



**CAMPUS VIII—PROFESSORA MARIA DA PENHA—ARARUNA
CENTRO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**AUTOPERCEÇÃO DO USUÁRIO COM RELAÇÃO À EXODONTIA NO
MUNICÍPIO DE ARARUNA-PB.**

Leonardo de Sousa Alves

**Araruna / PB
2015**

LEONARDO DE SOUSA ALVES

**AUTOPERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM RELAÇÃO À EXODONTIA NO
MUNICÍPIO DE ARARUNA-PB.**

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da UEPB – Campus
VIII como requisito para a obtenção do
título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Pierre Andrade Pereira de Oliveira

Araruna / PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A474a Alves, Leonardo de Sousa
Autopercepção do usuário com relação à exodontia no
Município de Araruna-PB [manuscrito] / Leonardo de Sousa
Alves. - 2015.
51 p. : il.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Tecnologia e Saúde, 2015.
"Orientação: Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira,
Departamento de Odontologia".

1.Extração dentária. 2.Odontologia social. 3.Saúde bucal. I.
Título.

21. ed. CDD 617.66

LEONARDO DE SOUSA ALVES

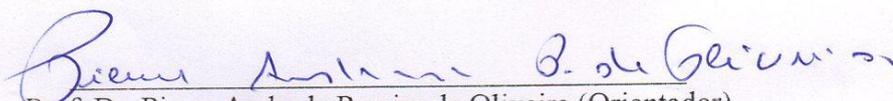
**AUTOPERCEÇÃO DO USUÁRIO COM RELAÇÃO À EXODONTIA NO
MUNICÍPIO DE ARARUNA – PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à coordenação do curso de Odontologia da
UEPB - Campus VIII como requisito para
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

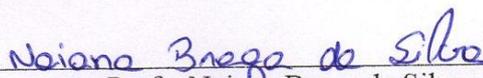
Orientador: Prof.Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira

Aprovada em: 27 de abril de 2015.

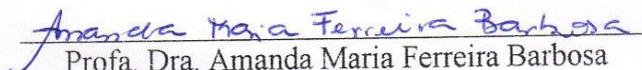
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Naiara Braga da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Amanda Maria Ferreira Barbosa
Faculdade de Odontologia do Recife (FOR)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser indispensável em minha vida e autor do meu destino, aos meus pais Lourival e Maria Lúcia e aos meus irmãos Leandro e Lenoaldo que sempre estiveram ao meu lado, partilhando todos os momentos de vitórias e derrotas, me ajudando e apoiando constantemente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao Deus Todo Poderoso, pela vida, pela saúde plena, pela fé, pela força, por ter iluminado meu caminho rumo ao curso de Odontologia, por sempre me guiar nas mais difíceis escolhas e por cuidar de mim e de minha família em todos os momentos.

Aos meus pais Maria Lúcia e Lourival, meus verdadeiros amores, meus companheiros em todos os tempos, verdadeiros amigos e confidentes que jamais permitiram que eu desistisse dos meus sonhos. Pais, a vocês que compartilharam cada segundo de minha existência, que foram meu porto seguro, que cuidaram de mim, me protegendo das armadilhas da vida e que me ensinaram a seguir com humildade, com respeito ao próximo e amor à vida. A vocês minha eterna gratidão.

Aos meus irmãos Leandro e Lenoaldo, dois guerreiros que sempre estiveram ao meu lado, partilhando os momentos de vitórias e derrotas, me ajudando e apoiando constantemente. Espero poder retribuir todas as maravilhas que vocês me proporcionaram.

A todos os professores e em especial ao meu orientador Pierre Andrade, por exigir de mim, muito mais do que poderia imaginar ser capaz de fazer. Agradeço pelo compartilhamento de conhecimentos, por estar presente nos momentos de dúvida, pelo incentivo constante, pela confiança na minha monografia e por fazer desta, uma obra concretizada que me proporcionou muitas experiências positivas e um maior contato com as necessidades da sociedade.

Não poderia deixar de agradecer a todos os meus amigos que fizeram presentes nesta longa caminhada, em especial a Edileusa, Antônio, Ana Cláudia, Daniel, Rosa, Elizângela, Rosângela, e aos meus anjos da guarda Simone, Naiana, Tatiana, Leonardo, Rayssa, Maristela e Orcineide que além de ouvir meus desabafos, me ajudaram na concretização do sonho de ser um cirurgião-dentista. Vocês também são responsáveis pelo meu sucesso.

A todos os meus companheiros do curso de Odontologia, em especial a minha dupla de clínica Nicolle que sempre esteve ao meu lado, respeitando minhas opiniões e contribuindo para pudesse realizar um trabalho de modo satisfatório, aos amigos Sabrina, Juneise, Joyce, Thamyres e Vinícius que fizeram parte desta jornada, por nunca terem me negado um favor e por estar presente em muitas decisões tomadas em minha vida.

Em memória póstuma do amigo José de Anchieta que hoje habita na morada eterna, ao lado pai. Muito obrigado pela sincera amizade, pelos momentos felizes de descontração, pelo companheirismo no trabalho e pelos sábios conselhos que guardo em meu coração.

Aos meus familiares, que apesar das adversidades, perto ou longe estiveram presentes, me apoiando com palavras e ações, em especial às minhas primas Fernanda e Andréia, ao primo Gilson Alexandre, minhas avós Francisca e Maria, as tias Gracinha, Dorinha e Marinalva que pelos seus exemplos de vida, me espelhei para seguir sem nunca fraquejar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

CNS/MS: Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde

INF.: Inferior

ESF: Estratégia de Saúde da Família

MS: Ministério da Saúde

SR(A): Senhor / Senhora

SUP.: Superior

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRAT.: Tratamento

UEPB: Universidade Estadual da Paraíba

CPO-D: Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados.

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Autonomia: É a capacidade do sujeito decidir e agir por si mesmo, com o pressuposto de que o desenvolvimento e a aquisição desta habilidade sofrem a influência do contexto em que se desenvolve.. Percebe-se que a autonomia é um conceito amplo e pode variar tanto no seu significado (conceito propriamente dito) quanto na sua aplicação, ou seja, no processo de desenvolvimento (REICHER; WAGNER, 2007).

Autopercepção em saúde: É a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. É baseada na informação e nos conhecimentos de saúde e doença, modificados pela experiência, normas sociais e culturais. (MARTINS et al, 2010).

Cárie dentária: É uma doença infecciosa, de etiologia multifatorial, associada a interação, de microorganismos, substratos cariogênico e suscetibilidade do hospedeiro, manifestada clinicamente pela desmineralização dos tecido dentários (CAMPOS; DEMONTE, 2003).

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor (CDC): É uma norma objetiva, uma lei de ordem Pública e interesse social com características de parcialidade pelos princípios de boa-fé entremeando suas regras (JUNIOR; TRINDADE, 2010).

Código de Ética Odontológica: Neste código são estabelecidas regras de condutas, moralidade e ética do profissional, que se infringidas podem gerar um ato ilícito praticado em ofensa à lei, à ética, à moral ou aos bons costumes - do qual pode resultar dano a outrem. A prática do ato ilícito gera para seu autor a obrigação de repará-lo (JUNIOR; TRINDADE, 2010).

Curativismo: É o modelo no qual a saúde é vista como ausência de doença e, portanto, espera-se o indivíduo ficar doente para então curá-lo (FREIRE; 1997)

Edentulismo: É uma condição patológica na qual há falta de dentes parcial ou total que acarreta conseqüências tanto no âmbito biológico quanto psicológico no paciente, implicando em impactos negativos na qualidade de vida como desconforto psicológico, inabilidade social, além de stress recorrente de problemas na boca e à vergonha (DOMINGOS, 2012).

Endodontia: É uma área da Odontologia que estuda a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças que acometem a polpa e os tecidos de suporte e sustentação dos dentes (BARCELOS, 2012).

Exodontia: É a extração de dentes ou raízes, o recurso curativo normalmente utilizado para solucionar os problemas resultantes das doenças bucais para essa população (AMORIM et. al, 2009).

Exodontias mutiladoras: São aquelas oferecidas e executadas como o único meio de tratamento disponível, mesmo quando existam formas de intervenção e procedimentos mais conservadores e eficazes à promoção da saúde (AMORIM et. al, 2009).

Mutilação dentária: É a perda de um ou mais dentes permanentes, sendo é uma característica básica de muitas incapacidades bucais (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Promoção de saúde: É o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (BARBOSA; SANTOS, 2013).

Saúde bucal: O conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento (SANTOS; GARBIN; GARBIN, 2012).

Usuário: É o sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (ALVES, 2005).

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	14
3 ARTIGO	15
3.1 RESUMO	16
3.2 ABSTRACT	17
3.3 INTRODUÇÃO	18
3.4 MÉTODOS	19
3.5 RESULTADOS	22
3.6 DISCUSSÃO	32
3.7 CONCLUSÃO	39
3.8 REFERÊNCIAS	40
3.9 APÊNDICE A	43
4.0 APÊNDICE B	46
4.1 ANEXO	52

1. INTRODUÇÃO

As ações de cuidado à saúde bucal têm sido estruturadas como uma prática caracterizada pelo curativismo. Assim, a exodontia é o procedimento odontológico que mais leva o indivíduo às instâncias de saúde bucal, em buscado alívio imediato da dor e restabelecimento do estado de saúde oral (FERREIRA et al, 2006).

De acordo, com Vargas et al, (2005) a cárie e a doença periodontal são as patologias mais prevalentes na cavidade oral, responsáveis pela maioria das perdas dentárias. Sendo assim, as condições sociais do indivíduo e a prática hegemônica instaurada e valorizada durante séculos na Odontologia exerceram um importante papel nesta.

Para a maioria da população são oferecidas exodontias, muitas vezes, como único recurso terapêutico possível, o que contribui para a prática mutiladora nos procedimentos odontológicos, fazendo parte da população buscar apenas estes procedimentos como solução para suas injúrias dentárias (AMORIM, 2010). Em contrapartida, metade desses dentes extraídos, na classe social de baixa renda, poderia ser recuperada com as técnicas convencionais restauradoras, ou até mesmo, através da endodontia (VARGAS et al, 2005).

Os cuidados com a higiene oral representam um importante fator contra doenças bucais e a falta desses cuidados leva ao agravamento da dor e conseqüentemente à odontologia mutiladora (ANDRADE et al, 2010). Por isso, a incorporação de bons hábitos de higiene oral deve começar ainda na infância, associados a outras atividades educativas no seio familiar com o objetivo principal de promover a saúde bucal que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação, bem como, manter a estética, melhorando a auto-estima e favorecendo um relacionamento social sem inibição ou constrangimento (NARVAI, 2003). Assim, estas condições estão relacionadas à ausência de doença, de modo que possibilitem ao indivíduo exercer as mencionadas funções que lhe pareçam adequadas e lhe permitam sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral (VARGAS, 2005).

Nesta perspectiva, a finalidade desta pesquisa foi analisar a autopercepção do usuário com relação à extração dentária, bem como a tomada de decisão do cirurgião-dentista no tratamento dos pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

- ❖ Analisar a autopercepção do usuário com relação à extração dentária e a tomada de decisão do cirurgião-dentista no tratamento dos pacientes encaminhados nas ESFs do município de Araruna-PB.

2.2. ESPECÍFICOS

- Identificar as razões que levaram o paciente a buscar a exodontia no serviço público de saúde, em detrimento a um tratamento mais conservador;
- Verificar qual foi a tomada de decisão do cirurgião-dentista diante do problema apresentado pelos pacientes sorteados;
- Determinar a influência do nível socioeconômico nas razões clínicas da extração dentária;
- Problematizar os fatores que interferem no acesso dos serviços de saúde bucal.

**AUTOPERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM RELAÇÃO À EXODONTIA NO
MUNICÍPIO DE ARARUNA-PB.**

User Perception regarding extraction in the municipaly of Araruna – PB.

Leonardo de Sousa Alves¹

Pierre Andrade Pereira de Oliveira²

1. Acadêmico do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba/Campus VIII
2. Professor Doutor da Universidade Estadual da Paraíba/Campus VIII

Endereço para correspondência:

Pierre Andrade Pereira de Oliveira

Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII

Av. Coronel Pedro Targino, S/N, Araruna- PB- Brasil

CEP 58233-000

E-mail: pierreandrade@hotmail.com

Phone: (83) 3373-1040/ (83) 3373-1415

AUTOPERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM RELAÇÃO À EXODONTIA NO MUNICÍPIO DE ARARUNA-PB.

User Perception regarding extraction in the municipality of Araruna – PB.

RESUMO

Esta pesquisa visou analisar a autopercepção do usuário com relação à extração dentária e a tomada de decisão do cirurgião-dentista no tratamento dos pacientes encaminhados que foram atendidos nos serviços odontológicos das ESFs (Estratégias de Saúde da Família) do município de Araruna – PB. Tratou-se de um estudo quantitativo e analítico com um desenho do tipo transversal. A amostra foi composta por 160 pessoas com idades entre 18 e 72 anos. Foram incluídos no estudo apenas os indivíduos que declararam ter alguma necessidade de tratamento exodôntico. A maioria dos participantes (43,1%) alegou que deseja extrair o dente para evitar dor, 93,1% já extraiu algum dente na vida, o sentimento após extração foi de felicidade para 61,3. Dos dentes que o paciente apontava como necessidade de extração, 70% foram realmente extraídos pelo dentista e 16,9% foram restaurados ou encaminhados para endodontia. Apesar dos avanços tecnológicos e científicos que possibilitam a conservação e manutenção do elemento dentário na cavidade oral, ainda existem pacientes e profissionais que optam pela realização de um tratamento/procedimento mais radical (extração dentária), tendo como consequências o edentulismo e uma piora na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: autopercepção, exodontia, saúde bucal.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the user's perception regarding tooth extraction and decision making of the dentist in treating referred patients who were treated at the ESFs (Family health strategies) dental services in the municipality of Araruna - PB. This was a quantitative and analytical study with cross-sectional design. The sample consisted of 160 people aged between 18 and 72 years. The study included only individuals who reported they had a need for exodontic treatment. Most participants (43.1%) claimed that want to extract the tooth to avoid pain, 93.1% have extracted a tooth in life, the feeling after extraction was happiness to 61.3. Teeth that the patient pointed to the need for extraction, 70% were actually taken by the dentist and 16.9% were restored or sent to endodontics. Despite technological and scientific advances that enable the conservation and maintenance of the tooth in the mouth, there are still patients and professionals who choose to perform a treatment / more radical procedure (tooth extraction), with the consequences edentulous and a poor quality life.

KEY WORDS: perception, extraction, user, oral health.

INTRODUÇÃO

As ações de cuidado à saúde bucal têm sido estruturadas como uma prática caracterizada pelo curativismo. Assim, a exodontia é o procedimento odontológico que mais leva o indivíduo às instâncias de saúde bucal, em busca do alívio imediato da dor e restabelecimento do estado de saúde oral (FERREIRA et al, 2006).

De acordo, com Vargas et al, (2005) a cárie e a doença periodontal são as patologias mais prevalentes na cavidade oral, responsáveis pela maioria das perdas dentárias. Sendo assim, as condições sociais do indivíduo e a prática hegemônica instaurada e valorizada durante séculos na Odontologia exerceram um importante papel para a mutilação dentária.

Para a maioria da população são oferecidas exodontias, muitas vezes, como único recurso terapêutico possível, o que contribui para a prática mutiladora nos procedimentos odontológicos, fazendo parte da população buscar apenas estes procedimentos como solução para suas injúrias dentárias (AMORIM, 2010). Em contrapartida, metade desses dentes extraídos, na classe social de baixa renda, poderiam ser recuperados com as técnicas convencionais restauradoras, ou, até mesmo, através da endodontia (VARGAS et al, 2005).

Os cuidados com a higiene oral é um importante fator contra doenças bucais e a falta desses cuidados leva ao agravamento da dor e conseqüentemente à odontologia mutiladora (ANDRADE et al, 2010). Por isso, a incorporação de bons hábitos de higiene oral deve começar ainda na infância, associados a outras atividades educativas no seio familiar com o objetivo principal de promover a saúde bucal que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação, bem como, manter a estética, melhorando a auto-estima e favorecendo um relacionamento social sem inibição ou constrangimento (NARVAI, 2003). Assim, estas condições estão relacionadas à ausência de doença, de modo que possibilitem ao indivíduo exercer as mencionadas funções que lhe pareçam adequadas e lhe permitam sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral.

Nesta perspectiva, a finalidade desta pesquisa foi analisar a autopercepção do usuário com relação à extração dentária, assim também, como a tomada de decisão do cirurgião-dentista no tratamento dos pacientes.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo quantitativo e analítico com um desenho do tipo transversal, pois “causa” e “efeito” são analisados simultaneamente.

Também conhecido como seccional, esse tipo de estudo fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas no momento da coleta dos dados (PEREIRA, 2000). Esse estudo apresentou como vantagens: a simplicidade, o baixo custo, a rapidez, a objetividade na coleta dos dados (se referem ao momento do contato examinador-examinado) e não havendo a necessidade de seguimento de pessoas.

A população estudada foi constituída dos usuários residentes em área coberta pelaESFs (Equipes de Saúde da Família) do município de Araruna – PB. O presente estudo buscou entrevistar todos que foram sorteados e concordaram em participar da pesquisa, independentemente do sexo.

Atualmente, a cidade de Araruna - PB possui oito Unidades de Atendimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sendo as unidades I, II, VI, VII e VIII localizadas na zona rural, e as unidades III, IV e V localizadas na zona urbana.

A amostra foi aleatória, com sorteio de usuários na faixa etária de estudo em quatro unidades de atendimento odontológico das ESFs do município de Araruna - PB, sendo duas unidades de saúde da zona rural e duas da zona urbana, dentro da área de abrangência da mesma, onde foram sorteados pacientes do sexo masculino e feminino, na faixa etária de maior/igual a 18 anos, de micro-áreas das quatro unidades, que desejavam realizar a exodontia.

Os sorteios foram realizados previamente, de acordo com uma lista de nomes, fornecidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Logo após os sorteios, o pesquisador levantou o endereço do usuário e organizaram as visitas nas residências. Houve o exame clínico, preenchimento da primeira parte do formulário e encaminhamento dos usuários pelos ACSs para a realização do tratamento odontológico na Unidade de Saúde que cobria sua área. O total da amostra foi de 160 casos.

Quanto aos critérios de seleção da amostra, foram incluídos:

- Todos os usuários do sistema público de saúde, cadastrados no município de Araruna – PB;
- Moradores das micro-áreas sorteadas, de ambos os sexos, que possuíam idade maior/igual a 18 anos;
- Usuários das micro-áreas sorteadas que procuraram os serviços dos ACSs para marcação de procedimento exodôntico;
- Usuários que concordaram em participar do estudo através da assinatura do TCLE;

E foram excluídos do estudo os:

- Portadores de deficiência física ou mental que poderiam afetar o discernimento e/ou preenchimento do formulário;
- Usuários com inabilidade de cooperar com a avaliação devido a doenças sistêmicas crônicas e debilitantes;

A coleta dos dados do estudo foi realizada com a utilização de um formulário estruturado (APÊNDICE B) para os usuários cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a finalidade de identificar se existia uma percepção do usuário da necessidade de extração dentária. Caso o mesmo possuísse alguma necessidade de tratamento odontológico o pesquisador encaminharia o paciente para Unidade de Saúde com o propósito de sanar seu problema odontológico. Em nenhum momento o pesquisador entrou em contato com o cirurgião-dentista da área, deixando-o livre para tomada de decisão do tratamento.

O formulário da pesquisa foi respondido pelo usuário sorteado e preenchido pelo pesquisador em dois momentos: em uma primeira etapa, no período pré-tratamento, uma semana antes e após a realização do procedimento odontológico, uma semana depois. Na etapa inicial, além do preenchimento do formulário houve a realização do exame clínico das condições dentárias apresentadas. Na etapa seguinte, houve o preenchimento da segunda parte do formulário, onde foi realizado o reexame do paciente e observado qual foi a conduta clínica do cirurgião-dentista diante do problema apresentado pelo usuário. Neste contexto, foi

avaliado se o profissional realizou ou não algum procedimento no elemento dentário indicado pelo paciente ou se o mesmo realizou algum tratamento em outro dente.

Os formulários confeccionados objetivaram determinar o perfil dos indivíduos entrevistados e obter informações sobre a autopercepção com relação à exodontia, a compreensão dos motivos que os estimularam em optar por este tipo de tratamento, dentre outras informações importantes.

Os dados obtidos nesta pesquisa foram tabulados em programa SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 18.0. Onde foi utilizado o teste estatístico Qui Quadrado para análise bivariada que foi realizado a partir dos dados coletados, sendo basicamente do tipo descritiva e analítica com apresentação de dados percentuais.

O presente estudo foi registrado na Plataforma Brasil e submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (Universidade Estadual da Paraíba). O projeto seguiu as diretrizes da Resolução 466/12 CNS/MS, de forma que um TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), presente no Apêndice A, foi obtido dos participantes da pesquisa. O projeto finalizado foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB, sendo aprovado sobre o número de protocolo: 35512414.8.0000.5187.

RESULTADOS

Foram avaliados 160 pacientes cujos dados sociodemográficos revelaram que a idade da amostra variou entre 18 e 72 anos, com média de 30 a 44 anos (47.5%). A maior parte desta foi composta por mulheres (67.55%), com ensino fundamental (56.3%) e a renda variando entre 501 (quinhentos e um) e 1500 (mil e quinhentos) reais, o que equivaleu a 46.9%. A maioria dos pacientes pesquisados afirmou residir na zona urbana (73.8%). Com relação à raça, 50% foi composta por pardos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra de pessoas segundo variáveis sociodemográficas, cidade de Araruna-PB, 2015.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	52	32,5
Feminino	108	67,5
Idade		
18 a 29	36	22,5
30 a 44	76	47,5
45 a 72	48	30,0
Naturalidade		
Araruna	130	81,3
Não Araruna	30	18,8
Raça		
Branco	57	35,6
Preto	23	14,4
Pardo	80	50,0
Localização Geográfica		
Rural	42	26,3
Urbana	118	73,8
Escolaridade		
Analfabeto	32	20,0
Ensino Fundamental	90	56,3
Ensino médio	26	16,3
Técnico	5	3,1
Graduação	7	4,4
Faixa salarial		
Até 250	18	11,3
251 a 500	57	35,6
501 a 1500	75	46,9
1501 a 2500	8	5,0
Total	160	100

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Com relação à morbidade bucal referida e uso de serviços, os resultados gerais da amostra dos pacientes foram avaliados em oito aspectos. De tal modo, que todos os entrevistados afirmaram que necessitavam de atendimento dentário atualmente (100%),

aqueles que sentiram dor nos últimos seis meses foram 66.3%, em escala de cinco, indicando dor muito forte (31.3%). A maioria destes indivíduos foi ao dentista há menos de um ano (63.1%), sendo atendidos pela última vez no serviço público (88.8%) e tendo como principal motivo da consulta, a extração dentária (43.1%). Neste contexto, aproximadamente 61% dos pesquisados considerou o tratamento bom (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados referentes a morbidade bucal referida e uso de serviços, Araruna - PB, 2015.

Variáveis	N	%
Necessita de tratamento atualmente?		
Sim	160	100
Dor nos últimos 6 meses		
Não	54	33,8
Sim	106	66,3
Escala de dor		
1	15	9,4
2	13	8,1
3	12	7,5
4	15	9,4
5	50	31,3
Total	105	65,6
Não se aplica	55	34,4
Já foi ao dentista alguma vez?		
Não	2	1,3
Sim	158	98,8
Quando foi a última consulta?		
Menos de um ano	101	63,1
Um a dois anos	30	18,8
Três anos ou mais	28	17,5
Total	159	99,4
Não se aplica	1	,6
Onde foi sua última consulta?		
Serviço Público	142	88,8
Serviço Particular	17	10,6
Total	159	99,4
Não se aplica	1	,6
Motivo da consulta		
Revisão, prevenção ou checkup	18	11,3
Dor	30	18,8
Extração	69	43,1
Tratamento	36	22,5
Outros	6	3,8
Total	159	99,4
Não se aplica	1	,6
O que achou do último tratamento		
Muito bom	26	16,3
Bom	98	61,3
Regular	20	12,5
Ruim	8	5,0
Muito ruim	6	3,8
Total	158	98,8
Não se aplica	1	,6
Total	160	100

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

A distribuição de dados segundo variáveis de autopercepção e impactos em sua saúde bucal foi agrupada em onze categorias. Destas, 40.6% mostraram insatisfação com seus dentes e a necessidade do uso de prótese dentária ou troca das mesmas (72.5%), relataram dificuldade para comer (62.5%), sentiram incômodo ao escovar (58.8%), ficaram nervosos ou irritados com a situação de seus dentes (60.6%). Havia aqueles que sentiam vergonha ao sorrir ou falar (53.1%) e que deixou de dormir ou dormiu mal por causa de dor dente (70.6%).

Tabela 3 – Distribuição da amostra de pessoas segundo variáveis de autopercepção de impactos em saúde bucal, Araruna-PB, 2015.

Variáveis	N	%
Com relação aos seus dentes boca o(a) Sr.(a) está?		
Muito satisfeito	12	7,5
Satisfeito	51	31,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	19	11,9
Insatisfeito	65	40,6
Muito insatisfeito	13	8,1
Necessita usar prótese ou trocar a que usa?		
Não	44	27,5
Sim	116	72,5
Dificuldade para comer?		
Não	60	37,5
Sim	100	62,5
Dentes incomodaram ao escovar?		
Não	66	41,3
Sim	94	58,8
Os dentes o(a) deixaram nervosos?		
Não	63	39,4
Sim	97	60,6
Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios?		
Não	85	53,1
Sim	75	46,9
Teve dificuldade para falar?		
Não	96	60,0
Sim	64	40,0
Sentiu vergonha de sorrir ou falar?		
Não	75	46,9
Sim	85	53,1
Os dentes atrapalharam para estudar, trabalhar ou fazer tarefas?		
Não	94	58,8
Sim	66	41,3
Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes?		
Não	47	29,4
Sim	113	70,6
Total	160	100

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Com relação ao edentulismo, os dados indicaram que grande parte do pacientes entrevistados fazia uso de prótese dentária na arcada superior (63.1%), sendo que 81.9%, realmente necessitavam usá-las nesta arcada. Com relação ao uso de prótese dentária na arcada inferior, 92.5% dos pacientes não faziam uso da mesma, enquanto que sua real necessidade era de 85%(tabela 4).

Tabela 4 –Distribuição da amostra de usuários segundoedentulismo e necessidade do uso de prótese dentária, cidade de Araruna-PB, 2015.

Variáveis	N	%
Uso de prótese superior		
Não	101	63,1
Sim	59	36,9
Uso de prótese inferior		
Não	148	92,5
Sim	12	7,5
Necessidade de prótese superior		
Não	29	18,1
Sim	131	81,9
Necessidade de prótese inferior		
Não	24	15,0
Sim	136	85,0
Total	160	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

As informações referentes a autopercepção de extração dentária (tabela 5), mostraram que todos os entrevistados acreditavam que havia necessidade de realizar exodontia (100%) e que o principal motivo seria a dor (48.1%). Quando indagados sobre a procura anterior pelo serviço odontológico para tratamento do dente indicado pelo mesmo para o procedimento mais radical, 55.6% dos entrevistados não tinham procurado o serviço odontológico anteriormente. Daqueles que buscaram 26.6% tiveram dificuldade, principalmente em marcar as consultas (14.4%). Inquiridos sobre a possibilidade de reabilitar o dente com um tratamento mais conservador, 61.9% mostraram que prefeririam extrair o dente e colocar uma prótese dentária (77.5%).

Tabela 5– Informações gerais sobre a autopercepção de extração dentária, Araruna - PB, 2015.

Variáveis	N	%
O(a) Sr.(a) acha que existe algum dente com necessidade de tratamento?		
Sim	160	100
Qual o tratamento o(a) Sr.(a) acha que necessita nesse dente?		
Extração	160	100
Por que o(a) Sr.(a) deseja extrair o dente?		
Dor	77	48,1
Estética	21	13,1
Função	49	30,6
Outros	13	8,1
Procurou serviço odontológico para tratamento desse dente?		
Não	89	55,6
Sim	71	44,4
Teve dificuldade em conseguir consulta com o dentista?		
Não	36	22,5
Sim	42	26,3
Total	78	48,8
Não se aplica	82	51,3
Motivo da dificuldade em consultar dentista		
Não encontra o dentista no PSF	14	8,8
Dificuldade na marcação de consulta	23	14,4
Falta de material no posto	5	3,1
Outros	1	,6
Total	43	26,9
Não se aplica	117	73,1
Possibilidade de reabilitar e não extrair		
Não, preferiria extrair	99	61,9
Sim, preferiria restaurar	61	38,1
Se o(a) Sr.(a) extrair esse dente, o que faria no local?		
Deixaria sem dente	35	21,9
Colocaria uma prótese	124	77,5
Total	160	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

A tabela 6 mostra as experiências vivenciadas anteriormente, relacionadas ao tratamento odontológico e suas consequências psicológicas na atualidade. Assim, quando perguntados se já haviam realizado alguma extração dentária, 93.1% disseram que sim e que o

sentimento predominante e imediato após este procedimento foi o de felicidade (61.3%). Apesar dos medos, 63.3% dos pacientes afirmaram que não tinham nenhuma aversão relacionada ao dentista, daqueles que apresentavam algum temor, 9.4% indicaram que ver a agulha da seringa seria o principal motivo. E, ainda a falta deste elemento dentário afetava predominantemente a aparência do indivíduo(38.8%).

Tabela 6– Relação existente entre experiências passadas e suas conseqüências na atualidade para o paciente, Araruna - PB, 2015.

Variáveis	N	%
O(a) Sr(a) já extraiu algum dente?		
Não	11	6,9
Sim	149	93,1
Como se sentiu após extração?		
Feliz	98	61,3
Triste	19	11,9
Confuso	8	5,0
Outro	29	18,1
Total	154	96,3
Não se aplica	6	3,8
O(a) Sr(a) tem medo de ir ao dentista?		
Não	106	66,3
Sim	53	33,1
Total	159	99,4
Não se aplica	1	,6
Qual o motivo que mais lhe causa medo?		
Marcando consultas para ir ao dentista	1	,6
Aguardando na sala de espera	1	,6
Estar sentado na cadeira do dentista	3	1,9
Sentindo o cheiro do consultório	1	,6
Vendo o dentista entrar	2	1,3
Vendo a agulha da seringa	15	9,4
Sentindo a agulha penetrar	9	5,6
Vendo a broca do motor	2	1,3
Submetendo-se a limpeza nos dentes	1	,6
Medo geral do tratamento odontológico	7	4,4
Outros	11	6,9
Total	53	33,1
Não se aplica	107	66,9
O que a falta de dente mais afeta?		
Aparência	62	38,8
Fala	18	11,3

Mastigação	58	36,3
Relacionamento	5	3,1
Outros	17	10,6
Total	160	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Os resultados das variantes da amostra de pacientes, depois da segunda avaliação, realizada após o encaminhamento ao cirurgião – dentista indicaram que todos conseguiram ser atendidos pelo profissional (100%). Mas, a maior parte destes, não perguntou se o paciente preferiria extrair ou restaurar/fazer canal no dente (56.3%) e daqueles pacientes que foram questionados, houve predominância pela escolha da extração dentária em 70% (Tabela 7).

Tabela 7– Segunda avaliação realizada após o encaminhamento ao Cirurgião - Dentista, Araruna - PB, 2015.

Variáveis	N	%
Conseguiu ser atendido pelo dentista do PSF?		
Sim	160	100
O dentista perguntou se o(a) senhor(a) preferiria extrair ou restaurar o dente?		
Não	90	56,3
Sim	70	43,8
Caso o dentista tenha perguntado, qual sua decisão?		
Extração	112	70,0
Restauração	27	16,9
Total	71	44,4
Não se aplica	89	55,6
Total	160	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Na Tabela 8 podê-se observar a frequência com relação ao tratamento de acordo com a percepção do paciente, a percepção do examinador e procedimento realizado pelo dentista da ESF. Estas sugeriram que o procedimento que o paciente indicou para os dentes pesquisados foi a extração dentária (100%). Entretanto no dente 1, o examinador indicou

restauração/endodontia (53.8%), o procedimento realizado pelo profissional, foi em sua maioria exodontia (70%), sendo que o mesmo não realizando nenhum procedimento em 13.1% dos dentes. A indicação para a maior parte do dente 2, segundo o examinador, foi restauração/endodontia (23.8%), já o dentista não realizou nenhum procedimento em 57.4% dos casos. Com relação ao elemento dentário 3, o examinador indicou restauração/endodontia e exodontia em 9.4% dos dentes, entretanto o cirurgião - dentista não realizou nenhum procedimento em 81.3% dos casos.

Tabela 8 – Frequência com relação ao tratamento de acordo com a percepção do paciente, percepção do examinador e procedimento realizado pelo dentista da ESF, Araruna-PB, 2015.

Variáveis	Percepção do Paciente		Percepção do examinador		Procedimento realizado pelo Dentista	
	N	%	N	%	N	%
Tratamento Dente 1						
Extração	160	100	70	43,8	112	70,0
Restauração/Endodontia	-	-	86	53,8	27	16,9
Sem procedimento	-	-	4	2,5	21	13,1
Tratamento Dente 2						
Extração	69	100	33	20,6	26	38,2
Restauração/Endodontia	-	-	38	23,8	3	4,4
Sem procedimento	-	-	-	-	39	57,4
Tratamento Dente 3						
Extração	33	100	15	9,4	6	18,8
Restauração/Endodontia	-	-	15	9,4	0	-
Sem procedimento	-	-	4	2,5	26	81,3
Tratamento Dente 4						
Extração	21	100	14	8,8	2	10,0
Restauração/Endodontia	-	-	6	3,8	1	5,0
Sem procedimento	-	-	1	,6	17	85,0
Tratamento Dente 5						
Extração	18	100	10	6,3	1	5,6
Restauração/Endodontia	-	-	5	3,1	0	-
Sem procedimento	-	-	1	,6	17	94,4
Tratamento Dente 6						
Extração	11	100	6	3,8	1	9,1
Restauração/Endodontia	-	-	3	1,9	0	-
Sem procedimento	-	-	1	,6	10	90,9
Tratamento Dente 7						
Extração	8	100	5	3,1	1	12,5
Restauração/Endodontia	-	-	2	1,3	0	-
Sem procedimento	-	-	1	,6	7	87,5
Total					160	100

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Na tabela 9 é apresentada a análise bivariada com relação entre o tratamento do dente indicado pelo examinador da pesquisa e o tratamento (procedimento) realizado pelo

Dentista. Dos dentes indicados pelo examinador como extração, 82% foram extraídos pelo Dentista, 4.3% foram restaurados e 12.9% não tiveram procedimentos realizados. Dos dentes indicados para Restauração/Endodontia, 59.3% foram extraídos pelo Dentista, só 27.9% foram restaurados e 12.8% não apresentaram procedimentos. Essa relação foi estatisticamente significativa.

Tabela 9 – Análise bivariada com a relação entre o tratamento indicado pelo examinador da pesquisa e o tratamento (procedimento) realizado pelo Dentista da ESF, Araruna-PB, 2015.

Variáveis	Tratamento realizado pelo Dentista						Total	
	Extração		Restauração		Sem procedimento			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tratamento Indicado pelo Examinador (Dente 1)*								
Extração	58	82,9	3	4,3	9	12,9	70	100
Restauração/Endodonta	51	59,3	24	27,9	11	12,8	86	100
Sem procedimento	3	75,0	-	-	1	25,0	4	100

*Relação estatisticamente significante segundo teste Exato de Fisher. $p=0,001$.

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Na tabela 10 observa-se a comparação das médias do número de dentes com experiência de cárie por componente no primeiro e segundo exame. Assim, no primeiro exame a média de cariado era de 4,94, já no segundo exame esta média diminuiu para 3,74. Com relação aos dentes perdidos a média era de 8,52, mas no segundo exame houve um aumento para 9,46. No que se refere aos dentes obturados a média era de 1,53 e também aumentou no segundo exame com média de 1,70.

Tabela 10 – Comparação de Médias do número de dentes com experiência de cárie por componente no primeiro e segundo exame, Araruna - PB, 2015.

Variáveis	Primeiro exame		Segundo Exame	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão

Cariado	4,94	3,55	3,74	3,41
Perdido	8,52	6,72	9,46	6,94
Obturado	1,53	2,62	1,70	2,66

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

DISCUSSÃO

A perda dentária representa um dos principais agravos à saúde bucal que acometem a população. Assim, a perda precoce dos elementos dentários é um grave problema de saúde pública, inserido no contexto atual da sociedade brasileira (MEDEIROS, 2007).

Segundo Lebrão (2003) as extrações dentárias produzem incapacidades importantes que nem sempre são percebidas pelo usuário como um problema funcional relevante. Por conseqüência, um dos principais desafios na Odontologia contemporânea é fazer com que o indivíduo mantenha o maior número possível de dentes naturais e saudáveis na cavidade oral para possibilitar a realização de todas as funções necessárias para o bom funcionamento do sistema estomatognático.

As causas para a perda dentária são multifatoriais. Conforme Hiramatsu et al, (2007). Dentre os fatores determinantes estão a cárie e a doença periodontal. Essas patologias podem ser evitadas quando existe a presença de hábitos alimentares saudáveis e um maior cuidado com a higiene oral associado a outras atividades educativas. O não-cuidado com a saúde bucal direciona para uma série de doenças e para o agravamento de quadros agonizantes de dores dentárias (ANDRADE et al, 2010).

O presente estudo mostrou que a dor (63.3%) foi o motivo que mais levou o paciente a buscar o tratamento da exodontia em Araruna – PB, nos últimos 06 (seis) meses. Na análise realizada por Ferreira et al, (2006) a dor dentária apresenta-se como a causa principal que impulsiona o paciente para o tratamento radical nas ESFs.

Conforme Mialhe et al, (2010) essa visão imediatista de cura da injúria presente também está associada às condições socioeconômicas, na qual a população que mais sofre com as mutilações dentárias é aquela com baixo poder aquisitivo e que não podem pagar por um tratamento especializado em clínicas particulares. Desse modo, a classe social desfavorecida determina a perda dentária por razões biológicas, como a cárie dentária, já que estes

indivíduos não possuem recursos para restabelecer sua saúde, o que não ocorre com pessoas da classe social elevada (CIMÕES et al, 2007). Esta constatação está em consonância com o estudo realizado por Medeiros (2007), onde metade dos entrevistados afirmou que sobrevivia com menos de um salário, divergindo da análise realizada neste estudo, na qual a maior parte dos pacientes (43%) recebia em torno de um salário mínimo e com o ensino fundamental (56.3%).

Vargas et al, (2005) admitiram que no momento em que se busca o atendimento no serviço público com dor álgica aguda, se procura por uma resolução rápida da agonia presente que proporcione o retorno rápido as funções cotidianas de trabalho. Estes dados demonstram que a renda exerce um significativo impacto para a perpetuação de práticas curativistas, na Odontologia contemporânea e que pessoas que recebem até um salário mínimo e com baixa escolaridade estão mais susceptíveis às mutilações dentárias.

Domingos (2012) enfatiza que a falta do dente na cavidade oral acaba impondo às pessoas mudanças qualitativas e quantitativas, tanto nos aspectos físicos (aparência facial), biológicos (mastigação e deglutição) e emocionais (psicológico), tendo consequência direta no convívio social do indivíduo, obrigando-o a se adaptar a uma nova realidade que lhe foi conferida pelas modificações que a mutilação dentária causou em sua vida.

No presente estudo, os pacientes demonstraram que estavam insatisfeitos com seus elementos dentários (40.6%) e que tinham consciência das implicações da perda destes; pode-se observar tal fato, quando afirmaram, que dentre outros fatores: sentiram dificuldade para comer (62.5%) e vergonha ao sorrir ou falar (53.1%). Contudo, a maior parte dos pesquisados (61.3%) sentiram felicidade ao realizar o procedimento curativo final, motivados pela dor álgica aguda presente e pelo fator sociocultural e econômico.

De acordo com Hiramatsu et al, (2007) os indivíduos aceitam esta condição de edentulismo parcial ou total com naturalidade e normalidade, resultado das experiências

vivenciadas nos consultórios odontológicos e das concepções de outrora. Então, para o alívio imediato do seu sofrimento, mesmo que seja de modo não conservador, o paciente é estimulado e encorajado para ida ao dentista em busca de um procedimento odontológico definitivo. Como aponta este estudo atual, onde 88.1% já tinham ido ao dentista no serviço público anteriormente a realização da pesquisa, destes 63.1% tinham ido a menos de 01 (um) ano para realizar a extração dentária (43.1%). Diante destes dados, Camargo et al, (2010) chamaram a atenção para a assiduidade do paciente no consultório odontológico, como forma de conhecimento e prevenção das doenças bucais presentes e na vigilância da perda precoce dos dentes. De tal modo que este contato profissional-paciente proporciona um maior autocuidado com hábitos nocivos.

Igualmente, o medo seria outro fator que poderia impedir ou dificultaria a procura destes por exodontias, pois acabaria provocando dor intensa, configurando-se num ato que causaria grande angústia e desconforto, exacerbando sensações de temor e ansiedade (SILVA, 2012). Em situação oposta, a maior parte dos pacientes participantes desta pesquisa (63.3%), demonstrou não apresentar nenhum tipo de receio ao profissional, ambiente de trabalho, instrumental, sons ou qualquer outro fator. Da minoria que relatou algum tipo de medo, o principal foi ver a agulha da seringa (9.4%). Diferentemente da pesquisa de Mialheet al, (2010) que mostraram que, sentir a agulha penetrar e sentir as vibrações do motor no dente (3.27%), são os maiores estímulos que provocam aversão ao tratamento e conseqüentemente a percepção de dor.

Conforme a perda dos dentes vai progredindo, esses pacientes tentam sanar esta carência recorrendo à prótese dentária, como meio reabilitador das funções mastigatórias e da estética facial perdida. O que acarreta também, uma melhoria na autoestima e nas relações interpessoais, já que esta foi demasiadamente afetada pela perda precoce dos dentes (LEBRÃO, 2003). Nesta pesquisa feita com os pacientes que iriam realizar exodontia nas

ESFs de Araruna – PB; observou-se que a maioria fazia uso do aparelho protético na arcada superior (63.1%), enquanto que sua real necessidade era de 81.9%. Na arcada inferior, 92.5% dos entrevistados não usavam prótese, mas sua necessidade era de 85%.

Assim sendo, notou-se uma disparidade entre a sua necessidade de uso e a autopercepção do indivíduo, tendo em vista que nas áreas estéticas (arcada superior anterior) o indivíduo reconheceu sua relevância, enquanto que nas áreas onde a estética não é fundamental, como nas áreas posteriores (principalmente nas áreas desdentadas inferiores), um pequeno número de pacientes faziam uso da mesma. Fato evidenciado quando o sujeito é indagado sobre o que a falta do dente mais afetava no cotidiano do mesmo, a resposta foi enfática ao responderem a aparência (38.8%). Portanto, houve valorização dos fatores estéticos primordialmente, deixando a função como mastigação e deglutição em segundo plano.

Esta constatação foi de encontro ao pensamento de Vargas et al, (2005) que ressaltaram para a desfiguração facial causada pela falta de dentes anteriores comparada a um estigma que interfere no acolhimento do outro, ao mesmo tempo em que provoca sua rejeição. Logo, o indivíduo mutilado tenderá a se isolar, evitando o convívio com as pessoas normais, tornando-se hostil, desconfiado e confuso. Em contrapartida, Medeiros (2007) priorizou a severidade que a perda dentária causa na mastigação, com influência direta na dieta e no estado nutricional destes indivíduos. Além de graves problemas de nutrição, a oclusão dentária e a articulação temporomandibular são bastante afetadas.

Com relação à tomada de decisão entre manter o dente na cavidade oral ou realizar a exodontia deve-se observar as reproduções socioculturais que são vivenciadas no cotidiano e transmitidas para o meio. Estas, (re)traduzema realidade e se manifestam por meio de encorajamento e assistência, em momentos dolorosos, vindo de amigos, pessoas mais velhas, vizinhos e parentes, tendo na chafia paterna, a unidade decisória na opção pela a extração

dentária (MENDONÇA, 2001). Estes fatores contribuem para o aumento do número de dentes perdidos, agravando os impactos negativos na saúde bucal e geral do indivíduo.

Quando o paciente buscou o serviço público, decidido a realizar a exodontia, constatou-se que a maior parte destes elementos dentários era passível de restabelecimento estético-funcional, seja por meio de restauração ou tratamento endodôntico. Diante desta situação, o cirurgião-dentista encontra-se num embate ideológico entre um tratamento mais conservador e demorado e um procedimento mais rápido e radical (SOUSA et al, 2008). Ante este fato, o profissional necessita decidir pela resolução rápida que afetará o futuro do paciente.

Por conseqüência, são oferecidos nos serviços públicos, aqueles procedimentos mais radicais que demandam menos tempo e que estão ao alcance de pessoas de baixo poder econômico, pois solucionam a injúria dentária de modo rápido e definitivo e/ou poupar o tempo de trabalho odontológico (AMORIM, 2010). Nesta conjuntura, muitos indivíduos aceitaram a extração dentária, não porque não pôde pagar pelos procedimentos mais conservadores, mas porque estas alternativas não lhes foram oferecidas.

O presente estudo demonstrou que 56.3% dos pacientes, não foram questionados sobre a opção de extrair ou reabilitar o elemento dentário com um tratamento mais conservador. Semelhante ao estudo de Artigaset al, (2007) o profissional já estabeleceu um diagnóstico direcionado para a exodontia, sem uma análise mais criteriosa, o que impediu que o paciente buscasse por outro tipo de tratamento para solução do seu caso. Houve o ferimento no princípio de beneficência, pois a reabilitação do dente seria o procedimento mais adequado, que se configuraria em um ato benéfico à saúde do indivíduo. Ainda nesta corrente, Sousa et al, (2008) destacaram que o paciente quando tem seus anseios ignorados, não sendo livre para decidir ou escolher sobre o tratamento mais adequado para si deverá ser munido de ferramentas que permitam seu empoderamento.

No entanto, o profissional deveria apresentar todas as opções de tratamento extra exodontia, que estavam ou não ao alcance do poder aquisitivo do indivíduo, orientando sobre a situação real do dente e qual tratamento seria o mais indicado, com base técnica e científica comprovada. Diante deste argumento, Artigaset al, (2007) apresentaram o paciente como portador do direito de aceitar ou não o tratamento para seu determinado problema de saúde. Não obstante, é necessário que este goze da capacidade intelectual e que o consentimento seja informado.

Neste contexto, o paciente participa ativamente do tratamento de modo democrático e escolhe conscientemente, junto ao profissional a melhor via terapêutica, avaliando risco e benefício. Amorim et al, (2010) destacaram a valorização da autonomia do indivíduo com respeito as suas opiniões, escolhas e agir de acordo com sua cultura e crenças.

Contudo, no presente estudo, quando o cirurgião-dentista apresentou todas as possíveis formas de reabilitação dentária, 70% se mantiveram firmes em suas convicções e preferiram realizar a exodontia, estimulados pelos fatores já problematizados anteriormente. A atitude desse profissional foi de encontro aos dados presentes no trabalho de D'Ávila et al, (2012) que destacaram a opção da maioria dos cirurgiões-dentistas pela preservação dentária.

De acordo com a análise realizada pelo examinador da presente pesquisa, daqueles dentes indicados para tratamento restaurador ou endodôntico, 59.3% foram extraídos, apenas 27.9% foram restaurados e 12.8% não foram realizados nenhum procedimento. Este estudo averigou que dentes com estrutura suficiente para ser reabilitado funcionalmente e esteticamente foram removidos da cavidade oral, sem nenhum tipo de patologia que inviabilizasse um procedimento mais conservador.

Como resultado, constatou-se uma significativa diferença entre a análise do CPO-D realizada no primeiro e no segundo momento da pesquisa, tais como: diminuição da média de dentes cariados, que era de 4,94 e caiu para 3,74; o índice médio de obturados quase não

modificou, apresentando um pequeno aumento de 0,17. O dado mais significativo foi o aumento médio do número de dentes extraídos que era de 8,52, aumentando para 9,46.

Perante esses dados, podemos ressaltar-se o perfil cirúrgico-mutilador de um profissional que realiza a exodontia como solução final para a injúria dentária presente. Onde, na maioria das vezes, adere às vontades do paciente ou até mesmo a sua comodidade. O estudo de Vargas et al, (2005) reforçaram esta idéia ao apontar que 50% dos dentes de pacientes de baixa renda, que eram passíveis de recuperação ou de conservação, foram extraídos.

Cimões et al, (2007) apresentaram uma indagação importante, que é o conhecimento das razões pelo qual os dentes permanentes estão sendo extraídos. A partir desta constatação poderemos organizar e efetivar estratégias para prevenção das doenças orais, melhorando as condições de saúde bucal. Contudo, os dentistas devem ser formados numa visão mais ampla que privilegie a prevenção e promoção de saúde, onde haja mais interesse na luta pelo bem da população, que tenham consciência de seus atos e conscientize sobre a importância do elemento dentário (AMORIM et al, 2009).

CONCLUSÃO

- Apesar dos programas de promoção de saúde que preconizam pela conservação e manutenção do elemento dentário na cavidade oral, a maior parte dos pesquisados apresentavam uma visão positiva com relação à exodontia; vendo nesta, a solução final para suas injúrias dentárias, mesmo quando questionados pelo profissional sobre a possibilidade de um tratamento mais conservador.
- Diante de usuários que buscaram as exodontias nas ESFs de Araruna-PB, constatamos que a sua maioria pertencia a classe social de baixa renda, recebendo até um salário mínimo.
- A maior parte dos cirurgiões-dentistas realizou o tratamento mais radical (exodontia), não oferecendo outros meios de resolução para o problema apresentado, demonstrando que ainda vigora práticas curativistas na saúde bucal brasileira.

REFERÊNCIAS

- 1- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 16ª edição. Botucatu – SP, 2005.
- 2- AMORIM, Adriana Gomes; SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de. **Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional**. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó – RN, 2010.
- 3- AMORIM, Karla Patrícia Cardoso et al. Mutilações dentárias: os dilemas da prática na visão de docentes universitários. **Revista Bioética**. 17ª edição. Natal – RN, 2009.
- 4- ANDRADE, Emanuel Sávio de Souza. O cirurgião – Dentista e a Patologia Bucal. **Odontol. Clín.-Cient**. 9ª edição. Recife – PE, 2010.
- 5- ARTIGAS, Pedro Ivo Duque et al. Investigação de fatores que limitam a autonomia de pacientes do SUS no processo de decisão de sua integridade bucal. **Rev. Ci. méd. biol.**, v.6, n.3, p. 316-323, Salvador, set./dez. 2007.
- 6- BARBOSA, William Carlos Silva; Santos; GISELE, Simas dos. **Promoção da saúde: uma alternativa para excelência na Odontologia**. Sociedade Universitária Redentor. Rio de Janeiro, 2013.
- 7- BARCELOS, Ramires. **O que é Endodontia?** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS, 2012.
- 8- CAMARGO, Maria Beatriz J.; DUMITH, Samuel C.; BARROS, Aluísio J. D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, 25(9):1894-1906, Rio de Janeiro, 2009.
- 9- CAMPOS, Juliana Alvares Duarte Benini; DEMONTE, Aureluce. Doenças bucais de caráter de saúde pública. **Rev. Fac. Odontol**. 1ª edição. Lins, Piracicaba, 2003.
- 10- CIMÕES, Renata; JÚNIOR, Arnaldo de França Caldas; Souza, Eliane Helena Alvim de; Gusmão, Estela Santos. Influência da classe social nas perdas dentárias. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. 12 (6):1691-1696, Recife-PE, 2007.
- 11- COSTA, Simone de Melo; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de; VASCONCELOS, Mara; LIMA, Rita de Cássia Souza Gabrielli; VERDI, Marta; FERREIRA, Efigênia Ferreira e. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. 18ª edição. Montes Claros - MG, 2013.

- 12- D'AVILA, Sérgio; OLIVEIRA, Pierre Andrade Pereira de; CAVALCANTE, Gigliana Maria Sobral; SOUZA, Eliane Helena Alvim de; CALDAS JÚNOR Arnaldo de França. Influence of patient age on dentists' decision-making to extract or preserve a tooth. **RGO – Rev. Gaúcha Odontol.** Porto Alegre – RS, 2012.
- 13- DOMINGOS, Mônica Ágda. **Os impactos biopsicossociais na saúde geral dos adultos gerados pela ausência da saúde bucal.** Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete – MG, 2012.
- 14- FARIA, Suzana B. **Biofísica da fonação.** Universidade Vale do Paraíba. São José dos Campos – SP, 2011.
- 15- FERREIRA, Aurigena Antunes Araújo; PIUVEZAM, Grasiela; WERNER, Carlos Wagner de Araújo; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** 11ª edição. Natal – RN, 2006.
- 16- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra. 1997.
- 17- HIRAMATSU, Daniel Afonso; TOMITA, Nilce Emy; FRANCO, Laércio Joel. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):1051-1056, São Paulo- SP, 2007.
- 18- JUNIOR, Enio Figueira; TRINDADE, Giselle de Oliveira. Responsabilidade do Cirurgião Dentista Frente ao Código de Defesa do Consumidor. **Cadernos UNIFOA**, 12ª edição. São Paulo – SP, 2010.
- 19- LEBRÃO, Maria Lúcia. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento– O Projeto Sabe no município de São Paulo: Uma abordagem inicial.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003.
- 20- MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Lima; BARRETO, Sandhi Maria; SILVEIRA, Marise Fagundes da; SANTA-ROSA, Thalita Thyrza de Almeida; PEREIRA, Rodrigo Dantas. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, 14ª edição. Montes Claros – MG, 2010.
- 21- MEDEIROS, Wilton Rodrigues. **Edentulismo funcional e seus fatores de risco em adultos.** Universidade Federal do rio Grande do Norte. Natal-RN, 2007.
- 22- MENDONÇA, Teresa Cristina. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cad. Saúde Pública.** 17ª edição. Rio de Janeiro, 2001.
- 23- MIALHE, Fábio Luiz; POSSOBON Rosana de Fátima; BOLIGON Fabiane; MENEZES, Marcos Antonio. Medo Odontológico entre Pacientes Atendidos em um Serviço de Urgência. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.** 10ª edição. João Pessoa - PB, 2010.

- 24- MOIMAZIV, Suzely Adas Saliba; POIV, Wilson Roberto; BORGHII, Wanilda Maria Meira Costa; SUNDEFELDII, Maria Lúcia Marçal Mazza; SALIBAIIII Nemre Adas. Razões que Influenciam o Paciente a Buscar Atendimento Odontológico na Clínica Integrada. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.** 8ª edição. João Pessoa, 2008.
- 25- NARVAI, Paulo Capel; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. SABE - Saúde, Bem-Estar e envelhecimento: A autopercepção da mutilação e das incapacidades. **Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS-OMS**, 1ª edição. Brasília – DF, 2003.
- 26- PEREIRA, M.G. **Epidemiologia** – teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.
- 27- REICHER, Claudete Bonatto; WAGNER, Adriana. Considerações sobre a autonomia na contemporaneidade. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, 3ª edição. Rio de Janeiro – RJ, 2007.
- 28- RIBEIRO, Luciana Maria Menin. **Deglutição**: Processo Normal e Patológico. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Londrina – PR, 2000.
- 29- SILVA, Ana Catarina Macedo da. Medo e Ansiedade Dentária: Uma Realidade. Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2012.
- 30- SOUSA, Maria Helena de; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile; CAMPAGNOLI, Eduardo Bauml; SANDRIN, Rodrigo; Cavali, Roberto Eluard da Veiga; Ribas, Marina de Oliveira. Autonomia Profissional *versus* Autonomia do Paciente: casos de extrações de dentes recuperáveis. **Rev. Clín. Pesq. Odontol.** 4ª Edição. Curitiba, 2008.
- 31- SOUZA, Viviane Barbosa de; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. de Enfermagem.** 2ª edição. Maringá – PR, 2011.
- 32- VARGAS, Andréa Maria Duarte; PAIXÃO, Helena Heloísa. **Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte.** Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG, 2005.
- 33- ZONATTA, Guilherme M.; COSTA, Roger A.; SOARES, Álvaro. Doença Periodontal e Distúrbios Cardiovasculares. **Rev. Médica HSVP**, Passo Fundo – RS, 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII - PROFESSORA M^ª DA PENHA -
ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E
SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: Autopercepção do usuário com relação à exodontia no município de Araruna - PB.

PESQUISADOR: Leonardo de Sousa Alves

ORIENTADOR: Pierre Andrade Pereira de Oliveira

1. INTRODUÇÃO

As informações a seguir descreverão esta pesquisa e o papel que você terá como participante. Os pesquisadores responsáveis responderão a quaisquer dúvidas que você possa ter sobre esse termo e sobre o estudo. *Leia-o com cuidado.*

2. PROPÓSITO DA PESQUISA

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo será realizar um estudo sobre a autopercepção do usuário com relação à exodontia no município de Araruna - PB.

3. RETROSPECTIVA

As extrações dentárias são vistas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), como a principal alternativa para curar uma dor dentária presente. No entanto, esta não é a primeira opção terapêutica indicada pelo cirurgião-dentista para resolver este problema. Além de restaurações simples o profissional ainda pode recorrer ao

tratamento endodôntico em casos mais graves. Este projeto tem como finalidade Analisar a autopercepção do usuário com relação à extração dentária, os diversos fatores que o influenciam nesta tomada de decisão, assim também como a conduta clínica do cirurgião-dentista no tratamento dos pacientes encaminhados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) de Araruna-PB, tendo a intenção de conscientizar estes indivíduos da importância da preservação da estrutura dentária, contribuindo para que novas publicações científicas sejam geradas e que estas possam auxiliar na melhoria da saúde bucal.

4. DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Caso você decida participar da pesquisa, será submetido a uma entrevista por meio do preenchimento de um formulário de pesquisa. Este projeto foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo às resoluções 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde – Brasília – DF. A participação neste estudo é voluntária, podendo o participante retirar-se a qualquer momento e por qualquer razão, sem alguma penalidade.

5. CONFIDENCIALIDADE DO REGISTRO

A participação do voluntário neste estudo é confidencial e nenhum nome será divulgado em qualquer tipo de publicação. Todas as informações coletadas só serão utilizadas para fins científicos.

6. CONTATO

Em caso de dúvida em relação ao estudo, você poderá receber mais esclarecimentos com o pesquisador Leonardo de Sousa Alves pelo telefone (83) 96423380, ou ainda pelo e-mail: leoallves2005@hotmail.com ou ainda por intermédio do Prof^o. orientador: Pierre Andrade Pereira de Oliveira, por meio do telefone (83) 88244155 ou e-mail: pierreandrade@hotmail.com

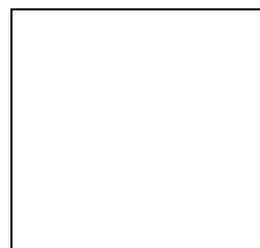
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA

Eu, _____, RG
n° _____, li a descrição do estudo e, não havendo qualquer dúvida, concordo em permitir minha participação. Confirmo que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação na pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida.

Araruna, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa



Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - FORMULÁRIO AUTOPERCEPTIVO PARA OS USUÁRIOS DO SUS

1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome:		Sexo: ()M ()F
Nascimento: ____/____/____	Naturalidade:	Escolaridade:
Endereço:		
Renda mensal: _____	<input type="checkbox"/> Zona Rural <input type="checkbox"/> Zona Urbana	
Etnia: () Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena		

2. DADOS SÓCIOECONÔMICOS, USO DOS SERVIÇOS E PERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

1	Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
2	Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
3	Quantos bens tem em sua residência? <small>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. Varia de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"</small>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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? <small>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</small>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

EDENTULISMO

USO DE PRÓTESE	
Sup	Inf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NECESSIDADE DE PRÓTESE	
Sup	Inf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. PERCEPÇÃO DE EXTRAÇÃO DENTÁRIA

4.1 O Sr (a) acha que existe algum dente com necessidade de tratamento?

(0) Não (1) Sim

Dentes: _____

4.2 Qual tratamento o Sr(a) acha que necessita nesse dente?

(0) Extração

(1) Restauração

(2) Não sei

(3) Outro _____

Dente							
TTT							

Caso o entrevistado desejar extrair algum dente:

4.3 Porque você deseja extrair este dente?

(0) Dor

(1) Estética

(2) Função

(3) Outro: _____

4.4 O Sr (a) procurou um serviço odontológico para tratamento desse dente?

(0) Não (1) Sim

4.5. Teve dificuldade em conseguir consulta com o dentista?

(0) Não (1) Sim

Caso Sim, qual o motivo?

(0) Não encontra o dentista no PSF

(1) Dificuldade na marcação de consulta

(2) Falta de material no posto

(3) Outros _____

4.6. Se o Sr (a) tivesse tido acesso à possibilidade de reabilitar o dente e não extraído, teria aderido?

(0) Não, preferiria extrair (1) Sim, preferiria restaurar

4.7. Se o Sr (a) extrair esse dente, o que faria com o local desdentado?

(0) Deixaria sem dente (1) Colocaria uma prótese

(2) Outro: _____

4.8. Você já extraiu algum dente?

(0) Não (1) Sim

4.9 Se sim, responda:

Como se sentiu após a extração do dente?

(0) Feliz

(1) Triste

(2) Confuso(a)

(3) Outro: _____

4.10 Você tem medo de ir ao dentista?

(0) Não (1) Sim

4.11 Se sim, responda:

Qual o motivo que mais lhe causa medo:

(0) Marcando consultas para ir ao dentista

(1) Aproximando-se do consultório

(2) Aguardando na sala de espera

- (3) Estar sentado na cadeira do dentista
- (5) Sentindo o cheiro do consultório
- (5) Vendo o dentista entrar
- (6) Vendo a agulha da seringa
- (7) Sentindo a agulha penetrar
- (8) Vendo a broca do motor
- (9) Ouvindo o motor
- (10) Sentindo as vibrações do motor no dente
- (11) Submetendo-se a limpeza nos dentes
- (12) Medo geral do tratamento odontológico
- (13) Outro: _____

4.12 O que você acha que a falta de dente mais afeta?

- (0) A aparência
- (1) A fala
- (2) A mastigação
- (3) O relacionamento
- (4) Outro: _____

5. SEGUNDA AVALIAÇÃO APÓS ENCAMINHAMENTO AO DENTISTA:

Data: ___/___/___

5.1 O Sr(a) conseguiu ser atendido pelo dentista do PSF?

- (0) Não (1) Sim

5.2 Caso NÃO, qual o motivo:

- (0) Não compareci a consulta
- (1) O dentista faltou
- (2) Não tinha material
- (3) Outro _____

5.3 Caso tenha conseguido atendimento, o dentista perguntou se o Sr(a) preferiria extrair ou restaurar o dente?

ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS CEP/UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Dornalícia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR

Número do Protocolo: 35512414.8.0000.5187

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 03/09/2014

Pesquisador Responsável: Pierre Andrade Pereira de Oliveira.

AUTOPERCEÇÃO DO USUÁRIO COM RELAÇÃO À EXODONTIA NO MUNICÍPIO DE ARARUNA-PB.

Situação do parecer: Aprovado

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: AUTOPERCEÇÃO DO USUÁRIO COM RELAÇÃO À EXODONTIA NO MUNICÍPIO DE ARARUNA-PB. Trata-se de um estudo quantitativo e analítico com um desenho do tipo transversal.

Objetivo da Pesquisa: Tem como objetivo geral: Analisar a autopercepção do usuário com relação à extração dentária e a tomada de decisão do cirurgião-dentista no tratamento dos pacientes encaminhados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não apresenta riscos aos participantes a serem pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.