

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

FERNANDA LUCIA DE CAMPOS

**A MALOCLUSÃO E SUA ASSOCIAÇÃO COM
VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, HÁBITOS E
CUIDADOS EM CRIANÇAS DE CINCO ANOS DE
IDADE.**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
APRESENTADA À FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA
UNICAMP PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO
DE MESTRE EM ODONTOLOGIA EM
SAÚDE COLETIVA.**

ORIENTADOR: PROF DR ANTONIO CARLOS PEREIRA

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELO ALUNO E ORIENTADA PELO PROF.DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA**

Assinatura do Orientador

CAMPINAS, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

C15m Campos, Fernanda Lucia de, 1970-
A maloclusão e sua associação com variáveis socioeconômicas, hábitos e cuidados em crianças de cinco anos de idade / Fernanda Lucia de Campos. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Aleitamento materno. 2. Saúde bucal. 3. Saúde pública. I. Pereira, Antonio Carlos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: The malocclusion and its association with socioeconomic variables, habits and care with five years old children

Palavras-chave em Inglês:

Breast feeding

Oral health

Public health

Área de concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Antonio Carlos Pereira [Orientador]

Karine Laura Cortellazzi

Paulo César Pereira Perin

Data da defesa: 19-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 19 de Julho de 2011, considerou a candidata FERNANDA LÚCIA DE CAMPOS aprovada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Antonio CP".

Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Karine Laura Cortellazzi".

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Paulo César Pereira Perin".

Prof. Dr. PAULO CÉSAR PEREIRA PERIN

Dedico este trabalho aos meus pais **Antonio Carlos de Campos** e **Zoraide Longato de Campos** por orientar o meu caminho, feito de lutas e incertezas, mas também de muita esperança.

Ao meu irmão e amigo **Robson Carlos de Campos** pelo apoio e colaboração.

Ao meu filho **Felipe Mackenzie de Campos** pela existência e força para superar a distância e minha ausência em momentos importantes do seu crescimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre estar ao meu lado, me dando força para superar tantos momentos difíceis;

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do seu Diretor, **Prof. Dr. Jacks Jorge Junior**, pelo importante papel na minha formação rumo ao crescimento científico e profissional;

Ao Coordenador do curso e orientador **Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira**, pelos conhecimentos transmitidos, pela amizade, apoio e imensa ajuda na construção deste trabalho;

Às **Profª Drª Gláucia M. B. Ambrosano** e **Profª Drª Karine Laura Cortellazzi**, pela atenção dispensada nos esclarecimentos de minhas dúvidas de estatística, contribuindo significativamente para o enriquecimento desta pesquisa.

Aos professores do curso de pós-graduação pelo conhecimento adquirido;

À **Profª Drª Julie Sílvia Martins** pela amizade, força e incentivo, minha mais profunda gratidão;

Aos meus pais **Antonio Carlos de Campos** e **Zoraide Longato de Campos** pelo suporte e pela imensa colaboração para que eu pudesse realizar este trabalho;

Ao meu irmão **Robson Carlos de Campos** pelo companheirismo;

Ao meu filho **Felipe Mackenzie de Campos** pelo simples fato de existir me traz motivação para continuar;

À **Irmã Drª Monique Marie M. Bourget** e **Drª Vilma Rodrigues Venâncio Moreira** pelo incentivo constante e pela confiança em mim depositada;

Ao **Dr. Sílvio Carlos Coelho de Abreu** pela amizade e cumplicidade;

A todos os **residentes da área de saúde bucal** da Residência Integrada em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Faculdade Santa Marcelina (turma 2005) pelo exemplo de profissionalismo;

A todos os profissionais que estiveram ao meu lado nos diversos locais por onde passei e que ajudaram no meu crescimento pessoal e profissional;

A todos que de forma direta ou indireta colaboraram no complemento deste trabalho.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

Paulo Freire

RESUMO

Avaliar a associação entre a maloclusão e variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas aos hábitos e cuidados em crianças de cinco anos de idade cadastradas em unidades de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, São Paulo. A amostra consistiu de 441 crianças, com cinco anos de idade completos, cadastradas em nove unidades de saúde da família. Durante a fase de levantamento dos dados foram realizados exames bucais e aplicado um questionário estruturado, contendo questões sobre características demográficas, socioeconômicas, relativas à família e ao domicílio, questões sobre internações hospitalares da criança e relativas aos hábitos e cuidados com a mesma. O questionário foi aplicado aos pais e/ou responsáveis no domicílio. Para o exame epidemiológico utilizou-se espelho bucal plano e sonda CPITN, sob luz natural, avaliando-se a presença ou não de maloclusão. A análise dos dados consistiu de análise bivariada pelo teste qui-quadrado seguida de modelo de regressão logística múltipla com significância estatística no nível de 5%. Foi encontrada maloclusão em 41,7% das crianças da amostra. A análise de regressão logística apontou que crianças que usaram chupeta por até 2 anos apresentam 1,24 vezes mais chance de apresentar maloclusão do que as crianças que não utilizaram. Crianças que utilizaram chupeta por mais de 2 anos apresentaram 4,08 vezes mais chance de ter maloclusão do que aquelas que não utilizaram. As crianças que dormem de boca aberta apresentaram 1,72 vezes mais chance de apresentarem maloclusão. Crianças que foram internadas por outros motivos apresentam 5,26 vezes menos chance de apresentar maloclusão que as que foram internadas por alergia ou bronquite. De acordo com o presente estudo, conclui-se que as maloclusões estão fortemente associadas aos hábitos deletérios, principalmente ao uso da chupeta, acometendo igualmente crianças de diferentes níveis socioeconômicos.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Maloclusão; Hábitos deletérios.

ABSTRACT

To evaluate the association between malocclusion and socioeconomic, demographic and related to the habits and care of five years old children registered in family health units in the east area of São Paulo, São Paulo. The sample consisted of 441 five years old children were registered in nine units of family health. During the data collection were performed oral examinations and applied a structured questionnaire containing questions on demographic, socioeconomic, relating to family and home, questions about hospitalizations, habits and care with these children. The questionnaire was administered to parents and / or guardians at home. For the epidemiological survey was used dental mirror and CPITN probe with natural light, by assessing the presence or absence of malocclusion. Data analysis consisted of bivariate analysis by chi-square test followed by multiple logistic regression model with statistical significance at 5%. Malocclusion was found in 41.7% of children in the sample. The logistic regression analysis showed that children who used a pacifier for up to 2 years have 1.24 times more likely to have malocclusion than children who did not use. Children who used a pacifier for more than two years had 4.08 times more likely to have malocclusion than those who did not. Children who sleep in the open mouth showed 1.72 times more likely to have malocclusion. Children who were hospitalized for other reasons have 5.26 times less likely to have malocclusion than those who were hospitalized due to allergies or bronchitis. According to this study, it is concluded that malocclusions are closely associated with deleterious oral habits, especially the use of a pacifier and affects children of different socioeconomic levels.

Keywords: Breastfeeding; Malocclusion; Deleterious oral habits.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CPO-D- Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Equipe de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DA LITERATURA	4
3	PROPOSIÇÃO	11
4	MATERIAL E MÉTODOS	12
5	RESULTADOS	14
6	DISCUSSÃO	17
7	CONCLUSÃO	22
	REFERÊNCIAS	23
	ANEXOS	29

1. INTRODUÇÃO

Entende-se por maloclusão uma relação anormal dos dentes e ossos que assumem um contato indesejável com os elementos do arco antagonista. A etiopatogenicidade da maloclusão é multifatorial, causada por uma interação de fatores hereditários, congênitos, adquiridos, morfológicos, biomecânicos, ambientais, de ordem geral ou local, assim como pela presença hábitos bucais deletérios (Silva Filho *et al.*, 1990).

A oclusão dentária é um complexo formado pelos maxilares, pela articulação temporomandibular e pelos músculos depressores e elevadores da mandíbula (Sadakyio *et al.*, 2004).

Há evidências de que houve aumento significativo nos índices de maloclusão no homem, desde fósseis pré-históricos, crânios antigos e medievais até o homem contemporâneo. Funções como amamentação, respiração, mastigação e deglutição perderam suas características fisiológicas naturais pela falta ou desvio da função correta, causando modificações estruturais no esqueleto humano (Van Der Laan, 1995).

A incidência de casos de maloclusão tem aumentado progressivamente, alcançando um número preocupante. Para que medidas de promoção da saúde e prevenção possam ser efetuadas, torna-se necessário o conhecimento da prevalência das maloclusões através de levantamentos epidemiológicos básicos, os quais oferecem uma base importante para se avaliar a situação atual e as futuras necessidades de cuidados de saúde bucal de uma população (Cavalcanti, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1955), as maloclusões dentárias são o terceiro problema odontológico de saúde pública, após a cárie e a doença periodontal e apresentam uma elevada prevalência, em ambas as dentições – decídua e permanente (Cavalcanti *et al.*, 2008).

Calisti *et al.* (1960) estudaram 491 crianças norte-americanas de três anos e 11 meses e cinco anos e quatro meses e concluíram que a prevalência da maloclusão era de 35%. Alpizar Quintana *et al.* (2009) avaliaram escolares com idades entre oito e nove anos em Cuba, encontrando prevalência de maloclusão em 69,3% das 257 crianças examinadas.

Os dados do primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal nacional a avaliar a maloclusão, realizado em 2002-2003 (Brasil, 2003), apontaram que 36,5% das crianças de cinco anos de idade apresentaram maloclusão. Os dados preliminares da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 (Brasil, 2010), apontaram que 38% das crianças aos doze anos apresentaram problemas de oclusão.

Os estudos epidemiológicos realizados em 2002 pela Secretaria do Estado da Saúde - SP em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e com o Ministério da Saúde apontavam que, cerca de, 45% das crianças de cinco anos encontravam-se acometidas por algum tipo de maloclusão no Estado de São Paulo (SES/SP, 2002). O Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, realizado na cidade de São Paulo em 2009, observou que 43,5% das crianças de cinco anos apresentaram algum tipo de oclusopatia (SMS/SP, 2009).

A prevenção da maloclusão é considerada uma alternativa potencial ao tratamento, uma vez que as mais comuns são condições funcionais adquiridas, atribuídas a dietas pastosas, problemas respiratórios e hábitos bucais deletérios (Tomita, 1996).

Alguns estudos foram desenvolvidos com objetivo de verificar a associação entre os fatores socioeconômicos e as maloclusões. Tomita *et al.* (2000) encontraram associação entre alguns determinantes socioeconômicos, como o trabalho materno e ocupação da pessoa de maior renda no domicílio, com a maior prevalência de sucção de chupeta em pré-escolares, porém não observaram relação entre as condições socioeconômicas e a presença de maloclusões em crianças de 3 a 5 anos de idade, na cidade de Bauru/SP. Rossi *et al.* (2009) avaliaram 415 pré-escolares de Salvador (BA) cobertos pela Estratégia Saúde da Família e encontraram três potenciais indicadores de risco para a maloclusão: existência de mais de três indivíduos menores de 14 anos na residência, hábito de sucção digital e adulto com histórico de uso abusivo de álcool na residência.

Mesmo na ausência de estudos controlados que comprove efetivamente a interferência negativa da chupeta na amamentação, sua utilização tem sido combatida, considerando-se também os demais efeitos deletérios para a saúde da criança, como problemas odontológicos e fonoaudiológicos (Sertorio & Silva, 2005). Além disso, crianças

com hábitos deletérios possuem quatro vezes mais chance de desenvolverem mordida cruzada posterior do que aquelas sem esses tipos de hábitos (Cavalcanti *et al.*, 2006).

A avaliação da maloclusão e da necessidade de tratamento para fins de saúde pública fazem-se necessárias para auxiliar na determinação da prioridade de tratamento nos serviços odontológicos e para planejar os recursos necessários para suprir a demanda existente e potencial para esse tratamento (Cavalcanti *et al.*, 2008).

Com base nessa premissa, o presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre maloclusão e variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas à hábitos e cuidados em crianças de cinco anos de idade cadastradas em nove unidades de saúde da família na zona leste do município de São Paulo, São Paulo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Em 1988, concluiu-se o processo constituinte e foi promulgada a oitava Constituição do Brasil. A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. O artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com esse artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (CONASS 1, 2011). Os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF) foram um passo importante na universalização dos cuidados, principalmente pela universalização do acesso (Santos, 2007).

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição Federal, norteia a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, em conjunto com as propriamente ditas de recuperação. Porém, tem-se consciência que os serviços ainda não estão aptos a oferecer o atendimento a todos. Faz-se necessário estabelecer regras ou critérios de inclusão para que, durante o processo de triagem, os organizadores tenham quesitos na filtragem e selecionem quem deverá receber o tratamento (Hebling *et al.*, 2007).

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (Starfield, 2002).

Starfield (2002) conceitua a atenção primária de saúde como uma orientação do sistema de saúde para assegurar o cuidado longitudinal, centrado na pessoa, para uma população definida, com acessibilidade facilitada, quando o primeiro cuidado é necessário, com integralidade, em que somente manifestações raras ou complexas devem ser referidas para outro nível de atenção, e coordenação, de modo a que todos os aspectos do cuidado (onde quer que seja prestado) sejam integrados. Cuidado integral é a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, seja resolvendo-os, o que pode ocorrer em 85% das situações (Starfield, 1994), por meio da oferta de um conjunto de ações e serviços ou referindo-se aos outros pontos de atenção à saúde.

Para Sawyer *et al.* (2002), a demanda por serviços de saúde resulta da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. O conhecimento do padrão de utilização desses serviços se torna essencial, para que as respostas a essa demanda reflitam decisões equânimes e efetivas em relação aos seus custos.

Para Starfield (2002), “o reconhecimento de um problema (ou de uma necessidade), nos diversos territórios, é passo que precede o processo de planejamento e diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então, será um processo inadequado. Os usuários podem não se queixar de problemas por não estarem cientes deles, ou podem se queixar de uma coisa que mascara outra. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou de uma população”.

A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária e a abordagem é voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes. Uma condição essencial para a integralidade é a atuação interdisciplinar das equipes de saúde: cotidianamente se apresentam nas unidades de saúde e territórios das equipes de atenção

primária à saúde situações cuja complexidade exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas (CONASS 3, 2011).

Na área de saúde bucal também não poderia ser diferente. O estudo das condições de saúde bucal de populações humanas, historicamente, privilegiou aspectos biológicos em relação à ocorrência da cárie dental. Entretanto, nas últimas décadas, pesquisas têm buscado relacionar os modos de vida de determinados grupos, envolvendo aspectos como o nível de renda, a escolaridade e os padrões de consumo, com a situação de saúde bucal. Alguns estudos têm apontado, também, para a importância de fatores associados com o estilo de vida e padrões de comportamento familiar e individual, como decisivos na conformação da epidemiologia dessa enfermidade (Souza *et al.*, 2006).

As informações fornecidas pelos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal possibilitam comparações no tempo e no espaço e avaliações do impacto diferencial de fatores de risco e proteção, bem como, em certa medida, dos programas de saúde relativos aos agravos e condições considerados. Seguindo essa recomendação, o serviço público de saúde no Brasil tem realizado diversos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, com amplitude e periodicidade variada, principalmente a partir de meados dos anos 80. Esses levantamentos têm fornecido a base de informações sobre a qual incursões analíticas têm procurado identificar fatores e condições associados aos principais agravos à saúde bucal (Frias *et al.*, 2004).

Desde o ano de 1970, uma expressiva redução na prevalência da cárie dentária vem ocorrendo na maioria dos países desenvolvidos e no Brasil (Cortellazzi *et al.*, 2009). Apesar disso, cerca de 45% das crianças de cinco anos encontravam-se acometidas por algum tipo de maloclusão no Estado de São Paulo em 2002 (SES/ SP, 2002) e cerca de 43,5% das crianças de cinco anos apresentaram algum tipo de oclusopatia na cidade de São Paulo (SMS/SP, 2009).

Segundo Narvai *et al.* (2000), as distribuições dos valores do CPO-D apontam, por outro lado, para a importância de se identificar grupos populacionais epidemiologicamente mais vulneráveis, dando-se ênfase aos procedimentos coletivos nos locais onde esses índices se apresentam mais elevados. Onde o quadro epidemiológico se encontra, de modo geral, controlado, as ações coletivas devem ser compatíveis com essa situação e o enfoque

das ações direcionado aos grupos de risco. Em conclusão, num contexto socioeconômico e sanitário bastante adverso, foi possível, num período de cerca de três décadas, conter o avanço da cárie dentária na população escolar de uma metrópole do porte de São Paulo e produzir um expressivo declínio em sua prevalência e severidade. Isso vem sendo possível em razão das ações desenvolvidas por órgãos públicos (fluoretação de águas e programas preventivos, p.ex.) e por empresas privadas (adicionando flúor aos dentifrícios, p.ex.). Cabe destacar o papel desempenhado pela fluoretação das águas de abastecimento público, sobretudo porque sua implantação, em 1985, resultou na superação de muitas dificuldades técnico-sanitárias e políticas, tendo sido de extrema complexidade o processo de tomada de decisão em favor dessa medida.

Moyers (1991) apontou a cárie dentária como a principal causa isolada de maloclusão localizada. A cárie pode desenvolver-se até ocasionar a perda dentária. Ao se perder um dente decíduo precocemente, pode haver a perda do espaço para seu sucessor permanente ou o retardo da irrupção do mesmo, em função da formação de tecido ósseo acima do germe do permanente. Portanto, se justifica a implementação de medidas de promoção de saúde desde a gestação.

Durante as últimas décadas, tem ocorrido uma demanda crescente por tratamento ortodôntico, a qual pode ser atribuída a uma série de razões, tais como a melhora geral na saúde bucal em reflexo ao declínio da cárie dentária, maior consciência e expectativa com relação à saúde bucal e, finalmente, uma maior disponibilidade de tratamento odontológico. Algumas áreas de abrangência dentro do setor odontológico público do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentam perfil epidemiológico semelhante ao panorama citado, onde as doenças cárie e periodontais encontram-se controladas ou com baixa prevalência, apresentando condições de ampliar a oferta de seus serviços, podendo estender a atenção para as anomalias oclusais (Hebling *et al.*, 2007).

Adicionalmente, alguns estudos têm demonstrado que a condição socioeconômica apresenta influência sobre o peso ao nascer, doenças respiratórias, aleitamento materno e dificuldades de acesso aos serviços odontológicos. Estas variáveis devem ser melhor avaliadas, de forma a estabelecer como os fatores socioeconômicos podem influenciar a maloclusão através de hábitos bucais, fatores psicológicos e padrões de doenças gerais. Os

hábitos bucais, por sua vez, podem ser influenciados, assim como outros comportamentos, por alguns fatores sociais, como emprego da mãe, inicialmente pelo padrão de aleitamento, tempo que a criança permanece na escola (período integral ou parcial), renda familiar, algumas doenças respiratórias e problemas de fala, entre outros (Tomita *et al.*, 2000).

A maloclusão pode causar impacto estético nos dentes e na face e impacto nas atividades diárias (fala e fonação, mastigação, respiração, postura) dos indivíduos, especialmente as crianças que estão em fase de socialização, podendo ser causa de baixa autoestima (Alves *et al.*, 2009).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) não assiste efetivamente problemas de oclusão. Como uma parcela significativa da população depende exclusivamente desse sistema público, é esperado que muitos pacientes portadores de maloclusões não estejam sendo assistidos (Brito *et al.*, 2009). Em ortodontia, a relação custo-efetividade em serviços de saúde com financiamento público é de interesse para os gestores porque os recursos são finitos (Deans *et al.*, 2009).

Considerando-se a alta prevalência de desnutrição e maloclusões na população infantil e a ausência de investigações que explorem a associação entre ambas, bem como os sérios transtornos à saúde ocasionados por tais problemas de saúde, com sequelas para a vida adulta, e, ainda, o alto custo do tratamento ortodôntico dispensado aos portadores de apinhamento dentário, Thomaz & Valença (2009) avaliaram a relação entre o déficit antropométrico infantil e apinhamento dentário na dentição decídua, porém a associação entre desnutrição e apinhamento dentário só foi verificada após a identificação da variável sucção de chupeta como modificadora de efeito, o que permitiu uma investigação mais acurada a partir da consideração da heterogeneidade do efeito na população.

Os hábitos mais frequentes entre as crianças, especialmente na primeira infância, são os de sucção de chupeta, por ser um fator cultural, quando pode ser observado que no nordeste do Brasil é denominado “consolo”. A chupeta pode exercer sua função importante na sucção não nutritiva, mas deve ser desencorajada a partir do segundo ano de vida. Em função de poder ser fator desencadeante de maloclusões, especialmente mordida aberta anterior, que se não for abandonado o hábito, pode se perpetuar os problemas oclusais para a dentadura permanente (Alves *et al.*, 2009).

Para Susina *et al.* (2005), apesar da importância do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e a sociedade, as taxas de amamentação no Brasil são baixas, em especial a da amamentação exclusiva. Para modificar essa realidade são necessárias ações que promovam essa prática, as quais devem contemplar fatores que interferem na amamentação, pois é sabido que o aleitamento materno, apesar de biologicamente determinado, é influenciado por fatores sociopsicoculturais. Entre esses fatores, encontram-se a opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, incluindo as avós maternas e/ou paternas da criança. No estudo, ficou evidenciado que as avós podem influenciar negativamente na amamentação, tanto na sua duração quanto na sua exclusividade. Sendo o aleitamento materno um processo altamente influenciado pela cultura, é preciso desenvolver estratégias de promoção dentro de um contexto cultural adequado à população-alvo.

Assim, tendo como base os resultados do estudo, pode-se afirmar a importância da inclusão das avós em programas de promoção do aleitamento materno. Elas podem expor suas crenças e os seus sentimentos com relação à amamentação e receber novas informações. Dessa forma, as avós estarão mais preparadas para exercer influência positiva para uma amamentação bem-sucedida de suas filhas ou noras. Para Alves *et al.* (2009), faz-se necessária a implementação de políticas públicas para prevenção e tratamento ortodôntico nas crianças.

Segundo Hebling *et al.* (2008), pode-se sugerir que programas de prevenção e interceptação ortodôntica devam ser implementados com o objetivo de manter o equilíbrio do desenvolvimento orofacial e/ou reestabelecer a normalidade dos padrões de crescimento.

A literatura contemporânea relata pesquisas, opiniões e experiências clínicas relacionadas ao tratamento precoce das maloclusões e tem divulgado as vantagens e desvantagens da abordagem preventiva e interceptora. As pretensões do tratamento precoce parecem claras, incluindo a eliminação dos fatores etiológicos da maloclusão e a prevenção da progressão das desarmonias dentárias, esqueléticas e funcionais. Obtendo-se um ambiente dentofacial mais favorável, guiando a irrupção dentária para posições normais nos arcos e reduzindo as discrepâncias esqueléticas por meio de redirecionamento do

crescimento facial, pode-se minimizar ou até mesmo eliminar a necessidade de tratamentos complexos durante a dentição permanente (Hebling *et al.*,2007).

3. PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre maloclusão e variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas à hábitos e cuidados em crianças de cinco anos de idade cadastradas em nove unidades de saúde na zona leste do município de São Paulo.

4. MATERIAL E MÉTODOS

ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina de acordo com o Of.005/CEP FASM/05 (ANEXO 1).

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os dados foram obtidos em um levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em nove Unidades de Saúde da Família (USF) da zona leste do município de São Paulo que receberam residentes da área de saúde bucal da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina, durante o ano de 2005. Naquele ano, a Estratégia Saúde da Família estava implantada em dez unidades na área de abrangência do parceiro Santa Marcelina, porém apenas nove destas unidades receberam os residentes, que foram: USF A E Carvalho; USF Parque Santa Rita; USF Jardim Campos; USF Fanganiello; USF Jaraguá; USF Vila Nova Curuçá; USF Curuçá Velha; USF Thércio Ventura e USF Dom João Nery. Nestas USF haviam 2.436 cadastrados nas idades-índice de 5, 12, 18, 40 e 70 anos de idade. Essas unidades estão localizadas em regiões de alta necessidade de saúde pelo Índice de Necessidades de Saúde (INS final) por Distrito Administrativo do Município de São Paulo - Distribuição segundo níveis de necessidade de saúde em sua 3ª edição de junho de 2008 que possibilita a identificação de áreas e grupos populacionais a serem priorizados para a oferta de serviços de saúde na cidade de São Paulo (ANEXO 2).

AMOSTRA

Todas as 711 crianças de cinco anos de idade cadastradas pelas equipes de saúde da família onde os residentes atuavam foram convidadas a participar do estudo, porém participaram efetivamente do estudo 62% das crianças, ou seja, 441 que apresentaram cinco anos de idade completos em 1 de abril de 2005 como critério de inclusão. As demais perdas foram decorrentes da não aceitação pelos pais e/ou responsáveis para participação no estudo.

COLETA DE DADOS

Durante a fase de levantamento dos dados foram realizados exames bucais e entrevistas com os responsáveis nos domicílios. A entrevista foi realizada através da

aplicação de questionário estruturado contendo questões sobre as características demográficas, socioeconômicas, relativas à família e ao domicílio, questões sobre internações hospitalares da criança e relativas aos hábitos e cuidados com a mesma (ANEXO 3).

Os exames bucais foram realizados logo após a entrevista (ANEXO 4). Os códigos e critérios utilizados para o diagnóstico da maloclusão foram os recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua versão de 1987 (WHO, 1987), modificado pela Faculdade de Saúde Pública da USP em 1996. Utilizou-se espelho bucal plano e sonda CPITN (sonda periodontal) sob luz natural.

CALIBRAÇÃO

A calibração dos profissionais foi feita através da técnica do consenso. As concordâncias foram calculadas através do coeficiente de Kappa, sendo a concordância interexaminador encontrada de $K=0,94$ ($IC_{95\%}(Kappa)= [0,93; 0,95]$).

Os reexames, para o cálculo das concordâncias intra-examinadores, foram realizados durante a coleta de dados. Foram analisadas 27 fichas de reexame, que corresponderam a 6% do total de examinados e a concordância intra-examinador apresentou coeficiente $Kappa=0,98$ ($IC_{95\%}(Kappa)= [0,97; 0,98]$).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para verificar a associação entre a variável dependente (maloclusão) com as variáveis independentes (características demográficas, socioeconômicas e relacionadas à hábitos) foi realizada análise bivariada pelo teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher ao nível de significância de 5%. A seguir, as variáveis que apresentaram valores de $p < 0,20$ foram testadas no modelo de regressão logística múltipla com procedimento stepwise estimando os Odds Ratio (OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança. As variáveis que permaneceram no modelo com $p \leq 0,05$ foram consideradas indicadores de risco para maloclusão. Todos os testes estatísticos foram realizados pelo programa SAS (2001).

5. RESULTADOS

A taxa de resposta para o estudo foi de 62% e a amostra foi constituída de 441 crianças. A Tabela 1 apresenta a distribuição da população de estudo de acordo com algumas características demográficas e a prevalência de maloclusão. Observa-se que houve predominância do sexo feminino (53,1%) e do grupo étnico referido como brancos (46,7%). A prevalência de maloclusão observada foi de 41,7%.

Tabela 1 - Distribuição do número e proporção (%) da população estudada segundo o sexo, grupo étnico e a presença de maloclusão. São Paulo, SP, 2005.

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo	Feminino	234	53,1
	Masculino	207	46,9
Grupo étnico	Amarelo	5	1,1
	Branco	206	46,7
	Indígena	3	0,7
	Negro	60	13,6
	Pardo	167	37,9
Oclusão	Normal	257	58,3
	Maloclusão leve	101	22,9
	Maloclusão moderada/ severa	83	18,8
Presença de maloclusão	Não	257	58,3
	Sim	184	41,7
Total		441	100,0

A Tabela 2 apresenta a análise bivariada pelo teste de χ^2 para associação da maloclusão e características demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos hábitos e cuidados com a criança.

Tabela 2 – Análise bivariada pelo teste de Qui-quadrado para associação da maloclusão e características demográficas, socioeconômicas e relacionadas à hábitos e cuidados com a criança. São Paulo, 2005.

Variável	Categorias	Com				OR bruto	IC 95%	p
		Sem maloclusão		maloclusão				
		n.	%	n.	%			
Sexo	Feminino	144	61,5	90	38,5	ref		
	Masculino	113	54,6	94	45,4	1,33	0,92-1,94	0,1397
Renda	> 2 SM	100	58,8	70	41,2	ref		
	> 1SM até 2 SM	87	53,4	76	46,6	1,24	0,81-1,92	0,3727
	Até 1SM	50	64,1	28	35,9	0,80	0,46-1,39	0,5159
Densidade no domicílio	Até 1 ind./cômodo	117	60,3	77	39,7	ref		
	> 1 ind./cômodo	140	56,7	107	43,3	1,16	0,79-1,70	0,4430
Tipo de escola	Não vai à escola	114	52,5	103	47,5	ref		
	Escola pública	132	63,2	77	36,8	0,64	0,44-0,95	0,0339
	Escola privada	10	71,4	4	28,6	0,44	0,13-1,45	0,2724
Escolaridade da mãe	Não estudou	14	73,7	5	26,3	ref		
	Até 4 anos	56	59,6	38	40,4	1,90	0,63-5,71	0,3701
	5 a 8 anos	78	51,3	74	48,7	2,65	0,91-7,74	0,1096
	9 a 11 anos	93	62,4	56	37,6	1,68	0,57-4,93	0,4786
	> 11 anos	13	65,0	7	35,0	1,50	0,38-5,95	0,8101
Mãe trabalha	Não	162	62,5	97	37,5	ref		
	Sim	94	52,2	86	47,8	1,52	1,04-2,25	0,0309
Número de irmãos	Nenhum	53	66,2	27	33,8	ref		
	1 irmão	85	59,9	57	40,1	1,31	0,74-2,33	0,4246
	2 ou mais irmãos	118	54,4	99	45,6	1,64	0,96-2,81	0,0883
Tipo de parto	Normal	170	59,6	115	40,4	ref		
	Cesárea	81	56,3	63	43,8	1,14	0,76-1,72	0,5680
	Fórceps	5	55,6	4	44,4	1,18	0,31-4,50	0,9215
Mamou no peito	6 meses ou mais	146	64,6	80	35,4	ref		
	menos de 6 meses	110	52,1	101	47,9	1,67	1,14-2,46	0,0082
Quem cuida	Mãe	172	59,3	118	40,7	ref		
	Creche	3	27,3	8	72,2	3,88	1,01-14,95	0,0714
	Outros	81	58,7	57	41,3	1,02	0,68-1,55	0,9875
Dorme de boca aberta	Não	126	64,0	71	36,0	ref		
	Sim	86	50,0	86	50,0	1,77	1,17-2,69	0,0068
Uso de chupeta	Não usou	130	70,3	55	29,7	ref		
	Usou até 2 anos	87	64,4	48	35,6	1,30	0,81-2,09	0,3268
	Usou além dos 2 anos	39	32,8	80	67,2	4,84	2,95-7,96	<0,0001
Uso de mamadeira	Não usou	83	60,6	54	39,4	0,70	0,45-1,11	0,1614
	Usou até 2 anos	82	64,6	45	35,4	0,59	0,37-0,95	0,0392
	Usou além dos 2 anos	91	52,0	84	48,0	ref		
Foi internada	Não	173	58,4	123	41,6	ref		
	Sim	83	58,0	60	42,0	1,01	0,68-1,52	0,9359
Motivo da internação	Nunca foi internada	173	58,8	121	41,2	0,36	0,16-0,82	0,0198
	Alergia/bronquite	10	34,5	19	65,5	ref		
	Outros motivos	73	62,9	43	37,1	0,31	0,13-0,73	0,0105
Foi ao dentista	Sim	178	58,0	129	42,0	ref		
	Não	79	59,0	55	41,0	0,96	0,64-1,45	0,8486

Nota: OR= Odds Ratio

IC= Intervalo de confiança

De acordo com a tabela 2, observa-se que as variáveis: escola pública ($p=0,0339$), mãe que trabalha ($p=0,0309$), mamou no peito menos de 6 meses ($p=0,0082$), dorme de boca aberta ($p=0,0068$), uso de chupeta além dos 2 anos ($p<0,0001$), uso de mamadeira até 2 anos ($p=0,0392$) e nunca foi internada ($p=0,0198$) e internada por outros motivos ($0,0105$) tiveram associação significativa com maloclusão. A análise de regressão logística múltipla é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Regressão logística da presença de maloclusão em função das características demográficas, socioeconômicas e relacionadas à hábitos e cuidados com a criança. São Paulo, SP, 2005

Variável	Categorias	Com maloclusão		OR ajustado	IC 95%	p
		n	%			
Uso de chupeta	Não usou	55	29,7	ref		
	Usou até 2 anos	48	35,6	1,24	0,73-2,09	0,0478
	Usou além dos 2 anos	80	67,2	4,08	2,34-7,09	<0,0001
Dorme de boca aberta	Não	71	36,0	ref		
	Sim	86	50,0	1,72	1,10-2,70	0,0177
Motivo da internação	Nunca foi internada	121	41,2	0,25	0,09-0,68	0,0616
	Alergia/bronquite	19	65,5	ref		
	Outros motivos	43	37,1	0,19	0,06-0,55	0,0042

Nota: OR= Odds Ratio
IC= Intervalo de confiança

Crianças que usaram chupeta por até dois anos apresentam 1,24 vezes mais chance de apresentar maloclusão que as crianças que não utilizaram ($p=0,0478$). Crianças que utilizaram chupeta por mais de dois anos apresentaram 4,08 vezes mais chance de ter maloclusão do que aquelas que não utilizaram ($p<0,0001$). As crianças que dormem de boca aberta apresentaram 1,72 vezes mais chance de apresentarem maloclusão ($p=0,0177$). Crianças que foram internadas por outros motivos apresentam 5,26 vezes menos chance de apresentar maloclusão que as que foram internadas por alergia ou bronquite ($p=0,0042$).

6. DISCUSSÃO

Tomando por base a amostra do presente trabalho e analisando inicialmente a associação significativa com as variáveis estudadas verificou-se que o tipo de escola que a criança frequenta, obteve associação estatística com a maloclusão ($p=0,0339$), corroborando com o encontrado por Freire *et al.* (2010) entre o tipo de estabelecimento de ensino frequentado pelos escolares de 12 anos de Goiânia e todas as condições bucais analisadas. De certo modo, fica clara, portanto, a iniquidade da situação de saúde bucal da população brasileira, refletida na diferença significativa entre os dois tipos de escola. Essa diferença parece também refletir o difícil acesso a assistência odontológica, decorrente da oferta limitada de serviços públicos e do alto custo da prática privada para grande parte da população (Freire *et al.*, 2010).

No presente estudo, a variável trabalho da mãe foi associada de uma forma estatisticamente significativa com a maloclusão ($p=0,0309$), evidenciando a possibilidade de que o trabalho remunerado das mães as distancia de seus filhos, os quais buscam, de alguma maneira, uma compensação emocional que se traduz na continuidade de hábitos bucais após os três anos de idade (Tomita *et al.*, 2000).

Observou-se que as crianças que mamaram menos de 6 meses no peito, apresentaram maior risco de ter maloclusão ($p=0,0082$), corroborando com o encontrado por Almeida *et al.* (2009) e Rochelle *et al.* (2010), pois crianças que começam a receber aleitamento artificial mais cedo adquirem mais facilmente hábitos bucais nocivos do que aquelas que recebem aleitamento natural por mais tempo (Silva, 2006). O tempo de amamentação exclusiva mostrou influenciar a presença de hábitos deletérios bucais, segundo Rochelle *et al.* (2010), pois a criança amamentada no seio materno desde o nascimento poderá ter um desenvolvimento harmonioso da face, contando com vedamento labial e respiração nasal (Barbosa *et al.*, 2009).

A variável dormir de boca aberta foi significativa na análise de regressão logística, apontando maior risco de desenvolvimento de maloclusão ($p=0,0068$), corroborando com o encontrado por Castro *et al.* (2008) e Imbaud *et al.* (2006), fato este que pode estar

intimamente ligado ao hábito da respiração bucal. A respiração bucal altera o crescimento e desenvolvimento normal da face e oclusão dos dentes, em função do desequilíbrio que ela provoca nas relações entre os três sistemas de tecidos: muscular, ósseo e dental (Barbosa *et al.*, 2009). A maioria dos respiradores bucais é portador de maloclusão, sendo a mordida aberta anterior, associada a algum tipo de hábito deletério, a mais frequente (Alves Pinto, 2004).

A análise de regressão logística apontou que as crianças que dormem de boca aberta apresentaram 1,72 vezes mais chance de apresentarem maloclusão. O estudo de Hebling *et al.* (2008), revelou que a presença de deglutição atípica ou de respiração bucal foram indicadores de mordida aberta, que não pode ser autocorrigida e segundo Cattoni *et al.* (2007), as características posturais e morfológicas do sistema estomatognático estudadas nas crianças respiradoras orais apresentaram a mesma frequência com o avançar da idade.

No presente estudo, as crianças que chuparam chupeta por mais de 2 anos foram as que apresentaram maior risco de apresentar maloclusão, de forma estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), corroborando com o encontrado por Mendes *et al.* (2008), Sousa *et al.* (2004), Peres *et al.* (2007) e Rochelle *et al.* (2010), muito provavelmente pela inserção de um hábito não nutritivo para suprir a falta ou suspensão da amamentação (Rossi *et al.*, 2009) porque os hábitos, considerados como causa frequente da instalação de maloclusões, são padrões de contração muscular aprendidos, de natureza muito complexa, que, por ser tantas vezes praticado, torna-se inconsciente e passa a ser incorporado à personalidade (Silva, 2006).

Neste estudo, o uso de chupeta permaneceu no modelo de regressão logística, apontando que crianças que usaram chupeta por até dois anos apresentam 1,24 vezes mais chance de ter maloclusão do que as crianças que não utilizaram, além disso, crianças que utilizaram chupeta por mais de dois anos apresentaram 4,08 vezes mais chance de ter maloclusão do que aquelas que não utilizaram. Segundo Victora *et al.* (1997), a frequência do uso de chupetas em crianças brasileiras é bastante elevada. Dados de 1993, em Pelotas, no Estado do Rio Grande do Sul, mostravam que 50% das mulheres já a possuíam antes mesmo de irem para a maternidade. Além disso, sete em cada 10 crianças já usavam a chupeta na primeira semana de nascimento. Para Sertorio & Silva (2005), é possível pensar

que as normas institucionais que buscam desencorajar o uso da chupeta, a partir de uma retórica profissional e científica, não estão atingindo seu objetivo, pois esbarram nas concepções da comunidade atendida, que superam as proibições e mantêm suas razões para a oferta desse artefato. Por outro lado, indicam também a necessidade de desenvolver um modelo assistencial que contemple e acolha as necessidades maternas de sentirem-se seguras no manejo e cuidado com o filho, para que ela encontre no sistema de saúde o apoio que necessita.

O fato de a criança usar mamadeira além dos 2 anos de idade também se apresentou associado à presença de maloclusão ($p=0,0392$), corroborando com o encontrado por Almeida *et al.* (2009) e Rochelle *et al.* (2010), podendo ser atribuído também a aspectos socioculturais sobre o aleitamento natural (Rochelle *et al.*, 2010). Assim, os resultados deste estudo mostraram que o uso da mamadeira, mesmo entre crianças que receberam aleitamento materno, interfere negativamente sobre o desenvolvimento orofacial (Carrascoza *et al.*, 2006).

Grande parte dos estudos encontrados associaram os hábitos deletérios (chupar chupeta, tomar mamadeira, chupar dedo, onicofagia e morder objetos) à maloclusão (Mendes *et al.*, 2008; Cavalcanti *et al.*, 2007; Calisti *et al.*, 1960).

A análise de regressão logística apontou que crianças que foram internadas por outros motivos apresentam 5,26 vezes menos chance de ter maloclusão do que aquelas que foram internadas por alergia ou bronquite. Segundo Carrascoza *et al.* (2006) a falta de função da língua faz com que ela repouse sobre o arco inferior, permite que o ar entre pela boca, comprometendo a respiração nasal. Por outro lado, segundo Maciel & Leite (2005), inúmeros efeitos secundários são estabelecidos em função de alguma alteração no processo respiratório. Portanto, é fundamental a intervenção precoce nas vias aéreas superiores, eliminando a obstrução respiratória com consequente reabilitação desta função. Em decorrência disso, é essencial a visão integral do paciente e a integração de uma equipe multidisciplinar para se alcançar uma reabilitação eficaz.

O presente estudo apresentou prevalência de 41,7% de maloclusão para crianças de cinco anos de idade, abaixo da prevalência de 71,6% encontrada por Sadakyio *et al.* (2004) em Piracicaba e de 95,7% por Rochelle *et al.* (2010) em São Pedro. Porém, semelhante à

prevalência de 49% encontrada por Frazão *et al.* (2004) em São Paulo (mesmo município do estudo) e 36,5% do Projeto SB Brasil (2003). A falta de um índice específico para registrar e mensurar problemas oclusais nessa faixa etária pode ser a explicação para essas diferenças de percentual entre as pesquisas (Rochelle *et al.* 2010).

Observou-se, no presente estudo, predominância do sexo feminino (53,1%), semelhante aos 57,8% encontrados por Suliano *et al.* (2007) em escolares de Camaragibe (PE), diferentemente do estudo de Alpizar Quintana *et al.* (2009) com escolares de Cuba, onde encontraram 50,2% de predominância do sexo masculino.

Quando avaliadas algumas características socioeconômicas, tais como: renda familiar, densidade no domicílio, escolaridade da mãe e número de irmãos, os dados corroboram com o encontrado por Martins (1998) onde ficou evidente de que o perfil da ausência ou a presença da maloclusão nos escolares foi o mesmo segundo a faixa de renda familiar.

Sob o aspecto social e cultural das doenças, as maloclusões podem ser incluídas entre as alterações bucais que mais interferem na qualidade de vida da população, pois afetam a estética facial, causam prejuízos à mastigação, fala, interação social e diminuem o sentido de bem-estar (Maciel & Kornis, 2006). Entende-se, portanto, que as maloclusões, sobretudo aquelas que demandam alta necessidade de tratamento ortodôntico, têm-se mostrado bastante prevalentes, evidenciando-as como um grande problema de saúde pública (Suliano *et al.*, 2007).

Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno e direcionadas às crianças nos primeiros anos de vida são essenciais para a redução dos índices de maloclusão. Essas atividades poderiam ser iniciadas desde a concepção, com o acompanhamento no pré-natal, incluindo medidas de promoção de saúde na gestação e orientação quanto aos cuidados bucais nos bebês, inserindo-os precocemente na atenção à saúde bucal e promovendo saúde (Alves *et al.*, 2009).

Desde meados de 1998, com a inserção das primeiras equipes de saúde bucal no PSF no município de São Paulo, a APS Santa Marcelina tem como uma das prioridades a atenção à saúde das gestantes e das crianças de zero a cinco anos de idade.

Em 2007, a área técnica de saúde bucal do município de São Paulo apresentou o Projeto Cárie Zero com o objetivo principal de implementar na rede básica de saúde ações de saúde bucal integradas àquelas desenvolvidas pelo Programa Mãe Paulistana para promoção da saúde, diagnóstico, prevenção e tratamento precoce das doenças bucais de maior prevalência e das alterações orofaciais no desenvolvimento da primeira dentição e durante a dentição mista, além de desenvolver um programa de educação, orientação assistencial para gestantes, incluindo conhecimentos básicos para a prevenção das doenças bucais de maior prevalência (SMS/SP, 2007).

7. CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia empregada no presente estudo, conclui-se que as maloclusões estão fortemente associadas aos hábitos deletérios, principalmente ao uso da chupeta, acometendo igualmente crianças de diferentes níveis socioeconômicos. Ações de promoção da saúde, com foco nos fatores determinantes e condicionantes dessas anomalias craniofaciais, são essenciais para a melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Almeida, F.L.; Silva A.M.T.; Serpa, E.O. **Respiração oral: má oclusão e hábitos.** Rev. CEFAC. 2009 Jan-Mar; 11(1): 86-93
2. Alpizar Quintana, R.; Moráquez Perelló, G.; Segué Hernández J.; Montoya Lage, A.L.; Chávez González, Z. **Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado.** MEDISAN, Santiago de Cuba, v. 13, n. 6, dic. 2009. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192009000600011&lng=es&nrm=iso>. accedido en 30 marzo 2011.
3. Alves, J. O; Forte, F. D. S.; Sampaio, F. C. **Condição socioeconômica e prevalência de más oclusões em crianças de 5 e 12 anos na USF Castelo Branco III: João Pessoa/Paraíba.** Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial, Maringá, v. 14, n. 3, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192009000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2011.
4. Alves Pinto, L.C. **Respiração Bucal e a Maloclusão Mordida Aberta: Relação, Forma e Função,** 2004, 36p. – Trabalho de conclusão de curso (Residência em Ortodontia e Ortopedia funcional dos maxilares) – ABO – Taubaté, SP.
5. Barbosa, R.W.; Oliveira, A.E.; Zandonade, E. **Fatores associados ao surgimento da respiração bucal nos primeiros meses do desenvolvimento infantil.** Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(2): 237-248.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Condições de saúde bucal da população brasileira.** Brasília, DF, 2004 Projeto SB Brasil, 2003.
7. Brito, D. I.; Dias, P. F.; Gleiser, R. **Prevalência de más oclusões em crianças de 9 a 12 anos de idade da cidade de Nova Friburgo (Rio de Janeiro).** R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá, v. 14, n. 6, p. 118-124, nov./dez. 2009.
8. Calisti, L.J.P.; Cohen, M.M.; Fales, M.H. **Correlation between malocclusion, oral habits, and socioeconomic level of preschool children.** J Dent Res 1960; 39(3):450-454.
9. Carrascoza, K.C.; Possobon, R.F.; Tomita, L.M.; Moraes, A.B.A. **Consequências do uso da mamadeira para o desenvolvimento orofacial em crianças inicialmente amamentadas ao peito.** Jornal de Pediatria - Vol. 82, Nº5, 2006.

10. Castro, E. M.; Pinto, M. V. M. **Prevalência da respiração bucal e sua possível associação com a má oclusão dentária em alunos do ensino fundamental de escolas públicas do município de Caratinga/MG** /Fisioter. Bras;9(5):343-346, set.-out. 2008.
11. Cattoni, D.M.; Fernandes, F.D.; Di Francesco, R.C.; Latorre, M.R.D.O. **Características do sistema estomatognático de crianças respiradoras orais: enfoque antroposcópico.** Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2007 out-dez; 19(4):347-51.
12. Cavalcanti, A.L.; Bezerra, P.K.M; Moura, C. **Mordida Cruzada posterior em pré-escolares: análise de 61 casos.** Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte, v.42, n.1, p. 1-80, jan./mar. 2006.
13. Cavalcanti, A.L.; Bezerra, P.K.M.; Alencar, C.R.B.; Moura, C. **Prevalência de Maloclusão em Escolares de 6 a 12 Anos de Idade.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 8(1):99-104, jan./abr. 2008.
14. CONASS. **Coleção Para entender a gestão do SUS / 2011. Volume 1.** Brasília: CONASS, 2011.
15. CONASS. **Coleção Para entender a gestão do SUS / 2011. Volume 3.** Brasília: CONASS, 2011.
16. Cortellazzi, K.L *et al.* **Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográfica na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba, SP.** Rev Bras Epidemiol 2009; 12(3): 490-500.
17. Deans, J.; Playle, R.; Durning, P.; Richmond, D. **An exploratory study of the cost-effectiveness of orthodontic care in seven European countries.** Eur J Orthod. 2009 February; 31(1): 90–94.
18. Frazão, P.; Narvai, P.C.; Latorre, M.R.D.O.; Castellanos, R.A. **Are severe occlusal problems more frequent in permanent than deciduous dentition?** Rev Saude Publica 2004; 38(2):247- 54.
19. Freire, M.C.M.; Reis, S.C.G.B.; Gonçalves, M.M.; Balbo, P.L.; Leles, C.R. **Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2010;28(2): 86–91.
20. Frias, A.C.; Antunes, J.L.F.; Narvai, P.C. **Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na Cidade de São Paulo, 2002.** Rev. bras. epidemiol. 2004, vol.7, n.2, pp. 144-154.

21. Hebling, S.R.F.; Pereira, A.C.; Hebling, E.; Meneghim, M.C. **Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):1067-1078, 2007.
22. Hebling, S.R.F. *et al.* **Relationship between malocclusion and behavioral, demographic and socioeconomic variables: a cross-sectional study of 5-year-olds** *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* Volume 33, Number 1/2008.
23. Imbaud, T.; Wandalsen, G.; Nascimento Filho, E.; Wandalsen, N.F.; Mallozi, M.C.; Solé, D. **Respiração bucal em pacientes com rinite alérgica: fatores associados e complicações.** *Rev. bras. alergologia imunopatol*;29(4):183-187, jul.-ago. 2006.
24. Maciel, C. T. V.; Leite, I. C. G. **Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais.** *Pró-Fono R. Atual. Cient., Barueri*, v. 17, n. 3, Dec. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872005000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2011.
25. Maciel, S.M.; Kornis, G.E.M. **A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora.** *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,16(1):59-81, 2006.
26. Martins, J. C. **Prevalência de Má Oclusão em Pré-Escolares de Araraquara: Relação da Dentição Decídua com Hábitos e Nível Sócio Econômico.** *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial - V.3, Nº 6 - NOV./DEZ.* 1998.
27. Mendes, A.C.R.; Valença, A.M.G.; Lima, C.C.M. **Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não-nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 anos.** *Cienc Odontol Bras* 2008 jan./mar.; 11 (1): 67-75 67.
28. Moyers, R. E. **Ortodontia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 1991. p. 131-472.
29. Narvai, P.C.; Castellanos, R.A.; Frazão, P. **Cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996.** *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):196-200.
30. Organização Mundial Da Saúde. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções.** 3ª ed. São Paulo: Editora Santos; 1991.
31. Organization Mundial De La Salud. **Higiene dental: reseña de una reunion de um grupo de consultores.** *Cronica de la OMS*, v.9, p.11-16, 1955.

32. Peres, K. G.; Barros, A.J.D.; Peres, M.A.; Victora, C.G. **Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 3, June 2007. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2011.
33. Rochelle, I. M. F.; Tagliaferro, E.P.S.; Pereira, A.C.; Meneghim, M.C.; Nóbilo, K.A.; Ambrosano, G.M.B. **Amamentação, hábitos bucais deletérios e oclusopatias em crianças de cinco anos de idade em São Pedro, SP.** Dental Press J. Orthod., Maringá, v. 15, n. 2, abr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512010000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 mar. 2011.
34. Rossi, T. R. A.; Lopes, L. S.; Cangussu, M. C. T. **Contexto familiar e alterações oclusais em pré-escolares no município de Salvador, Bahia, Brasil / Influence of familiar context and malocclusion in children aged 0-5 years-old in the city of Salvador, State of Bahia, Brazil.** Rev. bras. saúde matern. infant;9(2):139-147, abr.-jun. 2009.
35. Sadakyio, C.A.; Degan V.V.; Pignataro Neto, G.; Puppim Rontani, R.M. **Prevalência de má oclusão em pré-escolares de Piracicaba – SP.** Cienc Odontol Bras 2004 abr./jun.; 7 (2): 92-9.
36. Santos, N R. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.** Ciência e saúde coletiva. 2007, vol.12, n.2
37. SAS User's Guide: Statistics, version 9.2; Cary [NY]: SAS Institute Inc 2001.
38. Sawyer, D.O.; Leite, I.C.; Alexandrino, R. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência e saúde coletiva. 2002, vol.7, n.4
39. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002.** São Paulo, 2002.
40. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal- Projeto Cárie Zero.** São Paulo, 2007.
41. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Índice de Necessidades em Saúde por Distrito Administrativo do Município de São Paulo – 3ª edição (junho/2008).** Disponível em http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/INS_3edicao_Junho2008.pdf

42. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Cidade de São Paulo – 2008-2009**. São Paulo, 2009. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/LESB_Resumo_PrimeiraFase.pdf. Acesso em 30 mar. 2011.
43. Sertório, S.C.M.; Silva, I.A. **As faces simbólica e utilitária da chupeta na vida das mães**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 156-162, 2005.
44. Silva, E. L. **Hábitos Bucais Deletérios**. Revista Paraense de Medicina V.20 (2) abril - junho 2006.
45. Silva Filho, O. G.; Freitas, S. F.; Cavassan, A. O. **A prevalência da oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Parte II: influência da estratificação socioeconômica**. Rev. Odontol. Univ. São Paulo, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 189-196, 1990.
46. Sousa, F.R.N.; Taveira, G.S.; Almeida, R.V.D.; Padilha, W.W.N. **O Aleitamento Materno e sua Relação com Hábitos Deletérios e Maloclusão Dentária**. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 211-216, set./dez. 2004.
47. Souza, M.A.A.; Vianna, M.I.P; Cangussu, M.C.T. **Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (3): 309-317, jul. / set., 2006.
48. Starfield, B. **Is primary-care essential?** Lancet, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.
49. Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
50. Suliano, A.A.; Rodrigues, M.J. ; Caldas Junior, A.F.; Fonte, P.P. ; Porto-Carreiro, C.F. **Maloclusão e alterações do sistema estomatognático entre escolares**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8):1913-1923, ago, 2007.
51. Susina, L.R.O.; Giuglianib, E.R.J.; Kummerc, S.C. **Influência das avós na prática do aleitamento materno** Rev Saúde Pública 2005;39(2):141-7
52. Thomaz, E.B.A.F.; Valença, A.M.G. **Associação entre déficit de peso e apinhamento na dentição decídua**. J. Pediatr. (Rio J.) vol.85 nº 2 Porto Alegre mar./abr. 2009

53. Tomita, N. E. **Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais: influência na oclusão de pré-escolares de Bauru - SP - Brasil.** Bauru, 1996. 246 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
54. Tomita, N. E.; Sheiham, A.; Bijella, V. T.; Franco, L. J. **Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares.** Pesq. Odontol. Bras., São Paulo, v. 14, n. 2, p. 169-175, abr./jun. 2000.
55. Van Der Laan, T. **A importância da amamentação no desenvolvimento facial infantil.** Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 7(1):3-5. 1995.
56. Victora, C.G.; Behague, D.P.; Barros, F.C.; Olinto, M.T.A.; Weiderpass, E. **Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence?** Pediatrics 1997;99:445-53.
57. World Health Organization. **Oral healthy surveys: basic methods.** 3rd ed. GENEVA: ORH/EPID, 1987.

ANEXOS

ANEXO 1: Certificado do CEP.



Faculdade Santa Marcelina

Reconhecida pelos Decretos Federais: 2.704/38 e 47.671/60

**COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA
DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE SANTA MARCELINA**

Of.005/CEP.FASM/05.

São Paulo, 06 de abril de 2005.

Prezado Senhores(a)

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **APROVADO** pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina.

Protocolo: Nº 135

Projeto: "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal das "áreas" vinculadas às Equipes de Saúde da Família que receberam residentes da área de saúde bucal da Residência Integrada em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Faculdade Santa Marcelina"

Pesquisador/a : Julie Silvia Martins

Silvio Carlos de Abreu

Mareus Crigoletto

Orientador/a: Julie Silvia Martins


Silvio Carlos de Abreu

Mareus Crigoletto


Em atendimento à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, deverá ser encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como ser comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Sendo o que nos apresenta,

ANEXO 3a: Questionário de avaliação.



RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Casa de Saúde Santa Marcelina
Faculdade Santa Marcelina
Ministério da Saúde



FICHA SOCIAL
Levantamento
epidemiológico

1. Nº de pessoas no domicílio

2. Escolaridade (anos de estudo)

3. Renda familiar(R\$) (não registrar centavos)

4. Renda pessoal(R\$) (não registrar centavos)

5. No. de cômodos

6. N.º de torneiras dom.
0 - nenhuma 1- uma 2- duas ou +

7. Moradia
1 - própria
2 - própria em aquisição
3 - alugada
4 - cedida
5 - invadida
6 - outros

8. Estudante
0 - sim
1 - não

9. Tipo de escola
0 - não é estudante
1 - pública
2 - privada
3 - outros

10. Posse de automóvel
0 - não possui
1 - possui 1 automóvel
2 - possui 2 ou mais automóveis

11. Vínculo empregatício
0 - Não trabalha
1 - Autônomo (informal)
2 - Autônomo estabelecido
3 - Registrado
4 - outros

12. n.º horas que se ausenta em função do trabalho

13. Ramo de atuação
0 - Não trabalha
1 - comércio
2 - indústria
3 - serviços
4 - outros

14. A quantos anos mora em S.P?

15. Se estudante Qual o seu desempenho?
0 - Não é estudante
1 - Ótimo
2 - Bom
3 - Regular
4 - Insuficiente

16. Dorme de boca aberta?
0 - Não sabe
1 - Sim
2 - Não

17. Tabagismo
0 - Não sabe/ não se aplica
1 - Sim
2 - Não

18. Alcoolismo
0 - Não sabe/ não se aplica
1 - Sim
2 - Não

19. Diabetes
0 - Não sabe
1 - Sim
2 - Não

20. Prob. cardíaco
0 - Não sabe
1 - Sim
2 - Não

21. Epilepsia
0 - Não sabe
1 - Sim
2 - Não

22. Gestante
0 - Não sabe
1 - Sim
2 - Não

23. Hipertensão
0 - Não sabe
1 - Sim
2 - Não

24. Tuberculose
0 - Não sabe
1 - Sim
2 - Não

25. Hanseníase
0 - Não sabe
1 - Sim
2 - Não

26. Câncer
0 - Não sabe
1 - Sim
2 - Não

27. Situação da escova
0 - muito boa
1 - boa
2 - regular
3 - inadequada
4 - não verificada

28. Escovas individuais
0 - Sim
1 - Não
2 - Não verificada

29. Já foi ao dentista
0 - sim
1 - não

30. Local
0 - nunca foi
1 - no PSF
2 - outro serviço público
3 - privado
4 - convênio
5 - filantropia
6 - outros

31. Motivo
0 - nunca foi
1 - convidado pelo PSF
2 - rotina
3 - dor
4 - sangramento
5 - cavidades
6 - feridas/manchas
7 - outros

32. Tempo
0 - nunca foi
1 - menos de 1 ano
2 - de 1 a 2 anos
3 - 3 ou mais anos

33. Avaliação do atendimento no PSF
0 - nunca foi no dentista do PSF
1 - péssimo
2 - ruim
3 - regular
4 - bom
5 - ótimo

34. Recebeu informações de SB.
0 - sim
1 - não

35. Considera necessário tratamento
0 - sim
1 - não

36. Como classificaria sua saúde bucal
0 - não sabe
1 - péssima
2 - ruim
3 - regular
4 - boa
5 - ótima

37. Como classificaria sua aparência bucal
0 - não sabe
1 - péssima
2 - ruim
3 - regular
4 - boa
5 - ótima

Risco de outros familiares
ascendentes descendentes

Pai Mãe
0 - se não foi examinado

irmãos

31

ANEXO 3b: Questionário de avaliação.

38. De que forma a SB afeta a sua relação com outras pessoas.

- 0 - não sabe
- 1 - não afeta
- 2 - afeta pouco
- 3 - afeta mais ou menos
- 4 - afeta muito

39. Quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses.

- 0 - nenhuma dor
- 1 - pouca dor
- 2 - média dor
- 3 - muita dor

40. Frequência de ingestão ao dia (qualquer tipo de alimento)

- 0 - de 1 a 2 vezes p/dia
- 1 - de 3 a 4 vezes p/ dia
- 2 - de 5 a 6 vezes por dia
- 3 - mais de 6 vezes
- 4 - 9 ou mais vezes

41. Apresenta sensação de secura na boca?

- 0 - sim
- 1 - não
- 2 - não sabe

42. Faz uso de fio dental?

- 0 - não
- 1 - eventualmente
- 2 - frequentemente
- 3 - diariamente

Índice anamnésico de Helkimo

Como se apresenta?

1	ruídos ao movimentar a ATM?,	() SIM	() NÃO
2	cansaço muscular ao movimentar a boca?,	() SIM	() NÃO
3	rigidez na musculatura ao acordar ou aos movimentos mandibulares?	() SIM	() NÃO
4	dificuldade de abrir "amplamente" a boca, pois ocorre dor?,	() SIM	() NÃO
5	dificuldade de abrir a boca, pois ocorre travamento?,	() SIM	() NÃO
6	dificuldade de fechar a boca quando ela fica travada? (luxação),	() SIM	() NÃO
7	dor na musculatura aos movimentos mandibulares?,	() SIM	() NÃO
8	dor na ATM aos movimentos mandibulares?,	() SIM	() NÃO

Índice = 0 - ausência de sinais e sintomas de disfunção: Não para todas as perguntas

Índice = 1 - sinais e sintomas leves: Sim p/ perguntas de 1 a 3 e Não p/ de 4 a 8

Índice = 2 - sinais e sintomas intensos: ao menos 1 pergunta de 4 a 8 Sim

Índice para crianças aos 5 anos

43. N. de irmãos

44. Uso de chupeta

- 0 - nunca usou
- 1 - até 1 anos
- 2 - até 2 anos
- 3 - até 3 anos
- 4 - até 4 anos
- 5 - até 5 anos

45. Uso de mamadeira

- 0 - nunca usou
- 1 - até 1 ano
- 2 - até 2 anos
- 3 - até 3 anos
- 4 - até 4 anos
- 5 - até 5 anos

46. Estudo da mãe

n.º de anos

47. Mãe trabalha

- 0 - Não
- 1 - Sim

48. Horas de ausência (mãe)

- 0 - não se ausenta
- 1 - até 4 horas
- 2 - até 6 horas
- 3 - até 8 horas
- 4 - mais de 8 horas

49. Pais vivem juntos

- 0 - sim
- 1 - não

50. Escova sozinho

- 0 - desde 1 ano
- 1 - desde 2 anos
- 2 - desde 3 anos
- 3 - desde 4 anos
- 4 - ainda recebe ajuda

51. cuidador

- 0 - mãe
- 1 - pai
- 2 - avô
- 3 - avó
- 4 - irmão
- 5 - irmã
- 6 - tio
- 7 - tia
- 8 - vizinho
- 9 - padrinhos
- 10 - creche
- 11 - empregada
- 12 - outros

52. Risco do Cuidador

- 0 - se não foi examinado

53. Orientações de SB

- 0 - nunca recebeu
- 1 - recebeu 1 vez
- 2 - recebeu + de 1 vez
- 3 - recebe frequentemente

54. Já foi internado?

- 0 - Não
- 1 - Sim

55. N.º vezes internado

56. Motivo da internação

- 0 - Não foi internado
- 1 - Acidente /ortopedia
- 2 - cirurgia eletiva
- 3 - alergia/bronquite
- 4 - causas perinatais
- 5 - diarreia/ desidr
- 6 - pneumonia
- 7 - outros motivos

57. Tipo de parto

- 0 - normal
- 1 - cesáreo
- 2 - fórceps

58. N.º meses mamou no peito

59. Dormia frequentemente c/ resíduo de leite na boca?

- 0 - Não
- 1 - Sim até 1 ano
- 2 - Sim até 2 anos
- 3 - Sim até 3 anos
- 4 - Sim até 4 anos
- 5 - Sim até 5 anos

60. Perfil facial

- 0 - reto
- 1 - côncavo
- 2 - convexo

61. Faz uso rotineiro de algum medicamento?

- 0 - Não
- 1 - Sim

Qual?

ANEXO 4: Ficha de exames.



RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
 Casa de Saúde Santa Marcelina
 Faculdade Santa Marcelina
 Ministério da Saúde



FICHA DE EXAMES Levantamento epidemiológico

UBS	área	micro	família	cód de identificação	examinador	orig./dup.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Idade em anos	sexo	grupo étnico	acesso água abast. público?	apresenta deficiência?	realização do exame
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	1 - masc 2 - femin		0 - sim 1 - Não	0- Não 1- física 2- mental 3 - ambas	

data de nascimento	uso de prótese (>15 anos)	necessidade de prótese (>15 anos)	fluorose
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d d m m a a	sup. Inf.	sup. Inf.	12 e 18 anos

ANORMALIDADES DENTOFACIAIS

má oclusão	DAI	dentição	Apinhamento na reg. de incisivos	Espaçamento na reg. de incisivos	Diastema em milímetros	Desalinhamento maxilar ant. em mm
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(5 anos)	(12 e 18 anos)	N.º de I,C,PM perdidos				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Desalinhamento mand. ant. em mm.	Overjet maxilar anterior em mm	Overjet mandibular anterior em mm	mordida aberta vertical anterior em mm			relação molar antero-posterior

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO – todos as idades. Condição de raiz somente 40 e 70 anos

	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
				15	14	13	12	11	21	22	23	24	25			
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38
				45	44	43	42	41	31	32	33	34	35			
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOENÇA PERIODONTAL

AG (5 anos)	CPI (12;18;40 E 70 anos)
<input type="text"/>	17/16 11 26/27
	47/46 31 36/37

PIP (40 E 70 anos)
17/16 11 26/27
47/46 41 46/47

ALTERAÇÃO EM TEC. MOLES

TM (todos as idades)
<input type="text"/>
Risco à cárie (todos as idades)
<input type="text"/>