



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES
CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO**

Luciana Dufrayer Lopes Paes

Rio de Janeiro, RJ - Brasil

2015

Luciana Dufrayer Lopes Paes

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES
CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO**

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

2015

Luciana Dufrayer Lopes Paes

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES
CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO**

Dissertação submetida ao corpo docente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sonia Groisman

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

2015

Paes, Luciana Dufrayer Lopes.

Levantamento epidemiológico de cárie e fatores correlatos em um setor censitário da Área Programática 5.1 coberto pela Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro / Luciana Dufrayer Lopes Paes.– Rio de Janeiro : UFRJ/FO, 2015.

viii, 56 f. : il. ; 31 cm.

Orientador: Sonia Groisman.

Dissertação (mestrado) -- UFRJ/FO, Programa de Pós-graduação em Odontologia Social e Preventiva, 2015.

Referências bibliográficas: f. 32-25.

1. Cárie Dentária - epidemiologia. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Saúde Bucal. 4. Vigilância em Saúde Pública. 5. Autoimagem. 6. Índice CPO. 7. Humanos. 8. Rio de Janeiro. epidemiologia. 9. Odontologia Social e Preventiva - Tese. I. Groisman, Sonia. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro - FO, Programa de Pós-graduação em Odontologia Social e Preventiva III. Título.

Luciana Dufrayer Lopes Paes

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES
CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO**

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Aprovado por:

Orientador:

Profª Drª Sonia Groisman

Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Banca Examinadora

Profª Drª Katia Regina Hostílio Cervantes Dias

Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profª Drª Angela Alexandre Meira Dias

Professora da Faculdade de Odontologia da
Universidade Veiga de Almeida

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

2015

AGRADECIMENTOS

À minha filha **Gabriella Dufroyer** pelo amor, carinho, maturidade e compreensão demonstrados nos momentos de ausência. Você é a pessoa mais especial da minha vida.

À **família** pelo apoio e por acreditarem que esta jornada seria possível.

À orientadora **Professora Sonia Groisman** por sua competência, responsabilidade e generosidade na realização deste trabalho. Certamente tornou esta jornada menos árdua. Já havia ganhado todo o meu respeito e a minha admiração na especialização, os quais somente aumentaram nesta fase de mestrado.

À bioestatística **Luciene Carvalho** pela competência e paciência durante a confecção de todos os trabalhos.

À **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro** pela oportunidade apresentada através de convênio com a UFRJ.

Às coordenadoras **Tatiane Caldeira** e **Rita Moura** pela compreensão e pelo incentivo ao longo desta jornada.

Ao chefe **Erivelton** que soube entender meus momentos de ausência.

Aos **colegas de trabalho** que tanto me apoiaram.

Aos **colegas de turma** que, durante todo o tempo, me incentivaram e apoiaram.

À **Professora Kátia Dias** que, ainda na graduação, já tinha a minha admiração e, nesta nova fase, tornou possível a concretização deste sonho que foi completar o mestrado.

RESUMO:

Dufrayer L, Groisman S. **Levantamento Epidemiológico de cárie e fatores correlatos em um setor censitário da AP 5.1 coberto pela Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado Profissional em Clínicas Odontológicas) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Odontologia como profissão tem a tarefa de promover e manter a saúde oral da população. No Brasil, a gestão da doença cárie continua a ser um desafio, devido a sua prevalência, incidência e severidade¹. O objetivo deste estudo foi realizar um Levantamento Epidemiológico de cárie e aplicação de questionário estruturado, seguindo a metodologia utilizada na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010^{7,10,12,13} em um setor censitário, situado do bairro de Realengo – RJ, que participou desta pesquisa em 2010 e comparar os resultados nestes dois momentos. Foram examinados e entrevistados, em seus domicílios, 68 participantes. Embora a comparação dos resultados do índice ceo-d/CPO-D não tenha apresentado diferença estatística entre os dois momentos 2010 e 2014, quando os componentes do índice foram comparados, nas diferentes faixas etárias, houve diferenças relevantes. Conclui-se que o Modelo Repetitivo Restaurador¹⁴ continua hegemônico para o tratamento da cárie dental, evidenciando a necessidade de esforços para mudança do modelo e ênfase em promoção de saúde na área estudada.

Palavras-chave: levantamento epidemiológico, saúde bucal, cárie dental, vigilância da saúde, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT:

Dentistry as a professional task has the aim to promote and maintain oral health of the population. The management of dental caries is still a challenge in Brazil due its prevalence, incidence and severity¹. The aim of the present study was to conduct an epidemiological survey of caries and the apply of a structured questionnaire, based in the National Survey of Oral Health - SB Brazil 2010^{7,10,12,13} methodology and area, in Realengo neighborhood - RJ, which took part in survey in 2010, mentioned above and compare the results in both moments. All the participants were examined and interviewed in their homes (68). Although the comparison of the results of dmft / DMFT index did not present statistical difference between the two moments 2010 and 2014, when the index components were compared, in all the ages, there were some differences. It was concluded that the Repeatable Restorative Model¹⁴ to treat dental caries remains hegemonic, suggesting the need for efforts to change model and emphasis on health promotion in the study area.

Key words: Epidemiological Survey, Oral Health, dental caries, health monitoring, Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS:

AP	Área Programática
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SB Brasil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
χ^2	Teste não paramétrico Qui-quadrado
T	Teste t de Student
U	Teste não-paramétrico de Mann-Whitney
P	Significância do teste

SUMÁRIO

FOLHA DE ROSTO ARTIGO	9
RESUMO	10
ABSTRACT	11
RESUMEN	12
INTRODUÇÃO	13
METODOLOGIA	15
RESULTADOS	18
DISCUSSÃO	23
CONCLUSÃO	29
CONFLITO DE INTERESSE	31
COLABORADORES	31
AGRADECIMENTO	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	36

ARTIGO**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Luciana Dufrayer¹, Sonia Groisman²

¹ DDS, Aluno de pós graduação, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² DDS, PhD, Professor, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente

Sonia Groisman

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Faculdade de Odontologia

Departamento de Odontologia Social e Preventiva

Avenida Professor Rodolpho Paulo Rocco, 325 – 1º andar

CEP: 21941-913 / Telefone: +55 21 3938-2047 e 3938-2050

sonia@dentistas.com.br

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE

RESUMO:

Odontologia como profissão tem a tarefa de promover e manter a saúde oral da população. No Brasil, a gestão da doença cárie continua a ser um desafio, devido a sua prevalência, incidência e severidade¹. O objetivo deste estudo foi realizar um Levantamento Epidemiológico de cárie e aplicação de questionário estruturado, seguindo a metodologia utilizada na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010^{7,10,12,13} em um setor censitário, situado do bairro de Realengo – RJ, que participou desta pesquisa em 2010 e comparar os resultados nestes dois momentos. Foram examinados e entrevistados, em seus domicílios, 68 participantes. Embora a comparação dos resultados do índice ceo-d/CPO-D não tenha apresentado diferença estatística entre os dois momentos 2010 e 2014, quando os componentes do índice foram comparados, nas diferentes faixas etárias, houve diferenças relevantes. Conclui-se que o Modelo Repetitivo Restaurador¹⁴ continua hegemônico para o tratamento da cárie dental, evidenciando a necessidade de esforços para mudança do modelo e ênfase em promoção de saúde na área estudada.

Palavras-chave: levantamento epidemiológico, saúde bucal, cárie dental, vigilância da saúde, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT:

Dentistry as a professional task has the aim to promote and maintain oral health of the population. The management of dental caries is still a challenge in Brazil due its prevalence, incidence and severity¹. The aim of the present study was to conduct an epidemiological survey of caries and the apply of a structured questionnaire, based in the National Survey of Oral Health - SB Brazil 2010^{7,10,12,13} methodology and area, in Realengo neighborhood - RJ, which took part in survey in 2010 and compare the results in both moments, mentioned above. All the participants were examined and interviewed in their homes (68). Although the comparison of the results of dmft / DMFT index did not present statistical difference between the two moments 2010 and 2014, when the index components were compared, in all the ages, there were some differences. It was concluded that the Repeatable Restorative Model¹⁴ to treat dental caries remains hegemonic, suggesting the need for efforts to change model and emphasis on health promotion in the study area.

Key words: Epidemiological Survey, Oral Health, dental caries, health monitoring, Family Health Strategy.

RESUMEN

Odontología como profesión tiene la tarea de promover y mantener la salud bucal de la población. En Brasil, el manejo de la enfermedad caries continua a ser un desafío, debido a su prevalencia, incidencia y severidad¹. El objetivo de este estudio fuera realizar un Investigación Epidemiológico de caries y la aplicación de un cuestionario estructurado, siguiendo la metodología utilizada en la Investigación Nacional de la Salud Bucal - SB Brasil 2010 ^{7,10,12,13} en un sector censatario, ubicado en el barrio de Realengo - RJ, que há participado de esta investigación en 2010 y comparar los resultados de ambos momentos. Fueron examinados y entrevistados en sus domicilios, 68 participantes. Aunque la comparación de los resultados del índice ceod / CPOD no presentó diferencias estadísticas entre los dos momentos de 2010 y 2014, cuando los componentes del índice fueram comparados en los diferentes grupos de edad, hubo diferencias relevantes. La conclusión es que el Modelo Repetitivo Restaurador sigue hegemónico para el tratamiento de caries bucal, lo que sugiere la necesidad de esfuerzos para cambiar el modelo y énfasis en promoción de salud en la área estudiada.

Palabras-clave: Investigación Epidemiológico, Salud Bucal, cáries dental, vigilância de la salud, Estrategia de la Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

A Odontologia apresenta como maior desafio, seu próprio objetivo, o de promover e manter a saúde bucal da população. Esse desafio de expressão mundial, afeta o Brasil, onde a doença cárie continua sendo um problema de saúde pública, em termos de prevalência, incidência e severidade que afeta a população¹, impactando na qualidade de vida das pessoas, registrados pela autopercepção de sua saúde bucal².

O Ministério da Saúde orienta as Equipes de Saúde bucal (ESB) a atuar no território, realizando diagnóstico situacional a fim de compreender seus principais problemas e necessidades da população³.

O conceito de vigilância da saúde pode ser compreendido como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, se constituindo em uma forma de pensar e agir, que objetiva analisar permanentemente a situação de saúde de uma população, adequando e reorganizando suas práticas, para o enfrentamento de desafios locais⁴. Nesse sentido, não mais se comporta pensar em saúde, sem que esta esteja vinculada ao conceito de vigilância da saúde⁵.

O conhecimento emanado do levantamento epidemiológico da doença cárie e suas necessidades de tratamento orientam o planejamento de ações estratégicas e sua avaliação, como proposto pela Estratégia da Saúde da Família (ESF)⁶.

O presente estudo realizou um levantamento epidemiológico de doença cárie e necessidades de tratamento, no setor censitário da Área Programática (AP) 5.1 do município do Rio de Janeiro que participou do Levantamento Nacional de Saúde Bucal de 2010 -SB Brasil 2010⁷ e compõe o território coberto pela ESF. Também foi realizada entrevista sobre autopercepção de saúde bucal, permitindo a comparação em dois momentos, com o intuito de avaliar e fomentar a discussão de um modelo de assistência de saúde bucal nacional, a ESF, na AP 5.1, Rio de Janeiro. O objetivo do presente estudo foi realizar levantamento epidemiológico de CPO-D, ceo-d e necessidade de tratamento relacionado à cárie bem como a aplicação do questionário estruturado sobre autopercepção de saúde bucal, baseado na metodologia aplicada no SB Brasil 2010 no setor censitário da área Programática 5.1 do município do Rio de Janeiro que participou do SB Brasil 2010 e pertence ao território de

cobertura da ESF, oportunizando a comparação do Índice ceo-d/CPO-D, em dois momentos distintos, em uma área, precursora da Estratégia da Saúde da Família, no Município do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA:

Foi realizado um levantamento epidemiológico de doença cárie utilizando o índice de CPO-D, ceo-d e a necessidade de tratamento associado à entrevista sobre autopercepção e impactos de saúde bucal, de acordo com a metodologia do SB Brasil 2010^{7,8,9,10}, no setor censitário 33 04557 05 37 0259 da Área Programática 5.1 do município do Rio de Janeiro, sorteado para a realização do levantamento em 2010.

A AP 5.1 representa uma das dez áreas (distritos sanitários) em que o município está dividido e abrange 10 bairros. Conta atualmente com 22 Unidades de Saúde e sua população estimada em 671.041¹¹ encontra-se parte sob os cuidados da Estratégia de Saúde da Família e parte sob os cuidados do modelo tradicional de atendimento nos Centros Municipais de Saúde.

O setor censitário onde o estudo foi realizado é subdistrito do bairro de Realengo, coberto pela ESF, Clínica da Família Olímpia Esteves, que foi a primeira Clínica de Saúde da Família inaugurada no município do Rio de Janeiro em 14 de novembro de 2009¹².

O levantamento epidemiológico atendeu às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)^{5,7,8,9,10}. Anteriormente à coleta de dados, foi realizado o mapeamento da área quanto aos domicílios existentes de forma a facilitar a coleta de dados. Para confecção da amostra, houve o preenchimento da ficha de arrolamento de todos os domicílios deste território. A amostra foi formada de 68 indivíduos, justificável através dos critérios de exclusão do SB Brasil 2010⁸, ou seja, não aceitaram participar do estudo ou o domicílio se encontrava fechado após três tentativas de contato. A variável dependente para composição da amostra foi a idade. Em 2010, o banco de dados do Ministério da Saúde apresentou uma amostra de 46 voluntários para este setor censitário.

Após explanação, aceitação em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelos maiores de 18 anos e pelos responsáveis pelos menores de 18 anos de idade (ANEXOS B e C), bem como assinatura do Termo de Assentimento (ANEXO D) pelos menores de 18 anos, foram realizados exames clínicos com os índices ceo-d/CPO-D e índice de necessidade de tratamento. Os exames foram realizados nos domicílios, por uma equipe de campo composta de uma examinadora e dois anotadores, a luz natural, em indivíduos nas idades de 5 e 12 anos e indivíduos pertencentes aos grupos etários de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, seguindo a metodologia do SB Brasil 2010^{7,8,9,10}. A examinadora recebeu treinamento e foram realizadas as calibrações inter-examinadores, com resultado Kappa¹³ de 0,86 e grau de concordância entre os examinadores de 95,6%, e intra-examinadora (Kappa¹³ = 0,86 e grau de concordância de 93,6%). Para a calibração intra-examinador, foram utilizados os exames em duplicata na proporção de 1 a cada 5 indivíduos, o que diferiu do SB Brasil 2010 que reexaminou 5% da amostra¹⁰.

Foram utilizados mapa do setor, manual do examinador⁸, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Assentimento, ficha de exame epidemiológico (ANEXO E) e de entrevista sobre autopercepção e impactos de saúde bucal nos últimos seis meses (ANEXO F). Para a avaliação da autopercepção, o questionário continha uma pergunta e seis possibilidades de resposta: muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito, não sabe/não respondeu. Para fins de resultados, estas respostas foram agrupadas da seguinte forma: boa (muito satisfeito, satisfeito) e ruim (nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito). Foram utilizadas caixas plásticas contendo: os espelhos planos esterilizados; equipamentos de proteção individual; escovas dentais, dentifrícios e fios dentais que foram entregues aos participantes, seguido de orientações de higiene oral personalizadas; e uma caixa vazia para depositar material utilizado além de álcool gel a ser utilizado pela equipe de campo quando da impossibilidade de

lavagem das mãos, assim como lápis, borrachas e pranchetas. Após o exame, os voluntários foram informados de suas condições de saúde bucal e instruídos quanto ao fluxo de encaminhamento à Unidade de Saúde de referência. Os processos de esterilização foram realizados na Clínica da Família Olímpia Esteves.

A análise dos dados, tabulados no programa SPSS versão 17.0, utilizou estatística descritiva e inferencial^{13,14}. Para o cálculo do ceo-d/CPO-D, médias aritméticas, desvios padrões, medianas, valor mínimo e valor máximo. Percentuais simples foram usados no cálculo de livres de cárie e componentes do ceo-d/CPO-D. Na comparação dos valores de ceo-d e CPO-d, da amostra do estudo 2014 e do banco de dados de 2010, foi empregado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney^{13, 14}, devido a grande variabilidade dos valores encontrados. Na comparação da amostra do estudo e do banco de 2010, em relação às variáveis discretas, como exemplo os Livres de cárie, foi aplicado o teste não-paramétrico de χ^2 (qui-quadrado)^{13, 14} a fim de verificar o comportamento das distribuições percentuais. Na comparação das proporções dos componentes ceo-d e CPO-D, foi utilizado o teste Z¹⁴. Em todas as comparações, adotou-se o nível de significância de 5%¹⁴.

Na comparação epidemiológica do CPO-D, foram formulados alguns questionamentos: hipótese nula 1: não houve aumento na proporção de livres de cárie; hipótese nula 2: não houve aumento do componente obturado em todas as faixas etárias; hipótese nula 3: não houve redução no componente cariado em todas as faixas etárias. hipótese nula 4: não houve correlação entre ceo-d/CPO-D e autopercepção de saúde bucal; hipótese nula 5: não houve diferença nas necessidades de tratamento entre o Levantamento SB Brasil 2010 e o estudo presente (2014) realizado pela autora no mesmo território.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em setembro de 2014 (ANEXO A), conforme a Resolução 466/12¹⁵ do Conselho Nacional de Saúde (CNS), relativa às pesquisas em seres humanos, tendo

recebido o número 32883914.9.0000.5279 e seguiu as recomendações da Declaração de Helsinki¹⁶.

RESULTADOS

Ao final de três meses de coleta de dados primários, foi obtida uma amostra de 68 indivíduos (n = 68), sendo 31 do sexo masculino e 37 do sexo feminino, avaliados através do arrolamento inicial dos domicílios no setor referenciado. Quando questionados sobre o número de pessoas que moravam na casa, a resposta mais frequente foi 4 pessoas (30,9%) , variando de 1 a 8 pessoas. Em relação ao número de dormitórios, 51,5% dos entrevistados respondeu 2 cômodos. A categoria de renda mais informada pelos entrevistados foi a 3 (45,6%) que corresponde a faixa de R\$ 501,00 a R\$ 1.500,00. A tabela 1 apresenta os resultados do ceo-d e CPO-D encontrados neste estudo.

Tabela 1 – Médias aritméticas, desvios padrões, medianas, valor mínimo e valor máximo, dos valores de ceo-d e CPO-D , segundo faixas de idades do grupo avaliado.

Medidas	5 Anos Ceo-d	12 Anos CPO-d	15 a 19 Anos CPO-d	35 a 44 Anos CPO-d	65 a 74 Anos CPO-d
Média aritmética	1,5	0,7	2,47	10,89	23,64
Desvio padrão	1,85	1,06	3,13	7	7
Mediana	0,5	0	1	10	23
Mínimo	0	0	0	1	8
Máximo	4	3	9	25	32

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Na comparação da amostra 2014 com o banco de dados SB Brasil 2010, foram empregadas duas metodologias para verificar as diferenças existentes entre o ceo-d e o CPO-D, segundo faixas de idades: Teste t de Student e Teste não-paramétrico de Mann-Whitney¹⁴, sendo o último mais indicado devido à grande variabilidade dos valores de ceo-d e CPO-D. Os resultados são mostrados na tabela 2.

Tabela 2: Teste t de Student e Teste não-paramétrico de Mann-Whitney na comparação das médias aritméticas da amostra e do banco de dados SB Brasil 2010, de ceo-d e CPO-D, segundo as idades e faixas etárias.

ceo-d 5 anos	Médias aritméticas	Desvio padrão
Amostra 2014	1,5	1,85
Banco de dados SB Brasil 2010	0,71	1,26
Teste	Resultado	Significância
Teste t de Student	1,26 (P=0.220)	Não significativo
Teste não-paramétrico de Mann-Whitney	1,15 (P=0.344)	Não significativo
CPO-D 12 anos	Médias aritméticas	Desvio padrão
Amostra 2014	0,7	1,06
Banco de dados SB Brasil 2010	0,41	1,46
Teste	Resultado	Significância
Teste t de Student	0,54 (P=0.591)	Não significativo
Teste não-paramétrico de Mann-Whitney	1,59 (P=0.264)	Não significativo
CPO-D 15-19 anos	MÉDIAS ARITMÉTICAS	DESVIO PADRÃO
Amostra 2014	2,47	3,12
Banco de dados SB Brasil 2010	2	4,47
Teste	Resultado	Significância
Teste t de Student	0,27 (P=0.791)	Não significativo
Teste não-paramétrico de Mann-Whitney	-0,81 (P=0.493)	Não significativo
CPO-D 35 – 44 anos	médias aritméticas	desvio padrão
Amostra 2014	10,89	7,02
Banco de dados SB Brasil 2010	13,2	12,05
Teste	Resultado	Significância
Teste t de Student	-0,56 (P=0.580)	Não significativo
Teste não-paramétrico de Mann-Whitney	-0,07 (P=0.945)	Não significativo
CPO-D 65-74 anos	médias aritméticas	desvio padrão
Amostra 2014	23,64	7,06
Banco de dados SB Brasil 2010	29,5	3,54
Teste	Resultado	Significância
Teste t de Student	- 1,13 (P=0.278)	Não significativo
Teste não-paramétrico de Mann-Whitney	- 1,21	Não significativo

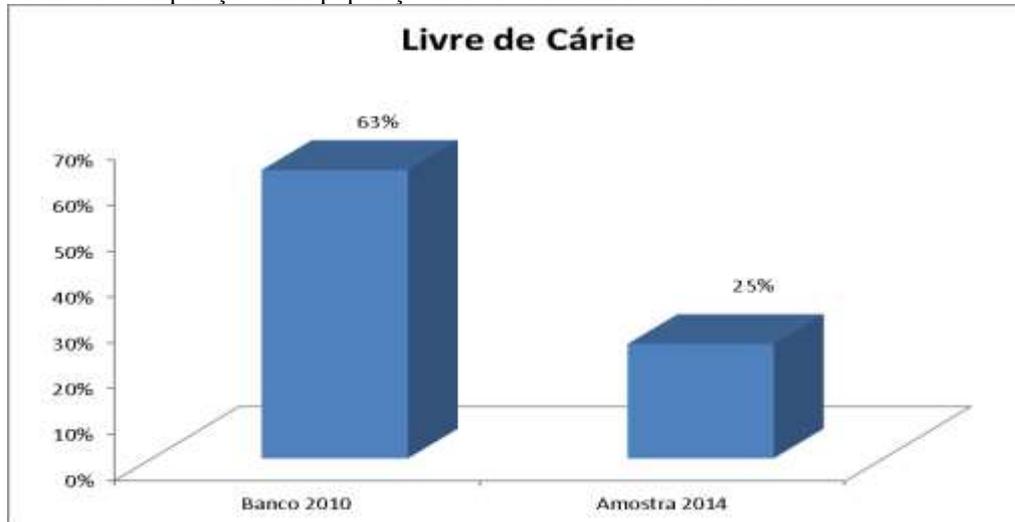
Fonte: Pesquisa direta, 2014

Numericamente, houve piora da faixa etária de 5 anos que, em 2010, apresentou ceo-d de 0,71 e, em 2014, 1,5 apesar de nenhuma faixa etária ter apresentado significância estatística entre os dois momentos ($p > 0,05$). A idade de 12 anos e a faixa etária subsequente seguem a mesma lógica, como por exemplo, aos 12 anos o CPO-D era de 0,41, sendo

atualmente 0,7, evidenciando um aumento no CPO-D na área estudada para os três primeiros grupos.

Nas faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos, nenhum dos voluntários estava livre de cárie. Na comparação da amostra do presente estudo (2014) com o banco de dados do SB Brasil 2010, podemos verificar através de frequências e do teste não-paramétrico de χ^2 (Qui-quadrado)¹⁴, um declínio de indivíduos livres de cárie, como pode ser observado na Figura 1.

Gráfico 1-Comparação entre população livre de carie em 2010 e 2014

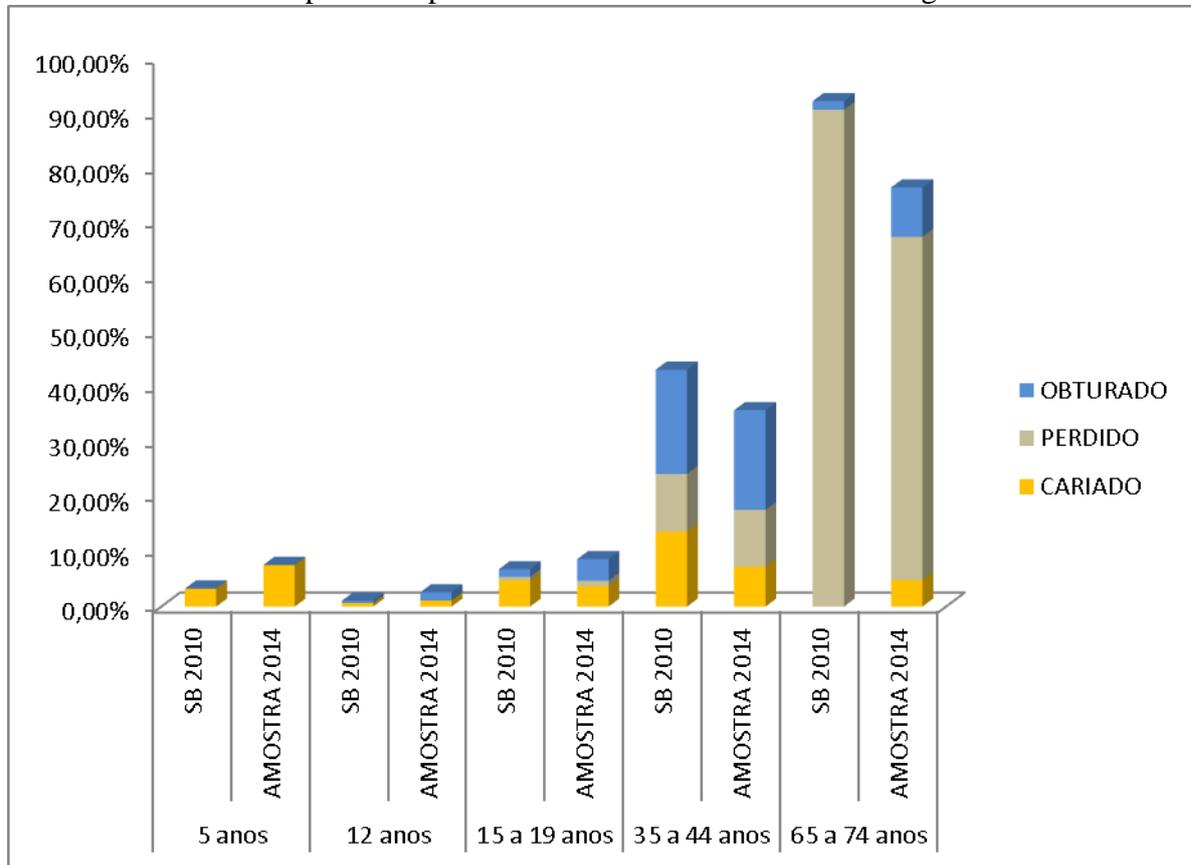


Fonte: Pesquisa direta, 2014 ($\chi^2 = 19,5$ ($P=0.000$) Significativo ao nível de 1%)

Embora a comparação estatística dos resultados ceo-d/CPO-D não tenha apresentado diferença estatística em nenhuma das faixas etárias, quando analisamos os componentes do índice, através da aplicação do teste Z^{14} , a proporção de alguns componentes apresentou diferença. Houve aumento do componente cariado na idade de 5 anos, Teste $Z=3,25$ ($p=0.000$, significativo ao nível de 1%). Na idade de 12 anos e na faixa etária de 15 a 19 anos, houve aumento do componente obturado, teste $Z= 2,01$ ($p=0.045$) significativo ao nível de 5% e teste $Z= 2,99$ ($p=0.000$) significativo ao nível de 1% respectivamente, sugerindo um aumento na oferta de acesso nestas idades, conforme evidenciado no gráfico 1. Na faixa etária de 15 a 19 anos, o aumento do componente obturado foi acompanhado da redução do componente cariado, teste $Z = 2,17$ ($p=0.039$) significativo ao nível de 5%. Na faixa etária de 35 a 44 anos, a comparação evidenciou redução no componente cariado, teste $Z=3,18$ ($p=0.000$) significativo ao nível de 1%. Esta comparação excluiu a última faixa etária em função da

composição da amostra do Banco de Dados de 2010 que apresentou-se muito desigual do Banco de dados deste estudo (2014).

Gráfico 2: componentes percentuais do índice ceo-d/CPO-D segundo a idade.



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Nas crianças e adolescentes, o principal problema encontrado foram as cavidades de cárie não tratadas. Nos adultos, tanto as cavidades não tratadas como as perdas dentárias foram significantes (componente cariado = 43,7% e componente perdido = 17,9%) e, nos idosos, o principal problema encontrado foi a perda dentária (80,6%).

Em relação à necessidade de tratamento para a cárie dentária, em todas as idades, o percentual de dentes com necessidade de algum tratamento foi baixo. A necessidade mais frequente foi de restauração de uma superfície (4,4%) seguido pela necessidade de extração (2,1%). Com a aplicação do teste não-paramétrico de χ^2 (Qui-quadrado), percebe-se um

aumento na necessidade de tratamento em todas as suas opções, inclusive a de exodontia, $X^2 = 50,25$ ($p=0.000$) significativo ao nível de 1%.

No que tange a autopercepção, a Tabela 4 (ANEXO G), evidencia a inexistência de diferença significativa entre a mesma e o CPO-D. Na avaliação dos impactos de saúde bucal sobre a vida diária dos entrevistados, o item 16.6 na amostra total e 16.1 para a faixa etária de 12 anos mostraram associação positiva com o CPO-D. A correlação do CPO-D com a dificuldade para falar foi significativa na amostra total estudada e o mesmo item também foi destaque na faixa etária dos 12 anos, quando se referiu à dificuldade de se alimentar, evidenciando a influência da saúde bucal no prejuízo da fala e da alimentação. Nas perguntas 16.2, 16.3, 16.4, 16.6 e 16.8, na faixa etária de 12 anos, todos responderam NÃO, não sendo possível comparar os valores de CPOD dos pacientes que responderam Não ou Sim.

A autopercepção de saúde bucal não apresentou relação significativa com indivíduos livres de cárie nas idades de 5 e 12 anos e na faixa etária de 15 a 19 anos. Nas demais faixas etárias, não foi possível a relação, pois não havia qualquer indivíduo livre de cárie.

DISCUSSÃO

A Estratégia de Saúde da Família configura-se como a porta de entrada do indivíduo no sistema de saúde e, desta forma, está no primeiro nível de Atenção. Tem seus princípios reafirmados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011⁶: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Dentro deste novo paradigma, não há espaço para pensar em saúde sem que esta esteja vinculada ao conceito de vigilância da saúde.

A construção de um modelo de vigilância requer a produção de dados primários e secundários, os quais devem produzir indicadores capazes de gerar informação para a ação¹⁷.

Vários autores sugerem a obtenção de informações epidemiológicas em saúde bucal no nível local para que possa haver um planejamento das ações^{18,19}. Idealmente, um censo odontológico deveria ser realizado para conhecer a realidade de saúde bucal da população adscrita e servir de marco inicial para traçar riscos/vulnerabilidades e estabelecer prioridades de ações de saúde bucal. Cabe às ESB atuar no território, realizando diagnóstico situacional a fim de compreender a realidade, os principais problemas e as necessidades da população³. Com base neste conhecimento, é preciso planejar ações estratégicas, tendo sempre como base a Epidemiologia. Conceitos corroborados por diversos autores (Arreaza & Moraes, 2010; Lee & Thacker, 2011; Thacker & Berkelman, 1988; Thacker et al., 1996 apud Moysés et al., 2013)²⁰ para os quais a análise e interpretação de dados sobre problemas específicos de saúde que afetam a população são essenciais para o planejamento, implementação e avaliação da prática de saúde pública, sendo integrado com a rápida disseminação da informação a todos os responsáveis, para uma ação preventiva e voltada para o controle dos problemas evidenciados através dos levantamentos epidemiológicos. No entanto, a quantidade volumosa de indivíduos sob responsabilidade de uma equipe de saúde bucal fragiliza esta estratégia.

Apesar de a epidemiologia ser o principal instrumento para o diagnóstico das condições de saúde nas coletividades humanas, e configurar componente fundamental do planejamento e avaliação das ações em Saúde Coletiva, o Brasil apresentava uma atuação pouco expressiva na utilização da epidemiologia. O primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal aconteceu em 1986^{17,21}.

Em 1999, teve início o projeto SB Brasil 2000: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira, organizado para avaliar a situação do país em relação às metas de saúde bucal para o ano 2000. Este estudo finalizou em 2003, ficando, então conhecido como SB Brasil 2003²¹. Após este, foi realizado o último levantamento nacional, SB Brasil 2010^{7,8,9,10}.

Os resultados apresentados pelo SB Brasil 2010²² evidenciaram que, aos 5 anos de idade, 46,6% das crianças brasileiras eram livres de cárie na dentição decídua e, aos 12 anos, 43,5% apresentam esta condição na dentição permanente. No município do Rio de Janeiro, na idade de 5 anos, 71,0% das crianças eram livres de cárie na dentição decídua e aos 12 anos, 50,6% apresentam esta condição na dentição permanente²². Aos cinco anos de idade, uma criança brasileira possui, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado, que é responsável por 80% do índice. Crianças brasileiras de 12 anos de idade e adolescentes de 15 a 19 anos apresentam, respectivamente, em média 2,07 e 4,25 dentes com experiência de cárie dentária. No que se refere a adultos, o CPO-D médio foi de 16,75 na faixa etária de 35 a 44 anos e 27,53 na de 65 a 74. Destaca-se o fato que o componente perdido é responsável por cerca de 44,7% do índice no grupo de 35 a 44 anos e 92% no grupo de 65 a 74 anos²².

Comparando os resultados dos Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal de 2003 e 2010^{22,23}, percebe-se a continuidade da tendência de redução da doença cárie em crianças de 12 anos. Em 2003, a prevalência de cárie (CPOD \geq 1) foi de 68,92% e o COPD 2,78²³. Em 2010, a prevalência da doença cárie (CPOD \geq 1) na mesma idade foi de 56,5% e o

CPOD 2,07²². Estudo sobre os resultados do SB Brasil 2010 em crianças de 12 anos mostrou que este declínio do CPOD foi desigual na população com maior carga da doença, afetando as crianças mais pobres²⁴. O levantamento epidemiológico da doença cárie no setor censitário da Área Programática 5.1 do município do Rio de Janeiro, que participou do Levantamento Nacional de Saúde Bucal de 2010⁷, coberto pela ESF desde 2009, que teve como objetivo trabalhar centrado na vigilância à saúde e provocar uma mudança no modelo assistencial²⁵, evidenciou aumento do componente cariado na idade de 5 anos, menor percentual de crianças livres de cáries e manutenção do componente cariado aos 12 anos, acompanhado de aumento no componente obturado quando do comparativo entre os levantamentos epidemiológicos de 2010 e de 2014. Estes resultados evidenciam que, apesar de todo o avanço na descoberta da etiopatogenia da doença cárie, as ESF deste território ainda seguem um modelo cirúrgico restaurador com forte atuação restauradora em que não se atua na causa da doença e sim, na reabilitação da estrutura dentária por meio de restaurações e próteses. Este modelo não oferece saúde aos pacientes que, posteriormente, apresentam novas lesões cariosas, consequência da continuidade do curso clínico da doença, o que gera a necessidade de novas restaurações cada vez mais extensas e complexas. Este processo caracteriza o Ciclo Restaurador Repetitivo descrito por Elderton²⁶. Desta forma, a atuação da ESF, propagada pelo Ministério da Saúde⁶, evidencia uma situação negativa para o Município do Rio de Janeiro.

A partir dos resultados obtidos, questiona-se se o modelo assistencial sozinho constitui a forma de melhoria das condições de saúde bucal de uma comunidade; ou se a ESF, talvez não tivesse sido adequadamente preparada, ou não tivesse recebido recursos adequados e suficientes para trabalhar com promoção de saúde, ou ainda, se apesar da necessidade de informação dos indicadores de educação para saúde, a mesma fosse cobrada, por parte de seus gerentes, a produtividade. Outros questionamentos emanam, sobre a insuficiência do número

de ESB, para o quantitativo populacional, ou sobre o Município do Rio de Janeiro, no setor censitário 33 04557 05 37 0259 da Área Programática 5.1, não seguir a normatização do Ministério da Saúde de ter uma ESB para cada ESF.

A discussão sobre o trabalho das ESB no modelo de promoção de saúde é ressaltada na literatura por autores^{20,27} que descrevem que o sucesso de um sistema de saúde depende de sua visualização pelos seus gestores como um conjunto de seis blocos interligados : i) prestação de serviços ; ii) da força de trabalho de cuidados de saúde com bom desempenho ; iii) o funcionamento dos sistemas de informação de saúde; iv) a prestação de serviço e acesso a tecnologias de saúde; v) financiamento adequado e vi) liderança e governança, diminuindo a responsabilidade das ESB pelos resultados negativos.

Diversos fatores podem interagir para que não tenha sido observado diminuição do ceo-d/CPO-D. Segundo Sampaio (2006 apud SOUZA, 2008)²⁸, um dos fatores reside em não desenvolver a atenção integral que requer um equilíbrio entre resolutividade clínica individual e as ações de caráter preventivo-promocionais. Fato corroborado por diversos autores que descrevem que em intervenções em problemas de saúde, a ênfase sobre os mesmos requerem atenção e acompanhamento contínuo sobre os fatores de proteção e de risco e prevenção de danos, onde as ações de promoção e prevenção são coordenadas em conjunto com as ações intersetoriais dentro do território, pautados em evidências sobre o tipo de operações que efetivamente promovam a saúde (Barcellos & Quitério, 2006; Czeresnia & Freitas, 2003; Paim & Almeida Filho, 2000; Paim,2003 apud Moysés, 2013)²⁰.

A OMS instituiu, como parte do Programa Saúde para Todos no ano 2000, que, aos 12 anos de idade, o valor global do CPO-D deveria ser igual ou menor que 3, aos 18 anos de idade, 85% dos jovens deveriam permanecer com todos os dentes (P=0), deveria haver redução de 50% nos índices da época de edentulismo na faixa etária de 35 a 44 anos e redução de 25% nos níveis de edentulismos na idade de 65 anos ou mais²⁹. A Organização Mundial de

Saúde (OMS), a Federação Dentária Internacional (FDI) e a Associação Internacional para Pesquisa Odontológica (IADR) definiram como metas globais para a saúde bucal até o ano 2020, o aumento da proporção de crianças livres de cárie aos 6 anos, a redução do CPOD aos 12 anos, particularmente referente ao componente cariado e redução do número de dentes extraídos em função da doença cárie na idade de 18 anos e nas faixas etárias de 35 a 44 e de 65 a 74 anos, não estabelecendo valores absolutos, mas adequando-se à realidade local, além da redução do número de pessoas afetadas pelas limitações funcionais e pelos impactos sociais impostos pela dor de origem bucal e craniofacial (HOBDELL, 2003)³⁰. Para que o território seja capaz de se aproximar das metas de saúde bucal para o ano 2020, duas frentes necessitam de respaldo dos gestores: a primeira diz respeito à formação da ESB e dos gerentes das Clínicas de Família, não apenas no treinamento do Cirurgião Dentista, mas também dos Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal para trabalharem, não apenas em equipe, mas de forma unissa, utilizando os fatores de risco, não apenas sociais, mas de sua área de atuação, sabendo: planejar; desenvolver e interpretar um levantamento epidemiológico, bem como estando aptos a planejar as ações de promoção de saúde de forma concreta e não simplesmente instituir como um “pacote preventivo”, reconhecidamente implementado pela maioria das ESB²⁵. Tal assertiva pode ser complementada pela necessidade do conhecimento de cariologia nos currículos odontológicos de graduação, de pós graduação de saúde da família e na educação continuada dos profissionais da ESB³¹ e a segunda frente, trabalhar a saúde de forma ampla, onde nenhuma das intervenções supracitadas podem estar desconectadas da implantação de políticas efetivas de educação, emprego, renda e moradia, como por exemplo, a fluoretação das águas de abastecimento públicas, fato corroborado por vários autores^{25,32,33,34}.

Os resultados que versam sobre impactos de saúde bucal evidenciaram que, na comparação dos valores de CPO-D, em relação à pergunta 16.1, dificuldade em se alimentar, do questionário, podemos observar uma diferença significativa ao nível de 5% ($p=0.044$) com

os valores mais elevados de CPOD na faixa etária de 12 anos, e na pergunta 16.6, dificuldade de falar associação com CPO-D em todos os grupos. Nas comparações dos valores de CPO-D com as demais perguntas do questionário, não foram observadas diferenças significativas. Esses dados são diferenciados dos descritos por Vale et al.(2013)²,que demonstrou em seu estudo que o elevado CPO-D e o menor número de dentes hígidos foram fatores diretamente associados com a autopercepção negativa da saúde bucal, corroborado por Sampaio et al.³¹ que descreveram que a cárie dental ainda é responsável por impactos significantes na qualidade de vida de muitos brasileiros. Por outro lado, o trabalho de Correia et al. (2010)³⁵ mostrou que crianças da Cidade de Deus apresentavam boa autopercepção de saúde bucal.

CONCLUSÃO

Comparativamente ao levantamento do SB Brasil 2010, não houve declínio dos índices ceo-d e CPO-D.

A comparação de dois levantamentos epidemiológicos, no mesmo território realizado 5 anos após a implementação da ESF, não evidenciou diferencial epidemiológico, em prol da saúde em nenhuma faixa etária estudada.

As ações da ESF não geraram um diferencial epidemiológico neste território, levando ao questionamento, na discussão, sobre as possíveis razões da fragilidade pontuada no presente estudo;

Os resultados deste estudo evidenciam que, apesar de todo o avanço na descoberta da etiopatogenia da doença cárie, as ESB deste território ainda seguem um modelo cirúrgico restaurador com forte atuação restauradora em que não se atua na causa da doença e sim, na reabilitação da estrutura dentária por meio de restaurações e próteses. Este modelo não oferece saúde aos pacientes que, posteriormente, apresentam novas lesões cariosas, consequência da continuidade do curso clínico da doença, o que gera a necessidade de novas restaurações cada vez mais extensas e complexas. Este processo caracteriza o Ciclo Restaurador Repetitivo descrito por Elderton²⁶.

Urge a necessidade do treinamento de futuros Cirurgiões Dentistas (CD) e da Educação Continuada dos CD em atividade, necessitando aprimorar habilidades de diagnóstico de atividade de doença cárie, tratando lesões cariosas e prevenindo sua sintomatologia clínica, sem deixar de considerar a complexidade da microbiota, dos fatores biológicos e sócioeconômicos, que se interrelacionam na etiologia da doença cárie para efetivamente promover saúde. Concluindo, existe a necessidade de mudança de um Modelo Cirúrgico Restaurador para um modelo de Odontologia de Promoção de Saúde.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflito de interesses na realização deste trabalho.

COLABORADORES

Luciana Dufreyer e Sonia Groisman trabalharam na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada; sendo responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos Colegas Cirurgiões dentistas Santiago F e Dayse, que participaram da coleta dos dados como anotadores e ao Ministério da Saúde por ter encaminhado o Banco de Dados utilizado no Levantamento epidemiológico SB Brasil 2010, com o intuito de seguir a mesma metodologia, construindo a amostra semelhante, o que permitiu a comparação de dados do presente estudo (2014) com o estudo de 2010.

REFERÊNCIAS:

1. Topping GV, Pitts NB, Committee International Caries Detection and Assessment System Committee. Clinical visual caries detection. In: Pitts NB, ed. Detection, assessment, diagnosis and monitoring of caries. Monogr Oral Sci 2009; 21: 15-41. Basel: Karger.
2. Vale EB, Mendes ACG, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. Rev Saude Publica 2013; 47(Supl 3): 98-108.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal: Cadernos de Atenção Básica – nº 17. Brasília, DF, Junho, 2009a.
4. Goes PS. Vigilância da saúde bucal para o nível local. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 258 – 267.
5. Organização Mundial da Saúde. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções – 4ª edição. Genebra, 1997. Tradução de: Oral Health Surveys.
6. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 out 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2488_21_10_11.pdf>.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010: Projeto Técnico. Brasília, DF, Setembro, 2009a.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010: Manual da Equipe de Campo. Brasília, DF, Setembro, 2009b.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010: Manual do Coordenador Municipal. Brasília, DF, 2009c.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional

de Saúde Bucal – SB Brasil 2010: Manual de Calibração de Examinadores. Brasília, DF, 2009d.

11. Instituto Pereira Passos. População residente por grupos de idade e sexo, segundo as Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas – Município do Rio de Janeiro – 2010. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

12. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Clínica da Família Olímpia Esteves. Nossa História. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://smsdc-cfolimpiaesteves.blogspot.com.br/p/historia.html>

13. Rodrigues P. Bioestatística: 3ª edição aumentada. Rio de Janeiro: EDUFF, UFF; 2002. 329p.

14. Campos H. Estatística Experimental Não-paramétrica: 3ª edição. São Paulo: ESALQ, USP; 1983. 343p.

15. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União 2013; 13 jun.

16. World Medical Associationc. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Fortaleza, Brazil, October, 2013.

17. Roncalli AG, Cortês MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. Cad Saude Publica 2012; 28: S58-S68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/07.pdf>.

18. Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Cien Saude Col 2011; 16(7): 3083-3091.

19. Andrade FR, Narvai PC. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. Rev Saude Publica 2013; 47(Supl 3): 154-60.

20. Moysés SJ, Pucca Junior GA, Paludetto Junior M, Moura L. Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. Rev Saude Publica 2013; 47(Supl 3): 161-7.

21. Roncalli AG. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 32 – 48.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010: Resultados Principais. Brasília, DF, 2011e.
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – 2002-2003: Resultados Principais. Brasília, DF, 2005f.
24. Freire MCM, Reis SCGB, Figueiredo N, Peres KG, Moreira RS, Antunes JLF. Determinantes individuais e contextuais da cárie em crianças brasileiras de 12 anos em 2010. Rev Saude Publica 2013; 47(Supl 3): 40-49. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v47s3/0034-8910-rsp-47-supl3-00040.pdf>
25. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saude Publica 2007; 23(11): 2727-2739
26. Elderton RJ. Ciclo Restaurador Repetitivo. In: Kriger L. ABOPREV Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 193 – 199.
27. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, 2010.
28. Souza DS. Visão político-programática da participação da saúde bucal na ESF: uma visão no âmbito estadual. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 21-38.
29. Federação Dentária Internacional (FDI). Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J 1982; 32: 74-77.
30. Hobdell M, Peterson PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. Int Dent J 2003; 53: 285 – 288.
31. Sampaio FC, Rodrigues JA, Bönecker M, Groisman S. Reflection on the teaching of Cariology in Brazil. Braz oral res 2013; 27(3): 195-196.

32. Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcelos M, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Cien Saude Col* 2013; 18(2): 461-470.
33. Narvai PC, Roncalli AG, Antunes JL. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 2006; 19(6): 385-393. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v19n6/30519.pdf> .
34. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica* 2010; 44(2): 360-365.
35. Correia CL, Batista AS, Knupp RRS, Ventura J. Autopercepção da Saúde Bucal em Crianças na Cidade de Deus Rio de Janeiro. In: Programa de Educação Continuada Tutorial – PET. Rio de Janeiro: Programa de Educação Continuada Tutorial - PET, 2010.

ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
Levantamento Epidemiológico de Doença Cárie;
Inter-relação doença cárie, hábitos, atitudes familiares e condições sócio econômicas;
Comparativo de cárie 2010 e 2013;
Comparativo de necessidade de tratamento entre 2010 e 2013;

Pesquisador: Luciana Dufreyer

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32883914.9.0000.5279

Instituição Proponente: SMSDC Coordenadoria Geral de Saúde AP 5.1

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 775.247

Data da Relatoria: 01/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa em reanálise de pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: realizar levantamento epidemiológico CPO-D, ceo-o e necessidade de tratamento relacionado à carie, seguindo a metodologia aplicada SB Brasil 2010 em um setor censitário da AP 5.1 do Município do Rio de Janeiro, que participou deste levantamento em 2010 e pertence ao território da cobertura da ESF.
Secundário: avaliar a condição de CPO-D, ceo-d e necessidade de tratamento relacionada à carie das populações examinadas. Estimar, para a população de 5a12,15a19,35a44,65a74anos a prevalência e a gravidade da carie dentária em coroa e raiz; estimar as necessidades de tratamento relacionadas com a cárie dentária(M.S.2009) levando ao aumento de proporção de crianças livres de caries nas idades de 5a. Verificar se ocorreram aumento do componente obturado em todas as faixas etárias . Verificar se existe inter relação entre doença carie , condições socioeconômicas,

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-901

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3971-1463

Fax: (21)2293-4826

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 775.247

hábitos e atitudes familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Item já avaliado anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante por abordar doença importante e fatores sócio epidemiológicos a serem avaliados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram entregues.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressaltamos que o responsável por esta pesquisa deverá apresentar a este comitê de Ética relatórios semestrais das atividades desenvolvidas a contar da data da sua aprovação.(item X.1.3.b.,da resolução 466/12)

RIO DE JANEIRO, 02 de Setembro de 2014

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-901
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 **Fax:** (21)2293-4826 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO B: Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Adultos

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Nº do Instrumento: _____

“LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ADULTO

Prezado Sr (a), venho por meio deste convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **“LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”** em que serão examinados os dentes e as gengivas de crianças e adultos da população do seu bairro, escolhidos por sorteio, além da aplicação de um questionário. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos. Este estudo está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Mestrado Profissional em Clínica Odontológica – área de concentração em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população local de modo a organizar os serviços de maneira mais racional e efetiva. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

E sua participação não implicará em custos. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição na Unidade de Saúde a que você está vinculado por força de localização, neste caso, Clínica da Família Olímpia Esteves.

Em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento, a pesquisadora estará a sua disposição. Você poderá entrar em contato com Luciana Dufrayer pelo telefone 99918-6909 ou pelo e-mail ldufrayer@gmail.com. Poderá também entrar em contato com a orientadora desta pesquisa, Sonia Groisman, pelo telefone 2562-2047 ou pelo e-mail sonja@dentistas.com.br. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante da pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde situado à rua Afonso Cavalcante, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro, pelo telefone: 3971-1463 ou pelo e-mail cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Eu acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito do estudo acima de maneira clara e detalhada. Fui informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Afirmo que li o que foi exposto no texto acima, pude questionar a pesquisadora sobre todos os aspectos do estudo e recebi uma cópia deste Termo. Autorizo a realização do exame e aplicação do questionário.

Participante: Nome em letra de forma: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Luciana Dufrayer Lopes Paes

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

ANEXO C: Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Menores de Idade

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Nº do Instrumento: _____

“LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RESPONSÁVEL MENOR DE IDADE

Prezado Sr (a), venho por meio deste convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **“LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”** em que serão examinados os dentes e as gengivas de crianças e adultos da população do seu bairro, escolhidos por sorteio, além da aplicação de um questionário. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos. Este estudo está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Mestrado Profissional em Clínica Odontológica – área de concentração em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população local de modo a organizar os serviços de maneira mais racional e efetiva. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

E sua participação não implicará em custos. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição na Unidade de Saúde a que você está vinculado por força de localização, neste caso, Clínica da Família Olímpia Esteves.

Em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento, a pesquisadora estará a sua disposição. Você poderá entrar em contato com Luciana Dufroyer pelo telefone 99918-6909 ou pelo e-mail ldufroyer@gmail.com. Poderá também entrar em contato com a orientadora desta pesquisa, Sonia Groisman, pelo telefone 2562-2047 ou pelo e-mail sonja@dentistas.com.br. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante da pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde situado à rua Afonso Cavalcante, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro, pelo telefone: 3971-1463 ou pelo e-mail cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Eu acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito do estudo acima de maneira clara e detalhada. Fui informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Afirmando que li o que foi exposto no texto acima, pude questionar a pesquisadora sobre todos os aspectos do estudo e recebi uma cópia deste Termo. Autorizo a realização do exame e aplicação do questionário.

Para Pais ou Responsáveis de menores de 18 anos

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na Pesquisa **LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO** e autorizo a _____ realização do _____ exame em _____ bem como a aplicação do questionário.

Participante: Nome em letra de forma: _____

Data: ____ / ____ / ____ Grau de parentesco: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Luciana Dufroyer Lopes Paes

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

ANEXO D: Termo de Assentimento

Termo de Assentimento

Nº do Instrumento: _____

"LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO."

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Seus pais permitiram que você participe. Queremos realizar exame bucal para verificar doença cárie e fazer algumas perguntas a você e seu responsável. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm de 5 a 17 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na sua casa ou escola, onde as crianças serão avaliadas com o auxílio de um abaixador de língua e espelho. O uso do abaixador de língua e espelho é considerado(a) seguro (a), mas é possível ocorrer desconforto no momento do exame, como por exemplo, ter que abrir muito a boca. Não há risco de o exame causar um problema de saúde bucal nem piorar uma condição que já exista.

Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone 99918-6909 da pesquisadora Luciana Dufroyer ou pelo e-mail ldufroyer@gmail.com. Poderá também entrar em contato com a orientadora desta pesquisa, Sonia Groisman, pelo telefone 2562-2047 ou pelo e-mail sonia@dentistas.com.br.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa, Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima desse texto.

Eu _____ aceito participar da pesquisa LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE E FATORES CORRELATOS EM UM SETOR CENSITÁRIO DA AP 5.1 COBERTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do menor

Pesquisadora: Luciana Dufroyer Lopes Paes

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

ANEXO E: Ficha de Exame

Ficha de Exame

Nome do voluntário:
Endereço:

Idade:
Sexo:
Cov/RTA(s):

GRUPO A - INDICADORES DE ENVELHECIMENTO

Todos os grupos etários. Condíção de saúde, com idade de 35 a 44 e de 45 a 74 anos.

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	
Genos																								
Rolo																								
Trit.																								
	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	
Genos																								
Rolo																								
Trit.																								

ANEXO F: Questionário de Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal

		Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal			
CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA					
1	Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2	Quantos cômodos estão sendo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3	Quantos bens tem em sua residência? Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Votar de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4	No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? 1-Até 250; 2-De 251 a 500; 3-De 501 a 1.500; 4-De 1.501 a 2.500; 5-De 2.501 a 4.500; 6-De 4.501 a 9.500; 7-Mais de 9.500; 9-Não sabe/não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS					
5	Até que série o sr(a) estudou? Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
6	O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
7	Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente? 0-Não; 1-Sim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
8	Aponte na escala o quanto foi esta dor 1 (um) significa muito pouca dor e 5 (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
9	Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
10	Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez? 1-Menos de um ano; 2-Uma a dois anos; 3-Três anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
11	Onde foi a sua última consulta? 1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
12	Qual o motivo da sua última consulta? 1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
13	O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta? 1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL					
14	Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está: 1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
15	O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
16	Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
16.1	Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?	<input type="text"/>	16.5	Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?	<input type="text"/>
16.2	Os seus dentes o incomodaram ao escovar?	<input type="text"/>	16.6	Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?	<input type="text"/>
16.3	Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)?	<input type="text"/>	16.7	Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?	<input type="text"/>
16.4	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?	<input type="text"/>	16.8	Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho?	<input type="text"/>
			16.9	Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?	<input type="text"/>

ANEXO G: Média Aritimética, desvio padrão, Testes T de Student e não-paramétrico de Mann-Whitney entre o questionário de autopercepção e impactos de saúde bucal e o CPOD, geral, na idade de 12 anos e nas faixas etárias estudadas.

Pergunta	Média aritmética	Desvio padrão	Testes	Significância
14 - 0	9,42	11,21	T = - 0,28	(p=0.778)n.s
1	10,17	9,20	U* = -1,06	(p=0.287)n.s
16.1 - 0	8,42	10,9	T = -1,07	(p=0.288)n.s
1	11,24	9,38	U* = -1,99	(p=0.052)n.s
16.2 - 0	9,44	10,42	T = 0,04	(p=0.965)n.s
1	9,31	8,52	U* = -0,56	(p=0.577)n.s
16.3 - 0	8,11	9,71	T = -1,52	(p=0.135)n.s
1	12,64	9,75	U* = -1,90	(p=0.058)n.s
16.4 - 0	8,76	9,54	T = -1,27	(p=0.210)n.s
1	13,50	11,60	U* = -1,51	(p=0.132)n.s
16.5 - 0	10,04	10,16	T = 1,37	(p=0.177)n.s
1	3,0	4,08	U* = -1,17	(p=0.266)n.s
16.6 - 0	7,67	8,94	T = -2,67	(p=0.010)**
1	15,54	10,90	U* = -2,29	(p=0.022)*
16.7 - 0	7,93	9,14	T = -1,93	(p=0.059)n.s
1	13,38	10,93	U* = -1,86	(p=0.062)n.s
16.8 - 0	8,72	9,80	T = -1,62	(p=0.111)n.s
1	15,50	9,05	U* = -1,82	(p=0.069)n.s

12 Anos

Pergunta	Média aritmética	Desvio padrão	Testes	Significância
14 - 0	0,38	0,74	T = - 2,40	(p=0.043)n.s
1	2,0	1,41	U* = -1,92	(p=0.089)n.s
16.1 - 0	0,25	0,46	T = -5,69	(p=0.000)**
1	2,50	0,71	U* = -2,36	(p=0.044)*
16.5 - 0	0,67	1,11	T = -0,28	(p=0.784)n.s
1	1,0	0,01	U* = -0,79	(p=0.600)n.s
16.7 - 0	0,63	1,06	T = -0,43	(p=0.681)n.s
1	1,0	1,41	U* = -0,44	(p=0.711)n.s

15 a 19 Anos

Pergunta	Média aritmética	Desvio padrão	Testes	Significância
14 - 0	2,30	2,98	T = - 0,26	(p=0.798)n.s
1	2,71	3,55	U* = -0,31	(p=0.813)n.s
16.1 - 0	1,38	2,88	T = -1,40	(p=0.181)n.s
1	3,44	3,17	U* = -1,73	(p=0.114)n.s
16.2 - 0	2,18	3,06	T = - 0,50	(p=0.622)n.s
1	3,0	3,46	U* = - 0,64	(p=0.591)n.s
16.3 - 0	2,21	2,86	T = - 0,72	(p=0.483)n.s
1	3,67	4,73	U* = - 0,67	(p=0.0591)n.s
16.4 - 0	1,79	2,69	T = - 2,17	(p=0.047)*
1	5,67	3,51	U* = -1,99	(p=0.068)n.s

16.5 - 0	2,67	3,27	T = 0,70	(p=0.496)n.s
1	1,0	1,42	U* = -0,47	(p=0.721)n.s
16.6 - 0	2,57	3,18	T = 0,28	(p=0.784)n.s
1	2,0	3,46	U* = -0,47	(p=0.676)n.s
16.7 - 0	1,92	2,75	T = -1,33	(p=0.202)n.s
1	4,25	4,03	U* = -1,26	(p=0.245)n.s
16.8 - 0	2,50	3,22	T = 0,15	(p=0.882)n.s
1	2,0	0,01	U* = -0,32	(p=0.824)n.s

35 a 44 Anos

Pergunta	Média aritmética	Desvio padrão	Testes	Significância
14 - 0	12,20	5,31	T = 0,47	(p=0.642)n.s
1	10,43	7,66	U* = -0,69	(p=0.500)n.s
16.1 - 0	7,0	5,33	T = -1,73	(p=0.102)n.s
1	12,69	7,15	U* = -1,54	(p=0.127)n.s
16.2 - 0	9,80	5,81	T = - 0,71	(p=0.490)n.s
1	12,11	8,36	U* = - 0,41	(p=0.720)n.s
16.3 - 0	8,11	4,83	T = - 1,73	(p=0.102)n.s
1	13,40	7,95	U* = - 1,43	(p=0.156)n.s
16.4 - 0	11,53	7,06	T = 1,16	(p=0.262)n.s
1	5,50	4,95	U* = -1,20	(p=0.292)n.s
16.5 - 0	11,47	7,14	T = 0,34	(p=0.741)n.s
1	9,0	0,02	U* = -0,29	(p=0.889)n.s
16.6 - 0	10,27	6,51	T = - 0,75	(p=0.466)n.s
1	13,25	9,43	U* = - 0,55	(p=0.596)n.s
16.7 - 0	8,85	5,29	T = -2,03	(p=0.059)n.s
1	15,33	8,71	U* = -1,67	(p=0.106)n.s
16.8 - 0	10,25	7,23	T = - 0,92	(p=0.370)n.s
1	14,33	5,51	U* = - 1,12	(p=0.303)n.s

65 a 74 Anos

Pergunta	Média aritmética	Desvio padrão	Testes	Significância
14 - 0	25,63	6,21	T = 1,24	(p=0.239)n.s
1	21,0	7,80	U* = -1,05	(p=0.345)n.s
16.1 - 0	22,89	8,21	T = -0,52	(p=0.612)n.s
1	25,0	4,85	U* = -0,47	(p=0.699)n.s
16.2 - 0	23,08	7,20	T = 0,14	(p=0.888)n.s
1	22,0	0,02	U* = 0,01	(p=0.999)n.s
16.3 - 0	22,36	6,95	T = - 1,33	(p=0.214)n.s
1	32,0	0,02	U* = - 1,31	(p=0.333)n.s
16.4 - 0	21,90	7,14	T = - 1,05	(p=0.315)n.s
1	26,67	5,51	U* = -1,11	(p=0.287)n.s
16.5 - 0	24,25	5,46		
16.6 - 0	22,29	8,30	T = - 0,39	(p=0.705)n.s
1	23,83	5,49	U* = - 0,50	(p=0.628)n.s
16.7 - 0	21,78	7,43	T = - 0,95	(p=0.361)n.s
1	25,75	5,38	U* = - 0,93	(p=0.414)n.s

16.8 - 0	22,82	7,43	T = - 0,21	(p=0.835)n.s
1	24,0	4,24	U* = - 0.30	(p=0.769)n.s

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

ANEXO H: Normas de publicação da Revista Cadernos de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública-[Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca](http://www4.ensp.fiocruz.br/csp/)

<http://www4.ensp.fiocruz.br/csp/>-INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP. Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

- **CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:**

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois modelos: artigo de pesquisa etiológica na [epidemiologia](#) e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. ([leia mais](#));

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 6000 palavras ([leia mais](#));

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das

Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

• **NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS**

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

• PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

FONTES

DE

FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- **CONFLITO DE INTERESSES**

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- **COLABORADORES**

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia

da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

- **AGRADECIMENTOS**

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

- **REFERÊNCIAS**

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*](#)).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

- **NOMENCLATURA**

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica,

assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

- **ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

- **PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-

artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

• **ENVIO DO ARTIGO**

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas,

gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos

CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

- **ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- **ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

- **PROVA DE PRELO**

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo

Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

Secretaria Editorial +55 21 2598-2511 :: Assinaturas +55 21 2598-2514

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.