JAIR DE SOUZA MOREIRA JÚNIOR

**LEVANTAMENTO DE SAÚDE BUCAL NA UNIDADE CENTRAL DE
ODONTOLOGIA DO SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO EM
SÃO PAULO, 2004**

São Paulo

2006

Jair de Souza Moreira Júnior

**Levantamento de saúde bucal na unidade central de odontologia do
Serviço Social do Comércio em
São Paulo, 2004**

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. Moacyr da Silva

São Paulo

2006

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Moreira Júnior, Jair de Souza

Levantamento de saúde bucal na unidade central de odontologia do Serviço Social do Comércio em São Paulo, 2004/ Jair de Souza Moreira Júnior; orientador Moacyr da Silva. -- São Paulo, 2006.

108p.: fig., tab., graf.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Levantamentos epidemiológicos – Saúde bucal – SESC (São Paulo) 2. Odontologia em saúde coletiva – Levantamentos epidemiológicos

CDD 617.601

BLACK D585

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADO AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura:

E-mail: jsmj@uol.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Moreira Jr JS. Levantamento de Saúde Bucal na unidade central de odontologia no Serviço Social do Comércio em São Paulo, 2004 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.

São Paulo, ____ / ____ / 2006.

Banca Examinadora

1) Prof. Dr. _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof. Dr. _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof. Dr. _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Áurea e Jair, meus mestres durante toda a vida, que me propiciaram oportunidades e me ensinaram a viver com honestidade, apoiando-me em todos os momentos de minha vida.

Aos meus avós (in memoriam) Josefa, Francisco, Petronilha e Nilo pela ajuda e motivação, transmitindo seus ensinamentos e experiências, com amor e compreensão.

Aos meus irmãos, Sheyla e Fernando, pelo apoio.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me ilumina e protege guiando o meu caminho.

À Comissão de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo.

À Direção do Serviço Social do Comércio do Estado de São Paulo (SESC SP) na pessoa do Prof. Danilo Santos de Miranda pela confiança e autorização na realização deste levantamento dentro da Instituição.

Ao Professor Dr. Moacyr da Silva pela orientação e acompanhamento deste trabalho em todas as fases, meu especial agradecimento.

Ao Professor Antonio Carlos Frias, por ter participado do processo de calibração e colaboração na elaboração deste trabalho, meus agradecimentos.

Aos Professores do Departamento de Odontologia Social da Universidade de São Paulo.

Aos amigos e companheiros de Mestrado Ana Paula, Eliane, Ísis, Marcela e Celso, como também todos os colegas de turma, que dividiram angústias, momentos difíceis e principalmente alegrias no decorrer do curso.

Aos amigos de todas as jornadas Marcelo Marotta Araújo e Fernando Jorge de Paula, principalmente na realização deste trabalho, meu especial obrigado.

Ao Gerente da Gerência de Programas Sócio-Educativos (GPSE) Estanislau da Silva Salles e colegas da gerência pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho.

À Nilce Hissae Sakurai pela colaboração durante todo o período.

Aos colegas Cirurgiões Dentistas, Auxiliares, funcionários administrativos do SESC Odontologia, Unidade Central de Odontologia do SESC SP, que participaram no levantamento dos dados com muita dedicação e empenho.

Aos amigos e incentivadores José Paulo Bersan, Luiz Manoel Moura Magalhães Gomes e Antonio Gonçalves Garcia pelo apoio e motivação durante todo o trabalho.

Ao amigo Carlos Eduardo Jouan Guimarães pela força e motivação nos momentos difíceis durante o desenvolvimento deste trabalho.

Ao amigo Werley Carlos de Oliveira, pela colaboração na tabulação e estatística deste trabalho, além da dedicação e apoio.

Meu especial agradecimento aos pacientes que participaram da pesquisa e tornaram possível a realização.

Muito Obrigado!

“Ninguém sabe tudo, assim como ninguém ignora tudo. O saber começa com a consciência do saber pouco (enquanto alguém atua). É sabendo que se sabe pouco que uma pessoa se prepara para saber mais... O homem, como ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz constantemente o seu saber.”

Paulo Freire

Moreira Jr JS. Levantamento de saúde bucal na unidade central de odontologia do Serviço Social do Comércio em São Paulo, 2004 [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.

RESUMO

Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são ferramentas estratégicas importantes que possibilitam conhecer a situação em uma determinada população para a avaliação e o desenvolvimento de propostas. O SESC, uma instituição de caráter privado, com a finalidade de promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento cultural do trabalhador do comércio e serviços e seus dependentes, bem como da comunidade em geral contempla a Odontologia com ações que visam desde a prevenção até a manutenção da saúde bucal. O presente trabalho tem como objetivo avaliar o perfil de saúde bucal da população que procura atendimento odontológico na unidade central de odontologia do SESC em São Paulo, sendo estudado um total de 398 pessoas, divididas em grupos etários de 15 a 19, 35 a 44 e de 65 a 74 anos de idade. Foram obtidos dados relativos à prevalência cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese dentária além de características socioeconômicas, seguindo as orientações da OMS. Para a amostra estudada os resultados do índice CPO-D foi de 3,7 para o grupo de 15 a 19; CPO-D = 19,8 para o grupo de 35 a 44 e CPO-D = 23,9 para o grupo de 65 a 74 anos de idade. Já quanto à necessidade de tratamento foi observado em todos os grupos etários que a maioria dos indivíduos não necessitava de tratamento restaurador. Com relação à pior condição periodontal encontrada, foi detectada nos indivíduos de 15 a 19 anos a presença de sangramento e cálculo, levando à necessidade de

tratamento periodontal sem complexidade, com profilaxia e orientação de higiene bucal; nos grupos de 35 a 44 e 65 a 74 foi encontrado um percentual maior com cálculo e bolsa periodontal de 4-5 mm, necessitando de um tratamento periodontal que envolve raspagem. Analisando a utilização de escova dental encontramos uma prevalência de indivíduos que escovam os dentes 3 vezes ao dia nos três grupos etários. Já com relação à utilização do fio dental, no grupo de 15 a 19 anos prevaleceram as pessoas que nunca utilizam, enquanto nos grupos de 35 a 44 e 65 a 74 o percentual de utilização é maior, com uma frequência 1 a 2 vezes ao dia. Quanto ao uso de prótese superior o resultado observado foi que 23% no grupo de 35 a 44 e 60% no grupo de 65 a 74 anos usa prótese. Quando observamos a porcentagem de pessoas que usam prótese inferior encontramos 92% de 35 a 44 e 59% de 65 a 74 anos. Com relação à necessidade de prótese foi observado que 72% da amostra entre os grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74, não necessita de prótese superior, enquanto a necessidade de prótese inferior os valores percentuais situam-se, em torno de 50%.

Palavras-Chave: cárie dentária; prevalência; saúde bucal; SESC.

Moreira Jr JS. Oral health survey at the central unit of Social Service of the Commerce in Sao Paulo, 2004 [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.

ABSTRACT

Epidemiological surveys in oral health are strategical tools that allow to understand the situation in a given population in order to evaluate and develop proposals. The Social Service of the Commerce (SESC) a private institution, with the purpose of health promotion, life quality improvement and cultural development of commerce and service employees, their dependents, as well as the community in general incorporates dentistry, with actions towards the prevention and maintenance of oral health. The purpose of the present study is to evaluate the oral health status of the population who looked for oral treatment in the odontological central unit of SESC in Sao Paulo, considering three age groups: 15-19, 35-44 and 65-74 years old. Data related to caries prevalence, periodontal disease, prosthetics use and needs, as well the social economics patterns were obtained according to WHO procedures. The DMFT index of sample was 3.7 for the age group of 15-19 yrs old, 19.8 for 35-44 yrs old and 23.9 for the age group of 65-74 years old. Regarding the treatment requirement, it was observed that the majority of the clients, in all age groups, did not need restorative treatment. As for the worst periodontal status, the presence of blood and calculus was found in the 15-19 yrs old group which demanded periodontal treatment without complexity, prophylaxis and hygiene instruction; for the 35-44 and 65-74 yrs old groups, the presence of calculus and pockets of 4-5 mm were observed, demanding periodontal treatment with scaling. The utilization of toothbrush

three times a day predominates in all age groups. Regarding dental floss use the majority of the 15-19 year old group never uses it. In the 35-44 and 65-74 groups the percentage of utilization is higher, with a frequency of one or two times a day. The use of superior prosthetics was concentrated in the 35-44 and 65-74 age groups: 23% and 60%, respectively. It was observed a predominance of people that do not use inferior prosthetics, 92% in 35-44 and 59% in 65-74 years old group. Regarding prosthetics needs, it was observed that 72% do not need superior prosthetics, but the need of inferior prosthetics is close to 50%.

Key-words: dental caries; prevalence; oral health; SESC.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 4.1	Códigos para uso de prótese.....	61
Quadro 4.2	Códigos para necessidade de prótese.....	62
Quadro 5.1	Metas em Saúde Bucal relativas à prevalência da cárie dentária, nos anos 2000 e 2010 e resultados obtidos no Levantamento de Saúde Bucal da unidade central de Odontologia do SESC SP em 2004.....	72
Tabela 5.1	Distribuição percentual e números, segundo grupos etários e sexo de 398 pacientes examinados no SESC SP, 2004.....	63
Tabela 5.2	Distribuição em percentual e números absolutos, segundo a etnia dos 398 pacientes examinados, divididos por grupos etários, no SESC SP, 2004.....	64
Tabela 5.3	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e estado civil.....	64
Tabela 5.4	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e grau de instrução.....	65
Tabela 5.5	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e trabalho.....	65
Tabela 5.6	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e renda.....	66
Tabela 5.7	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e ramo de trabalho.....	66

Tabela 5.8	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e modalidade de inscrição no SESC.....	67
Tabela 5.9	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e tipo de residência.....	67
Tabela 5.10	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e escovação.....	68
Tabela 5.11	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e frequência de escovação.....	68
Tabela 5.12	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e uso de fio dental.....	68
Tabela 5.13	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e frequência de uso de fio dental.....	69
Tabela 5.14	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e relacionamento	69
Tabela 5.15	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e necessidade de tratamento nos últimos 06 meses.....	70
Tabela 5.16	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e experiência de dor nos últimos 06 meses.....	70
Tabela 5.17	Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e fumo.....	71
Tabela 5.18	Média dos componentes do ICPO-D por grupo etário, nos pacientes examinados na unidade central de odontologia do SESC SP	71

Tabela 5.19	Composição percentual do ICPO-D, segundo grupo etário, nos pacientes examinados na unidade central de odontologia do SESC SP.....	72
Tabela 5.20	Distribuição dos dentes expressos em número e percentual, com relação à necessidade de tratamento odontológico, de acordo com os grupos etários.....	73
Tabela 5.21	Número e percentual de pessoas examinadas, segundo o maior grau de condição periodontal observado no indivíduo segundo idade, nos pacientes examinados no SESC SP, 2004.....	73
Tabela 5.22	Percentagem de sextantes examinados, segundo condição periodontal e idade.....	74
Tabela 5.23	Número e percentual de indivíduos segundo o uso de prótese dentária superior por grupo etário nos pacientes examinados no SESC SP, 2004.....	75
Tabela 5.24	Número e percentual de indivíduos segundo o uso de prótese dentária inferior por grupo etário nos pacientes examinados no SESC SP, 2004.....	75
Tabela 5.25	Número e percentual de indivíduos segundo a necessidade de prótese dentária superior por grupo etário nos pacientes examinados no SESC SP, 2004.....	76
Tabela 5.26	Número e percentual de indivíduos segundo a necessidade de prótese dentária inferior por grupo etário nos pacientes examinados no SESC SP, 2004.....	76

Tabela 5.27	Número e porcentagem de indivíduos segundo a necessidade e tipo de prótese dentária superior por grupo etário nos pacientes examinados no SESC SP, 2004.....	77
Tabela 5.28	Número e porcentagem de indivíduos segundo a necessidade e tipo de prótese dentária inferior por grupo etário nos pacientes examinados no SESC SP, 2004.....	78

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 5.1	Médias de CPO e proporções de componentes segundo idade.....	71
Gráfico 5.2	Distribuição segundo faixa etária e necessidade de prótese superior nos pacientes examinados no SESC SP.....	77
Gráfico 5.3	Distribuição segundo faixa etária e necessidade de prótese inferior nos pacientes examinados no SESC SP.....	78
Figura 4.1	Sonda CPI, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C	Cariado
CD	Cirurgião Dentista
CPO	Dentes Permanentes cariados, perdidos e obturados
FDI	Federação Dentária Internacional
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
FSP	Faculdade de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
O	Obturados
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Perdidos
SESC	Serviço Social do Comércio
SESC SP	Serviço Social do Comércio do Estado de São Paulo
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 Problemas de Saúde bucal	21
2.2 Serviço Social do Comércio.....	23
2.3 Cárie dentária.....	26
2.4 Doença periodontal.....	33
2.5 Uso e necessidade de prótese.....	39
3 PROPOSIÇÃO.....	44
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	45
4.1. Material.....	48
4.1.1 instrumental.....	49
4.1.2 equipamento.....	49
4.1.3 instrumentos de pesquisa.....	49
4.2 Índice de condição dentária e necessidade de tratamento.....	50
4.3 Periodontopatia.....	56
4.4 Prótese dentária.....	59
5 RESULTADOS.....	63
5.1 Características da população estudada.....	63
5.2 Condições de saúde bucal.....	71
6 DISCUSSÃO.....	79
6.1 Características da população estudada.....	79
6.2 Condições de saúde bucal.....	83
6.2.1 cárie dentária.....	83
6.2.2 doença periodontal.....	85
6.2.3 uso e necessidade de prótese.....	88
7 CONCLUSÕES.....	93
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICES.....	100
ANEXOS.....	105

1 INTRODUÇÃO

Localizada na região sudeste do Brasil, no Estado de São Paulo, a cidade de São Paulo ocupa, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2003), uma área de 1.525 km² e uma população de 10,6 milhões de pessoas, apresentando, portanto, uma densidade demográfica de 141,81 habitantes por km². Conta, ainda, com 175.723 estabelecimentos comerciais.

Neste município, existem, na categoria de Cirurgião-Dentista, 25.405 registros no Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2005), obtendo-se, assim, uma proporção de 393 habitantes para cada cirurgião-dentista.

O estado de São Paulo, particularmente a cidade de São Paulo, situa-se no que vem sendo denominado "transição epidemiológica", vez que padrões epidemiológicos típicos das regiões menos desenvolvidas do país coexistem com perfis de morbi-mortalidade que se assemelham aos de países desenvolvidos.

Tais padrões epidemiológicos demonstram que a cárie dentária é um dos problemas de saúde que se sobressaem em São Paulo (BRASIL, 1998).

O último levantamento epidemiológico em saúde bucal de base nacional foi em 2003. Já com base municipal, muitos estudos têm sido realizados, inclusive na Capital, indicando tendência de declínio nos valores do índice CPOD, índice utilizado para avaliar a experiência e estimar a prevalência da cárie.

No combate à cárie dentária, o Cirurgião-Dentista está empenhado autonomamente, ou seja, em seu consultório particular, como empregado ou funcionário público.

O caráter fundamental da atuação do CD em seu consultório é o aspecto curativo da doença cárie, tendo a população do Estado à disposição um sistema de prevenção em saúde bucal, com participação tanto de instituições públicas quanto de empresas privadas, cujo eixo central é a fluoretação das águas de abastecimento público. Saliente-se que os recursos odontológicos públicos disponíveis no município de São Paulo, em 1985, eram principalmente aqueles mantidos por órgãos governamentais.

Na prevenção, podemos salientar outro prisma. O Serviço Social do Comércio – SESC faz parte dos denominados serviços autônomos e não faz parte da administração, direta ou indireta. Alguns autores consideram o SESC e o SENAC atuantes no denominado terceiro setor, cuja participação na cobertura total tem sido significativa. Embora não se disponha de dados precisos a este respeito, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999) 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 disporem de dados atualizados para melhor decidir sobre a alocação de recursos para este importante segmento do setor. Como se sabe, estas são medidas preventivas da cárie dentária de amplo alcance populacional, reduzindo a prevalência da doença e beneficiando aqueles que a elas têm acesso.

Como a administração pública participa realizando projetos preventivos e respectivos levantamentos, é primordial que sejam conhecidos também os dados de outras entidades que atuam diretamente no desenvolvimento de projetos de educação e prevenção com o fim de proporcionar à população a promoção e manutenção da saúde bucal, demonstrando e, principalmente, reconhecendo sua participação.

Acrescente-se, ainda, a descentralização das ações e dos serviços de saúde, dentre eles os odontológicos, o que torna possível o surgimento e consolidação de inúmeros programas inovadores orientados à promoção da saúde bucal.

Em consideração ao exposto, os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são ferramentas estratégicas, pois possibilitam conhecer a situação das doenças bucais em uma determinada população. Têm como objetivo definir propostas de intervenção no perfil epidemiológico, bem como avaliar, acompanhar, racionalizar e redimensionar os serviços.

O conhecimento da situação de saúde bucal de diferentes grupos populacionais é fundamental para o desenvolvimento de propostas de ações adequadas às suas necessidades e riscos, bem como de possibilitar comparações que permitam avaliar o impacto dessas ações.

Para minimizar essa ausência de informações, é importante conhecer as características da população para realização dos projetos e trabalhos em consonância com a população atendida ou que necessita de tratamento.

Por meio desta análise, será possível conhecer a realidade das condições bucais dos clientes do SESC matriculados no serviço odontológico, em início de tratamento na unidade central, situada no município de São Paulo, como também a relação entre a condição bucal, acesso aos serviços odontológicos e nível socioeconômico.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Problemas de saúde bucal

Segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1996), o termo promoção da saúde está associado inicialmente a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais, isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para o mesmo (MOYSÉS, 1999).

Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção da saúde quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. É interessante notar que, ao listar os principais pontos de um programa nacional de saúde, ele afirmou que “a saúde se promove proporcionando condições de vida adequadas. Destacou como os três pontos mais importantes à educação gratuita universal, boas condições de trabalho, cultura física e formas de lazer, descanso e recreação”, deixando a atenção médica na quarta posição, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos.

Leavell e Clarck¹ (1976 apud CHAVES, 1986), ao desenvolverem o modelo de história natural da doença e seus níveis de prevenção, incluem a promoção da saúde na prevenção primária. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluiriam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parenteral, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para saúde.

Chaves (1986) salienta que os principais problemas de saúde bucal são: cárie, doença periodontal, lábio leporino, câncer bucal e má-oclusão.

O Brasil tem sido freqüentemente referido como um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal (OLIVEIRA, 1996).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Dentária Internacional (FDI) recomendam às autoridades sanitárias a realização de levantamentos epidemiológicos das principais doenças bucais nas idades índice e nos grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74 anos, numa periodicidade entre 5 a 10 anos (ABOUD; PATTUSSI, 1998).

Assim, torna-se fundamental a realização de estudos com a finalidade de gerar dados epidemiológicos em âmbito nacional, estadual e municipal, que permitam o conhecimento do processo saúde-doença da cavidade bucal, contribuindo com o estabelecimento de políticas de promoção, prevenção, controle ou tratamento, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento e avaliações de saúde bucal (BRASIL, 2000c).

¹ Leavell H e Clarck E G. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw Hill, 1976.

2.2 Serviço Social do Comércio

Segundo as Diretrizes Gerais de Ação do SESC (2004), um de seus princípios basilares é a promoção da saúde, estando fundamentado em seu conceito o desenvolvimento de atividades na área de saúde, lazer, atividades esportivas e cultura.

Foi no período de reconceitualização, quando as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional se acumularam que surgiu o SESC, uma instituição de caráter privado, de âmbito nacional, criada em 1946, por iniciativa do empresariado do comércio e serviços, que a mantém e administra. Sua finalidade é a promoção do bem estar social, a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento cultural do trabalhador do comércio e serviços e seus dependentes, bem como da comunidade em geral.

Desde a sua criação, o SESC tem a saúde como uma de suas prioridades. Diante da gravidade dos problemas em saúde que os trabalhadores do comércio de bens e serviços apresentavam na época de sua criação, a entidade adotou uma ação eminentemente curativa para combater os males que assolavam sua clientela: como, por exemplo, a tuberculose, que acometia 24% dos comerciários; cultivava ações também no acompanhamento pré-natal das gestantes cujo atendimento era praticamente inexistente; e as condições em que se davam os partos eram bastante precárias. Dispensários e maternidades foram então construídos, como também um centro odontológico, tornando-se essas as marcas iniciais do trabalho do SESC em Saúde.

Com a expansão da rede pública hospitalar, o SESC reduziu sua ação em saúde curativa, dedicando-se mais à medicina de apoio e à de caráter preventivo. A instituição adotou essa diretriz por entender que a solução dos problemas de saúde de sua clientela passa obrigatoriamente pela disseminação de informações que estimulem a criação de hábitos para a prevenção e conseqüente preservação da saúde.

Cerca de 4 (quatro) milhões de pessoas, no último ano, beneficiaram-se da ação social do SESC. Esse contingente é composto, em sua grande maioria, pelos trabalhadores do comércio de bens e serviços, seus familiares e dependentes. Abrange as populações da periferia de cidades de pequeno, médio e grande porte, e são assistidas pela entidade através de parcerias com o poder público, empresas privadas, sindicatos e associações de moradores.

Em muitos casos, o SESC é o único meio de acesso dessas populações aos serviços de saúde/odontologia, educação, lazer, cultura e assistência.

A Odontologia teve seu início desde a fundação do SESC, como alternativa de acesso aos serviços odontológicos e aos altos custos apresentados, sendo pautada até hoje em uma política de preços de acordo com o nível salarial. Cerca de 70% do tratamento é subsidiado, caracterizando um benefício ao comerciário, trabalhadores do setor de serviços e seus dependentes.

Atualmente, a Odontologia está vinculada a um processo maior que os procedimentos curativos e restauradores. Como em todas as áreas que o SESC atua, a ênfase maior é na dimensão educativa da atividade.

O aproveitamento dos recursos envolvidos adquire um caráter racional e dinâmico, pois otimizando os nossos recursos humanos e materiais, é possível multiplicar as ações.

Desse modo, o Programa de Odontologia adotado pelo SESC de São Paulo tem como princípios a educação para a saúde, difundindo à população de usuários os conhecimentos atualizados de saúde bucal; ações de diagnóstico precoce das doenças bucais, minimizando a ocorrência de danos à saúde; desenvolvimento e estímulo no cotidiano da clientela de mudanças nos hábitos que contribuem no surgimento das doenças cárie e periodontal, através do entendimento de que o combate a essas doenças parte do conhecimento de seus determinantes; prestar informações e motivar a clientela na aceitação da mudança de paradigma: a substituição do modelo Cirúrgico Restaurador pela Promoção de Saúde Bucal. Este contexto exige um profissional, que além da formação técnica, apresente também um embasamento transdisciplinar com uma qualificação integrada de conhecimentos sem enveredar no “paradigma da tecnificação”, que atue junto à clientela fazendo-a co-responsável não somente pela sua saúde bucal, como também pela sua saúde no sentido mais amplo.

O Programa de Odontologia do SESC no Estado de São Paulo é desenvolvido em 22 unidades por todo o Estado e conta atualmente com 300 profissionais, dentre eles Cirurgiões-Dentistas, Radiologistas, como também Auxiliares de Consultório Dentário, Técnicos em manutenção e Educadores em Saúde.

A unidade central de odontologia está localizada no centro de São Paulo e conta atualmente com 50 Cirurgiões-Dentistas, que desenvolvem desde procedimentos clínicos, como também especialidades, tais como, endodontia, periodontia, odontopediatria e cirurgia, além de procedimentos educativos, envolvendo o cliente com a equipe profissional que o está assistindo, dando a oportunidade de obter outras informações relacionadas à saúde.

Desde o início da Odontologia no SESC SP, ainda não foi realizado estudo para analisar o perfil epidemiológico da população assistida, fazendo-se necessário este estudo para análise do modelo adotado e, frente às inúmeras modificações sociais, traçar novas diretrizes para o serviço.

2.3 Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença que pode ser definida de várias formas. Enfocando aspectos biológicos, sociais e suas conseqüências no elemento dentário. Podemos dizer que é uma doença infecciosa e multifatorial, cuja coleção de fatores que contribuem para sua instalação e progressão, interagem modificando o equilíbrio existente entre o esmalte dentário e o meio ambiente bucal, equilibrado pela saliva (MEDEIROS, 1998).

O Índice de Ataque de Cárie, formulado em por Klein e Palmer² (1937apud PINTO, 2000), conhecido por CPO permanece sendo o mais utilizado em todo o mundo, mantendo-se como referência para o diagnóstico das condições dentais e para a formulação e avaliação de programas de saúde bucal.

² Klein H e Palmer CE. Dental caries in american indian children. Publ hlth Bull., (239): 1-53, 1937.

Quando a unidade é o dente temos o índice CPO-D, ou seja, dentes permanentes cariados, perdidos e obturados. Quando se utiliza a unidade superfície dentária têm-se o índice CPO-S, superfícies permanentes cariadas, perdidas e obturadas. Para a dentição temporária os índices são identificados por letras minúsculas, denominando-se respectivamente ceo-d e ceo-s para índice de dentes e superfícies temporárias.

Benigeri, Payette e Brodeur (1998), afirmaram que o índice CPO-D e índice CPO-S, apresentam limitações, pois consideram todos os dentes perdidos como tendo experimentado cárie e os dentes obturados, como tendo sido cariados, dando a mesma importância a um dente cariado e um dente restaurado.

Para avaliar o significado dos resultados dos estudos epidemiológicos é necessário adotar uma referência para análise. Quanto mais reconhecida for a referência utilizada, tanto pelos administradores de serviços de saúde quanto pela comunidade científica, mais consistente e adequada serão a interpretação e a discussão dos resultados obtidos (FRAZÃO, 2003).

A diminuição na prevalência de cárie começou nas décadas de 60 e 70 nos países escandinavos e Suíça, seguidos pelo Reino Unido, Irlanda e Países Baixos. A prevalência de cárie em adolescentes na Europa é similar à das crianças. Os valores de CPO-D para crianças de 12 anos mostram uma distribuição similar entre os países escandinavos, Irlanda e Suíça (1,0 a 3,0), embora em alguns países da Europa Oriental seja mais alta, como a Polônia que apresenta CPO-D médio de 5,1 aproximadamente (REICH, 2001).

Em 1986 foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico de caráter nacional, pela Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, tendo como primeiro critério de estratificação as cinco macro regiões brasileiras. Em cada região

algumas capitais foram escolhidas para serem representativas de seus respectivos estados e conseqüentemente das regiões (BRASIL, 1988). Foram examinadas 22.709 pessoas, e encontrou-se como resultado um índice CPO-D (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados) de 6,65 aos 12 anos, 12,69 dos 15 aos 19 anos; 24,39 dos 35 aos 44 anos e de 27,19 para faixa etária de 50 a 59 anos para a população brasileira.

Neste primeiro levantamento, o resultado do índice CPO-D aos 12 anos (6,65), considerado como um dos indicadores da saúde dental internacionalmente, indicou de acordo com a escala da Organização Mundial da Saúde, uma prevalência muito alta de cárie, colocando o Brasil na ocasião com o 3º pior índice no mundo, ficando atrás do Brunei e República Dominicana e empatando com a Jamaica (OLIVEIRA, 1996).

O índice CPO-D encontrado para as outras faixas etárias também foi considerado alto, com poucas diferenças em relação a faixa de renda e, com o aumento da idade, essas diminuem mais ainda, tendendo à igualdade no fim da vida (BRASIL, 1988).

Quando foram comparados os problemas tratados e não tratados, as diferenças em relação à renda ficam marcantes. No grupo de 6-12 anos, por exemplo, as pessoas de renda mais baixa tinham 20% de seus dentes obturados e 67% cariados, enquanto os de renda mais alta tinham respectivamente 55% e 40%, uma quase inversão do quadro epidemiológico, em função de melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA, 1996).

Em 1993 o SESI, com o objetivo de avaliar seus programas preventivos, realizou como parte integrante do Programa de Prevenção de Doenças Bucais, um levantamento epidemiológico em crianças das escolas públicas (PINTO, 1996).

Foram examinadas 110.640 crianças de 3 a 14 anos, sendo 58.450 das escolas do SESI e 52.190 das escolas públicas de 21 estados mais o Distrito Federal. Apesar de ter avaliado uma clientela “viciada”, na medida em que as escolas do SESI eram diferenciadas do ponto de vista de acesso a medidas preventivas, o fato de ter tido uma abrangência nacional e de também ter avaliado escolas públicas deu ao levantamento o critério de dado nacional na época (OLIVEIRA, 1996). Foi encontrado o ICPO-D aos 12 anos de 4,84 o que representou uma queda de 27,2% em relação ao levantamento de 1986.

MacInnis et al. (1993) realizaram um estudo em 144 freiras residentes no Convento de Mount Saint Vincent, em Halifax, Nova Escócia. Este convento era uma residência para ambulatório e centro de saúde para os membros da ordem com problemas de saúde. Foi utilizado um índice CPO-S modificado, onde as lesões de cárie eram identificadas pela sua progressão. A idade média era de 77,6 anos. Delas 44 eram completamente desdentadas, 77 eram dentadas e 23 não puderam ser examinadas devido sua condição médica. A média de dentes presentes nas 77 dentadas foi de 16,7. De 60 pacientes dentadas examinadas, 59 (98,3%) tinham pelo menos uma superfície cárie coronal e 93,3% tinham pelo menos uma superfície radicular cariada ou restaurada.

A Coordenação de Saúde Bucal (COSAB) do Ministério da Saúde, realizou em 1996, o segundo levantamento epidemiológico de saúde bucal, envolvendo apenas a doença cárie dental. Foram examinados 30.240 escolares de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais brasileiras. Os resultados mostraram um declínio de 54% no ICPO-D aos 12 anos. De 6,65 a média do CPO-D passou para 3,06, deixando o Brasil muito próximo da meta da OMS/FDI para o ano de 2000, que recomendava aos 12 anos um ICPO-D de 3,0 (OLIVEIRA, 1998).

Menezes (1999) ao examinar 125 pacientes em Campo Grande, divididos em 5 grupos, nas faixas etárias de 15-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos e 50-65 anos, encontrou CPO-D médio de 7,04, 13,52, 19,44, 20,76 e 20,09 respectivamente, demonstrando um aumento do CPO-D médio com a idade.

Estudo realizado em uma amostra de 742 indivíduos no grupo etário de 35-44 anos por Aleksejuniene, Eriksen e Holst (2000), na Lituânia, encontrou um índice CPO-D de 14,2, demonstrando que estes indivíduos têm consideravelmente mais cárie não tratada do que tratada.

Belan (2000) examinou 200 pacientes que buscaram tratamento, pela primeira vez, na Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para avaliar a condição de saúde e necessidade de tratamento da doença cárie dental e doença periodontal. Para obtenção dos resultados, foram contabilizados 25 indivíduos na faixa etária de 15-19 anos e 43 na faixa de 35-44. Foi observado um CPO-D médio de 9,39 para a faixa etária de 15-19 anos e de 24,14 para a faixa etária de 35-44 anos. Em relação à necessidade de tratamento 52,53% dos dentes examinados não necessitavam de tratamento (36,16% estavam hígidos e 28,77% perdidos por cárie), 4,95% necessitavam de tratamento restaurador simples e 35,80% necessitavam de tratamento restaurador protético (coroa, apoio de prótese e elemento de prótese).

Como parte da elaboração do Projeto das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano de 2000, dois estudos pilotos foram realizados em 2000, concentrando-se as amostras nas faixas etárias de 15-19 anos e 35-44 anos.

O Estudo Piloto das Condições de Saúde Bucal realizado em Canela, Rio Grande do Sul (BRASIL, 2000a), encontrou um índice CPO-D de 5,3 para a faixa etária de 15-19 anos e de 22,3 para a faixa etária de 35 a 44 anos.

No Estudo das Condições de Saúde Bucal realizado em Diadema (BRASIL, 2000b), encontrou um índice CPO-D de 4,30 para a faixa etária de 15-19 anos e de 18,97 para faixa etária de 35-44 anos.

Com a finalidade de determinar a condição de saúde bucal e necessidade de tratamento de idosos de Melbourne residentes em albergues, Saub e Evans (2001) examinaram 175 idosos com mais de 65 anos, constatando que 35,4% da amostra era dentada. O número médio de dentes presentes entre estes pacientes foi de 13,8. A média de CPO-D foi de 24,3 para homens e 25,1 para as mulheres. 46% necessitava de pelo menos uma restauração para cárie de coroa e menos de 20% necessitava de extrações dentárias.

Com o objetivo de verificar a experiência de cárie dentária em escolares de 12 a 15 anos, de escolas públicas e privadas de Salvador (Bahia), Cangussu *et al.* (2002) examinaram 3.313 adolescentes, confirmando a redução significativa de cárie dental descrita para o Brasil em vários estudos, com um CPO-D médio aos 12 anos de 1,44 e aos 15 anos de 2,66, considerados baixos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999).

Chaise (2001) analisou 300 fichas clínicas de indivíduos de ambos os sexos de uma população urbana, sem distinção de raça e com faixa etária de 12 a 84 anos de idade, que se dirigiram ao Setor de Triagem da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo, entre fevereiro e novembro de 1999, com o objetivo de determinar as condições de saúde bucal e necessidade de tratamento em relação a cárie dentária e prótese. O CPO-D médio encontrado foi de 20,10 para todos os grupos, com média de 9,6; 16,3; 22,3; 24,2; 26,6; 26,4 e 29,7 nas faixas etárias de 12-19 anos, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e mais de 70 respectivamente.

Para avaliar a mudança na prevalência de cárie e valores de CPO-D na população adulta de Ljubljana na Eslovênia, Kovac-kavcic e Skaleric (2001) realizaram um estudo longitudinal em um período de 10 anos, na população adulta, sendo encontrada uma redução no número médio de dentes cariados de 1,1 para 0,5, porém foi observado um aumento do CPO-D (15,9 para 19,1) devido ao aumento de dentes perdidos e obturados.

Leandrini (2002), analisou 337 fichas de indivíduos na faixa etária de 14 a 86 anos, 216 do sexo feminino e 121 do masculino, que se dirigiram à disciplina de clínica integrada, da Universidade Ribeirão Preto no ano de 2001. Foram observadas as condições de saúde bucal e necessidade de tratamento em relação a cárie dentária e prótese. O CPO-D médio para a amostra foi de 26,01. Quando observado o CPO-D médio nas faixas etárias, foi constatado a média de 12,55 de 14-19 anos; 18,3 de 20-29 anos; 24,65 de 30-39 anos; 26,73 de 40-49 anos; 28,07 de 50-59 anos; 29,0 de 60-69 anos e 28,47 para mais de 70 anos.

Na síntese dos resultados das condições de saúde bucal do Estado de São Paulo, em 2002 (SOARES et al., 2003), onde foram examinadas 16.708 pessoas de 35 municípios nas faixas etárias de 18-36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, foi observado o CPO-D médio de 2,5 aos 12 anos dando uma prevalência moderada de cárie. Aos 18 anos 80% da amostra apresentava todos os dentes. Na faixa etária de 35 a 44 anos 49% possuía 20 dentes ou mais e 11,5% eram desdentados. De 65-74 anos de idade, 64% da população era constituída de desdentados, o que demonstrou que apenas na faixa de 12 anos foram atingidas as metas da OMS/FDI para o ano de 2000 (NARVAI, 2000, 2002).

2.4 Doença periodontal

Em Periodontia os índices são utilizados historicamente conforme a ênfase dada a determinadas condições relativas à localização da afecção, à causa e ao interesse do dado. Mais precisamente são empregados, para efeito de ocorrência ou prevalência, da severidade e das necessidades de tratamento. Assim, os índices ao longo dos tempos procuram: registrar a gengivite, avaliar a destruição dos tecidos periodontais, determinar a presença de placa ou cálculo, quantificar a história da doença acumulada e expressar as necessidades de tratamento (MARCOS, 1998).

O Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal (ICNTP), teve lançado suas primeiras bases. Eram utilizados três procedimentos padronizados: instrução e motivação em higiene bucal, eliminação de cálculo e indutos e cirurgia periodontal. Johansen et al. (1973, apud BELAN, 2000) sugeriram que as estimativas de tempo de trabalho fossem de 60 minutos para instrução de higiene e motivação em higiene bucal, 30 minutos por quadrante para eliminação de cálculo e indutos e 60 minutos por quadrante para cirurgias.

A partir de estudos promovidos pela OMS em 1978, de que participaram 14 países, para elaborar um indicador de necessidades. Ainamo et al. (1982, apud MARCOS, 1998), descreveu o CPITN, o índice periodontal comunitário de necessidades de tratamento.

O índice foi desenvolvido especialmente para registrar as necessidades de tratamento e não o estado periodontal. Este implicaria na determinação de recessão gengival e posição da margem do osso, condições que avaliam a existência de

doença no passado e que não seriam influenciadas pelo tratamento (MARCOS,1998).

Linden et al. (2002) afirmaram que o CPITN não proporciona um exame periodontal detalhado, mas sim determina uma melhor indicação de pacientes com necessidade de tratamento periodontal. Ainda, apresenta-se como um método rápido e prático para pesquisas populacionais da doença periodontal.

A instalação da periodontite é mais prevalente nos Estados Unidos que na Europa. A prevalência da doença periodontal avançada aumenta com a idade. Provavelmente, 10% dos adultos de 35-44 anos, mostram uma forma avançada de perda óssea periodontal em um ou mais dentes, 20-30% apresentam bolsa de até 5 mm de profundidade (doença moderada). Estes valores aumentam para idosos de 30% para 60% para doença moderada (REICH, 2001).

Os dados referentes à condição de saúde e necessidade de tratamento periodontal no Brasil, à semelhança da cárie dentária e edentulismo, apresentam escassez. O levantamento epidemiológico em saúde bucal, realizado em 1986 na zona urbana do Brasil, é o único levantamento de caráter nacional existente e não contemplou a faixa etária de 12 anos, o que dificulta a comparação com os levantamentos realizados posteriormente.

Neste levantamento o estado de saúde periodontal observado através do índice CPITN, em 4.798 adolescentes examinados na faixa de 15-19 anos foi de 53,08% de sextantes sadios, 22,34% com sangramento, 20,56% com tártaro, 2,32% com bolsas de 4 a 5 mm, 0,18% com bolsas de 6 ou mais mm e 3,58% nulos para os sextantes superiores. Para os sextantes inferiores foram encontrados os seguintes percentuais: 50,29% de sextantes sadios, 19,44% com sangramento, 25,66% com

tártaro, 1,95% com bolsas de 4-5 mm, 0,21% com bolsas de 6 ou mais mm e 2,34% nulos (BRASIL, 1988).

Dos 3.344 adultos examinados na faixa etária de 35 a 44 anos foram encontrados 16,86% de sextantes sadios, 11,46% com sangramento, 17,96% com tártaro, 6,17% com bolsas de 4 a 5 mm, 1,49% com bolsas de 6 ou mais mm e 46,0 % nulos para os sextantes superiores. Para os sextantes inferiores foram encontrados os seguintes percentuais: 16,34% de sextantes sadios, 11,10% com sangramento, 29,27% com tártaro, 7,43% com bolsas de 4 a 5 mm, 1,92% com bolsas de 6 ou mais mm e 33,82% nulos.

Para a faixa etária de 50-59 anos, foram examinados 2.256 pacientes obtendo-se o seguinte resultado: 5,43% de sextantes sadios, 4,29% com sangramento, 8,09% com tártaro, 4,07% com bolsas de 4 a 5 mm, 1,74% com bolsas de 6 ou mais mm e 76,21% nulos para os sextantes superiores. Para os sextantes inferiores foram encontrados os seguintes percentuais: 5,58% de sextantes sadios, 5,61% com sangramento, 15,83% com tártaro, 5,30% com bolsas de 4 a 5mm, 2,80% com bolsas de 6 ou mais mm e 64,67% de sextantes nulos.

Em relação à necessidade de tratamento periodontal, observou-se que 71% das pessoas na faixa etária de 35 a 44 anos precisavam realizar higiene bucal metódica em 3,7 sextantes em média, dado aproximado do que foi encontrado no grupo de 15 a 19 anos, onde 69,5% das pessoas necessitavam realizar higiene bucal em 3,9 sextantes em média. Já na faixa etária de 50 a 59 anos apenas 49,7% necessitava de higiene bucal devido 49,7% da população estudada apresentar sextantes excluídos (BRASIL, 1988). As necessidades de profilaxia foram bastante elevadas em todos os grupos, enquanto que apenas os adultos necessitavam de tratamentos cirúrgicos.

Estes dados analisados de maneira global mostram uma elevada prevalência de doença periodontal no Brasil, porém semelhante à maioria das nações do mundo desenvolvido. Aproximadamente a metade dos brasileiros necessitava de profilaxia e somente cerca de 7,4% das pessoas na faixa de 50 a 59 anos necessitavam de tratamento cirúrgico. Esta necessidade só não é maior em virtude da grande quantidade de perda dentária. No grupo etário de 15 a 19 anos, mais de 90% das necessidades estão circunscritas a sangramento e cálculo (OLIVEIRA, 1996).

Dados resultantes de dois estudos transversais representativos de saúde bucal da população alemã, realizados em 1989 (n=1.741) e 1992 (n=1.591), demonstraram que 4,9% apresentavam CPITN normal, 11,2% apresentavam sangramento, 24,6% apresentavam cálculo, 42,7% bolsas de 4-5 mm e 16,6% bolsa de 6 ou mais mm para a faixa de 35 a 44 anos (MICHEELIS; BAUCH, 1996).

Saliba et al. (1999), realizaram um estudo em uma amostra de 97 indivíduos, na faixa etária de 42 a 102 anos no município de Araçatuba/SP e constataram que 71% dos sextantes eram nulos. Dos sextantes presentes 58% necessitavam de tratamento periodontal de higiene bucal mais remoção de cálculo, 27% necessitavam de tratamento cirúrgico e 15% de instrução de higiene apenas.

Menezes (1999), ao examinar 125 pacientes em Campo Grande/MS, observou 15,3% de sextantes sadios, 17,6% com sangramento a sondagem, 54,1% com presença de cálculo, 6,7% com presença de bolsa de 4 a 5 mm, 0,3% com bolsa de 6 mm ou mais e 6% de sextantes excluídos. Ao observar a necessidade de tratamento, 35% necessitavam melhorar a higiene bucal, 64,7% necessitavam melhorar a higiene mais raspagem e 03% necessitavam de higiene, raspagem e tratamento cirúrgico.

Belan (2000), ao examinar 183 pacientes que apresentavam sextantes válidos entre 200 pacientes, encontrou na faixa etária de 15 a 19 anos 24% dos indivíduos com sextantes hígidos, assim como 24% tanto para sextantes com sangramento a sondagem como para sextantes com presença de cálculo. 28% apresentavam sextantes com presença de bolsa entre 4 e 5 mm de profundidade. Na faixa etária de 35 a 44 anos, foi observado 9,30% para sextantes hígidos, como também para sextantes com sangramento a sondagem, 23,26% apresentavam sextantes com cálculo, 37,21% sextantes com bolsa de 4 e 5 mm e 20,93% com bolsa de 6 ou mais mm. Quando observada a necessidade de tratamento para as duas faixas etárias estudadas, foi observado que 87,98% necessitavam de instrução em higiene, 79,23 de profilaxia e 14,21% necessitavam de cuidados complexos.

O Estudo Piloto das Condições de Saúde Bucal realizado em Canela – RS (BRASIL, 2000a), constatou que na faixa etária de 15 a 19 anos, 29,6% dos sextantes estavam hígidos, 29,6% com sangramento à sondagem, 30,4% com cálculo e 9,6% com bolsa de 4 a 5 mm. Para a faixa etária de 35 a 44 anos 7,0% dos sextantes estavam hígidos, 7,7% com sangramento, 37,3% com cálculo, 28,2% com bolsa de 4 a 5 mm, 8,5% com bolsa de 6 ou mais mm, 10,6% sextantes estavam excluídos.

Em Diadema/SP (BRASIL, 2000b), foi observado que na faixa etária dos 15 a 19 anos 76,39% dos sextantes estavam hígidos, 10,16% com sangramento à sondagem, 12,91% com cálculo e 0,07% com bolsa de 4 a 5 mm. Para a faixa etária de 35 a 44 anos 39,04% dos sextantes estavam hígidos, 4,30% com sangramento, 28,52% com cálculo, 1,85% com bolsa de 4 a 5 mm, 0,22% com bolsa de 6 ou mais mm, 24,07% sextantes estavam excluídos.

Ajwani et al. (2001) examinaram em janeiro de 1989, 175 idosos nascidos em 1904, 1909 e 1914, que moravam em Helsinki na Finlândia, com o objetivo de verificar as condições de saúde periodontal e necessidade de tratamento, através do CPITN. O número médio de sextantes remanescentes encontrado foi de 3,7 para os homens e 3,5% para as mulheres. Tecidos periodontais saudáveis foram encontrados em 7% dos idosos. 6% dos idosos apresentaram sangramento à sondagem, 41% de tártaro ou margens salientes de restauração. Ao todo 46% tinham bolsas periodontais profundas (34% com bolsa de 4 a 5 mm e 11% com bolsa de 6 ou mais mm). Quando analisada a necessidade de tratamento, 93% necessitavam de instrução de higiene bucal, 87% de raspagem radicular e 11% de tratamento periodontal complexo (cirúrgico).

Saub e Evans (2001) observaram que entre 175 idosos, com mais de 65 anos, residentes em Melbourne 27,35% dos homens e 21,4% das mulheres apresentavam sangramento à sondagem, 54,6% dos homens e 69,1% das mulheres apresentavam bolsa de 4 a 5 mm. Quatro idosos não apresentaram doença periodontal. A necessidade de tratamento mais comum foi raspagem e higiene bucal.

No estudo realizado por Meneghim, Pereira e Silva (2002), onde foram examinados 151 indivíduos pertencentes a uma população institucionalizada na cidade de Piracicaba/SP, de ambos os sexos com idade entre 50 e 75 anos de idade num grupo e com mais de 75 anos no segundo grupo, verificou-se que 90,5% de sextantes estavam excluídos no grupo 50-75 anos e 97,2% nos idosos com mais de 75 anos. Do total de sextantes válidos, a faixa etária de 50 a 75 anos apresentou 30,4% classificados como hígidos, 19,7% apresentaram sangramento gengival, 32,1% cálculo e 17,8% bolsa periodontal. Para a faixa etária de mais de 75 anos, 66,7% foram classificados como hígidos, 22,2% apresentavam sangramento à

sondagem e 11,1% apresentavam cálculo. Quando analisada a necessidade de tratamento, foi observado que para a faixa etária de 50-75 anos, 19,7% dos sextantes necessitavam de instruções de saúde bucal, 42,8% de raspagem periodontal, enquanto 7,15% dos sextantes necessitavam de tratamento complexo. Para a faixa etária de mais de 75 anos, a maior porcentagem dos sextantes válidos (66,7%) não necessitavam de tratamento, 22,2% dos sextantes necessitavam de instruções de higiene bucal e 11,1% de raspagem periodontal.

A síntese dos resultados das condições de saúde bucal do Estado de São Paulo, realizada em 2002 (SOARES et al., 2003), constatou que aos 12 anos 17% das crianças já apresentavam sangramento gengival e 14% apresentavam cálculo dental, sendo que percentuais semelhantes foram observados nos adolescentes de 15 a 19 anos (17% com sangramento gengival e 19% com cálculo dental).

Nos adultos, apenas 29,9% não apresentavam problemas periodontais, enquanto aos 12 e 15 a 19 anos, respectivamente, 65,8% e 63,9% não apresentavam problemas periodontais. Na faixa etária de 35 a 44 anos, a maioria das pessoas (38,2%) tinha a presença de cálculo como pior condição; para os idosos predominam os sextantes nulos (SÃO PAULO, 2003)

2.5 Uso e Necessidade de prótese

O índice de Uso e Necessidade de Prótese segue a orientação da OMS (1999) para levantamentos epidemiológicos, permitindo a comparação histórica e atendendo às necessidades de planejamento específicas desta área.

Os últimos dados referentes a uso e necessidade de prótese no Brasil, datam de 1986, quando da realização do levantamento epidemiológico de saúde bucal do Brasil. O uso e a necessidade de prótese foi baseada na presença ou necessidade de prótese total. Nada menos que 72% da população urbana analisada, na faixa de 50 a 59 anos, tinha extraído todos os dentes de pelo menos um maxilar. Nesse grupo, 14% necessitavam colocar um aparelho protético e 45% já o possuíam, enquanto 11% encontravam-se numa posição mista, com presença de prótese superior e ausência de inferior. Somente 23% das pessoas desse grupo mantinha seus dentes numa condição tal, que permitia evitar o recurso extremo da prótese total. No grupo de 35 a 44 anos, quatro em cada dez pessoas necessitavam de tratamento protético, reduzindo-se esta proporção a 1,7% na faixa de 15 a 19 anos, no país (BRASIL, 1988).

Rosa, Castellanos e Pinto (1993) realizaram um estudo epidemiológico em 257 pessoas com 60 anos ou mais – considerados idosos funcionalmente independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes. Os dados referentes ao uso de prótese foram de que 47% dos idosos usavam prótese total e 6% parcial na maxila, 31% e 6% para a mandíbula respectivamente. Quando analisada a necessidade de prótese constatou-se que 38% necessitavam de prótese total para a maxila e 5% de prótese parcial para a maxila e 10 % para a mandíbula.

MacInnis et al. (1993) desenvolveram um estudo com 117 freiras residentes no convento de Mount Saint Vincent, em Halifaz, Nova Escócia e constataram que 96 usavam pelo menos um aparelho protético. 55% de todas as próteses eram não retentivas, 20% precisavam de substituição e 17% precisavam de reparos ou ajustes

pequenos. Apesar de 80% das residentes expressarem satisfação com suas próteses, as restantes desejavam substituí-las.

Foram levantadas as necessidades de prótese de 1107 pacientes com idade a partir de 15 anos que procuraram atendimento na Universidade Central da Venezuela, Sanchez, Trocons e Geronimo (1998) constataram que 68,9% necessitavam de algum tipo de tratamento protético, com predominância na faixa etária de 25 a 54 anos. As próteses parciais (76,1%) abrangem a maior parte da demanda e 23,9% necessitam de próteses totais.

Meneghim e Saliba (2000) examinaram 209 pessoas a partir de 45 anos, no município de Piracicaba/São Paulo, com o objetivo de verificar as condições de saúde bucal da população idosa deste município. Nos dados referentes a necessidade de prótese, foi observada uma necessidade de prótese total reduzida, em todas as idades, variando de 1,44% a 3,83% no arco superior e inferior, respectivamente. A pouca necessidade de prótese pode estar ligada ao fato de 65,55% dos pacientes já usarem prótese total no arco superior e 36,36% no arco inferior e que a OMS não estabelece padrões exatos para as prótese utilizadas serem consideradas aceitáveis ou não. Dos sujeitos examinados, 125 pessoas (59,81%) não necessitavam de prótese superior e inferior, enquanto 37 pessoas (17,70%) não usavam nenhum tipo de prótese.

O estudo Piloto das Condições de Saúde Bucal realizado em Canela (BRASIL, 2000a), constatou o uso de prótese superior em 2,2% da amostra na faixa etária de 15 a 19 anos e de 60,6% para a faixa etária de 35 a 44 anos. Com relação ao uso de prótese inferior os dados encontrados foram de 12% para a faixa de 35 a 44 anos e 0% para de 15 a 19 anos. Necessitavam de prótese superior 8,9% dos pacientes na faixa etária de 15 a 19 anos e 38,0% de 35 a 44 anos. A necessidade

de prótese inferior foi de 24,4% e 78,9% para as faixas etárias de 15 a 19 e 35 a 44 anos respectivamente.

Em Diadema (BRASIL, 2000b), 1,29% dos pacientes de 15 a 19 anos usavam prótese e 51,06% de 35 a 44 anos. Em relação à necessidade de prótese 12,67% e 67,12% dos indivíduos examinados nas faixas etárias de 15 a 19 e 35 a 44 anos respectivamente, necessitavam de algum tipo de prótese.

No estudo realizado por Scelza et al. (2001) em 103 pacientes com idade superior a 60 anos, pertencentes ao Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, para verificar o índice CPO-D e utilização de próteses total e parcial, constatou-se que em relação a próteses parciais 11,1% das mulheres e 4,5% dos homens usavam próteses superiores e 14,8% das mulheres e 13,65% dos homens usavam próteses parciais inferiores. No tocante as próteses totais, 77,8% das mulheres e 54,5% dos homens utilizavam próteses superiores, 38,3% e 13,6% próteses totais inferiores eram utilizadas pelas mulheres e homens, respectivamente.

Chaise (2001), ao analisar 300 fichas de indivíduos de ambos os sexos de uma população urbana, sem distinção de raça e com faixa etária de 12 a 84 anos de idade em Passo Fundo, no ano de 1999, constatou em relação ao uso de prótese que 66% dos pacientes avaliados não usavam prótese enquanto que 34% faziam uso de prótese parcial (fixa ou removível) ou total. Quando analisada a necessidade de prótese, 35% dos pacientes necessitavam de próteses parciais superiores, 49% de próteses parciais inferiores, 16% de próteses totais superiores e 5,7% de próteses totais inferiores.

Saub e Evans (2001) encontraram 148 idosos, do total de uma amostra de 175, usando dentaduras durante o exame clínico. Dois não possuíam dentadura e

um desdentado possuía apenas prótese superior. Entre os desdentados, 23 não tinham dentadura e 26 tinham dentadura completa ou parcial. 50% não tinham necessidade de tratamento protético. Eram necessárias novas dentaduras totais inferiores para 16% da amostra e 18% necessitavam de ajustes nas dentaduras totais inferiores e reparos de quebras.

Leandrini (2002) constatou que 14,83% dos 337 pacientes estudados não utilizavam prótese, enquanto que 85,16% utilizavam prótese parcial (fixa ou parcial) ou total. A prótese total (52,86%) foi a mais freqüente seguida por prótese parcial fixa (34,92%) e por prótese removível (33,82%). Em relação a necessidade de prótese, 35,01% dos pacientes necessitavam de próteses parciais superiores, 74,73% de próteses totais inferiores, 48,61% de próteses totais superiores e 15,17% de próteses totais inferiores.

Estudo realizado por Moimaz et al. (2002) com 1.157 adultos residentes na região noroeste do Estado de São Paulo, concluiu que 1,04% de indivíduos aos 18 anos, 48% na faixa de 33 a 44 anos e 69,93% na faixa de 65 a 74 anos, faziam uso de prótese. Em relação a necessidade de prótese, os dados encontrados foram: 9,3% aos 18 anos, 48,68% de 35 a 44 anos e 51,65% de 65 a 74 anos.

O levantamento das condições de saúde bucal no Estado de São Paulo, realizado em 2002 (SÃO PAULO, 2003) demonstrou que em relação ao uso de prótese dentária, mais de 92,0% dos jovens não utilizavam prótese, 37,2% dos adultos as utilizavam na arcada superior e 16,4% na arcada inferior. 76,1% dos idosos usavam prótese superior e 52,1% usavam na arcada inferior.

3 PROPOSIÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as condições de saúde bucal e, por conseguinte, as necessidades de tratamento no que se refere à cárie dentária, doença periodontal e prótese dentária nos clientes matriculados no Serviço Social do Comércio de São Paulo – SESC SP, que procuram atendimento em sua unidade central de odontologia na cidade de São Paulo, considerando os grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e de 65 a 74 anos, bem como conhecer o perfil sócio econômico e o acesso aos serviços odontológicos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido dentre os clientes matriculados em espera para início de tratamento que procuraram a clínica odontológica da unidade central de odontologia do SESC em São Paulo, no mês de dezembro 2004, sendo estudadas 398 pessoas, divididas em grupos etários de 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos.

Para este estudo utilizamos o índice CPO-D que considera os dentes cariados, perdidos e obturados, o CPI (Índice periodontal comunitário), uso e necessidade de prótese dentária e um questionário estruturado para os dados referentes à condição socioeconômica e acesso aos serviços (Apêndice A).

Os pacientes foram sorteados segundo os grupos etários estabelecidos e feito um convite com intuito de participar da pesquisa.

O Cálculo do Intervalo Amostral e Sorteio da Amostra Sistemática - Probabilística - realizado calculando as idades dos participantes do levantamento, com base na data de nascimento, utilizando uma matriz para esse cálculo - Matriz de Frias (Anexo A).

Foi considerada a data de dezembro de 2004 para definição da idade correta dos participantes da pesquisa, que foram sorteados, adotando para isso a técnica de amostragem sistemática: com base no número de pessoas necessárias para compor a amostra por idade.

Após a pessoa concordar em participar do levantamento, obtivemos autorização através do termo de consentimento esclarecido (Apêndice B), como orientado pela Comissão de Ética em Pesquisa da USP.

Com a autorização de procedimento eram coletados os dados para identificação da pessoa e realizado o exame clínico para registro das condições de saúde bucal, de acordo com especificações abaixo relacionadas:

Idade: expressa através do número de anos correspondente a data do último aniversário.

Sexo: masculino ou feminino.

Grupo étnico: determinado de acordo com padronização do Ministério da Saúde para o Levantamento das condições de Saúde Bucal da População Brasileira do ano de 2000: amarelo, branco, negro, pardo, indígena, e sem registro, quando não foi possível determinar o grupo étnico (Anexo B).

A equipe foi composta por examinadores e anotadores que receberam um treinamento visando à calibração teórica e prática da equipe.

Nos treinamentos de calibração objetivou-se:

- Garantir uniformidade de interpretação, compreensão e aplicação dos critérios para as várias condições estudadas;
- Assegurar que cada profissional possa examinar de maneira uniformemente padronizada;
- Minimizar as variações entre os diferentes examinadores.

Nesse processo foi feita avaliação da concordância dos resultados entre os examinadores através do coeficiente de Kappa e a porcentagem geral de concordância (PGC), além da presença do Prof. Dr. Antônio Carlos Frias.

Lembrando que a discordância encontrada estava dentro dos limites aceitáveis para levantamentos desta natureza.

- A calibração teórica e prática dos examinadores e dos anotadores foi realizada com o intuito de proceder conforme os preceitos de biossegurança e é um imperativo.

Todos membros da equipe de avaliação (examinadores e anotadores) devem estar permanentemente atentos e desenvolver práticas coerentes e adequadas em relação à sua proteção e dos que se submetem aos exames.

Deve-se assinalar, entretanto, que a responsabilidade pela adoção das normas de biossegurança é do Cirurgião Dentista (CD).

As principais medidas, na presente investigação, incluem:

- Lavar as mãos no início e no final de cada sessão/ período de exames, ou quando for necessário;
- Usar avental, luvas, máscara, gorro (descartáveis) e óculos;
- Trocar as luvas (descartáveis) entre os pacientes;
- Não manipular objetos impertinentes: lápis, borracha, fichas, pranchetas, etc. Tais objetos devem ser utilizados apenas pelo anotador;
- Pegar o instrumental, fazer o exame e descartá-lo no recipiente adequado para esterilização dos materiais de exame.

A seguir foi iniciado o exame clínico para o levantamento das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento, doença periodontal e uso e necessidade de prótese, tendo a colaboração de profissionais Cirurgiões Dentistas e funcionários do SESC, devidamente calibrados.

A coleta de dados foi realizada conforme as recomendações preconizadas pela 4ª edição da OMS, segundo os códigos e critérios adotados para cada uma das condições pesquisadas e são apresentadas detalhadamente no Anexo C, sendo os seguintes: CPO, CPI e Prótese (Uso e Necessidade).

Foi realizada também uma avaliação sócio-econômica através de um questionário, com as seguintes questões: condições de moradia, escolaridade e renda, acesso a serviços odontológicos e autopercepção em saúde bucal, como as pessoas avaliam sua condição bucal, se a condição bucal afeta no relacionamento com outras pessoas e se tiveram dor ou necessitaram de tratamento nos últimos 06 meses (Apêndice A).

A digitação, apuração, tabulação e análise dos dados foi realizada por um programa específico para este levantamento elaborado pelo Prof. Antonio Carlos Frias, que tem como base, o Software Epi-Info, versão 6.4, de domínio público, desenvolvido pelo Centers of Disease Control de Atlanta, EUA, para a OMS, utilizado para montagem do banco de dados e a entrada das informações. Uma versão específica do programa EPIBUCO, criado no Epi-Info pelo Prof. Eymar Sampaio Lopes, da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, foi empregado para processamento dos dados e análise estatística.

4.1 Material

O protocolo de pesquisa, conforme parecer nº 238/04, foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Anexo D).

A organização do levantamento, coleta, tabulação e análise dos dados estiveram a cargo do Cirurgião Dentista Jair de Souza Moreira Júnior, aluno do curso de Mestrado em Odontologia na USP.

4.1.1 instrumental

Para os exames foram utilizados sondas CPI (também conhecidas como “ball-point” ou “da OMS”) e espelhos bucais planos número 5 (cinco), dispondo de instrumentos em número suficiente para a realização dos exames. Uma vez utilizados em pacotes individuais, serão recolhidos e somente reutilizados após a esterilização em autoclave.

4.1.2 equipamento

Os exames foram realizados nas dependências da unidade central de odontologia do SESC na capital, utilizando equipamentos odontológicos completos e autoclaves Tuttnauer 23 litros.

4.1.3 instrumentos de pesquisa

- Ficha de exame epidemiológico (Apêndice C).
- Questionário estruturado (Apêndice A).
- Ficha de consentimento esclarecido (Apêndice B).
- Outros materiais:

Caneta, prancheta, lápis e borracha;

Material de biossegurança: gorro, máscara, óculos, luvas de procedimentos descartáveis, avental e filme PVC;

Guardanapo de papel.

Para a coleta dos dados, foi utilizada ficha com dados do paciente e os índices adotados na pesquisa foram: Índice de Condição Dentária e necessidade de tratamento, Índice Periodontal Comunitário de Necessidade de Tratamento, Índice de Uso e Necessidade de Prótese, de acordo com orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999) e Manual do Examinador do Projeto SB 2000 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano de 2000 (BRASIL, 2000c).

Os dados coletados foram tabulados, apresentados sob a forma de gráficos e tabelas elaborados pelo programa Excel da Microsoft e submetidos a tratamento estatístico.

4.2 Índice de condição dentária e necessidade de tratamento

Preconizado pela OMS (1999), com objetivo de detalhar a situação de cárie dentária na coroa e raiz, com as necessidades de tratamento do paciente.

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 disse os dois respectivos códigos que foram anotados e foi passado ao

espaço dentário seguinte. Foram empregados códigos alfabéticos para dentes decíduos e numéricos para os dentes permanentes.

Os **códigos e critérios** são os seguintes (Anexo C):

Condições da coroa:

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

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

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.

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 codificada 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.

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

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

6(F) - 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).

Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície oclusal, a FSP-USP (Faculdade de Saúde Pública) vem registrando a presença de selante localizado em qualquer superfície.

7(G) - 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**.

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

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

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

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.

Necessidade de tratamento: Imediatamente após registrar as condições do dente, e antes de passar ao espaço dentário seguinte, foi registrado o tratamento indicado. Quando não houver necessidade de tratamento, um “0” deve ser registrado no espaço correspondente. Isso precisa ser feito sempre, para evitar dificuldades no posterior processamento dos dados, uma vez que, não havendo registro, não será

possível ao digitador saber o que aconteceu (se não há necessidade ou se o anotador esqueceu-se de preencher a casela).

Os códigos e critérios para as necessidades de tratamento são:

- 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.

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. A indicação de selantes de fósulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas, havendo profissionais que não o indicam em nenhuma hipótese. Nesta pesquisa a necessidade de selante será registrada. Sua indicação, conforme regra de decisão adotada pela FSP-USP, será feita na presença simultânea das seguintes condições:

- O dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos;
- O dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença;
- Há presença de placa clinicamente detectável evidenciando higiene bucal precária.

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. Como todos os 32 espaços dentários são examinados e a ficha deve ter todas as caselas presentes a FSP-USP recomenda utilizar este código.

4.3 Periodontopatia

A condição periodontal será avaliada com a utilização de dois indicadores: os índices “CPI”, para todas as idades e grupos etários, e “PIP”, apenas para 18 anos de idade e 35-44 e 65-74 anos.

CPI: O Índice Periodontal Comunitário (emprega-se a sigla “CPI”, das iniciais do índice em inglês, pela facilidade fonética e pela sonoridade próxima ao consagrado CPO) permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento, e presença de cálculo ou bolsa.

Sonda CPI - Para realizar o exame utiliza-se sonda específica, denominada “sonda CPI”, com esfera de 0,5mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 e 5,5mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm da ponta do instrumento.

Sextantes - A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação

de exodontia (p. ex. comprometimento de furca, mobilidade etc), é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, p.ex., um único dente presente).

Dentes índices - São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares):

- Até 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46;
- 20 anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Exame - Pelo menos 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões *mesial*, *média* e *distal*. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área méso-vestibular.

Depois do exame, inspeciona-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

Registros - Considerar que:

- a) em crianças com menos de 15 anos não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), uma vez que as alterações de tecidos moles podem estar associadas à erupção e não à presença de alteração periodontal patológica;

- b) embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada;
- c) quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar o sextante registrando um "X".

Códigos - São os seguintes os códigos utilizados no CPI:

- 0 =** sextante **hígido**;
- 1 =** sextante com **sangramento** (observado diretamente ou com espelho, após sondagem);
- 2 =** **cálculo** (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível);
- 3 =** **bolsa de 4 a 5 mm** (margem gengival na área preta da sonda);
- 4 =** **bolsa de 6 mm ou mais** (área preta da sonda não está visível);
- X =** sextante **excluído** (menos de 2 dentes presentes);
- 9 =** sextante **não examinado**.

Sabe-se que o tempo de resposta à sondagem da gengiva inflamada é variado. A OMS não define um período de tempo para a observação do sangramento à sondagem. A FSP-USP recomenda um tempo de observação após a sondagem de 10 a 30 segundos, critério utilizado na maioria dos índices com essa categoria de medida e recomendado também pelos pesquisadores que desenvolveram o CPI. Quanto à inclinação da sonda, em crianças com menos de 15 anos, nas quais não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), indica-se uma inclinação de aproximadamente 60° da sonda em relação ao longo eixo do dente, evitando-se o toque na base do sulco gengival como forma de diminuir a probabilidade de casos de sangramento falso-positivos.

Figura 4.1 – Sonda CPI, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda

4.4 Prótese Dentária

A situação quanto às próteses dentárias será avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar prótese(s). As observações do exame levarão em conta os seguintes códigos e critérios:

Uso

- 0 =** não usa prótese dentária.
- 1 =** usa uma ponte fixa.
- 2 =** usa mais do que uma ponte fixa.
- 3 =** usa prótese parcial removível.
- 4 =** usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis.
- 5 =** usa prótese dentária total.
- 9 =** sem informação.

Necessidade

- 0 =** não necessita prótese dentária.
- 1 =** necessita uma prótese, *fixa ou removível*, para substituição de **um elemento**.
- 2 =** necessita uma prótese, *fixa ou removível*, para substituição de **mais de um elemento**.
- 3 =** necessita uma combinação de próteses, *fixas e/ou removíveis*, para substituição de um e/ou mais de um elemento (1/1; 1/+1; +1/+1; ou 1/1/1; 1/+1/+1; 1/1/1/1 e assim por diante).
- 4 =** necessita prótese dentária total.
- 9 =** sem informação.

O princípio que rege a tomada de decisão é a ausência de dente (natural ou artificial). Não se fará qualquer consideração relativa à qualidade da prótese ou à condição funcional.

Uso de Prótese				
Código	Critério	Exemplos		
0	Não usa prótese dentária	Nenhum espaço protético	Desdentado parcial, mas sem prótese presente	Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	Uma ponte fixa posterior	Uma ponte fixa anterior	
2	Usa mais do que uma ponte fixa	Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)		
3	Usa prótese parcial removível	Prótese Parcial Removível anterior		
Código	Critério	Exemplos		
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	Prótese removível anterior e ponte fixa posterior	Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores	
5	Usa prótese dentária total	Prótese total		
9	Sem informação			

Quadro 4.1 – Códigos para uso de prótese (BRASIL, 2001)

Necessidade de Prótese				
Código	Critério	Exemplos		
0	Não necessita de prótese dentária	Todos os dentes presentes	Espaços protéticos presentes com prótese	Desdentado total mas com presença de prótese
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de um elemento	Espaço protético unitário anterior	Espaço protético unitário posterior	
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de mais de um elemento	Espaço protético anterior de mais de um elemento	Espaço protético posterior de mais de um elemento	
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento	Espaços protéticos em vários pontos da boca		
4	Necessidade de Prótese Total	Desdentado total e sem prótese presente		

Quadro 4.2 – Códigos para necessidade de prótese (BRASIL, 2001)

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos através do tratamento estatístico da amostra foram analisados e são apresentados nas tabelas 5.1 a 5.28 e nos gráficos 5.1 a 5.3, a seguir.

5.1 Características da população estudada

Tabela 5.1 – Distribuição percentual e números absolutos, segundo grupos etários e sexo de 398 pacientes examinados no SESC SP, 2004

Idade	Sexo				Total	
	feminino		masculino			
	n	%	N	%	n	%
15 — 19	52	57,5	38	42,5	90	100,0
35 — 44	116	53,2	102	46,8	218	100,0
65 — 74	56	62,2	36	37,8	90	100,0
TOTAL	224	56,28	176	44,22	398	100,0

Os resultados observados na Tabela 5.1 mostram que as mulheres procuram mais por tratamento odontológico que os homens, em todos grupos etários estudados.

Tabela 5.2 – Distribuição em percentual e números absolutos, segundo a etnia dos 398 participantes examinados, divididos por grupos etários, no SESC SP, 2004

Idade	Grupo étnico										Total	
	nr		amarelo		branco		negro		pardo			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
15 — 19	0	0,00	0	0,00	39	43,33	5	5,56	46	51,11	90	100
35 — 44	1	0,46	2	0,92	113	51,83	13	5,96	89	40,83	218	100
65 — 74	0	0,00	4	4,44	68	75,56	1	1,11	17	18,89	90	100
Total	1	0,25	6	1,51	220	55,28	19	4,77	152	38,19	398	100

Quando observada a etnia dos pacientes que procuram atendimento na unidade central de odontologia do SESC SP, constata-se que 55,28% são brancos, 38,19% são pardos, 4,77% são negros e 1,51% são amarelos.

Através do gráfico 5.1 pode-se observar que no grupo etário dos 65 a 74 anos a maioria predominante são de indivíduos da raça branca 75,56%, no grupo etário dos 35 a 44 anos a porcentagem de indivíduos brancos e pardos é bem próxima, 51,83% e 41,83%. Já no grupo dos 15 a 19 anos a proximidade entre indivíduos brancos e pardos se repete, com 43,33% e 51,11%, respectivamente.

Nos grupos etários estudados o percentual de indivíduos negros e amarelos foi pequeno, sendo que no grupo dos 15 a 19 anos não foi encontrado nenhum indivíduo da etnia amarela.

Tabela 5.3 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e estado civil

Estado civil	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Solteiro	90	100	84	38,53	9	10,00
Casado	0	0	111	50,92	57	63,33
Separado	0	0	5	2,29	2	2,22
Desquitado	0	0	1	0,46	1	1,11
Divorciado	0	0	15	6,88	5	5,56
Viúvo	0	0	2	0,92	16	17,78
Total	90	100	218	100,00	90	100,00

Quanto ao estado civil dos pacientes que procuram atendimento na unidade central de odontologia do SESC SP, constata-se que no grupo etário dos 35 a 44

anos, 38,53% são solteiros e 50,92% são casados, no grupo etário dos 65 a 74 anos a porcentagem de indivíduos casados é de 63,33% e 17,78% de viúvos e já no grupo dos 15 a 19 anos 100% dos indivíduos estudados são solteiros.

Tabela 5.4 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e grau de instrução

Grau de instrução	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
1 ^a . a 4 ^a . série	1	1,11	5	2,29	28	31,11
5 ^a . a 8 ^a . série	27	30,00	29	13,30	16	17,78
2 ^o . grau completo	60	66,67	113	51,83	32	35,56
Curso superior	2	2,22	71	32,57	14	15,56
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Nos grupos etários estudados o percentual de indivíduos com 2^o.grau completo prevalece, sendo representado em 66,67% dos indivíduos no grupo de 15 a 19 anos, 51,83% no grupo de 35 a 44 anos e 32,56% no grupo de 65 a 74 anos, sendo que neste mesmo grupo etário, foi encontrado também um percentual alto de indivíduos com escolaridade de 1^a a 4^a série, com 31,11%.

Tabela 5.5 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e trabalho

Trabalho	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	N	%
Autônomo	5	5,56	29	13,30	5	5,56
Empregado	19	21,11	156	71,56	4	4,44
Aposentado	0	0,00	3	1,38	71	78,89
Desempregado	6	6,67	25	11,47	2	2,22
Estudante	60	66,67	0	0,00	0	0,00
Não respondeu	0	0,00	5	2,29	8	8,89
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Tabela 5.6 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e renda

Renda	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
> 1 salário mínimo	1	1,11	1	0,46	2	2,22
1 a 3 salários mínimos	41	45,56	73	33,49	32	35,56
3 a 10 salários mínimos	44	48,89	116	53,21	48	53,33
10 ou + salários mínimos	3	3,33	26	11,93	8	8,89
Não respondeu	1	1,11	2	0,92	0	0,00
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Quando analisada a renda, observamos um número significativo de indivíduos com renda entre 3 a 10 salários mínimos (salário mínimo: R\$300,00 – trezentos reais), em todos grupos etários, com 48,89% no grupo de 15 a 19 anos, 53,21% no grupo de 35 a 44 anos e 53,33% no grupo de 65 a 74 anos. A porcentagem de indivíduos examinados com renda entre 1 a 3 salários mínimos vem logo em seguida.

Tabela 5.7 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e ramo de trabalho

Ramo de trabalho	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Comerciário	13	14,44	105	48,17	26	28,89
Serviços	11	12,22	81	37,16	34	37,78
Outros	4	4,44	27	12,39	15	16,67
Não respondeu	62	68,89	5	2,29	15	16,67
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Em relação ao ramo de trabalho demonstrado na Tabela 5.7, observa-se que a porcentagem de comerciários e trabalhadores no setor de serviços é bem próxima com 14,44% e 12,22% respectivamente para o grupo de 15 a 19 anos; no grupo de 35 a 44 anos, 48,17% de comerciários e 37,16% empregados no setor de serviços e já no grupo de 65 a 74 anos 28,89% comerciários e 37,78% no setor de serviços.

Ressaltando que no grupo etário de 15 a 19 anos 68,89% dos indivíduos não responderam esta pergunta.

Tabela 5.8 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e modalidade de inscrição SESC

Inscrição SESC	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Comerciário	10	11,11	165	75,69	48	53,33
Dependente	80	88,89	53	24,31	42	46,67
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Analisando a inscrição no SESC SP, encontramos 88,89% dos indivíduos no grupo dos 15 a 19 anos inscritos como dependentes de comerciários, enquanto 75,69% dos indivíduos no grupo de 35 a 44 e 53,33% dos indivíduos no grupo de 65 a 74 inscritos como comerciários.

É importante observar também que no grupo etário de 65 a 74 anos, encontramos 46,67% dos indivíduos inscritos como dependentes de comerciários.

Tabela 5.9 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e tipo de residência

Residência	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Própria	63	70,00	137	62,84	75	83,33
Própria em aquisição	8	8,89	28	12,84	3	3,33
Alugada	18	20,00	52	23,85	12	13,33
Não respondeu	1	1,11	1	0,46	0	0,00
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Ao avaliar o tipo de residência em todos os grupos etários nota-se predominância porcentagem de indivíduos com casa própria, sendo 70% dos indivíduos na faixa de 15 a 19 anos; 62,84% na faixa de 35 a 44 e 83,33% na faixa de 65 a 74 anos.

Tabela 5.10 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e escovação

Escova	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Não escova	0	0,00	0	0,00	1	1,11
Escova	90	100,00	218	100,00	89	98,89
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Com relação à escovação, observamos nos indivíduos examinados em todas os grupos etários que a mesma está presente, excetuando-se somente em um caso, no grupo dos 65 a 74 anos.

Tabela 5.11 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e frequência de escovação

Frequência escovação	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	N	%	n	%
Nunca	0	0,00	0	0,00	1	1,11
1 x dia	6	6,67	12	5,50	5	5,56
2 x dia	28	31,11	59	27,06	29	32,22
3 x dia	45	50,00	118	54,13	45	50,00
4 x dia	11	12,22	29	13,30	10	11,11
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Quando observamos a frequência de escovação, encontramos uma porcentagem maior de indivíduos com uma frequência de 2 a 3 vezes ao dia.

Dos indivíduos com uma frequência de escovação de 3 vezes ao dia foi encontrado a porcentagem de 50% nos grupos de 15 a 19 e 65 a 74 e 54,13% no grupo de 35 a 44.

Tabela 5.12 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e uso de fio dental

Fio dental	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Não usa	54	60,00	69	31,65	35	38,89
Usa	36	40,00	149	68,35	55	61,11
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Com relação à utilização do fio dental, observamos diferenças nos grupos etários estudados.

Nos indivíduos pertencentes ao grupo de 15 a 19 anos encontramos uma porcentagem maior, 60% que não tem o hábito de utilizar o fio dental, enquanto 40% utiliza.

Já nos grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74 encontramos uma porcentagem maior de indivíduos que utilizam o fio dental, sendo 68,35% e 61,11% respectivamente.

Tabela 5.13 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e frequência de uso de fio dental

Frequência fio dental	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	54	60,00	69	31,65	35	38,89
1 x dia	24	26,67	57	26,15	21	23,33
2 x dia	8	8,89	54	24,77	15	16,67
3 x dia	4	4,44	28	12,84	17	18,89
4 x dia	0	0,00	10	4,59	2	2,22
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Analisando a tabela 5.13, observamos que a frequência de indivíduos que não têm o hábito de utilizar o fio dental é alta em todos os grupos etários estudados, sendo 60% no grupo de 15 a 19; 31,65% no grupo de 35 a 44 e 38,89% no grupo etário de 65 a 74 anos.

Quando observamos a frequência de utilização do fio dental de pelo menos uma vez ao dia, constata-se que dos indivíduos estudados 26,67% no grupo etário de 15 a 19 anos, enquanto 26,15% no grupo de 35 a 44 e 23,33% no grupo de 65 a 74 anos, têm esta frequência de utilização.

Tabela 5.14 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e relacionamento

Relacionamento	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Não	81	90,00	186	85,32	69	76,67
Sim	9	10,00	32	14,68	21	23,33
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Quando perguntado se a condição bucal afetou o relacionamento com outras pessoas, observamos que não afetou na maioria dos indivíduos estudados, já em 10% no grupo etário de 15 a 19 anos, 14,68% no grupo de 35 a 44 e 23,33% no grupo de 65 a 74 anos foi relatado que a condição de saúde bucal afetou o relacionamento com outras pessoas.

Tabela 5.15 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e necessidade de tratamento nos últimos meses

Tratamento	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Não	64	71,11	79	36,24	42	46,67
Sim	26	28,89	139	63,76	48	53,33
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Constatou-se que a maioria dos indivíduos na faixa etária de 15 a 19 anos, 71,11%, não necessitou de tratamento nos últimos 6 meses, o mesmo não acontecendo nos outros grupos etários, 35 a 44 e 65 a 74, em que 63,76% e 53,33% respectivamente, necessitaram de tratamento.

Tabela 5.16 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e experiência de dor nos últimos meses

Dor	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Não	64	71,11	141	64,68	68	75,56
Sim	26	28,89	76	34,86	22	24,44
Não respondeu	0	0,00	1	0,46	0	0,00
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Já com relação à presença de dor de dentes, observamos que a maioria dos indivíduos estudados não apresentou dor nos últimos 6 meses.

Tabela 5.17 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e fumo

Fumo	15 — 19		35 — 44		65 — 74	
	n	%	n	%	n	%
Não	82	91,11	191	87,61	88	97,78
Sim	8	8,89	27	12,39	2	2,22
Total	90	100,00	218	100,00	90	100,00

Segundo a tabela 5.17, podemos observar que em todos os grupos etários estudados, a grande maioria dos indivíduos não tem o hábito de fumar.

5.2 Condições de saúde bucal

Tabela 5.18 – Média dos componentes do índice CPO-D por grupo etário, nos pacientes examinados na unidade central de odontologia do SESC SP

Idade	n	C	P	O	CPO	H
15 — 19	90	1,1	0,1	2,5	3,7	23,0
35 — 44	218	1,9	5,7	12,2	19,8	10,6
65 — 74	90	1,7	12,6	9,6	23,9	6,8

Gráfico 5.1 - Médias de CPO e proporções de componentes segundo grupo etário

Quando analisada a média dos componentes do índice CPO-D encontrada nos grupos etários estudadas, observamos que à medida que aumenta o grupo etário, maior é o ICPO-D encontrado.

Deste modo, o índice CPO-D está dentro dos padrões exigidos pela OMS para o ano de 2000, demonstrando uma baixa prevalência de cárie dentária.

Tabela 5.19 - Composição percentual do índice CPO-D, segundo grupo etário, nos pacientes examinados na unidade central de odontologia do SESC SP

Idade	n	C	P	O	CPO
15 — 19	90	29,87	1,83	68,29	100,00
35 — 44	218	9,62	28,54	61,84	100,00
65 — 74	90	7,30	52,65	40,06	100,00

Observa-se que nos componentes do CPO-D o percentual dos dentes obturados é alto em todos os grupos etários, sendo ultrapassado pelo percentual de dentes perdidos somente no grupo de 65 a 74.

Idade	18 anos	35-44 anos	65-74 anos
Metas Ano 2000	85% com todos os dentes	75% com 20 ou mais dentes presentes	50% com 20 ou mais dentes presentes
Metas Ano 2010	100% com todos os dentes	90% com 20 ou mais dentes ou até 2% de desdentados	Até 5% de desdentados
SESC SP	18 anos – 100% com todos os dentes, sendo 9,1% de ausência de dentes por outros motivos. 15 a 19 anos – 94,4% com todos os dentes	89,9% com 20 ou mais dentes presentes, com um caso de desdentado.	52,2% com 20 ou mais dentes presentes e nenhum caso de desdentado

Quadro 5.1 – Metas em Saúde Bucal relativas à prevalência da cárie dentária, nos anos 2000 e 2010 e resultados obtidos no levantamento de Saúde Bucal da unidade central de odontologia do SESC SP em 2004

O quadro 5.1 resume a relação entre a situação de cárie dentária dos pacientes que procuram atendimento na Unidade Central de Odontologia do SESC SP e as metas propostas pela OMS-FDI para as idades ou grupos pesquisados.

Tabela 5.20 – Distribuição dos dentes expressos em número e percentual, com relação à necessidade de tratamento odontológico, de acordo com os grupos etários

Idade	Necessidade de tratamento				Total	
	sem		com			
	n	%	N	%	n	%
15 — 19	2.445	95,62	112	4,38	2.557	100
35 — 44	5.057	91,78	453	8,22	5.510	100
65 — 74	1.517	89,66	175	10,34	1.692	100
Total	9.019	92,42	740	7,58	9.759	100

Em relação à necessidade de tratamento para a cárie dentária, observa-se que a maioria dos pacientes não necessita de tratamento, em virtude dos dentes estarem hígidos ou já apresentarem restaurações ou por terem dentes extraídos ou não erupcionados.

Tabela 5.21 - Número e percentual de pessoas examinadas, segundo o maior grau de condição periodontal observado no indivíduo segundo idade, nos pacientes examinados no SESC SP, 2004

Condição periodontal	15 ¾ 19		35 ¾ 44		65 ¾ 74	
	n	%	n	%	n	%
0 (Sadios)	16	17,8	7	3,2	3	3,4
1 (Sangramento)	28	31,1	19	8,8	8	9,0
2 (Cálculo)	36	40,0	91	41,9	26	29,2
3 (Bolsa 4 — 5 mm)	9	10,0	71	32,7	40	44,9
4 (Bolsa 6 mm ou +)	1	1,1	29	13,4	12	13,5
X (Nulos)	0	0	0	0	0	0
TOTAL	90	100	217	100	89	100

Quando observadas as condições de saúde periodontal, pode se verificar que os indivíduos no grupo dos 15 a 19 anos apresentam sangramento e cálculo em 31,1% e 40% respectivamente, já no grupo dos 35 a 44 e 65 a 74 anos apresentam número significativo com cálculo e bolsa de 4 |—| 5 mm.

Tabela 5.22 - Percentagem de sextantes examinados, segundo condição periodontal e idade

Condição periodontal	Idade		
	15 $\frac{3}{4}$ 19	35 $\frac{3}{4}$ 44	65 $\frac{3}{4}$ 74
0 (Sadios)	47,04	23,70	14,07
1 (Sangramento)	30,74	20,49	15,93
2 (Cálculo)	18,89	29,20	22,78
3 (Bolsa 4 $\frac{1}{2}$ 5 mm)	2,96	15,83	17,22
4 (Bolsa 6 mm ou +)	0,37	3,75	2,96
X (Nulos)	0,00	7,03	27,04
Total	100,0	100,0	100,0

Os dados referentes às condições de saúde periodontal, demonstram que no grupo dos 15 a 19, 40% dos sextantes apresentam-se sadios, enquanto 30% apresentam sangramento e 18,89% cálculo.

No grupo dos 35 a 44, 23,7% dos sextantes apresentam-se sadios; 20,49% dos sextantes apresentam sangramento; 29,5 cálculo e 15,83% bolsa de 4 $\frac{1}{2}$ 5 mm.

Já no grupo dos 65 a 74 os sextantes apresentam um percentual menor de dentes sadios, com sangramento e cálculo, com aumento no percentual de bolsa de 4 $\frac{1}{2}$ 5 mm e observa-se um percentual de 27% excluídos.

Em relação às necessidades de tratamento periodontal dos pacientes que procuram o atendimento no SESC SP, pode-se observar que no grupo dos 15 a 19 anos 48,9% necessitam de tratamento sem complexidade como: educação em saúde e profilaxia, em 78% dos sextantes, além de 40% dos indivíduos necessitarem de remoção de cálculo e 10% raspagem periodontal.

No grupo dos 35 a 44 anos 12% dos indivíduos necessitam de tratamento sem complexidade, envolvendo educação e profilaxia, enquanto 74,6% necessitam também de raspagem periodontal e 13,4% necessitam de cirurgia periodontal.

Já no grupo dos 65 a 74 anos a porcentagem de indivíduos que necessitam de tratamento sem complexidade e cirurgia periodontal se assemelha ao outro grupo

12,4% e 13,5 respectivamente, enquanto um percentual maior 44,9%, necessita de raspagem periodontal.

Tabela 5.23 - Número e percentual de indivíduos segundo o uso de prótese dentária superior por grupo etário, nos pacientes examinados no SESC SP, 2004

Idade	Prótese Superior				Total	
	não usa		usa			
	n	%	N	%	n	%
15 — 19	-	-	-	-	-	-
35 — 44	167	76,6	51	23,4	218	100
65 — 74	36	40,0	54	60,00	90	100
Total	203	65.91	105	34.09	308	100

Quando analisado o uso de prótese superior pelos indivíduos participantes da amostra, é possível constatar que a maioria não usa prótese no grupo dos 35 a 44 anos, o mesmo não acontecendo no outro estudado, dos 65 a 74 anos, onde encontramos um percentual de 60% de indivíduos que utilizam prótese superior.

No grupo dos 15 a 19 anos não foram encontrados indivíduos utilizando prótese.

Tabela 5.24 - Número e percentual de indivíduos segundo o uso de prótese dentária inferior por grupo etário, nos pacientes examinados no SESC SP, 2004

Idade	Prótese Inferior				Total	
	não usa		usa			
	N	%	N	%	N	%
15 — 19	-	-	-	-	-	-
35 — 44	202	92,65	16	7,35	218	100
65 — 74	53	58,89	37	41,11	90	100
Total	255	82,79	53	17,21	308	100

Quanto ao uso de prótese inferior pelos indivíduos participantes da amostra, é possível constatar que a maioria não usa prótese inferior, mas é importante ressaltar que no grupo dos 65 a 74 anos, 41,11% usa prótese inferior.

Tabela 5.25- Número e percentual de indivíduos segundo a necessidade de prótese dentária superior por grupo etário, nos pacientes examinados no SESC SP, 2004

Idade	Necessidade de Prótese				Total	
	não necessita		necessita			
	n	%	n	%	n	%
15 — 19	-	-	-	-	-	-
35 — 44	155	71,10	63	28,90	218	100,00
65 — 74	68	75,56	22	24,44	90	100,00
Total	223	72.40	85	27,60	308	100.00

Tabela 5.26 - Número e percentual de indivíduos segundo a necessidade de prótese dentária inferior por grupo etário, nos pacientes examinados no SESC SP, 2004

Idade	Necessidade de Prótese				Total	
	não necessita		necessita			
	n	%	n	%	n	%
15 — 19	-	-	-	-	-	-
35 — 44	107	49,08	111	50,92	218	100,00
65 — 74	48	53,33	42	46,67	90	100,00
Total	155	50,32	153	49,68	308	100,00

Quando analisados os dados referentes à necessidade de prótese, observa-se que 223 indivíduos não necessitam de prótese superior, 72,4% da amostra.

Com relação à prótese inferior 155 indivíduos não necessitam, enquanto 153 necessitam, 49,68% da amostra.

Tabela 5.27 - Número e porcentagem de indivíduos segundo a necessidade de prótese dentária superior, por grupo etário

Idade	Não necessita		1 prótese fixa ou removível (1 elemento)		1 prótese fixa ou removível (+ de 1 elemento)		combinação de próteses		prótese dentária total		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 44	155	71,10	20	9,17	12	5,50	31	14,22	0	0	218	100
65 74	68	75,56	2	2,22	7	7,78	13	14,44	0	0	90	100
Total	223	72,40	22	7,14	19	6,17	44	14,29	0	0	308	100

Gráfico 5.2 – Distribuição segundo faixa etária e necessidade de prótese superior nos pacientes examinados no SESC SP

Tabela 5.28 - Número e porcentagem de indivíduos com necessidade de prótese dentária inferior, por grupo etário

Idade	Não necessita		1 prótese fixa ou removível (1 elemento)		1 prótese fixa ou removível (+ de 1 elemento)		combinação de próteses		prótese dentária total		total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 - 44	107	49,08	20	9,17	21	9,63	70	32,11	0	0	218	100
65 - 74	48	53,33	4	4,44	6	6,67	31	34,44	1	1,11	90	100
TOTAL	155	50,32	24	7,79	27	8,77	101	32,79	1	0,32	308	100

Gráfico 5.3 - Distribuição segundo faixa etária e necessidade de prótese inferior nos pacientes examinados no SESC SP

Quando analisados os dados referentes à necessidade de prótese inferior, observa-se que em relação à prótese total inferior é necessária somente em um caso na faixa dos 65 a 74 anos.

6 DISCUSSÃO

Apesar do declínio da cárie no Brasil, a alta prevalência das doenças bucais é representada pelos dados epidemiológicos existentes nos últimos anos. As pesquisas existentes em relação às condições de saúde bucal e necessidades de tratamento não são realizadas, na maioria das vezes, de acordo com as orientações preconizadas pela OMS, observando os índices, as idades-índices e grupos etários, dificultando a análise e comparação entre os dados existentes.

Embora o índice aos 12 anos seja o que tem melhores condições de comparação com levantamentos existentes, neste estudo este grupo não foi observado pela característica do serviço, onde não existe uma demanda de espera para atendimento nesta idade.

Este trabalho teve a preocupação de levantar as condições de saúde bucal e necessidade de tratamento da cárie dentária, doença periodontal e edentulismo, de acordo com os índices e grupos etários preconizadas pela OMS, obtendo os resultados analisados a seguir.

6.1 Características da população estudada

Em relação ao sexo, os resultados deste estudo demonstraram que de um total de 398 pacientes distribuídos nos grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 e 65 a 74 anos, houve uma pequena predominância de pessoas do sexo feminino

(56,28%), pela procura de tratamento odontológico na Unidade Central de odontologia do SESC SP, concordando com os resultados obtidos por Belan (2000), Brasil (2000a), Brasil (2000b), Brasil (2003), Chaise (2001), Leandrini (2002), Menezes (1999).

Segundo Abramowicz, Gil e Martins (1976) e Gil et al. (1999) tal fato deve-se à importância que a mulher atribui à estética, e também por possuir maior tempo disponível, por não estar vinculada a tipos de trabalhos com horários rígidos.

Quando observamos a etnia, os resultados apresentados na Tabela 5.2, permitem constatar no grupo de 15 a 19 e 35 a 44 anos as etnias parda e branca quase se equiparam com uma pequena porcentagem de negros, podendo ser comparado com os resultados no levantamento epidemiológico realizado Brasil, 2003; já no grupo dos 65 a 74 anos a etnia branca (75,56%) prevalece, assim como no estudo realizado em Canela – RS com predominância de brancos (92,4%), grupo étnico predominante na região (BRASIL, 2000a).

Ao observar o estado civil dos pacientes estudados, constata-se que no grupo etário dos 35 a 44 anos a predominância é de indivíduos casados com 50,92% e 38,53% são solteiros, no grupo etário dos 65 a 74 anos a maior porcentagem é de indivíduos casados com 63,33% e um número alto de viúvos com 17,78%, já no grupo dos 15 a 19 anos 100% dos indivíduos estudados são solteiros.

Quando analisamos os aspectos socioeconômicos, temos também como um dos indicadores o acesso aos serviços de saúde, que neste estudo é importante salientar que os pacientes estudados têm como referência de serviço o SESC, o qual mesmo com uma limitação de atendimento sua rede de clínicas propicia condições de atendimento e acesso ao tratamento odontológico de forma igualitária.

Com relação à escolaridade nos grupos etários de 15 a 19 e 35 a 44 anos o percentual de indivíduos com 2º grau completo prevaleceu, sendo que no grupo etário de 65 a 74 anos, foi encontrado um percentual alto de indivíduos com escolaridade de 1ª a 4ª série (31,11%).

Quando analisada a renda, levamos em consideração o salário mínimo vigente no período, R\$ 300,00 (trezentos reais) mensais. Observamos um número significativo de indivíduos com renda entre 3 a 10 salários mínimos, em todos grupos etários, sendo que a porcentagem de indivíduos examinados com renda entre 1 a 3 salários mínimos vem logo em seguida em todos os grupos.

Analisando o tipo de residência nos grupos etários estudados é predominante a porcentagem de indivíduos com casa própria. Esta predominância também aparece em Brasil (2003), em todos grupos etários.

Ao observar a ocupação e emprego encontramos no grupo de 15 a 19 anos uma predominância de estudantes, com um pequeno percentual de adolescentes que relatou estar desempregado, no grupo de 35 a 44 anos o percentual de empregados é o maior (71,56%), sendo 48,17% de comerciários e 37,16% empregados no setor de serviços, com um percentual menor de desempregados (11,47%) e no grupo de 65 a 74 anos prevaleceram os aposentados (78,89%), 28,89% comerciários e 37,78% empregados ou já aposentados, no setor de serviços.

Desta população estudada a modalidade de inscrição no SESC no grupo etário de 15 a 19 anos é na maioria de dependentes, já no grupo de 35 a 44 anos a situação é inversa com 75,69% matriculados como comerciários, enquanto 24,31% são dependentes e ainda no grupo de 65 a 74 o percentual é próximo, 53,33% de comerciários, enquanto 46,67% são dependentes.

Ao analisar a escovação nos pacientes examinados, observamos que nos grupos de 15 a 19 e 35 a 44 anos os pacientes relataram o hábito de escovar os dentes, já no grupo etário de 65 a 74 anos houve um caso que relatou não ter o hábito de escovar os dentes.

Quanto à frequência de escovação, encontramos um percentual alto de indivíduos, com uma frequência de 3 vezes ao dia, 50% nos grupos de 15 a 19 anos e 65 a 74 anos e no grupo de 35 a 44 54,13%.

Já com relação à utilização do fio dental, observamos diferenças nos grupos etários estudados. Nos indivíduos pertencentes ao grupo de 15 a 19 anos encontramos uma porcentagem maior que não tem o hábito de utilizar o fio dental, enquanto 40% utiliza, já nos grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74 encontramos uma porcentagem maior de indivíduos que utilizam o fio dental.

Com relação à frequência de utilização do fio dental, constatamos que dos pacientes examinados que o utilizam, em todos grupos etários estudados prevalece a frequência de pelo menos uma vez ao dia.

Já com relação à presença de dor de dentes, notamos que a maioria dos indivíduos examinados neste estudo não apresentou dor nos últimos 6 meses, não combinando com os dados de Brasil, 2003 em que 48% das pessoas estudadas relataram que o motivo do último atendimento foi por dor. No mesmo estudo (BRASIL, 2003) quando foi perguntado quanto de dor sentiu nos últimos 6 meses predominou a resposta em que não sentiram nenhuma dor.

Quando observado se a condição bucal afetou o relacionamento com outras pessoas, constatamos que não afetou na maioria dos indivíduos estudados, concordando com os dados de Brasil, 2003; quando é perguntado de que forma a

saúde bucal afeta o relacionamento, predominou a resposta em que indica que não afeta.

Ainda nos resultados deste estudo (Tabela 5.17), podemos observar que em todos os grupos etários, a grande maioria dos indivíduos não tem o hábito de fumar.

6.2 Condições de saúde bucal

6.2.1 cárie dentária

A análise da condição das coroas dentárias da amostra envolvida nesta pesquisa expressa na Tabela 5.18, constatou que no grupo dos 15 a 19 anos, 23% da amostra era livre de cárie, tendo este percentual diminuído para 10,59% no grupo dos 35 a 44 e 6,77% no grupo de 65 a 74 anos, comparado ao encontrado no Brasil (2003), onde valores 22,24% para 15 a 19 anos; 10,85% para 35 a 44 e 3,40% para 65 a 74 anos em que eram livres de cárie. O número de coroas perdidas por cáries aumenta gradativamente de 0,07%, 5,65% a 12,59% conforme o aumento do grupo etário de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, percentuais bem inferiores aos 22,6% e 65% obtidos em Canela – RS (BRASIL, 2000a) e no Brasil (2003) 0,89%, 13,23% e 25,83% respectivamente para os grupos etários, como também os 10,23% e 63,72% encontrados em Diadema – SP (BRASIL, 2000b), nos grupos etários de 15 a 19 e 35 a 44 anos respectivamente.

Quando analisado isoladamente o índice CPO-D nos diversos grupos etários constatou-se que de 15 a 19 anos foi de 3,64%, inferior a média encontrada no levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 1986, Brasil (1988) (12,69), Belan (2000) (9,39), Diadema (18,97) Brasil (2000b), Brasil, 2003 (6,17), Leandrini (2002) (12,55), Menezes (1999) (7,04), São Paulo (2003) (20,3).

O índice CPO-D observado no grupo etário de 35 a 44 anos neste estudo foi de 19,80 superior ao obtido no levantamento de cárie realizado em Diadema, (18,97) Brasil (2000b) e inferior aos dados obtidos em 1986 (24,39), Brasil (1988), Canela, Brasil (2000a), Belan (2000) (24,14), São Paulo (2003) (20,3), Brasil (2003) (20,13).

No grupo de 65 a 74 anos o índice CPO-D encontrado foi de 23,81; com valor próximo ao encontrado por Saub e Evans (2001) (24,3), porém inferior aos resultados obtidos para os grupos etários com mais de 60 anos por Chaise (2001), Brasil (2003) (27,79), Leandrini (2002), São Paulo (2003) (28,2). Neste grupo etário, como também no de 35 a 44 anos o componente perdido é o mais freqüente (SÃO PAULO, 2003). Apontamos que o valor encontrado de 23,81, é considerado alto, segundo as metas da OMS para o ano 2000 (NARVAI, 2000).

Ao analisar a distribuição dos dentes (Tabela 5.20) com as necessidades de tratamento dos indivíduos envolvidos no estudo, observa-se que no grupo etário de 15 a 19 anos 4,38%; no grupo de 35 a 44; 8,22% e no grupo de 65 a 74, 10,34% necessitavam de tratamento. Estes dados são mais favoráveis que os encontrados em Brasil (2003), onde a necessidade de tratamento era de 89,54%; 84,43% e 74,22% respectivamente quando comparados nos grupos etários.

Quando comparado somente à região sudeste (BRASIL, 2003) o percentual se aproxima mais do estudo realizado com 92,64% no grupo de 15 a 19 anos; 87,67% no grupo de 35 a 44 e 81,92% no grupo de 65 a 74 anos de idade.

É importante ressaltar que o aumento da porcentagem de dentes sem necessidade de tratamento pode estar ligado à diminuição do tratamento radical e mutilador realizado em décadas anteriores.

6.2.2 doença periodontal

Os dados referentes às condições de saúde periodontal (Tabela 5.21), demonstram que a porcentagem de pessoas sem nenhum problema periodontal nos grupos etários de 15 a 19; 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade foi, respectivamente de 17,8%; 3,2% e 3,4%; porém foi encontrado melhor condição no levantamento realizado no Brasil em 2003, com 46,2%; 21,9% e 7,9%, respectivamente para os grupos etários.

No grupo etário de 15 a 19 anos, dos sextantes examinados 47,04% estavam hígidos, discordando dos dados encontrados no Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana 1986, onde aproximadamente 60% dos sextantes eram hígidos na região norte e 50% no Brasil, Brasil (1988), Brasil (2000a) com 56,4%, Brasil (2000b) com 76,39% e Menezes (1999) com 33,3% hígidos.

No levantamento em saúde bucal realizado no Brasil em 2003, encontramos 69,17 dos sextantes examinados sadios, enquanto neste mesmo estudo na somente região sudeste, encontramos um percentual um pouco melhor com 75,37%.

Grande parte neste grupo etário apresentou sangramento à sondagem (30,74%) e cálculo (18,89%), números superiores aos encontrados em Brasil (2000b) (28,9 com sangramento e 10,4% com cálculo); Brasil (2000b) (10,16 com

sangramento e 12,91 com cálculo); Brasil (2003) (14,5% com sangramento e 14,67% com cálculo), Menezes (1999) (38,7% com sangramento e 28,0% com cálculo); São Paulo (2003) (17,0% com sangramento e 19,0% com cálculo).

Quando observados os dados encontrados no grupo etário de 35 a 44 anos, constatamos uma predominância de sextantes com cálculo (29,20%), seguido de sextantes sadios (23,70%), com sangramento (20,49%) e com bolsa de 4 a 5 mm (15,83%). A predominância de sextantes com cálculo é semelhante em Brasil, (2000b), Menezes (1999), Corbert et al (2001), porém discordando do encontrado por Belan (2000), Micheelis e Bauch (1996) (predominância de sextantes com bolsa de 3 a 4 mm) e Brasil (2000b), São Paulo (2003) (predominância de sextantes hígidos) e Brasil (2003) (predominância de sextantes excluídos).

No estudo realizado no Brasil, 2003 quando separamos os dados referentes à região Sudeste, encontramos para este grupo etário uma predominância de sextantes sadios (36,54%).

No grupo etário dos 65 a 74 anos observa-se que 27,04% estavam excluídos, 22,78% com cálculo, 17,22% com bolsa de 4 a 5 mm, 15,93% com sangramento e 14,07% dos sextantes estudados não necessitavam de tratamento, encontravam-se hígidos.

Em relação aos sextantes excluídos os dados obtidos concordam com Saliba et al. (1999), Meneghim, Pereira e Silva (2002), São Paulo(2003) e Brasil (2003) onde os sextantes excluídos predominaram nesta faixa etária. O levantamento epidemiológico realizado em 1986 (BRASIL, 1988), não contemplou o grupo etário de 65 a 74 anos. A condição periodontal dos idosos na ocasião foi estimada levando-se em consideração o grupo etário de 50 a 59 anos, onde o percentual de

sextantes excluídos encontrados foi de 76,21% e 64,67% para os sextantes superiores e inferiores respectivamente.

Os dados expressos na Tabela 5.21 indicam que a pior condição periodontal encontrada nos pacientes estudados nesta amostra nos grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74 anos apresentavam os sextantes com cálculo e bolsa de 4 a 5 mm, sendo que no grupo de 15 a 19 anos predominou sextantes com cálculo e sangramento à sondagem, discordando com os dados encontrados em São Paulo (2003), que apresentava a maioria dos sextantes da amostra hígidos e concordando com o levantamento realizado no Brasil (2003), somente no grupo de 35 a 44 anos onde a predominância foi de sextantes com cálculo.

Os dados analisados de maneira geral mostram uma alta prevalência de doença periodontal da amostra, porém semelhante a maioria das nações do mundo desenvolvido (OLIVEIRA, 1996).

Ao analisarmos a necessidade de tratamento periodontal, constatamos que a maioria da amostra necessitava de raspagem, mais profilaxia e educação com relação à higiene bucal, concordando com os dados encontrados por Menezes (1999), Saliba et al (1999), Ajwani et al.(2001), Saub e Evans (2001), Corbert, Wong e Lin (2001), São Paulo (2003).

6.2.3 uso e necessidade de prótese

Quanto ao uso de prótese dentária, apresentados na Tabela 5.23 e 5.24, 100% dos adolescentes não a utilizavam; 23,4% dos adultos no grupo de 35 a 44 anos utilizavam prótese no arco superior e 7,35% no inferior; 60% dos indivíduos do grupo entre 65 a 74 anos usavam próteses superiores e 41,11% próteses inferiores. Os valores encontrados são superiores aos encontrados em São Paulo (2003) e Brasil (2003), onde 92,00% e 98,12% dos jovens do grupo entre 15 e 19 anos respectivamente não utilizavam prótese superior e um valor bem próximo ao encontrado neste estudo (100%) foi encontrado em Brasil (2003), onde 99,79% não utilizavam prótese inferior.

Quando analisado o grupo etário de 35 a 44 anos, os percentuais de uso de prótese (23,4% superiores e 7,35%) são inferiores aos encontrados em São Paulo (2003) (37,2% superiores e 16,4% inferiores); Brasil (2000a) (60,6% superiores e 12% para inferiores); Brasil (2003) (48,31% superiores e 15,53% inferiores); Moimaz et al.(2002) (48% utilizavam prótese).

Os dados referentes ao grupo de 65 a 74 anos são inferiores (60% superiores e 41,11% inferiores) aos encontrados em São Paulo (2003); onde 76,1% usam prótese superior e 52,1% prótese inferior).

Analisando os dados descritos acima, constatamos que a amostra deste trabalho apresentou um menor percentual de utilização de prótese, fato que poderia ser explicado pelo menor poder aquisitivo da população estudada e da inexistência de serviços gratuitos capazes de suprir a necessidade de prótese da mesma.

Quando analisada a necessidade de prótese, apresentada nas Tabelas 5.25 e 5.26, observa-se que 72,40% dos pacientes não necessitavam de prótese superior e 50,32% de prótese inferior.

Em São Paulo (2003) o percentual de indivíduos que não necessitavam de prótese foi de 73,8% para prótese superior e 15,3% para prótese inferior, demonstrando um maior percentual de indivíduos sem necessidade em relação à prótese superior e menor percentual de indivíduos sem necessidade em relação à prótese inferior do que o observado nesta pesquisa.

Ao analisar detalhadamente os grupos etários é possível constatar que de 15 a 19 anos, 100% não necessitavam de prótese superior e inferior, valores inferiores aos 8,9% que necessitavam encontrados em Canela – RS (BRASIL, 2000a); Moimaz et al. (2002) (44,4%), Chaise (2001) (3,5%), São Paulo (2003) (3,33%) e no Brasil (2003) (9,26%).

A necessidade de prótese superior no grupo etário de 35 a 44 anos, observada neste trabalho foi de 28,90%, demonstrando uma necessidade menor aos valores encontrados em Brasil (2000a) (38,0%); São Paulo (2003) (31,66%); Brasil (2003) (35,83%), porém uma alta necessidade é demonstrada nos valores encontrada por Chaise (2001) (mais de 80%), Leandrini (2002) (mais de 90%) para as faixas de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, somando as necessidades de próteses superiores e inferiores. Dentro do número de pacientes que necessitavam de prótese, um maior número necessitava de uma combinação de próteses (14,22%), seguida de uma prótese fixa ou parcial removível (9,17%) para um elemento, prótese fixa ou parcial removível para mais de um elemento (5,50%) e nenhum caso com necessidade de prótese total.

A combinação de prótese (16,8%) teve necessidade predominante para prótese superior em Canela – RS (BRASIL, 2000a), seguida de prótese fixa ou parcial removível para mais de um elemento (9,2%), prótese parcial ou fixa para um elemento (8,5%) e prótese total (3,5%).

O mesmo aconteceu em Brasil (2003), no grupo de 35 a 44 anos, onde encontramos na necessidade de prótese superior uma predominância de combinação de próteses (14,21%), seguida de prótese fixa ou parcial removível para mais de um elemento (12,85%), prótese fixa ou parcial para um elemento (6,26%) e prótese total (2,52%).

No grupo de 65 a 74 anos, a necessidade de prótese superior foi de 24,44%, com maior porcentagem na combinação de próteses (14,44%), seguida de prótese fixa ou parcial removível com mais de um elemento (7,78%), prótese fixa ou removível de um elemento (2,22%) e nenhuma necessidade de prótese total superior, diferente do estudo realizado no Brasil (2003), em que foi encontrado ainda neste grupo etário uma necessidade de 32,40% de prótese superior, sendo predominante a necessidade de prótese total (16,15%), seguida pela necessidade de combinação de próteses (8,97%), prótese fixa ou prótese parcial removível com mais de um elemento (6,01%) e prótese fixa ou prótese parcial removível com um elemento (1,27%).

Rosa, Castellanos e Pinto (1993), encontraram um percentual de 38% de idosos com necessidade de prótese total e 5% de prótese parcial na maxila. Estes valores parecem ser aceitáveis, contudo 47% e 6% já utilizavam prótese total e parcial respectivamente.

Meneghim e Saliba (2000), Saub e Evans (2001), MacInnis et al. (1993) encontraram valores abaixo de 20% para necessidade de prótese em idosos. Vale ressaltar que o uso de prótese nessas amostras varia de 50 a 80%.

Quando analisada a necessidade de prótese inferior, expressa na Tabela 5.26, pode-se perceber que 49,68% da população estudada nesta pesquisa, em todos grupos etários, necessitava de prótese. Valores inferiores quando comparados aos dados encontrados em São Paulo (2003), onde 79,0% da população estudada necessitava de prótese inferior.

Detalhando os dados referentes aos grupos etários, é importante lembrar que 100% dos indivíduos estudados no grupo de 15 a 19 anos não apresentou necessidade de prótese. Os valores referentes a pacientes que não necessitavam de prótese inferior estão abaixo dos percentuais de 78,9% encontrado em Canela – RS (BRASIL, 2000a), Chaise (2001) (80,7%), Leandrini (2002) (100,0%) São Paulo (2003) (83,84%) e Brasil (2003) (76,59%).

A necessidade de prótese inferior no grupo etário de 35 a 44 anos, observada neste trabalho foi de 50,92%, demonstrando uma necessidade menor que os valores encontrados em Brasil (2000c) (78,9%); São Paulo (2003) (57,39%) e Brasil (2003) (70,99%). A maioria dos pacientes (32,11%), necessitava de uma combinação de próteses, seguida de prótese fixa ou parcial removível para mais de um elemento (9,63%), de prótese fixa ou parcial removível de um elemento (9,17%) e nenhum caso com necessidade de prótese total.

A combinação de próteses (57,1%), a semelhança dos dados observados para prótese superior, também foi a necessidade predominante para prótese inferior em Canela – RS (BRASIL, 2000a), seguida de prótese fixa ou parcial removível para

mais de um elemento (11,3%), prótese parcial ou fixa para um elemento (6,3%) e prótese total (4,2%).

Detalhando o grupo etário de 35 a 44 anos no estudo realizado no Brasil (2003), foi encontrado, na necessidade de prótese inferior, uma predominância de combinação de próteses (32,47%), seguida de prótese fixa ou parcial removível para mais de um elemento (28,65%), prótese fixa ou parcial para um elemento (7,00%) e prótese total (2,88%).

No grupo etário de 65 a 74 anos, a necessidade de prótese inferior aumentou para 46,67%, concentrada em combinação de próteses (34,44%), seguida de prótese fixa ou parcial removível para mais de um elemento (6,67%), prótese fixa ou parcial para um elemento (4,44%) e um caso com necessidade de prótese total (1,11%). Rosa, Castellanos e Pinto (1993), encontraram um percentual de 48% de idosos com necessidade de prótese total e 10% de prótese parcial inferior, valores mais altos que os encontrados nesta pesquisa para prótese parcial e superiores em relação à prótese total.

A necessidade de prótese encontrada nesta amostra populacional, principalmente nos adultos e idosos, representados neste estudo pelos grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74 anos, induz a uma reflexão sobre os serviços odontológicos oferecidos à população, indicando uma necessidade de criação de políticas capazes de oferecer um atendimento odontológico adequado.

7 CONCLUSÕES

A análise e a discussão dos resultados obtidos no presente trabalho, permitiram concluir que:

1. Os clientes que procuram atendimento na unidade central de odontologia do SESC em São Paulo foram em maior prevalência, de cor branca e do sexo feminino, casados, com exceção do grupo etário de 15 a 19 anos onde predominou a etnia parda e solteiros;
2. Com relação ao grau de instrução predominaram as pessoas com 2º grau completo em todos os grupos etários. No grupo de 15 a 19 anos predominaram estudantes, entre os clientes do grupo etário de 35 a 44 anos houve predominância de pessoas empregadas no setor de comércio, com renda mensal variando de 3 a 10 salários mínimos. Já no grupo etário de 65 a 74 anos predominaram pessoas aposentadas pelo setor de serviços;
3. Nas pessoas estudadas, quando analisado o tipo de moradia, predominou a casa própria;
4. O índice CPOD da amostra foi de 3,7 para o grupo de 15 a 19; 19,8 para o grupo de 35 a 44 e 23,9 para o grupo de 65 a 74 anos de idade;
5. Com relação à necessidade de tratamento, foi observado que a maioria dos clientes, em todos os grupos etários, não necessitava de tratamento restaurador;
6. Quanto à pior condição periodontal encontrada nos clientes foi detectada nos indivíduos de 15 a 19 anos a presença de sangramento e cálculo, levando a

necessidade de tratamento periodontal sem complexidade com profilaxia e orientação de higiene bucal, enquanto nos grupos de 35 a 44 e 65 a 74 foi encontrado a presença de cálculo e bolsa periodontal de 4-5 mm, necessitando de um tratamento periodontal maior que envolve raspagem;

7. Quanto à escovação encontramos uma prevalência de indivíduos que escovam os dentes 3 vezes ao dia nos três grupos etários, já com relação à utilização do fio dental no grupo de 15 a 19 anos prevaleceram às pessoas que nunca o utilizam, enquanto nos outros grupos etários a utilização prevaleceu, com uma frequência, de 1 a 2 vezes ao dia;
8. O uso de prótese ficou concentrado nos grupos de faixa etária maior, onde 23% no grupo de 35 a 44 e 60% no grupo de 65 a 74 anos usa prótese superior. Quando observamos o uso de prótese inferior, encontramos um predomínio de pessoas que não usam prótese, 92% de 35 a 44 e 59% de 65 a 74 anos. Com relação à necessidade de prótese foi observado que 72% da amostra entre os grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74, não necessita de prótese superior, enquanto a necessidade de prótese inferior os valores situam-se, em torno de 50%;
9. Com relação à necessidade de tratamento nos últimos 6 meses, a maioria dos indivíduos no grupo de 15 a 19 anos não necessitou de tratamento. O mesmo não aconteceu nos outros grupos etários que necessitaram e quando observado se houve experiência de dor nos últimos 6 meses, notamos que a maioria não teve;
10. Quando analisado se a condição bucal afetou o relacionamento com outras pessoas, foi observado que não afetou na maioria dos clientes estudados.

REFERÊNCIAS ¹

About AB, Pattussi MP. Levantamento epidemiológico em saúde bucal – Distrito Federal – 1997. Ação Coletiva 1998;1(2):7-16.

Abramowicz M, Gil C, Martins MCB. Contribuição para o estudo dos pacientes que freqüentam as clínicas da faculdade de odontologia da USP. Rev Fac Odontol Univ São Paulo 1976;14(2):259-70.

Ajwani S, Tervonen T, Narhi, TO Ainamo, A. Periodontal health status and treatment needs among the elderly. Spec Care Dentist 2001;21(3):98-103.

Aleksejuniene J, Eriksen HM, Holst D. Variation in caries and treatment experience in 35-44-year-old Lithuanians. Community Dent Oral Epidemiol 2000;28(5):356-64.

Belan LC. Levantamento das condições de saúde bucal e das necessidades de tratamento em pacientes não submetidos a tratamento prévio na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000.

Benigeri M, Payette M, Brodeur JM. Comparison between the DMF indices and two alternative composite indicators of dental health. Community Dent Oral Epidemiol 1998;26(5):303-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: 1ª etapa – cárie dental-projeto. Brasília;1998. 102p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, 2003. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 2003.

¹ De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área técnica de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: estudo piloto em Canela – RS. Brasília; 2000a. 34p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área técnica de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: estudo piloto em Diadema – SP. Brasília; 2000b. 35p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Brasília; 2000c. 43p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: Manual do examinador. Brasília; 2001. 49p.

Cangussu MCT, Castellanos RA, Pinheiro MF, Albuquerque SR, Pinho C. Cárie dentária em escolares de 12 a 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil em 2001. *Pesqui Odontol Brás* 2002;16(4):379-84.

Chaise R. Levantamento das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento de pacientes não submetidos a atendimento prévio que se dirigiram ao setor de triagem da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo – FOUPF [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2001.

Chaves MM. Odontologia social. 3º ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986. 448p.

Conselho Federal de Odontologia Base de dados. Disponível em: URL: <http://www.cfo.org.br>. [2005 Aug.20].

Corbert EF, Wong MCM, Lin HC. Periodontal conditions in adult Southern Chinese. J Dent Res 2001;80(5):1480-85.

Diretrizes gerais de ação do SESC – Serviço Social do Comércio. Departamento Nacional. Rio de Janeiro; 2004.

Frazão P. Epidemiologia em saúde bucal. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. cap. 4, p. 64-82.

Gil C, Abramowicz M, Silva F, Melo L. Situação sócio-econômica de pacientes que freqüentam as clínicas da faculdade de odontologia da USP: um estudo transversal. RPG 2001;6(1):74-83.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Disponível em: URL: <http://www.sidra.ibge.gov.br/> [2003 nov.23].

Kovac-kavcic M, Skaleric U. The change of DMFT counts in Slovenia. Caries Res 2000;35(4):247-51.

Leandrini JCDS. Levantamento das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento em pacientes não submetidos a atendimento prévio triados para a disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2002.

Linden MSS, Flôres MMDZ, Trentin MS, Cechetti D, Linden LAS, Rech CA, et al. Índice das necessidades de tratamento periodontal na comunidade – revisão da literatura. Rev Fac Odontol Passo Fundo 2002;7(1):19-22.

MacInnis WA, Ismail A, Macdonald RM, Friars CA. Oral health status and treatment needs of an insured elderly population. J Can Dent Assoc 1993;59(5):465-75.

Marcos B. Índices de prevalência e de necessidades de tratamento periodontal. Ação Coletiva 1998;1(3):29-37.

Medeiros UV. Controle clínico da doença cárie. In: Galan Jr J, Namen F. Dentística restauradora “o essencial para o clínico”. São Paulo: Editora Santos; 1998. cap.2, p. 7-47.

Meneghim MC, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba, 1998. *RPG* 2000;7(1):7-13.

Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população institucionalizada de Piracicaba. *Pesqui Odontol Bras* 2002;16(1):50-6.

Menezes AG. Prevalência da cárie dentária e índice periodontal comunitário de necessidade de tratamento numa população de 15 a 65 anos na cidade de Campo Grande – MS/Brasil [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 1999.

Micheelis W, Bauch J. Oral health of representative samples of germans examined in 1989 and 1992. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24(1):62-7.

Moimaz SAS, Tanaka H, Garbin CAS, Saliba TA. Prótese dentária – avaliação do uso e necessidade em população adulta. *Rev Paul Odontol* 2002; 24(5):31-4.

Moysés SJ. O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva In: Kriger L, organizador. *Promoção de saúde bucal*. 2º ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999.

Narvai PC. O Brasil e as metas OMS-2000. *Rev ABO Nac* 2000; 7(6):374-7.

Narvai PC. Há metas em saúde bucal para o ano 2010? *Jornal do Site Odonto* 2002; 4 (52). Disponível em: URL : <http://www.jornaldosite.com.br/anteriores> [2002 dez.19]

Oliveira AGRC. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental Brasil – 1996. Araçatuba; 1998. Disponível em: URL: <http://www.angelonline.cjb.net> [2003 set.20].

Oliveira AGRC. Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil 1986-1996. Disponível em: URL: <http://www.angelonline.cjb.net> [2004 set.27].

Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa, Promoção para Saúde; 1996.

Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal: 4º ed. São Paulo: Editora Santos; 1999. 66p.

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4^a ed. São Paulo: Editora Santos; 2000. 541p.

Pinto VG. Estudo epidemiológico sobre prevalência de cárie dental em crianças de 3 a 14 anos – Brasil, 1993. Brasília: SESI-DN; 1996.

Reich E. Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe. *Int Dent J* 2001;51(6):392-8.

Rosa AGF, Castellanos RA Pinto V. Saúde bucal na terceira idade: um diagnóstico epidemiológico. *RGO* 1993;41(2):97-102.

Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Momias SAS. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1999;53(4):279-82.

Sanchez YAE, Trocons ZI, Geronimo M. Necesidades protesicas de los pacientes que asisten a la Facultad de Odontologia de la U. C. V. *Acta Odontol Venez* 1998;36(2):92-9.

São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo em 2002: relatório final. Disponível em: URL: www.saude.sp.gov.br [2003 dez.20].

Saub R, Evans RW. Dental needs of elderly hostel residents in inner Melbourne. *Aust Dent J* 2001;46(3):198-202.

Scelza MFZ, Rodrigues C, Silva VS, Faria LCM, Câmara V, Scelza Neto P. Saúde bucal dos pacientes do programa interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. *Rev Bras Odontol* 2001;58(5):351-54.

Sigerist H. Organização Mundial da Saúde. The University at the Crossroad. New York: Henry Schumann Publisher; 1946.

Soares MC, Vieira V, Forni TIB, Junqueira SR. Condições de saúde bucal no estado de São Paulo, 2002. Síntese dos principais resultados. *APCD J* 2003;37(549):14-5.

APÊNDICE A - Questionário**Questionário:**

Examinador: _____ N°Ficha: _____ Idade: _____

Data do exame: ____/____/____ Sexo: () Masc. () Fem. Estado Civil: _____

Grau de instrução:

() 1ª à 4ª série

() 5ª à 8ª série

() 2º grau ou técnico

() curso superior

() analfabeto

Usa escova dental?

() sim () não

Usa escova dental?

() 1 x dia

() 2 x dia

() 3 x dia

() 4 x dia

Renda familiar mensal:

() < 1 salário mínimo

() 1 a 3 salários mínimos

() 3 a 10 salários mínimos

() 10 ou + salários mínimos

Usa fio dental?

() sim () não

Usa fio dental?

() 1 x dia

() 2 x dia

() 3 x dia

() 4 x dia

Trabalho:

() Autônomo

() Empregado

() Aposentado

() Desempregado

Ramo de Atuação:

() Comércio

() Serviços

() Outros

A sua condição de saúde bucal afetou
o relacionamento com outras pessoas?

() sim () não

Inscrição no SESC:

() Comerciante

() Dependente

() Servidor

Teve dor de dentes nestes últimos 06
meses?

() sim () não

Possui residência:

() própria

() própria em aquisição

() alugada

Necessitou de tratamento odontológico
nestes últimos 06 meses?

() sim () não

Fumante?

() sim () não

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Esclarecido para Pesquisa Clínica

As informações apresentadas neste documento foram dadas pelo Cirurgião Dentista Jair da Souza Moreira Júnior, com a finalidade de firmar acordo por escrito, mediante o qual o responsável pelo paciente que será avaliado neste estudo, autoriza a participação do mesmo, com pleno conhecimento da natureza do exame bucal ao qual será submetido, por livre escolha e sem ter sido forçado.

Título do estudo: "Levantamento de Saúde Bucal na Unidade Central de Odontologia do Serviço Social do Comércio no Município em São Paulo – 2004”.

2. Objetivo Principal: Obter dados que permitam avaliar as condições de saúde bucal da população de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos de idade clientes da unidade central de odontologia do SESC em São Paulo.

3. Procedimento: Será realizado exame bucal com auxílio de sonda e espelho odontológico esterilizados (para detectar presença de cárie), como é procedimento rotineiro na clínica odontológica do SESC no Estado de São Paulo. Os examinadores encontrar-se-ão devidamente paramentados com gorro, máscara, luvas, avental manga longa e óculos de proteção. Os dados serão anotados em uma ficha clínica pelos examinadores nos consultórios odontológicos da unidade central de odontologia do SESC. Será preenchido também um questionário com informações prestadas pelos clientes ou responsáveis quando menores.

4. Não existem desconfortos e riscos nesta pesquisa.

5. Benefícios para os examinados: Os resultados deste exame permitirão conhecer mais dados sobre a prevalência de cárie nos comerciários clientes do Serviço Social do Comércio na cidade de São Paulo, e assim poder estabelecer um programa preventivo.

6. Informações adicionais: Os dados obtidos são absolutamente secretos e os pacientes que forem examinados nunca serão identificados.

7. Aos que estejam participando deste estudo e que em qualquer momento desejem abandoná-lo, poderão fazê-lo sem sofrer nenhum prejuízo no tratamento e no acompanhamento do seu caso na coordenação do setor de odontologia da unidade do SESC que estiver vinculado.

8. Eu, _____ (ou responsável, quando menor), portador do documento RG nº _____, residente à Rua/Av _____ nº _____ complemento _____, Bairro _____, na Cidade de _____, Estado de _____, certifico que após a leitura das informações contidas neste documento, que contém 3 páginas, por mim rubricadas, e sido suficientemente esclarecido (a) sobre todos os itens pelo Dr. Jair de Souza Moreira Júnior, estou plenamente de acordo com a realização do experimento. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima com minha colaboração espontânea.

Responsável pela pesquisa:

Jair de Souza Moreira Júnior

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP)

Av: Prof. Lineu Prestes, 2227 - CEP: 05.508-900 - São Paulo

Tel: (11) 3091-7891

São Paulo, ____ / 12 / 2004.

(Nome legível do paciente)

(Nome legível do responsável)

(Assinatura do paciente ou responsável)

(Número do RG ou documento equivalente do paciente ou responsável)

Elaborado com base na resolução 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde
do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial nº201, 16/10/1996.

APENDICE C - Levantamento de saúde bucal – SESC SP

FICHA				IDADE		SEXO	ETNIA	EXAMIN															
								Arco Superior															
								Arco Inferior															
SUP CPI				INF				PRÓTESE				NECESSIDADE											
D C E				E C D				L&O															
								SUP		INF		SUP		INF									

ANEXO A – Matriz de Frias para cálculo da idade

Mês de corte: Dezembro / 2004

IDADE	NASCIMENTO			IDADE
	ATÉ MÊS ←	ANO	APÓS MÊS →	
74	12	30	1	75
73	12	31	1	74
72	12	32	1	73
71	12	33	1	72
70	12	34	1	71
69	12	35	1	70
68	12	36	1	69
67	12	37	1	68
66	12	38	1	67
65	12	39	1	66
44	12	60	1	45
43	12	61	1	44
42	12	62	1	43
41	12	63	1	42
40	12	64	1	41
39	12	65	1	40
38	12	66	1	38
37	12	67	1	37
36	12	68	1	36
35	12	69	1	35
19	12	85	1	20
18	12	86	1	19
17	12	87	1	18
16	12	88	1	17
15	12	89	1	16

ANEXO B - Grupo Étnico

Nas pesquisas desenvolvidas na FSP-USP, na área de *Epidemiologia em Saúde Bucal*, tem sido adotada, para a categorização dos diferentes grupos étnicos, a classificação utilizada pela Fundação IBGE, como segue:

GRUPO ÉTNICO	CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS
Amarelo	A	pele branco-amarela; olhos oblíquos, repuxados.
Branco	B	pele branca; cabelo liso ou ondulado fino (de louro a negro); nariz estreito e proeminente; lábios finos (ou de espessura mediana); gengiva cor rósea (com suas variações normais devidas à queratinização e vascularização).
Negro	N	pele castanho-escuro ou negra; cabelo ondulado, encarapinhado ou em anel, geralmente escuro; nariz largo ou achatado; gengiva pigmentada pelo acúmulo de melanina.
Pardo	P	pele de coloração entre branca e negra (“mulato”, “moreno”); traços evidenciando miscigenação; impossibilidade de incluir o indivíduo nas categorias “branco”, “negro” ou “amarelo”.
Índio	I	Considera-se, nesta categoria, a pessoa que se declarou indígena ou índio.
Sem Registro	X	Quando não foi possível determinar o grupo étnico e/ou quando a pessoa não se declarou pertencente a nenhum dos grupos anteriores.

Nota: Em virtude das dificuldades para classificar os indivíduos segundo características étnicas, num país com alto grau de miscigenação como é o Brasil, a escolha da categoria deve ser feita levando-se em consideração os traços predominantes.

ANEXO C - Quadro-resumo dos códigos da OMS.

CÓDIGO		CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES	
A	0	HÍGIDO
B	1	CARIADO
C	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
D	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
-	5	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
F	6	APRESENTA SELANTE
G	7	APOIO DE PONTE OU COROA
-	8	NÃO ERUPCIONADO
T	T	TRAUMA (FRATURA)
-	9	DENTE EXCLUÍDO

CÓDIGO	NECESSIDADE DE TRATAMENTO
0	NENHUM
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO
4	VENEER OU FACETA ESTÉTICA
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO
6	EXTRAÇÃO
7	REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA
8	SELANTE
9	NÃO SE APLICA (DENTE NÃO ERUPCIONADO)

ANEXO D – Aprovação no comitê de ética em pesquisa FOUSP

Faculdade de Odontologia
Universidade de São Paulo

PARECER DE APROVAÇÃO
Protocolo 238/04

O Grupo de Trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa *"Levantamento de Saúde Bucal dos Usuários da Unidade Central de Odontologia do Serviço Social do Comércio em São Paulo"*, de responsabilidade do Pesquisador **Jair de Souza Moreira Júnior**, sob orientação do Professor Doutor **Moacyr da Silva**.

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, 15 de dezembro de 2004

Profª Drª **ROSA HELENA MIRANDA GRANDE**
Coordenadora do CEP-FOUSP