



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL – CSTR  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA  
CAMPUS DE PATOS

ARYANNY LOURENNA DE SOUSA

**PERFIL DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA CLÍNICA ESCOLA DE  
ODONTOLOGIA DA UFCG: CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E FATORES  
ASSOCIADOS**

PATOS – PB

2017

ARYANNY LOURENNA DE SOUSA

**PERFIL DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA CLÍNICA ESCOLA DE  
ODONTOLOGIA DA UFCG: CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E FATORES  
ASSOCIADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

**Orientadora:** Profa. Dra. Luciana Ellen Dantas Costa

PATOS – PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S719p Sousa, Aryanny Lourenna de  
Perfil de crianças atendidas na clínica escola de odontologia da UFCG:  
condição de saúde bucal e fatores associados / Aryanny Lourenna de Sousa.  
– Patos, 2017.  
59f.: il.; color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade  
Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural,  
2017.

"Orientação: Profa. Dra. Luciana Ellen Dantas Costa."

Referências.

1. Saúde bucal. 2. Odontologia.. 3. Odontopediatria. I. Título.

616.314-084 CDU

ARYANNY LOURENNA DE SOUSA

**PERFIL DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA CLÍNICA ESCOLA DE  
ODONTOLOGIA DA UFCG: CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E FATORES  
ASSOCIADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade Federal de  
Campina Grande – UFCG como parte  
dos requisitos para obtenção do título de  
Bacharel em Odontologia.

Data de aprovação: 25/08/2014

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. LUCIANA ELLEN DANTAS COSTA – Orientadora Universidade Federal  
de Campina Grande – UFCG



Prof. Dr. FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ – 1º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dr. RENATA ANDREA SALVITTI DE SÁ ROCHA – 2º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

*Dedico este trabalho aos meus pais, Risoneide e Elieudo com seu amor incondicional me deram toda condição para que esse sonho se realizasse e aos meus queridos irmãos, Aédylla e Alyson.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por sua infinita bondade e graça comigo. Nos momentos de aflição e tristeza sempre me deu força para continuar e seguir o meu destino, e se hoje realizo o sonho de ser odontóloga é graças a ti, **SENHOR**.

Aos meus amados pais, **Risoneide de Sousa** e **José Elieudo de Sousa**, que nunca mediram esforços para que eu pudesse alcançar essa conquista, por estarem sempre ao meu lado me dando amor, e por renunciarem seus sonhos em prol dos meus. Não tenho palavras para expressar meu amor e minha gratidão por tê-los como pais. A mulher que sou hoje devo a vocês.

A minha querida irmã, **Jakelliny Aédylla de Sousa**, por me apoiar nas minhas escolhas, por ter me incentivado e me encorajado a seguir e conquistar o meu sonho de ser odontóloga, você acreditou em mim quando nem eu acreditava. A melhor irmã e amiga que alguém pode ter, te amo imensuravelmente!

Ao meu querido irmão, **Alyson Bonifácio de Sousa**, por ter tornado essa jornada mais fácil, com seus conselhos e suas risadas. Por ter nos presenteado com a linda Helena, o nosso raio de luz. Te amo imensuravelmente!

A minha amada sobrinha, **Louísy Helena**, que trouxe paz e alegria para o nosso lar. Minha calma e alegria nos dias difíceis, você é o nosso presente divino.

A minha amiga/irmã que a vida me presenteou, **Monise**, nada teria sido tão fácil e divertido sem a sua presença. Você esteve presente em cada erro, cada acerto, nos medos compartilhados, passamos por cada momento juntas e hoje posso dizer que conseguimos. Uma parte da nossa caminhada se foi, mas sei que ainda vamos compartilhar muitas aventuras. Obrigada por entender os meus anseios e as minhas falhas. A nossa amizade transcende essa vida.

Aos meus amigos que ganhei durante a graduação, **Tuanny, Marcella, Lorena** e **Thyale**. Em especial o meu quarteto, **Ayllana, Amanda** e **Paloma**, por tornarem o dia a dia mais divertido, vocês são a minha segunda família.

Ao meu namorado, **Redson Júnior**, que se mostrou tão paciente nesse momento, por vezes, tão exaustivo e estressante que é o final do curso.

A minha dupla de clínica e grande amiga, **Ayllana Lemos**, nos conhecemos no primeiro dia de aula e logo ficamos amigas, compartilhando alegrias, tristezas, frustrações e muito aprendizado. Obrigada por ter sido meu racional tantas vezes, por ter me

encorajado e me dado força. Essa jornada não teria sido vitoriosa sem a sua presença. Sei que o nosso laço vai além da odontologia e a nossa amizade permanecerá por toda a vida.

A minha orientadora, **Luciana Ellen**, pela paciência, pelos conhecimentos compartilhados, pela disponibilidade e por me ajudar a desenvolver este trabalho de conclusão de curso. Certamente a realização desta pesquisa só foi possível graças ao seu comprometimento e dedicação, não tenho palavras para agradecer.

As **professoras componentes da banca**, pela disponibilidade de participar deste momento enriquecendo este trabalho com seus conhecimentos.

A coordenação da clínica, demais professores e funcionários da UFCG que permitiram a realização deste trabalho. Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma com a minha formação.

"Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito?  
Salmos 116:12



SOUSA, A. L. **PERFIL DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA CLÍNICA ESCOLA DE ODONTOLOGIA DA UFCG: CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E FATORES ASSOCIADOS**. Patos, Paraíba. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, 2017, p. 59.

## **RESUMO**

**Introdução:** As instituições de ensino têm compromisso de atender as demandas dos usuários que as procuram, devendo estar preparadas para a resolução de seus problemas. **Objetivo:** avaliar o perfil das crianças atendidas na Clínica-escola de Odontologia da UFCG. **Material e Método:** Foram avaliados prontuários de crianças de 2 a 12 anos que buscaram tratamento odontológico no período de novembro de 2012 a junho de 2017. Dados demográficos, motivo da consulta, hábitos alimentares, condição e cuidados em saúde bucal foram avaliados, após analisados foram submetidos ao teste estatístico qui-quadrado significativo ao nível de 5 %. **Resultados:** Dos 137 pacientes avaliados, 58,4% eram do gênero feminino, com idades entre 7-9 anos (45,3 %) e estudantes de escolas ou creches públicas (61,3%). A cárie dentária foi o principal motivo pela procura do atendimento (27%), com índices ceo-d e CPO-D variando de 0 a 15, com média de 6,18 ( $\pm 4,5$ ) e 5,17 ( $\pm 3,4$ ) respectivamente, e higiene bucal regular em 55,5% dos casos. **Conclusão:** A identificação das necessidades de tratamento e o planejamento das atividades com ênfase na promoção e prevenção em saúde bucal são ações primordiais para o grupo em estudo, permitindo não só a melhora, como também o controle das doenças bucais.

**DESCRITORES:** Saúde bucal; Odontologia; Odontopediatria.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The educational institutions are committed to meeting the demands of the users who are looking for them, and should be prepared to solve their problems. **Objective:** to evaluate the profile of the children attending the Dental School Clinic of the UFCG. **Material and Method:** We assessed the medical records of children from 2 to 12 years who sought dental treatment from November 2012 to June 2017. Demographic data, reasons for the appointment, eating habits, status and oral health care were evaluated, and after analyzed were, being submitted to a significant chi-square statistical test at the 5% level. **Results:** Of the 137 medical records evaluated, 58.4% were female, with ages between 7-9 years (45.3%) and students from public schools or daycare centers (61.3%). Dental caries were the main reason for the demand for care (27%), with dmft and DMFT index rates varying from 0 to 15, with a mean of 6.18 ( $\pm 4.5$ ) and 5.17 ( $\pm 3, 4$ ) respectively, and regular oral hygiene in 55.5% of the cases. **Conclusion:** The identification of treatment needs and the planning of activities with emphasis on oral health promotion and prevention are fundamental actions for the study group, allowing not only the improvement but also the control of oral diseases.

**KEYWORDS:** Oral health; Dentistry; Pediatric dentistry

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1** - Distribuição do número de dentes com algum acometimento na cavidade bucal. Patos-PB, 2017. 41

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	- Caracterização amostral, Patos-PB, 2017.	40
<b>TABELA 2</b>	- Distribuição dos dados referentes aos hábitos alimentares e cuidados em saúde bucal, Patos-PB, 2017.	41
<b>TABELA 3</b>	- Relação dos motivos para a procura do serviço da clínica-escola com as variáveis sociodemográficas, hábitos alimentares e cuidados em saúde bucal, Patos-PB, 2017.	42

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Ceo-d	Dentes cariados, extração indicada e obturado
CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados
OMS	Organização Mundial de Saúde
IES	Instituições de Ensino Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
2.1 O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR NA CLÍNICA- ESCOLA.....	16
2.2 CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS.....	19
2.3 CÁRIE DENTÁRIA E FATORES ASSOCIADOS.....	20
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
<b>3 ARTIGO.....</b>	<b>25</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO A – Normas da revista.....</b>	<b>52</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Odontologia tem passado por mudanças significativas nas últimas décadas adotando uma filosofia preventiva (HANNA; NOGUEIRA; HONDA, 2007). A Atenção odontológica precoce tem se voltado a crianças de baixa idade, apontando a primeira infância como período ideal para introduzir bons hábitos e adotar padrões de comportamento que perdurem por toda a vida do indivíduo (PERES et al., 2012).

Estudos epidemiológicos sobre os principais agravos bucais indicam que a cárie não tratada e o sangramento gengival são os principais problemas em crianças e adolescentes no Brasil. Ambos são responsáveis pela maior parte das necessidades de tratamentos odontológicos, bem como pela maioria das perdas dentárias. Aos 12 anos de idade, 34,8% das crianças apresentavam algum impacto da saúde bucal na qualidade de vida, como dificuldade para comer, incômodo para escovar os dentes, irritação ou nervosismo e vergonha para sorrir (BRASIL, 2012). Grupos sociais menos favorecidos possuem maior prevalência desses problemas quando comparados às pessoas de classes sociais altas (LOCKER, 2000; PERES et al., 2012).

As instituições de ensino superior devem atuar conforme o sistema de saúde vigente no país, com possibilidade de atendimento a milhares de usuários dos serviços de saúde (BRANDINI et al., 2008). O planejamento das ações e dos serviços de saúde buscam identificar e analisar a demanda, investigando elementos relacionados à percepção de saúde da população, caracterizar seu perfil sociodemográfico, bem como identificar as principais necessidades de tratamento para os quais o setor saúde tem que estar preparado para ser resolutivo (COSTA; FORTE; SAMPAIO, 2010).

É importante a abordagem do usuário infantil com humanização, acolhendo a família em suas demandas e necessidades, produzindo cuidado na perspectiva da promoção de saúde, uma vez que a procura pelos serviços é acompanhada muitas vezes por problemas de ordem comportamental e emocional (BRASIL, 2012). Assim, a proposta desta pesquisa foi conhecer o perfil das crianças atendidas na clínica escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande identificando a procedência da criança, motivo da consulta, as variáveis sociodemográficas, condição de saúde bucal e hábitos alimentares.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR NA CLÍNICA-ESCOLA

Os serviços odontológicos prestados pelas unidades de saúde na atenção básica, na sua maioria, não suprem integralmente as necessidades da população (DOMINGOS, 2014). Dessa forma, tem aumentado o número de famílias que procuram atendimento especializado ao público infantil, buscando ações que envolvam atividades de promoção em saúde e até mesmo atendimento clínico para os casos onde já foram desenvolvidos a cárie e outros problemas relacionados à saúde bucal (MAIA et al., 2016).

As universidades são instituições comprometidas com a formação de profissionais preparados e qualificados para atuar na sociedade, além de prestadoras de serviços à comunidade, atuando direta e indiretamente sobre a realidade social onde está inserida. No âmbito da saúde, as Instituições de Ensino Superior devem atender as demandas acadêmicas e dos usuários que as procuram e, assim, estarem preparadas para resolução dos problemas da população (BRANDINI et al., 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um sistema de atenção odontológico de qualidade deve cumprir com dois requisitos básicos: influenciar a forma de vida da população para que mantenha ou promova a saúde bucal e previna as doenças orais; e proporcionar tratamento adequado às pessoas afetadas por doenças bucais, a fim de detê-las o mais cedo possível, evitando a perda de função (PINTO, 2007). Dentro desse contexto, as IES atuam identificando e analisando a demanda, investigando elementos relacionados à percepção de saúde da população, caracterizando seu perfil sociodemográfico, planejando ações de educação e prevenção em saúde bucal das principais doenças que acometem esses indivíduos, bem como as principais necessidades de tratamento para os quais o setor saúde tem de estar preparado para ser resolutivo. Deste modo, promovendo uma melhora no atendimento clínico de excelência prestado para a população que necessita de cuidados odontológicos (SILVA; COUTINHO; AMARANTE, 1999; COSTA; FORTE; SAMPAIO, 2010; DOMINGOS, 2014).

As IES também atuam na elaboração de um prontuário clínico com boa qualidade e para o armazenamento de informações. Nesse instrumento, são levantadas variáveis importantes para o entendimento do percurso da doença ou do agravo, como também



para subsidiar o planejamento adequado de cada caso e traçar o perfil da população assistida em determinados ambientes (MATTOS et al., 2009).

A Clínica Infantil II é um componente curricular do oitavo período do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Nas atividades práticas o aluno é capacitado para atender o paciente infantil com abordagens clínicas e educativas, englobando a habilidade de realizar exame clínico, diagnóstico e tratamento das alterações bucais com a finalidade de restabelecimento e/ou manutenção da saúde bucal do público infantil. Vários aspectos são levantados para o estabelecimento do diagnóstico e da proposta terapêutica de cada caso, levando-se em consideração os seguintes eixos: sociodemográficos das famílias, hábitos de higiene (acesso aos insumos de higiene e frequência de uso), hábitos de dieta (frequência e conteúdo), e indicadores clínicos de biofilme dentário, como índice de sangramento gengival e de higiene oral simplificado, registro de lesões cáries ativas e inativas, como também a identificação de lesões não cáries e de origem não fluorótica.

Costa et al. (2010) verificaram a relação dos motivos para a procura, a origem e o perfil socioeconômico dos usuários de uma clínica infantil. Estudando 564 prontuários, observaram que 33,8% das crianças na faixa etária de 0-6 anos procuraram o atendimento por motivos de tratamento, enquanto 16,2%, por motivo de prevenção ( $p > 0,05$ ). A escolaridade dos pais (58,6%) e das mães (59,7%) foi acima de oito anos; 57,3% apresentaram renda média mensal de mais de um salário mínimo. A busca por tratamento dos dentes foi o principal motivo de procura do serviço e esta variável não foi associada com o perfil do usuário definido por idade, renda, escolaridade materna ou paterna.

Praetzel et al. (2013) com objetivo de traçar o perfil dos pacientes atendidos em uma Clínica de Bebês, analisaram 51 prontuários de bebês de 0 a 47 meses. Observaram que os bebês estão sob responsabilidade dos pais e moram com os mesmos, em residências de cinco cômodos, contendo três moradores, e cujo abastecimento é de água tratada. As mães trabalham fora do ambiente familiar em metade dos casos, tendo, em sua maioria, segundo grau completo. A renda familiar mais frequente foi entre um e dois salários mínimos. Os pais realizam a escovação para seus filhos, duas vezes ao dia, utilizando creme dental. Houve predominância de bebês amamentados e que nunca haviam ido ao dentista. No exame clínico, 96,8% dos bebês possuem dentição da série normal, 21,4% apresentam oclusopatias e 57,1% das crianças apresentam lesões cáries.

Com a finalidade de conhecer o perfil e as necessidades de tratamento odontológico de crianças atendidas em uma Clínica de Odontopediatria de uma instituição de ensino superior do Rio de Janeiro, Uchôa et al. (2014) analisaram 142 prontuários de pacientes que procuraram atendimento no período de fevereiro de 2010 a julho de 2011, a amostra final foi composta por 73 crianças que procuraram atendimento odontológico pela primeira vez. A faixa etária dos pacientes variou de 3 a 13 anos, sendo 50,7% do sexo masculino. Observaram que a maioria dos pacientes já havia recebido orientações sobre hábitos de higiene bucal por profissionais da saúde e educadores (46,5%). Em relação aos hábitos alimentares, 65,8% consumiam doces entre as refeições. Dentre as necessidades de tratamento, destacou-se a restauradora (54,8%), seguida de exodontias (28,8%). Quando avaliada uma possível relação entre a necessidade de tratamento odontológico e hábitos alimentares não foi observada associação significativa ( $p > 0,05$ ). Não houve associação positiva entre hábitos bucais viciosos e necessidade de tratamento ortodôntico ( $p = 0,693$ ). Diante dos resultados obtidos concluíram que os pacientes que buscaram atendimento apresentaram um alto nível de doenças bucais não tratadas.

Albuquerque et al. (2016) realizaram um estudo com o objetivo de quantificar os atendimentos e os procedimentos realizados em crianças e 0 a 13 anos, ocorridos entre 1997 a 2012, na Clínica Infantil da faculdade de Odontologia de Araraquara-Universidade Estadual Paulista (UNESP). Nesse período, foram realizados 25.786 atendimentos e 86.279 procedimentos, sendo os mais executados os de diagnóstico (consultas, preenchimento de ficha, exposição radiográficas) seguido dos restauradores (restauração provisórias, restaurações com ionômero de vidro ou resina, entre outros), totalizando 3951 e 3310 procedimentos, respectivamente.

Maia et al. (2016) avaliaram o perfil de 313 crianças atendidas em uma clínica de Cariologia de uma instituição de ensino superior, identificando os motivos de procura do serviço e variáveis sociodemográficas (idade, gênero, renda familiar, escolaridade materna e paterna). Os usuários tinham idade média em  $6 \pm 7,81$  anos, havendo distribuição homogênea entre os sexos, feminino (50,2 %) e masculino (49,8 %). A maioria dos pais e mães estudou mais de oito anos, sendo 67,35 % e 70,43 %, respectivamente. Cerca de 37,75 % dos pais e 43,9 % das mães com mais de oito anos de escolaridade procuram a Clínica para realização de tratamento, enquanto 29,6 % de pais e 26,53 % das mães, o motivo foi a prevenção. Observou-se relação entre a escolaridade paterna e motivos pela procura do serviço ( $p=0,01$ ). Quanto a renda, 49,9%

relatou não ter renda familiar, 39,8% receberam até um salário mínimo e 10,4% receberam mais de um salário. Das famílias sem renda, 37% buscam o serviço para realização de tratamento, e 12,7% para prevenção. O perfil da população que procurou a clínica foi aquela mais vulnerável socioeconomicamente e o motivo para consulta foi o tratamento.

## 2.2 CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS

A avaliação das condições de saúde bucal da população ocupa preocupação constante não apenas das autoridades de saúde, mas de todos os setores da sociedade, que participam direto ou indiretamente na construção e condução nesta área do conhecimento (POLETTI, 1993). Dessa forma surgem os estudos epidemiológicos como meio de proporcionar uma visão do estado de saúde bucal e necessidade de tratamento de uma população avaliando as possíveis relações entre os fatores ambientais e os principais agravos bucais (ABRANSON, 1984). Bonecker et al. (2002) considera ainda como papel destes estudos controlarem as mudanças nos níveis ou padrões da doença.

Apesar da possibilidade de prevenção os estudos epidemiológicos indicam que as doenças bucais estão entre as mais comuns e prevalentes em todo o mundo, e a condição de saúde bucal precária pode ter um impacto significativo na qualidade de vida das crianças, podendo levar à deterioração da saúde geral do indivíduo (GAMBHIR et al., 2013; GARBIN et al., 2016).

Evidências recentes foram confirmadas segundo o último inquérito epidemiológico nacional de saúde bucal, Projeto SBBrasil 2010. Dentre os resultados obtidos verificaram-se diferenças regionais importantes quanto à prevalência da cárie dentária, ressaltando que a cárie não tratada e sangramento gengival são os principais problemas em crianças e adolescentes no Brasil. Aos 12 anos de idade, 34,8% das crianças apresentavam algum impacto da saúde bucal na qualidade de vida, como dificuldade para comer, incômodo para escovar os dentes, irritação ou nervosismo e vergonha para sorrir (BRASIL, 2012).

Com objetivo de avaliar a condição de saúde bucal de pré-escolares e o conhecimento dos pais sobre saúde bucal, Garbin et al. (2016) desenvolveram um estudo

com 147 pais e seus respectivos filhos, realizado nas escolas municipais de educação básica de Araçatuba, São Paulo. Observaram que a condição de saúde bucal das crianças era boa, o Ceo-d teve média de 0,68. A maioria das crianças apresentou um índice de higiene oral regular (1,51 IHO-S, dp = 0,48). Os Fatores sociodemográficos como gênero, idade, raça e grau de instrução dos pais estiveram associados a um maior conhecimento sobre saúde bucal.

A análise de dados epidemiológicos confiáveis e objetivos é essencial para o planejamento, o controle e a execução das ações básicas de saúde voltadas para a população-alvo. Portanto, decisões políticas em saúde coletiva devem se pautar em proporcionar ao indivíduo todas as condições possíveis para evitar a doença e promover a saúde em todos os níveis (SARTORI, 1999).

### 2.2.1 Cárie dentária e fatores associados

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a cárie dentária um dos mais importantes agravos de saúde bucal presente no mundo todo (WHO, 2013). A doença cárie é definida como um processo infectocontagioso, de caráter crônico, que resulta da perda localizada e progressiva de tecidos mineralizados dos dentes acometidos. Sendo causada por ácidos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta (BARATIERI, 1989).

A presença da doença cárie está associada à composição do biofilme bacteriano, composição e taxa de fluxo salivar, presença de carboidratos fermentáveis e as concentrações de flúor, cálcio e fosfato nos fluídos bucais (FEJERSKOV; KIDD, 2005). É preciso conhecer e controlar os fatores indicadores do risco da doença cárie. Alguns microorganismos estão envolvidos no processo do desenvolvimento da cárie, sendo que o *Streptococcus mutans* desenvolve papel principal na instalação e evolução desta doença. A transmissibilidade ocorre normalmente de mãe para filho ou da pessoa que tiver contato maior com ele e depende do nível de infecção deste. Quando apresentam alta concentração do streptococcus na saliva, a contaminação da criança é mais precoce e tem maior prevalência de cárie (LOSSO et al., 2009). Estes microorganismos possuem a capacidade de processar os alimentos ricos em sacarose, os quais, aliados a uma deficiente higiene bucal, e o uso de mamadeiras ou amamentação sem posterior

higienização, iniciam o desenvolvimento dessas lesões (MEDEIROS et al., 1998). Desta forma, o controle dos hábitos alimentares e comportamentos do núcleo familiar são essenciais para a prevenção da cárie.

Brandt (2014) realizou um estudo com cem cuidadores de crianças atendidas na clínica de odontopediatria da UFSC, tendo como objetivo analisar o conhecimento dos responsáveis sobre hábitos relacionados à cárie dentária. Observou que 56% das crianças realizavam a escovação dental três vezes ao dia e 84% a faz antes de dormir. A totalidade da amostra utiliza o creme dental, 22% não higienizam a língua, 25% não utilizam o fio dental, e 53% não utiliza enxaguante bucal. A maioria (88%) costuma ingerir doces, mas também ingere frutas e verduras (86%). Os cuidadores apresentaram conhecimento adequado quanto aos hábitos alimentares e de higiene bucal das crianças, no entanto, percebe-se que apesar de estarem instruídos, os cuidadores e as crianças não possuem os hábitos corretos de higiene e de alimentação.

Com o maior acesso aos serviços públicos odontológicos, o Brasil foi elevado ao grupo de países com baixa prevalência de cárie (BRASIL, 2012). Esta diminuição foi reflexo da incorporação da fluoretação das águas de abastecimento, principalmente, e nos dentifrícios e as melhorias das condições de vida e na saúde pública (ALMEIDA; PINTO, 2012). Contudo, na maioria dos municípios brasileiros ainda existe dificuldade de acesso e polarização de doenças bucais principalmente nas classes socioeconomicamente desfavorecidas (MELO et al., 2011; NARVAL et al., 2006).

O último levantamento epidemiológico nacional, “Projeto SB Brasil 2010”, avaliou 7.217 crianças de cinco anos de idade e apontou uma prevalência de cárie não tratada de 48,2% e um ceo-d de 2,41. O componente cariado correspondeu a 84,3% do valor total do índice. Foram examinados ainda 7.247 crianças na faixa etária dos 12 anos. Encontrou-se uma média no índice CPO-D aos 12 anos de 2,07, esse valor foi 26,2% menor do que apresentado em 2003, que foi 2,8. No entanto, o índice não atingiu a meta da OMS para o ano 2010, a qual aos 12 anos propôs CPO-D menor ou igual a 1. Diferenças são observadas entre as regiões, as médias do índice CEO-D são mais elevadas nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (BRASIL, 2012).

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Y. E. et al. Perfil do atendimento odontológico no Serviço de Urgência para crianças e adolescentes da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) – UNES. **Rev Odontol UNESP**. V.45, n.2, p.115-120, 2016.
- ABRAMSON, J. H. **Survey Methods in Community Dentistry**. 3 ed. Singapore, Selector Printing, p.70-81, 1984.
- ALMEIDA, E. R; PINTO, A. C. Hábitos alimentares. In: Guedes-Pinto AC, et al. **Manual de odontopediatria**. São Paulo: Ed. Santos; 2012.
- BARATIERI, L. N; WEYNE, S. **Dentística: Procedimentos preventivos e restauradores**. Rio de Janeiro. Quintessence, 1989.
- BÖNECKER, M; MARCENES, W; SHEINAM, A. Caries reductions between 1995, 1997 e 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. **Int J Paediatr Dent**, V.12, p.183-188, 2002.
- BRANDINI, D. A. et al. Caracterização Social dos Pacientes Atendidos na Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.8, n.2, p.245-250, 2008.
- BRANDT, B. C. **Perfil dos cuidadores de crianças atendidas nas Clínicas Odontológicas do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina quanto aos conhecimentos sobre hábitos relacionados à cárie dentária**. TCC (monografia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Belo Horizonte, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- COSTA, C. H. M; FORTE, F. D. S; SAMPAIO, F. C. Motivos para consulta e perfil socioeconômico de usuários de uma clínica infantil. **Rev Odontol UNESP**. v.39, n.5, p.285-289, 2010.
- DOMINGOS, P. A. S; ROSSATO, E. M; BELLINI, A. Levantamento do perfil social, demográfico e econômico de pacientes atendidos na Clínica de Odontologia do Centro Universitário de Araraquara – Uniara. **Revista Uniara**, v.17, n.1, 2014.
- FEJERSKOV, O; KIDD, E. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2005.
- GAMBHIR, R. S. et al. Impact of school based oral health education programmes in India: a systematic review. **J Clin Diagn Res**, v.7, n.12, p.3107-10, 2013.
- GARBIN, C. A. S. et al. Saúde bucal na escola: avaliação do conhecimento dos pais e da condição de saúde bucal das crianças. **RFO**, Passo Fundo. v.21, n.1, p.81-89, 2016.

- HANNA, L. M. O; NOGUEIRA, A. J. S; HONDA, V. Y. S. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO**. v.55, n. 3, p.271-274, 2007.
- LOCKER, D. Deprivation and oral health: a review. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.28, n.5, p.161-169, 2000.
- LOSSO, E. M; TAVARES, M. C; SILVA, J. Y; URBAN, C. A. Severe early childhood caries: an integral approach. **J Pediatr** (Rio J), v.85, n.4, p.295-300, 2009.
- MAIA, F. B. M. et al. Perfil Socioeconômico dos usuários e Motivo de Procura de uma Clínica de Ensino. **Rev Cubana Estomatol**. V.53, n.2, 2016.
- MATTOS, D. A; LEHNEN, A; TRENTIN, M. S; SILVA, S. O; CARLI, J. P; LINDEN, M. S. S. Perfil dos pacientes atendidos no setor de exames e triagem da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **RGO**, v.57, n.4, p.437-4, 2009.
- MEDEIROS, U. V; SOUZA, M. I. C; FONSECA, C. T. Prevalência de cáries em pacientes bebês. **JPB**, Curitiba, v.1, n.3, p.23-24, 1998.
- MELO, M. M. D. C; SOUZA, W.V; LIMA, M. L; BRAGA, C. Fatores associados a cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 27, n.3, p.47-85, 2011.
- NARVAI, P. C; FRAZÃO, P; RONCALLI, A. G; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Ver Panam Salud Publica**, v.19, p.385-93, 2006.
- PERES, K; PERES, M. A; BOING, A. F; BERTOLDI, A. D; BASTOS; J. L; BARROS, A. J.D. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.2, p.250-258, 2012.
- PINTO, A.et al. Is there an association between weight and dental caries among pediatric patients in an urban dental school a correlation study. **J Dent Educ**.v.71, n.1, p.35-40, 2007.
- POLETTO, L. T. A. **Levantamento Epidemiológico do estado de saúde bucal da população urbana da cidade de Bauru**. Tese (doutorado)- Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo, 1993.
- PRAETZEL, J. R; BRESOLIN, C. R; SOARES, A. P. S; NAKASHIMA, B. L. Perfil dos Pacientes da Clínica de Odontologia para Bebês da Universidade Federal de Santa Maria. **Rev Fac Odontol**, v. 54, n.1, p. 1-4, 2013.
- SARTORI, L. A. Prevalência da doença cárie em escolares de 5 a 14 anos, na cidade de Alfenas-MG. **R. Un. Alfenas, Alfenas**, v.5, p.1-10, 1999.

SILVA, J. P. L; COUTINHO, E. S. F; AMARANTE, P. D. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v.15, n.3, p.505-511, 1999.

UCHÔA, E. M. et al. Necessidade de Tratamento Odontológico e Perfil de Crianças Atendidas na Clínica de Odontopediatria de uma Instituição de Ensino Superior do Rio de Janeiro. **Rev Odontol**, v.26, n.2, p.127-132, 2014.

WHO – World Health Organization. Report: diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: **Report of a joint Who Technical Report Series 916**, 2003.



### 3 ARTIGO

**PERFIL DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA CLÍNICA ESCOLA DE  
ODONTOLOGIA DA UFCG: FATORES DEMOGRÁFICOS, CONDIÇÃO DE  
SAÚDE BUCAL E MOTIVO DA CONSULTA.**

PROFILE OF CHILDREN ATTENDED AT THE UFCG SCHOOL OF  
ODONTOLOGY: DEMOGRAPHIC FACTORS, ORAL HEALTH CONDITION  
AND REASON FOR APPOINTMENT.

Aryanny Lourenna de SOUSA – Aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Patos, PB, Brasil (aryannyl.sousa@gmail.com).

Faldryene de Sousa QUEIROZ- Profa. Dra. do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Patos, PB, Brasil(falqueiroz@hotmail.com).

Luciana Ellen Dantas COSTA- Profa. Dra. do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Patos, PB, Brasil(ellendantascosta@yahoo.com.br).

Autor para correspondência: Luciana Ellen Dantas Costa Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Rod. PB-110, 58708-110 Jatobá, Patos - PB, Brasil. Telefone: (83) 3511- 3045 e-mail: ellendantascosta@yahoo.com.br

## **RESUMO**

**Introdução:** As instituições de ensino têm compromisso de atender as demandas dos usuários que as procuram, devendo estar preparadas para a resolução de seus problemas.

**Objetivo:** avaliar o perfil das crianças atendidas na Clínica-escola de Odontologia da UFCG. **Material e Método:** Foram avaliados prontuários de crianças de 2 a 12 anos que buscaram tratamento odontológico no período de novembro de 2012 a junho de 2017.

Dados demográficos, motivo da consulta, hábitos alimentares, condição e cuidados em saúde bucal foram avaliados, após analisados foram submetidos ao teste estatístico qui-quadrado significativo ao nível de 5 %. **Resultados:** Dos 137 pacientes avaliados, 58,4% eram do gênero feminino, com idades entre 7-9 anos (45,3 %) e estudantes de escolas ou creches públicas (61,3%). A cárie dentária foi o principal motivo pela procura do atendimento (27%), com índices ceo-d e CPO-D variando de 0 a 15, com média de 6,18 ( $\pm 4,5$ ) e 5,17 ( $\pm 3,4$ ) respectivamente, e higiene bucal regular em 55,5% dos casos.

**Conclusão:** A identificação das necessidades de tratamento e o planejamento das atividades com ênfase na promoção e prevenção em saúde bucal são ações primordiais para o grupo em estudo, permitindo não só a melhora, como também o controle das doenças bucais.

**DESCRITORES:** Saúde bucal; Odontologia; Odontopediatria.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The educational institutions are committed to meeting the demands of the users who are looking for them, and should be prepared to solve their problems.

**Objective:** to evaluate the profile of the children attending the Dental School Clinic of

the UFCG. Material and Method: We assessed the medical records of children from 2 to 12 years who sought dental treatment from November 2012 to June 2017. Demographic data, reasons for the appointment, eating habits, status and oral health care were evaluated, and after analyzed were, being submitted to a significant chi-square statistical test at the 5% level. Results: Of the 137 medical records evaluated, 58.4% were female, with ages between 7-9 years (45.3%) and students from public schools or daycare centers (61.3%). Dental caries were the main reason for the demand for care (27%), with dmf-t and DMFT index rates varying from 0 to 15, with a mean of 6.18 ( $\pm 4.5$ ) and 5.17 ( $\pm 3, 4$ ) respectively, and regular oral hygiene in 55.5% of the cases. Conclusion: The identification of treatment needs and the planning of activities with emphasis on oral health promotion and prevention are fundamental actions for the study group, allowing not only the improvement but also the control of oral diseases.

**KEYWORDS:** Oral health; dentistry; pediatric dentistry

## **INTRODUÇÃO**

A Odontologia tem passado por mudanças significativas nas últimas décadas adotando uma filosofia preventiva<sup>1</sup>. A Atenção odontológica precoce tem se voltado a crianças de baixa idade, apontando a primeira infância como período ideal para introduzir bons hábitos e adotar padrões de comportamento que perdurem por toda a vida do indivíduo<sup>2</sup>.

Estudos epidemiológicos sobre os principais agravos bucais indicam que a cárie não tratada e o sangramento gengival são os principais problemas em crianças e adolescentes no Brasil. Ambos são responsáveis pela maior parte das necessidades de tratamentos odontológicos, bem como pela maioria das perdas dentárias<sup>3</sup>. Aos 12 anos

de idade, 34,8% das crianças apresentavam algum impacto da saúde bucal na qualidade de vida, como dificuldade para comer, incômodo para escovar os dentes, irritação ou nervosismo e vergonha para sorrir<sup>3</sup>. Grupos sociais menos favorecidos possuem maior prevalência desses problemas quando comparados às pessoas de classes sociais altas<sup>2</sup>.

As instituições de ensino superior devem atuar conforme o sistema de saúde vigente no país, com possibilidade de atendimento a milhares de usuários dos serviços de saúde<sup>4</sup>. O planejamento das ações e dos serviços de saúde buscam identificar e analisar a demanda, investigando elementos relacionados à percepção de saúde da população, caracterizar seu perfil sociodemográfico, bem como identificar as principais necessidades de tratamento para os quais o setor saúde tem que estar preparado para ser resolutivo<sup>5</sup>.

É importante a abordagem do usuário infantil com humanização, acolhendo a família em suas demandas e necessidades, produzindo cuidado na perspectiva da promoção de saúde<sup>3</sup>. Assim, a proposta desta pesquisa foi conhecer o perfil das crianças atendidas na clínica escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande identificando a procedência da criança, motivo da consulta, as variáveis sociodemográficas, condição de saúde bucal e hábitos alimentares.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este é um estudo do tipo transversal, descritivo e analítico, realizado por meio da análise dos prontuários, provenientes do banco de dados da Clínica de Infantil II do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, localizada no sertão paraibano, na cidade de Patos-PB.

O universo pesquisado foi composto por todas as crianças, na faixa etária de 2 a 12 anos de idade atendidas entre novembro de 2012 (implantação e início das atividades

na clínica-escola) a junho de 2017. O instrumento de pesquisa foram os prontuários das crianças, preenchidos na primeira consulta realizada na clínica-escola.

Foram excluídos da pesquisa os pacientes com idade inferior a 2 anos e superior a 12 anos, os prontuários clínicos incompletos sem os dados necessários para a pesquisa e sem o termo de consentimento livre e esclarecido assinados pelo responsável. A amostra do estudo totalizou 137 prontuários.

As fichas foram avaliadas por um único examinador, que coletou os dados relativos aos seguintes eixos: identificação da criança (procedência); variável sociodemográfica (idade, gênero, estado civil dos pais, profissão dos pais, número de moradores no domicílio, tipo de escola que a criança frequenta); condição de saúde bucal (escovação supervisionada, frequência da escovação, uso e frequência do fio dental, utilização do creme dental e a quantidade usada); hábitos alimentares (amamentação materna e duração, uso atual da mamadeira, conteúdo da mamadeira, higienização após a mamada, uso de alimentos que contem sacarose e a frequência).

Para analisar o motivo de procura a clínica, caracterizou-se como prevenção a busca por avaliação, exame clínico e consulta de rotina; já o grupo de tratamento, categorizamos em cárie dentária, dor de dente, cirurgia, ortodontia, trauma, dente com mobilidade e patologias orais<sup>6</sup>.

Para avaliar a presença ou ausência de lesão cariosas e condição de higiene bucal das crianças, foi utilizado os dados anotados nos prontuários de clínica infantil obtidos por meio dos índices CPO-D e ceo-d<sup>7</sup> e o Índice de Higiene Oral Simplificado<sup>8</sup>.

O protocolo de atendimento do paciente infantil na clínica-escola consiste na anamnese do paciente, com preenchimento do questionário, seguido da evidenciação da placa bacteriana, escovação supervisionada e realização dos exames clínicos e radiográficos. No exame intra-oral, para avaliação das lesões cavitadas utilizou-se a

proposta das diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>7</sup>, adaptados pelo projeto SB Brasil 2003<sup>9</sup>, e para lesões iniciais ativas em esmalte, os critérios de Nyvad et al.<sup>10</sup> Para avaliar a condição de Higiene bucal, por meio do IHO-S, utilizou-se a metodologia proposta por Greene e Vermillion<sup>8</sup>.

Após coletados, os dados foram anotados em formulário próprio baseado no prontuário da Disciplina de Clínica Infantil II. A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0 e trabalhados pela estatística descritiva e submetidos ao teste estatístico Qui-quadrado e Exato de Fisher considerado significativo ao nível de 5% ( $p < 0,05$ ).

## **RESULTADOS**

### **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**

Um total de 179 crianças receberam atendimento odontológico no período do estudo. Foram excluídos 42 prontuários por apresentarem dados incompletos (28) e pacientes com idade superior aos 12 anos (10) e inferior a 2 anos de idade (4), compondo uma amostra final de 137 prontuários.

Das crianças analisadas, observou-se que a maioria eram do gênero feminino (58,4%) com idade entre 7-9 anos (45,3 %), com idade média de  $7,99 \pm 2,2$  anos, que estudaram em escolas e creches públicas (61,3%), filhos de pais casados (66,4%), com ocupação predominante materna de dona de casa (46%) e paterna de trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (46,7%), com menos de 6 pessoas na família (83,9%) e que vivem sob cuidados da mãe e/ou pai (73,0%). (Tabela 1).

Quanto a procedência, 91,2% (125) dos usuários residiam na região de Patos-PB e 7,3% provinham de cidades circunvizinhas. Aproximadamente 41,1% das crianças moravam no bairro Jatobá situado próximo da clínica-escola.

## CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL E HÁBITOS ALIMENTARES

Em relação aos cuidados em saúde bucal os pais relataram que as crianças apresentam uma frequência de escovação de três ou mais vezes ao dia (48,2%), que na maioria das vezes aconteciam sem supervisão dos pais (72,3%), utilizando creme dental (100%) cobrindo toda a escova (40,9%). Na sua maioria as crianças não usam o fio dental (78,8%), as que usam, utilizam apenas as vezes (12,4%). (Tabela 2).

Avaliando os hábitos alimentares, 86,1% das crianças foram amamentadas no seio, por um período de 13 ou mais meses. O uso da mamadeira se deu em 67,2% dos casos, sendo que 59,1% das crianças fizeram uso da mamadeira por um período de 13 ou mais meses. Com conteúdo variando desde mingau (14,6%), mucilon (22,6%), leite adoçado (10,2%) e leite com achocolatado (2,9%). A maioria dos pais (59,1%) não realizam a higienização após as mamadas. Das 92 crianças, 18 ainda faziam uso da mamadeira no momento do exame (Tabela 2). Em relação ao consumo e frequência do uso de balas, chicletes, chocolates, refrigerantes, biscoitos e salgadinhos observou-se que 78,1% das crianças faziam uso destes alimentos e 58,4% destas crianças consumiam diariamente (1 vez ao dia).

## CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Avaliando o perfil epidemiológico da cárie dentária, observou-se a prevalência da doença em 81,8% da amostra, ou seja, 112 crianças já foram acometidas pela doença, totalizando 609 dentes cariados, 37 com extração indicada e 96 obturados. A distribuição do número de dentes com algum acometimento, pode ser observado na figura 1.

O índice ceo-d e CPO-D variam de 0 a 15, com média de 6,18 ( $\pm 4,5$ ) e 5,17 ( $\pm 3,4$ ) respectivamente. O componente “c” corresponde a 81,8% do valor total do índice,

esse valor indica que de cada 100 dentes com sinais de aparência de cárie atual ou pregressa da doença, cerca de 81 não estão restaurados. Avaliando a distribuição do número de dentes acometidos por lesões cavitadas, constatou-se que 46% das crianças apresentavam de 1 a 5 dentes com experiência de cárie e 36,5% mais de 06 dentes acometidos pela cárie. Sem lesões cavitadas apenas 17,5% da amostra.

A média do Índice de Higiene Oral simplificado (IHOS) foi 1,77%, sendo que 15,3% das crianças apresentaram higiene oral satisfatória, 55,5% higiene oral regular e 29,2% higiene oral deficiente.

Em relação aos motivos de procura a busca por prevenção representou 16,1 %, em relação a busca por tratamento (81,8%), destacamos a cárie dentária como motivo em 27% dos pacientes que procuraram a clínica, má oclusão 24,1%, trauma 3,6%, dor 23,4 %, dente com mobilidade 1,5%, cirurgia 0,7% e patologias orais 1,5%.

Quanto a relação entre os motivos pela procura do serviço e as condições demográficas, hábitos alimentares e cuidados em saúde bucal, houve associação estatisticamente significativa apenas com a variável demográfica, número de moradores por domicílio ( $p = 0,049$ ), conforme ilustrado na tabela 3.

## **DISCUSSÃO**

A realização deste estudo possibilitou conhecer o perfil e a condição de saúde bucal das crianças atendidas na clínica-escola de Odontologia da UFCG. O conhecimento destas variáveis servirá de ferramenta para formação profissional qualificada, orientando as ações de planejamento e desenvolvimento de estratégias odontológicas multidisciplinares contribuindo para elaboração de um atendimento mais direto e eficaz, e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida das crianças assistidas.



É importante salientar que não há evidências de estudos sobre o perfil do paciente infantil atendido na clínica escola da UFCG Campus Patos-PB, e que esse tipo de estudo é indispensável para o planejamento e avaliação em saúde bucal coletiva. As instituições de ensino superior têm a responsabilidade de executar e promover a realização de levantamentos epidemiológicos que possam subsidiar políticas públicas capazes de reverter à condição de saúde da população assistida<sup>11</sup>. Deste modo, é essencial o correto preenchimento das informações solicitadas na ficha clínica dos usuários, exigindo dos docentes a tarefa de supervisionar os alunos no preenchimento do prontuário<sup>5</sup>.

O Curso de Odontologia da UFCG tem pouco mais de sete anos de funcionamento. A disciplina de Clínica Infantil II é ofertada desde novembro de 2012, assim, o universo investigado, foi igual ao total de crianças atendidas desde o início de seu funcionamento até o momento da execução da pesquisa.

Avaliar o perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços públicos de saúde é de extrema importância para o planejamento do atendimento de acordo com a realidade que o paciente se encontra, tornando o tratamento individualizado e otimizando seu prognóstico<sup>12</sup>.

Entre os prontuários analisados, observou-se que a maioria das crianças eram do gênero feminino. Segundo os dados do PNAD-2003, os homens tiveram 20% de chance a mais de nunca terem visitado o dentista quando comparado a mulheres, independente de faixa etária<sup>13</sup>. Alguns autores consideram os fatores psicológicos e maior autopercepção de saúde das mulheres como justificava pela maior procura destas pelos serviços de saúde. Embora o presente estudo tenha as crianças como população alvo, deve-se considerar que a procura dos serviços é dependente da decisão dos pais ou responsável, que, em sua maioria, são as mães<sup>14,5</sup>.

Ao analisar a faixa etária dos pacientes atendidos, obteve-se uma média de 7 anos e 9 meses de idade. O que indica acometimento, principalmente da dentição mista, período onde os molares e incisivos estão em processo de erupção<sup>15</sup>. Resultados semelhantes podem ser observados na literatura, com média de idade foi de  $6 \pm 7,81$  anos<sup>6</sup> e de  $7,6$ <sup>16</sup>.

Analisando a instituição de ensino frequentada pelas crianças, foi observado que a maioria eram alunos de escolas/creches públicas. Observou-se no estudo que as crianças que frequentam a rede pública apresentaram maiores índices de dentes cariados, restaurados e com extração indicada. Nesse sentido, os achados corroboram com os resultados encontrados por Piovesan et al.<sup>17</sup> que encontraram associação significativa entre as variáveis ( $p = 0,008$ ), demonstrando que o tipo de instituição frequentada pelas crianças é um indicativo para avaliar o nível socioeconômico das famílias, sendo viável para estudos epidemiológicos em crianças.

A ocupação dos responsáveis baseou-se na CBO<sup>18</sup>, demonstrando uma frequência maior de cuidadores que são Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados e do lar. Para muitos estudiosos a ocupação dos pais está relacionada com o nível socioeconômico das famílias. É fato que os hábitos de higiene bucal são fatores determinantes nos padrões de saúde bucal e esses cuidados estão relacionados ao nível de instrução e de renda dos indivíduos, o que pode colocar as famílias estudadas em grupos de risco para o desenvolvimento de doenças bucais<sup>19</sup>. Enaltecendo a importância do papel social exercido pela clínica de odontopediatria.

A Clínica Escola onde a pesquisa foi realizada está localizada no Bairro do Jatobá, na periferia da cidade de Patos-PB, e atende principalmente aos seus moradores. Fato que pode ser explicado pela facilidade no acesso geográfico desta. A população residente é composta na sua maioria de grupos socioeconomicamente desfavorecidos<sup>20</sup>.

Na cidade, o atendimento ao público infantil é realizado pela atenção básica nas unidades de saúde da família, no entanto, o serviço ainda é pouco utilizado pelos pais. Dessa forma, apesar do pouco tempo de funcionamento a clínica infantil da UFCG já se tornou referência para o atendimento do público infantil.

Quando investigado os hábitos de higiene oral foi observado que a maioria das crianças realizam três escovações dentárias, no entanto poucas são supervisionadas pelos pais. Observou-se na população estudada elevado número de dentes acometidos por lesões cavitadas e manchas brancas ativas. Segundo a literatura crianças menores de oito anos apresentam limitações psicomotoras, necessitando de orientações e supervisão dos responsáveis até que desenvolva seu controle motor, para escovar os dentes sozinhas e de maneira correta<sup>21</sup>.

O meio mais eficaz de combater a cárie e problemas orais é por meio de uma boa higiene bucal associada ao uso de dentifrício fluoretado, no entanto, neste estudo apesar dos pacientes relatar uso do dentifrício e realizar três escovações dentária, muitas vezes, não é o que acontece na prática diária sendo uma resposta automática na memória dos cuidadores, visto que as crianças apresentaram um alto número de dentes cariados e não tratados.

Avaliando os hábitos alimentares a presente pesquisa, mostrou que as crianças que frequentam a clínica-escola apresentam alto consumo e frequência do uso de alimentos açucarados, o que somado a uma higiene oral insatisfeita pode ser o responsável pelo grande número de dentes cavitados e com manchas brancas ativas. Os resultados obtidos sugerem a necessidade de ações de promoção de saúde, voltada para os cuidadores do público infantil, através de aconselhamento do uso racional do açúcar e de uma alimentação saudável para as crianças. Tinanof<sup>22</sup>, sugere o aconselhamento

dietético para crianças com alto risco/atividade de cárie dentária, desestimulando o consumo de alimentos cariogênicos entre as refeições principais.

No presente estudo, para determinarmos a prevalência de cárie da população alvo foi avaliado o ceo-d e o índice CPO-D<sup>9,3</sup>. Devido ao fato dos índices ceo-d e CPO-D não contabilizarem mancha branca, foi utilizado os critérios de Nyvad et al.<sup>10</sup> onde a unidade de medida utilizada no exame foi o dente e a superfície.

Neste estudo, o ceo-d e CPO-D médio encontrado foi considerado elevado quando se comparou ao ceo-d e CPO-D obtidos no SBBrasil 2010, ou mesmo com os resultados da região Nordeste. Mostrando que as crianças residentes em regiões mais pobres do País apresentam maior prevalência de cárie dentária<sup>3,9</sup>.

Na presente pesquisa, se observou pouca procura por motivos preventivos, refletindo que a busca por tratamento está interligada às condições sociais, tornando-se importante o planejamento de ações de saúde bucal para a infância. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Maia<sup>6</sup> e Uchôa<sup>23</sup> onde a busca por tratamento foi superior a busca por motivos preventivos.

Neste contexto, observou-se no presente estudo associação significativa entre os motivos pela procura do serviço e o número de moradores por domicílio. Na literatura não foi encontrado estudos que associam o número de moradores com os motivos de procura para atendimento odontológico, as principais variáveis associadas foram renda e escolaridade paterna<sup>6</sup>. Esse achado pode indicar que famílias numerosas apresentam maiores dificuldades aos cuidados com a saúde bucal das crianças.

A cárie dentária é um problema de saúde pública, estando presente na maioria da população brasileira, neste estudo foi a principal causa que levou as crianças a procurarem atendimento na clínica Infantil, corroborando com outros estudos<sup>6,24</sup>. Este grande número de dentes cariados na população alvo, do presente estudo, pode ser

explicado pelas condições socioeconômicas e culturais das famílias estudadas, o que afeta diretamente na higiene bucal das crianças <sup>24</sup>.

A alta incidência de dentes cariados não tratados no público infantil que procura atendimento na clínica, do presente estudo, pode ser resultado da dificuldade no acesso a serviços públicos de saúde, bem como o número de profissionais capacitados e dispostos a atender crianças jovens ou ainda negligência por parte dos pais em relação ao cuidado com a saúde bucal <sup>25</sup>. Tornando-se necessário o planejamento de ações que conscientizem os pais sobre a importância da manutenção de uma boa saúde oral tanto na dentição decídua como na permanente, e promover maior qualificação da assistência prestada no serviço público, afim da população mais carente ter acesso a serviços de qualidade.

O perfil demográfico dos usuários da presente pesquisa, reflete a realidade social na qual estão inseridos, sendo a maioria composta por grupos de baixo nível socioeconômico. Segundo Maia<sup>6</sup> é essa a população que têm a menor probabilidade de receberem tratamento odontológico preventivo e/ou curativo precocemente. O que reflete a importância e o papel social da clínica-escola de Odontologia da UFCG.

O presente estudo expõe como limitações o fato de ter sido realizado a partir de prontuários preenchidos por graduandos, apresentando um grande número de dados incompletos, o que reflete a necessidade de implantação de prontuários eletrônicos.

## **CONCLUSÃO**

Os pacientes infantis da Clínica-escola de Odontologia da UFCG são em sua maioria do sexo feminino, na faixa etária entre 7 e 9 anos e, que estudaram em escolas ou creches públicas. Com ocupação predominante materna de dona de casa e paterna de trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, sendo a

maioria residente do bairro Jatobá e composta por grupos socioeconomicamente desfavorecidos.

A busca por tratamento foi superior a busca por motivos preventivos, sendo a cárie dentária o principal motivo pela procura do atendimento. A identificação das necessidades de tratamento e o planejamento das atividades com ênfase na promoção e prevenção em saúde bucal são ações primordiais para o grupo em estudo, permitindo não só a melhora, como também o controle das doenças bucais.

### REFERÊNCIAS

1. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. RGO. 2007; 55(3): 271-274.
2. Peres K, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. Revista de Saúde Pública. 2012; 46(2): 250-258.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Brandini, DA. et al. Caracterização Social dos Pacientes Atendidos na Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2008; 8(2):245-250.
5. Costa CHM, Forte FDS, Sampaio FC. Motivos para consulta e perfil socioeconômico de usuários de uma clínica infantil. Rev Odontol UNESP. 2010; 39(5):285-289.
6. Maia FBM, Sousa ET, Alves VF, Sampaio FC, Forte FDS. Perfil Socioeconômico dos usuários e Motivo de Procura de uma Clínica de Ensino. Rev Cubana Estomatol. 2016; 53(2):17-23.

7. World Health Organization. Oral health surveys. 4 ed. Geneva: basic methods. 1997.
8. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. J. Amer. dent. Ass. 1964 Jan; 68:25-31.
9. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet]. SB Brasil 2003 [citado 03 julho 2017]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>.
10. Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. Caries Res. 1999; 33:252-260.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Brasília: 2001. 43p.
12. Souza PG, Silva MB, Braga AT, Siqueira TP, Gonçalves LC, Soares PV. Avaliação da qualidade do atendimento oferecido na Clínica Integrada da Universidade Federal de Uberlândia. Revista Odontol Bras Central. 2014; 23(66): 140-45.
13. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília – DF, 2011.
14. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008 Jan; 24(1): 150-156.
15. Paschoal MAB, Gurgel CV, Lourenço Neto N, Kobayashi TY, Silva SMB, Abdo RCC, et al. Perfil I de tratamento de urgência de crianças de 0 a 12 anos de idade, atendidas no Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Rev Odontol Clín-Cient. 2010; 9:243-7.
16. Figueiredo PBA, Silva ARQ, Silva AI, Silva BQ. Perfil do atendimento odontopediátrico no setor de urgência e emergência da clínica odontológica do Centro Universitário do Pará – CESUPA. Arq Odontol. 2013 abr/jun; 49(2): 88-95.

17. Pioversan C, Mendes FM, Ferreira FV, Guedes RS, Ardenghi TM. Socioeconomic inequalities in the distribution of dental caries in Brazilian preschool children. *J Public Health Dent.* 2010; 70(4): 319-26.
18. Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002.
19. Aquilante AG. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. *Rev Odontol UNESP.* 2003; 32(1):39-45.
20. Melo AC, Guedes TRF, Jacobino C. O Bairro do Jatobá: um bairro cidade. *COOPEX, Patos-PB.* 2009; 1(1).
21. Slabsinskiene E, Milciuviene S, Narbutaite J, Vasiliauskiene I, Andruskeviciene V, Bendoraitiene EA, et al. Severe early childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. *Medicina (Kaunas).* 2010; 46(2):135-41.
22. Tinanoff N. Association of diet with dental caries in preschool in children. *Dent Clin N Am.* 2005;49(4):725-37.
23. Uchôa EM, et al. Necessidade de Tratamento Odontológico e Perfil de Crianças Atendidas na Clínica de Odontopediatria de uma Instituição de Ensino Superior do Rio de Janeiro. *Rev. Odontol.* 2014; 26(2):127-132.
24. Amorim NA, Silva TRC, Santos LM, Tenório MDH, Reis JIL. Urgência em odontopediatria: Perfil de atendimento da clinica integrada infantil da FOUFAL. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2007; 7(3): 223-7.
25. Seale NS, McWhorter AG, Mouradian WE. Dental Education's Role in Improving Children's Oral Health and Access to Care. *Acad Pediatr.* 2009; 9(6):440-445.



Tabela 1 – Caracterização amostral, Patos PB, 2017.

Variáveis Independentes	Total	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	57	41,6
Feminino	80	58,4
<b>Idade</b>		
0-6	36	26,3
7-9	62	45,3
Acima de 10	39	28,5
<b>Tipo de escola</b>		
Pública	84	61,3
Privada	52	38,0
<b>Estado civil dos pais</b>		
Solteiro	14	10,2
Casado	91	66,4
Viúvo	1	0,7
<b>Ocupação do pai</b>		
Profissionais das Ciências e das Artes	10	7,3
Técnicos de Nível Médio	2	1,5
Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais	26	19,0
Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados	64	46,7
Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca	11	8
Membros das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares	3	2,2
Sem Ocupação	3	2,2
<b>Ocupação da mãe</b>		
Do lar	63	46,0
Profissionais das Ciências e das Artes	7	5,1
Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais	3	2,2
Técnicos de Nível Médio	1	0,7
Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados	40	29,2
<b>Número de moradores por domicílio</b>		
1-5	115	83,9
6 ou mais	22	16,1
<b>Total</b>	137	100

Figura 1 - Distribuição do número de dentes com algum acometimento na cavidade bucal. Patos-PB,2017.

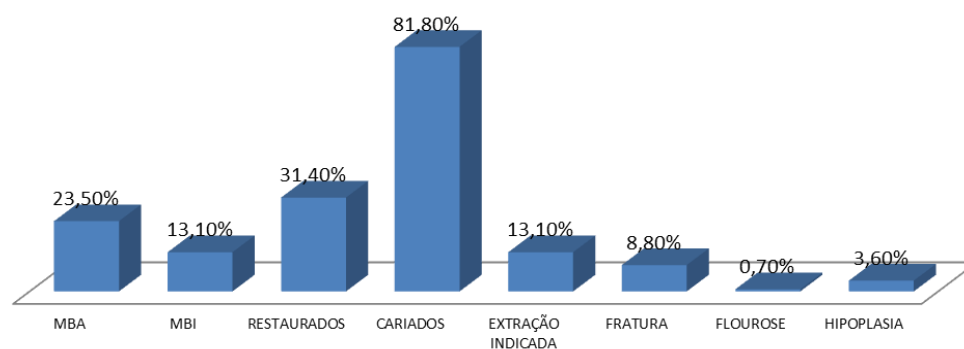


Tabela 2 - Distribuição dos dados referentes aos hábitos alimentares e cuidados em saúde bucal, Patos-PB, 2017.

Variáveis Independentes	Total	
	N	%
<b>Quantidade de creme dental</b>		
Cobrindo toda a escova	56	40,9
Cobrindo 1/2 da escova	37	27,0
Cobrindo ¼ da escova	42	30,7
<b>Frequência de escovação</b>		
1x/dia	19	13,9
2 ou mais x/dia	118	86,1
<b>Escovação supervisionada</b>		
Com supervisão	36	26,3
Sem supervisão	99	72,3
<b>Uso do fio dental</b>		
Sim	29	21,2
Não	108	78,8
<b>Frequência do uso do fio dental</b>		
1x/dia	5	3,6
2 ou mais x/dia	7	5,1
Às vezes	17	12,4
<b>Aleitamento materno</b>		
Sim	118	86,1
Não	14	10,2
<b>Duração do aleitamento materno</b>		
≤1 ano	68	49,6
>1 ano	48	35,4
<b>Uso de mamadeira</b>		
Sim	92	67,2
Não	36	26,3
<b>Duração do hábito do uso de mamadeira</b>		
≤1 ano	10	7,3
>1 ano	81	59,1
<b>Frequência do consumo de guloseimas</b>		
1x/dia	80	58,4

2 ou mais x/dia	48	35,0
<b>Total</b>	137	100,0

**Tabela 3.** Relação dos motivos para a procura do serviço da clínica-escola com as variáveis sociodemográficas, hábitos alimentares e cuidados em saúde bucal Patos-PB, 2017.

Variáveis	Motivos				Valor de p	
	Prevenção		Tratamento			
	N	%	N	%		
<b>Idade</b>	0-6	5	13,9	30	83,0	0,548
	7-9	8	12,9	52	83,9	
	Acima de 10	9	23,1	30	76,9	
<b>Tipo de instituição</b>	Pública	15	1,9	67	79,8	0,776
	Privada	7	13,5	44	84,6	
<b>Número de moradores</b>	1-5	18	15,7	96	83,5	0,049
	6 ou mais	4	18,2	16	72,7	
<b>Frequência de escovação</b>	1x/dia	3	15,8	15	78,9	0,615
	2 ou mais x/dia	19	16,1	97	82,2	
<b>Uso do fio dental</b>	Sim	7	24,1	22	75,9	0,293
	Não	15	13,9	90	83,3	
<b>Frequência do uso do fio</b>	1x/dia	1	20,0	4	80,0	0,411
	2 ou mais x/dia	3	42,9	4	57,1	
	As vezes	3	17,6	14	82,4	
<b>Duração do aleitamento</b>	≤ 1 ano	9	13,2	57	83,8	0,371
	≥ 1 ano	9	18,8	39	81,2	
<b>Duração uso mamadeira</b>	≤ 1 ano	2	20,0	7	70,0	0,203
	≥ 1 ano	17	21,0	63	77,8	
<b>Frequência consumo de açúcar</b>	1x	11	13,8	68	85,0	0,407
	2/+x	9	18,8	37	77,1	

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os pacientes infantis da Clínica-escola de Odontologia da UFCG são em sua maioria do sexo feminino, na faixa etária entre 7 e 9 anos e, que estudaram em escolas ou creches públicas. Com ocupação predominante materna de dona de casa e paterna de trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, sendo a maioria residente do bairro Jatobá e composta por grupos socioeconomicamente desfavorecidos.

A busca por tratamento foi superior a busca por motivos preventivos, sendo a cárie dentária o principal motivo pela procura do atendimento. A identificação das necessidades de tratamento e o planejamento das atividades com ênfase na promoção e prevenção em saúde bucal são ações primordiais para o grupo em estudo, permitindo não só a melhora, como também o controle das doenças bucais.



## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **PERFIL DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA CLÍNICA ESCOLA DE ODONTOLOGIA DA UFCG: CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E FATORES ASSOCIADOS**, sob orientação da Profa. Dra. Luciana Ellen Dantas Costa.

### **1 JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS**

O motivo que nos leva a estudar o problema é a necessidade de conhecer o perfil das crianças atendidas na Clínica-escola de Odontologia da UFCG, campus Patos. A pesquisa se justifica pelo fato de não se ter conhecimento do perfil dos pacientes que procuram o atendimento na clínica-escola, que uma vez conhecida, servirá de ferramenta para a formação profissional qualificada, orientando as ações de planejamento e prevenção, diagnóstico e tratamento, e no desenvolvimento de estratégias odontológicas multidisciplinares contribuindo para a elaboração de um atendimento mais direto e eficaz, baseando-se na necessidade resolutiva da saúde bucal da população assistida. Os dados relativos às condições socioeconômicas, queixa principal, higiene bucal e hábitos alimentares, bem como das condições de saúde bucal serão coletados dos prontuários dos pacientes atendidos na clínica-escola, coletados por um único examinador. Os participantes só serão requisitados uma vez no ato do preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido. Após, os dados serão anotados em uma ficha específica do estudo e analisados para obtenção dos resultados da pesquisa. O local para a coleta dos dados será o arquivo da clínica-escola de Odontologia da UFCG.

### **2 DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS**

A presente pesquisa apresenta riscos ou desconforto mínimos ao paciente, estes: risco de constrangimento, possibilidade de identificação e reconhecimento.

Visando a redução dos riscos, os prontuários serão analisados por um único examinador que garantirá o sigilo das informações coletadas. Os pais/responsáveis serão convidados a preencherem o TCLE, sem interrupção do pesquisador, podendo a qualquer momento esclarecer quaisquer dúvidas quanto a pesquisa. Apenas as iniciais dos nomes serão anotados.

Com a pesquisa será possível obter um diagnóstico situacional quanto ao serviço odontológico prestado na clínica-escola, assim como irá fornecer subsídios teóricos para o planejamento do atendimento possibilitando melhorias quanto a qualidade do serviço prestado.

### **3 FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA**

O participante da pesquisa poderá entrar em contato com a orientadora e qualquer momento durante e depois de assinatura do TCLE para tirar qualquer dúvida a respeito do andamento da pesquisa e de sua participação nesta através dos telefones para contato e e-mail que constam neste termo, no item 6. Caso ocorra algum dano devido a participação na pesquisa, toda a assistência será oferecida ao pesquisado sendo de responsabilidade da pesquisadora.

### **4 GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E SIGILO**

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação do seu filho(a) a qualquer momento. A participação do seu filho(a) é voluntária e a recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade, prejuízo ou perda de benefícios.

A pesquisadora tratará sua identidade com padrões profissionais de sigilo. A entrevista não será gravada, não sendo captada a imagem do pesquisado. Os resultados da pesquisa poderão ser enviados ao Sr(a). e permanecerão confidenciais, conforme sua solicitação. As iniciais do seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de graduação em Odontologia da UFCG e pelo Comitê de Ética. Outra via será fornecida a você após assinatura de todas as partes.

### **5 CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS**

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será oferecida nenhuma compensação financeira adicional. Caso seja comprovado por medidas legais, algum dano imediato ou posterior aos respondentes quanto a participação no estudo, como divulgação dos dados coletados, ou danos à dimensão psíquica, intelectual, social ou cultural, será garantido o direito de indenização por parte do pesquisador.

### **6 DECLARAÇÃO D(O)A PARTICIPANTE:**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora Dra. LUCIANA ELLEN DANTAS COSTA, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e mantidos em sigilo, declarando o esforço que será feito para garantir que a pesquisa e as atividades transcorram com conforto e sem constrangimento.

Em caso de dúvidas poderei falar com a pesquisadora Prof Dra. LUCIANA ELLEN DANTAS COSTA Endereço profissional: Av. Universitária, S/N, Jatobá, CEP 58.708-110, Patos/PB, telefone: 833511-3045, e-mail: [ellendantascosta@yahoo.com.br](mailto:ellendantascosta@yahoo.com.br), ou com o CEP/HUAC – Comitê de ética em pesquisa com Seres Humanos, R- Dr. Carlos Chagas, S/N, São José, Campina Grande\_PB, telefone (83) 2101-5545.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.



Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Professor/orientador	Data

## APÊNDICE B – Questionário

**Nome da criança:**

**Data do 1º atendimento:**

Variáveis independentes	Categorização
Idade (_____)	0. 2-6 1. 7-9 2. 10-12
Sexo	0. Feminino 1. Masculino
Estado civil dos pais	0. Solteiro 1 Casado 2 Divorciado 3 Viúvo
Ocupação do pai.	0 Dirigentes de Organização de Interesse Público e de Empresa e Gerentes 1 Técnicos de Nível Médio 2 Trabalhadores de Serviços Administrativos 3 Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados 4 Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca 5 Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais 6 Trabalhadores de Manutenção e Reparação 7 Membros das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares 8 Estudante 9 Do lar 10 Desempregados
Ocupação da mãe	0 Dirigentes de Organização de Interesse Público e de Empresa e Gerentes 1 Técnicos de Nível Médio 2 Trabalhadores de Serviços Administrativos 3 Trabalhadores dos Serviços, vendedores do Comércio em Lojas e Mercados 4 Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca 5 Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais 6 Trabalhadores de Manutenção e Reparação

	<p>7 Membros das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares</p> <p>8 Estudante</p> <p>9 Do lar</p> <p>10 Desempregados</p>
Tipo de instituição que a criança frequenta	<p>0 Pública</p> <p>1 Privada</p> <p>2 Não estuda</p> <p>3 Não respondeu</p>
Número de moradores por domicílio	<p>0 Um a cinco</p> <p>1 Mais de seis</p> <p>2 Não respondeu</p>
Quem toma conta da crianças?	<p>0 Mãe/pai</p> <p>1 Avôs</p> <p>2 Irmão</p> <p>3 Outros</p> <p>4 Não respondeu</p>
Já utilizou serviço odontológico	<p>0 Sim</p> <p>1 Não</p> <p>2 Não respondeu</p>
Motivo da consulta atual	<p>0 Má oclusão</p> <p>1 Trauma</p> <p>2 Consulta de rotina</p> <p>3 Dor</p> <p>4 Cárie</p> <p>5 Dente com mobilidade</p> <p>6 Cirurgia</p> <p>7 Lesões</p> <p>8 Não respondeu</p>
Motivo da primeira consulta	<p>0 Prevenção</p> <p>1 dentística</p> <p>3 Dor</p> <p>4 Cirurgia</p> <p>5 Ortodontia</p> <p>6 Trauma</p>
Idade da primeira consulta	<p>0 0 a 1 anos</p> <p>1 1 a 2 anos</p> <p>2 2 a 4 anos</p>



	<p>3 5 a 8 anos</p> <p>4 Maiores de 8 anos</p> <p>5 Não respondeu</p>
Escovação dentária	<p>0 Com supervisão do adulto</p> <p>1 Sem supervisão do adulto</p> <p>2 Não responderam</p>
Frequência de escovação dentária	<p>0 1x/dia</p> <p>1 2x/dia</p> <p>2 3x/dia</p> <p>3 Não responderam</p>
Quantidade de creme dental usado	<p>0 Cobrindo toda a escova</p> <p>1 Cobrindo metade da escova</p> <p>2 Cobrindo 1/4escova</p> <p>3 Não sabe</p> <p>4 Não respondeu</p>
Uso do fio dental	<p>0 Sim</p> <p>1 Não</p> <p>2 Não respondeu</p>
Frequência do fio dental	<p>0 1 vez ao dia</p> <p>3 2 ou mais x</p> <p>4 Às vezes</p> <p>5 Não faz uso</p> <p>6 Não respondeu</p>
Uso de bochechos com flúor	<p>0 Sim</p> <p>1 Não</p>
<b>HÁBITOS ALIMENTARES</b>	
Aleitamento materno	<p>0 Sim</p> <p>1 Não</p>
Duração do hábito de aleitamento materno	<p>0 &lt;1 ano</p> <p>1 &gt;1 ano de idade</p> <p>2 Não respondeu</p>
Uso de mamadeira	<p>0 Sim</p> <p>1 Não</p> <p>2 Não respondeu</p>
Uso atual de mamadeira	<p>0 Sim</p> <p>1 Não</p>

	2 Não respondeu
Duração do hábito do uso de mamadeira	0 ≤ 1 ano de idade 1 >1 ano de idade
Escovação após as mamadas e/ ou mamadeiras	0 Sim 1 Não 2 Não respondeu
Conteúdo da mamadeira	0 Mucilon 1 Achocolatado + leite 2 Mingau 3 Leite + açúcar 4 Não usou 5 Não respondeu
Dieta	0 Balas 1 Chiclete 2 Chocolate 3 Refrigerantes 4 Biscoitos 5 Salgadinhos 6 Todos 7 Não responderam
Frequência da dieta	0 1x/dia 1 2x/dia 2 3 ou mais x/dia 3 As vezes 4 Não responderam

RESULTADO IHOS:

RESULTADO CEO:

RESULTADO CPO:

NÚMERO DE DENTES COM MANCHA BRANCA ATIVA:

NÚMERO DE DENTES COM MANCHA BRANCA INATIVA:

NÚMERO DE DENTES RESTAURADOS:

NÚMERO DE DENTES CARIADOS:

NÚMERO DE DENTES FRATURADO:

NÚMERO DE DENTES COM HIPOPLASIA:

NÚMERO DE DENTES COM SELANTES:

NÚMERO DE DENTES COM EXTRAÇÃO INDICADA:

## ANEXO A- NORMAS DA REVISTA

### Itens exigidos para a apresentação dos artigos

- Os artigos enviados para publicação devem ser inéditos e não ter sido submetidos simultaneamente a outro periódico. A Revista de Odontologia da UNESP reserva-se todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com a devida citação da fonte.
- Podem ser submetidos artigos escritos em português ou inglês. O texto em inglês, após aceito para publicação, deverá ser submetido a uma revisão gramatical do idioma por empresa reconhecida pela Revista.
- A Revista de Odontologia da UNESP tem publicação bimestral e tem o direito de submeter todos os artigos a um corpo de revisores, totalmente autorizados para decidir pela aceitação, ou para devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto, e/ou para adaptação às regras editoriais da revista.
- Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor Científico ou do Corpo Editorial.
- As datas do recebimento do artigo, bem como sua aprovação, devem constar na publicação.

### Critérios de análise dos artigos

- Todos os artigos são avaliados, antes de serem enviados aos pareceristas, em software para detecção de plágio. A revista considera inaceitável a prática de plágio. Quando detectado por software a ocorrência de plágio os autores serão informados, com a apresentação do relatório gerado pelo programa utilizado. A revista utiliza o software Turnitin para detecção de plágio. O artigo será imediatamente rejeitado para publicação.
- Os artigos que estiverem de acordo com as normas são avaliados por um Editor de Área, que o encaminha ao Editor Científico para uma análise quanto à adequação ao escopo e quanto a critérios mínimos de qualidade científica e de redação. Depois da análise, o Editor Científico pode recusar os artigos, com base na avaliação do Editor de Área, ou encaminhá-los para avaliação por pares.
- Os artigos aprovados para avaliação pelos pares são submetidos à análise quanto ao mérito e método científico por, no mínimo, dois revisores; mantendo-se sigilo total das identidades dos autores.

- Quando necessária revisão, o artigo é devolvido ao autor correspondente para as alterações, mantendo-se sigilo total das identidades dos revisores. A versão revisada é ressubmetida, pelos autores, acompanhada por uma carta resposta (cover letter), explicando cada uma das alterações realizadas no artigo a pedido dos revisores. As sugestões que não forem aceitas devem vir acompanhadas de justificativas convincentes. As alterações devem ser destacadas no texto do artigo em negrito ou em outra cor. Quando as sugestões e/ou correções forem feitas diretamente no texto, recomendam-se modificações nas configurações do Word, para que a identidade do autor seja preservada. O artigo revisado e a carta resposta são, inicialmente, avaliados pelo Editor Científico, que os envia aos revisores, quando solicitado.
- Nos casos de inadequação da língua portuguesa ou inglesa, uma revisão técnica por um especialista é solicitada aos autores.
- Nos casos em que o artigo for rejeitado por um dos dois revisores, o Editor Científico decide sobre seu envio para a análise de um terceiro revisor.
- Nos casos de dúvida sobre a análise estatística, esta é avaliada pelo estatístico consultor da revista.

#### Correção das provas dos artigos

- A prova final dos artigos é enviada ao autor correspondente através de e-mail com um link para baixar o artigo diagramado em PDF para aprovação final.
- O autor dispõe de um prazo de 72 horas para correção e devolução do original devidamente revisado, se necessário.
- Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Editor Científico considera como final a versão sem alterações, e não são mais permitidas maiores modificações. Apenas pequenas modificações, como correções de ortografia e verificação das ilustrações, são aceitas. Modificações extensas implicam a reapreciação pelos revisores e atraso na publicação do artigo.
- A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.
- A revista tem rigorosa atenção com as normas éticas para realização de pesquisas em animais e em humanos. Os certificados dos Comitês de ética em animais e humanos deverão ser apresentados no momento da submissão do artigo. Em caso de dúvida na documentação apresentada, a revista poderá negar o artigo.
- Forma e preparação de manuscritos

Submissão dos Artigos Todos os manuscritos devem vir, obrigatoriamente, acompanhados da **Carta de Submissão**, do **Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição**, como também da **Declaração de Responsabilidade/Transferência de Direitos Autorais** e da **Declaração de Conflito de Interesse** (documento explicitando presença ou não de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico) assinada pelo(s) autor(es) (modelos anexos).

O manuscrito deve ser enviado em dois arquivos: um deles deve conter somente o título do trabalho e respectivos autores; o outro, o artigo completo sem a identificação dos autores.

A revista cobra a taxa de R\$ 450,00 por artigo aceito para publicação.

Preparação do artigo

Deverão ser encaminhados a revista os arquivos:

1. página de identificação
2. artigo
3. ilustrações
4. carta de submissão
5. cópia do certificado da aprovação em Comitê de Ética (humanos e animais), **Declaração de Responsabilidade/Transferência de Direitos Autorais e Declaração de Conflito de Interesse**

Página de identificação

A página de identificação deve conter as seguintes informações:

- títulos em português e em inglês devem ser concisos e refletir o objetivo do estudo.
- nomes por extenso dos autores (sem abreviatura), com destaque para o sobrenome (em negrito ou em maiúsculo) e na ordem a ser publicado; nomes da instituição aos quais são afiliados (somente uma instituição), com a respectiva sigla da instituição (UNESP, USP, UNICAMP, etc.); cidade, estado (sigla) e país (Exemplo: Faculdade de Odontologia, UNESP Univ - Estadual Paulista, Araraquara, SP, Brasil). Os autores deverão ser de no

máximo 5 (cinco). Quando o estudo for desenvolvido por um número maior que 5 pesquisadores, deverá ser enviada justificativa, em folha separada, com a descrição da participação de todos os autores. A revista irá analisar a justificativa baseada nas diretrizes do "International Committee of Medical Journal Editors", disponíveis em <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>.

- endereço completo do autor correspondente, a quem todas as correspondências devem ser endereçadas, incluindo telefone, fax e *e-mail*;
- *e-mail* de todos os autores.

### Artigo

O texto, incluindo resumo, abstract, tabelas, figuras e referências, deve estar digitado no formato *.doc*, preparado em *Microsoft Word 2007 ou posterior*, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço duplo, margens laterais de 3 cm, superior e inferior com 2,5 cm, e conter um total de 20 laudas. Todas as páginas devem estar numeradas a partir da página de identificação.

### Resumo e Abstract

O artigo deve conter RESUMO e *ABSTRACT* precedendo o texto, com o máximo de 250 palavras, estruturado em seções: introdução; objetivo; material e método; resultado; e conclusão. Nenhuma abreviação ou referência (citação de autores) deve estar presente.

### Descritores/Descriptors

Indicar os Descritores/Descriptors com números de 3 a 6, identificando o conteúdo do artigo, e mencioná-los logo após o RESUMO e o *ABSTRACT*.

Para a seleção dos Descritores/*Descriptors*, os autores devem consultar a lista de assuntos do *MeSH Data Base* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) e os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Deve-se utilizar ponto e vírgula para separar os descritores/*descriptors*, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula.

## Introdução

Explicar precisamente o problema, utilizando literatura pertinente, identificando alguma lacuna que justifique a proposição do estudo. No final da introdução, estabelecer a hipótese a ser avaliada.

## Material e método

Apresentar com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações e possibilitar sua reprodução. Incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes, depois da primeira citação dos produtos, instrumentos, reagentes ou equipamentos. Métodos já publicados devem ser referenciados, exceto se modificações tiverem sido feitas. No final do capítulo, descrever os métodos estatísticos utilizados.

## Resultado

Os resultados devem ser apresentados seguindo a sequência do Material e método, com tabelas, ilustrações, etc. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e de ilustrações possível.

## Discussão

Discutir os resultados em relação à hipótese testada e à literatura (concordando ou discordando de outros estudos, explicando os resultados diferentes). Destacar os achados do estudo e não repetir dados ou informações citados na introdução ou nos resultados. Relatar as limitações do estudo e sugerir estudos futuros.

## Conclusão

A(s) conclusão(ões) deve(m) ser coerentes com o(s) objetivo(s), extraídas do estudo, não repetindo simplesmente os resultados.

## Agradecimentos



Agradecimentos às pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo e agências de fomento devem ser realizadas neste momento. Para o(s) auxílio(s) financeiro(s) deve(m) ser citado o(s) nome(s) da(s) organização(ões) de apoio de fomento e o(s) número(s) do(s) processo(s).

### Ilustrações e tabelas

As ilustrações, tabelas e quadros são limitadas no máximo de 4 (quatro). As ilustrações (figuras, gráficos, desenhos, etc.), são consideradas no texto como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto e indicadas ao longo do Texto do Manuscrito, logo após sua primeira citação com as respectivas legendas. As figuras devem estar em cores originais, digitalizadas em formato tif, gif ou jpg, com no mínimo 300dpi de resolução, 86 mm (tamanho da coluna) ou 180 mm (tamanho da página inteira).

As legendas correspondentes devem ser claras, e concisas. As tabelas e quadros devem ser organizadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto e indicadas ao longo do Texto do Manuscrito, logo após sua primeira citação com as respectivas legendas. A legenda deve ser colocada na parte superior. As notas de rodapé devem ser indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

### Citação de autores no texto

Os autores devem ser citados no texto em ordem ascendente

A citação dos autores no texto pode ser feita de duas formas:

Numérica: as referências devem ser citadas de forma sobrescrita.

**Exemplo:** Radiograficamente, é comum observar o padrão de “escada”, caracterizado por uma radiolucidez entre os ápices dos dentes e a borda inferior da mandíbula.<sup>6,10,11,13</sup>

Alfanumérica:

- um autor: Ginnan<sup>4</sup>

- dois autores: separados por vírgula - Tunga, Bodrumlu<sup>13</sup>
- três autores ou mais de três autores: o primeiro autor seguido da expressão et al. - Shipper et al.<sup>2</sup>

### Referências

Todas as referências devem ser citadas no texto; devem também ser ordenadas e numeradas na mesma sequência em que aparecem no texto. Citar no máximo 25 referências.

Referências à comunicação pessoal, trabalhos em andamento, artigos in press, resumos, capítulos de livros, dissertações e teses não devem constar da listagem de referências. Quando essenciais, essas citações devem ser registradas por asteriscos no rodapé da página do texto em que são mencionadas.

### Princípios éticos e registro de ensaios clínicos

#### Procedimentos experimentais em animais e em humanos

**Estudo em Humanos:** Todos os trabalhos que relatam experimentos com humanos, ou que utilizem partes do corpo ou órgãos humanos (como dentes, sangue, fragmentos de biópsia, saliva, etc.), devem seguir os princípios éticos estabelecidos e ter documento que comprove sua aprovação (protocolo e relatório final) por um Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos (registrado na CONEP) da Instituição do autor ou da Instituição em que os sujeitos da pesquisa foram recrutados, conforme Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

**Estudo em animais:** Em pesquisas envolvendo experimentação animal, é necessário que o protocolo e seu relatório final tenham sido aprovados pelo Comitê de Pesquisa em Animais da Instituição do autor ou da Instituição em que os animais foram obtidos e realizado o experimento.

O Editor Científico e o Conselho Editorial se reservam o direito de recusar artigos que não demonstrem evidência clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao seu julgamento, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou de animais nos trabalhos submetidos a este periódico.

**Ética na Pesquisa:** a Revista de Odontologia da UNESP preza durante todo o processo de avaliação dos artigos pelo mais alto padrão ético. Todos os Autores, Editores e Revisores são encorajados a estudarem e seguirem as orientações do Committee on Publication Ethics - COPE (<http://publicationethics.org>, [http://publicationethics.org/files/International%20standards\\_authors\\_for%20website\\_11\\_Nov\\_2011.pdf](http://publicationethics.org/files/International%20standards_authors_for%20website_11_Nov_2011.pdf), [https://publicationethics.org/files/International%20standard\\_editors\\_for%20website\\_11\\_Nov\\_2011.pdf](https://publicationethics.org/files/International%20standard_editors_for%20website_11_Nov_2011.pdf)) em todas as etapas do processo. Nos casos de suspeita de má conduta ética, está será analisada pelo Editor chefe que tomará providências para que seja esclarecido. Quando necessário a revista poderá publicar correções, retratações e esclarecimentos.

Casos omissos nestas normas são resolvidos pelo Editor Científico e pela Comissão Editorial.

abreviaturas, siglas e unidades de medida

Para unidades de medida, devem ser utilizadas as unidades legais do Sistema Internacional de Medidas.

Medicamentos e materiais

Nomes de medicamentos e de materiais registrados, bem como produtos comerciais, devem aparecer entre parênteses, após a citação do material, e somente uma vez (na primeira).

LINKS:

Sistema de Submissão: <https://mc04.manuscriptcentral.com/rounesp-scielo>