774	
416	SAO MATEUS EMEI RACHEL MESQUITA DE SALLES OLIVEIRA	0	0	27031242	
417	SAO MATEUS EMEI RUMI OIKAWA, PROFA	0	0	27513511	
418	SAO MATEUS EMEI VICENTE DE CARVALHO	0	0	29191017	
419	SAO MATEUS EMEI VITAL BRAZIL, DR.	1	2	27512289	
420	SAO MIGUEL EMEI AFRANIO PEIXOTO	1	4	20537250	
421	SAO MIGUEL EMEI ALBERTO MENDES JUNIOR, CAP.			29632655	
422	SAO MIGUEL EMEI ALDO GIANNINI, ENG.	1	2	29430687	
423	SAO MIGUEL EMEI ALIOMAR BALEEIRO, MIN.			25811818	
424	SAO MIGUEL EMEI ANTONIO LAPENNA	1	1	22970178	
425	SAO MIGUEL EMEI ANTONIO ROBERTO ALVES BRAGA, DR.	1	5	20517300	
426	SAO MIGUEL EMEI APARECIDA DE LOURDES CARRILHO	0	0	20513277	

JARDIM, PROFA				
427 SAO MIGUEL EMEI CELIA RIBEIRO LANDIM, PROF	0	0	25813764	
428 SAO MIGUEL EMEI CIDADE KEMEL			25720022	
429 SAO MIGUEL EMEI CLEMENCIA FERREIRA DA SILVA				
430 SAO MIGUEL EMEI DALMO AMARAL MACHADO, PROF.	0	0	25673089	
431 SAO MIGUEL EMEI DILSON FUNARO	1	2		
432 SAO MIGUEL EMEI DORACIL DINA BENICIO, PROFA.				
433 SAO MIGUEL EMEI EPITACIO PESSOA			22809888	
434 SAO MIGUEL EMEI FAUSTO RIBEIRO DA SILVA FILHO, DR.	1	4	20352297	
435 SAO MIGUEL EMEI GLOBO DO SOL	1	1	29566180	
436 SAO MIGUEL EMEI GRACILIANO RAMOS	1	1	20354949	
437 SAO MIGUEL EMEI HELENA DE PAULA MARIN, PROFA.	0	0	20375037	
438 SAO MIGUEL EMEI J.G. DE ARAUJO JORGE	0	0	29633403	
439 SAO MIGUEL EMEI JARDIM PEDRO JOSE NUNES	1	5	22970263	
440 SAO MIGUEL EMEI JOSE DE ALENCAR	1	5	25670009	
441 SAO MIGUEL EMEI LAURA DA CONCEICAO PEREIRA QUINTAES, PROFA			25615553	1
442 SAO MIGUEL EMEI LEILA DINIZ				1
443 SAO MIGUEL EMEI LUIZA HELENA DE BARROS	1	1	20353777	
444 SAO MIGUEL EMEI MARIA DA CONCEICAO VIEIRA PEREIRA, PROFA.	1	1	29633404	
445 SAO MIGUEL EMEI MARIA DA LUZ SILVA DE OLIVEIRA, PROFA.			25851610	1

ANEXO B - Relação de CEU-EMEI do município de SÃO PAULO - 2009.

LOCALIDADE - NOME DA ESCOLA (CEU - EMEI)	ALUNOS	LATINOS (N)	TELEFONE	NÃO ATENDEU
1 BUTANTA CEU EMEI BUTANTA	0	0	3732-2730	
2 CAMPO LIMPO CEU EMEI CAMPO LIMPO	0	0	5843-4816	
3 CAMPO LIMPO CEU EMEI CASA BLANCA	0	0	5519-5235	
4 CAMPO LIMPO CEU EMEI FEITICO DA VILA			5872-2256	
5 CAPELA DO SOCORRO CEU EMEI MILTON SANTOS, PROF.			5668-1920	1
6 CAPELA DO SOCORRO CEU EMEI NAVEGANTES	1		5976-5506	
7 CAPELA DO SOCORRO CEU EMEI TRES LAGOS	1	1	5976-5621	
8 CAPELA DO SOCORRO CEU EMEI VILA RUBI	1	1	5661-2915	
9 FREGUESIA/BRASILANDIA CEU EMEI PAZ	1	4	3986-3417	
10 GUAIANASES CEU EMEI AGUA AZUL	1	4	2282-7569	
11 GUAIANASES CEU EMEI INACIO MONTEIRO	1	1	2518-9011	
12 IPIRANGA CEU EMEI BENNO HUBERT STOLLENWERK, PE.	0	0	2945-2519	
13 ITAQUERA CEU EMEI ARICANDUVA	1	1	27211097	
14 ITAQUERA CEU EMEI AZUL DA COR DO MAR			33979036	1
15 ITAQUERA CEU EMEI JOSE GASPAR, D.				
16 ITAQUERA CEU EMEI THERESINHA SQUINCA DA SILVA, PROFA				
17 JACANA/TREMEMBE CEU EMEI JACANA	1		22435651	
18 PIRITUBA CEU EMEI JORGE AMADO	1	3	39158724	
19 PIRITUBA CEU EMEI PERA MARMELO	0	0	39483918	
20 PIRITUBA CEU EMEI VILA ATLANTICA	0	0	3901-8733	
21 SANTO AMARO CEU EMEI ALVARENGA			56722513	1
22 SAO MATEUS CEU EMEI ROQUE SPENCER MACIEL DE BARROS, PROF.			27521015	1
23 SAO MATEUS CEU EMEI ROSA DA CHINA	0	0	27012330	
24 SAO MATEUS CEU EMEI SAO MATEUS			27328131	1
25 SAO MIGUEL CEU EMEI CARLOS OLIVALDO DE SOUZA LOPES MUNIZ, DR.				
26 SAO MIGUEL CEU EMEI PARQUE VEREDAS	0	0	25636221	
27 SAO MIGUEL CEU EMEI VILA CURUCA			25636122	1

ANEXO C - Amostra 35 EMEIs sorteadas

LOCALIDADE - NOME DA ESCOLA (EMEI)	TOTAL (N)	ALUNOS	LATINOS (N)
106 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI FELIPE MESTRE JOU	600	1	10
109 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI JOSE ROBSON COSTA DE ARAUJO, B.	600	1	15
121 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI VICENTE PAULO DA SILVA	297	1	30
93 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI 7 DE SETEMBRO	550	1	50
94 FREGUESIA/BRASILANDIA EMEI ABELARDO GALDINO PINTO - PIOLIN	375	1	15
152 IPIRANGA EMEI ALCEU MAYNARD DE ARAUJO, PROF.	166	1	80
154 IPIRANGA EMEI ANGELO MARTINO	425	1	5
159 IPIRANGA EMEI ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA	293	1	20
162 IPIRANGA EMEI CARLOS EDUARDO DE CAMARGO ARANHA, DR.	400	1	10
171 IPIRANGA EMEI JOAO THEODORO	267	1	20
210 ITAQUERA EMEI GLAUBER ROCHA	490	1	15
230 ITAQUERA EMEI SUZANA EVANGELINA FELIPPE, PROFA.	522	1	10
236 JACANA/TREMEMBE EMEI ANCHIETA, PE.	346	1	35
251 JACANA/TREMEMBE EMEI ITALO BETTARELLO, PROF.	800	1	80
255 JACANA/TREMEMBE EMEI JOSE BONIFACIO DE ANDRADA E SILVA	434	1	10
256 JACANA/TREMEMBE EMEI JOSE JOAQUIM DA SILVA	241	1	5
257 JACANA/TREMEMBE EMEI LAURA FUNFAS LE SUEUR, PROFA.	345	1	20
258 JACANA/TREMEMBE EMEI LOURENCO FILHO, PROF.	490	1	30
262 JACANA/TREMEMBE EMEI MARIA YOLANDA DE SOUZA PINTO HAHNE	338	1	10
265 JACANA/TREMEMBE EMEI PEDRO ALVARES CABRAL MORAES, PROF.	381	1	25
269 JACANA/TREMEMBE EMEI WALFRIDO DE CARVALHO, CEL.	693	1	5
273 PENHA EMEI ANA MARCHIONE SALLES, PROFA.	420	1	8
279 PENHA EMEI DINAH GALVAO , PROFA.	422	1	5
282 PENHA EMEI ELDY POLI BIFONE, PROFA.	500	1	140
283 PENHA EMEI EVARISTO DA VEIGA	624	1	10
287 PENHA EMEI GUILHERME RUDGE	177	1	15
292 PENHA EMEI JOAO MENDONCA FALCAO	525	1	25
306 PENHA EMEI NENE DO AMANHA	550	1	20
313 PENHA EMEI RODRIGO SOARES JUNIOR	822	1	7
314 PENHA EMEI RUTH GONCALVES CHAVES DE SIQUEIRA, PROFA.	525	1	5
315 PENHA EMEI SILVIO ROMERO	132	1	100
316 PENHA EMEI TAMANDARE, ALM	300	1	20
330 PIRITUBA EMEI EUNICE DOS SANTOS, PROFA.	590	1	10
402 SAO MATEUS EMEI JARDIM DA CONQUISTA II	761	1	8
439 SAO MIGUEL EMEI JARDIM PEDRO JOSE NUNES	469	1	5

Números de criança abaixo de 12 anos que moram na casa														
Posse de Automóvel (marque com um x) (não incluir motocicleta)														
0	não possui	1	possui um automóvel	2	possui 2 ou + automóveis	9	Sem Informação							
Seu filho (a) Já foi ao dentista alguma vez na vida (marque com um x)														
0	Não	1	Sim				9	Sem Informação						
Há quanto tempo seu filho (a) foi ao dentista (marque com um x)														
0	Nunca	1	Menos de 1 ano				2	de 1 a 2 anos						
3	3 anos ou mais				9	Sem Informação								
Onde seu filho (a) foi ao dentista (marque com um x)														
0	Nunca fui			1	Serviço Público			2	Serviço Privado					
3	Convênios ou Planos de Saúde			4	Serviço Filantrópico			5	Outros		9	Sem Informação		
Por quê ou o motivo que seu filho (a) foi ao dentista (marque com um x)														
0	Nunca fui			1	Consulta de Rotina ou prevenção				2	Dor				
3	Sangramento gengival			4	Cárie		5	Feridas, caroços ou manchas na boca						
6	Outros motivos						9	Sem Informação						
Seu filho (a) apresentou dor de dentes e gengivas nos últimos 6 meses, o quanto de dor														
0	Nenhuma dor			1	Pouca Dor			2	Muita Dor			9	Sem Informação	
Considera que se filho (a) necessita de tratamento odontológico atualmente														
0	Não			1	Sim				9	Sem Informação				
Seu filho (a) já faltou na aula devido a dor de dentes														
0	Não			1	Sim				9	Sem Informação				
Seu filho (a) é usuário do sistema público de Saúde (Unidade Básica de Saúde)														
0	Não	1	Sim para tratamento regular			2	Sim atendimento de urgência			9	Sem Infor.			
Seu filho (a) usa escova de dente para a higiene oral														
0	Não usa escova de dente			1	Usa escova de dente (uso individual – só a criança usa a escova)									
2	Usa escova de dente (uso compartilhado – mais de uma pessoa usa a mesma escova)								9	Sem Infor.				
Quantas vezes seu filho (a) escova os dentes por dia														
0	Não usa escova de dente				1	Escova os dentes apenas 1 vez ao dia								
2	Escova os dentes 2 vezes ao dia				3	Escova os dentes 3 vezes ao dia				9	Sem Infor.			
Seu filho (a) usa creme dental (pasta de dentes) para escovar os dentes														
0	Não usa creme dental			1	Usa creme dental, mas não em todas as escovações (só usa algumas vezes)									
2	Usa creme dental, em todas as vezes que escova os dentes								9	Sem Infor.				

ANEXO E – Inquérito estruturado dirigido aos pais (Versão em Espanhol)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Odontologia

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000 São Paulo. – f. 3091-7891

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Condições de saúde bucal de crianças de 5 anos, imigrantes latino-americanos, matriculada nas escolas públicas do município de São Paulo, 2009.

Las condiciones de salud oral de los niños de 5 años, inmigrantes latinoamericanos, registrados en las escuelas públicas de São Paulo, 2009.

Número dela ficha

Número del hogar					Escuela				1		Inmigrante		2		Brasileño		
Nombre del Niño																	
CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA FAMILIA																	
Escarlaridad del padre (marcar con una x en el número correspondiente a la respuesta)																	
0	Analfabeto (sin estudio)				1	Escuela primaria Incompleta (1ª a 8ª s)				2	Educación primaria Completa (1ª a 8ª s)						
3	Escuela secundaria incompleta (1ª a 3ª s)				4	Escuela secundaria completa (1ª a 3ª s)				5	Educación superior incompleta						
6	Educación superior completa				9	No hay información											
Escarlaridad de la madre (marcar con una x en el número correspondiente a la respuesta)																	
0	Analfabeta (sin estudio)				1	Escuela primaria Incompleta (1ª a 8ª s)				2	Educación primaria Completa (1ª a 8ª s)						
3	Escuela secundaria incompleta (1ª a 3ª s)				4	Escuela secundaria completa (1ª a 3ª s)				5	Educación superior incompleta						
6	Educación superior completa				9	No hay información											
Ocupación del padre																	
1	Trabajador registrado en la cartera de trabajo								2	Trabajador autónomo							
3	Trabajador, no registrado en la cartera de trabajo								4	Servicios domésticos							
5	Desempleado				6	Jubilado				9	No hay información						
Ocupación de la madre																	
1	Trabajadora registrada en la cartera de trabajo								2	Trabajadora autónoma							
3	Trabajadora, no registrada en la cartera de trabajo								4	Servicios domésticos							
5	Desempleada				6	Jubilada				9	No hay información						
¿Nacionalidad del Padre?																	
¿Nacionalidad de la Madre?																	
¿Nacionalidad del Niño?																	
¿Número de habitaciones en la casa (no se incluyen cuartos de baño)?																	
¿Número de personas en la Casa?																	

¿Número de niños menores de 12 años que viven en la casa?									
¿Es propietario de un coche? (sin incluir motocicletas)									
0	no tiene coche	1	es propietario de un coche	2	es propietario de 2 o más coches				
				9	No hay información				
¿Su hijo (a), Alguna vez has ido al dentista en su vida?									
0	No	1	Sí			9	No hay información		
¿Hace cuánto tiempo que su niño fue al dentista?									
0	Nunca	1	Menos de uno (1) año		2	De uno(1) a dos (2) años			
3	Tres (3) años o más			9	No hay información				
¿Dónde su hijo (a) fue al dentista?									
0	Nunca fue	1	Servicio Público		2	Servicio privado			
3	Planes de salud		4	Servicios filantrópicos		5	Otro	9	No inf.
¿Por qué su hijo (a) fue al dentista?									
0	Nunca fue	1	Remisión o Prevención		2	Dolor			
3	Hemorragia gingival		4	Caries	5	Úlceras, masas o manchas en la boca			
6	Otras razones					9	No hay información		
¿Su hijo (a) tuvo algún dolor de diente y encías en los últimos 6 meses?, ¿cuánto dolor?									
0	No hubo dolor		1	Poco dolor		2	Mucha dolor	9	No hay información
¿Considera que el niño (a) actualmente requiere tratamiento dental?									
0	No	1	Sí			9	No hay información		
¿Su hijo (a) ha dejado de ir a clases por causa de un dolor de dientes?									
0	No	1	Sí			9	No hay información		
¿Su hijo (a) es usuario del sistema público de salud (Unidad Básica de Salud)?									
0	No	1	Sí, para el tratamiento regular		2	Sí, para situaciones de emergencia		9	No inf.
¿Su hijo (a) de usa cepillo de diente para la higiene bucal?									
0	No usa cepillo de dientes		1	Usa cepillo de diente (sólo el niño usa el cepillo)					
2	Usa de cepillo de diente (más de una persona usa el mismo cepillo)						9	No inf.	
¿Cuántas veces su hijo (a), cepilla sus dientes al día?									
0	No usa cepillo de dientes			1	Cepilla los dientes sólo una (1) vez al día				
2	Cepilla los dientes dos (2) veces al día			3	Cepilla los dientes 3 veces al día o más			9	No inf.
¿Su hijo (a) usa dentífrico (pasta de dientes) al cepillarse los dientes?									
0	No usa pasta de dientes		2	usa pasta de dientes en todos las veces que se cepillarse los dientes					
1	usa pasta de dientes, pero no en todas los veces (a veces sí otras no)						9	No inf.	

ANEXO F – TCLE em Português

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Odontologia

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000 São Paulo. – f. 3091-7891

PESQUISA CIENTÍFICA

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 5 ANOS, IMIGRANTES LATINO-AMERICANOS, MATRICULADA NAS ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2009.

Termos de Consentimento Livre e Esclarecimento

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa
 “CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 5 ANOS, IMIGRANTES LATINO-AMERICANOS, MATRICULADA NAS ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2009.”

AUTORIZO a realização do exame em:

Nome: _____

Em ____ de _____ de 2009.

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa

“CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 5 ANOS, IMIGRANTES LATINO-AMERICANOS, MATRICULADA NAS ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2009.”

Eu responsável pela Criança **NÃO AUTORIZO** a realização do exame em:

Nome: _____

Em ____ de _____ de 2009.

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável

Favor encaminhar a autorização (assinada) ou a não autorização, junto com o questionário respondido para a escola em que a criança estuda o mais breve possível.

Atenciosamente Prof. Dr. Antonio Carlos Frias e Dr. Alvaro Hiroyuki Mysuguti

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Odontologia

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000 São Paulo. – f. 3091-7891

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 5 ANOS, IMIGRANTES
LATINO-AMERICANOS, MATRICULADA NAS ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO, 2009.**

**Las condiciones de salud oral de los niños de 5 años, inmigrantes
latinoamericanos, el registrados en las escuelas públicas de São Paulo, 2009.**

Terno del Consentimiento Libre y Informado

AUTORIZACIÓN

Habiendo sido informado acerca de las características de la investigación.

**Las condiciones de salud oral de los niños de 5 años, inmigrantes
latinoamericanos, el registrados en las escuelas públicas de São Paulo, 2009.**

Yo Autorizo la realización de la investigación y del examen bucal:

Nombre del niño: _____

En ____ de _____ de 2009.

Nombre del Responsable

Firma del Responsable

Habiendo sido informado acerca de las características de la investigación.

**"Las condiciones de salud oral de los niños de 5 años, inmigrantes
latinoamericanos, el registrados en las escuelas públicas de São Paulo, 2009."**

Yo, responsable de los niños **no autorizo** la realización del examen en:

Nombre del niño: _____

En ____ de _____ de 2009.

Nombre del Responsable

Firma del Responsable

Por favor, transmita la autorización (firmada), o la denegación, junto con el cuestionario a la escuela donde el niño estudia tan pronto como sea posible.

Atentamente Prof. Dr. Antonio Carlos Frias e Dr. Alvaro

ANEXO H – Natureza da Pesquisa (Versão em Português)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Odontologia

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000 São Paulo. – f. 3091-7891

PESQUISA CIENTÍFICA

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 5 ANOS, IMIGRANTES LATINO-AMERICANOS, MATRICULADA NAS ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2009.

São Paulo, Maio de 2009.

Prezado(a) Senhor(a),

Pedimos o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado. A Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, realizarão um Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal, em crianças de 5 anos imigrantes Latino-Americanas ou filhos de imigrantes matriculadas na rede municipal de educação. Nessa investigação científica, será realizada um inquérito para caracterização das condições sócio econômicas e de acesso aos serviços de saúde bucal, aos hábitos de higiene oral que segue em anexo e solicitamos que o Sr(a) possa preencher e encaminha com a autorização de exame para a escola, nesta pesquisa, serão examinados os dentes e as gengivas de, crianças de anos da rede pública de ensino. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos. Em qualquer momento da pesquisa o Sr(a) poderá retirar o consentimento sem qualquer prejuízo.

Caso seja identificada alguma necessidade de tratamento entre as crianças examinados, para alguma das condições pesquisadas, estas serão informadas e encaminhados para esclarecimento e ou tratamento na Unidade de Básica de Saúde na área de abrangência da Unidade Escolar, do município de São Paulo.

Por isso, **sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização do exame**, é muito importante. Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde pública em nosso Estado e no Brasil. Atenciosamente:

Prof. Dr. Antonio Carlos Frias
Orientador da Pesquisa

DR. Alvaro Hiroyuki Mysuguti
Cirurgião dentista responsável

Dúvidas entrar em contato:

Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo - Departamento de Odontologia Social

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000 São Paulo. – f. 3091

ANEXO I – Natureza da pesquisa (Versão em Espanhol)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Odontologia

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000 São Paulo. – f. 3091-7891

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 5 ANOS, IMIGRANTES
LATINO-AMERICANOS, MATRICULADA NAS ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO, 2009.**

**Las condiciones de salud oral de los niños de 5 años, inmigrantes
latinoamericanos, registrados en las escuelas públicas de São Paulo, 2009.**

São Paulo, Septiembre de 2009.

Estimado (a) señor (a)

Nosotros le pedimos algunos pocos minutos de su tiempo para leer este aviso.

La Facultad de Odontología, Universidad de São Paulo, en asociación con la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, celebró un estudio epidemiológico de salud bucal en niños de 5 años, inmigrantes latinoamericanos o hijos de inmigrantes matriculados en las escuelas de educación infantil. En esta investigación, una encuesta se llevará a cabo para caracterizar las condiciones socioeconómicas y el acceso a los hábitos de salud oral la higiene bucal que se adjunta. Pedimos que el Sr (a) complete y presente la autorización para hacer examen la boca de su hijo en la escuela. Esta investigación se examinarán los dientes y encías de los niños de los 5 años del sistema de escuelas públicas. El examen de la boca es una observación hecha en la escuela con todos los técnicos, de seguridad e higiene, como las normas de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud, no es de riesgo o molestia para los que serán examinados. Los datos individuales no serán divulgados bajo ninguna circunstancia, pero los resultados de la investigación podrán para ayudar a prevenir las enfermedades bucodentales y mejorar la salud para todos. En cualquier momento de la investigación Señor (a) podrá retirar el consentimiento sin ninguna perjuicio. Si se identifica la necesidad de tratamiento entre los niños examinados por cualquiera de las condiciones estudiadas, se les informará y se remitirá el niño para tratamiento y / o aclaración en la Unidad Básica de Salud en el área de cobertura de la unidad de la escuela, en el municipio de São Paulo.

Por lo tanto, **su cooperación, permitiendo que el cuadro el examen y llenando el cuadro en la próxima página, es muy importante.** Esperando contar con su apoyo, ahora le damos las gracias en nombre de todos los que trabajan para mejorar la salud pública en nuestro estado y Brasil.

Atentamente:

Prof. Dr. Antonio Carlos Frias
Orientador de la investigación

Cualquier duda entrar en contacto:

DR. Alvaro Hiroyuki Mysuguti
Dentista responsable

ANEXO J – Autorização da Secretaria Municipal da Educação de São Paulo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
Gabinete do Secretário

São Paulo, 4 de novembro de 2008.

Prezado Senhor

Acuso recebimento de missiva solicitando autorização para realização de pesquisa com o intuito de avaliar as condições de saúde bucal de crianças de 5 anos de idade, imigrantes latino-americanos e filhos de imigrantes matriculadas na rede municipal de ensino.

Fica autorizada a pesquisa em tela com acompanhamento da senhora Luz Marina Moreira Corrêa de Toledo da SME/ATP – Assessoria Técnica e de Planejamento, que poderá ser contatada pelo número 5549.8792, para indicação das crianças a serem examinadas e outras providências necessárias ao andamento dos trabalhos.

Ressalto a necessidade de organizar as visitas para a pesquisa de tal forma que permita o normal desenvolvimento das atividades das Unidades Educacionais envolvidas.

Ao final, devem ser encaminhados a esta Secretaria cópia do material coletado e o relatório final da pesquisa.

Desejando êxito ao projeto, envio cordiais saudações.

CÉLIA REGINA GUIDON FALÓTICO

Secretária Municipal de Educação Substituta
SME

**Ilustríssimo Senhor
ALVARO HIROYUKI MYSUGUTI**

Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo
Departamento de Odontologia Social
Av. Prof. Lineu Prestes, 2227
São Paulo - SP
CEP 05508-000

MARG/ads

ANEXO K – Parecer de aprovação – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
FR - 222499
193/2008

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa APROVOU o protocolo de pesquisa "**Condições de saúde bucal de crianças de 5 anos, imigrantes Latino-Americanos, matriculadas nas Escolas Públicas do Município de São Paulo, 2009**", de responsabilidade do(a) Pesquisador(a) Álvaro Hiroyuki Mysuguti, sob orientação do(a) Prof(a). Dr(a). Antonio Carlos Frias.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 11 de dezembro de 2008.

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP