

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**JUSSARA DIFFINI SANTA MARIA**

**PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E JOVENS  
TRATADOS PELAS TERAPIAS  
ALOPÁTICA E HOMEOPÁTICA**

Porto Alegre  
2004

**JUSSARA DIFFINI SANTA MARIA**

**PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E JOVENS  
TRATADOS PELAS TERAPIAS ALOPÁTICA E HOMEOPÁTICA**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para obtenção do título de mestre em Odontologia, na área de concentração Saúde Bucal Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.Tânia Drehmer

Porto Alegre

2004

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S231p Santa Maria, Jussara Diffini  
Perfil da saúde bucal de crianças e jovens tratados pelas terapias alopática e homeopática / Jussara Diffini Santa Maria; Orientação de Tania Maria Drehmer. – Porto Alegre, 2004.  
166f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva.

1. Saúde bucal 2. Alopacia 3. Homeopatia I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia II. Título

CDU 616.314-083/084

***À minha família  
e a todos que venham usufruir  
desse trabalho.***

## **AGRADECIMENTOS**

*Como ninguém cria sozinho, precisei de muita ajuda para chegar ao término deste trabalho e gostaria de expressar meu carinho e minha gratidão às seguintes pessoas:*

*Especialmente à minha orientadora Prof<sup>a</sup> Tânia Maria Drehmer, por apresentar-me os desafios que me auxiliaram a conhecer mais e desbravar os meandros deste mundo, ainda por muitos desconhecidos, a Homeopatia.*

*Agradeço, também, pela paciência, denotando sua grande capacidade de mestra, em minhas dificuldades; pelas agradáveis tardes de estudo, sempre regadas de um bom chá com salgadinhos integrais; pela idoneidade, integridade e franqueza sempre presentes.*

*A todos os docentes do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS, pelas informações recebidas, em especial aos professores da área de Saúde Bucal Coletiva.*

*Ao professor Aluí, pelo carinho e conhecimento lógico recebido.*

*Ao professor Rui Oppermann, pelas sugestões a este estudo.*

*Aos colegas deste curso de mestrado, Diego, Mariza, Rafael e Rodrigo, pelo apoio e companheirismo durante a jornada.*

*À colega Eliane Maria Flores, pela disponibilidade, durante minha calibração, e pelos ensinamentos de vida passados.*

*Aos estatísticos, Marcos Reina, Adriana Reina e Mariana Carballo, pela colaboração em suas áreas de trabalho.*

*Aos responsáveis e aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade em participar desse estudo.*

*À minha secretária Rosita, pois sem ela esta pesquisa não teria acontecido, ao recrutar e orientar os tão preciosos pacientes para esta pesquisa e também organizar de maneira exemplar o consultório, nos muitos momentos de minha ausência e em meus atrasos.*

*À minha mãe, pelos telefonemas convidando “para um cafezinho”, que sempre me aliviaram durante as horas difíceis.*

*Ao meu pai, pelos livros e pelas conversas que contribuíram para abrir a minha mente para os temas espirituais.*

*Aos meus filhos, Filipe e Fernanda, meus mestres de jornada, sempre prontos a me auxiliar, bem como criticar, de maneira muito leve e doce, através da análise dos meus textos, das minhas posturas frente aos desafios encontrados, sempre me incentivando na concretização dos meus sonhos.*

*Ao meu esposo Emilio, pela grande paciência que possui, além de entender como ninguém os anseios mais profundos de minha alma. Agradeço pelo nosso amor e cumplicidade.*

*A Deus e aos meus amparadores espirituais, por terem permitido e acompanhado a conquista deste objetivo.*

**A todos, meu amor e muito obrigada!**

***Não farei poemas com referência às partes,  
mas farei poemas, canções, meditações  
com referência ao Todo.  
E não cantarei com referência a um só dia,  
mas com referência a todos os dias.  
E não farei um poema, nem a menor parte  
de um poema, que não se refira à alma,  
pois tendo olhado os objetos do Universo,  
vi que não há um, nem sequer uma partícula de um,  
que não se refira à alma.***

Walt Whitman

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo comparar a saúde bucal de pacientes, portadores de problemas respiratórios que se tratavam com medicações alopáticas e homeopáticas, no mínimo por dois anos. Foram examinados 90 pacientes com idades de 6 a 14 anos, emparelhados por sexo e idade, representando um estudo analítico observacional, semelhante aos de caso-controle. Os índices utilizados para avaliar a saúde bucal foram: CPO-S e ceo-s (Índices de superfícies cariadas, perdidas e obturadas), IP (Índice de placa), IG (Índice gengival) e, ainda, VFS (Velocidade do fluxo salivar) e CTS (Capacidade tampão salivar). Foi realizado um questionário sobre os hábitos de higiene, alimentação e condição geral de saúde, assim como sobre as condições socioeconômicas das famílias. Os Graus de instrução dos responsáveis ( $P=0,007$ ), a Escola do tipo particular ( $P<0,000$ ) em que os participantes estudavam mostraram-se associados, significativamente, ao grupo que utilizava Homeopatia, mas a Renda familiar não apresentou diferença entre os dois grupos ( $P=0,456$ ). Este grupo mostrou-se, também, estatisticamente mais saudável quanto aos índices de saúde bucal (CPO-S, ceo-s, IP e IG, com  $P<0,05$ ) em análises bivariadas pelos testes “t” de Student e U de Mann Whitney. A Velocidade do fluxo salivar foi significativamente maior apenas pelo teste U de Mann Whitney ( $P=0,015$ ). Ao serem comparados por testes multivariados, em que a variável Grau de instrução dos pais foi controlada, as diferenças significativas entre os tratamentos se mantiveram para todas as variáveis com exceção do CPO-S. A análise de regressão logística que foi usada para comparar os tratamentos quanto ao Perfil de saúde bucal, variável criada a partir das variáveis CPO-S, ceo-s, IP e IG, evidenciou que o tratamento homeopático é fator de proteção à saúde bucal (Odds Ratio=28,02). Quando na comparação foram associadas as variáveis, Grau de instrução dos pais apresentou Odds Ratio=23,26 e ao incluir o tipo de escola em que os pacientes estudavam o Odds Ratio foi de 19,23, todos valores sendo significativos. Através das análises realizadas, não se encontraram semelhanças quanto à saúde bucal dos dois grupos examinados, tendo o grupo homeopatizado melhor condição bucal. Novos estudos são recomendados, procurando comparar estes tratamentos em outros grupos.

**Palavras-chave:** alopatia, homeopatia, saúde bucal.



## ABSTRACT

This study aims to compare the oral health of patients with breathing problems. They were being treated with Allopathy and Homeopathy medications for at least 2 years. Ninety patients were examined, from 6 to 14 years old. They were matched by sex and age representing an analytical study similar to the case control study. The indexes used to evaluate the oral health were: DMF-S (Decayed, Missing and Filled Surfaces Index), dmfs (decayed, missing and filled surfaces Index) PI (Plaque Index), BI (Bleeding Index), Salivary Flow Rate and Salivary Buffering Capacity. It was also made a questionnaire about hygiene habits, feeding and general health conditions as well as the socioeconomic conditions of the patients' families. The highest degrees of instruction of the responsible (P =0,007) and the private schools were the participants studied (P<0,000) showed they were significantly associated to the homeopathic group, but the family income wasn't (P =0,456). This group was also significantly healthy through bivariate analysis (Student "t" and Mann Whitney tests) of indexes of oral health (DMF-S, dmfs, PI, BI, with P < 0,05). Through comparison by multivariate test, when the degree of the parents instruction was controlled, the significant differences between the treatments kept the same for all variables except for DMF-S. The analysis of logistic regression was used to compare the treatments as the Profile of oral health, variable made from the variables DMF-S, dmfs, PI, BI. The homeopathic treatment was shown as a significant protection factor to the oral health (Odds Ratio = 28,02), and even when the variables Degree of the parents instruction (Odds Ratio=23,26), and School types of the patients (Odds Ratio=19,23) was controlled. Through the accomplished analyses it was observed that there was no similarity in the oral health of the two examined groups. But the homeopathic group showed a better oral condition. New studies are recommended in order to compare these treatments in another groups.

**Key words:** Allopathy, Homeopathy, Oral Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CPO-S	–	Índice de Superfícies Permanentes Cariadas, Perdidas e Obturadas
ceo-s	–	Índice de Superfícies Decíduas Cariadas, Perdidas e Obturadas
IP	–	Índice de Placa
IG	–	Índice Gengival
VFS	–	Velocidade do Fluxo Salivar
CTS	–	Capacidade Tampão Salivar
PSB	–	Perfil de Saúde Bucal
RNM	–	Ressonância Nuclear Magnética
SB 2000	–	Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
SESI	–	Serviço Social da Indústria
IPE	–	Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul
UNIMED	–	Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
CASSI	–	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
GEAP	–	Fundação de Seguridade Social
CABERGS	–	Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição do CPO-S da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopacia). Porto Alegre, RS, 2003.....	82
Figura 2	Distribuição do ceo-s da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopacia). Porto Alegre, RS, 2003.....	82
Figura 3	Distribuição do IP da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopacia). Porto Alegre, RS, 2003.....	83
Figura 4	Distribuição do IG da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopacia). Porto Alegre, RS, 2003.....	83
Figura 5	Distribuição da ISG da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopacia). Porto Alegre, RS, 2003.....	84
Figura 6	Distribuição da VFS da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopacia). Porto Alegre, RS, 2003.....	85
Figura 7	Distribuição da CTS da amostra estudada segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopacia). Porto Alegre, RS, 2003.....	85

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição em frequências absolutas da amostra estudada, segundo o tratamento que realizavam e a que serviços tinham acesso, e os honorários médicos por consulta. Porto Alegre, RS, 2003.....	61
Tabela 2	Apresentação do número de pacientes examinados na calibração do Índice CPO-S e Gengival, com datas, níveis de concordância e valores de Kappa. Porto Alegre, RS, 2003.....	71
Tabela 3	Tamanho necessário da amostra (n) para cada uma das variáveis estudadas (CPO-S, ceo-s, IP, IG, VFS e CTP), com seus valores médios e desvios padrões, encontradas no estudo piloto, com $\beta$ igual a 90% ( $\delta = 3,20$ ) e valores de Y. Porto Alegre, RS, 2003.....	73
Tabela 4	Número total de pacientes examinados, segundo sexo, idade e tratamento (Homeopatia e Alopátia). Porto Alegre, RS, 2003.....	74
Tabela 5	Médias, desvios padrões e medianas das variáveis CPO-S, ceo-s, Índice de Placa, Índice Gengival, Velocidade do Fluxo e Capacidade Tampão Salivar, dos 90 pacientes que fizeram parte da amostra. Porto Alegre, RS, 2003.....	79
Tabela 6	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada, segundo a idade, o sexo e o tipo de tratamento. Porto Alegre, RS, 2003.....	79
Tabela 7	Médias, desvios padrões e medianas das variáveis CPO-S, ceo-s, Índice de Placa, Índice Gengival, Velocidade do Fluxo e Capacidade Tampão Salivar, na amostra estudada, segundo os tratamentos homeopático e alopático. Valores de P obtidos na comparação das variâncias pelo teste F, e de “t” de Student, obtidos na comparação das médias. Porto Alegre, RS, 2003.....	80

Tabela 8	Análise não paramétrica, com valores dos postos médios, U de Mann-Whitney, das variáveis CPO-S, ceo-s, Índice de Placa, Índice Gengival, Velocidade do Fluxo e Capacidade Tampão Salivar, na amostra estudada, segundo os tratamentos homeopático e alopático. Porto Alegre, RS, 2003.....	86
Tabela 9	Distribuição, em freqüências absolutas, dos pacientes e seus diferentes tratamentos, segundo o Perfil de Saúde Bucal. Porto Alegre, RS, 2003.....	88
Tabela 10	Distribuição simplificada do grau de escolaridade dos pais, em freqüências absolutas, nos pacientes que se submetem aos diferentes tratamentos. Porto Alegre, RS, 2003.....	89
Tabela 11	Valores dos testes da análise multivariada, tendo como causas de variação o Tratamento e o Grau de Instrução dos Pais, relacionadas com os índices CPO-S, ceo-s, de Placa e Gengival, a Velocidade do Fluxo e a Capacidade Tampão da saliva. Porto Alegre, RS, 2003.....	90
Tabela 12	Valor de F e significância (P) pelo Teste de Levene para as variâncias de cada variável dependente do estudo. Porto Alegre, RS, 2003.....	91
Tabela 13	Valores do teste F, significância estatística (P) e poder do teste de cada variável incluída na análise multivariada, nas diferentes fontes de variação. Porto Alegre, RS, 2003.....	91
Tabela 14	Análise através do teste de Tukey com a diferença entre as médias da Velocidade do Fluxo Salivar de toda a amostra estudada em relação ao grau de instrução dos pais. Porto Alegre, RS, 2003.....	92
Tabela 15	Médias, desvios padrões da Velocidade do Fluxo Salivar em relação aos tratamentos realizados e ao grau de instrução dos pais. Porto Alegre, RS, 2003.....	93
Tabela 16	Análise de regressão logística para predizer a chance de ter saúde bucal (ou proteção), em função do tratamento usado e o grau de escolaridade dos pais. Porto Alegre, RS, 2003.....	93
Tabela 17	Distribuição da amostra estudada, segundo o tipo de tratamento ao qual se submetem e tipo de escolas em que estudavam. Porto Alegre, RS, 2003.....	94
Tabela 18	Distribuição em freqüências absolutas da amostra estudada, segundo o grau de escolaridade dos pais, escola que seus dependentes freqüentavam e o tipo de tratamento que realizavam. Porto Alegre, RS, 2003.....	95

Tabela 19	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e os locais onde recebiam atendimento odontológico. Porto Alegre, RS, 2003.....	96
Tabela 20	Análise de regressão logística para predizer a chance de ter saúde bucal, em função do tratamento usado, o grau de instrução dos pais e tipo de escola que freqüentavam. Porto Alegre, RS, 2003.....	97
Tabela 21	Distribuição em freqüências absolutas da amostra pesquisada, segundo a renda familiar simplificada e os níveis de escolaridade dos pais, conforme o número de anos de estudo. Porto Alegre, RS, 2003.....	98
Tabela 22	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra pesquisada, segundo a renda familiar simplificada e o tipo de escola que os pacientes examinados freqüentavam. Porto Alegre, RS, 2003.....	99
Tabela 23	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra pesquisada, segundo a renda familiar simplificada e o tipo de tratamento que os pacientes examinados utilizavam. Porto Alegre, RS, 2003.....	99
Tabela 24	Análise de regressão logística para predizer a chance de ter saúde bucal, em função do tratamento usado, grau de instrução dos pais, renda familiar e tipo de escola que os pacientes examinados freqüentavam. Porto Alegre, RS, 2003.....	100
Tabela 25	Distribuição, em freqüências absolutas, da população estudada e os tratamentos de eleição, segundo o problema respiratório que apresentavam. Porto Alegre, RS, 2003.....	101
Tabela 26	Distribuição das freqüências absolutas das crises respiratórias que ocorriam antes de iniciar o tratamento escolhido e depois de iniciá-lo, da amostra estudada. Porto Alegre, RS, 2003.....	102
Tabela 27:	Distribuição, em freqüências absolutas, do tempo de moradia em Porto Alegre, em relação aos tratamentos realizados pelos pacientes da amostra. Porto Alegre, RS, 2003.....	103
Tabela 28	Distribuição da população estudada que utiliza Homeopatia, segundo a idade em que iniciou o tratamento. Porto Alegre, RS, 2003.....	103
Tabela 29	Valores de $\chi^2$ e de P referentes a comparações entre os grupos submetidos aos tratamentos homeopático e alopático quanto a alguns aspectos de saúde geral respondidos pelos pacientes examinados. Porto Alegre, RS, 2003.....	104

Tabela 30	Valores de $\chi^2$ e de P referentes a comparações entre os grupos submetidos aos tratamentos homeopático e alopático quanto a alguns aspectos odontológicos respondidos pelos pacientes examinados. Porto Alegre, RS, 2003.....	105
Tabela 31	Distribuição, em freqüências absolutas, dos pacientes que se submeteram aos diferentes tratamentos, segundo o grau de escolaridade dos pais, considerando o nível mais alto. Porto Alegre, RS, 2003.....	146
Tabela 32	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra pesquisada, relacionando o grau de escolaridade dos pais e o tipo de escola que seus filhos estudavam. Porto Alegre, RS, 2003.....	147
Tabela 33	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra pesquisada, relacionando a renda familiar e o tipo de escola que seus filhos estudavam. Porto Alegre, RS, 2003.....	147
Tabela 34	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra pesquisada, relacionando a renda familiar e o tipo de tratamento utilizado. Porto Alegre, RS, 2003.....	148
Tabela 35	Distribuição da população estudada, em freqüências absolutas, segundo o problema respiratório que apresentavam e o tratamento de eleição. Porto Alegre, RS, 2003.....	148
Tabela 36	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada em relação às freqüências das crises respiratórias antes de iniciar os respectivos tratamentos. Porto Alegre, RS, 2003.....	149
Tabela 37	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, de acordo com as crises após os tratamentos realizados. Porto Alegre, RS, 2003.....	149
Tabela 38	Distribuição da amostra estudada, em freqüências absolutas, da Velocidade do Fluxo Salivar, abaixo de 0,7ml/min, inclusive; acima de 1,5ml/min inclusive; e entre estes valores exclusive, de acordo com as medicações utilizadas. Porto Alegre, RS, 2003.....	150
Tabela 39	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo o tipo de tratamento de eleição e se foram submetidos a cirurgias gerais. Porto Alegre, RS, 2003.....	151
Tabela 40	Distribuição da amostra estudada, segundo o tipo de tratamento de eleição e tempo de gestação. Porto Alegre, RS, 2003.....	151
Tabela 41	Distribuição da amostra estudada, segundo o tratamento de eleição e tipo de parto realizado. Porto Alegre, RS, 2003.....	152

Tabela 42	Distribuição da amostra estudada, segundo o tipo de amamentação e o tratamento de eleição. Porto Alegre, RS, 2003.....	152
Tabela 43	Distribuição da amostra estudada em frequências absolutas, segundo o tratamento feito e o uso de chupetas. Porto Alegre, RS, 2003.....	152
Tabela 44	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e o uso de creme dental com flúor. Porto Alegre, RS, 2003.....	153
Tabela 45	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada e os diferentes tratamentos, segundo a realização de bochechos com flúor. Porto Alegre, RS, 2003.....	153
Tabela 46	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos diferentes tratamentos, segundo a aplicação de flúor gel no dentista. Porto Alegre, RS, 2003.....	153
Tabela 47	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos diferentes tratamentos, segundo as refeições realizadas ao dia. Porto Alegre, RS, 2003.....	154
Tabela 48	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição, segundo os lanches realizados ao dia. Porto Alegre, RS, 2003.....	154
Tabela 49	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada e os tratamentos de eleição, e como costumam ser os lanches realizados ao dia. Porto Alegre, RS, 2003.....	154
Tabela 50	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam comer balas. Porto Alegre, RS, 2003.....	155
Tabela 51	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada, os tratamentos de eleição e se costumam de mascar chicletes. Porto Alegre, RS, 2003.....	155
Tabela 52	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam comer bolachas. Porto Alegre, RS, 2003.....	155
Tabela 53	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam comer frutas. Porto Alegre, RS, 2003.....	156
Tabela 54	Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam comer salgadinhos. Porto Alegre, RS, 2003.....	156



Tabela 55	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam comer doces. Porto Alegre, RS, 2003.....	156
Tabela 56	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam beber suco de frutas. Porto Alegre, RS, 2003.....	157
Tabela 57	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam beber café com açúcar. Porto Alegre, RS, 2003.....	157
Tabela 58	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam beber refrigerantes. Porto Alegre, RS, 2003.....	157
Tabela 59	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam beber leite com chocolate. Porto Alegre, RS, 2003.....	158
Tabela 60	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e o número de escovações diárias. Porto Alegre, RS, 2003.....	158
Tabela 61	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e quem ensinou a escovar os dentes. Porto Alegre, RS, 2003.....	158
Tabela 62	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada e o número de vezes que usa o fio dental ao dia, segundo tratamentos que realizam. Porto Alegre, RS, 2003.....	159
Tabela 63	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo o número de escovações diárias e o grau de escolaridade dos pais. Porto Alegre, RS, 2003.....	159
Tabela 64	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e o questionamento quanto ao conhecimento de ter ou não cárie. Porto Alegre, RS, 2003.....	159
Tabela 65	Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e motivos das consultas odontológicas. Porto Alegre, RS, 2003.....	160

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Apresentação de Estudos Epidemiológicos realizados no Brasil, com locais, tamanhos das amostras, idade dos participantes e valores médios de ceo, CPO-D e CPO-S. Porto Alegre, RS, 2003..... 52
- Quadro 2 Comparação do CPO-S médio e desvio padrão, dos exames realizados em 1975 e 1996, em escolares da cidade de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, 2003..... 53

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2 PROPOSIÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>23</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
3.1 A ENERGIA SOB A PERSPECTIVA DA FÍSICA. ....	29
3.2 HIPÓTESES SOBRE A AÇÃO DA HOMEOPATIA .....	35
3.3 A SAÚDE COLETIVA E A ODONTOLOGIA.....	46
3.4 A DOENÇA BUCAL.....	50
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>59</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	59
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO .....	59
4.3 VARIÁVEIS PESQUISADAS.....	63
4.3.1 Velocidade do Fluxo Salivar (VFS).....	63
4.3.2 Capacidade de Tampão Salivar (CTS) .....	65
4.3.3 Índice de Placa (IP).....	66
4.3.4 Índice Gengival (IG).....	67
4.3.5 Índices CPO-S ou ceo-s.....	68
4.3.6 Perfil de Saúde Bucal (PSB).....	70
4.4 CALIBRAÇÃO .....	70
4.5 ESTUDO PILOTO E CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA. ....	72
4.6 PROCEDIMENTOS DE LEVANTAMENTO.....	75
4.7 QUESTIONÁRIO PESSOAL. ....	76
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA. ....	77
4.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	77
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>78</b>
5.1 VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS .....	88
5.2 VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL E DE TRATAMENTO DOS PACIENTES.....	101
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>106</b>
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>124</b>

<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>137</b>
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	138
APÊNDICE 2 – FICHA CLÍNICA PARA COLETA DE DADOS.....	139
APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO SOBRE A CRIANÇA (ADOLESCENTE) – PARTE “A”.....	141
QUESTIONÁRIO PESSOAL - PARTE “B”. .....	144
APÊNDICE 4 – TABELAS.....	146
A - TABELAS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS.....	146
B - TABELAS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE TRATAMENTO DOS PACIENTES.....	148
<b>ANEXOS.....</b>	<b>161</b>
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS.....	162
ANEXO 2 – TABELAS DOS NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA, PARA CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA .....	165

## 1 INTRODUÇÃO

Avaliar o homem integralmente, analisando-o sob vários aspectos, tem sido, durante os tempos, motivo de questionamentos e discussões.

O século passado foi particularmente fértil em idéias, propondo possibilidades e questionamentos à, então, visão científica fragmentada (CAVALCANTI, 2000).

O pensamento científico, moderno e atual, caracteriza todo e qualquer sistema (tanto individual quanto coletivo) pela análise das partes (CAPRA, 1983).

Remontam do Renascimento, no século XVI, as bases filosóficas deste “fazer ciência”. Descartes, brilhante matemático, na busca da verdade absoluta, desenvolveu um método que se tornou base dos estudos realizados desde então. Baseou sua concepção da natureza humana na divisão de dois domínios independentes e separados – o da mente e o da matéria. Para o cientista, o universo material, incluindo os organismos vivos, era uma máquina, e poderia ser entendido completamente, analisando-o através de suas partes menores. Segundo Capra (1996, p. 35), Descartes afirmava: “O mundo é como uma máquina perfeita governada por leis matemáticas”.

Não se pode negar a grande contribuição do cientificismo acadêmico, com suas especialidades e técnicas evoluídas, visando aliviar e resolver as dores da humanidade. No entanto, percebe-se hoje não ser esta prática tão resolutiva assim, porque os problemas são sistêmicos, ou seja, interligados e interdependentes, e não podem ser entendidos isoladamente.

A visão de integralidade tem sido buscada desde o século XIX com o pensamento holístico, percebendo-se que as teorias da Física, apregoadas por Newton, mostravam-se insuficientes para explicar os fenômenos naturais, indicando que havia “algo” mais complexo que necessitava ser explorado (LEMKOW, 1992; BETTONI, 1999).

No início do século XX, psicólogos alemães protestaram contra a fragmentação e a alienação crescentes da natureza humana, reconhecendo a totalidade como aspecto chave para a percepção do ser, segundo a Teoria da Gestalt (CAPRA, 1996). Assim, esses anseios traduziram-se pelos estudos da Física Quântica, revolucionando tudo o que até então existia sobre a natureza. Nesta, os objetos, ou seja, as matérias sólidas da Física Clássica, entre os quais se inserem os organismos vivos, são formadas por partículas que se dissolvem igualmente no nível subatômico, em padrões de probabilidades de ondas de energia e suas interconexões (CAPRA, 1983).

No entanto, já no final do século XVIII, o médico alemão Samuel Hahnemann, descontente com as práticas resultantes da medicina da época, pesquisou e propôs mudanças radicais dos seus paradigmas e procedimentos.

Surgiu, assim, a Homeopatia que tem por base fazer um diagnóstico integral do paciente, ou seja, do “indivíduo doente”, e não da “doença” do indivíduo.

Os valores do conhecimento da prática alopática são inegáveis, principalmente com a evolução das técnicas especializadas de diagnóstico. Apareceram, então, medicamentos específicos para as doenças, valorizando, dessa forma, o seu tratamento. Por outro lado, a terapia homeopática, agora complementando os seus conhecimentos de diagnóstico com os da prática alopática, continua propondo outra visão quanto ao tratamento, ou seja, tratar “o doente”.

Os diferentes aspectos entre os diagnósticos e os tratamentos alopáticos e homeopáticos estão diretamente ligados à maneira de encarar saúde e doença, enfermidade e enfermo.

A Homeopatia busca compreender quem é e por que determinado indivíduo adquiriu aquela doença para, assim, tratá-lo com um único medicamento, enquanto a Alopátia trata uma mesma doença com os mesmos medicamentos para todos os indivíduos, desconsiderando as suas individualidades.

O conceito de doença também se apresenta diferente nessas duas abordagens: a Alopátia segue uma linha de pensamento filosófica específica, dualista (corpo X mente) e mecânica do complexo biológico, em que alterações físico-químicas são capazes de gerar agravos à saúde, ou seja, a doença; na Homeopatia, o ser humano é visto como um sistema integrado, indissociável, apresentando sintomas (doenças), apenas quando ocorre desarmonia em sua energia vital. Segundo Hahnemann, em seu livro **Organon da Arte de Curar** (PUSTIGLIONE; CARILLO, 1994, p. 28):

No estado de saúde, a força vital imaterial que dinamicamente anima o corpo material, reina com poder ilimitado e mantém todas as suas partes em admirável atividade harmônica, nas suas sensações e funções, de maneira que o espírito dotado de razão, que reside em nós, possa atingir aos mais altos fins de nossa existência.

Mesmo com toda a evolução da prática alopática, há indivíduos cujos problemas não são solucionados.

As doenças adquiridas por insatisfações e frustrações, entre outras causas, continuam presentes, aparecendo de maneira recorrente, frustrando os profissionais por não conseguirem respostas aos males de seus pacientes. Doenças ou sintomas como asma, alergia, gastrite, bruxismo, aftas são de difícil controle ou cura pelos métodos tradicionais de tratamento. A prática homeopática tem dado respostas satisfatórias a estes males, considerados de origem psicossomáticas (EIZAYAGA, 1992).

A Odontologia, como especialidade médica que trata das doenças e sintomas com localização bucal, por muito tempo, restringiu-se a tratar apenas a sintomatologia ou repercussões das doenças nesta área.

No entanto, atualmente, com uma visão mais abrangente, tem buscado as causas das mesmas, para preveni-las e/ou impedir a sua recorrência.

Para possibilitar a prevenção das doenças bucais mais prevalentes, cárie e doença periodontal, os estudos foram direcionados ao conhecimento do comportamento de suas variáveis causais, ou seja, da placa bacteriana (mecanismos de formação, bactérias, etc), da saliva (composição, atividades, etc), da dieta do indivíduo (composição, atividades, etc), bem como das estruturas dos tecidos dentário e gengival.

Esta busca resultou em mudanças visíveis no tratamento destas doenças, incluindo, também, a consideração de variáveis sociais na sua gênese. A educação para saúde bucal e melhorias nas condições de acesso aos serviços odontológicos são algumas das práticas consideradas necessárias e que já vêm sendo realizadas.

Mesmo assim, não se conseguiram todos os resultados desejados com estes procedimentos de diagnóstico e tratamento, encontrando-se, ainda, pacientes cujos problemas são de difícil equacionamento.

Enquanto as técnicas utilizadas pela prática alopática procuram solucionar, separadamente, os sintomas apresentados pelos pacientes (tratando órgão por órgão ou, ainda, sintoma por sintoma), a prática homeopática busca tratar o paciente na sua integralidade, ou seja, qualquer sintoma deve ser analisado na sua totalidade, observando-se não só os aspectos físicos, mas também os mentais e emocionais. Então, pacientes tratados com Homeopatia, por qualquer doença ou desequilíbrio, devem apresentar melhora no estado geral de seu organismo (em todos os órgãos), levando-o a encontrar o equilíbrio como um todo.

Portanto, será que os pacientes tratados com Homeopatia, por qualquer sintoma (doença), quando se encontram controlados, apresentam uma melhor condição de saúde bucal do que os pacientes tratados com Alopacia, cuja filosofia trata somente os sintomas específicos (doença)?

Responder a esta pergunta é o que se propõe este estudo, analisando pacientes tratados com Homeopatia e Alopacia para problemas relacionados ao sistema respiratório, em relação à sua condição bucal.

O objetivo, portanto, foi o de verificar se os pacientes tratados com medicações homeopáticas e os tratados com medicações alopáticas apresentam diferenças em sua saúde bucal.



## **2 PROPOSIÇÃO DO ESTUDO**

Esta pesquisa teve como proposição comparar as condições de saúde bucal entre pacientes submetidos a tratamentos médico homeopático e alopático, que apresentavam problemas associados ao sistema respiratório.

A condição de saúde/doença bucal foi avaliada e comparada pela análise das variáveis:

- a) Índice de superfícies cariadas, perdidas e obturadas em dentes permanentes – CPO-S;
- b) Índice de superfícies cariadas, perdidas e obturadas em dentes decíduos – ceo-s;
- c) Índice de Placa – IP;
- d) Índice Gengival – IG;
- e) Velocidade do Fluxo Salivar – VFS;
- f) Capacidade Tampão Salivar – CTS; e
- g) Perfil de Saúde Bucal – PSB.

As variáveis relacionadas aos hábitos de higiene e alimentação, às condições de saúde geral e socioeconômica familiar foram analisadas para verificar a relação existente entre as mesmas e as variáveis das condições de saúde bucal dos pacientes submetidos aos diferentes tratamentos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A palavra “homeopatia”, derivada do grego, significa, “moléstia semelhante”. Hipócrates, ao anunciar a Lei dos Semelhantes, “*Similia similibus curentur*”, escreveu: “Pelo igual à doença é causada e pela aplicação do igual é curada”, servindo, mais tarde, para Hahnemann embasar a Homeopatia.

A Lei dos Contrários, “*Contrariis contrarius curentur*”, também idealizada por Hipócrates, permitiu que Galeno utilizasse esta idéia que foi a base da atual Medicina alopática (EIZAYAGA, 1992).

Samuel Hahnemann, médico, químico e poliglota alemão, introduziu a homeopatia como uma alternativa aos procedimentos realizados na época (1796) pela medicina heróica que preconizava como terapia, para toda e qualquer doença, o uso de sangrias (CARLINI, 1988).

Ao traduzir os registros da obra de William Cullen<sup>1</sup>, duvidou de suas idéias e afirmações referentes ao medicamento “Quina”, que eram adequadas ao pensamento e práticas daquela época. Decidiu, então, testar os efeitos dessa medicação em seu próprio organismo, ingerindo doses pequenas da droga. Seu corpo reagiu, apresentando, para sua surpresa, sintomas semelhantes ao da malária. Concluiu que o poder de cura da “Quina” se dava por criar sintomas semelhantes ao da doença, e não por suas propriedades amargas e adstringentes. Passou, então, a estudar registros de envenenamentos acidentais por outros medicamentos usados na época, como o mercúrio, arsênico, beladona e nitrato de

---

<sup>1</sup> William Cullen, importante fisiologista da época, 1790 (EIZAYAGA, 1992).

prata. Testando-os em si mesmo e em amigos sadios, em pequenas doses, observou os sintomas que causavam. Essas pequenas doses, quando administradas a indivíduos com outras enfermidades, mas com sintomatologia semelhante, tinham o poder de curá-las (EGITO, 1980; EIZAYAGA, 1992).

Concluiu, então, que os medicamentos curam as enfermidades cujos sintomas se aproximam o máximo possível dos sinais que causam, sedimentando, assim, a Lei dos Semelhantes, que passou a ser o fundamento da doutrina homeopática.

Pelo método clínico experimental, Hahnemann, observou, também, o efeito secundário das drogas, valorizando os sintomas mentais na gênese das doenças somáticas, reconhecendo o poder dinâmico das doses infinitesimais sobre o organismo em desarmonia (ROMANACH, 1993).

A contribuição mais revolucionária, e ainda hoje polêmica, foi a afirmação do poder energético contido nas doses mínimas e dinamizadas, inclusive de substâncias consideradas farmacologicamente inertes, quando se tornam medicamentos homeopáticos, e sua ação sobre a “energia vital” do paciente (ROMANACH, 1993).

Através da experimentação em indivíduo sadio, Hahnemann chegou a uma compreensão revolucionária dos sintomas, pois, em vez de considerá-los como respostas ilógicas, impróprias ou mórbidas de um organismo, compreendeu-as como respostas positivas e adaptativas à variedade de tensões pelas quais o corpo passa. Sendo assim, concluiu que, em vez de eliminar os sintomas, as terapias deveriam estimular as defesas do corpo a completar o seu processo de cura (EGITO, 1980; EIZAYAGA, 1992).

A Lei dos Semelhantes, com pensamento analógico, circular e atemporal, vê o homem como uma unidade vital indivisível, enquanto que, na Lei dos Contrários, com pensamento linear e lógico, o homem é visto fragmentado (EGITO, 1980).

Sob o ponto de vista alopático, a doença é observada e tratada através dos sintomas apresentados pelo paciente, sem a necessidade de investigar por que este problema está se manifestando. Já a Homeopatia procura integralizar as

desestruturações, avaliando-as como dificuldades a serem superadas pelo paciente nos campos físico, mental e emocional. As doenças ocorrem quando há desequilíbrio na “energia vital”, sendo encaradas como manifestação existencial reacional do enfermo (GERBER, 1997). Por isto diz-se, na Homeopatia, que não existem enfermidades e, sim, enfermos (EIZAYAGA, 1992).

Do ponto de vista homeopático, os sintomas não são as doenças; eles simplesmente acompanham as doenças, sendo a evidência da mesma. Mas tratar somente os sintomas é como matar o mensageiro de que algo não está bem, é suprimir as respostas naturais do corpo, inibindo o seu processo de cura (EGITO, 1980).

Na atualidade, vários médicos e cientistas também reconhecem a “sabedoria do corpo”, destacando que a doença não é uma mera rendição ao ataque, mas também uma luta pela saúde. A doença não é simplesmente sofrimento, mas uma luta para manter o equilíbrio homeostático de nossos tecidos, a despeito dos danos causados (EGITO, 1980; GERBER, 2000).

Hahnemann foi sensível ao reconhecer que há um grande esforço do organismo para se curar, mas, às vezes, isto não é possível, sendo necessário um catalisador para estimular as defesas próprias. A Homeopatia é reconhecida por procurar encontrar este catalisador, que é único e individual, e estimula as defesas do corpo (BAROLO, 1997).

A Homeopatia se apresenta reconhecida, na atualidade, como especialidade médica e utiliza, como vetor de sua ação, o medicamento homeopático, que é diferenciado pelo seu método de fabricação, indicação e efeitos, visando sempre a estimular o organismo, fazendo-o buscar sua cura (EIZAYAGA, 1992; LUZ, 1996).

O tamanho da dose, ou seja, doses mínimas, extremamente diluídas fazem parte de mais um dos suportes da doutrina homeopática. Hahnemann acreditava que o potencial de cura inerente de uma pessoa é tão forte que basta um pequeno estímulo para se iniciar o processo de cura. Na verdade, os medicamentos homeopáticos agem como catalisadores junto às defesas naturais do organismo.

Ao processo de diluição sucessiva, que minimiza as propriedades tóxicas das substâncias medicamentosas, e fortes batidas ou dinamizações, aumentando seu potencial de cura, chama-se em Homeopatia de “potencialização” (EIZAYAGA, 1992).

Os medicamentos, com potências mais altas, mais diluídos e dinamizados, mais profundamente, irão agir e, além dos efeitos sobre o corpo físico, atuarão sobre sintomas emocionais e mentais. Enquanto os aspectos psicológicos estão sendo trabalhados, os efeitos sobre o corpo físico far-se-ão presentes. Os medicamentos homeopáticos atuam em níveis de percepção completamente diferentes daqueles apregoados pelas práticas médicas convencionais (BRENNAN, 1987; 1993). Trabalham sobre as causas das doenças ou desequilíbrios, antes mesmo que estes tenham se manifestado sobre o corpo físico. Analisando-se sob esse aspecto, pode-se dizer que este tipo de tratamento atua na prevenção das doenças e até na promoção da saúde dos pacientes que a ele recorrem (BIOLCHINI, 1992).

O diagnóstico homeopático se dá através de uma profunda análise das características constitucionais, ou seja, as diferentes maneiras de ser, e de se comportar de um paciente, envolvendo algumas funções como: sono, transpiração, apetite, sede, desejos e aversões (SAMPAIO, 1994).

O profissional deve ser livre de preconceitos e imparcial, sendo capaz de escutar o paciente atentamente em seus medos, suas angústias e sua própria percepção de como deve ser o seu processo de cura. Considera-se importante que o próprio profissional também utilize, em seu organismo, a terapia homeopática, para que possa entender melhor o seu paciente (GERBER, 2000).

Na terapia homeopática, respeitam-se as leis naturais e não apenas se confia nos exames laboratoriais, sem levar em conta o ser humano que ali se apresenta (SAMPAIO, 1994).

O diagnóstico deve ser individual, de acordo com a maneira particular de ser daquele paciente, com as características que o diferem dos demais, com toda a sua bagagem de informações que reagem em vários níveis, no físico, no mental, no emocional e no espiritual (EIZAYAGA, 1992; GERBER, 2000).

O diagnóstico é firmado mediante a compreensão profunda daquele ser humano, e deve ser solicitado, para isso, o seu auxílio.

Outra premissa importante do diagnóstico homeopático é que a constituição humana traz implícita uma predisposição a adoecer e, ainda, adoecer em determinada linha de enfermidade, geralmente ligada aos seus miasmas ou diáteses (do grego “*diatesis*”, “disposição ou predisposição hereditárias”), que define um “terreno” (EGITO, 1980; EIZAYAGA, 1992).

A evolução semelhante de um mesmo grupo de doenças adquiridas ou herdadas possibilitou dividi-las nos miasmas fundamentais da Homeopatia – o Psórico, o Sicótico e o Sifilínico.

As agressões internas e do meio ambiente levam o paciente a reagir de modo próprio, e caso apresente alguma dificuldade em suas defesas, libera tais tensões para a superfície do organismo, na pele e nas mucosas, sob a forma de alergias ou estomatites, determinando o estado patológico de Psora. Quando o organismo tem dificuldade para liberar essas toxinas, então, surge um redirecionamento na exoneração das mesmas, originando patologias em tecidos e alterações celulares, na forma de verrugas e tumores benignos, caracterizando o estado de Sicoze. Com um sistema defensivo precário e sem conseguir eliminar totalmente as toxinas, o organismo passa, então, a necrosar seus tecidos, determinando lesões irreversíveis, encontrando-se no estado Sifilínico.

Para Hahnemann, o princípio responsável ou mantenedor da saúde, é a “energia vital, princípio vital ou, ainda, força vital”, ou seja, o mantenedor do equilíbrio da vida (EIZAYAGA, 1992).

Hahnemann apresentou a doutrina homeopática em 1810, em um livro chamado **Organon da Arte de Curar**, constituído de 291 parágrafos. No parágrafo 10, ele escreve (PUSTIGLIONE; CARILLO, 1994, p. 28):

O organismo material sem a Força Vital é incapaz de sentir, agir e conservar-se a si mesmo; está morto e quando está sujeito unicamente ao poder do mundo físico externo, decompõe-se e desintegra-se em seus elementos químicos. Só o princípio vital – a Força Vital – que o anima, tanto em estado de saúde, como na doença, permite-lhe sentir todas as sensações e realizar todas as funções vitais.

A Homeopatia é, portanto, uma doutrina vitalista que trabalha interagindo sobre a energia vital do paciente.

Esta energia é responsável pela vida e flui através do corpo físico, como se estivesse seguindo um sistema circulatório invisível. É a corrente que anima a vida e é direcionada naturalmente pela inteligência do corpo (CAPRA, 1996). Está capacitada para reagir contra estímulos externos, dentro de certos limites ou níveis fisiológicos, além dos quais ela desequilibrar-se-á. Tal desequilíbrio pode ser causado por qualquer outra forma de energia, como o calor, as radiações, os elementos tóxicos, além dos aspectos psíquicos que também liberam energia, tais como: medo, susto, raiva, desvalia e decepções, entre outras (SAMPAIO, 1994).

Quanto à pessoa cuja energia vital sofreu algum desequilíbrio, pode-se dizer que está enferma e, se este desequilíbrio aumentar, poderá vir a morrer.

A grande função da terapia homeopática é agir preventivamente, evitando as causas do desequilíbrio e tornando o paciente menos suscetível às desarmonias.

No estágio em que se encontra o saber atual, é impossível demonstrar o que é esta “energia” ou “força vital”, embora alguns pesquisadores procurem identificá-la e medi-la (MONTEIRO, 1992).

O tema “energia” sempre foi exaustivamente trabalhado pela Física. Assim, procura-se, através dela, encontrar explicações para a ação dos medicamentos homeopáticos, que são de caráter energético, vibracional.

A Física parece oferecer subsídios para que se possa esclarecer e elucidar o que a prática clínica homeopática observou, ao longo dos tempos, e que sua base teórica sempre afirmou.

### 3.1 A ENERGIA SOB A PERSPECTIVA DA FÍSICA

Buscar um rápido retrospecto histórico dos caminhos seguidos pela Física faz-se necessário para melhor compreensão deste intrincado tema: “energia”.

A visão mecanicista de René Descartes dificultou a compreensão do ser humano, na sua condição de integralidade, matéria e energia.

Na visão de Capra (1983), a matéria (corpo físico), sendo tratada separadamente da energia (mente), dividindo cada indivíduo em um grande número de compartimentos isolados (órgãos e sistemas) e descaracterizados dos seus sentimentos, talentos e crenças tem gerado conflitos e frustrações internas intermináveis.

No entanto, mesmo acreditando na facilidade de entender o corpo humano como uma máquina, totalmente dividida em partes, Descartes deixou claro, em vários escritos seus, que foram omitidos por praticamente todos os outros cientistas que lhe sucederam, a existência de um ponto em comum entre todas estas partes, ou seja, a presença de “Deus” (CAPRA, 1983; CAVALCANTI, 2000).

Os estudos de Newton aparecem mostrando, através de fórmulas matemáticas, que o seu universo funcionava como um grande sistema mecânico, regido por leis matemáticas exatas, explicando a atração de todos os corpos pela Lei da Gravidade. Este físico, todavia, acreditava que o mundo não poderia ser entendido só por experimentos científicos, mas também pelas revelações das antigas tradições esotéricas (CAVALCANTI, 2000).

Pode-se observar que os estudiosos identificavam algo que fugia do controle de suas pesquisas, atribuindo tais descontroles às questões metafísicas. Por esse motivo, os conceitos tão concretos de suas realidades, a saber: espaço absoluto e tempo absoluto, blocos básicos de construção de matéria, causalidade radical ou determinismo e a noção de estrita dissociação entre observador e observado, geravam, e ainda geram, questionamentos sobre a verdadeira natureza do que pode ser considerado real na vida cotidiana (LEMKOW, 1992; ROCHA FILHO, 2002).

Contudo, mesmo conscientes de suas descobertas, intuíaam que havia algo além do que conseguiam traduzir ou explicar cientificamente.



Explicando estes pontos, Heisenberg<sup>2</sup> (1996), diz que toda esta divisão penetrou profundamente no espírito humano e que muito tempo levaria para se substituir esta atitude ou paradigma, por uma nova maneira de conceber a realidade.

No final do século XIX, a mecânica newtoniana já se mostrava insuficiente para explicar os fenômenos naturais, pois as novas descobertas indicavam que o universo era muito mais complexo do que os pesquisadores haviam imaginado.

Nas três primeiras décadas do século XX, duas descobertas mudaram esta situação e, ao serem interpretadas, não permitiram salvar o modelo newtoniano-cartesiano, passando do paradigma mecanicista da Física Clássica para o paradigma holístico da Física Moderna (LEMKOW, 1992; BETTONI, 1999).

Foram introduzidas por Albert Einstein duas tendências revolucionárias no pensamento científico: uma foi a Teoria da Relatividade, e a outra, abordando um novo modo de considerar a radiação eletromagnética, fundamentou a Teoria Quântica (CAPRA, 1983; 1986; LEMKOW, 1992).

A Física Quântica explora o universo em sua menor dimensão, nos níveis atômicos e subatômicos, enquanto a relativista ocupa-se do universo em sua amplitude, abalando os conceitos de espaço e tempo absolutos, associando uma certa quantidade de energia a toda a matéria (CAPRA, 1983; 1986; LEMKOW, 1992; ROCHA FILHO, 2002).

A Física ou Mecânica Quântica descobriu que os átomos não eram sólidos como a Física clássica acreditava, mas, sim, compostos por subentidades – elétrons, prótons e nêutrons – entre outras. Estas partículas subatômicas são extremamente diminutas quando comparadas ao tamanho do também pequeníssimo átomo. O átomo se torna, em sua totalidade, quase um imenso espaço vazio.

Dependendo do modo como o pesquisador conduz sua observação experimental, as partículas subatômicas mudam seu comportamento e sua aparência (CAPRA, 1983; 1986; LEMKOW, 1992; BONAMIN, 2001; ROCHA FILHO 2002).

---

<sup>2</sup> Heisenberg (1901-1976): físico alemão ganhador do Prêmio Nobel de Física, em 1932. Suas idéias influenciaram a formulação da Mecânica Quântica (ROCHA FILHO, 2000).

Vista de um certo modo, uma entidade subatômica pode parecer uma partícula; vista de outro modo, é uma onda. Quando é uma partícula, fica localizada no espaço e não pode ser desintegrada, mantendo sua identidade ao colidir com outras partículas. Quando aparece sob a forma de onda, difunde-se por vastas regiões de espaço, é divisível de infinitas maneiras e se funde completamente com outras ondas que venha a encontrar. Mas, mesmo assim, onda e partícula são a mesma entidade, vista de dois diferentes pontos de vista (CAPRA, 1983; LEMKOW, 1992). Este é o conceito de complementaridade descrito por Niels Bohr (CAPRA, 1983; 1986; ROCHA FILHO, 2002).

Segundo David Bohm, citado por Lemkow (1992, p. 95): “Sob diferentes condições experimentais, a matéria pode se comportar mais como onda ou mais como partícula, mas sempre, de alguma maneira como ambas juntas”.

Uma partícula é, pois, uma entidade confinada em um volume muito pequeno (matéria) que pode ser, ao mesmo tempo, uma onda, entidade que se espalha sobre uma vasta região no espaço (energia).

Concluíram, assim, os físicos que, no nível subatômico, a matéria não existe com certeza em lugares definidos; existem tendências para existir expressas em probabilidades (CAPRA, 1983;1986; CAVALCANTI, 2000).

Quando duas partículas, em certo estado de relacionamento, afastam-se uma da outra no espaço, não importa a distância em que se encontram, uma pode estar na Terra e outra na Lua, elas apresentam uma conexão não-local, isto é, mantêm um relacionamento que não pode ser descrito ou explicado em termos de qualquer força de interação entre elas (CAPRA, 1986).

Este fenômeno da não-localidade tem sua explicação matemática através do “Teorema de Bell”, mostrando que, em um sistema total, existem conjuntos de partículas independentes, mas interagentes, que se relacionam de modo radicalmente novo (LEMKOW, 1992; CAVALCANTI, 2000).

Observa-se que aspectos aparentemente contraditórios são apenas duas manifestações de uma mesma unidade, sob tempo e espaço indeterminados e indefinidos.

David Bohm<sup>3</sup> assim resume as perguntas chaves da Física Quântica (LEMKOW, 1992, p. 99):

- 1 - o movimento é em geral descontínuo (um elétron pode passar de um estado a outro sem passar por quaisquer estados intermediários);
- 2 - as entidades, como os elétrons, podem mostrar diferentes propriedades (tipo partícula, tipo onda ou qualquer outro tipo intermediário, dependendo do contexto ambiental que estão inseridas e das observações a que estão sujeitas);
- 3 - dois elétrons que se unem para formar uma molécula, ao se separarem, assumem uma particular relação não local, ou uma conexão não causal de elementos bem distanciados um do outro;
- 4 - as leis da Física Quântica são estatísticas e não determinam eventos futuros de maneira única e precisa.

O universo, sob esta nova ótica, deveria ser pensado como um todo intacto, de elos indivisíveis. Nesse todo, cada elemento existente mostra propriedades básicas (onda ou partícula, etc), conforme o ambiente global em que estão inseridas, mostrando que as experiências de separação da Física clássica já não conseguem se manter, devido à natureza não-causal, não-local do relacionamento dos elementos distanciados um do outro.

As relações de causa e efeito passam a ter uma visão totalmente diferente da visão da Física clássica. Na Física Quântica, cada novo momento pode ser inteiramente não relacionado com o anterior (pode ser totalmente criativo, novo, sem possibilidade de ocorrer com seqüência previsíveis). Já nas leis da Física clássica, os eventos são previstos e determinam os eventos subseqüentes.

Quando Einstein formulou sua famosa equação –  $E=mc^2$  –, afirmou que a velocidade máxima atingível no universo é a da luz; que a massa aumenta com a velocidade; que massa e energia são equivalentes; que os objetos se contraem e expandem quando se movimentam em altas velocidades; e que eventos que parecem simultâneos a um observador, em um sistema, podem não parecer simultâneos a um observador em outro sistema (CAPRA, 1983; 1986; ROCHA FILHO, 2003).

Todos esses efeitos são infinitesimais demais para serem notados em circunstâncias da vida diária, e os instrumentos necessários para quantificá-los ainda

---

<sup>3</sup> Bohm – professor de física teórica no Birkbeck College de Londres (ROCHA FILHO, 2003).

não existem na atualidade. Esta teoria, porém, complementa os *insights* psicológicos e filosóficos, no tempo e no espaço (CAVALCANTI, 2000).

Espaço e tempo, aqui, são interligados e inter-relacionados, pois uma coisa não pode existir em algum lugar sem existir em algum momento e vice-versa; existe um “continuum” espaço-temporal. Com esta idéia, Einstein tenta mostrar que passado, presente e futuro não poderiam ser mantidos no mesmo sentido absoluto como Newton acreditava. Para a relatividade, o tempo flui uniformemente através de todo o universo, onde os eventos não se desenrolam; eles apenas são (LEMKOW, 1992).

A descoberta mais importante da relatividade é que a massa é uma forma de energia e vice-versa, e um simples *insight* para esta teoria muda totalmente a visão da natureza. O mundo físico, então, dissolve-se em um espectro de estados energéticos totalmente ilimitado, ampliando a noção de vida e de mente a estados mais elevados, sendo tudo parte de um único e grande sistema (LEMKOW, 1992).

Se espaço, tempo e matéria são interdependentes, partículas não podem ser vistas como objetos, mas como feixes dinâmicos de energia, possuindo tanto um aspecto-espaço, que as faz parecer objetos, e um aspecto-tempo, tornando-as parecidas a processos (CAPRA, 1986).

Assim, deduz-se que o ser de matéria (corpo físico) e sua atividade (mental-energia) não podem ser separados; eles são aspectos diferentes da mesma realidade espaço-tempo (CAPRA, 1986; LEMKOW, 1992).

O universo não é considerado mais como algo físico e imutável, com regras preestabelecidas e previsíveis, e nem só como energético: passa a ser encarado como uma grande “mente criadora”, que repassa, constantemente, informações.

Esta característica mental mostra que tudo gira em torno de informações. Segundo Capra (1983; 1986) e Rocha Filho (2003), a própria natureza e seus eventos nada mais são do que informações, o mesmo ocorrendo com as respostas orgânicas que são informações recebidas da nossa própria mente e refletidas no corpo físico.

Portanto, pode-se deduzir que tudo que ocorre, por exemplo, em um organismo, seja a saúde ou a doença, é consequência de informações recebidas da

mente com sincronicidade, em uma seqüência de eventos não necessariamente causais, mas constituídos de sentido para o indivíduo. Esta resposta vai relacionar-se com a criação de padrões que favorecem a saúde ou a doença, de acordo com a sensibilidade individual, dando respostas a cada fato que o ser venha a passar, ativando aquele padrão informacional estabelecido anteriormente, em sua existência ou de seus ascendentes (hereditariedade). Os sentidos físicos orgânicos captam as sensações, através dos órgãos dos sentidos físicos e emocionais, passando para a mente, e esta responde de acordo com aquela informação estabelecida. O padrão da resposta ou ação será a consequência do sentido dado pelo indivíduo.

Os aspectos que a Física moderna constatou já eram citados por muitas filosofias religiosas orientais, nos anos de 1500 a 500 a.C. Por este motivo, talvez, as terapias energéticas, como a Homeopatia, sejam consideradas de cunho espiritual ou místico, pois avaliam os pacientes integralmente, inclusive espiritualmente (CHARON, 1980; CAPRA, 1983; CAVALCANTI, 2000).

Os estudos oriundos da Física moderna, assim como as tradições esotéricas do Oriente, direcionam para a unidade e inter-relação de todas as coisas e eventos, quando todos os eventos são encarados como partes integrantes e inseparáveis do todo cósmico, como manifestações da mesma realidade (CAPRA 1983; CAVALCANTI, 2000).

Analisar o ser humano e suas relações sob esse foco é o que sempre fez e faz a Homeopatia que inter-relaciona todos os eventos da vida do paciente, unificando toda a essência observada, pois esta não pode ser separada das suas múltiplas manifestações (EGITO, 1980; SILVA, 1999).

### 3.2 HIPÓTESES SOBRE A AÇÃO DA HOMEOPATIA

Os caminhos da Física sempre buscaram elucidação dos problemas mais comuns e intrigantes da humanidade. A Homeopatia também está se utilizando destes conhecimentos para buscar explicações a respeito da ação dos seus medicamentos sobre os indivíduos.

Quando se comparam alguns dos pilares da doutrina homeopática com os conhecimentos da Física atual, pode-se perceber que Hahnemann antecipou, em

mais de um século, este modelo de realidade não manifesta da Mecânica Quântica, referindo-se sobre a natureza dinâmica de tudo que existe. Descreveu, em seu livro **Organon da Arte de Curar**, sua concepção a respeito da natureza dinâmica do ser vivo, assim como a idéia de utilização de novas maneiras de medicar os pacientes (EIZAYAGA, 1992).

O reconhecimento deste dinamismo, os conceitos de tempo não absoluto e linear, de espaço não tridimensional, de matéria não sólida e os questionamentos sobre os processos de causa e efeito, retratam uma visão nova de mundo que ainda se encontra em processo de formação nas pesquisas científicas atuais (FREITAS; CAMARGO, 1991; PIETTRE, 1997).

Segundo Egito (1980), Eizayaga (1992) e Bastide e Lagache (1995), entre outros, os aspectos que desequilibram o organismo humano se manifestam em incontáveis formas e, se não tratados de forma global, criam um processo mórbido de falso equilíbrio, manifestando recorrência em diversas formas da mesma desarmonia.

As Ciências Físicas e Biológicas possuem aspectos em comum, como a constituição do organismo vivo que possui, em última instância, átomos que estruturam as moléculas e modelam as células. Então, imagina-se que todo o organismo vivo esteja submetido às regras que a Física vem estudando e elucidando.

Os átomos, como foi citado anteriormente, são compostos de imensos espaços vazios onde diminutas partículas vibram e possuem um comportamento dual, ora como partícula, ora como onda ou energia, dependendo da interação delas com o observador, revelando ser impossível separar o observador do observado.

Por isso, a Física moderna dá respaldo às terapias chamadas de energéticas, como a Homeopatia, pois o ser humano aparece como o observador (consciência ou mente observadora) que interfere no que é observado, ou seja, as suas experiências de vida, produzindo, então, saúde ou doença, conforme processa internamente essas experiências (TEIXEIRA, 1995).

Na abordagem homeopática, o organismo humano é analisado em sua totalidade (corpo, mente e espírito) para compreender-se sua condição existencial

(trocas com o meio ambiente). Assim, as particularidades de seus desequilíbrios são entendidas mais facilmente e, conseqüentemente, levam a um diagnóstico mais completo e profundo (DEMARQUE, 2002).

Para a Homeopatia, é a mente que representa o homem, sendo o corpo apenas um reflexo do que ela produz (TEIXEIRA, 1995). Ela atua sobre o corpo físico, repassando as informações recebidas e captadas no dia-a-dia, decodificando-as e criando padrões comportamentais que definem a criação de estados de saúde ou de doença.

As decodificações destes processos são pessoais e únicas, sob a ótica homeopática, pois, embora uma doença possa ter características semelhantes entre os indivíduos (como agente causal), ela é totalmente diferente sob o conceito de quem a acolheu em seu organismo, ou seja, quanto à reação. Cada um adoece, reagindo de acordo com suas características emocionais, resultante do processamento das informações recebidas (EGITO, 1980; EIZAYAGA, 1992; MICHAUD, 1998).

Este é um novo campo de estudo que a visão alopática convencional ainda não consegue aceitar, pois, segundo os homeopatas, não se pode mais deixar de fora das investigações o estudo da mente ou consciência humana como geradora, ou melhor, colaboradora primordial dos processos de saúde ou doença (PADILHA, 1999).

Portanto, a Homeopatia baseia sua terapia em princípios, tais como o da mudança do paradigma de observação para produzir o diagnóstico, o da similitude e o de medicamentos altamente diluídos e dinamizados.

Segundo Teixeira (1997), os medicamentos homeopáticos são energéticos, trazendo, em suas composições, informações que, pela similitude com o organismo, vão equilibrá-lo, passando, então, a reconhecer a sua capacidade de perfeição e transformando velhos padrões de doença em novos padrões de saúde.

Para tentar explicar a ação dos medicamentos homeopáticos, algumas teorias vêm sendo elaboradas.

Em 1988, a teoria da Memória da Água, chegou aos meios científicos, através de estudos realizados pela equipe do Dr. Jacques Benveniste, farmacologista com laboratório de pesquisa no Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica da França. Nesse trabalho, tentaram demonstrar que preparações ultradiluídas e dinamizadas de anticorpos anti-IgE eram capazes de deflagrar a degranulação de basófilos *in vitro*, tal como o fariam em concentrações ponderais. Tais efeitos foram atribuídos a uma hipotética propriedade da água em guardar informações do soluto, repassando-as para o sistema biológico em questão (DAVENAS et al., 1988).

Uma nova hipótese sobre este mesmo tema foi retomada, mostrando que, durante as diluições seriadas, ocorreria uma mudança estável nas conexões intermoleculares da água, impressa pelo soluto, e tal propriedade poderia ser propagada para a água presente no organismo. Polímeros ou *clusters* são formados, através das ligações das pontes de hidrogênio, nas moléculas da água. Assim, acreditam que um soluto, ao sofrer o processo de diluição e dinamização sucessivas, transmite para a água a sua estrutura, através da combinação das pontes de hidrogênio da água, dando uma nova relação entre as mesmas, criando, assim, uma informação energética de sua estrutura sem os seus efeitos ponderais (LESSELL, 1994; TOMASSINI, 1994; GERBER, 2000).

A ressonância nuclear magnética (RNM) é a técnica que estuda a mobilidade e a quantidade de água ordenada nas soluções e meios biológicos. Ela identifica o comportamento do próton (H) da água. Quando há alteração da temperatura ou a introdução de algum soluto, ocorrem reações quebrando as pontes de hidrogênio, e uma nova ordem informacional é estruturada (POITEVIN, 1994).

Conforme a eletrodinâmica quântica, a matéria não é apenas um aglomerado de moléculas, mas um meio ativo capaz de selecionar e catalisar as reações moleculares de acordo com os diversos campos eletromagnéticos que ocorrem no seu interior. Na visão de Bonamin (2001), a organização da água não pode ocorrer de maneira aleatória entre as moléculas, mas o campo eletromagnético natural de uma substância em solução pode gerar, no solvente, certos domínios de coerência os quais seriam específicos para a referida substância, com estabilidade espacial e temporal.



As idéias oriundas da nova Física servem como possibilidades lógicas para elucidação e compreensão dos fenômenos homeopáticos.

A teoria dos sistemas complexos é definida como sistemas abertos, ou seja, os fenômenos ocorrem na forma de rede, em condição de não-equilíbrio e auto-organizados. Os seres vivos são descritos como sistemas abertos, que operam longe do equilíbrio e garantem a sua sobrevivência através de mecanismos auto-regulados não lineares, e neles pequenas variações podem representar grandes mudanças na organização do sistema como um todo. Por exemplo, um pequeno contato com um agente capaz de produzir alergia em um indivíduo sensível pode causar uma violenta reação do seu sistema imunológico, gerando reações indesejáveis (CAPRA, 1996; BELLAVITE et al., 1999).

A ação dos medicamentos homeopáticos poderia ser adequada com a descrição de comportamento dos sistemas complexos, quando uma substância ultradiluída e dinamizada pode levar a grandes modificações fisiológicas, sabendo que estas dependem das condições prévias do indivíduo (BELLAVITE et al., 1999).

Outra particularidade dos sistemas vivos é a sua capacidade de estar entre o caos e a ordem que seriam encontrados em todos os níveis de homeostase, das moléculas até a mente humana. A escolha entre ordem ou caos dependeria tanto dos elementos individuais envolvidos (receptores, concentração de mediadores, presença ou não de fatores exógenos) quanto da coordenação global de todos estes fatores num sentido de totalidade. Os desequilíbrios podem ser vistos não como anormalidades moleculares estruturais, mas, sim, como distúrbios nas redes de comunicação entre os elementos do corpo (BELLAVITE et al., 1999).

Paralelamente aos estudos da teoria do caos, pesquisas sobre a geometria fractal foram desenvolvidas, que podem ser compatíveis com o processo de dinamização em Homeopatia. A principal propriedade dos fractais é a auto-similaridade, ou seja, a existência de um padrão de organização que repete a sua forma básica em diferentes escalas. Aparentemente, essas estruturas apresentam aspecto caótico, no entanto, na realidade, seguem uma lógica que é constante e representa repetições da mesma imagem nos seus vários níveis de magnitude (BONAMIN, 2001).

Na Homeopatia, esta propriedade seria nada mais do que a imagem do soluto inicial, reproduzida em escalas infinitamente pequenas, e quanto maior a potência do medicamento, maior a definição de suas propriedades (LESSELL, 1994; BONAMIN, 2001). Este soluto impregna na água, que serve como solvente, sua informação original pela alteração das pontes de hidrogênio da mesma. Assim, deixa reproduzidas, na estrutura molecular da água, as suas características, que irão atuar sobre o organismo humano, mesmo em doses ultradiluídas.

Outra idéia é a visão dos “significantes corporais”, introduzida por volta de 1990, por Bastide e Lagache (1995), para melhor compreensão dos sistemas vivos. Esse novo modo de pensar associa-se inteiramente aos novos caminhos que a Física moderna vem descrevendo e, nele, os sistemas vivos consideram os diferentes níveis de informação biológica necessários para viabilizar a vida e a adaptação dos seres ao seu ambiente.

A base principal deste paradigma é o conceito de informação dos sistemas biológicos e de seu papel na homeostase. Engloba as considerações em relação à memória da água como fenômeno eletromagnético, à dinâmica dos fractais do processo de dinamização e à idéia de que organismos vivos são sistemas complexos (LAGACHE; BASTIDE, 1997).

A informação recebida pelo corpo através da medicação homeopática exerceria um papel de “significante biológico”, capaz de gerar modificações fisiológicas após a sua elaboração e reconhecimento pelo organismo.

Segundo este modelo teórico, alguns fenômenos biológicos poderiam ser “mediados por informações”, no lugar da “ação da droga sobre o receptor”, como os utilizados pelas técnicas atuais.

Supõe-se que a informação contida nas medicações homeopáticas traria consigo uma via de comunicação particular com os seres vivos muito diferente da ação da droga ponderal sobre as moléculas.

Esses novos entendimentos trazidos por Bastide e Lagache (1995) propõem um canal de comunicação arquetípico informacional, atuando sobre o ser na sua

totalidade (corpo, mente e espírito) e, não, estritamente no bioquímico, superando, assim, as limitações do cartesianismo clássico.

Tal conceito teve origem na observação e reflexão de resultados experimentais de muitos anos de pesquisa, no entanto, mesmo com muito estudo por parte de pesquisadores dedicados a esta área ainda não se consegue quantificar e compreender a totalidade dos mecanismos que regem as medicações homeopáticas. Conforme diz De Pracontal, citado por Poitevin (1994): “Não sabemos ainda como aplicar as teorias dos físicos aos sistemas biológicos”. Quando isso ocorrer, certamente, haverá a construção de um novo modelo social e a mudança de paradigma instalar-se-á naturalmente.

Segundo Poitevin (1991; 1994), esses trabalhos destinam-se a explicar a ação dos medicamentos homeopáticos, para que seus efeitos não sejam considerados como placebo, conforme é atribuído por alguns profissionais ainda ligados à fase do obscurantismo.

Estudos duplo-cegos têm sido realizados a fim de validar a ação dos medicamentos homeopáticos. O que foi observado é o efeito de agravação dos sintomas, logo nas primeiras doses de medicação homeopática, enquanto os pacientes que recebem placebo nada sentem. Após algum tempo de tratamento, é observada melhora dos sintomas nos pacientes que recebem homeopatia, e piora, ou nada de melhora, nos que recebem placebo (REILLY, 1986; TEIXEIRA, 1997).

Muitas pesquisas ainda devem ser realizadas, porém, talvez seja a capacidade de o corpo reconhecer mensagens, na forma de sinais de energia sutil transmitidos por diluições homeopáticas potencializadas, a chave de respostas para esses resultados.

As mensagens homeopáticas parecem conter tipos específicos de instruções estimulantes dirigidas ao corpo, as quais desencadeiam diversos aspectos energéticos e moleculares que terão, conseqüentemente, a resposta de cura (GERBER, 2000).

Segundo Bonamin (2001), os argumentos que visam explicar a ação das medicações homeopáticas não passam de hipóteses, sendo difícil aceitar a ação de

drogas altamente diluídas nas quais a presença de moléculas do soluto inicial é realmente infinitesimal. No entanto, a experiência cotidiana de cada profissional dessa área mostra que existe uma informação biológica contida nas diluições homeopáticas.

Mesmo sem conseguir reconhecer totalmente a natureza dessa informação, sabe-se que há, na Homeopatia, um aspecto molecular inteiramente clássico, principalmente quando se trata de baixas dinamizações.

Também a persistência da estabilidade da informação em diluições sucessivas, deixa pressentir que o solvente retém a memória desta informação. Ainda é necessário citar as diferenças de ação nas diversas diluições, pois seriam as dinamizações através das interações moléculas-solvente que confeririam características energéticas aos medicamentos (POITEVIN, 1994).

Esta informação de natureza desconhecida propaga-se interagindo com o organismo no qual é introduzida. Pode passar ao organismo por via sublingual, ou através de outras redes de condução energéticas, atingindo os alvos biológicos e regulando-os. Estes alvos biológicos talvez sejam os receptores clássicos ou outras estruturas ainda desconhecidas. Os homeopatas dizem que não existem bloqueios no funcionamento destas estruturas, quando os medicamentos são bem definidos, exercendo sobre o organismo uma resposta de retorno ao equilíbrio original (POITEVIN, 1994).

A Física moderna, com suas novas concepções, mostra que o universo é movimentado por informações e não mais por partículas ou campos, ampliando a visão de que tudo é formado por sistemas dinâmicos e interligados de energia (CAVALCANTI, 2000; CAPRA, 2002).

Os sistemas dinâmicos que formam todo o universo repercutem no ser humano, mostrando que este é mais do que “biomoléculas em perfeito funcionamento”, é um complexo sistema de energia, formando o corpo físico, a mente e o espírito (CAVALCANTI, 2000; CAPRA, 2002).

Como se pode observar, a Homeopatia tem uma visão de doença e cura totalmente oposta à Alopatia, pois esta última busca tratar as diferentes partes

lesadas do organismo empregando medicamentos em altas dosagens, destinados ao tratamento “pelos contrários”. Tal prescrição ocorre pelo conhecimento do diagnóstico clínico e etiológico, definindo-se a doença e também suas causas. Na visão da Homeopatia, com o tratamento alopático, ocorre a remoção dos efeitos e das causas aparentes, porém não das causas básicas.

Tome-se como exemplo uma infecção periodontal. O tratamento alopático indicado, além de prescrever antibióticos (dependendo da visão do profissional) e adequação local, orienta o paciente a buscar um tratamento de seu estado emocional, também com medicamentos químicos e/ou tratamento psíquico.

Observam-se, então, as constantes reincidências clínicas, levando ao uso contínuo de medicamentos e a tendência à cronicidade torna-se algo real, induzindo a terapêuticas cada vez mais agressivas e urgentes (SCHEMBRI, 1997).

Em Homeopatia, chama-se este procedimento de “supressão”, que acarreta agravação e aparecimento de novos problemas de saúde, em outros órgãos. A prática alopática, por ser fragmentária, não relaciona estes fatos. Os homeopatas dão especial atenção a estas considerações, pois as doenças não aparecem ou se manifestam subitamente; elas vêm-se desenvolvendo lentamente ao longo dos anos. Estes transtornos iniciam-se pelo psiquismo, juntamente com perturbações das funções gerais do organismo e, conforme vão se instalando, os sintomas começam a aparecer e a se localizar (DULCETTI, 1992).

As doenças que, ao longo dos anos, foram tratadas com intervenções alopáticas, e apenas por algum tempo não manifestam os seus sintomas estão suprimidas, segundo a visão homeopática, percebendo-se que não houve a cura e, sim, um mascaramento da mesma, que reaparece no mesmo local ou em outro, sendo, na realidade, a expressão de algum desequilíbrio energético que não foi devidamente identificado e tratado (DULCETTI, 1992; LOBATO, 1992).

A diferença entre supressão e cura, na Homeopatia, é que nesta os sintomas são eliminados em sua totalidade, e os efeitos da supressão podem ser mais danosos do que a própria doença, pois, ao ser suprimida, pode acarretar padecimentos mais graves do que aqueles que havia a intenção de curar, uma vez

que podem reaparecer em outro local ou em órgãos mais nobres do organismo (ROMANACH, 1993).

A cura homeopática se dá, segundo as Leis de Hering:

- 1 - de cima para baixo no organismo humano;
- 2 - de dentro para fora do organismo humano;
- 3 - os sintomas desaparecem na ordem do aparecimento (EIZAYAGA, 1992).

O uso indiscriminado de drogas e abusivo de cirurgias, de acordo com o critério clínico alopático, tem aumentado muito o número de supressões e metástases mórbidas. Estas metástases significam levar a doença para órgãos mais importantes, vitais do organismo humano, podendo causar mais sofrimento para o paciente, após o tratamento (EIZAYAGA, 1992).

Com a observação das Leis de Hering, o homeopata pode certificar-se que está com a medicação certa, porque os sintomas suprimidos de uma doença são os primeiros a reaparecerem e, quando esta doença encontrar-se totalmente curada, o último sintoma da doença anterior começa a reaparecer, assim ocorrendo até a cura total. A este fenômeno chama-se de retorno do sintoma antigo (VOISIN, 1982).

Mesmo com seus miasmas suprimidos pelo tratamento alopático, as pessoas tiveram seus anos de vida aumentados, mas, em contrapartida, encontram-se cada vez com doenças de mais difícil diagnóstico e tratamento, tais como câncer, artrites, mal de Alzheimer, etc. (VOISIN, 1982; LACERDA, 1993).

A constatação de uma predisposição ao aumento das doenças crônicas degenerativas, assim como dos problemas psíquicos e alérgicos reforçados pelo tipo de vida, das terapêuticas de tratamento (que visam à supressão) e pelo estresse habitual evidenciam uma total falta de adaptação do homem ao mundo e à natureza, não sendo exagero dizer que a população sobrevive cada dia mais enferma (GERBER, 2000).

Os homeopatas preconizam que a Homeopatia é uma alternativa possível e viável de tratamento que procura respeitar o homem em sua condição de ser único e, com seus medicamentos absolutamente atóxicos, sem efeitos colaterais, é capaz

de curar as enfermidades agudas e crônicas com uma ação suave, rápida e duradoura (VOISIN, 1982; GERBER, 2000).

Segundo eles, a vida dos indivíduos tratados com Homeopatia é mais sadia e saudável, pois passam a ter uma nova postura em suas condutas cotidianas. São pessoas mais atentas e observadoras dos processos a que se expõem e tornam-se mais responsáveis por suas escolhas frente aos desafios (BELLAVITE, 2000).

Sendo assim, os índices de longevidade também aumentam, as necessidades de assistência médica e cirúrgica diminuem, e os casos de traumas emocionais, que geralmente são os desencadeantes das enfermidades, passam a ser encarados de outra maneira (BELLAVITE, 2000).

Embora ainda careça de pesquisas científicas, o tratamento homeopático visa observar os indivíduos sob vários aspectos, procurando as causas dos problemas que geralmente são encontrados em situações emocionais e não se baseiam somente nos sintomas (EIZAYAGA, 1992).

Segundo Eizayaga (1992, p. 13),

não existe um método terapêutico mais natural, mais eficaz, mais extraordinário; um método que é capaz não só de curar o padecimento orgânico senão de transformar uma personalidade perturbada em um ser que viva em harmonia consigo mesmo e com o seu Criador.

O conceito de saúde para a Homeopatia traz uma ampla visão, como cita Eizayaga (1992, p. 90): “Saúde é um estado de harmonia da mente e de equilíbrio fisiológico dos órgãos, no qual o espírito pode servir-se livremente do corpo para cumprir os elevados fins da sua existência”.

A expressão “os mais altos fins da sua existência” significa a evolução psicológica que conduz da imaturidade infantil à maturidade adulta, do egocentrismo ao altruísmo, da atitude passiva e receptiva na vida para uma atitude ativa com domínio sobre si mesmo. É cumprir sua missão, encontrando amor por si mesmo e por seus semelhantes, tratando não só o corpo físico, mas também a alma, assim chegando à cura (EIZAYAGA, 1992).

### 3.3 A SAÚDE COLETIVA E A ODONTOLOGIA

Atualmente, as terapêuticas utilizadas e amplamente difundidas procuram oferecer aos pacientes dignidade pessoal, procurando diminuir as suas dores. Para isso, inseriram no mercado de trabalho profissionais extremamente especializados em suas áreas de atuação, que exigem, para seu melhor desempenho, tecnologias sofisticadas, medicamentos chamados de última geração e custos finais muito altos. Como se observa, no entanto, ao longo da história da humanidade, algumas pessoas – geralmente as mais pobres – sempre estiveram e ainda ficam à margem dos cuidados de saúde. Mesmo com os avanços tecnológicos, as práticas médicas não se tornaram mais acessíveis à totalidade das populações carentes. Quanto mais modernos e de última geração, mais inacessíveis se tornam os medicamentos, pois exigem tecnologia muito moderna para sua fabricação, além dos vários impostos governamentais, deixando seu custo final muito alto para a grande parcela da população de países como o Brasil (MENDES, 1985; LUZ, 1997; MENDES, 1999).

A população brasileira vive em uma situação de desigualdade social que se traduz, na saúde, em padrões epidemiológicos distintos, nos quais se evidencia a realidade de países desenvolvidos, contrapondo-se a um grande número populacional com expressivos índices de doenças (LUZ, 1997).

Muitos trabalhos comprovam essas observações, principalmente nos países industrializados que oferecem aos seus cidadãos programas de atenção à saúde de melhor qualidade. Nos países pobres, o acesso às novas tecnologias, assim como aos serviços de saúde, é precário, demonstrando a dificuldade em que vivem estas populações (BERLINGUER, 1987).

Acredita-se que saúde e doença são reflexos da vida social no corpo dos indivíduos, não bastando estudá-las somente sob a ótica da ciência e da prática médica. Necessitam ser analisadas a partir da forma como os indivíduos sentem, vêem e se comportam em relação aos processos saúde e doença, procurando explicações de como e por que se adoece e conhecendo como estes indivíduos acreditam poder produzir a sua cura (BORGES, 1989; MINAYO, 1989).



Aspectos que elevam a qualidade de vida das populações, como os fatores socioeconômicos e comportamentais, elevam também sua saúde geral, assim como os cuidados pessoais com ela (MARCENES; BÖNECKER, 1999).

A Odontologia, da mesma forma, volta-se para estes fatores, analisando os seus efeitos na condição bucal das pessoas (PERES; BASTOS; LATORRE, 2000, GONÇALVES; PERES; MARCENES, 2002).

Em muitos estudos, segundo Marcenes e Bönecker (1999), após serem controladas variáveis como renda per capita, nível de escolaridade e aspectos comportamentais, não foi observada relação direta entre estes e a saúde bucal, mas, sim, com a desigualdade social. Uma sociedade mais coesa e igualitária apresenta indivíduos com melhor saúde, deixando claro que não é mais saudável somente quem é mais rico, mas quem vive em comunidades mais humanas.

A diferença entre as categorias sociais, gerando sociedades desiguais, é também observada na formação educacional, pois a maioria rica produz para si e os seus um tipo de escola diferenciada, destinada a perpetuar estas condições. A população pobre não consegue acesso a essas escolas, assim como a serviços de saúde de melhor qualidade, a medicamentos de última geração e a tudo mais que advém da injustiça social, sendo pelos altos custos inacessível a eles (GADOTTI, 1988).

A população dos países pobres vive uma triste realidade. Em sua maioria, são carentes, situando-se à margem dos atendimentos públicos de saúde que possuem uma demanda excessiva, os preços altos de tratamentos impossibilitam o acesso ao atendimento privado, e nem sempre resultam em um quadro de melhoria de sua saúde, pois as condições de vida continuam imutáveis.

Assim, percebe-se a grande importância dos indicadores socioeconômicos que devem ser analisados em conjunto com os fatores biológicos, sendo imprescindível, em estudos como os de saúde infantil, por exemplo, quando é necessário avaliar as condições de vida, moradia, saneamento, nível de escolaridade dos pais, etc. (CHAVES; SANTOS; SOUZA, 1998).

A correlação entre estes aspectos e experiências de cárie indicam que os pais – e principalmente as mães – com melhor nível de escolaridade possuem um comportamento mais cuidadoso com os dentes de seus filhos, assim como com a saúde geral, melhor higiene, melhores cuidados com a alimentação, procura de atendimentos médico-odontológicos de melhor qualidade, acarretando diminuição das doenças bucais e gerais (DREHMER, 1988; ROETERS et al., 1995; DIMENSTEIN, 1996). Essas observações são confirmadas por Al-Hosani e Rugg-Gunn (1998), em um estudo realizado, mostrando que filhos de pais com maior escolaridade apresentam menor experiência de cárie dentária do que os que possuem pais com menor escolaridade.

Assim, as condições de vida, as formas de produção e de acesso aos bens e serviços determinam, em maior ou menor grau, a distribuição dos problemas de saúde (MOYSÉS, 1997).

O desenvolvimento humano se dá com acesso à saúde, educação, trabalho, moradias adequadas, saneamento, equilíbrio na distribuição da renda, etc., devendo estes, no Brasil, serem assegurados, constitucionalmente, a todos os cidadãos, sem levar em conta sua condição econômica. O que se percebe, em países pobres, é a total inversão desta ordem, com desigualdades sociais que produzem, na mesma sociedade, de um lado indivíduos saudáveis semelhantes aos países ricos e, de outro, expressivos contingentes socialmente desprotegidos, especialmente vulneráveis e suscetíveis, carregando muitas doenças. Este mesmo fenômeno ocorre na Odontologia, quando se observa a polarização da prevalência da cárie (WEYNE, 1997; NARVAI; CASTELLANOS; FRAZÃO, 2000).

A terapia homeopática, possuindo como característica semiológica a avaliação do indivíduo em sua totalidade, respeitando suas crenças, suas dores – tanto físicas como emocionais – e suas características sociais e comportamentais, sem julgá-lo, adapta-se muito bem, segundo a sua filosofia, às exigências para o desenvolvimento humano (EGITO, 1980). E ainda, por ser uma terapêutica de custo muito baixo, preenche os critérios necessários para sua adoção mais ampla pelo sistema público de saúde, adequando-se à realidade nacional, segundo os homeopatas que já trabalham nestes serviços (CÉSAR, 2001).

Mas, conforme cita César (2001), "os sistemas públicos de atendimento homeopático são frágeis, não só por serem públicos, mas especialmente por serem homeopáticos". Isto ocorre por se considerar a Homeopatia como um tratamento de cunho místico religioso, o que só serve para colocá-la no nível de crenças.

Estes serviços não necessitam, para serem implantados, de qualquer modificação nas estruturas físicas dos postos públicos. Os medicamentos, por custarem muito pouco aos cofres públicos, podem ser facilmente distribuídos à população, com a adequação de uma simples farmácia. O que se torna necessária é a realização de concurso ou relocação de profissionais, médicos, dentistas e farmacêuticos homeopatas para um espaço físico definido (BERNARDO et al., 1995; CÉSAR, 2001). Vontade política, assim como pesquisas mais direcionadas, mostrando os efeitos das medicações homeopáticas, é o que realmente necessitam os profissionais que a ela se dedicam, pois ao custo não pode ser atribuída a não instalação deste tratamento (PUSTIGLIONE, 1991; BIOLCHINI, 2000; MAGALHÃES, 2000).

Em estudo realizado no período de 1994 a 1996, no Centro Saúde Escola "Geraldo de Paula Souza", em São Paulo, capital, foi mostrado que a média do custo dos medicamentos receitados foi de R\$ 2,89 (atualmente, um medicamento não custa mais do que R\$ 8,00, preço pago diretamente em farmácias da rede privada de Porto Alegre). A população que participou deste estudo foi de classe média baixa, da região de Pinheiros e Alto de Pinheiros, com um grupo fazendo parte de cortiços e favelas, tornando a clientela totalmente heterogênea. Os pacientes aderiram ao tratamento por indicação de profissionais dos outros postos de saúde da região e por iniciativa própria, quando seus problemas de saúde continuavam a recorrer sem solução. Os problemas relacionados ao aparelho respiratório apareceram como maioria entre todos, cerca de 47,8% dos casos diagnosticados. Quando eram conjugadas as variáveis, faixa etária e diagnóstico clínico mostravam uma clara predominância dos problemas respiratórios na faixa infantil até os 9 anos de idade, correspondendo a 75,9% do seu total (TANAKA; ROSENBERG, 1990; MOREIRA NETO, 2001). Este estudo mostra significativa melhora nos quadros das afecções em pacientes de ambos os sexos, idades variadas e renda alta, média ou baixa, assim como escolaridade alta, média ou baixa. O que se observa é que estes pacientes passam a ter um comportamento mais cuidadoso consigo mesmo e com

seus familiares. Cuidam mais das questões alimentares, de higiene, sempre com uma postura crítica frente ao profissional que lhe está atendendo. Uma observação muito importante foi o restabelecimento da relação médico-paciente no serviço público que, normalmente, ocorre em consultas homeopáticas (MOREIRA NETO, 2001).

Este tipo de pesquisa está começando a chamar a atenção do mundo científico cartesiano, pois os resultados, até mesmo os negativos, passam a ser evidenciados, discutidos e respeitados, por começarem a se adequar à metodologia exigida (ANDRADE, et al., 1991; JANSEN, et al., 1992; LÖKKEN, et al., 1995).

O estudo citado, assim como muitos outros, inclusive meta-análises, mostram a validade da terapia homeopática, que trabalha solucionando os problemas dos pacientes que foram buscar ajuda, conscientizando-os dos cuidados que devem ter para manter sua saúde, atuando positivamente em pessoas de todos os níveis socioeconômicos (REILLY, et al., 1986; KLEIJNEN; KNIPSCHILD; RIET, 1991; JACOBS, et al., 1993; LINDE, et al., 1997).

### 3.4 A DOENÇA BUCAL

As doenças mais prevalentes da cavidade bucal são a cárie e a doença periodontal, sendo consideradas como inevitáveis pela maioria da população mundial. Com a evolução das pesquisas dentro destas áreas, percebeu-se, no entanto, não ser tão verdadeira esta realidade (BROWN; LÖE, 1993; PINTO, 1996).

A cárie, assim como as doenças periodontais, encontram-se em declínio em muitos países, exigindo da classe odontológica muitas pesquisas, para que os motivos reais deste decréscimo sejam detectados e, então, difundidos para outros povos que ainda estão em situação difícil, em relação a estas doenças (BROWN; LÖE, 1993; MALTZ; SILVA, 2001).

Durante muitos séculos, o tratamento da doença cárie foi baseado na remoção da peça dentária. Mais recentemente, o diagnóstico precoce, isto é, a detecção da doença cárie, antes que aconteça a cavitação, tem possibilitado o

tratamento através de medidas preventivas que tratam de suas causas imediatas, como: remoção da placa bacteriana, controle da dieta cariogênica e uso de flúor (MALTZ; CARVALHO, 1999).

A lesão cariosa é citada como a manifestação clínica de uma infecção bacteriana local, decorrente da interação de uma série de fatores que influenciam na perda de estruturas mineralizadas do elemento dentário (ARAÚJO; FIGUEIREDO, 1999).

Mesmo atualmente, a dificuldade em diagnosticar precocemente esta doença, tem sido um desafio e, a cada dia, surgem meios mais aprimorados para interferir em seu desenvolvimento. É uma doença multifatorial, dependente, principalmente, de alto consumo de sacarose, de existência de placa bacteriana cariogênica e, no entanto, encontram-se pacientes com alto consumo de sacarose e baixa experiência de cárie, ou ainda, índice de placa e de bactérias cariogênicas alto e baixa experiência de cárie (ARAÚJO; FIGUEIREDO, 1999).

Esta constatação induz a uma possível suscetibilidade individual, aspecto também amplamente difundido e priorizado pela terapia homeopática, tanto em sua avaliação para diagnóstico como na definição quanto à medicação a ser utilizada.

Sob a ótica homeopática, qualquer manifestação no corpo físico é resultado da ação da energia vital do paciente. A condição chamada de saúde é o resultado da harmonização entre as partes e o todo e deste com o meio exterior. O estado de desarmonia, em qualquer um destes setores, resulta em algum tipo de doença, mesmo que ainda inexistam alterações funcionais evidenciáveis (EGITO, 1980).

Os dados epidemiológicos mostram que a prevalência destas doenças continua caindo na maioria dos países industrializados, chegando a estabilizar, como ocorre em parte da Noruega (HAUGEJORDEN, 1994; MARTHALER, 1996).

A diminuição da prevalência da doença cárie, nestes países, pode ser explicada pela disseminação do uso de fluoretos (em cremes dentais, em bochechos, e nas águas de abastecimento público) como medidas preventivas e, também, pela facilidade de acesso aos serviços odontológicos, cuidados com a higiene oral e mudanças nos hábitos alimentares. A melhoria nos indicadores sociais destes países foi estudada por Nadanovski e Sheiham (1995) que associaram aos

mesmos a redução, em cerca de 65%, da variação do índice de cárie aos 12 anos de idade.

A situação brasileira, em relação à prevalência de cárie, foi observada, pela primeira vez, com o levantamento epidemiológico de 1986, apresentando, nas crianças de 8 anos de idade, 2,84 dentes permanentes com experiência de cárie; nas de 10 anos de idade, 4,57; e nas de 12 anos de idade, 6,65. Do total de crianças examinadas, apenas 3,7% encontravam-se livres de cárie, e 19,5% apresentavam CPOD até 3,0. Os dados das crianças examinadas na região Sul estão discriminados no Quadro 1 (BRASIL, 1988).

<b>Autor/ano</b>	<b>Local do estudo</b>	<b>Ano</b>	<b>Tam. Amostra</b>	<b>Idade</b>	<b>ceo (média)</b>	<b>CPO (média)</b>	<b>CPO-S (média)</b>
<b>Ministério da Saúde (1986)</b>	Estudo Epidemiológico Nacional (região Sul)	1986		8 anos 10 anos 12 anos	- - -	2,46 4,14 6,31	- - -
<b>BARROS et al. (1993)</b>	Escolares de Porto Alegre	1988/ 1989	1221	8 anos 10 anos 12 anos	- - -	1,97 2,79 3,78	- - -
<b>PINTO (1997)</b>	Estudo Epidemiológico Nacional (SESI)	1993		12 anos		4,84	-
<b>Ministério da Saúde (1996)</b>	Estudo Epidemiológico Nacional (todas as capitais)	1996	30.240	6 anos 8 anos 10 anos 12 anos Total	2,89 2,97 1,47 0,29 1,97	0,28 1,15 1,87 2,38 1,57	- - - - -
<b>Ministério da Saúde (1996)</b>	Estudo Epidemiológico Nacional (Porto Alegre)	1996	1120	6 anos 8 anos 10 anos 12 anos Total	1,77 2,86 1,23 0,23 1,57	0,23 0,85 1,38 2,16 1,11	- - - - -
<b>Silva e Maltz (2001)</b>	Prevalência de cárie, gengivite e fluorose em escolares de 12 anos	1998/ 1999	1000	12 anos	-	-	2,58
<b>Favarini (2003)</b>	2 distritos da cidade de Porto Alegre	2002	502	12 anos	-	0,94	-

Quadro 1 Apresentação de Estudos Epidemiológicos realizados no Brasil, com locais, tamanhos das amostras, idade dos participantes e valores médios de ceo, CPO-D e CPO-S. Porto Alegre, RS, 2003.

Constata-se, neste mesmo quadro, um estudo realizado pelo SESI (Serviço Social da Indústria), em 1993, no qual se observou declínio da cárie, comparando-o ao estudo realizado em 1986 (PINTO, 1996).

Esta queda foi confirmada através da comparação de alguns estudos menores realizados em vários municípios do País, como em São Paulo (NARVAI et al., 2000), Blumenau (TRAEBERT et al., 2001) e São João do Sul e Treviso (TRAEBERT et al., 2002), entre outros.

O levantamento de 1986 mostrou que, em Porto Alegre, o CPO-D, aos 12 anos de idade, foi de 6,31, enquanto que, no levantamento feito pelo SESI, em 1993, foi de 4,84. No segundo levantamento nacional, realizado pelo Ministério da Saúde, em 1996, o CPO-D foi de 2,16, conforme Quadro 1 (BRASIL, 2001).

Em Porto Alegre, realizou-se um estudo em 1988/1989, quando 1221 escolares de 7 a 12 anos de idade foram examinados em escolas que não possuíam atendimento odontológico e não participavam de programas de prevenção. Os resultados encontrados para as crianças de 8 anos foi um CPO-D de 1,97; para as de 10 anos de idade, 2,79; e para as de 12 anos, 3,78 (BARROS; SCAPINI; TOVO, 1993).

Schoenardie (1997) avaliou a prevalência de cárie e de gengivite em escolares de 8, 9 e 10 anos de idade de uma escola pública de Porto Alegre, comparando os exames realizados em 1975 e em 1996, conforme Quadro 2. Neste estudo, ficou evidenciado que houve redução no CPO-D, assim como no CPO-S, de 1996 em relação ao de 1975.

Idade	Exame de 1975		Exame de 1996	
	Média	± Desvio Padrão	Média	± Desvio Padrão
<b>8 anos</b>	6,04	3,23	1,67	2,01
<b>9 anos</b>	9,08	5,48	3,02:	3,68
<b>10 anos</b>	11,74	8,10	3,35	3,01
<b>Total</b>	8,76	6,16	2,70	3,05

Quadro 2 Comparação do CPO-S médio e desvio padrão dos exames realizados em 1975 e 1996, em escolares da cidade de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, 2003.

Em 1998/1999, foi avaliada a prevalência de cárie, gengivite e fluorose em uma amostra representativa de escolares com 12 anos de idade de Porto Alegre.

Foram examinadas 1000 crianças que apresentaram para o CPO-S um valor médio de 2,58, erro padrão de 0,13 e desvio padrão de 4,11 (SILVA; MALTZ, 2001).

O trabalho realizado por Favarini (2003) avaliou o CPO-D em 502 escolares de 12 anos de idade, em dois distritos da cidade de Porto Alegre. Em relação às médias de CPO-D, o valor encontrado foi de 0,94.

A OMS estabeleceu cinco categorias para classificar a severidade de cárie para o CPO-D, segundo Pinto (1999):

<b>Categorias</b>		<b>CPO-D</b>
▪ muito baixa	⇒	de 0 a 1,1
▪ baixa	⇒	de 1,2 a 2,6
▪ moderada	⇒	de 2,7 a 4,4
▪ severa	⇒	de 4,5 a 6,5
▪ muito severa	⇒	de 6,6 e mais

Os aspectos de saúde e doença são analisados pela Homeopatia a partir da condição mental do paciente, ou seja, eles existem a partir de uma causa de natureza sutil, a energia vital do paciente, podendo não estar ainda manifestados no corpo físico. Já a Alopacia considera como estados patológicos as condições oriundas dos fenômenos físicos moleculares biológicos, com uma visão materialista. Tudo é diagnosticado apenas a partir do desequilíbrio das estruturas da matéria (GERBER, 2000).

Portanto, as doenças e as condições sistêmicas, o equilíbrio e o desequilíbrio entre a virulência da placa bacteriana e a resposta do hospedeiro têm sido responsáveis pelo tipo e padrão das doenças periodontais (OPPERMANN; RÖSING, 1999).

Conforme Gesser, Peres e Marcenes (2001), gengivite e periodontite são entidades distintas, sendo a primeira estudada pelo índice de sangramento gengival avaliado após a sondagem, enquanto a segunda é avaliada pela medição da profundidade de bolsas periodontais.

Oppermann e Rösing (1999) salientam que uma gengiva clinicamente saudável inclui a presença de placa bacteriana supragengival, compatível com



saúde, formada pela presença, basicamente, de cocos e bacilos gram-positivos e, quando ocorre acúmulo e aumento desta, uma condição de anaerobiose vai-se instalando e, em conseqüência, uma reação inflamatória gengival passa a existir devido à presença de organismos gram-negativos. Aspectos imunológicos são também considerados, pois os mesmos organismos patogênicos exercem diferentes ações em diferentes indivíduos. Assim, salientam que o processo saúde/doença periodontal deve ser entendido a partir de uma infecção e que as alterações de forma e função devem ser consideradas como seqüelas.

Em estudos internacionais, realizados também no Brasil, os problemas periodontais apresentam maior prevalência em populações com piores indicadores socioeconômicos, como renda e escolaridade (GESSER; PERES; MARCENES, 2001). Segundo Maltz e Silva (2001), provavelmente, a associação entre gengivite e os aspectos socioeconômicos, dê-se por ser o controle dessa infecção relacionado à higiene bucal que se liga diretamente às condições de vida e moradia dos indivíduos.

Schoenardie (1997) encontrou, em crianças examinadas em 1975, ISG médio de 24,62% e desvio padrão de 16,48%, enquanto que, as examinadas em 1996 apresentaram ISG médio 35,50% e desvio padrão de 14,65%.

O trabalho realizado por Silva e Maltz (2001), em escolares de 12 anos de idade, mostrou que do total de examinados 97,4% apresentavam sangramento gengival. Das crianças examinadas, 35,3%, apresentaram ISG de 10% ou menos e 12% apresentaram  $ISG \geq 40\%$ . Comparando a gengivite em escolares das redes de ensino pública e privada, encontraram os valores de média e desvio padrão, para o ISG na rede particular de  $14,7\% \pm 12,7\%$  e de  $21,7\% \pm 17,9\%$  na pública, ( $P < 0,05$ ). Estes valores também foram relacionados às condições socioeconômicas dos participantes da pesquisa, não apresentando diferenças significativas (MALTZ e SILVA, 2001).

A manutenção de um equilíbrio saudável entre a microbiota oral e o hospedeiro é ótima tanto para os tecidos do hospedeiro quanto para as comunidades bacterianas (ULLMAN, 1995).

A saliva tem papel importante na manutenção de um equilíbrio apropriado entre superfícies dentais e ecossistemas (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

A saliva aumentará a capacidade de algumas bactérias de sobreviverem e reduzirá a competitividade de outras. Nos mecanismos da saliva que atuam como proteção de cárie estão a capacidade tampão (como o mais importante) e o fluxo salivar, exercendo também um papel no controle das comunidades bacterianas desenvolvidas através de nutrientes (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995). Segundo Ericsson e Makinen (1988), pacientes cuja saliva apresenta alta capacidade tampão tendem a ter menos cárie. A pesquisa realizada por Rodrigues et al. (2002) mostrou não haver relação entre a capacidade tampão salivar e o sexo ou idade nos 205 pacientes examinados e, ainda, mostrou existir correlação entre a mesma e o índice de dentes hígidos.

Embora possa haver concordância geral sobre a importância da prevenção, há desacordo sobre “como prevenir” os problemas dentários, e existe uma significativa controvérsia sobre a forma de lidar com esses problemas (ULLMAN, 1995), pois se verifica a existência de muitos fatores influenciando a etiologia da doença cárie e da doença periodontal, entre eles, os sociais e psicológicos. Alguns pesquisadores indicam o uso do flúor para fortalecer a superfície dentária, fazendo frente ao ataque cariogênico; outros, a suspensão do consumo de açúcar, para evitar a formação de microbiota cariogênica/formação de placa, sendo todas medidas contra suas causas imediatas (ULLMAN, 1995).

Sob o ponto de vista homeopático, qualquer desequilíbrio no organismo como um todo influenciará aspectos como cárie e doença periodontal, por exemplo. Admite-se que as glândulas salivares ajudam a combater a deterioração, neutralizando os ácidos produzidos pelos germes, mas seu bom funcionamento depende da saúde geral do organismo (ULLMAN, 1995).

A composição salivar é muito complexa, possuindo componentes orgânicos (proteínas, carboidratos, enzimas, etc.), inorgânicos (cálcio e os fosfatos, que determinam a saturação em relação a hidroxiapatita, por exemplo) e, ainda, ao entrar na cavidade bucal, são encontrados elementos celulares, bem como milhões de microorganismos (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

Com qualquer distúrbio no equilíbrio salivar, os resultados se apresentam nas mais variadas formas de doenças, refletindo-se no corpo como um todo através dos distúrbios digestivos e, principalmente, na cavidade bucal com possibilidade de aumento da cárie, doença periodontal e até da síndrome de ardência bucal (EGITO, 1980; LARSEN; BRUUN, 1988; CAIRO, [199?]; MICHAUD, 1998). Conforme descreveu Marlay (1970), a queda da capacidade tampão salivar precede o aumento da cárie.

A busca de alternativas para a solução da doença cárie determinou inúmeras pesquisas na área de prevenção, mas, infelizmente, sem muito sucesso, pois as pessoas são suscetíveis a vários fatores, às vezes de difícil controle e diagnóstico (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

Explicações sobre como se instalam as doenças e como os medicamentos atuam para restaurar o organismo é a árdua tarefa dos profissionais atuais, tanto homeopatas como alopatas, pois devem ter em mente a cura dos seus males e de seus pacientes. Unir esforços aceitando as pesquisas nesta "velha nova" área é tarefa multidisciplinar, porque estes ensinamentos podem auxiliar a todos.

Retornar às leituras e aos estudos antigos talvez possa ser uma opção, como as informações deixadas por Hipócrates (460-350 a.C.), que sempre confiou na força curativa natural do organismo humano. Dizia que o médico ou profissional da saúde deveria ser o mais conservador possível, evitando, ao máximo, intervenções invasivas. Uma regra fundamental era *primum nil nocere*, ou seja, "primeiro não lesar". Afirmava que "a nossa natureza é o médico das nossas doenças", e os médicos deveriam respeitar as individualidades, pois "cada caso é um caso", e "não existem doenças e sim doentes". A posição do médico deveria ser como um verdadeiro conselheiro, tentando modificar os hábitos nocivos e realizar uma avaliação constante e conjunta sobre o sistema de crenças e a visão de mundo dos pacientes (EIZAYAGA, 1992; BRUNINI, 1998).

O paciente passa a analisar a sua saúde como um todo, reavalia sua qualidade de vida, analisando seus aspectos sociais, culturais, filosóficos e espirituais reconsiderando suas metas na vida (CAPRA, 1986).

Samuel Hahnemann conhecia profundamente as obras de Hipócrates, e afirmou, citado por Brunini (1998, p. 11):

Jamais se fez tanto pela arte de curar quanto na época de Hipócrates. Este observador escrupuloso investigou a natureza dentro da própria natureza. Descreveu as doenças exatamente, sem nada mudar, sem fantasias e sem permitir nenhum devaneio. Nenhum médico depois dele o ultrapassou no talento e na observação pura.

A doutrina homeopática, como se observa, fundamenta-se em muitos dos conceitos ditados por Hipócrates.

A Homeopatia, de acordo com os homeopatas, é um recurso auxiliar terapêutico que poderá ajudar à Odontologia na redução de danos e na prevenção dos mesmos, atuando sobre aspectos emocionais que interferem diretamente sobre o organismo, e para os quais, geralmente, não se consegue encontrar explicações.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

O presente estudo busca estabelecer comparações entre grupos para avaliar a ação de dois tipos diferentes de tratamentos. A amostra foi não probabilística do tipo intencional. As unidades amostrais foram emparelhadas por sexo e idade, representando um estudo analítico observacional, semelhante aos de caso-controle, com examinador cego (BEAGLEHOLE; BONITA; KJELLSTRÖN, 1993).

### **4.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO**

A população estudada foi constituída de pacientes pediátricos e adolescentes portadores de problemas relacionados ao trato respiratório que recebiam tratamentos alopático e homeopático, em clínicas médicas da cidade de Porto Alegre. Essas clínicas foram escolhidas em função do conhecimento pessoal da pesquisadora com os médicos responsáveis pelas mesmas.

A pesquisadora dirigiu-se às clínicas, explicando detalhes da pesquisa aos médicos responsáveis solicitando, então, indicações de pacientes para a mesma. Quando os fichários dos pacientes atendidos nas clínicas foram liberados, a pesquisadora selecionou as fichas que estavam de acordo com os critérios de inclusão para a pesquisa. Após a seleção inicial, contactava novamente com os

respectivos médicos para confirmar o que as fichas apresentavam, sendo realizada mais uma seleção.

Dessa forma, os pacientes, tanto das clínicas homeopática como alopática, foram selecionados pela pesquisadora e por seus respectivos médicos, através da análise de suas fichas clínicas. Na análise das fichas clínicas, observaram-se dados referentes ao tipo de problema que levava os pacientes a buscarem tratamento (pacientes com sintomatologia circunscrita às vias aéreas), ao início do tratamento (que deveria ser de, no mínimo, dois anos), assim como a data da última consulta (dentro dos últimos 12 meses).

Foram selecionados, inicialmente, 277 pacientes de uma clínica que trata seus pacientes com Alopátia, e 240 de outra que trata com Homeopatia.

Inicialmente, procurou-se selecionar pacientes com 9, 10, 11 e 12 anos de idade, mas houve muita dificuldade em formar um grupo com esta faixa etária. Por isso, pacientes com idades entre 6 e 14 anos também foram selecionados, para que houvesse um número maior de possíveis participantes.

Entre os pacientes que recebiam tratamento alopático, encontrou-se maior receptividade para participarem da pesquisa, e os endereços anotados nas fichas clínicas estavam atualizados em sua maioria. Por outro lado, os pacientes que se submetiam ao atendimento homeopático mostraram maior resistência em participar da pesquisa, e grande número dos endereços estavam desatualizados. Por esse motivo, outros médicos homeopatas foram contatados e mais 82 pacientes foram selecionados para serem convidados a participar da pesquisa.

Foi realizada uma busca ativa de todos os pacientes selecionados (599), sendo encontrados 315 e destes somente 106 pais ou responsáveis concordaram com a participação de seus filhos na pesquisa, sendo todos estes examinados.

A clínica alopática atendia pacientes de diversos convênios, e o médico recebia, por consulta, os valores, a saber: IPE (R\$ 20,00), Unimed e Cassi (entre R\$ 30,00 e R\$ 40,00), Geap e Cabergs (R\$ 25,00), tendo como valor de sua consulta particular R\$100,00. A clínica homeopática (Liga Homeopática), inicialmente contatada, não possuía nenhum tipo de convênio; suas consultas eram particulares,

com valor de R\$ 35,00. Os outros médicos homeopatas contatados também possuíam diversos convênios, semelhantes aos da clínica alopática, e o valor de sua consulta particular era R\$ 100,00.

Todos os convênios descontam mensalmente, nas respectivas folhas de pagamento, dos responsáveis pelos pacientes examinados as taxas e valores das consultas, sendo pago diretamente aos médicos as consultas particulares e as consultas feitas à Liga Homeopática.

Os pacientes da clínica alopática, assim como os dos médicos homeopatas contatados posteriormente, buscavam atendimento via convênio, o que os deixam em condição semelhante aos da clínica homeopática particular que atende a preços bem acessíveis. Assim, procurou-se encontrar pacientes com características socioeconômicas semelhantes. A Tabela 1 mostra que dos pacientes examinados 81% o fizeram através de convênios e 11% pagando consulta particular.

Tabela 1 Distribuição em freqüências absolutas da amostra estudada, segundo o tratamento que realizavam e a que serviços tinham acesso, e os honorários médicos por consulta. Porto Alegre, RS, 2003.

Serviços de Saúde (Honorários pagos aos médicos) (R\$)	Honorários pagos pelos pacientes (R\$)	Tratamento		Total Global
		Homeopatia	Alopatia	
IPE 1 = 20,00	3,00	-	1	1
IPE 2 = 20,00	4,00	-	2	2
IPE 3 = 20,00	5,00	1	6	7
IPE 4 = 20,00	7,00	1	7	8
IPE 5 = 20,00	9,00	9	10	19
UNIMED =30,00 a 40,00	-	1	1	2
CASSI = 30 a 40,00	-	1	1	2
Particular	100,00	4	6	10
Liga Homeopática	35,00	28	-	28
CABERGS = 25,00	-	-	2	2
Sindicatos = 15,00 a 20,00	-	-	7	7
GEAP = 25,00	-	-	2	2
Total Global	-	45	45	90

Selecionaram-se pacientes com o mesmo tipo de problema de saúde, devido às seguintes razões:

1. problemas do trato respiratório. Esta é uma das mais comuns patologias tratadas em crianças e adolescentes pela Homeopatia, principalmente em climas frios como o do Rio Grande do Sul, e, portanto, com maior possibilidade de encontrar os pacientes em tratamento no período da pesquisa;
2. a Alopacia trata todos os pacientes portadores de uma mesma sintomatologia com os mesmos tipos de medicamentos; portanto, os pacientes estando sob influência dos mesmos medicamentos terão os mesmos efeitos, inclusive os colaterais. Por exemplo, se o medicamento tiver ação sobre o fluxo salivar, inibindo ou aumentando, estarão controlados para este grupo. Portanto, haverá unidade no grupo;
3. a Homeopatia trata os pacientes como um todo, observando o temperamento, o comportamento, as aversões, os gostos, os desgostos, etc, ou seja, a sua maneira de viver e de adoecer; para a Homeopatia, tudo isto define um “terreno”. Quando há um problema, observado através de uma sintomatologia, significa que está havendo um desequilíbrio de sua homeostase que pode ser observado, também, em outros órgãos, como a boca, por exemplo. Portanto, a comparação com outro grupo deverá ser com crianças ou adolescentes que também tenham um desequilíbrio semelhante diagnosticado.

Os pacientes de tratamentos diferentes foram agrupados de acordo com similaridade de sexo e idade. Deveriam estar sendo tratados com as diferentes terapêuticas por mais de 2 anos e, ainda, a necessidade de, pelo menos, uma consulta, no serviço, nos últimos 12 meses.

Os pares tiveram, então, como diferença que:

- a) um deles recebia atendimento alopático (os controles); e
- b) o outro recebia atendimento homeopático (os casos).



As condições bucais dos pacientes, nestes grupos, foram avaliadas através dos Índices de Placa, de Sangramento Gengival e de Cárie. A Capacidade Tampão e o Fluxo Salivar também foram medidos. Com todas as avaliações citadas acima, foi construído um índice que classificou o Perfil do Paciente em Relação à Saúde Bucal.

Foi também solicitado o preenchimento de um questionário (APÊNDICE 3). Neste questionário, a parte “A” foi preenchida pelos responsáveis do paciente, com dados referentes à condição de saúde geral, tipo de tratamento e medicamentos que o paciente estava usando, assim como grau de escolaridade dos pais, entre outros, enquanto que a parte “B” foi respondida pelo próprio paciente para avaliar seus hábitos, comportamentos e cuidados em relação à sua saúde bucal.

### 4.3 VARIÁVEIS PESQUISADAS

As variáveis clínicas descritas a seguir foram avaliadas e comparadas nos grupos tratados com medicação homeopática (casos) e com medicação alopática (controles).

Todos os exames foram realizados em uma mesma consulta, e os dados encontrados foram anotados em fichas clínicas individuais adaptadas para este estudo (APÊNDICE 2).

#### 4.3.1 Velocidade do Fluxo Salivar (VFS)

A Velocidade do Fluxo Salivar foi avaliada em todos os pacientes atendidos que mostraram capacidade de concentração para não deglutir nenhuma porção de saliva, durante o período de realização do exame. Durante a coleta da saliva, era observado o osso hióide do paciente que, em caso de movimentação, o fluxo seria desconsiderado e reiniciado após 1 hora.

A determinação do fluxo salivar foi feita mediante sua estimulação com goma base, colhida após 1 a 1h30min da última ingestão de alimentos.

Era oferecida para o paciente uma goma base (goma de mascar sem açúcar), que ficava na boca sendo mastigada para atingir a temperatura bucal por 1 minuto, desprezando-se a saliva produzida neste momento.

Em seguida, um cronômetro era acionado, e o paciente, sentado em posição ereta com a cabeça inclinada para frente, mastigava a goma por 5 minutos, e toda a saliva produzida era expelida em uma proveta graduada. Da divisão entre a quantidade de saliva produzida e o tempo gasto para coletar a saliva (5 min) obtive-se a velocidade do fluxo salivar, que foi expresso em ml/min. Assim que se concluía a coleta, retirava-se da proveta 0,5 ml de saliva para avaliação da capacidade tampão. O restante da saliva era deixado em repouso sedimentando, para que a quantidade medida fosse o mais fiel possível. Acrescentava-se à quantidade sedimentada mais 0,5 ml que havia sido retirado anteriormente, e este valor era anotado nas fichas clínicas. Posteriormente, este valor foi passado para as planilhas de estudo computadorizadas e, depois, divididas por 5, resultando o valor final em ml/min.

Os valores do fluxo salivar estimulado têm como diagnóstico, segundo Thylstrup e Fejerskov (1995):

- menor do que 0,7 ml/min = hipossalivação;
- de 0,7 até 1,0 ml/min = salivação baixa;
- de 1,0 até 3 ml/min = salivação normal.

A goma base utilizada foi o chiclete da marca “Adams”, que passou por um processo de lavagem para a remoção de sua camada de açúcar. Colocavam-se algumas unidades dos chicletes em uma tigela com água, trocando-se a mesma de 4 em 4 horas ao dia por cinco dias consecutivos. Estes chicletes ficavam guardados até sua utilização no refrigerador. Para a realização dos exames eram fornecidos aos pacientes dois tabletes dos chicletes, totalizando cerca de 1 grama de goma. Foram utilizados os chicletes que são vendidos em caixas que contêm duas unidades, pois as que possuem 10 unidades, após passarem pelo processo de remoção do açúcar, apresentam tamanho e peso menor.

### 4.3.2 Capacidade Tampão Salivar (CTS)

Esta variável revela o potencial que a saliva apresenta em elevar o pH bucal, quando o mesmo é baixado mediante a presença de ácidos no meio.

A capacidade tampão é importante na manutenção do nível de pH na saliva e na placa, o qual reage contra a dissolução de minerais (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

Para aferição da capacidade tampão, utilizou-se a técnica de Ericsson, modificada (apud BRATHALL; CARLSSON, 1988), alterada pela substituição da tira de papel indicador pelo peagômetro. O peagômetro utilizado foi da marca Hanna, sendo calibrado por solução tampão pH 4,0 e pH 7,0, todas as manhãs dos dias em que eram feitos os exames. As soluções tampão são oriundas do laboratório Labsynth, tendo como químico responsável o Sr. Mario Antonio Silva Gomes, CRQ 004307145.

Para a realização deste exame, adicionava-se, com uma pipeta, 0,5 ml da saliva a um tubo de ensaio contendo 1,5 ml de HCL a 5mM, com pH igual a 1,5. Agitava-se, por um minuto, o recipiente tampado e, após, destampava-se para eliminar o dióxido de carbono (CO<sup>2</sup>) produzido. Deixava-se repousar todo o conteúdo por 10 minutos, destampado, após os quais era feita a medição da capacidade tampão, expressa em pH, através do peagômetro.

Os valores da capacidade tampão salivar para diagnóstico, segundo Zumaêta (1999) são considerados:

- entre 5,0 e 7,0 = normal;
- entre 4,0 e 5,0 exclusive = intermediário;
- abaixo de 4,0 = baixo.

O ácido utilizado foi preparado na própria Faculdade de Odontologia, seguindo orientações do **Manual de Soluções Reagentes e Solventes** (MORITA, 1972).

### 4.3.3 Índice de Placa (IP)

O índice de placa escolhido foi o instituído por Quigley e Hein (1962), que avalia a quantidade de placa dental em extensão vertical nas superfícies vestibular, lingual, mesial (mésio vestibular e lingual/palatino) e distal (disto vestibular e lingual/palatino) do dente. Para chegar-se ao índice de placa do indivíduo, somou-se o total dos escores obtidos por faces examinadas, dividido pelo número de superfícies examinadas. Obteve-se, assim, uma média de placa por indivíduo.

Conforme Quigley e Hein (1962), o escore e critérios para índice de placa são os seguintes:

<b>Escore</b>		<b>Crítérios</b>
0	⇒	sem placa;
1	⇒	pontos esparsos de placa;
2	⇒	placa na margem gengival;
3	⇒	placa em 1/3 da superfície coronária;
4	⇒	placa em 2/3 da superfície coronária;
5	⇒	placa em mais de 2/3 da superfície coronária.

Para o exame do Índice de Placa (IP), utilizou-se espelho bucal e pinça. Os dentes eram secados com jato de ar e corados para melhor se avaliar o nível de placa presente em cada face das estruturas dentárias, utilizando-se isolamento relativo. Este exame foi realizado no consultório da pesquisadora, utilizando-se somente a luz natural. Com menor quantidade de luz, evidencia-se melhor a placa, ao ser exposta à luz halógena. Utilizou-se uma pelota de algodão embebida com o corante a base de fluoresceína sódica, diluída a 0.75%, manipulada (LANG; OSTERGAARD; LÖE, 1972) que, pressionada sobre as superfícies dentárias, evidenciou a existência ou não de placa através da exposição à luz halógena (aparelho Heliomat-Helioluz®) (HEFFERREN, et al., 1971; COHEN et al., 1972). Conforme as superfícies dentárias eram coradas, aplicava-se a luz halógena, e a contagem da quantidade de placa era realizada de acordo com os escores descritos. Este corante só se torna visível sob a ação da luz halógena. A aplicação do corante

e a avaliação da quantidade de placa iniciaram pelo último dente presente no lado direito do arco superior até a linha média, seguindo-se até o último dente superior esquerdo, passando para o último inferior esquerdo, dirigindo-se até a linha média e seguindo até o último dente do arco inferior direito. Os dentes para este exame deveriam estar totalmente erupcionados e em oclusão. Os valores eram ditados para a anotadora que os transcrevia nas respectivas fichas clínicas (APÊNDICE 2). Após a realização deste exame, era avaliado o Índice Gengival, como segue abaixo.

#### 4.3.4 Índice Gengival (IG)

Foi utilizado o Índice Gengival de Løe e Silness (1963), modificado por Løe (1967) visto que avalia a gravidade da gengivite e a sua localização em quatro áreas possíveis.

Este índice foi escolhido por ser mais específico na análise das condições de saúde do tecido gengival e, também, por permitir posterior dicotomização dos dados encontrados, obtendo-se, assim, o ISG.

Os escores e critérios utilizados foram:

<b>Escore</b>	<b>Crítérios</b>
0	⇒ gengiva normal – ausência de inflamação; gengiva uniformemente rosada;
1	⇒ inflamação leve; pequena alteração na cor e na textura gengival; nenhum sangramento à sondagem;
2	⇒ inflamação moderada; gengiva com moderado rubor, edema e superfície brilhante; sangramento à sondagem;
3	⇒ inflamação severa; rubor intenso, edema e ulceração; tendência ao sangramento espontâneo.

Para se obter o valor do Índice Gengival do indivíduo, somaram-se os escores de 0 a 3 obtidos em cada secção gengival (mesial, distal, vestibular e lingual) por dente, dividindo-o pelo número de superfícies examinadas. Assim, obteve-se o valor do IG de cada paciente. Não foram utilizados, neste exame, apenas os dentes-índice e, sim, a análise de todos os dentes presentes.

Este exame foi realizado sob isolamento relativo, com luz natural e artificial no consultório da pesquisadora. Utilizaram-se os mesmos instrumentais citados para o exame IP e mais a sonda milimetrada (secção retangular, marca Duflex®). A sondagem foi iniciada pelo último dente presente no arco superior lado direito, seguindo-se pelas faces distal, vestibular, mesial e palatina até a linha média, reiniciando o processo na região anterior do lado esquerdo até o último dente, com a mesma sistemática seqüencial de sondagem gengival. Passou-se para o arco inferior esquerdo, iniciando pelo último dente presente, seguindo pela face distal, vestibular, mesial e palatina, até a linha média, retomando o arco inferior direito pela região anterior até o último dente presente, com a mesma sistemática de sondagem. Os dentes deveriam estar totalmente erupcionados, em oclusão, para a realização deste exame. A sondagem foi feita com a sonda milimetrada, passando-a suavemente por todo o sulco gengival de cada dente, observando-se a presença, ou não, de sangramento nas zonas sondadas (a pressão exercida pela sonda não deve ultrapassar 25 gramas e testa-se a mesma introduzindo a sonda sob a unha do dedo polegar e pressionando até causar leve isquemia, sem haver nenhuma sensibilidade dolorosa). Conforme o diagnóstico, os valores obtidos eram também ditados para a anotadora.

A partir do IG foi realizada a análise dicotômica da ausência ou presença de sangramento gengival. Para isso, os códigos 2 e 3 foram agrupados como o escore com sangramento, e os códigos 0 e 1 como o escore sem sangramento. Calculou-se, com estes dados, a freqüência percentual de sangramento gengival do indivíduo (ISG).

#### **4.3.5 Índices CPO-S ou ceo-s**

Este foi avaliado aos moldes do exame dentário realizado no ambulatório de Odontopediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os códigos utilizados foram os seguintes:

<b>Escore</b>	<b>Critérios</b>
0	⇒ superfície hígida/selante;
1	⇒ mancha branca ativa – esmalte opaco, esbranquiçado e rugoso;
2	⇒ mancha branca inativa – esmalte liso e brilhante;
3	⇒ cavidade ativa – no esmalte, cavidades com coloração branco-opaca e rugosidade à sondagem leve; na dentina, com cor castanho-claro e fundo amolecido à sondagem;
4	⇒ cavidade inativa – fundo resistente à sondagem e, quando em esmalte, apresentam-se brilhosas e lisas, podendo aparecer marrom escura tanto em esmalte quanto em dentina;
5	⇒ restauração íntegra;
6	⇒ restauração alterada – defeituosa;
7	⇒ traumatismo (fratura);
8	⇒ recidiva de lesão de cárie;
9	⇒ extraído por cárie;
10	⇒ espaço vazio – não erupcionado ou extraído por motivo ortodôntico;
11	⇒ raízes residuais.

Este exame foi realizado após o paciente receber orientações de higiene dental, iniciando com a visualização dos pontos de acúmulo de placa dental, sobre a forma de usar fio dental e melhor escovar os dentes, e a realização de uma profilaxia pela própria pesquisadora. Utilizou-se a mesma sistemática para avaliação das faces dentárias, conforme os dois exames anteriores, ou seja, do último dente do arco superior direito até o último dente do arco superior esquerdo, passando pela região anterior, seguindo-se para o último dente do lado inferior esquerdo até o último dente do lado inferior esquerdo, sempre passando pela região anterior. A iluminação foi natural e artificial, usando-se isolamento relativo, secagem dos dentes com jato de ar, espelho bucal, pinça e sonda com ponta romba, marca Duflex®.

#### 4.3.6 Perfil de Saúde Bucal (PSB)

Esta variável foi construída a partir dos exames anteriores. Cada paciente foi classificado como:

**1) COM SAÚDE BUCAL**, quando apresentar:

- IP com valores igual ou abaixo do valor obtido no cálculo da mediana;
- IG com valores igual ou abaixo do valor obtido no cálculo da mediana; e ainda
- Exame Clínico Dentário com a presença dos códigos 0 e/ou 2, 4, 5, 6, 7, 9 e 10.

**2) SEM SAÚDE BUCAL**, quando apresentar:

- IP com valores acima do valor obtido no cálculo da mediana;
- IG com valores acima do valor obtido no cálculo da mediana; ou ainda
- Exame Clínico Dentário com a presença dos códigos 1 e/ou 3, 8, e 11.

Por apresentar apenas um caso com o valor do Índice de Placa menor do que 1, optou-se por utilizar o valor da mediana como ponto de corte e definir os casos com saúde, quando possuíam o IP igual ou menor do que a mesma, e sem saúde, quando se apresentavam acima deste valor. A mesma sistemática foi utilizada para o IG, ou seja, valores iguais ou abaixo da mediana como COM SAÚDE e acima da mesma como SEM SAÚDE.

#### 4.4 CALIBRAÇÃO

A pesquisadora foi treinada para a realização da coleta de saliva para avaliação da Velocidade do Fluxo Salivar e da Capacidade Tampão Salivar e calibrada quanto à coleta de dados nas avaliações dos Índices de Placa e Gengival e, ainda, através do Exame Clínico Dentário dos Índices CPO-S e ceo-s. O IP foi realizado utilizando-se corante à base de fluoresceína sódica (fluoresceína sódica diluída a 0.75%, manipulada), segundo Lang, Ostergaard e Löe (1972), embebendo-se uma pelota de algodão e pressionando-a sobre as superfícies



dentárias, evidenciando a existência, ou não de placa através da exposição à luz halógena (aparelho Heliomat-Helioluz®) (HEFFERREN, et al., 1972; COHEN et al., 1972).

A calibração foi repetida até apresentar índice Kappa igual ou superior a 0,61, conforme Landis e Koch (1977), para, no mínimo, uma substancial ou boa concordância.

A pesquisadora foi calibrada por uma cirurgiã-dentista que atuou como examinadora no levantamento nacional “Projeto SB 2000”, organizado pelo Ministério da Saúde, com a colaboração da Secretaria Estadual da Saúde-RS.

Ao iniciar o processo de calibração, a pesquisadora passou por estudos e discussões sobre os índices a serem usados na pesquisa, para chegar a diagnósticos semelhantes.

Os exames foram, inicialmente, realizados na escola Desidério T. Finamor, situada na Av. Bento Gonçalves, 7500, após a concordância da Diretora da escola, sendo enviadas aos pais de algumas crianças autorizações, para que, depois de assinadas, fossem iniciados os exames. As crianças examinadas nesta escola tinham de 6 a 14 anos de idade, baixa experiência de cárie e boas condições gengivais.

Os resultados destes exames estão expostos na Tabela 2.

Tabela 2 Apresentação do número de pacientes examinados na calibração do Índice CPO-S, com datas, níveis de concordância e valores de Kappa. Porto Alegre, RS, 2003.

Escola	Data	n	Calibração inter CPO-S		n	Calibração Intra CPO-S	
			NC.*	KAPPA		NC.*	KAPPA
Desidério Finamor	26/09	3	1,00	1,00	-	-	-
	03/10	7	0,98	0,93	-	-	-
	10/10	-	-	-	6	0,96	0,82
	13/11	4	0,99	0,96	-	-	-
Leocádia Felizardo Prestes	04/12	-	-	-	10	-	-
					10	0,96	0,93
	10/12	-	-	-			

Nota: NC\* = Nível de Concordância.

Os jovens examinados recebiam desde a sua entrada nesta escola atendimento diferenciado por parte do programa educativo preventivo da Faculdade de Odontologia da UFRGS, apresentando pouca ou nenhuma experiência de cárie, facilitando o diagnóstico dos poucos problemas que apareceram. A pesquisadora e sua orientadora resolveram, então, procurar uma outra escola em um bairro diferente daquele em que os primeiros exames foram realizados.

Foi, então, escolhida a Escola Municipal Leocádia Felizardo Prestes, situada na rua Romeu de Vasconcelos Ramos nº10, bairro Cohab Cavallhada, que não recebe nenhum tipo de atendimento educativo preventivo por setores ligados à Odontologia.

A interpretação, segundo Landis e Koch, dos valores obtidos na análise Kappa, classifica os valores acima de 0,81 como uma concordância ótima; de 0,61 a 0,80 como concordância substancial ou boa; de 0,41 a 0,60 como moderada ou regular; de 0,21 a 0,40 sofrível e, abaixo de 0,21, fraca (ESCOSTEGUY, 2002).

Com esse resultado apresentou um nível de concordância ótimo para a calibração do CPO-S, aceitou-se como válido o processo de calibração.

#### 4.5 ESTUDO PILOTO E CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Iniciou-se esta pesquisa por um estudo piloto, analisando-se os dados de 20 pacientes, dos quais 10 recebiam tratamento alopático, e os outros 10, tratamento homeopático. Com este estudo, buscou-se avaliar a dinâmica da coleta de dados proposta e, também, realizar o cálculo do tamanho da amostra do estudo. Na realização do estudo piloto, ficou evidente a dificuldade para conseguir os pacientes que se tratam com Homeopatia, levando a pesquisadora a buscar outras clínicas médicas homeopáticas para captar novos casos.

Para definir o tamanho da amostra do estudo, foi usada uma fórmula indicada por Welkowitz, Ewen e Cohen (1972), para comparar duas populações, conforme segue:

$$n = 2(\delta / Y)^2$$

onde  $\delta$  é obtida em tabela publicada pelos autores e  $Y$  é a razão entre a diferença entre médias consideradas como mínimas para os propósitos do estudo e o seu desvio padrão ponderado. Então,  $Y = (X_1 - X_2) / s_0$ . O poder do teste escolhido ( $\beta$ ) foi 90% e, conseqüentemente, o valor de  $\delta = 3,20$ , segundo a tabela dos mesmos autores (ANEXO 2).

Aplicando os valores das estimativas calculadas a partir do estudo piloto, na fórmula, obteve-se para a variável CPO-S o seguinte cálculo:

$$Y = (2,60 - 0,60) / 2,91 = 0,69$$

$$n = 2 (3,20 / 0,69)^2$$

$$n = 43,02 \text{ para cada grupo.}$$

Os valores das médias e dos desvios padrões de cada variável pesquisada seguiram o mesmo cálculo e estão discriminados na Tabela 3, a seguir, com os respectivos números amostrais ( $n$ ) para cada grupo.

Tabela 3 Tamanho necessário da amostra ( $n$ ) para cada uma das variáveis estudadas (CPO-S, ceo-s, IP, IG, VFS e CTP), com seus valores médios e desvios padrões, encontradas no estudo piloto, com  $\beta$  igual a 90% ( $\delta = 3,20$ ) e valores de  $Y$ . Porto Alegre, RS, 2003.

Variável	Homeopatia Média $\pm$ Despad	Alopatia Média $\pm$ Despad	$\beta = 90\%$	$Y$	$n$
<b>CPO-S</b>	0,60 $\pm$ 1,26	2,60 $\pm$ 4,55	3,2	0,69	43,02
<b>ceo-s</b>	0,30 $\pm$ 0,67	1,20 $\pm$ 2,15	3,2	1,05	18,58
<b>IP</b>	1,57 $\pm$ 0,28	2,35 $\pm$ 0,26	3,2	2,96	2,34
<b>IG</b>	0,31 $\pm$ 0,35	1,11 $\pm$ 0,38	3,2	2,22	4,15
<b>VFS</b>	1,05 $\pm$ 0,28	0,95 $\pm$ 0,56	3,2	0,24	355,56
<b>CTS</b>	5,18 $\pm$ 0,99	4,13 $\pm$ 1,43	3,2	0,87	26,48

Devido ao tempo exigido para conclusão da pesquisa, a amostra necessária para a variável Velocidade do Fluxo Salivar não foi buscada por apresentar “ $n$ ” de 355,56 para cada grupo, sendo inviável realizá-la.

Conforme os valores calculados, optou-se por uma população total de 90 pacientes, sendo 45 para cada grupo pesquisado. Esta decisão ocorreu devido ao valor do “n” para cada grupo na variável CPO-S, que foi a que necessitou maior tamanho e sendo exeqüível.

Os pacientes foram examinados conforme aceitavam participar da pesquisa.

Ao completar-se o exame de 100 pacientes, realizou-se o emparelhamento dos examinados por sexo, idade e tratamento, procedendo-se a sorteios sucessivos, quando havia mais de um examinado em um dos tratamentos. Obtiveram-se, assim, 42 pares. Para completar a amostra calculada, foi realizada uma nova chamada entre os pacientes que haviam marcado e que não compareceram à consulta (16 pacientes). Destes, seis aceitaram novamente e se submeteram ao exame, tendo sido, então, possível completar mais três pares. Conseguiu-se, dessa forma, emparelhar 45 pacientes em cada grupo, restando, ainda, um caso que utilizava Homeopatia e 15 que utilizavam Alopátia, que não se ajustaram ao pareamento.

Neste estudo, foi realizado, portanto, o emparelhamento dos pacientes por sexo e idade, sendo considerados os que recebem tratamento homeopático como os “casos”, e os que recebem tratamento alopático como “controles”.

A Tabela 4 mostra o número total de pacientes examinados, com as respectivas idades, sexo e tipo de tratamento que utilizavam.

Tabela 4 Número total de pacientes examinados, segundo sexo, Idade, e tratamento (Homeopatia e Alopátia). Porto Alegre, RS, 2003.

Idade	Sexo	Feminino			Masculino			Total Global
		Homeop.	Alopat.	Total	Homeop.	Alopat.	Total	
6		-	-		1	1	2	2
7		2	4	6	1	1	2	8
8		7	7	14	4	5	9	23
9		3	3	6	1	5	6	12
10		5	7	12	5	5	10	22
11		5	6	11	3	5	8	19
12		-	-	-	3	2	5	5
13		2	2	4	1	4	5	9
14		1	1	2	2	2	4	6
<b>Total Global</b>		<b>25</b>	<b>30</b>	<b>55</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>51</b>	<b>106</b>

#### 4.6 PROCEDIMENTOS DE LEVANTAMENTO

A fim de alcançar os objetivos deste estudo, foram realizados os procedimentos descritos a seguir.

Inicialmente, para inclusão no estudo, os pacientes deviam apresentar ou terem apresentado sinais e sintomas de problemas respiratórios, além de receberem tratamentos alopático ou homeopático por um período mínimo de dois anos, terem sido submetidos a algum destes atendimentos nos últimos 12 meses e, ainda, serem moradores do município de Porto Alegre.

O primeiro contato com os responsáveis dos pacientes foi realizado pela secretária da pesquisadora, após terem sido liberados pelos respectivos médicos, através de um telefonema, convidando-os a participarem da pesquisa. O nome dos respectivos médicos era citado e, em caso de qualquer dúvida, os responsáveis pelos pacientes poderiam ligar para os mesmos, a fim de receberem informações sobre a pesquisa e a pesquisadora.

Aqueles que aceitavam passavam a fazer parte ou do grupo de casos, pacientes que utilizam Homeopatia, ou de controles, aqueles tratados com Alopacia.

Neste primeiro contato, foram explicados detalhes da pesquisa, assim como os exames a serem realizados. Após aceitarem participar da pesquisa, era solicitada a presença do responsável, nesta consulta, para assinatura do consentimento informado (APÊNDICE 1) e preenchimento do questionário (APÊNDICE 3). Aos pacientes que não viessem acompanhados dos seus responsáveis ao consultório, era enviado, antes da data da consulta, o consentimento informado, assim como o respectivo questionário para sua assinatura e preenchimento, em local designado pelos mesmos (este fato ocorreu somente uma vez). Todos os contatos para as marcações das consultas e preenchimento dos questionários foram providenciados pela secretária da pesquisadora. No dia da consulta previamente agendada, a secretária solicitava aos responsáveis dos participantes a assinatura do consentimento informado, o preenchimento do questionário (APÊNDICE 3) e, ainda, que não comentassem ou deixassem transparecer à pesquisadora de qual clínica eram procedentes. Todas as dúvidas eram tiradas pela secretária antes de os

pacientes entrarem no consultório. Estes cuidados foram tomados para se trabalhar com o cegamento da pesquisa.

Os exames odontológicos foram realizados pela própria pesquisadora, em seu consultório particular. Os pacientes eram atendidos com horários marcados por telefone, de acordo com suas preferências.

A ficha utilizada para coleta das variáveis clínicas foi semelhante à do ambulatório de Odontopediatria da UFRGS, adaptada para as condições deste estudo, ou seja, com o acréscimo das variáveis: Velocidade do Fluxo Salivar, Capacidade Tampão Salivar e Perfil do Paciente em Relação à Saúde Bucal (APÊNDICE 2).

Durante a realização dos exames, os pacientes receberam orientação de higiene bucal, alimentar e uma profilaxia. Nesse momento, o responsável procurava tirar suas dúvidas sobre as mais diversas questões odontológicas, sendo respondidas pela pesquisadora.

Em caso de diagnóstico de problemas bucais, o paciente/responsável era informado e orientado a buscar tratamento com seu dentista ou outras instituições nas quais poderiam ser atendidos.

#### 4.7 QUESTIONÁRIO PESSOAL

Esta avaliação consistiu na coleta de informações, fornecidas pelos próprios pacientes (questionário, parte “B”) e seus responsáveis (questionário, parte “A”) (APÊNDICE 3), buscando-se dados referentes à sua situação de saúde geral, conhecimentos e cuidados em relação à saúde bucal. O questionário foi construído a partir de outros utilizados em diferentes pesquisas, porém, no seu conjunto, não foi validado (GIORGI; GIORGI, 1999; FLORES, 2001).

A parte “B” do questionário, a ser respondida pelo paciente, foi feita pela secretária da pesquisadora. Ela fazia as perguntas, lendo e explicando-as sempre da mesma maneira, para que o questionário pudesse conter a mesma qualidade de respostas, não importando a idade do paciente. Quando alguma observação era feita pelo paciente, era anotada com suas próprias expressões.

A parte “A” do questionário (APÊNDICE 3) era preenchida pelos responsáveis e ambas ficavam aos cuidados da secretária do consultório da pesquisadora, para posterior análise das informações.

#### 4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Das variáveis clínicas, que são quantitativas, foram tabuladas e calculadas as médias, desvios padrões e medianas dos diferentes grupos (casos e controles), sendo comparadas e analisadas através do teste “t” de Student. Por não apresentarem distribuição normal dos seus dados, foram, também, analisadas através do teste não paramétrico U de Mann Whitney.

As variáveis clínicas foram, ainda, correlacionadas com as variáveis: tratamento, grau de instrução dos pais e tipo de escola que estudavam, através da análise multivariada.

A variável, perfil de saúde bucal, que é dicotômica, foi analisada pelo teste de regressão logística que fornece a medida de associação Odds Ratio, relacionando as variáveis: grau de instrução dos pais, tipo de escola que os examinados estudavam e renda familiar. Esses testes foram realizados com *software* SPSS versão 8.0. Os níveis de significância foram estabelecidos em, no mínimo, 0,05 de probabilidade.

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido aos critérios de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS, sendo aprovada a sua realização, em 23/09/2002 (ANEXO 1).

Aos responsáveis pelos pacientes examinados foi solicitada, previamente, a assinatura do consentimento informado (APÊNDICE 1), para posterior realização dos exames.

## 5 RESULTADOS

Os dados coletados através dos exames bucais, resultaram em seis variáveis dependentes (Índices CPO-S e ceo-s, Índice de Placa, Índice Gengival, Velocidade do Fluxo Salivar e Capacidade Tampão Salivar), e os questionários, tanto os preenchidos pelos responsáveis (Parte A) como os respondidos pelos próprios pacientes (Parte B) resultaram nas variáveis independentes deste estudo.

A Parte “A” do questionário coletou dados referentes à condição de saúde geral, tipo de tratamento e medicamentos que o paciente estava usando, assim como informações sobre os pais (grau de escolaridade, etc.), enquanto a Parte “B” serviu para avaliar os hábitos, comportamentos e cuidados em relação à saúde bucal praticados pelo próprio paciente (APÊNDICE 3).

Foram examinados 106 pacientes que, depois de sorteados e emparelhados, formaram a amostra da pesquisa com um total de 90.

As variáveis dependentes da amostra estão demonstradas na Tabela 5, com suas respectivas médias, desvios padrões e medianas.



Tabela 5 Médias, desvios padrões e medianas das variáveis CPO-S, ceo-s, Índice de Placa, Índice Gengival, Velocidade do Fluxo e Capacidade Tampão Salivar, dos 90 pacientes que fizeram parte da amostra. Porto Alegre, RS, 2003.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana
CPO-S	1,54	2,48	0,00
ceo-s	1,23	2,26	0,00
IP	1,92	0,58	1,98
IG	0,67	0,50	0,63
ISG	19,17%	17,00%	15,20%
VSF	0,88	0,37	0,88
CTP	4,4	1,12	4,48

As variáveis CPO-S e ceo-s da amostra estudada apresentaram médias e medianas muito diferentes (1,54 e 1,23, respectivamente), e medianas igual a 0,00, demonstrando distribuições não normais, o que também é indicado pelos desvios padrões com valores maiores que as médias (2,48 e 2,26, respectivamente). Os Índices de Placa e Índice Gengival, a Velocidade do Fluxo Salivar e Capacidade Tampão Salivar da amostra pesquisada apresentaram valores para médias, desvios padrões e medianas compatíveis com distribuições normais.

A amostra pesquisada foi distribuída segundo os dois tipos de tratamentos que realizavam, Homeopatia e Alopacia, e, ainda, sexo e idade.

Tabela 6 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo a idade, o sexo e o tipo de tratamento. Porto Alegre, RS, 2003.

Idade	Feminino		Total	Masculino		Total	Total Global
	Homeop.	Alopat.		Homeop.	Alopat.		
6 anos	-	-	-	1	1	2	2
7 anos	2	2	4	1	1	2	6
8 anos	7	7	14	4	4	8	22
9 anos	2	2	4	1	1	2	6
10 anos	6	6	12	5	5	10	22
11 anos	5	5	10	3	3	6	16
12 anos	-	-	-	2	2	4	4
13 anos	2	2	4	1	1	2	6
14 anos	1	1	2	2	2	4	6
<b>Total Global</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>90</b>

Foram examinadas 50 pacientes do sexo feminino, das quais 25 utilizavam Homeopatia e 25 Alopacia, pareadas segundo a idade. Em relação aos pacientes do sexo masculino, foram examinados 40, também com idade de 6 a 14 anos, e divididos segundo a opção de tratamento.

Os dados da Tabela 7 informam as médias, desvios padrões e medianas, assim como o teste F e o teste “t” de Student, para cada uma das variáveis dependentes, nos dois grupos de tratamento, Homeopatia e Alopacia.

Tabela 7 Médias, desvios padrões e medianas das variáveis CPO-S, ceo-s, Índice de Placa, Índice Gengival, Índice de Sangramento Gengival Velocidade do Fluxo e Capacidade Tampão Salivar, na amostra estudada, segundo os tratamentos homeopático e alopático. Valores de P obtidos na comparação das variâncias pelo teste F e o “t” de Student, obtidos na comparação das médias. Porto Alegre, RS, 2003.

Variáveis	Tratamento				Teste F (P)	Teste “t” (P)
	Homeopatia		Alopacia			
	Média (desv.pad.)	Md	Média (desv. pad.)	Md		
<b>CPO-S</b>	<b>0,76</b> (1,21)	<b>0,00</b>	<b>2,33</b> (3,11)	<b>2,00</b>	< 0,0000	<b>0,002</b>
<b>ceo-s</b>	<b>0,91*</b> (1,97)	<b>0,00</b>	<b>2,31*</b> (2,75)	<b>2,00</b>	0,0685	<b>0,041</b>
<b>IP</b>	<b>1,50</b> (0,44)	<b>1,40</b>	<b>2,34</b> (0,37)	<b>2,42</b>	0,2727	< <b>0,000</b>
<b>IG</b>	<b>0,34</b> (0,31)	<b>0,25</b>	<b>1,00</b> (0,44)	<b>1,00</b>	0,0246	< <b>0,000</b>
<b>ISG</b>	<b>16,25%</b> (15,23%)	<b>13,39 %</b>	<b>22,45%</b> (18,78%)	<b>20,83%</b>	0,1713	0,090
<b>Fluxo sal.</b>	<b>0,95</b> ( 0,30)	<b>1,00</b>	<b>0,80</b> (0,41)	<b>0,70</b>	0,0356	0,057
<b>Cap. T. Sal.</b>	<b>4,83</b> (0,94)	<b>4,82</b>	<b>4,46</b> (1,26)	<b>4,16</b>	0,0561	0,132

Nota: O ceo-s acima foi calculado sobre o seguinte número de pares: 32.

O CPO-S do grupo de pacientes pesquisados que usavam Homeopatia teve como média 0,76, desvio padrão 1,21 e mediana 0,00, enquanto que os do grupo que optou pela Alopacia como tratamento médico apresentaram média de 2,33, desvio padrão de 3,11 e mediana de 2,00. O teste F, que compara as variabilidades para esta mesma variável, foi menor do que 0,0000. Calculado o teste “t” de Student para comparar as médias, seu valor de P foi de 0,002. Os testes mostram, portanto,

que para a variável CPO-S houve diferenças significativas entre os tratamentos para variabilidades e médias.

Situação semelhante encontrou-se com as médias da variável ceo-s, mas não para a variabilidade, quando, através do cálculo das diferenças entre as variâncias dos dois grupos (teste F) e das médias (teste “t”), observaram-se os valores 0,0685 e 0,041 para P. Por se estar trabalhando com uma amostra com dentição mista, foram retirados, deste cálculo, 21 pacientes que não apresentavam, no momento do exame, mais nenhum dente decíduo, e outros cinco que correspondiam aos seus pares. O cálculo foi realizado com 32 pares.

A variável IP não apresentou diferença significativa em relação ao teste F (variâncias iguais entre os tratamentos), observando-se o valor de P igual a 0,2727, enquanto o teste “t” mostrou diferença significativa entre as médias (P menor que 0,0000). Já para a variável IG, encontrou-se diferença significativa tanto para o teste F (P igual a 0,0246), como para o teste “t”, com valor de P também menor do que 0,0000. Ao ser dicotomizada a variável IG, obteve-se o ISG, que apresentou os valores médios para o total da amostra de 19,17%, e de 16,25% para os pacientes que utilizavam Homeopatia e 22,45% para os que utilizavam Alopacia, não apresentando diferenças significativas, tanto para o teste F (P=0,1713) como para o teste “t” de Student (P= 0,090).

Apesar de os dados das variáveis IP e IG não configurarem uma escala intervalar, são usualmente analisados por testes paramétricos. Nestes casos, testes não paramétricos seriam os mais indicados. Os testes paramétricos, além de exigirem uma escala de medida no mínimo intervalar, exigem, ainda, que a distribuição da variável seja normal (SIEGEL, 1975). Isto não acontece nas quatro variáveis descritas, pois, nas variáveis CPO-S e ceo-s, os desvios padrões são maiores que as médias, e duas das medianas iguais a zero (0,00), configurando distribuições não normais, como também pode ser visto nas Figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

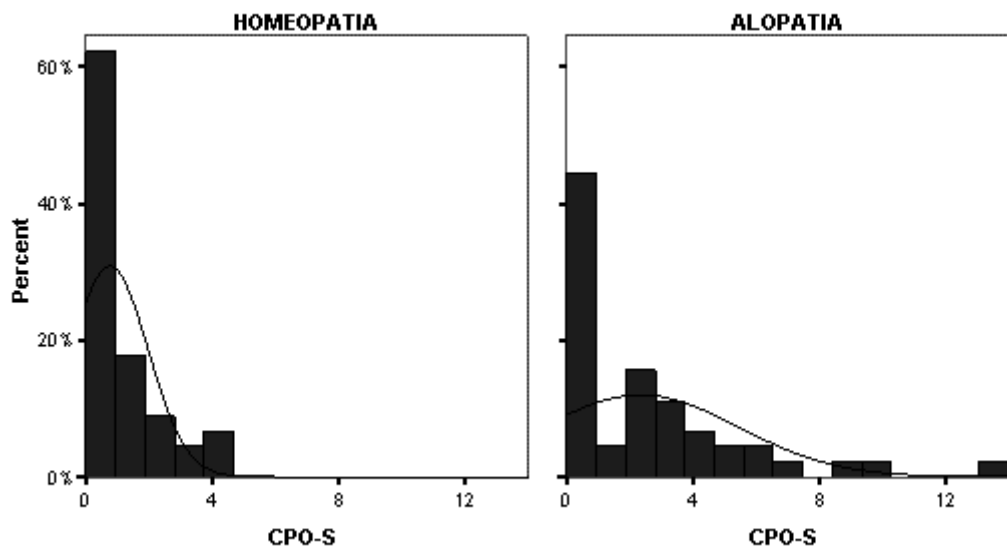


Figura 1 Distribuição do CPO-S da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopazia). Porto Alegre, RS, 2003.

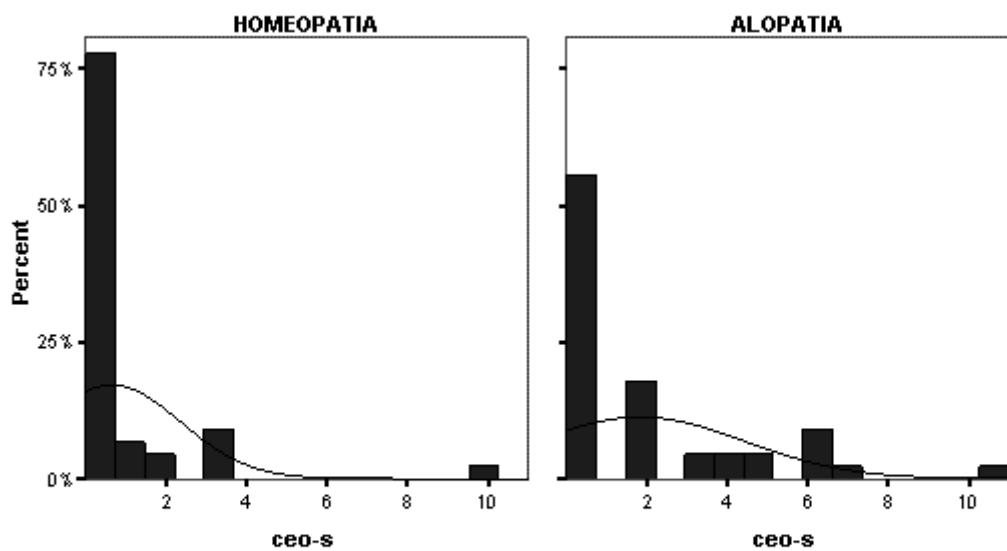


Figura 2 Distribuição do ceo-s da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopazia). Porto Alegre, RS, 2003.

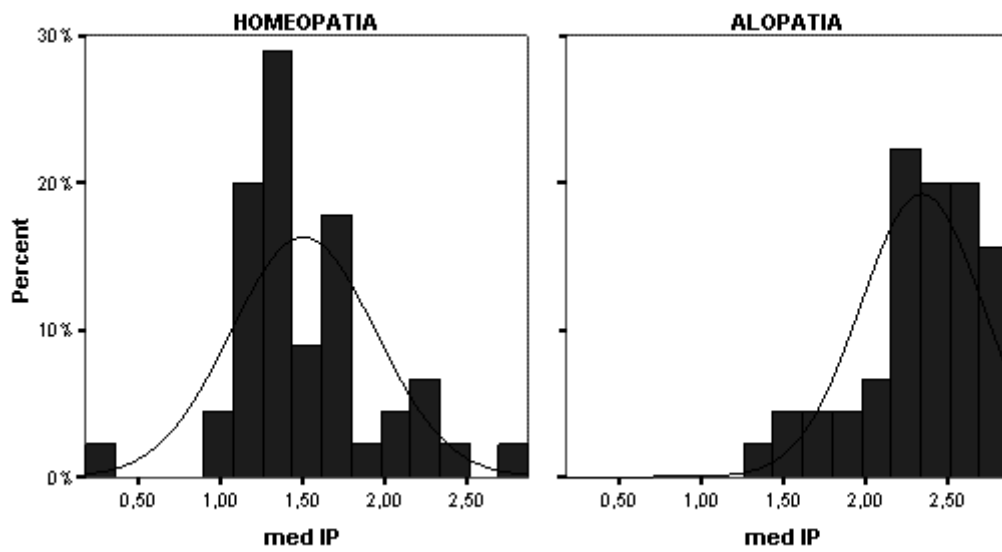


Figura 3 Distribuição do IP da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopazia). Porto Alegre, RS, 2003.

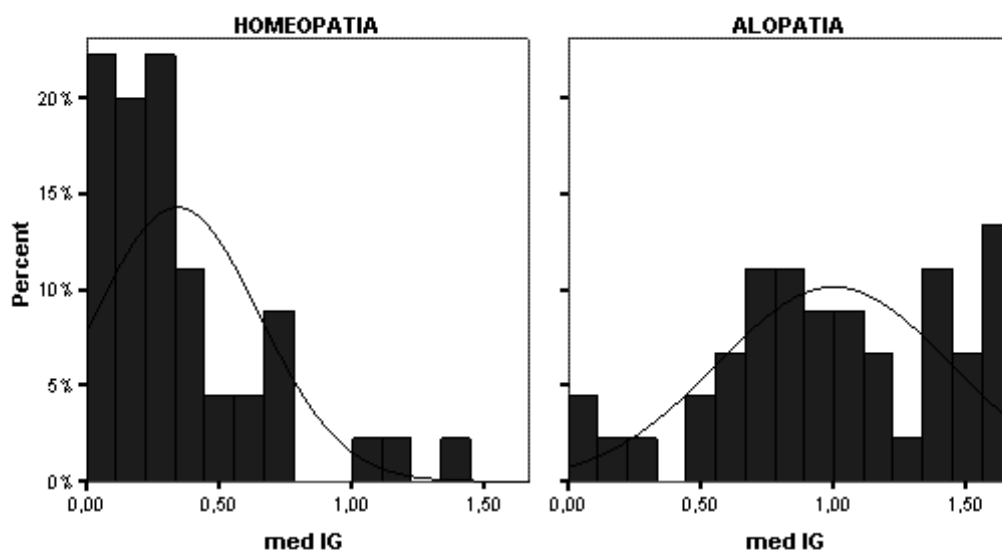


Figura 4 Distribuição do IG da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopazia). Porto Alegre, RS, 2003.

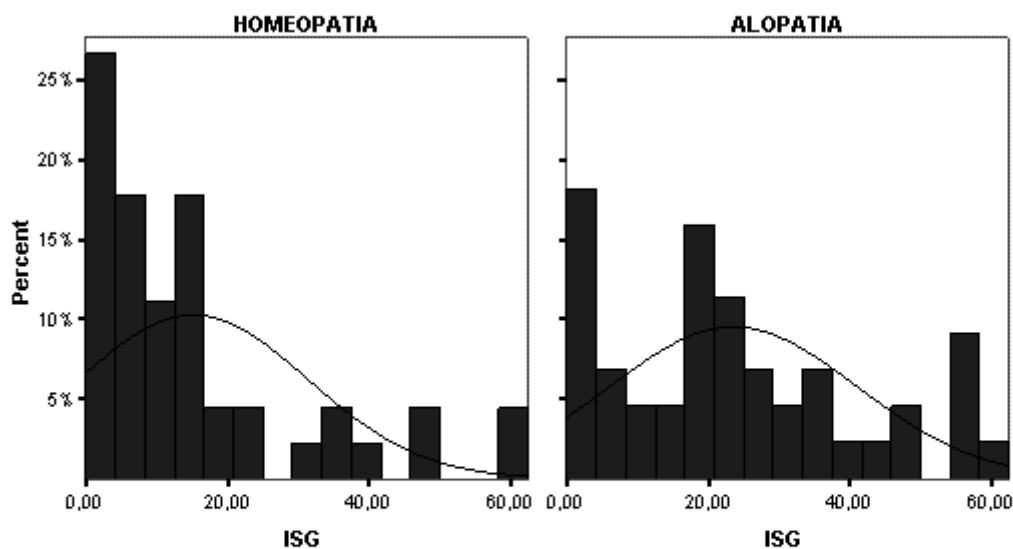


Figura 5 Distribuição do ISG da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopátia). Porto Alegre, RS, 2003.

As variáveis Velocidade do Fluxo Salivar e Capacidade Tampão Salivar, conforme Tabela 7, não apresentaram diferenças significativas entre as médias através do teste “t”, observando-se, respectivamente, os valores de P igual a 0,0549 e 0,1148. Quanto ao teste F (diferença entre as variabilidades), a variável Fluxo Salivar apresentou diferença significativa com valor de P igual a 0,0356, enquanto na variável Capacidade Tampão Salivar este valor foi igual a 0,0561, não indicando diferença significativa para 5%.

No entanto, a Figura 6 mostra, através dos histogramas, que dos pacientes que se tratam com Homeopatia, nove apresentam Fluxo Salivar abaixo de 0,7 ml/minuto e 36 acima deste valor, enquanto que, em relação aos tratados com Alopátia, observam-se 24 casos acima e 21 abaixo deste valor, que é crítico para esta variável.

Em relação à variável Capacidade Tampão Salivar (Figura 7), fica demonstrado, através dos histogramas que, nos pacientes tratados com Homeopatia, houve certa concentração nos valores do pH acima de 4 (4 é o valor crítico para esta variável), com 36 casos e 9 com pH abaixo deste valor. Por outro lado, os pacientes da terapia alopática encontram-se distribuídos com valores extremos tanto para pH alto, 23 casos, como para abaixo de 4, com 22 casos.

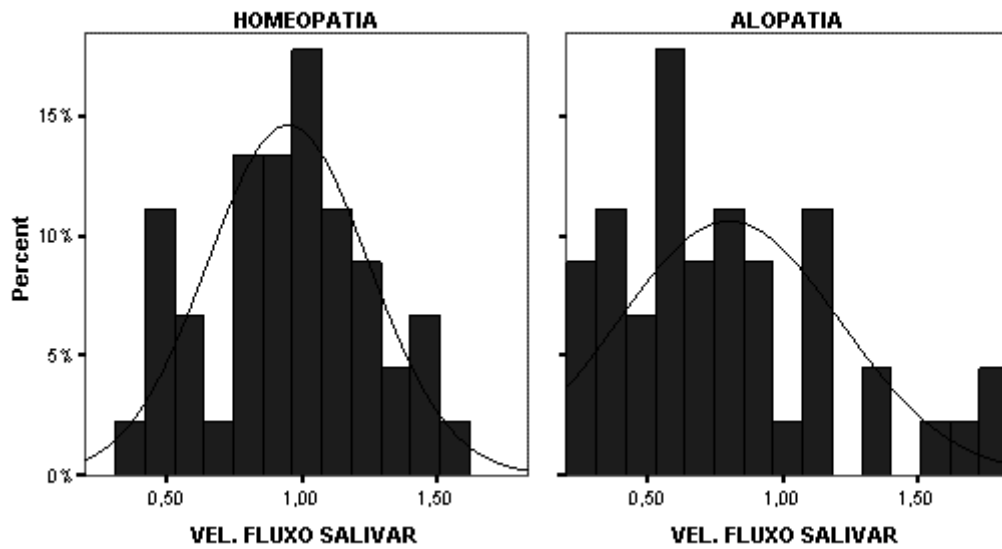


Figura 6 Distribuição da VFS da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopacia). Porto Alegre, RS, 2003.

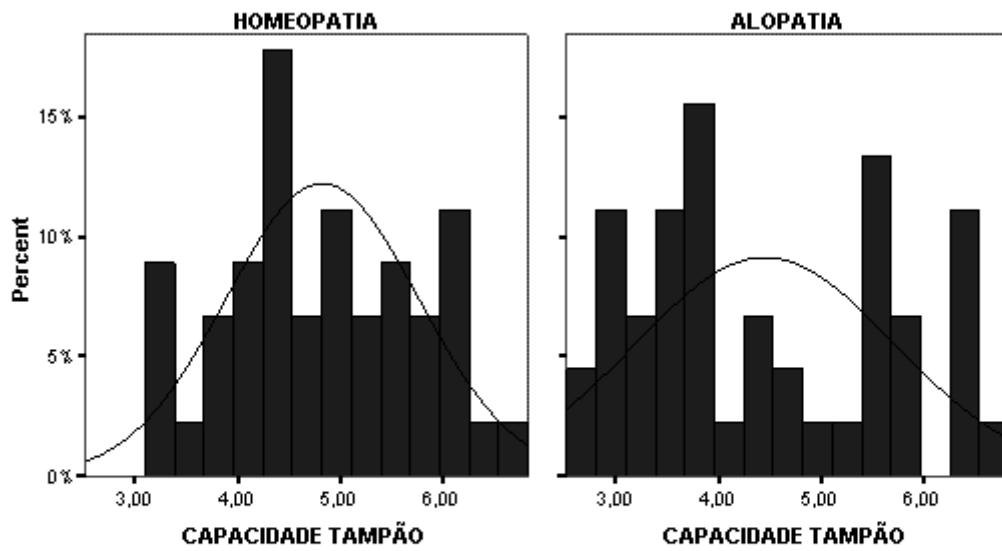


Figura 7 Distribuição da CTS da amostra estudada, segundo os tratamentos utilizados (Homeopatia e Alopacia). Porto Alegre, RS, 2003.

Por não apresentarem curvas normais, estas duas variáveis também foram submetidas a teste não paramétrico, conforme Tabela 8.

Utilizou-se a prova U de Mann-Whitney para análise não paramétrica, pois serve para comparar duas amostras de grande tamanho (com  $n > 20$ ), desde que a mensuração possa ser pelo menos ordinal, servindo para comprovar se dois grupos independentes foram extraídos da mesma população. Trata-se de uma das mais poderosas provas não-paramétricas; é uma alternativa ao teste “t”, quando as suposições para este não são satisfeitas ou quando a mensuração das variáveis é inferior à escala de intervalos (SIEGEL, 1975).

A Tabela 8 mostra os valores dos postos médios de U de Mann-Whitney e de P, para as variáveis CPO-S, ceo-s, Índice de Placa, Índice Gengival, Velocidade do Fluxo e Capacidade Tampão Salivar, na amostra estudada, conforme os tratamentos a que eram submetidos.

Tabela 8 Análise não paramétrica, com valores dos postos médios, U de Mann-Whitney, das variáveis CPO-S, ceo-s, Índice de Placa, Índice Gengival, Velocidade do Fluxo e Capacidade Tampão Salivar na amostra estudada, segundo os tratamentos homeopático e alopatóico. Porto Alegre, RS, 2003.

Variáveis	Mann-Whitney		
	Postos médios	Valor de U	P
<b>CPO-S</b>			
Homeopatia	38,99		
Alopatia	52,01	719,50	<b>0,010</b>
<b>ceo-s*</b>			
Homeopatia	39,68		
Alopatia	51,32	750,50	<b>0,012</b>
<b>IP</b>			
Homeopatia	26,67		
Alopatia	64,33	165,00	<b>&lt;0,000</b>
<b>IG</b>			
Homeopatia	28,56		
Alopatia	62,44	250,00	<b>&lt;0,000</b>
<b>ISG</b>			
Homeopatia	41,10		
Alopatia	48,99	814,50	0,140
<b>F. S.</b>			
Homeopatia	52,22		
Alopatia	38,78	710,00	<b>0,015</b>
<b>C.T.S</b>			
Homeopatia	50,32		
Alopatia	40,68	795,50	0,080

Nota: \*ceo-s calculado com 32 pares.



Conforme se observa na Tabela 8, diferenças significativas foram encontradas nas variáveis CPO-S, ceo-s, IP e IG entre os pacientes que utilizavam os diferentes tratamentos médicos (Homeopatia e Alopacia), confirmando os resultados do teste “t”, de acordo com a Tabela 7. Os Postos Médios das variáveis acima indicam que os pacientes tratados com terapia homeopática tiveram valores médios menores do que os que utilizavam a terapia alopática. O mesmo é observado através da variável ISG, embora não tenha apresentado diferença significativa entre os dois tratamentos ( $P= 0,149$ ). Já os postos médios das variáveis Velocidade do Fluxo e Capacidade Tampão Salivar são maiores nos pacientes tratados com terapia homeopática; no entanto, para Capacidade Tampão, a diferença não é significativa.

Para definir o Perfil de Saúde Bucal da amostra em questão, estabeleceu-se um ponto de corte a partir dos valores obtidos nas medianas dos Índices de Placa e Gengival da amostra total analisada, 1,98 e 0,63, respectivamente, conforme Tabela 5. Os pacientes que apresentaram o Índice de Placa ou Índice Gengival, com valores abaixo do obtido através das medianas, foram considerados COM SAÚDE BUCAL e os que se encontraram acima foram classificados como SEM SAÚDE BUCAL. A mediana foi escolhida como ponto de corte, porque para o Índice de Placa apenas um paciente apresentou índice menor que 1,00.

Quanto aos índices CPO-S e ceo-s, as condições de superfície hígida ou com selante, mancha branca inativa, cavidade inativa, restauração íntegra, restauração alterada ou defeituosa, traumatismo, extração por cárie e espaço vazio foram utilizadas para definir os pacientes COM SAÚDE BUCAL; e as condições mancha branca ativa, cavidade ativa, recidiva de lesão de cárie e raízes residuais para pacientes SEM SAÚDE BUCAL. Não foram encontrados pacientes com dentes permanentes extraídos por cárie.

O paciente, quando apresentava um ou mais itens SEM SAÚDE BUCAL, foi considerado SEM SAÚDE BUCAL. Para ser classificado como COM SAÚDE BUCAL, ela deveria apresentar todos os itens COM SAÚDE BUCAL.

A Tabela 9 mostra como se deu esta distribuição entre os tratamentos.

Tabela 9 Distribuição, em frequências absolutas, dos pacientes e seus diferentes tratamentos, segundo o Perfil de Saúde Bucal. Porto Alegre, RS, 2003.

Indivíduo	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Com saúde</b>	30	3	33
<b>Sem saúde</b>	15	42	57
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2 = 34,880$ ;  $P < 0,000$ . Odds Ratio = 28,02

Constata-se, pela Tabela 9, que dos 45 pacientes da amostra estudada que utilizam a terapia homeopática como tratamento de eleição para os seus problemas de saúde geral, 30 foram considerados COM SAÚDE BUCAL e 15 SEM SAÚDE BUCAL. Por outro lado, os outros 45 que se tratam com a terapia alopática, somente três apresentam-se COM SAÚDE BUCAL e os restantes, 42, SEM SAÚDE BUCAL.

Observa-se, portanto, que a maioria dos pacientes tratados com Homeopatia apresentam condição de saúde bucal.

Através da análise pelo qui-quadrado ( $\chi^2 = 34,880$ ), observou-se que a diferença é significativa entre os tratamentos realizados, apresentando probabilidade associada (P) menor do que 0,000.

### 5.1 VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

De acordo com a literatura (CLEATON-JONES; CHOSAC; HARGREAVES, 1994), o grau de escolaridade dos pais é uma variável muito influente nas condições de saúde bucal de crianças e adolescentes. No questionário respondido pelo responsável, foi solicitada esta informação e, conforme estudo de Silva e Maltz (2001), considerou-se o nível de escolaridade mais alto entre os pais das crianças examinadas.

Na Tabela 10, considera-se o nível de escolaridade mais alto entre os pais associado ao tratamento a que estavam submetidos.

Uniram-se os níveis incompleto e completo em cada grau de escolaridade (APÊNDICE 4, Tabela 31), buscando-se observar, estatisticamente, as diferenças entre os dois grupos da amostra estudada.

Segundo os dados encontrados na Tabela 10, na população estudada, os pais de pai que utilizavam Homeopatia como tratamento apresentam nível de escolaridade mais alto, pois apenas dois casos de pais com escolaridade baixa. Dos pacientes que utilizavam Alopacia, apresentam pais com escolaridade baixa, 18 média e 18 alta. Esta diferença é estatisticamente significativa ( $P= 0,007$ ).

Tabela 10 Distribuição simplificada do grau de escolaridade dos pais, em freqüências absolutas, nos pacientes que se submetem aos diferentes tratamentos. Porto Alegre, RS, 2003.

Grau de escolaridade dos pais simplificado	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopacia	
1º grau	2	9	11
2º grau	11	20	31
3º grau	32	16	48
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2 = 10,064$ ;  $P= 0,007$ .

De acordo com a literatura (DREHMER, 1988; AL-HOSANI; RUGG-GUNN, 1998), filhos de pais com nível de escolaridade mais alto têm melhores condições de saúde bucal. Sendo esta a situação mais observada entre os pais cujos filhos receberam tratamento Homeopático, é possível que esta variável esteja influenciando a melhor condição de saúde bucal deste grupo. Por esta razão, foi realizada uma análise multivariada para observar a relação entre estas variáveis.

Tabela 11 Valores dos testes da análise multivariada, tendo como causas de variação o Tratamento e o Grau de Instrução dos pais, relacionadas com os índices CPO-S, ceo-s, de Placa e Gengival, a velocidade do Fluxo e a Capacidade Tampão da saliva. Porto Alegre, RS, 2003.

Variáveis	Valor do teste	F	Graus de liberdade	P	Poder do teste
<b>Tratamento</b>	0,428 <sup>1</sup>	9,860	6	<b>0,000</b>	1,000
	0,572 <sup>2</sup>	9,860	6	<b>0,000</b>	1,000
	0,749 <sup>3</sup>	9,860	6	<b>0,000</b>	1,000
	0,749 <sup>4</sup>	9,860	6	<b>0,000</b>	1,000
<b>Grau de instrução dos pais</b>	0,159 <sup>1</sup>	1,149	12	0,325	0,642
	0,847 <sup>2</sup>	1,143	12	0,329	0,639
	0,175 <sup>3</sup>	1,138	12	0,334	0,636
	0,126 <sup>4</sup>	1,168	6	0,134	0,607
<b>Interação entre tratamento e grau de instrução</b>	0,204 <sup>1</sup>	1,517	12	0,124	0,791
	0,799 <sup>2</sup>	1,560	12	0,108	0,806
	0,247 <sup>3</sup>	1,606	12	0,095	0,819
	0,230 <sup>4</sup>	3,060	6	<b>0,010</b>	0,891

Nota: 1= Pillai's Trace – é o teste de análise de variância multivariada mais poderoso, assemelhando-se ao teste F;

2= Wilk's Lambda – é um teste de análise de variância multivariada baseado na razão entre a soma dos quadrados dentro dos grupos em relação a soma total dos quadrados;

3= Hotelling's Trace – teste de análise de variância multivariada baseado na soma dos quadrados entre os grupos sobre a soma dos quadrados dentro dos grupos;

4= Roy's Largest Root – teste de análise de variância multivariada; seu resultado também se assemelha ao do teste F.

A análise multivariada mostrou diferença significativa quanto às variáveis desfecho apenas em relação aos tratamentos. Sobre a interação entre tratamento e grau de instrução somente para o teste Roy's Largest Root, foi observada diferença significativa.

O teste de Levene, descrito na Tabela 12, a seguir, mostra diferenças significativas entre as variâncias dos Índices ceo-s, CPO-S e Gengival. Com exceção do índice ceo-s e da Velocidade do Fluxo Salivar, as demais variáveis obtiveram as mesmas conclusões pelo teste F, descrito na Tabela 7.

Tabela 12 Valor de F e significância (P) pelo Teste de Levene para as variâncias de cada variável dependente do estudo. Porto Alegre, RS, 2003.

Variáveis	F	P
<b>CPO-S</b>	3,489	<b>0.006</b>
<b>ceo-s</b>	4,923	<b>0.001</b>
<b>VFS</b>	0,293	0.916
<b>CTS</b>	1,428	0.223
<b>IP</b>	1,916	0.100
<b>IG</b>	2,667	<b>0.028</b>

A Tabela 13, a seguir, mostra para cada uma das fontes de variação os valores do teste F e a significância estatística (P), e o poder do teste de cada uma das variáveis dependentes, tendo sido controladas as variáveis tratamento e grau de instrução dos pais.

Tabela 13 Valores do teste F, significância estatística (P) e poder do teste de cada variável incluída na análise multivariada, nas diferentes fontes de variação. Porto Alegre, RS, 2003.

Variáveis	Variável dependente	F	P	Poder do teste
<b>Tratamento</b>	CPO-S	3,357	0,070	0,441
	ceo-s	4,948	<b>0,029</b>	0,594
	Fluxo Salivar	5,046	<b>0,027</b>	0,603
	Cap. Tampão	0,394	0,532	0,095
	Ind. Placa	52,698	<b>0,000</b>	1,000
	Ind. Gengival	35,913	<b>0,000</b>	1,000
<b>Grau de instrução dos pais</b>	CPO-S	0,778	0,463	0,178
	ceo-s	1,395	0,253	0,292
	Fluxo Salivar	2,137	0,124	0,427
	Cap. Tampão	0,077	0,926	0,061
	Ind. Placa	1,929	0,152	0,390
	Ind. Gengival	1,344	0,266	0,283
<b>Interação entre tratamento e grau de instrução</b>	CPO-S	0,005	0,995	0,051
	ceo-s	1,521	0,224	0,315
	Fluxo Salivar	4,614	<b>0,013</b>	0,766
	Cap. Tampão	0,480	0,621	0,126
	Ind. Placa	1,472	0,235	0,306
	Ind. Gengival	0,751	0,475	0,174

A Tabela 13 mostra que, entre os tratamentos, apenas as variáveis, Índice CPO-S e Capacidade Tampão Salivar não se mostraram com diferença significativa. As médias para estas variáveis estão descritas na Tabela 7, onde se observam médias maiores dos Índices CPO-S, ceo-s, IP e IG para o grupo alopaticizado, e da VFS e CTS para o grupo homeopatizado. Entre os diferentes graus de instrução dos pais, não houve nenhuma diferença para as variáveis dependentes e, na Interação entre as duas variáveis, apenas a variável Velocidade do Fluxo Salivar mostrou diferença significativa.

Realizado o teste de Tukey para a influência da interação entre estas duas variáveis em relação à Velocidade do Fluxo Salivar, observou-se que a diferença encontra-se apenas entre os grupos 2 e 3 dos diferentes graus de instrução, conforme Tabela 14.

Tabela 14 Análise através do teste de Tukey com a diferença entre as médias da Velocidade do Fluxo Salivar de toda a amostra estudada em relação ao grau de instrução dos pais. Porto Alegre, RS, 2003.

Grau de instrução		Diferença entre as médias do fluxo de todo grupo	SIG.
1	2	0,053	0,897
	3	-0,143	0,428
2	1	0,053	0,897
	3	-0,1961	<b>0,039</b>

A Tabela 15, logo a seguir, discrimina as médias e desvios padrões da Velocidade do Fluxo Salivar de cada um dos graus de instrução, por tratamento, observando-se que o baixo valor da média de todo o grupo, no grau de instrução 2 (0,76), deu-se no grupo com tratamento alopático (0,65), e a elevação da média, no grupo de grau de instrução 3 (0,96), ocorreu, também, devido ao aumento da Velocidade do Fluxo, neste mesmo tratamento (1,03).

Tabela 15 Médias, desvios padrões da Velocidade do Fluxo Salivar em relação aos tratamentos realizados e ao grau de instrução dos pais. Porto Alegre, RS, 2003.

Tratamento	Grau de instrução	Fluxo salivar Média ± Desvio Pad.	n
Homeopatia	1	1,22 ± 0,31	2
	2	0,97 ± 0,27	11
	3	0,92 ± 0,31	32
	Total	0,95 ± 0,30	45
Alopatia	1	0,73 ± 0,38	9
	2	<b>0,65 ± 0,39</b>	20
	3	<b>1,03 ± 0,37</b>	16
	Total	0,80 ± 0,41	45
Total do grupo	1	0,82 ± 0,41	11
	2	<b>0,76 ± 0,38</b>	31
	3	<b>0,96 ± 0,33</b>	48
	Total	0,88 ± 0,36	90

Realizou-se, ainda, para avaliar se existe alguma relação de causa-efeito entre as variáveis descritas na Tabela 10 (grau de instrução dos pais) e a condição de saúde bucal, evidenciada na Tabela 8, o teste de Regressão Logística, apresentado na Tabela 16.

Tabela 16 Análise de regressão logística, para prever a chance de ter saúde bucal (ou proteção), em função do tratamento usado e o grau de escolaridade dos pais. Porto Alegre, RS, 2003.

Variável	Cat.	$\beta$	DP	Wald	gl	P	Exp. $\beta$ (limite-95%)	Odds Ratio (limite-95%)
Tratamento	Alop.	-	-	-	-	-	-	-
	Homeop.	3,139	0,69	20,67	1	<0,00	0,043 (0,011-0,168)	23,26 (5,95-90,91)
	3º Grau	-	-	1,37	-	0,502	-	-
Grau de instrução	1º Grau	-0,931	1,30	0,51	1	0,474	0,394 (0,031-5,029)	2,54 (0,20-32,26)
	2º Grau	-1,342	1,25	1,15	1	0,283	0,261 (0,023-3,027)	3,83 (0,33-43,48)

A Tabela 16 mostra que a chance (Odds Ratio) de ter saúde bucal, segundo a variável Perfil de Saúde Bucal, quando é usado o tratamento homeopático, é 23,26 vezes maior, tendo sido controlada a variável grau de escolaridade dos pais. A chance de ter saúde bucal, quando esta variável não é controlada, é 28,02 vezes maior. Observa-se, portanto, que grau de instrução influencia positivamente à saúde bucal. No entanto, a mesma não apresenta significância estatística para nenhum dos níveis pelo teste de WALD. A chance de ter saúde bucal, no 1° e 2° graus de escolaridade, em relação ao 3°, foram, respectivamente, 2,54 e 3,83, mas os limites dos Odds Ratio incluem o valor 1.

O valor do exponencial de  $\beta$  (Exp. $\beta$ ), quando subtraído de 1 e multiplicado por 100, indica o percentual de proteção auferido pela categoria a ele relacionada. Portanto, a Homeopatia, sendo controlado o grau de instrução dos pais, confere 96% de proteção  $[(1-0,043)100]$  à saúde bucal.

Outro aspecto importante a evidenciar é o tipo de escola que a população pesquisada freqüentava. A Tabela 17 mostra como se deu esta distribuição.

Tabela 17 Distribuição da amostra estudada, segundo o tipo de tratamento ao qual se submetem e tipo de escolas em que estudavam. Porto Alegre, RS, 2003.

Tipo de escola	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Pública</b>	15	35	50
<b>Particular</b>	30	10	40
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2 = 18,000$ ;  $P < 0,000$ .

Como se observa na Tabela 17, do total de participantes da pesquisa, 40 freqüentavam escolas particulares e 50, escolas públicas. Destes, 15 pertenciam ao grupo que adotava como tratamento médico geral a Homeopatia e 35 utilizavam Alopatia. A maioria dos participantes da amostra, ligados à escola particular, encontrou-se no grupo homeopatizado, ou seja, 30 deles, enquanto apenas 10 que freqüentavam estas escolas pertenciam ao grupo alopatizado. Através da análise



estatística, encontrou-se que esta diferença foi significativa, com P menor do que 0,000.

Buscou-se relacionar o grau de escolaridade dos pais com as escolas (públicas ou particulares) que seus dependentes freqüentavam e a que grupo pertenciam dentro da pesquisa, os casos (que usavam Homeopatia) ou os controles (que usavam Alopátia), na Tabela 18.

Tabela 18 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo o grau de escolaridade dos pais, escola que seus dependentes freqüentavam e o tipo de tratamento que realizavam. Porto Alegre, RS, 2003.

Maior grau de escolaridade dos pais simplificado / Escola em que estuda	Tratamento		Total Global	
	Homeopatia	Alopátia		
<b>1º Grau</b>				
	<b>Pública</b>	1	9	10
	<b>Particular</b>	1	-	1
<b>1º Grau total</b>		<b>2</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
<b>2º Grau</b>				
	<b>Pública</b>	4	16	20
	<b>Particular</b>	7	4	11
<b>2º Grau total</b>		<b>11</b>	<b>20</b>	<b>31</b>
<b>3º Grau</b>				
	<b>Pública</b>	10	10	20
	<b>Particular</b>	22	6	28
<b>3º Grau total</b>		<b>32</b>	<b>16</b>	<b>48</b>
<b>Total Global</b>		<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

Percebe-se, na Tabela 18, que, no grupo que opta pela terapêutica homeopática, os pais, conforme vão aumentando o grau de escolaridade, inclinam-se a colocar seus dependentes em escolas particulares. O mesmo fenômeno não é observado nos pais que optam por tratar seus filhos com a terapia alopática. Nesse grupo, a concentração de dependentes em escolas públicas é sempre maior e não se verifica tendência de passar para escolas particulares em pais com 3º grau de escolaridade, na amostra pesquisada.

A relação entre o local em que recebiam atendimento odontológico e o tipo de tratamento a que se submetiam está demonstrada na Tabela 19. Nesta, observa-se que 40 pacientes que se tratam com Homeopatia procuraram atendimento odontológico em consultórios particulares (14) e particulares com convênios (26), enquanto que dos que se tratam com Alopátia, somente seis buscaram atendimento em consultório particular e 24 com convênios. Já nos postos de saúde e nos consultórios dos sindicatos, buscaram atendimento nove e seis pacientes ligados à terapia alopática, assim como dois e três dos que utilizavam Homeopatia. Encontrou-se associação significativa entre os tratamentos utilizados e o local em que os pacientes buscam atendimento odontológico.

Tabela 19 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e os locais onde recebiam atendimento odontológico. Porto Alegre, RS, 2003.

Local em que recebe atendimento odontológico	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopátia	
Consultório particular	14	6	20
Consultório particular com convênio	26	24	50
Consultório posto saúde	2	9	11
Consultório sindicato	3	6	9
<b>Total Global</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

Nota:  $\chi^2=8,735$ ;  $P=0,033$

Utilizou-se o mesmo tipo de teste (Análise de Regressão Logística) para avaliação das variáveis citadas na Tabela 18 (tratamento, grau de instrução dos pais e tipo de escola que freqüentam os pacientes examinados) e a variável perfil de saúde bucal, evidenciada na Tabela 8.

Tabela 20 Análise de regressão logística para prever a chance de ter saúde bucal, em função do tratamento usado, grau de instrução dos pais e tipo de escola que freqüentavam. Porto Alegre, RS, 2003.

Variável	Cat.	$\beta$	DP	WALD	gl	P	Exp. $\beta$ (limite-95%)	ODDS (limite-95%)
<b>Tratamento</b>	Alopatia	-	-	-	-	-	-	-
	Homeopatia	-2,95	0,701	17,686	1	<0,000	0,052 (0,013-0,207)	19,23 (4,83-76,9)
<b>Grau de instrução</b>	3º Grau	-	-	0,930	2	0,628	-	-
	1º Grau	-0,85	1,334	0,407	1	0,523	0,427 (0,031-5,831)	2,34 (0,17-32,2)
	2º Grau	-1,36	1,284	0,820	1	0,365	0,313 (0,025-3,87)	3,19 (0,26-40,0)
<b>Escola em que estuda</b>	Privada	-	-	-	-	-	-	-
	Pública	-0,72	0,593	1,460	1	0,227	0,488 (0,153-1,562)	2,05 (0,64-6,54)

Conforme mostra a Tabela 20, controlando-se o grau de escolaridade dos pais e o tipo de escola, o tratamento homeopático também se associa positivamente a estar com saúde bucal. Ou seja, os pacientes pertencentes à amostra estudada que tomam Homeopatia têm 95% de proteção à saúde bucal. Portanto, as crianças que tomam Homeopatia têm 19,23 vezes mais chance de estar com saúde do que as que tomam Alopatia.

A variável renda familiar não havia sido incluída entre as perguntas do questionário, pois se trabalhou com uma população que buscava atendimento em clínicas não públicas, pressupondo-se possuir condição semelhante quanto aos aspectos socioeconômicos e, ainda, muitas vezes, a resposta a esta questão pode não ser verdadeira. Os resultados, todavia, mostravam certa inclinação para melhor escolaridade e melhor tipo de escola entre os homeopatizados, podendo evidenciar melhor nível socioeconômico destes pais. Buscou-se, então, contato por telefone com os entrevistados, verificando-se certa dificuldade em se obter informações sobre esta variável com alguns pais. Os dados obtidos estão distribuídos nas tabelas a seguir, associando-se a renda com grau de escolaridade dos pais e com tipo de

escola em que a criança ou adolescente estudava e com os tratamentos ao qual se submetiam.

Para se conseguir analisar, estatisticamente, a variável nível de escolaridade dos pais foi dicotomizada, sendo agrupados 1º e 2º graus em um único nível (até 11 anos de estudo) e o 3º grau em outro (mais de 11 anos de estudo). O mesmo procedimento deu-se com a variável renda familiar que até R\$ 960,00 ficou relacionada ao nível 1, de R\$ 961,00 até R\$ 1680,00 ao nível 2, e maior do que este último valor, nível 3.

Isto foi necessário para adequar-se ao uso do qui-quadrado, pois não pode haver mais do que 20% de células com as freqüências esperadas menores do que 5, obtendo-se, assim, um resultado confiável.

A Tabela 21 relaciona renda familiar com o grau de instrução dos pais (ambas simplificadas), mostrando que 27 pais da amostra estudada possuem nível de escolaridade superior e se enquadram na maior faixa de renda.

Tabela 21 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra pesquisada, segundo a renda familiar simplificada e os níveis de escolaridade dos pais, conforme o número de anos de estudo. Porto Alegre, RS, 2003.

Renda familiar	Níveis de escolaridade		Total Global
	1	2	
<b>1 = até R\$ 960,00</b>	15	3	18
<b>2 = de R\$ 961,00 a R\$ 1680,00</b>	17	14	31
<b>3 = mais do que R\$ 1680,00</b>	5	27	32
<b>Total Global</b>	<b>37</b>	<b>44</b>	<b>81*</b>

Nota.: 1= até 11 anos de estudo; 2= mais de 11 anos estudo.

\*9 pais não deram informação.

$\chi^2=22,982$ ;  $P=0,000$ .

Como se observa na Tabela 21, existe associação significativa entre o nível de escolaridade dos pais e a renda familiar com  $P<0,000$ . Os pais que possuem renda mais alta são os de maior escolaridade. Observa-se, também, que nove pais não deram informações sobre a renda familiar.

A avaliação entre as variáveis renda familiar e o tipo de escola que os pacientes examinados freqüentavam foi analisada através da Tabela 22.

Tabela 22 Distribuição em freqüências absolutas da amostra pesquisada, segundo a renda familiar simplificada e o tipo de escola que os pacientes examinados freqüentavam. Porto Alegre, RS, 2003.

Renda familiar	Estuda em escola		Total Global
	Pública	Particular	
<b>1 = até R\$ 960,00</b>	16	2	18
<b>2 = de R\$ 961,00 a R\$ 1680,00</b>	20	11	31
<b>3 = mais do que R\$ 1680,00</b>	10	22	32
<b>Total Global</b>	<b>46</b>	<b>35</b>	<b>81</b>

Nota:  $\chi^2=16,818$ ;  $P<0,000$ .

Encontrou-se associação significativa entre as variáveis descritas na Tabela 22, mostrando tendência para quem possui maior renda a freqüência em escolas particulares.

Logo a seguir, analisou-se renda familiar com o tipo de tratamento que os participantes da amostra estudada utilizavam.

Tabela 23 Distribuição em freqüências absolutas da amostra pesquisada segundo a renda familiar simplificada e o tipo de tratamento que os pacientes examinados utilizavam. Porto Alegre, RS, 2003.

Renda familiar	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>1 = até R\$ 960,00</b>	7	11	18
<b>2 = de R\$ 961,00 a R\$ 1680,00</b>	17	14	31
<b>3 = mais do que R\$ 1680,00</b>	18	14	32
<b>Total Global</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>81*</b>

Nota:  $\chi^2=1,570$ ;  $P=0,456$ .

Obs.: \* 9 pais não informaram sobre a renda.

Na Tabela 23, observa-se não existir associação significativa entre as variáveis renda familiar e tratamento. Dos 90 participantes da pesquisa, nove pais ou responsáveis não deram informação.

Para melhor análise, avaliaram-se as três variáveis, concomitantemente, pelo teste de regressão logística, apresentado na Tabela 24.

Tabela 24 Análise de regressão logística para prever a chance de ter saúde bucal, em função do tratamento usado, grau de instrução dos pais, renda familiar e tipo de escola que os pacientes examinados freqüentavam. Porto Alegre, RS, 2003.

Variável	CAT.	$\beta$	DP	WALD	gl	P	Exp. $\beta$ (limite-95%)	ODDS (limite-95%)
<b>Tratamento</b>	<b>Alopatia</b>	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Homeopatia</b>	-3,65	0,841	18,805	1	<0,000	0,026 (0,005-0,136)	38,46 (7,3-200,0)
<b>Grau de instrução</b>	<b>Mais de 11 anos</b>	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Até 11 anos</b>	0,06	0,759	0,006	1	0,940	1,058 (0,239-4,685)	0,945 (0,21-4,18)
<b>Escola em que estuda</b>	<b>Privada</b>	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Pública</b>	-0,77	-0,723	1,148	1	0,284	0,461 (0,112-1,902)	2,169 (0,53-8,93)
<b>Renda familiar</b>	<b>Nível 3</b>	-	-	8,661	2	-	-	-
	<b>Nível 1</b>	1,84	1,001	3,385	1	0,066	6,307 (0,887-44,85)	0,159 (0,02-1,13)
	<b>Nível 2</b>	-0,53	1,108	0,225	1	0,635	0,591 (0,067-5,188)	1,69 (0,19-14,9)

Ao se inserir a variável Renda Familiar, o Odds Ratio do tratamento se alterou demasiadamente, demonstrando a existência de “over fitting” (sobre-modelagem), pois, o tamanho da amostra não comporta a inserção de tantas variáveis. Observando os valores do Odds Ratio obtidos anteriormente para o tratamento, o grau de escolaridade e o tipo de escola, não se verificam mudanças nas conclusões, ou seja, existe diferença entre os tratamentos e não entre as demais variáveis. Quando existe “over fitting” não se considera o valor do Odds Ratio e somente a significância (P); como a variável “tratamento” manteve-se significativa percebe-se que só ela influencia a condição de saúde bucal.

Segundo as Tabelas 10 e 17, os pais que optam pela terapia homeopática possuem maior nível de escolaridade e preferem colocar seus dependentes em escolas particulares.

## 5.2 VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL E DE TRATAMENTO DOS PACIENTES

A procura da amostra estudada baseou-se em pacientes que apresentavam problemas respiratórios repetitivos, sendo este um dos critérios de inclusão para o presente estudo.

Na Tabela 25, encontram-se tais informações, com freqüências absolutas dos problemas apresentados pelos pacientes, segundo as fichas clínicas de seus médicos e suas respostas ao questionário da pesquisa.

Analisando-se as freqüências, 51 pacientes de toda a amostra estudada descreveram a presença de bronquite asmática, associada ou não a outros problemas, e 39 responderam possuir outras doenças, às vezes, também associadas a outras anomalias, sempre respiratórias e com quadros de repetição.

Os problemas respiratórios apresentados na Tabela 25 foram agrupados (Tabela 35 do Apêndice 4), para realizar-se a análise estatística que, por sua vez não mostrou existir associação significativa em relação ao tipo de tratamento.

Tabela 25 Distribuição, em freqüências absolutas, da população estudada e os tratamentos de eleição, segundo o problema respiratório que apresentavam. Porto Alegre, RS, 2003.

Problema respiratório que apresentavam	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
Bronquite asmática e outras	21	30	51
Amidalite repetição	2	2	4
Gripes repetição	6	4	10
Sinusite	14	7	21
Otite	2	2	4
<b>Total Global</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

Nota:  $\chi^2=3,373$ ;  $P=0,497$

Os dados sobre o tipo de problema respiratório apresentado pelos pacientes que participaram da pesquisa, juntamente com a análise das freqüências com que as crises se apresentavam antes e após a realização dos tratamentos, serviram para uma análise sobre a capacidade de resolução dos mesmos. Assim, na Tabela 26, estão relacionadas às freqüências das crises respiratórias com os tratamentos.

Tabela 26 Distribuição das freqüências absolutas das crises respiratórias que ocorriam antes de iniciar o tratamento escolhido e depois de iniciá-lo da amostra estudada. Porto Alegre, RS, 2003.

Ocorrência das crises	Freqüência crises antes de iniciar os tratamentos		Total	Freqüência crises após iniciar os tratamentos		Total
	Homeopatia	Alopatia		Homeopatia	Alopatia	
<b>Mensal</b>	13	17	30	6	15	21
<b>Semestral</b>	12	12	24	14	10	24
<b>Anual</b>	9	11	20	4	3	7
<b>Outras opções</b>	11	5	16	10	9	19
<b>Ausente</b>	-	-	-	11	8	19
<b>Total Global</b>	45	45	90	45	45	90

Nota:  $\chi^2=2,139$ ;  $P=0,544$ .

$\chi^2=7,394$ ;  $P=0,116$ .

Da amostra analisada, 19 pacientes não apresentaram crises de problemas respiratórios após o início do tratamento, sendo 11 do grupo que utilizava Homeopatia e 8, Alopatia. O item “outras opções” se relacionava com alterações, conforme as mudanças climáticas.

De acordo com a Tabela 26, não se observam associações significativas tanto para as crises antes, como após o início de ambos os tratamentos. O que se percebe é que há uma relativa melhora com os dois tratamentos, analisando-se a distribuição em freqüências absolutas das crises.

Para análise das condições bucais da amostra estudada também foi necessário utilizar o tempo de moradia em Porto Alegre (Tabela 27), a fim de não se cair em um possível viés, ou seja, de pacientes serem comparados sem possuírem as mesmas condições quanto ao uso de flúor na água de abastecimento público e de acesso aos serviços odontológicos.



Tabela 27 Distribuição em frequências absolutas do tempo de moradia em Porto Alegre, em relação aos tratamentos realizados pelos pacientes da amostra. Porto Alegre, RS, 2003.

Tempo de moradia em Porto Alegre	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
6 anos	2	1	3
7 anos	3	3	6
8 anos	11	11	22
9 anos	3	3	6
10 anos	11	11	22
11 anos	7	8	15
12 anos	2	2	4
13 anos	3	3	6
14 anos	3	3	6
<b>Total Global</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

A idade em que foi iniciado o tratamento homeopático tornou-se um dado importante, para se verificar o tempo de uso desta terapia, visto que este foi mais um dos critérios de inclusão utilizado na pesquisa (usar Homeopatia pelo menos há dois anos).

Tabela 28 Distribuição da população estudada que utiliza Homeopatia, segundo a idade em que iniciou o tratamento. Porto Alegre, RS, 2003.

Desde que idade usa homeopatia	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
Desde o nascimento	6	-	
2 meses de idade	1	-	1
3 meses de idade	1	-	1
4 meses de idade	1	-	1
5 meses de idade	1	-	1
6 meses de idade	1	-	1
1 ano de idade	6	-	6
2 anos de idade	3	-	3
3 anos de idade	6	-	6
4 anos de idade	3	-	3
5 anos de idade	7	-	7
6 anos de idade	2	-	2
7 anos de idade	1	-	1
9 anos de idade	2	-	2
10 anos de idade	3	-	3
11 anos de idade	1	-	1
Não usa homeopatia	-	45	45
<b>Total Global</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

A Tabela 28 mostra as idades em que foram iniciados os tratamentos homeopáticos, evidenciando que todos os pacientes que usam esta terapêutica o fizeram há mais de dois anos. O paciente que usava desde os 11 anos possuía 14 anos de idade, utilizando o tratamento, portanto, por três anos. O grupo da Alopátia nunca se tratou com Homeopatia.

Alguns aspectos sobre a saúde geral dos pacientes da amostra estudada foram coletados, através das respostas aos questionários, e encontram-se na Tabela 28, com os respectivos valores de  $\chi^2$  e de "P".

Tabela 29 Valores de  $\chi^2$  e de P referentes a comparações entre os grupos submetidos aos tratamentos homeopático e alopático quanto a alguns aspectos de saúde geral respondidos pelos pacientes examinados. Porto Alegre, RS, 2003.

<b>Perguntas realizadas*</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b>Submeteu-se à cirurgia?</b>	2,334	0,311
<b>Gestação</b>	5,106	0,078
<b>Parto</b>	1,929	0,381
<b>Tipo de amamentação</b>	3,246	0,381
<b>Uso de chupeta</b>	4,352	0,113

Nota: \*Respondidas pelo responsável.

Como se observa através dos valores de P, demonstrados na Tabela 29, nenhuma destas perguntas feitas aos participantes da pesquisa (pacientes ou seus responsáveis) mostraram diferença significativa quanto aos tratamentos realizados.

Encontram-se, no Apêndice 4, as tabelas com as respostas em frequências absolutas e análise estatística.

Nas tabelas a seguir, são analisados aspectos relacionados aos conhecimentos e comportamentos relativos à Odontologia. Na Tabela 30, estão os valores de  $\chi^2$  e de P, referentes às respostas aos questionários.

Tabela 30 Valores de  $\chi^2$  e de P referentes a comparações entre os grupos submetidos aos tratamentos homeopático e alopático quanto a alguns aspectos odontológicos respondidos pelos pacientes examinados. Porto Alegre, RS, 2003.

<b>Perguntas realizadas</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b>Já teve cárie</b>	3,629	0,057
<b>Motivo da última consulta dentária</b>	5,789	0,055
<b>Costuma beber refrigerantes</b>	6,301	0,043
<b>Costuma beber leite/chocolate</b>	7,018	0,030

Como se observa na Tabela 30, somente as questões sobre os aspectos alimentares (beber refrigerantes e beber leite com chocolate (Tabelas 58 e 59 do APÊNDICE 4) apresentaram associações significativas ao nível de 5%. As demais questões não apresentaram nenhuma associação. No entanto, as respostas sobre se já haviam tido cárie e o motivo da última consulta dentária, tiveram valores de P muito próximos do nível de significância. Estas tabelas apresentam-se no Apêndice 4 com as respectivas freqüências absolutas, segundo os tratamentos realizados (Tabelas 64 e 65).

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar e comparar a condição de saúde bucal de pacientes que se tratavam com as terapias homeopática ou alopática, para problemas de saúde das vias aéreas, de modo que os dois grupos da amostra estudada apresentassem o mesmo modo de adoecer.

Este critério de seleção deu-se devido à filosofia homeopática que concebe o indivíduo doente como portador de um desequilíbrio em sua energia vital e que se expressa através de uma doença (EGITO, 1980; EIZAYAGA, 1992). Portanto, os dois grupos da amostra estudada apresentavam o mesmo modo de demonstrar seu desequilíbrio (Tabela 25).

A Homeopatia preconiza que o tratamento influencia a saúde geral do organismo, pois o equilibra como um todo (EGITO, 1980; GERBER, 2000). Bellavite (2000) escreve que, ao adquirir este equilíbrio, o paciente homeopatizado passaria a ser mais responsável com as questões que o favorecem permanecer saudável, ou seja, faz escolhas mais adequadas e acertadas para a sua vida. Então, mesmo sem estar sendo medicado para problemas bucais, deveria manter melhor condição de saúde, procurando ter melhor higiene e hábitos alimentares mais saudáveis. Por esta razão, esse estudo, além de comparar as condições de saúde/doença bucal, comparou-os quanto aos hábitos.

A população estudada foi formada por crianças e adolescentes de ambos os sexos e de idades que variaram entre 6 e 14 anos (Tabela 6). Os pacientes deveriam ser moradores de Porto Alegre, preferencialmente desde o nascimento,

pois, assim, teriam acesso ao flúor na água de abastecimento público, desde a erupção dos dentes permanentes, sendo, então, semelhantes quanto a este aspecto (Tabela 27). Somente um paciente pertencente ao grupo que se trata com Homeopatia tinha 11 anos e morava em Porto Alegre desde os 6 anos. Houve o mesmo cuidado em relação ao tempo de uso da terapia homeopática, que deveria ser de dois anos, no mínimo (Tabela 28), pois, conforme Eizayaga (1992), quanto mais tempo o paciente é tratado por medicamentos homeopáticos, mais esparsas serão as crises e mais profundamente irão atuar. Ele cita, em seu livro **Tratado de Medicina Homeopática** que “a cura não será um caminho plano, terá altos e baixos e exacerbações periódicas, porém exacerbações cada vez menos intensas e menos freqüentes, quanto por mais tempo se tratar” (1992, p. 304).

Segundo Susin e Rösing (1999), caso não fossem considerados os dois critérios citados acima, poder-se-ia cair em um viés de seleção, prejudicando o resultado da pesquisa.

A avaliação da saúde bucal, neste estudo, deu-se pela coleta de dados oriundos dos exames, CPO-S, ceo-s, Índice de Placa, Índice Gengival, como também da Velocidade do Fluxo e da Capacidade Tampão Salivar.

Na Tabela 5, encontram-se as médias, desvios padrões e medianas da amostra estudada, para estas variáveis. A média para o CPO-S foi de 1,54 para toda a amostra, com idades entre 6 e 14 anos, evidenciando ser uma população com baixa experiência de cárie, ao ser comparada com os estudos de Schoenardie (1997) que apresentaram CPO-S médio de 2,70, para crianças de 8 a 10 anos de idade nos exames realizados em 1996 (Quadro 1), e de Silva e Maltz (2001) com exames realizados em 1998/99, que encontraram média de 2,58, para crianças de 12 anos de idade, (Quadro 2). Todos esses estudos foram realizados na cidade de Porto Alegre. Embora avaliados em períodos diferentes e também com diferentes idades, ao serem comparados, mantêm a tendência nacional e mundial de declínio na prevalência desta doença (BARROS; SCAPINI; TOVO, 1993; BROWN; LÖE 1993; HAUGEJORDEN, 1994; MARTHALER, 1996; FAVARINI, 2003).

A média do CPO-S dos pacientes que utilizam como tratamento a Homeopatia foi 0,76, enquanto para os alopaticizados foi 2,33, conforme Tabela 7.

Segundo Maltz e Carvalho (1999), o tratamento da doença cárie, através de medidas preventivas como remoção da placa bacteriana, controle da dieta cariogênica e uso de flúor, tem possibilitado a diminuição de seus índices. No entanto, mesmo com todas as medidas preventivas que realmente têm contribuído para tornar a população mundial cada dia mais livre desta doença, encontram-se pacientes com alto consumo de sacarose e baixa experiência de cárie e, também, com índice de placa e de bactérias cariogênicas alto e baixa experiência de cárie, conforme citam Araújo e Figueiredo (1999). Portanto, a suscetibilidade individual ou as respostas relativas ao sistema imunológico podem estar associadas à prevalência de cárie. Segundo Teixeira (1995), tais respostas são estimuladas pelas medicações homeopáticas e atuam equilibrando o corpo, fazendo-o reconhecer sua capacidade de perfeição, transformando velhos padrões de doença em novos padrões de saúde, tornando o paciente mais saudável. As mesmas considerações podem ser feitas para as condições de saúde bucal deste grupo pesquisado e com mais força, pois conforme Tanaka e Rosenberg (1990) e ainda Moreira Neto (2001), as respostas orgânicas às medicações homeopáticas em pacientes mais jovens são sempre melhores, visto que estes ainda não têm os efeitos da vida social marcados em seus organismos (BORGES, 1989; MINAYO, 1989).

O Estudo Epidemiológico Nacional de 1996 avaliou o ceo e obteve a média de 1,57 para a cidade de Porto Alegre (Quadro 1); o presente estudo avaliou o ceo-s, que deve apresentar valores maiores do que o primeiro, e que foi de 1,61 como valor médio para todo o grupo (Tabela 5), mas para os homeopatizados foi de 0,91, enquanto para os alopaticizados a média foi de 2,31 (Tabela 7).

Sabe-se, atualmente, que a gengivite é a doença bucal de maior prevalência, sendo diagnosticada em, praticamente, 100% dos indivíduos dentados. Instala-se a partir de qualquer idade, desde que haja acúmulo da placa dental, por algum tempo, sobre as superfícies dentárias e gengival. A gengivite se constitui um processo inflamatório decorrente de uma infecção causada pelas bactérias presentes na placa supragengival, necessitando ser tratada e prevenida (OPPERMANN e RÖSING, 1999). Para tratar e prevenir as doenças periodontais, o profissional deve utilizar meios técnicos para diagnosticar a presença da causa destas doenças, ou seja, a placa bacteriana. Por isso, a utilização do Índice de Placa e/ou sua derivação IPV,

assim como do Índice Gengival e/ou sua dicotomização ISG, são imprescindíveis para avaliar a placa supragengival, a responsável pela presença das gengivites.

No presente estudo, encontraram-se valores médios para o IP de 1,92, e para o IG de 0,67, representando o grupo todo (Tabela 5). Para os pacientes que se tratavam com Homeopatia, os valores médios foram para o IP 1,50, para o IG de 0,34, e os que utilizavam Alopátia tiveram IP médio de 2,34 e IG de 1,00 (Tabela 6). Estes resultados foram significativamente diferentes. Ao ser dicotomizada a variável IG, encontrou-se o ISG médio de 19,17% para a amostra toda, enquanto que, para os pacientes alopatizados, a média foi de 22,45%, e para os homeopatizados foi de 16,15%. A variável IP não foi dicotomizada para construir-se o IPV, pois se usou revelador de placa para evidenciá-la, não sendo possível, portanto, discernir entre placa visível e não visível.

Estes dados são semelhantes àqueles encontrados no estudo de Maltz e Silva (2001) com crianças de escolas da rede pública e particular, onde foi encontrado ISG médio para a rede particular de 14,7%, sendo menor do que o da rede pública que foi de 21,7%. Já Schoenardie (1997) realizou seu estudo em crianças da rede pública de ensino e encontrou ISG médio de 24,62%, em 1975, e de 35,50%, em 1996, evidenciando que este índice não diminuiu comparando-se os períodos estudados.

Verifica-se, neste estudo, que as crianças tratadas com Homeopatia apresentaram valores médios menores para ISG, quando comparadas aos alopatizados e aos estudos citados, quando realizados na rede pública.

A presença da placa supragengival, associada a fatores alimentares, assim como hábitos de higiene pessoal podem levar ao desenvolvimento da gengivite. Os aspectos emocionais também estão associados, pois, quando ocorre algum desequilíbrio nesta área, podem aparecer estes sintomas na cavidade bucal, mostrando a susceptibilidade de cada indivíduo (OPPERMANN; RÖSING, 1999).

A parte “B” do questionário (APÊNDICE 3) foi respondida pelas crianças examinadas. Parte deste referiu-se aos hábitos alimentares e de higiene. Como pôde ser observado (APÊNDICE 4, Tabelas 44 a 62), não existiram associações significativas, nestas respostas. As crianças foram questionadas sobre a escovação

dental, o uso de fio dental, o uso de cremes dentais e bochechos com fluoretos, assim como o hábito de comer balas, doces e se mantinham regularidade nas refeições. Percebe-se que, mesmo possuindo as médias do ISG, do IP e do IG menores, os pacientes homeopatizados responderam aos questionamentos de higiene e alimentação de maneira semelhante aos alopaticizados. Com isto, pode-se supor que o tratamento homeopático permite aos pacientes melhor capacidade de reação aos agravos a que são submetidos, no caso, melhor condição de equilíbrio bucal para essas variáveis.

A variável Velocidade do Fluxo Salivar apresentou para os pacientes que se tratavam com Homeopatia média de 0,95; para os alopaticizados, média de 0,80 e no total 0,88 (Tabelas 7 e 5). Segundo Thylstrup e Fejerskov (1995), possuir fluxo salivar abaixo de 0,7 ml/min indica hipossalivação, que é altamente prejudicial para a manutenção da saúde bucal. Embora as médias dos dois tratamentos sejam muito próximas e na análise bivariada não se tenha encontrado diferença significativa entre as mesmas, a distribuição em freqüências absolutas desta variável mostrou haver para os pacientes que utilizavam Homeopatia maior concentração dos mesmos em valores acima de 0,7ml/min, enquanto, nos alopaticizados, encontraram-se valores extremos, tanto para fluxo abaixo de 0,7ml/min, como acima de 1,5ml/min (Figura 5).

Os responsáveis, que responderam a parte “A” do questionário (APÊNDICE 3), foram perguntados se as crianças estavam ingerindo, naquele momento, alguma medicação, e se a mesma era utilizada só quando em crise ou de maneira continuada. Os medicamentos mais citados foram: Beclosol spray® (betaclometasona), Seretide diskus® (xinofoato de salmeterol e propionato de fluticasona), Clenil spray jet® (beclometasona-17 e 21-dipropionato), Allegra D® (cloridrato de fexofenadina e cloridrato de pseudoefedrina) que apresentam como efeitos adversos secura da boca e mucosa nasal; medicações como os xaropes Mucosolvan® e Mucolin® (ambroxol), assim como o inalante Berotec® (fenoterol) que apresentam como propriedade dissolver a mucosidade existente nos brônquios, aumentando a fluidez do mesmo e a quantidade salivar (DEF, 2000/01). Os antibióticos KEFLEX® (cefalexina), AMOXIL® (amoxicilina), e o antialérgico CELESTAMINE® (betametasona e maleato de dexclorfeniramina) também foram citados (APÊNDICE 4, Tabela 38).



Dentro das medicações homeopáticas, as mais utilizadas foram *Arsenicum album* e *Lycopodium clavatum* que, conforme a matéria médica, apresentam sensação de boca seca e o *Phosphorus* e o *Hydrastis* salivação abundante e aquosa, conforme aparece na Tabela 38 do Apêndice 4 (EIZAYAGA, 1991; VIJNOVSKY, 1992).

Cabe citar que, na terapia alopática, podem ocorrer os efeitos colaterais ou reações adversas acima referidos, ou seja, as medicações ingeridas podem produzir tais efeitos. Por outro lado, a terapêutica homeopática diagnóstica que o paciente possui os sintomas acima referidos e, ao ingerir a medicação específica do paciente, estes sintomas tendem a desaparecer (EGITO, 1980; EIZAYAGA, 1992; SAMPAIO, 1994; LUZ, 1996).

A Capacidade Tampão Salivar apresentou média geral de pH igual a 4,64; para os homeopatizados, foi de 4,83, enquanto que os alopáticos apresentaram o valor de 4,46 como média.

No estudo de Rodrigues et al. (2002), a Capacidade Tampão apresentou valor médio de 5,63, tendo correlação positiva com dentes saudáveis ( $P=0,004$ ). A coleta da saliva e análise da Capacidade Tampão realizada por Rodrigues et al. (2002) foi de acordo com o método de Ericsson modificado (1950).

De acordo com o autor, mesmo quando os padrões de higiene não se mostram satisfatórios, a Capacidade Tampão pode ser um importante fator preventivo ao aparecimento das lesões de cárie e, segundo Ericsson e Makinen (1988), pacientes que possuem saliva com alta capacidade tampão tendem a ter menos cárie. Rodrigues et al. (2002) consideraram alta quando o valor do pH for superior a 4. No presente estudo, as médias de ambos os grupos estavam acima deste valor.

Como se pode observar, esta variável não apresentou diferença significativa em nível de 5% entre os tratamentos, ao ser avaliada pelo teste paramétrico na Tabela 7 ( $P=0,132$ ) e pelo teste não paramétrico, representado na Tabela 8 ( $P=0,08$ ). No entanto, na Figura 6, pode-se observar que, enquanto no grupo homeopatizado nove pacientes estavam com pH abaixo de 4, no grupo alopático, 22 encontravam-se nesta condição. Esses grupos, ao serem analisados pelos testes

“t” de Student (Tabela 6) e U de Mann Whitney (Tabela 8), não tiveram diferenças significativas, mas apresentaram médias maiores para o grupo tratado com Homeopatia.

Considerando os resultados apresentados nas Tabelas 5, 7 e 8, avaliou-se a saúde bucal dos pacientes, o que está evidenciado na Tabela 9. Nesta, o tratamento homeopático apresentou 30 pacientes com saúde bucal enquanto que, no alopático, três pacientes se apresentaram com saúde bucal, em função dos critérios escolhidos para esta variável.

Tendo em vista esta elevada proporção (1/10), alguns questionamentos começaram a ser levantados.

No presente estudo, o grau de escolaridade dos pais, através da análise bivariada, apresentou associação significativa, mostrando que os pais de pacientes que utilizavam Homeopatia possuíam maior grau de escolaridade (Tabela 10). Peres, Bastos e Latorre (2000) observaram que o grau de escolaridade elevado vem acompanhado de mais oportunidades de acesso à informação sobre saúde; portanto, crianças com pais nessas condições estão sujeitas a hábitos e condutas de saúde bucal mais saudáveis.

Desse modo, as questões socioeconômicas, como renda, tipo de escola em que os participantes da pesquisa estudavam e, principalmente, grau de escolaridade dos pais, tornaram-se de suma importância. No estudo realizado por Maltz e Silva (2001), foi encontrada forte correlação entre nível educacional dos pais e renda, mas correlações fracas, ou quase nulas, entre o nível educacional dos pais e os eventos examinados (CPO-D, CPO-S, ISG, ITF).

Por esta razão, foram realizados os testes da análise multivariada, Pillai's Trace, Wilk's Lambda, Hotelling's Trace e Roy's Largest Root (Tabela 11) em que se relacionaram os tratamentos com o grau de escolaridade dos pais, tendo como variáveis desfecho os Índices CPO-S e ceo-s, de Placa e Gengival, e a Velocidade do Fluxo e a Capacidade Tampão Salivar. Observa-se que, entre os tratamentos, houve para todos os testes realizados diferenças significativas, enquanto entre os graus de instrução não foram verificadas diferenças significativas. Quando foram

realizadas interações destes com os tratamentos também não ficou evidenciada nenhuma diferença significativa, exceto para o teste de Roy.

Na Tabela 13, estão discriminados os valores de F e a significância para todas as variáveis entre os tratamentos, e apenas o Índice CPO-S e a Capacidade Tampão Salivar não apresentaram diferenças significativas. Comparando-se com os testes “t” de Student e U de Mann Whitney, em relação ao CPO-S não houve coincidência. Esta situação em relação ao CPO-S pode ser devida à diferença significativa encontrada no teste de Levene (Tabela 12) que avalia as alterações das variáveis e mostra a diferença entre a sua distribuição.

Quando houve interação entre o tratamento e o grau de instrução dos pais, somente a variável Velocidade do Fluxo Salivar apresentou diferença significativa ( $P= 0,013$ ). Analisando-se esta interação através do teste de Tukey (Tabela 14), observa-se diferença entre os graus de instrução 2 e 3, nas médias do Fluxo Salivar de todo o grupo. Na Tabela 15, verifica-se que, no grau de instrução 2, o grupo alopaticizado, obteve a média mais baixa (0,65), diminuindo a média do total deste grupo (0,76); o grau 3 teve a média mais alta (1,03) deste grupo, elevando, assim, a média total. Portanto, a diferença está entre as médias da VFS dos grupos de grau de instrução de pacientes alopaticizados. Enquanto isto, os homeopaticizados mantiveram um padrão de equilíbrio entre as médias dos três grupos.

Conforme observam Medeiros Júnior et al. (1997) e Cintra et al. (2001), crianças que possuem problemas respiratórios e que necessitam de tratamento de uso contínuo exigem maiores cuidados odontológicos preventivos, pois as medicações alteram os fatores de proteção natural dos indivíduos.

O teste “t” de Student não é indicado para distribuições em que não se pode observar normalidade, sendo, então, indicado um teste não paramétrico.

Autores como Sanders e Trapp (1994) descrevem que, quando o tamanho da amostra é maior que 30, a distribuição das médias é “aproximadamente normal”, justificando-se, dessa forma, o uso de testes paramétricos, mesmo que a distribuição dos valores da variável não o seja. Mesmo assim, realizou-se o teste U de Mann Whitney e observou-se coincidência dos resultados, ou seja, diferenças significativas entre os grupos de tratamento (Tabelas 7 e 8).

A diferença entre as conclusões dos diferentes testes (“t” de Student, U de Mann Whitney e F) pode ser atribuída ao fato de que, neste último, a comparação entre os tratamentos não está sendo influenciada pela variável grau de instrução dos pais, já que esta foi controlada pela análise multivariada.

O teste de regressão logística seria outro teste indicado, no entanto as variáveis quantitativas teriam que ser dicotomizadas, com a conseqüente perda de informação.

A variável “perfil de saúde bucal” é dicotômica. Portanto, nesta pesquisa, calculou-se também a chance de as crianças terem saúde bucal, comparando-se os tratamentos pelo teste de regressão logística (Tabela 16). Tendo sido controlada a variável grau de escolaridade dos pais, encontrou-se 23,26 mais chance (Odds Ratio) de ter saúde bucal, quando o tratamento de eleição é a Homeopatia, e esta situação foi significativa. Em relação à variável grau de escolaridade dos pais, a chance de ter saúde bucal entre as crianças cujos pais chegaram ao 3º grau foi 2,54 e 3,83 maior do que aquelas cujos pais chegaram ao 1º e 2º graus, respectivamente. No entanto, os limites destes valores incluíam o número 1, mostrando que sua influência, nesta relação, não foi significativa (Tabela 16).

Em muitos estudos, encontram-se diferenças na prevalência de cárie de pacientes que estudam em escolas públicas e em escolas particulares. Os pacientes provenientes de escolas públicas possuem médias de CPO e ceo mais altas (NARVAI; CASTELLANOS; FRAZÃO, 2000; MALTZ e SILVA, 2001; FAVARINI, 2003). Observou-se, neste estudo, que os pacientes que utilizam Homeopatia freqüentavam mais escolas particulares do que os que utilizavam Alopátia, conforme Tabela 17. Também se constatou que os pais que tratavam seus filhos com Homeopatia possuíam maior grau de escolaridade e colocavam seus filhos, preferencialmente, nas escolas particulares, o que não foi observado em relação aos pais de maior escolaridade que utilizavam a terapia alopática (Tabela 18).

Através da análise de regressão logística, procurou-se controlar as variáveis – tipo de tratamento, grau de instrução dos pais, tipo de escola que freqüentavam em relação à chance de ter ou não ter saúde bucal. Na Tabela 20, ficou demonstrado que apenas o tratamento homeopático possui condição de proteção à saúde bucal.

Os pacientes que usam Homeopatia têm 95% de proteção, ou seja, 19,23 mais chances de terem saúde bucal.

A variável renda familiar apresentou associação significativa em relação aos níveis de instrução (Tabela 21), assim como Maltz e Silva (2001), e também em relação ao tipo de escola que seus filhos freqüentam (Tabela 22), mostrando que quem possui maior renda opta por colocar seus dependentes em escolas particulares. Mas não se encontrou associação significativa entre renda familiar e o tipo de tratamento utilizado (Tabela 23).

Os pais que optam por tratar seus filhos com a terapia homeopática, embora tenham maior grau de escolaridade (Tabela 10), escolham escolas particulares para seus filhos (Tabela 17) e atendimentos odontológicos em consultórios particulares ou com convênios (Tabela 19), não possuem maior renda, pois, em relação a esta variável, não houve associação significativa (Tabela 23).

Para se avaliar mais atentamente a condição socioeconômica da amostra estudada, relacionaram-se os dados descritos na Tabela 1, que discriminam os locais em que os pacientes recebiam atendimento médico, e como estes utilizavam o sistema, se particular, convênios ou planos de saúde. Conhecendo os valores pagos pelos planos de saúde ou convênio aos médicos, individualmente, verificou-se que os dois grupos apresentaram condições semelhantes quanto aos honorários pagos pelas consultas médicas.

Na Tabela 24, procurou-se, através da regressão logística, analisar a inter-relação entre tipo de tratamento utilizado, níveis de instrução dos pais, tipo de escola em que estudavam e renda familiar, com a condição de saúde bucal.

Ao introduzir a variável renda familiar no modelo, alterou-se o Odds Ratio do tratamento, aumentando-o de 19,23 (Tabela 20) para 38,46 (Tabela 24). Portanto, quando a renda é controlada, a chance da Homeopatia favorecer a saúde bucal é mais evidenciada.

No presente estudo, ao se associarem as diferentes variáveis – grau de escolaridade dos pais, tipo de escola, renda e tratamento – ao perfil de saúde bucal, observou-se ser o tratamento a variável que sempre exerceu maior influência. E,

ainda, analisando-se todos os tratamentos, o homeopático sempre se mostrou como fator de proteção à saúde bucal das crianças examinadas.

As variáveis dependentes – Índices CPO-S, ceo-s, Gengival e de Placa e a Velocidade do Fluxo Salivar e a Capacidade Tampão Salivar –, quando relacionadas aos tipos de tratamentos, homeopáticos ou alopáticos, sempre mostraram valores (médias, medianas e distribuição de freqüências) favoráveis à Homeopatia, porém nem sempre apresentando diferenças significativas.

De acordo com os estudos de Cintra et al. (2001) e de Medeiros Júnior et al. (1997), pacientes portadores de problemas respiratórios apresentam aumento nos índices de cárie e gengivite, presença de cálculos dentários, alteração na velocidade do fluxo salivar, decorrentes dos efeitos nocivos ou colaterais das medicações alopáticas utilizadas.

Percebe-se, neste estudo, que as crianças tratadas com Alopacia, realmente apresentaram condição semelhante à descrita nos trabalhos citados (MEDEIROS JÚNIOR et al., 1997; CINTRA et al., 2001), sendo talvez este tratamento o grande fator de agravamento das condições bucais destas, ao serem comparadas com as homeopatizadas. Logo, comparando com os estudos realizados em Porto Alegre por Schoenardie (1997), Maltz e Silva (2001) e Favarini (2003) (Quadros 1 e 2), guardadas as diferenças de idade e época de coleta dos dados dos mesmos, as condições bucais dos alopaticizados são piores (Tabela 7).

Conforme afirmam os homeopatas, suas medicações não causam efeitos nocivos que possam prejudicar qualquer órgão, ao contrário do que normalmente ocorre com a Alopacia, uma vez que elas atuam beneficiando o corpo na sua totalidade (VOISIN, 1982; GERBER, 2000). No presente estudo, evidenciou-se que as crianças tratadas por esta terapia sempre apresentaram melhor condição de saúde bucal, podendo-se dizer que, mesmo ao serem tratadas por problemas respiratórios, as medicações homeopáticas ou não influenciaram negativamente a saúde bucal, como as alopáticas, ou até as beneficiaram, pois as médias das variáveis pesquisadas foram menores do que as dos outros estudos realizados em Porto Alegre, conforme já citado.

Aspectos relacionados aos problemas respiratórios e tratamento que a amostra estudada apresentava estão relacionados nas Tabelas 25 e 26. Embora, no presente estudo, não tenha sido observada associação significativa entre os tratamentos quanto às crises, tanto antes como após o início dos tratamentos, pode-se verificar que houve diminuição das mesmas em ambos os tratamentos. Dos pacientes examinados, 11 que se tratavam com Homeopatia relataram ausência de crises após iniciarem este tipo de tratamento. Dos alopaticizados, oito relataram ausência das mesmas. Também outros aspectos referentes à saúde geral dos pacientes examinados não apresentaram associações significativas com os tratamentos (Tabela 29).

Segundo Tanaka e Rosenburg (1990), 75,9%, dos problemas de saúde apresentados, na faixa infantil e adolescência, são respiratórios e, quando tratados pela terapia homeopática, apresentam significativa melhora. No estudo de Moreira Neto (2001), realizado no Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza”, em São Paulo, verificou-se diminuição no número de consultas feitas pelos pacientes tratados com Homeopatia, que apresentavam problemas respiratórios.

Segundo destaca Moreira Neto (2001), “a melhora dos pacientes tratados com Homeopatia, mesmo que para problemas respiratórios, dá-se em relação ao estado patológico do todo, e não somente relacionada a um estado de crise”, não ocasionando, portanto, efeitos adversos em outros órgãos. Por outro lado, a ação das drogas ponderais ou alopáticas pode se apresentar como desencadeadora de outros problemas, geralmente longe do ponto ao qual se objetiva tratar, conforme citam Medeiros Júnior (1997), Cintra et al. (2001) e Souza et al. (2002).

O processo de cura na Homeopatia ocorre quando o estímulo energético produzido pelo medicamento desencadeia o reequilíbrio da força vital que anima o organismo, diminuindo, assim, a susceptibilidade para novos agravos e mantendo, ao mesmo tempo, o corpo em estado de saúde e harmonia (EIZAYAGA, 1992; MOREIRA NETO, 2001).

Na Tabela 30, que foi respondida pelos pacientes, encontram-se as respostas relacionadas a alguns aspectos odontológicos.

O motivo da última consulta e a ocorrência de cárie mostraram associações muito próximas da significância ao nível de 5%.

Conforme as Tabelas 64 e 65 (Apêndice 4) indicam, a revisão odontológica é mais freqüente entre os homeopatizados, assim como a menor ocorrência de cárie.

A variável local em que recebe atendimento odontológico (Tabela 19), apresentou diferença significativa, evidenciando que os pacientes que optam pela terapia homeopática procuram locais que, supostamente, lhe oferecem melhor atendimento (14 em consultórios particulares e cinco em sindicatos ou postos de saúde), enquanto que os alopaticizados (15) são atendidos em sindicatos ou postos de saúde e seis em consultórios particulares. Mais uma vez evidencia-se que os pais que tratam seus filhos com Homeopatia têm maior cuidado com saúde.

Segundo Luz (1996), os pacientes que se submetem à terapia homeopática são mais exigentes quanto à sociedade em que vivem (cobrando ações de cidadania dos governantes), quanto aos relacionamentos interpessoais (reconhecendo sua responsabilidade nos mesmos), quanto ao relacionamento paciente/profissional (exigindo um atendimento mais atencioso e de qualidade), e, também, quanto à atenção com os aspectos pessoais de higiene e alimentação. Talvez por isto sejam mais cuidadosos nas escolhas dos locais onde recebem também o atendimento odontológico. Já os alopaticizados aceitam e se submetem aos ditames da existência coletiva sem grandes questionamentos, remetendo para as instituições médicas a responsabilidade pela sua saúde. Aceitam a saúde como sinônimo de medicalização e não como algo inerente à sua individualidade. A saúde aparece, na prática, como uma mercadoria, sendo expropriada de seu verdadeiro dono, ou seja, o paciente. Dessa forma, são incentivadas as consultas médicas ambulatoriais por um lado, e o consumo de medicamentos por outro (LUZ, 1979).

Ilustrando esse processo, Queiroz cita (1986, p. 312): “Sob o ponto de vista da relação médico/paciente, o desenvolvimento da medicina ocidental moderna tem sido visto como um processo pelo qual o paciente perde a sua integridade e consciência de si mesmo e torna-se objeto de manipulação”.

Com todas essas observações, verifica-se que a saúde sai de sua condição existencial e passa para um mercado de bens de consumo, onde pode ser



recuperada. Esta recuperação dá-se através da ingestão de medicamentos e/ou ação invasiva dos profissionais da saúde, tudo em nome do mercado de trabalho, do consumo social, no qual saúde torna-se uma necessidade, na maioria das vezes, jamais satisfeita. A sociedade atual não permite sentir-se verdadeiramente saudável, pois sempre está “faltando algo”, seja no plano orgânico físico, no mental, no estético, no comportamental e até no espiritual, parecendo que ter saúde é ficção.

Segundo Cairo (199?) e Eizayaga (1992), a terapia homeopática induz ao autoconhecimento. Dessa maneira, estes pacientes preocupam-se em observar todos os aspectos de suas vidas, que podem alterar sua energia vital, como a alimentação e a higiene, por exemplo. Os pais dos pacientes homeopatizados só conseguem permanecer neste tratamento com seus filhos, porque são comprometidos com a observação dos mesmos e de tudo que possa beneficiá-los ou prejudicá-los.

Conforme Bellavite (2000), quem decide pelo tratamento homeopático procura estar em uma sociedade mais harmônica, com relacionamentos mais saudáveis e distribuição de renda mais equânime, não importando o quanto ganhem, mas, sim, como vivem. A qualidade de vida e a paz interior trazida pelo autoconhecimento é consequência da ação das medicações homeopáticas, mantendo estes indivíduos em situação de equilíbrio. Estes pacientes, normalmente, têm clara noção do que lhe é direito e dever, contribuindo para construção de relacionamentos mais amistosos e compreensivos.

Segundo Capra (1996), com o desenvolvimento humano, através das artes, das ciências, das culturas, dos pensamentos, o mundo interno, conforme o mundo externo, tornou-se mais complexo e diversificado, perdendo-se, assim, o contato com a natureza ou essência humana. Surgiu, então, uma tensão entre totalidade e fragmentação, entre corpo e alma. Por isso, existiram, e ainda existem, as divisões sociais, religiosas, esportivas, políticas partidárias, divisões de todos os tipos que tornam os seres humanos ainda hoje escravos. Escravos por estarem apegados a conceitos sólidos e permanentes que, na realidade, nada mais são do que transitórios e sempre em contínua mudança. Capra (1996) cita em seu livro **A Teia da Vida**: “tentando nos apegar às nossas rígidas categorias em vez de compreender

a fluidez da vida, estamos fadados a experimentar frustração após frustração” (1996, p. 229).

E são estas frustrações, segundo os homeopatas, que levam à criação mental das doenças e sua conseqüente manifestação no corpo físico.

Os pacientes que buscam a terapia homeopática geralmente o fazem após muito sofrimento por diagnósticos e tratamentos inadequados. Estes, geralmente, não se enquadram nos moldes das terapias convencionais.

Outra análise que pode ser feita é quanto aos custos desta terapia que, segundo Moreira Neto (2001), é muito mais acessível tanto para os pacientes, como para o Governo, pois diminui os gastos com medicações, com solicitações de exames complementares, com o número de consultas por paciente, com a busca por especialistas, sendo, também, facilmente enquadrada aos serviços de atendimento das unidades básicas de saúde. Após a consulta, o paciente que se trata com Homeopatia paga por sua medicação não mais do que R\$ 8,00, mostrando ser este mais acessível às condições econômicas da população em geral (BEARSI et al., 1992; MOREIRA NETO, 2001). Por outro lado, as medicações alopáticas, quanto mais evoluídas e de última geração, mais caras se tornam. O medicamento “Seretide®”, por exemplo, utilizado para bronquite asmática custa R\$ 84,50 com 60 doses, tendo como indicação o uso diário e contínuo.

Os estudos de Medeiros Júnior et al (1997), Cintra et al. (2001) e Souza et al. (2002) descreveram que as medicações alopáticas, indicadas para problemas respiratórios, prejudicam o equilíbrio da cavidade bucal, permitindo a instalação das doenças mais facilmente, o que foi evidenciado, neste estudo, pois os pacientes que eram submetidos a esta terapia apresentaram pior condição de saúde bucal, quando comparados aos homeopatizados que sempre evidenciaram valores mais favoráveis à saúde e harmonia das condições bucais. Saliente-se, também, que os pacientes homeopatizados apresentaram melhor condição de saúde bucal, até mesmo quando comparados aos outros estudos realizados em Porto Alegre.

Com os resultados achados nesta pesquisa, percebe-se, portanto, não haver semelhanças nas condições bucais dos dois grupos. Agora, por que ocorre esta tendência de mais saúde e equilíbrio nos pacientes tratados com Homeopatia é o

que deve ser questionado. Conforme Hahnemann explicou, quando compilou a doutrina homeopática no livro **Organon da Arte de Curar** (PUSTIGLIONE; CARILLO, 1994), “a doença só ocorre quando a energia vital que anima a vida é perturbada”. Como é uma força “invisível” ainda não mensurável, seus efeitos no organismo só são reconhecidos quando estiverem em desequilíbrio, como perturbações mórbidas de desconforto, dor e todas as manifestações anormais que levam à doença. Quando há saúde, esta força encontra-se em equilíbrio.

A percepção desta força ou energia vital como responsável pelo processo saúde/doença dos indivíduos é uma maneira peculiar de analisar o ser humano integralmente. A análise das características de pensar e agir do paciente é a forma como o profissional da saúde consegue chegar ao diagnóstico mais correto, pois este se aproxima daquilo que o paciente é verdadeiramente. Reconhecer a existência da susceptibilidade individual, procurar como são as reações do paciente pelo seu modo de pensar, agir e de se proteger, é o caminho para a identificação do modo como a energia vital desestruturada se manifesta.

Por isso, já não se pode mais deixar de lado os processos de criação da mente (PADILHA, 1999), ou seja, como a pessoa recebe e elabora, no seu íntimo, os acontecimentos diários e, conforme cita Teixeira (1996): “é a mente que representa o homem, sendo o corpo apenas um reflexo do que ela produz”.

Esta energia ligada ao corpo é encontrada, também, nas medicações homeopáticas, e pode ser a chave para elucidação dos agravos produzidos ao organismo. Assim, tudo que é manifestado na matéria (corpo físico), inicialmente, existe na mente criadora (energia) dos pacientes e dos próprios profissionais, confirmando as descobertas da Física Quântica (CAVALCANTI, 2000). Sendo assim, não se deve tratar apenas dos sintomas que o corpo físico apresenta, pois se pode estar correndo o risco de suprimir algo que vai manifestar-se em alguma outra parte do organismo, como pode ter ocorrido neste estudo, pois os pacientes alopaticizados apresentaram pior condição de saúde bucal. Eles estavam sendo medicados para tratar problemas respiratórios, que parecem trazer conseqüências clínicas bucais negativas, que, normalmente não são valorizadas (SOUZA et al., 2002). Então, a visão da atual medicina alopática é de tratar o problema que lhe parece ser o mais

importante, ou o mais grave, não levando em conta os agravos que podem aparecer, decorrentes deste tratamento, em órgãos mais nobres.

Esta energia que sustenta a vida e atua através das medicações homeopáticas ainda não é possível ser mensurada com os padrões de conhecimento disponíveis pela ciência atual. Por isso, talvez cause tanta desconfiança para os especialistas alopatas atuais, pois a cura observada parece ser algo metafísico e aceitável somente pela crença dos pacientes. Todavia, como explicar todos os resultados encontrados nesta pesquisa, assim como outras relacionadas a problemas de ordem geral (TANAKA; ROSENBERG, 1990; BEARSI, et al., 1992; MOREIRA NETO, 2001), senão confirmando que estas medicações atuam beneficiando o organismo na sua totalidade e, não, causando efeitos nocivos a outros órgãos. Pode-se, ainda, cogitar que, conforme dizia Hipócrates: “nossa natureza é o médico das nossas doenças”, tendo o profissional da saúde apenas o papel de orientador do paciente, deixando seu corpo agir e reagir sozinho, nunca sendo valorizada a doença e, sim, o paciente enfermo (BRUNINI, 1998). A natureza, no entanto, geralmente necessita de tempo para recuperar-se e pode haver desgaste excessivo na tentativa de encontrar a cura. Segundo Hahnemann, em alguns momentos, o organismo necessita para retornar ao equilíbrio de alguma informação que lhe recorde o estado de saúde, que é oferecida pelas medicações homeopáticas, acelerando o processo de cura. Para ele, tanto o fato de adoecer, assim como o de curar-se são fenômenos imateriais e dinâmicos (EIZAYAGA, 1992), identificados na atualidade pelas descobertas da Física Moderna (CAVALCANTI, 2000; ROCHA FILHO, 2003).

Segundo Luz (1997), a Homeopatia se opõe, frontalmente, à visão hegemônica de saúde vigente nas formações sociais do País, assim como no mundo. Além disso, é uma terapia de baixo custo que procura esclarecer o paciente, fazendo-o se apoderar da sua própria condição de saúde e de doença, levando-o a reconhecer qual é o seu papel real nestas situações. Por outro lado, a Alopatia, mesmo com toda evolução conseguida, não libera o paciente, tornando-o vítima do processo saúde/doença que é totalmente adaptado à lógica econômica de mercado. Assim, percebe-se porque a Homeopatia é tão desconsiderada, até mesmo como um caminho a ser desbravado pela academia.

A ciência atual, com todas as suas fascinantes descobertas, caminha para desvendar os mistérios até então reconhecidos somente por alguns metafísicos da Homeopatia. Mesmo com todas essas discussões, os homeopatas não querem e nem podem deixar de lado os grandes conhecimentos oferecidos pela ciência alopática, mas pretendem associar-se a ela e usufruir sua evolução.

A sabedoria da doutrina homeopática e o conhecimento científico da alopática, juntos, podem traçar um novo caminho que beneficie a toda a humanidade.

## 7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados encontrados, pode-se concluir que:

1. Os valores médios e os postos médios dos Índices CPO-S, ceo-s, de Placa e Gengival dos pacientes homeopatizados foram menores do que os valores dos alopaticizados, encontrando-se diferenças significativas ao nível de, no mínimo, 0,05 de probabilidade; os valores médios e os postos médios do Índice de Sangramento Gengival não foram significativamente diferentes, ao nível de 0,05 de probabilidade;
2. Os valores médios e os postos médios das variáveis Velocidade do Fluxo Salivar e Capacidade Tampão Salivar dos pacientes homeopatizados foram maiores do que os valores dos alopaticizados, porém não foram, significativamente diferentes ao nível de 0,05 de probabilidade, com exceção dos postos médios da Velocidade do Fluxo Salivar;
3. Tendo-se controlado a variável grau de instrução dos pais, observaram-se diferenças significativas, ao nível de, no mínimo, 0,05 de probabilidade, entre as médias dos tratamentos homeopático e alopático, quanto aos Índices ceo-s, de Placa e Gengival, e à variável Velocidade do Fluxo Salivar. Não se observou diferença significativa, ao nível de 0,05 de probabilidade, em relação ao Índice CPO-S e a variável Capacidade Tampão Salivar. As médias de todos os índices foram menores, e as médias das variáveis VFS e CTS foram maiores para o grupo tratado com Homeopatia;

4. A distribuição dos pacientes quanto às variáveis tratamento e perfil de saúde bucal apresentaram associação significativa ao nível menor que 0,0000 de probabilidade. O grupo tratado com Homeopatia apresentou maior frequência de indivíduos com saúde;
5. A distribuição dos pacientes, quanto à variável tratamento, apresentou associação significativa ao nível de, no mínimo, 0,05 de probabilidade com as distribuições dos pacientes quanto às variáveis socioeconômicas, grau de escolaridade dos pais, escolha pelo tipo de escola e atendimento odontológico para os filhos. Os pais dos pacientes homeopatizados apresentaram maior grau de escolaridade e optaram, preferencialmente, por atendimento odontológico e escolas particulares;
6. A distribuição dos pacientes quanto às variáveis tratamento e renda familiar não apresentaram associação significativa ao nível de 0,05 de probabilidade;
7. O tratamento homeopático, comparado com o tratamento alopático dos pacientes com problemas respiratórios, mostrou-se como fator de proteção à saúde bucal em 95%, tendo sido controladas as variáveis grau de instrução dos pais e tipo de escolas em que os filhos estudam;

Portanto, o tratamento homeopático, quando comparado ao tratamento alopático para pacientes com problemas respiratórios, apresentou-se como fator de proteção à saúde bucal, interferindo positivamente na mesma.

## **RECOMENDAÇÕES**

Tendo em vista os resultados encontrados nesta pesquisa, novos estudos são necessários, podendo contemplar grupos de pacientes com outras sintomatologias de desequilíbrio, ou doenças em que se evitaria a influência de medicações nocivas à saúde bucal, para, assim, comparar suas condições de saúde bucal.

Outra possibilidade seria um estudo experimental no qual os pacientes receberiam medicações homeopáticas como tratamento.



## REFERÊNCIAS

AL-HOSANI, E.; RUGG-GUNN, A. Combination of Low Parental Educational Attainment and High Caries Experience in Pre-School Children in Abu Dhabi. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 26, no. 1, p. 31-36, 1998.

ANDRADE, L. et al. A Randomised Controlled Trial to Evaluate the Effectiveness of Homoeopathy in Rheumatoid Arthritis. **Scand. J. Rheumatology**, Copenhagen, no.20, p. 204-208, 1991.

ARAÚJO, F. B; FIGUEIREDO, M. C. Promoção de Saúde em Odontopediatria. In: KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal**. 2. ed. ABOPREV, São Paulo: Artes Médicas, 1999. 475 p. cap.13. p. 285-361.

BAROLO, C. R. A Homeopatia e a AIDS – 12 Anos de Experiência, Reflexões e Dúvidas. **Rev. de Homeopatia da APH**, São Paulo, v.62, n. 3-4, p.3-45, 1997.

BARROS, E.R.C.; SCAPINI, C.; TOVO, M. F. Resultados da Fluoretação da Água. **RGO**, Porto Alegre, v. 41, n. 5, p. 303-308, set./out. 1993.

BASTIDE, M; LAGACHE, A. Le Paradigma des Signifiants: Schème D'Information Aplicable à l'Immologie et à l'Homéopathie. **Rev. Inter. Systémique**, Paris, n. 9, p. 237-249, 1995.

BEARSI, G. et al. Evolução de crianças asmáticas com Tratamento Homeopático. **Rev. de Homeopatia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 40-43, 1992.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖN, T. **Basic Epidemiology**. Geneva: WHO, 1993. 175p.

BELLAVITE, P. et al. El Principio Similia. **Br. Homeopathy J.**, London, v. 86, p. 73-85, Abr. 1999.

BELLAVITE, P. **Pesquisa Básica em Homeopatia II**. Da “força” da vida para a biodinâmica e biofísica. Conferência no encontro “Homeopatia no Século XXI”. Campinas: UNICAMP, Dez. 2000.

BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1987. 199 p. Cap. 3.

BERNARDO, F. et al. Proposta para Implantação de Atendimento Homeopático na Rede Pública. **Rev. de Homeopatia da APH**, São Paulo, v. 60, n.2, p.35- 38, 1995.

BETTONI, J. **Revolução de Paradigma na Psicologia**. Curitiba: Alexandria, 1999. 504 p.

BIOLCHINI, J. Revisão Epistemológica de alguns Conceitos Fundamentais da Homeopatia. **Rev. de Homeopatia da APH**, São Paulo, v.57, n. 1-2-3-4, p. 20-23, 1992.

\_\_\_\_\_. **Avaliação de efetividade, eficácia e eficiência em Homeopatia: desenhando estudos para utilidade externa e interna**. XXV Congresso Brasileiro de Homeopatia. Palestra. Rio de Janeiro: Luz Menescal Editores, 2000. p.162-165.

BONAMIN, L. V. A Homeopatia sob a Ótica dos Novos Paradigmas da Ciência: Revisão Bibliográfica. **Rev. de Homeopatia da APH**, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 27-32, 2001.

BORGES, S.M.N. Vida de Mulher: Estratégias de Sobrevivência no Cotidiano. In: **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. 10. ed. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1989. 474 p.

BRATHALL, D.; CARLSSON, J. Estudo Atual dos Testes de Atividades de Cárie. In: THYLSTRUP, A., FEJERSKOV, O. **Tratado de Cariologia**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988, cap.13. 388 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SEC. NAC. DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE. DIVISÃO NAC. DE SAÚDE BUCAL. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana**, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 133 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SEC. NAC. DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE. DIVISÃO NAC. DE SAÚDE BUCAL. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal, Cárie Dentária, Capitais: Índices CPO por idade segundo Região e UF, período 1996**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br.sbucal/abbr.def.>> Acesso em: 22 abr. 2001d.

BRENNAN, B. A. **Mãos de Luz**. Um guia para a cura através do campo de energia humana. 8. ed. São Paulo: Pensamento, 1987. 384 p.

\_\_\_\_\_. **Luz Emergente**. A jornada da cura pessoal. 9. ed. São Paulo: Cultrix – Pensamento, 1993. 521p.

BROWN, L. J.; LÖE, H. Prevalence, Extent, Severity and Progression of Periodontal Disease. **Periodontology 2000**, Copenhagen, v.2, p. 57-71, June 1993.

BRUNINI, C. **Aforismos de Hipócrates**. São Paulo: Typus, 1998. 180 p.

CAIRO, N. **Guia de Medicina Homeopática**. 22. ed. São Paulo: Ed. Teixeira, [199-?].1058 p.

- CARLINI, E. L. A. Uma Abordagem Científica da Homeopatia. **Rev. Ciência Hoje**. São Paulo, v. 7, n. 39, 1988.
- CAPRA, F. **O Tão da Física**. 2.ed. São Paulo: Pensamento Cultrix, 1983. 260 p.
- \_\_\_\_\_. **O Ponto de Mutação**. 4. ed. São Paulo: Pensamento Cultrix, 1986. 448 p.
- \_\_\_\_\_. **A Teia da Vida**. 6. ed. São Paulo: Pensamento Cultrix, 1996. 256 p.
- \_\_\_\_\_. **As Conexões Ocultas: Ciência para uma Vida Sustentável**. 2 ed. São Paulo: Pensamento Cultrix, 2002. 295 p.
- CAVALCANTI, R. **O Retorno do Sagrado**. São Paulo: Cultrix, 2000. 214 p.
- CÉSAR, A. T. O Medicamento Homeopático nos Serviços de Saúde. **Rev. de Homeopatia APH**, São Paulo, v. 66, n.1, 2001.
- CHARON, J. E. **O Espírito este Desconhecido**. São Paulo: Melhoramentos, 1980. 194 p.
- CHAVES, S. C; SANTOS, R. J; SOUZA, P. Determinantes Socioeconômicos e a Saúde Bucal: Um Estudo das Condições de Vida e Saúde em Crianças com Idade entre 3 e 5 anos na Cidade de Salvador – Bahia (1996). **Rev. da ABOPREV**, São Paulo, v. 1, n.1, p.3-8, 1998.
- CINTRA, C. et al. Alterações da Cavidade Bucal em Crianças Asmáticas. **Rev. Bras. Alergia e Imunopatologia**. São Paulo, v.24, n. 1, p. 33-36. 2001.
- CLEATON-JONES, P.; CHOSAC, A.; HARGREAVES, J. A. Dental Caries and Factors in 12-years-old South African Children. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, no. 22, p. 25-29, 1994.
- COHEN, D. W et al. A comparison of Bacterial Plaque Disclosants in Periodontal Disease. **J. Periodontol.**, Chicago, June. p.333-338. 1972.
- DAVENAS, E. Human Basophil Degranulation Triggered By Very Dilute Antiserum Against IgE. **Nature**, London, v. 333, p. 816-818, 1988.
- DEF.; ZAMBON, G. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. **JBM**, Jornal Brasileiro de Medicina, São Paulo: EPUB, 2000/01.10056p.
- DEMARQUE, D. **Homeopatia: Medicina de Base Experimental**. 2.ed. Ribeirão Preto. São Paulo: Museu de Homeopatia Abrahão Brickmann, 2002. 363 p.
- DIMENSTEIN, G. **O Cidadão de Papel**. A infância, a Adolescência e os Direitos Humanos no Brasil. 12.ed. São Paulo: Ática, 1996. 157 p.
- DREHMER, T. **Estudo Epidemiológico do Potencial Hidrogeniônico da Placa Dentária em Escolares de 14 anos do sexo masculino**. 221 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, USP. São Paulo. 1988.
- DULCETTI, O. **Homeopatia em Odontologia**. São Paulo: Andrei, 1992. 140 p.

EGITO, J. L. **Homeopatia: Contribuição ao Estudo da Doutrina Miasmática**. 2 ed. São Paulo: Elcid, 1980. 253 p.

EIZAYAGA, F. X. **El Moderno Repertorio de Kent**. Buenos Aires: Marecel. Argentina 1991. 855 p.

\_\_\_\_\_. **Tratado de Medicina Homeopática**. 3.ed. Buenos Aires: Marecel, 1992. 399 p.

ERICSON, Y. Clinical Investigations of the Salivary Buffering Action. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 17, p. 131, 1950.

ERICSON, T. M.; MAKINEN, K. Saliva – Formação, Composição e Possível Função. In: THYLSTRUP, A ; FEJERSKOV, O. **Tratado de Cariologia**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988. p. 16-32.

ESCOSTEGUY, C. C. et al. Sistema de Informações Hospitalares. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo. n. 36. v. 4, p. 491-499, 2002.

FAVARINI, M. O. **Escolares livres de cárie e severidade da doença aos 12 anos em dois distritos de saúde de Porto Alegre, 2002.**, 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, UFRGS, Porto Alegre 2003.

FLORES, E. M. T. L. **Percepções, Conhecimentos, Comportamentos e Representações Sociais de Saúde e Doença Bucal de Adolescentes**. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, UFRGS, Porto Alegre, 2001.

FREITAS, L. S.; CAMARGO, L. B. Critérios de Avaliação Metodológica. **Rev. de Homeopatia APH**, São Paulo, v. 58, n. 1-2-3-4, p 26-31, 1991.

FREYSLEBEN, G; PERES, M. A.; MARCENES, W. S. Prevalência de Cárie e CPO-D Médio em Escolares de 12 a 13 anos de Idade nos anos 1971 e 1997, Região Sul, Brasil. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n. 3, p. 304-308, jun. 2000.

GADOTTI, M. **Educação e Poder: Introdução à Pedagogia do Conflito**. 8.ed. São Paulo: Cortez: autores associados, 1988. 143 p.

GERBER, R. **Medicina Vibracional**. 12.ed. São Paulo: Cultrix, 1997. 463 p.

\_\_\_\_\_. **Um Guia Prático de Medicina Vibracional**. São Paulo: Cultrix, 2000. 448 p.

GESSER, H. ;PERES, M; MARCENES, W. Condições Gengivais e Periodontais Associadas a Fatores Socioeconômicos. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, n.35. v.4, p. 289-293, 2001.

GIORGI, J. J.; GIORGI, M. S. **A Aplicação da Homeopatia em Odontologia: Roteiro de Estudo**. São Paulo: Homeodonto, 1999. 80 p.

GONÇALVES, E. R.; PERES, M. A ; MARCENES, W. Cárie Dentária e Condições Sócio-econômicas em Estudo Transversal com Jovens de 18 anos de Idade em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 699-704, maio-junho, 2002.

HAUGEJORDEN, O. Changing Time Trend in Caries Prevalence in Norwegian Children and Adolescents. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.22, no.4, p. 220-225, Aug. 1994.

HEFFERREN, J. J. et al. Use of Ultraviolet Illuminations in Oral Diagnosis. **JADA.**, Chicago, no. 82, p.1353-1360, June 1971.

HEISENBERG, W. **A Parte e o Todo**. Rio de Janeiro. R. J: Contraponto, 1996. 286 p.

JACOBS, J. et al. Homoeopathic treatment of acute childhood diarrhoea. A randomized clinical trial in Nicarágua. **Br. Homoeopathic J.**, London, no. 82, p. 83-86, 1993.

JANSEN, G. H. et al. Lessons learnt from an unsuccessful clinical trial of homoeopathy. **Br. Homoeopathic J.** London, no. 81, p. 132-138, 1992.

KLEIJNEN, J.; KNIPSCHILD, P.; RIET, G.T. Clinical Trials of Homeopathy. **Br. Medical J.** London, v. 302, p. 316-323. 1991.

LACERDA, P. **As Bases Terapêuticas da Homeopatia e Homotoxicologia em Odontologia**: Manual Prático. São Paulo: Revinter, 1993. 122 p.

LAGACHE, A.; BASTIDE, M. Unité du Savoir, Pluralité dès Méthodes: Introduction à la Compréhension de l'Homéopathie. **Rev. Internationale dès Médecines non Conventionnelles**, Paris, 1997.

LANDIS, R. J.; KOCH, G. G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. **Biometrics**, Washington, v. 33, p. 159-174, Mar. 1977.

LANG, N. P.; OSTERGAARD, E.; LÖE, H. A Fluorescent Plaque Disclosing Agent. **Journal Periodont Res.**, Copenhagen, n. 7, p. 59-67. 1972.

LARSEN, M. J.; BRUUN, C. Esmalte – Saliva: Reações Químicas Inorgânicas. In: THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Tratado de Cariologia**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988. p. 169-193.

LESSELL, C. B. **The Infinitesimal Dose** – The Scientific Roots of Homoeopathy. England: Biddles; 1994. 128 p.

LEMKOW, A. F. **O Princípio da Totalidade**. A Dinâmica da Unidade na Religião, Ciência e Sociedade. São Paulo: Aquariana, 1992. 415 p.

LINDE, K. et. al. Are the Clinical Effects of Homoeopathy Placebo Effects? A Meta-Analysis of Placebo-Controlled Trial. **The Lancet**, no. 350, v. 834-843. 1997.

LOBATO, O. Medicina psicossomática e homeopatia: semelhanças e dessemelhanças. **Rev. de Homeopatia**, Porto Alegre, n. 2, p. 26-28. Jun. 1992.

LÖE, H. The Gingival Index, the Plaque Index and the retention Index System . **Journal of Periodont.** v. 38, p.610- 616, 1967.

LÖE, H.; SINESS, J. Periodontal Disease in Pregnancy. Prevalence and Severity. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 21, p.533-537, 1963.

LÖKKEN, P. et al. Effect of Homoeopathy on Pain and Other Events after Acute Trauma: Placebo Controlled Trial with Bilateral Oral Surgery. **Br. Homoeopathic J.** London, no. 310, p. 1439-1442, 1995.

LUZ, M. **As Instituições Médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, p. 61-62, 1979

LUZ, M. **A Arte de Curar Versus a Ciência das Doenças: História Social da Homeopatia no Brasil**. São Paulo: Dynamis, 1996. 342 p.

\_\_\_\_\_. Novas Realidades em Saúde, Novos Objetos em Ciências Sociais. In: CANESQUI, A. M. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: ABRASCO, 1997.

MAGALHÃES, T. M. L. Eficácia Clínica da Homeopatia: Revisão de Literatura. **Rev. de Homeopatia APH**. São Paulo, v. 65, n. 1, p 5-25, 2000.

MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da Doença Cárie. In: KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal**. ABOPREV. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 475 p. cap.4, p.71-91.

MALTZ, M.; SILVA, B. Relação entre Cárie, Gengivite e Fluorose e Nível Socioeconômico em Escolares. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n 2, p. 170-176, 2001.

MARCENES, W.; BÖNECKER, M. Promoção de Saúde Bucal. In: BUISCHI, Y. P. **Aspectos Epidemiológicos e Sociais das Doenças Bucais**. São Paulo: Artes Médicas. EAP, APCD. 1999. 360 p. cap. 4, p. 74-98.

MARLAY, E. The Relationship Between Dental Caries and Salivary Properties at Adolescence. **Aust. Dent. J.** Sydney, v. 15, n.5, p. 412-422, Oct. 1970.

MARTHALER, T. M. The Prevalence of Dental Caries in Europe 1990-1995. **Caries Res.**, Basel, v.30, n. 4, p. 237-255, July./Aug. 1996.

MEDEIROS JÚNIOR, A. et al. Estudo de Parâmetros Salivares em Crianças Asmáticas Usuárias de Antiinflamatórios. **Rev. Bras. de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 188-194, 1997.

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica: Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médica**. Belo Horizonte, PUC MG, 1985. 124p.

\_\_\_\_\_. **Uma Agenda para a Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Cap. 1; 2 e 3. 1999. 300 p.

MINAYO, M. C. Na Dor do Corpo o Grito da Vida. In: **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1989. 474 p.

MONTEIRO, A. N. Energia Vital - Energia Psíquica. **Rev.de Homeopatia**, Porto Alegre, n. 2, p. 29-31, Jun. 1992.

MORITA, T. **Manual de Soluções, Reagentes e Solventes**: padronização, preparação e purificação. 2.ed. São Paulo: Blücher, 1972. 629 p.

MOYSÉS, S. J. O Conceito de Promoção de Saúde na Construção de Sistemas de Atenção em Saúde Bucal Coletiva. In: KRIEGER, L. ABOPREV. **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 371-407.

MICHAUD, J. **Ensino Superior de Homeopatia – Homeopatia Geral**. São Paulo: Andrei, v. 1, 1998. 210 p.

\_\_\_\_\_. **Ensino Superior de Homeopatia – Homeopatia Diastésica**. São Paulo: Andrei. 1998. v.2, 264 p.

\_\_\_\_\_. **Ensino Superior de Homeopatia – Homeopatia Clínica**. São Paulo: Andrei, 1998. v.3, 229 p.

MOREIRA NETO, G. Homeopatia em Unidade Básica de Saúde: Um Espaço Possível. **Rev. de Homeopatia APH**, São Paulo, v. 66, n. 1, p 5-26, 2001.

NADANOVISKY, P.; SHEIHAM, A. Relative Contribution of Dental Services to the Changes en Caries Levels of 12- year-old Children in 18 Industrialized Countries in the 1970s and Early 1980s. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 23, no. 6, p.331-339, Dec. 1995.

NARVAI, P.; CASTELLANOS, R.; FRAZÃO, P. Prevalência de Cárie em Dentes Permanentes de Escolares de Município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34(2), p. 196-200, 2000.

OPPERMANN, R. V.; RÖSING, C. K. Prevenção e Tratamento das Doenças Periodontais. In: KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal**. ABOPREV. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 475 p, cap.12, p. 257-281.

PADILHA, D. Cura Homeopática e a Racionalidade Médica. **Rev. de Homeopatia da APH**, São Paulo, v. 64, n. 1, 2, 3, 4, 1999.

PERES, K. G.; BASTOS, J. R. M.; LATORRE, M.R. Severidade de Cárie em Crianças e Relação com Aspectos Sociais e Comportamentais. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo: n.34, v.4, p.402-8, 2000.

PIETTRE, B. **Filosofia e Ciência do Tempo**. Bauru, SP: Edusc, 1997. 250 p.

PINTO, V. G. Índice de Cárie no Brasil e no Mundo. **RGO**, Porto Alegre, v. 44, n. 1, p. 8-12, jan./fev.1996.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia da Doenças Bucais no Brasil. In: KRIEGER, L. **Promoção de Saúde Bucal**. 2. ed, São Paulo: Aboprev, 1999. Cap. 2, p.27-41.

POITEVIN, B. É possível Avaliar a Homeopatia?. **Rev. de Homeopatia da APH**, São Paulo, v. 58, n. 1-2-3-4, 1991.

POITEVIN, B. Mecanismos de Ação dos Medicamentos de Uso Homeopático. Dados Recentes e Hipóteses. Primeira Parte: Mecanismos Físico-Químicos. **Rev. de Homeopatia da APH**. São Paulo, v. 59, n. 1, 1994.

PUSTIGLIONE, M. Homeopatia e Pesquisa: Dificuldades Práticas. **Rev. de Homeopatia da APH.**, São Paulo, v. 56, n. 1-2-3-4, p.10-15. 1991.

PUSTIGLIONE, M; CARILLO, R. J. **Organon da Arte de Curar de Samuel Hahnemann**. São Paulo, Homeopatia Hoje, 1994. 205p.

QUEIROZ, M. S. O Paradigma Mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: Uma Perspectiva Antropológica. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 309-317, 1986.

QUIGLEY, A. G; HEIN, J. W. Comparative Ceansing Efficiency of Manual and Power Brushing. **JADA**, Chicago, v. 65, p.26-9, 1962.

REILLY, D. T. et al. Is Homeopathy a Placebo Response? **The Lancet**, London, v. II, no. 8512, p 881-885, 1986.

ROCHA FILHO, J.B. **O Conceito de Realidade** – Qual o objetivo da Psicologia, afinal? Porto Alegre: PUC, 2002.

\_\_\_\_\_. **Física e Psicologia**. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: EDIPUCRS. 2003. 139 p.

RODRIGUES, D. B. et al. Prevalência de Cárie Dental e Capacidade Tampão da Saliva em Escolares de 7 a 14 Anos de Idade. **Jornal Brasileiro de Odontopadiatria & Odontologia do Bebê**. **JBP**, São Paulo, v. 5, n. 24, p.125-129. mar./abr. 2002.

ROETERS, J. et al. Dental Caries and Its Determinants in 2 to 5 year-old Children. **J. Dent. Child.**, Chicago, v. 62, no. 6, Nov-Dec., p. 401-408, 1995.

ROMANACH, A. K. **Homeopatia em 1000 Conceitos**. São Paulo: ELCID, 1993. 624 p.

SAMPAIO, M. S. **Odontologia Holística: A Natureza, os Dentes e a Saúde**. São Paulo: Mythos, 1994. 177 p.

SANDERS, B. D.; TRAAPP, R. G. **Basic e Clinical Biostatistics**. 2 ed. New Jersey, USA: Lange Medical Book, 1994. 344 p.

SCHEMBRI, J. Considerações e Propostas para os Problemas de Saúde. **Rev. de Homeopatia APH**, São Paulo, v. 62, n. 1-2, p. 6-15, 1997.

SCHOENARDIE, A. B. **Avaliação da Prevalência de Cárie e de Gengivite em Escolares de Porto Alegre em 1975 e em 1996**. 110 f. Dissertação (Mestrado em Patologia Bucal) – Faculdade de Odontologia, UFRGS, Porto Alegre, 1997.



SIEGEL, S. **Estatística Não-paramétrica** - Para as Ciências do Comportamento. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1975. 350 p.

SILVA, W.R.G. As Substâncias Homeopáticas Medicamentosas Observam Patamares Quânticos? **J. Força Vital**, São Paulo, n. 21, set./out. 1999.

SILVA, B. B.; MALTZ, M. Prevalência de Cárie, Gengivite e Fluorose em Escolares de 12 anos de Porto Alegre, RS, Brasil, 1998/1999. **Rev. Pesq. Odont. Brasileira**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 208-214, Set. 2001.

SOUZA, M. I. Potencial Cariogênico dos Xaropes para Doenças Respiratórias Prolongadas. **Jornal Brasileiro de Odontoped.& Odontol. do Bebê**, São Paulo, v. 5, n. 25, p. 209-214. 2002.

SUSIN, C. RÖSING, C. K. **Praticando Odontologia Baseada em Evidências**. Canoas: Ulbra, 1999. 176 p.

TANAKA, O.Y.; ROSENBERG, G.P. Análise da Utilização pela Clientela de uma Unidade Ambulatorial da Secretaria de Estado de São Paulo. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, n. 24, p. 60-68, 1990.

TEIXEIRA, M. Z. Estudo sobre Doses e Potências Homeopáticas. **Rev. de Homeopatia da APH**, São Paulo, v. 60, n. 1, 1995.

\_\_\_\_\_. Agravação e Prognóstico em Homeopatia. **Rev. de Homeopatia da APH.**, São Paulo, v. 62, n. 1-2, 1997.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia Clínica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1995. 421 p.

TOMASSINI, R. Similitude, Individualidade, Geometria Fractal – Regras da Natureza para Entender a Homeopatia. **Rev. de Homeopatia da APH**, São Paulo, v. 59, n. 2. 1994.

TRAEBERT, J. et al. Prevalência e Severidade da Cárie Dentária em Escolares de 6 e 12 anos de Idade. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, p. 283-284, 2001.

\_\_\_\_\_. Prevalência e Severidade de Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento Odontológico em Pequenos Municípios Brasileiros. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 817-823, maio/jun. 2002.

ULLMAN, D. **Homeopatia Medicina para o Século XXI**. 10.ed. São Paulo: Cultrix, 1995. 344 p.

VIJNOVSKY, B. **Tratado de Matéria Médica Homeopática**. 2.ed. Buenos Aires, v. 1, 1992. 790 p.

\_\_\_\_\_. **Tratado de Matéria Médica Homeopática**. 2.ed. Buenos Aires, v. 2, 1992. 552 p.

\_\_\_\_\_. **Tratado de Matéria Médica Homeopática**. 2.ed. Buenos Aires, v. 3, 1992. 695 p.

VOISIN, H. **Terapêutica e o Repertório Homeopáticos do Clínico**. 2.ed. São Paulo: Andrei, 1982. 649 p.

WEYNE, S. C. A construção do Paradigma de Promoção de Saúde. In: KRIEGER, L. ABOPREV: **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 475 p.

WELKOWITZ, J.; EWEN, K.; COHEN, J. **Introductory Statistics Sciences**. 3. ed. Acad. Press, London, 1972.

ZUMAÊTA, G. Avaliação da Velocidade do Fluxo Salivar e Capacidade Tampão Salivar em Crianças Submetidas à Quimioterapia para Tratamento de Câncer. **Rev. da Faculdade de Odont. da UFBA**. Bahia, v. 18, p. 6-8, jul./dez. 1999.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
 MESTRADO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

### Termo de Consentimento Informado

Por este instrumento de consentimento, por mim assinado, dou plena autorização ao Curso de Mestrado em Odontologia da UFRGS, através da pesquisadora CD. Jussara Diffini Santa Maria e sua orientadora Profa. Dra. Tânia Drehmer, a realizar os exames clínicos bucais, em meu filho, necessários para a pesquisa.

Sei que serão realizados exames clínicos dentários, avaliações dos índices de placa e gengival, assim como exames salivares. Foram-me explicados como serão realizados todos estes exames. Estou ciente que estes exames não poderão prejudicar meu filho, pois são de uso consagrado e reconhecidos pela comunidade odontológica nacional e internacional e ainda que não haverá ônus para mim ou para meu filho na participação desta pesquisa.

Para realização dos exames, sei que deverei comparecer com meu filho ao consultório particular da CD. Jussara, situado na Av. dos Andradas, 1464 conj.141 no centro de Porto Alegre, com horário marcado de acordo com a minha preferência e necessidade de meu filho.

Após a realização dos exames, meu filho receberá orientação alimentar e de higiene dentária, bem como profilaxia profissional, caso necessite.

Caso necessite de maiores informações poderei contatar com a CD. Jussara pelo telefone 32288487 e com a Profa. Dra. Tânia, na Faculdade de Odontologia da UFRGS, pelos telefones 33165015 ou 33165267.

Autorizo, assim, o meu filho,..... a participar deste trabalho de pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003.

-----  
 Assinatura do pai, mãe, tutor ou responsável legal

RG nº: \_\_\_\_\_

CIC nº: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2: FICHA CLÍNICA PARA COLETA DE DADOS

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Índice de Placa (IP)

		V	P	M	D
17					
16					
15	55				
14	54				
13	53				
12	52				
11	51				
		V	P	M	D
21	61				
22	62				
23	63				
24	64				
25	65				
26					
27					
		V	L	M	D
37					
36					
35	75				
34	74				
33	73				
32	72				
31	71				
		V	L	M	D
41	81				
42	82				
43	83				
44	84				
45	85				
46					
47					

## Índice Gengival (IG)

		V	P	M	D
17					
16					
15	55				
14	54				
13	53				
12	52				
11	51				
		V	P	M	D
21	61				
22	62				
23	63				
24	64				
25	65				
26					
27					
		V	L	M	D
37					
36					
35	75				
34	74				
33	73				
32	72				
31	71				
		V	L	M	D
41	81				
42	82				
43	83				
44	84				
45	85				
46					
47					

**Códigos:**

- 0 – Ausência de placa
- 1 – Pontos esparsos de placa
- 2 – Placa na margem gengival
- 3 – Placa 1/3 da sup. Coronária
- 4 – Placa 2/3 da sup. coronária
- 5 – Placa em mais de 2/3 da sup. cor.

**Códigos:**

- 0 – Gengiva normal
- 1 – Infl. leve, sem sang. à sondagem
- 2 – Infl. mod., sang. à sondagem
- 3 – Infl. severa, sang. espontânea

## Exame clínico dentário

		V	P	M	D	O
17						
16						
15	55					
14	54					
13	53					
12	52					
11	51					
		V	P	M	D	O
21	61					
22	62					
23	63					
24	64					
25	65					
26						
27						
		V	L	M	D	O
37						
36						
35	75					
34	74					
33	73					
32	72					
31	71					
		V	L	M	D	O
41	81					
42	82					
43	83					
44	84					
45	85					
46						
47						

## CÓDIGOS CPO-S / ceo-s

- 0 – SUPERFÍCIE HÍGIDA / SELANTE
- 1 – MANCHA BRANCA ATIVA
- 2 – MANCHA BRANCA INATIVA
- 3 – CAVIDADE ATIVA
- 4 – CAVIDADE INATIVA
- 5 – RESTAURAÇÃO ÍNTEGRA
- 6 – RESTAURAÇÃO ALTERADA (defeituosa)
- 7 – TRAUMATISMO
- 8 – RECIDIVA DE LESÃO DE CÁRIE
- 9 – EXTRAÍDO POR CÁRIE
- 10 – ESPAÇO VAZIO (não erupcionado ou extraído por motivo ortodôntico)
- 11 – RAÍZES RESIDUAIS

FLUXO SALIVAR

ml/5min

CAPACIDADE  
TAMPÃO SALIVAR

## PERFIL DO PACIENTE EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL:

**COM SAÚDE BUCAL**     ( )  $IP \leq$  DO QUE A MEDIANA     $IG \leq$  DO QUE A MEDIANA

EXAME CLÍNICO DENTÁRIO = AOS CÓDIGOS 0 E/OU 2, 4, 5, 6, 7, 9 e 10.

**SEM SAÚDE BUCAL**     ( )  $IP >$  DO QUE A MEDIANA     $IG >$  DO QUE A MEDIANA

EXAME CLÍNICO DENTÁRIO = AOS CÓDIGOS 1 E/OU 3, 8, 11

**APÊNDICE 3:**  
**QUESTIONÁRIO SOBRE A CRIANÇA (ADOLESCENTE) – PARTE A**  
(A ser preenchido pelos responsáveis)

**Nº DO QUESTIONÁRIO:** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1. Nome do pai: \_\_\_\_\_  
ocupação: \_\_\_\_\_ grau escolaridade: \_\_\_\_\_

2. Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
ocupação: \_\_\_\_\_ grau escolaridade: \_\_\_\_\_

3. Nome da criança: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Sexo: \_\_\_\_\_ 5. Nac.: \_\_\_\_\_ 6. Nat.: \_\_\_\_\_

7. Data de nasc.: \_\_\_\_\_ 8. Idade: \_\_\_\_\_

9. End. Res.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cep.: \_\_\_\_\_

10. Mora com: ( ) pai ( ) mãe ( ) ambos ( ) outros

11. Nasceu em Porto Alegre? ( ) sim ( ) não Qual outra cidade? \_\_\_\_\_

12. Há quanto tempo mora em Porto Alegre? \_\_\_\_\_

13. Tel. para contato: \_\_\_\_\_

14. Estuda em escola: 1. ( ) pública 2. ( ) particular

15. Qual o nome da escola? \_\_\_\_\_

16. Qual a série que está cursando? \_\_\_\_\_

17. Gestação: ( ) a termo, 9 meses ( ) prematuro

18. Parto: ( ) normal ( ) cesariana ( ) outros

19. Amamentação materna: \_\_\_\_\_ até que idade: \_\_\_\_\_

Mamadeira: \_\_\_\_\_ a partir de que mês: \_\_\_\_\_

20. Usou chupeta? \_\_\_\_\_ até que idade: \_\_\_\_\_

21. Tem algum dos hábitos orais, citados abaixo :

- chupar dedo       roer unha, lápis, etc.     morder o lábio, a bochecha  
 sugar o lábio       interpor a língua entre os dentes da frente

outros:\_\_\_\_\_

22. Com que idade foi feita a primeira visita ao dentista?\_\_\_\_\_

23. Em qual (is) serviço(s) odontológico abaixo, seu filho(a) é atendido(a) com mais frequência? ( múltipla escolha)

1.  Consultório particular
2.  Consultório particular com convênio
3.  Consultório do posto de saúde
4.  Consultório do sindicato
5.  nenhuma resposta
6.  outro. Qual?\_\_\_\_\_

24. Com que frequência leva ele(a) ao dentista?\_\_\_\_\_

25. Quando foi a última visita do seu filho(a) ao dentista:\_\_\_\_\_

Qual foi o motivo:\_\_\_\_\_

26. Quais os problemas de saúde que já teve:\_\_\_\_\_

27. Quais os que ainda tem:\_\_\_\_\_

28. Cirurgias que já fez:\_\_\_\_\_

29. Qual o tipo de problema respiratório que seu filho sofre:

- Bronquite asmática       Gripes de repetição  
 Sinusite       Amigdalite de repetição  
 Otites  
 Outras:\_\_\_\_\_

30. Com que frequência ele mantém estas crises?

- quinzenal  
 mensal  
 trimestral  
 semestral  
 anual  
 outras:\_\_\_\_\_

31. Usa tratamento Alopático:\_\_\_\_\_ Usa tratamento Homeopático:\_\_\_\_\_



32. Medicamentos que está usando: ( ) alopáticos ( ) homeopáticos  
Qual(ais)? Citar os nomes: \_\_\_\_\_

33. Alguns destes medicamentos é usado:  
( ) diariamente ( ) semanalmente ( ) mensalmente

34. Como ficou a frequência das crises após o tratamento realizado:  
( ) ausente  
( ) quinzenal  
( ) mensal  
( ) trimestral  
( ) semestral  
( ) outras: \_\_\_\_\_

\* Qual a renda familiar? (questionado por telefone) \_\_\_\_\_  
( ) até 2 salários mínimos  
( ) de R\$ 241,00 até R\$ 960,00  
( ) de R\$ 961,00 até R\$ 1680,00  
( ) de R\$ 1681,00 até R\$ 2400,00  
( ) mais de R\$ 2400,00

**QUESTIONÁRIO PESSOAL- PARTE B**  
(a ser preenchido pelo próprio paciente)

35. Você já teve cárie?                      (   ) sim                                      (   ) não

36. Assinale abaixo as três razões mais importantes para limpar os dentes:

1. (   ) manter os dentes na boca o máximo possível
2. (   ) evitar tratamentos grandes
3. (   ) ter boa aparência
4. (   ) prevenir doenças
5. (   ) para evitar dor e futuros problemas
6. (   ) ter saúde

37. Assinale os três problemas bucais que mais o preocupam:

1. (   ) Dentes manchados                      4. (   ) Dentes desalinhados
2. (   ) Cárie dentária                              5. (   ) Gengivas inchadas e com sangramento
3. (   ) Fratura ou perda dos dentes      6. (   ) Aftas

38. O que você acha que causa cárie nos dentes? (pode assinalar mais de uma)

1. (   ) Comer alimentos muito duros
2. (   ) Germes, bactérias
3. (   ) Comidas doces, lanches
4. (   ) Antibióticos
5. (   ) Alimentos entre os dentes
6. (   ) Não escovar ou escovação inadequada

39. Como você acha que uma pessoa deve cuidar dos dentes? (pode assinalar mais de uma)

1. (   ) indo ao dentista                              2. (   ) evitando comer doces
3. (   ) escovando os dentes                              4. (   ) evitando comer gorduras
5. (   ) usando pasta de dente com flúor
6. (   ) usando fio dental

40. Quantas vezes por dia você escova seus dentes?

1. (   ) uma vez ao dia      2. (   ) duas vezes ao dia                      3. (   ) três vezes ao dia
4. (   ) 4 vezes ao dia      5. (   ) não escovo os dentes diariamente

41. Quem te ensinou a escovar os dentes?

1. (   ) pai                      2. (   ) mãe                      3. (   ) dentista                      4. (   ) outros:.....

42. Você usa fio dental?

1. (   ) uma vez ao dia                      2. (   ) duas vezes ao dia                      3. (   ) três vezes ao dia
4. (   ) 4 vezes ao dia                      5. (   ) não uso fio dental diariamente
6. (   ) não uso fio dental

43. Quem lhe ensinou a usar fio dental?

1. ( ) pai            2. ( ) mãe            3. ( ) dentista            4. ( ) outros:.....

44. Usa sempre cremes dentais com flúor? ( ) sim            ( ) não

45. Realiza bochechos com flúor? ( ) sim            ( ) não

46. Da última vez que você foi ao dentista, qual foi o principal motivo? (escolha uma resposta).

1. ( ) dor de dente            2. ( ) acidente            3. ( ) dente cariado  
 4. ( ) sangramento das gengivas    5. ( ) revisão (controle)  
 6. ( ) refazer tratamentos  
 7. ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_  
 8. ( ) não vou ao dentista.

47. O flúor gel é uma substância geralmente aplicada no consultório do dentista com cotonetes, moldeiras. O dentista já aplicou em você? \_\_\_\_\_

48. Com que frequência vai ao dentista? \_\_\_\_\_

49. Quando foi a tua última visita ao dentista: \_\_\_\_\_

50. Quais as refeições que costuma realizar por dia:

- ( ) café da manhã            ( ) almoço            ( ) janta

51. Tem hábito de lanchar entre as refeições? ( ) sim            ( ) não            ( ) às vezes

52. O lanche costuma ser de:

- ( ) doces            ( ) salgados            ( ) ambos  
 ( ) outros. Especificar: \_\_\_\_\_

53. Costuma fazer uso de:

- |                    |         |         |              |
|--------------------|---------|---------|--------------|
| Balas              | ( ) sim | ( ) não | ( ) às vezes |
| Chicletes          | ( ) sim | ( ) não | ( ) às vezes |
| Bolachas           | ( ) sim | ( ) não | ( ) às vezes |
| Refrigerantes      | ( ) sim | ( ) não | ( ) às vezes |
| Frutas             | ( ) sim | ( ) não | ( ) às vezes |
| Salgadinho         | ( ) sim | ( ) não | ( ) às vezes |
| Doces              | ( ) sim | ( ) não | ( ) às vezes |
| Leite c/ chocolate | ( ) sim | ( ) não | ( ) às vezes |
| Suco de frutas     | ( ) sim | ( ) não | ( ) às vezes |
| Café com açúcar    | ( ) sim | ( ) não | ( ) às vezes |

## APÊNDICE 4: TABELAS

As Tabelas a seguir apresentam as distribuições das freqüências absolutas das diversas variáveis analisadas. Muitas delas apresentam-se no corpo do trabalho simplificadaamente.

### A - TABELAS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Tabela 31 Distribuição, em freqüências absolutas, dos pacientes que se submeteram aos diferentes tratamentos, segundo o grau de escolaridade dos pais, considerando o nível mais alto. Porto Alegre, RS, 2003.

Maior grau de escolaridade Pai/Mãe	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>1º Grau incompleto</b>	1	3	4
<b>1º Grau completo</b>	1	6	7
<b>2º Grau incompleto</b>	-	3	3
<b>2º Grau completo</b>	11	15	27
<b>3º Grau incompleto</b>	4	2	5
<b>3º Grau completo</b>	28	16	44
<b>Total Global</b>	45	45	90

Os pais que decidem pela Homeopatia possuem, em sua maioria, o 3º grau de escolaridade, tendem a colocar seus filhos em escolas particulares sendo sugestivo possuírem nível socioeconômico maior.

A Tabela 32 mostra a tendência dos pais, com nível de escolaridade mais alta optarem por colocar seus filhos em escolas particulares, como se evidencia através da distribuição em freqüências absolutas da amostra estudada.

Tabela 32 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra pesquisada, relacionando o grau de escolaridade dos pais e o tipo de escola que seus filhos estudavam. Porto Alegre, RS, 2003.

Maior grau de escolaridade dos pais	Escola em que estudam os filhos		Total Global
	Pública	Particular	
<b>1º Grau</b>	10	1	11
<b>2º Grau</b>	20	9	29
<b>3º Grau</b>	20	30	50
<b>Total Global</b>	50	40	90

Nota:  $\chi^2= 12,580$ ;  $P=0,002$ .

Como ficou evidenciado na Tabela 32, existe diferença significativa ( $P=0,002$ ), entre o nível de escolaridade dos pais e a tendência em colocar seus dependentes em escolas particulares.

Encontrou-se associação significativa entre renda familiar e o tipo de escola que os participantes da pesquisa freqüentam, mostrando uma tendência para maior renda e freqüentar escolas particulares, conforme é observado na Tabela 33.

Tabela 33 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra pesquisada, relacionando a renda familiar e o tipo de escola que seus filhos estudavam. Porto Alegre, RS, 2003.

Renda familiar	Escola em que estuda		Total Global
	Pública	Particular	
<b>Até 2 salários mínimos</b>	4	-	4
<b>De R\$ 241,00 até R\$ 960,00</b>	12	2	14
<b>De R\$ 961,00 até R\$ 1680,00</b>	20	11	31
<b>De R\$ 1681,00 até R\$ 2400,00</b>	7	10	17
<b>Mais de R\$ 2400,00</b>	3	12	15
<b>Total Global</b>	46	35	81

Nota: 20% das freqüências esperadas eram menores do que 5.  
 $\chi^2=18,533$ ;  $P=0,001$ .

Já na Tabela 34, a variável renda familiar foi analisada em relação com o tipo de tratamento que os pacientes examinados recebiam.

Tabela 34 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra pesquisada, relacionando a renda familiar e o tipo de tratamento utilizado. Porto Alegre, RS, 2003.

Renda familiar	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
Até dois salários mínimos	1	3	4
De R\$ 241,00 até R\$ 960,00	6	8	14
De R\$ 961,00 até R\$ 1680,00	17	14	31
De R\$ 1681,00 até R\$ 2400,00	12	5	17
Mais de R\$ 2400,00	6	9	15
<b>Total Global</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>81</b>

## B - TABELAS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE TRATAMENTO DOS PACIENTES

Tabela 35 Distribuição da população estudada, em freqüências absolutas, segundo o problema respiratório que apresentavam e o tratamento de eleição. Porto Alegre, RS, 2003.

Problema respiratório que apresentavam	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
Amigdlite repetição	2	2	4
Gripes repetição	6	4	10
Sinusite	14	7	21
Otite	2	2	4
Bronquite asmática	7	10	17
Duas (bronq.+amig.)	11	12	23
Três (bronq.+amig.+grip.)	1	1	2
Quatro (bronq.+amig.+grip.+sinu)	2	4	6
Todas	-	3	3
<b>Total Global</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

Tabela 36 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada em relação às frequências das crises respiratórias antes de iniciar os respectivos tratamentos. Porto Alegre, RS, 2003.

Frequências das crises Antes dos tratamentos	Tratamentos		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
Quinzenal	1	4	5
Mensal	5	4	9
Trimestral	7	9	16
Semestral	12	12	24
Anual	9	11	19
Outras	11	5	16
<b>Total Global</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

Tabela 37 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada, de acordo com as crises após os tratamentos realizados. Porto Alegre, RS, 2003.

Frequência das crises após tratamento	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
Ausente	11	8	19
Quinzenal	1	4	5
Mensal	3	7	10
Trimestral	2	4	6
Semestral	14	10	24
Anual	4	3	7
Outras (conf. mudança climática)	10	9	19
<b>Total Global</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

Tabela 38 Distribuição da amostra estudada, em freqüências absolutas, da Velocidade do Fluxo Salivar, abaixo de 0,7 ml/min, inclusive; acima de 1,5ml/min inclusive, e entre estes valores exclusive, de acordo com as medicações utilizadas. Porto Alegre, RS, 2003.

Medicamentos	Fluxo salivar			Total Global
	Abaixo de 0,7 ml/min.	Entre 0,7 e 1,5 ml/min.	Acima de 1,5 ml/min.	
<b>Antibióticos</b>	6	2	1	9
<b>Seretide®</b> (xinofoato de salmeterol)	6	1	-	7
<b>Beclosol®</b> (beclometasona)	3	1	-	4
<b>Allegra®</b> (cloridrato de fexofenadina)	2	2	-	4
<b>Celestamine®</b> (betametasona; maleato de dexclorfeniramina)	2	1	-	3
<b>Alopáticos</b> <b>Clenil®</b> (beclometasona)	2	1	-	3
<b>Aerolin®</b> (salbutamol)	1	-	-	1
<b>Berotec®</b> (fenoterol)	1	5	4	12
<b>Mucosolvam®</b> (cloridrato de ambroxol)	-	1	-	1
<b>Mucolin®</b> (ambroxol)	-	1	-	1
<b>Lycopodium</b>	3	3	-	6
<b>Hidrastis</b>	1	4	-	5
<b>Arsenicum</b>	1	3	-	4
<b>Homeopáticos</b> <b>Pulsatilla</b>	1	2	-	3
<b>Phosphorus</b>	-	6	-	6
<b>Aconitun</b>	-	2	-	2
<b>Sem informação</b>	6	14	1	21
<b>Total</b>	33	53	4	90



Tabela 39 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada, segundo o tipo de tratamento de eleição e se foram submetidos cirurgias gerais. Porto Alegre, RS, 2003.

Fez alguma cirurgia sim/não)	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	6	10	16
<b>Não</b>	27	28	55
<b>Sem informação</b>	12	7	19
<b>Total Global</b>	45	45	90

A este questionamento, 19 pais não responderam, 55 responderam que não, e 16 que sim. Do grupo pertencente à Homeopatia, 6 responderam que sim, enquanto 27, não. No grupo da Alopatia, 10 apresentaram resposta afirmativa para “fez cirurgia” e 28 não, “não fez cirurgia”.

Outros aspectos, como gestação – a termo ou prematuro, tipo de parto, se ocorreu amamentação materna e se a criança usou chupeta, foram questionados para permitir uma avaliação mais generalizada da amostra estudada (Tabelas 40, 41, 42 e 43).

Tabela 40 Distribuição da amostra estudada, segundo o tipo de tratamento de eleição e tempo de gestação. Porto Alegre, RS, 2003.

Gestação	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>9 meses</b>	44	38	82
<b>Prematuro</b>	1	5	6
<b>Sem informação</b>	-	2	2
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=5,106$ ;  $P=0,078$

Tabela 41 Distribuição da amostra estudada, segundo o tratamento de eleição e tipo de parto realizado. Porto Alegre, RS, 2003.

Tipo de parto	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
Normal	25	21	46
Cesariana	19	24	43
Outros	1		1
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=1,929$ ; P= 0,381

Tabela 42 Distribuição da amostra estudada, segundo o tipo de amamentação e o tratamento de eleição. Porto Alegre, RS, 2003.

Tipo de Amamentação	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
Materna	32	24	56
Mamadeira	3	4	7
Materna e mamadeira	9	16	25
Sem informação	1	1	2
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=3,246$ ; P=0,355

Tabela 43 Distribuição da amostra estudada em frequências absolutas, segundo o tratamento feito e o uso de chupetas. Porto Alegre, RS, 2003.

Uso de chupeta	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
Sim	25	34	59
Não	17	11	28
Sem informação	3		3
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=4,352$ ; P= 0,113

As tabelas, a seguir, trazem dados sobre hábitos alimentares e de higiene da amostra estudada.

Tabela 44 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e o uso de creme dental com flúor. Porto Alegre, RS, 2003.

Usa creme dental com flúor	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	35	28	63
<b>Não</b>	10	16	26
<b>Sem informação</b>	-	1	1
<b>Total Global</b>	45	45	90

N:  $\chi^2=3,162$ ; P=0,206

Tabela 45 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada e os diferentes tratamentos, segundo a realização de bochechos com flúor. Porto Alegre, RS, 2003.

Realiza bochechos com flúor	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	23	16	39
<b>Não</b>	22	27	49
<b>Sem informação</b>	-	2	2
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=3,767$ ; P=0,152

Tabela 46 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada nos diferentes tratamentos, segundo a aplicação de flúor gel no dentista. Porto Alegre, RS, 2003.

Aplicação flúor gel no dentista	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia.	
<b>Sim</b>	30	26	56
<b>Não</b>	15	19	34
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=0,756$ ; P=0,384

Tabela 47 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos diferentes tratamentos, segundo as refeições realizadas ao dia. Porto Alegre, RS, 2003.

Refeições ao dia	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Café+Almoço+Janta</b>	11	15	26
<b>Café+Almoço</b>	20	14	34
<b>Café+Janta</b>	14	16	30
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=1,808$ ;  $P=0,405$

Tabela 48 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição, segundo os lanches realizados ao dia. Porto Alegre, RS, 2003.

Lancha entre as refeições	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	33	34	67
<b>Não</b>	4	6	10
<b>Às vezes</b>	8	5	13
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=1.107$ ;  $P=0.57$

Tabela 49 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada e os tratamentos de eleição, e como costumam ser os lanches realizados ao dia. Porto Alegre, RS, 2003.

O lanche costuma ser de	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Doces</b>	1	6	7
<b>Salgados</b>	15	11	26
<b>Ambos</b>	13	15	28
<b>Outros</b>	12	6	18
<b>Sem informação</b>	4	7	11
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=7,148$ ;  $P=0,128$

Tabela 50 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam comer balas. Porto Alegre, RS, 2003.

Costuma comer balas	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	12	15	27
<b>Não</b>	8	4	12
<b>Às vezes</b>	25	26	51
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=1,686$ ;  $P=0,430$

Tabela 51 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada, os tratamentos de eleição e se costumam mascar chicletes. Porto Alegre, RS, 2003.

Costuma mascar chicletes	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	12	21	33
<b>Não</b>	10	7	17
<b>Às vezes</b>	23	17	40
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=3,384$ ;  $P=0,143$

Tabela 52 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam comer bolachas. Porto Alegre, RS, 2003.

Costuma comer bolachas	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	27	25	52
<b>Não</b>	5	2	7
<b>Às vezes</b>	13	18	31
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=2,169$ ;  $P=0,338$

Tabela 53 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam comer frutas. Porto Alegre, RS, 2003.

Costuma comer frutas	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	24	30	54
<b>Não</b>	3	2	5
<b>Às vezes</b>	18	13	31
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=1,673$ ;  $P=0,433$

Tabela 54 Distribuição em frequências absolutas da amostra estudada e os tratamentos de eleição e se costumam comer salgadinhos. Porto Alegre, RS, 2003.

Costuma comer salgadinhos	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	9	14	23
<b>Não</b>	16	11	27
<b>Às vezes</b>	20	20	40
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=2,013$ ;  $P=0,366$

Tabela 55 Distribuição em frequências absolutas da amostra estudada e os tratamentos de eleição e se costumam comer doces. Porto Alegre, RS, 2003.

Costuma comer doces	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	24	16	40
<b>Não</b>	5	3	8
<b>Às vezes</b>	16	26	42
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=4,481$ ;  $P=0,106$

Tabela 56 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada e os tratamentos de eleição e se costumam beber suco de frutas. Porto Alegre, RS, 2003.

Costuma beber suco de frutas	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	37	34	71
<b>Não</b>	4	2	6
<b>Às vezes</b>	4	9	13
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=2,217$ ;  $P=0,257$

Tabela 57 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada e os tratamentos de eleição e se costumam beber café com açúcar. Porto Alegre, RS, 2003.

Costuma beber café com açúcar	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	19	13	32
<b>Não</b>	18	25	43
<b>Às vezes</b>	8	7	15
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=2,331$ ;  $P=0,312$

Tabela 58 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada e os tratamentos de eleição e se costumam beber refrigerantes. Porto Alegre, RS, 2003.

Costuma beber refrigerantes	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	21	31	52
<b>Não</b>	6	1	7
<b>Às vezes</b>	18	13	31
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=6,301$ ;  $P=0,043$

Tabela 59 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada nos tratamentos de eleição e se costumam beber leite com chocolate. Porto Alegre, RS, 2003.

Costuma beber leite com chocolate	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Sim</b>	23	32	55
<b>Não</b>	14	4	18
<b>Às vezes</b>	8	8	16
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=7,018$ ; P =0,030

Tabela 60 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e o número de escovações diárias. Porto Alegre, RS, 2003.

Número de escovações diárias	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>1 vez</b>	1	2	3
<b>2 vezes</b>	21	14	35
<b>3 vezes</b>	17	22	39
<b>4 vezes</b>	6	7	13
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=2,451$ ; P= 0,484

Tabela 61 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e quem ensinou a escovar os dentes. Porto Alegre, RS, 2003.

Quem ensinou escovar os dentes	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
<b>Mãe</b>	27	20	47
<b>Pai</b>	3	2	5
<b>Outros</b>	15	23	38
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2=2,927$ ; P=0,231.



Tabela 62 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada e o número de vezes que usa o fio dental ao dia, segundo tratamentos que realizam. Porto Alegre, RS, 2003.

Número de vezes que usa fio dental	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
1 vez	7	4	11
2 vezes	2	7	9
3 vezes	2	4	6
Não usa diariamente	20	14	34
Não usa	14	16	30
<b>Total Global</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

Nota:  $\chi^2=5,988$ ;  $P=0,307$

Tabela 63 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada, segundo o número de escovações diárias e o grau de escolaridade dos pais. Porto Alegre, RS, 2003.

Número de escovações	1 vez ao dia	2 vezes ao dia	3 vezes ao dia	4 vezes ao dia	Total Global
1º Grau	-	2	7	2	11
2º Grau	2	10	13	4	29
3º Grau	1	23	19	7	50
<b>Total Global</b>	<b>3</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>13</b>	<b>90</b>

Tabela 64 Distribuição, em frequências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e o questionamento quanto ao conhecimento de ter ou não cárie. Porto Alegre, RS, 2003.

Já teve cárie	Tratamento		Total Global
	Homeopatia	Alopatia	
Sim	16	25	41
Não	29	20	49
<b>Total Global</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

Nota:  $\chi^2= 3,629$ ;  $P=0,057$ .

Tabela 65 Distribuição, em freqüências absolutas, da amostra estudada, segundo os tratamentos de eleição e motivos das consultas odontológicas. Porto Alegre, RS, 2003.

<b>Motivo da consulta dentária</b>	<b>Tratamento</b>		<b>Total Global</b>
	<b>Homeopatia</b>	<b>Alopatia</b>	
<b>Revisão</b>	34	23	57
<b>Necessidade de atendimento</b>	10	19	29
<b>Sem informação</b>	1	3	4
<b>Total Global</b>	45	45	90

Nota:  $\chi^2 = 5,789$ ;  $P = 0,055$ .

# **ANEXOS**

## ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
COMISSÃO DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## PARECER

A Comissão de Pesquisas e o Comitê de Ética em Pesquisas, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, avaliou e aprovou seu Projeto de Pesquisa, em reunião nesta data.

**Projeto:** “PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E JOVENS TRATADOS COM TERAPIA ALOPÁTICA E HOMEOPÁTICA”

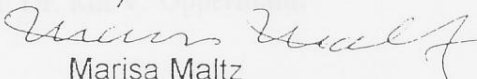
**Autores:** CD Jussara Diffini Santa Maria e Professora Dra. Tania Maria Drehmer

**Relator:** Prof. Rui Vicente Oppermann

**Parecer:** Na análise dos resultados uma abordagem estatística multivariável talvez fosse interessante uma vez que diferentes variáveis intervenientes estão presentes com categorização diferenciada frente às proposições do estudo. O trabalho é meritório, tem uma relevância incontestável e talvez seja a pedra fundamental na construção de uma linha de pesquisa em homeopatia. O projeto pode ser melhorado, e espera-se que algumas sugestões comentadas sejam aceitas. Sob o ponto de vista ético o trabalho se encontra adequado, uma vez que serão realizados exames não invasivos. Os pacientes se beneficiarão do estudo pois tomarão ciência de sua condição bucal. O consentimento informado é adequado, contendo informações claras sobre o estudo além do pessoal responsável e como entrar em contato com os mesmos. Portanto, pela aprovação do projeto em pauta tanto pela Comissão de Pesquisa como pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Porto Alegre, 23 de setembro de 2002.

  
Prof. Manoel Sant'Ana Filho  
Coordenador da Comissão de Pesquisas

  
Marisa Maltz  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas

Parecer do Prof. Dr. Rui V. Oppermann para a Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética a respeito do projeto de pesquisa “Perfil da Saúde Bucal de Crianças e Jovens Tratados Com Terapia Alopática e Homeopática.” de autoria da CD. Jussara D. Santa Maria, sob orientação da Profa. Dra. Tânia Maria Drehmer.

Trata-se de um estudo de caso-controle onde crianças e adolescentes, sob tratamento alopata e homeopata de afecções respiratórias, serão comparadas quanto a sua saúde bucal. Para tanto as autoras se propõem a comparar a presença do biofilme dental, sua velocidade de formação, estado gengival e fluxo salivar nos dois grupos. Embora na metodologia conste o exame de cárie o mesmo não está contemplado na proposição do estudo e não faz parte da categorização de saudáveis e doentes. Sugiro que a experiência de cárie seja incluída pois, se a proposição é avaliar a saúde bucal, é evidente que a situação de cárie dos indivíduos não pode ser ignorada. Além disso penso ser importante que um exame das condições periodontais também seja incluído. Pode-se, por exemplo, realizar um exame da profundidade de sondagem e níveis clínicos de inserção. Para essa faixa etária poderia se pensar em utilizar dentes índice a fim de não alongar o exame. Caso radiografias estejam disponíveis, a perda óssea também poderia ser considerada.

As autoras se propõem a examinar a velocidade de formação do biofilme dental. Não estou seguro que esse procedimento esteja validado para comparações entre grupos amostrais. Caso não esteja, penso que seu significado, para as proposições do estudo, pode ser bastante limitado. Além disso, o próprio significado biológico da velocidade de formação do biofilme dental para a saúde bucal é passível de contenda.

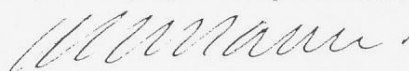
A categorização entre indivíduos saudáveis e doentes, referentes à situação bucal, é bastante arbitrária. Reconheço que, para o estágio proposto no desenvolvimento da linha de pesquisa, essa categorização simples talvez tenha que ser aceita. Entretanto, as autoras devem estar conscientes que, assim procedendo, correm riscos de não identificarem algumas associações entre doenças de etiologia diferentes e os tratamentos presentes nos casos e controles. Nesse caso a inclusão da experiência de cárie e situação periodontal parece-me essencial.

Na análise dos resultados uma abordagem estatística multivariada talvez fosse interessante uma vez que diferentes variáveis intervenientes estão presentes com categorização diferenciada frente às proposições do estudo.

Penso que o trabalho é meritório, tem uma relevância incontestável e talvez seja a pedra fundamental na construção de uma linha de pesquisa em homeopatia que, da forma como eu vejo, é importante, principalmente se um olhar, isento e crítico, for sua marca. O projeto pode ser melhorado e espero que algumas sugestões aqui comentadas sejam aceitas.

Também sob o ponto de vista ético o trabalho se encontra adequado, uma vez que serão realizados exames não invasivos. O teste de velocidade da formação do biofilme dental terá duração de 96 horas. Tomadas as precauções não há riscos. Os pacientes se beneficiarão do estudo pois tomarão ciência de sua condição bucal. Seria interessante que aos mesmos fosse dada orientação sobre possíveis locais para tratamento e/ou manutenção preventiva. O consentimento informado é adequado, contendo informações claras sobre o estudo além do pessoal responsável e como entrar em contato com os mesmos.

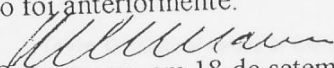
Portanto, sou pela aprovação do projeto em pauta tanto pela Comissão de Pesquisa como pelo Comitê de Ética.



Em 18 de setembro, 2002 Prof. Dr. Rui V. Oppermann

ANEXO 2 – TABELAS DOS NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA  
PARA CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Quanto à solicitação da Profa. Dra. Tânia constante no ofício s/n datado de 30 de agosto para que a resposta, anexa ao ofício, seja avaliada e arquivada para posterior desenvolvimento do estudo inicialmente proposto e não aprovado pelo Comitê de Ética gostaria de declarar que ela é inapropriada uma vez que o projeto não foi aprovado e deverá ser reapresentado na íntegra. Portanto, meu parecer é que o projeto anterior continue desaprovação como foi anteriormente.

  
Prof. Dr. Rui V. Oppermann, em 18 de setembro de 2002

ANEXO 2 – TABELAS DOS NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA,  
PARA CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

ANEXO 2

Table G. Critical values of chi-square\*

$\nu^{**}$	Level of significance for one-tailed test					
	.10	.05	.025	.01	.005	.0025
	Level of significance for two-tailed test					
	.20	.10	.05	.02	.01	.001
1	1.64	3.84	3.84	5.41	6.63	10.83
2	3.84	5.99	5.99	7.88	9.21	13.82
3	6.63	7.88	7.88	10.64	12.84	16.15
4	9.49	9.49	9.49	13.84	14.86	18.46
5	11.34	11.34	11.07	15.09	16.75	20.52
6	12.59	12.59	12.59	16.01	17.82	22.46
7	14.07	14.07	14.07	16.92	18.89	24.33
8	15.51	15.51	15.51	17.82	19.98	26.19
9	16.92	16.92	16.92	18.76	21.09	27.88
10	18.31	18.31	18.31	19.68	22.21	29.59
11	19.68	19.68	19.68	20.52	23.34	31.27
12	21.03	21.03	21.03	21.37	24.48	32.91
13	22.36	22.36	22.36	22.21	25.64	34.53
14	23.68	23.68	23.68	23.04	26.81	36.12
15	25.00	25.00	25.00	23.88	28.00	37.70
16	26.30	26.30	26.30	24.76	29.20	39.25
17	27.59	27.59	27.59	25.64	30.41	40.79
18	28.87	28.87	28.87	26.52	31.63	42.31
19	30.14	30.14	30.14	27.42	32.85	43.82
20	31.41	31.41	31.41	28.31	34.09	45.32
21	32.67	32.67	32.67	29.21	35.34	46.80
22	33.92	33.92	33.92	30.14	36.58	48.28
23	35.17	35.17	35.17	31.06	37.84	49.73
24	36.42	36.42	36.42	32.00	39.19	51.18
25	37.65	37.65	37.65	32.91	40.59	52.62
26	38.89	38.89	38.89	33.84	42.00	54.04
27	40.11	40.11	40.11	34.78	43.41	55.48
28	41.33	41.33	41.33	35.71	44.84	56.89
29	42.56	42.56	42.56	36.64	46.28	58.30
30	43.78	43.78	43.78	37.57	47.79	59.70

\* From R. A. Fisher and F. Yates, "Statistical Tables for Biological, Agricultural and Medical Research," 6th ed. Oliver and Boyd, Edinburgh, 1953. Reproduced by permission of the authors and publishers.

\*\* For  $\nu$  greater than 30, the value obtained from the expression  $\sqrt{2\nu^2 - 1}$  may be used as a first approximation.



APPENDIX

Table 14. Power as a function of  $\delta$  and significance criterion ( $\alpha$ )

$\delta$	One-tailed test (a)				Two-tailed test (a)			
	.05		.01		.05		.01	
	.025	.01	.025	.01	.025	.01	.025	.01
0.2	.10*	.02	.05	.01	.05	.01	.05	.01
0.1	.10*	.02	.05	.01	.05	.01	.05	.01
0.2	.11*	.02	.05	.01	.05	.01	.05	.01
0.3	.12*	.03	.06	.01	.06	.01	.06	.01
0.4	.13*	.04	.07	.01	.07	.01	.07	.01
0.5	.14	.05	.08	.02	.08	.02	.08	.02
0.6	.16	.06	.09	.02	.09	.02	.09	.02
0.7	.18	.07	.11	.03	.11	.03	.11	.03
0.8	.21	.09	.13	.04	.13	.04	.13	.04
0.9	.25	.12	.16	.06	.16	.05	.16	.05
1.0	.30	.17	.20	.09	.20	.08	.20	.08
1.1	.36	.23	.26	.13	.26	.11	.26	.11
1.2	.43	.31	.33	.18	.33	.15	.33	.15
1.3	.51	.40	.41	.24	.41	.21	.41	.21
1.4	.60	.50	.50	.31	.50	.28	.50	.28
1.5	.69	.60	.60	.40	.60	.37	.60	.37
1.6	.78	.70	.70	.50	.70	.47	.70	.47
1.7	.86	.80	.80	.61	.80	.57	.80	.57
1.8	.93	.88	.88	.73	.88	.68	.88	.68
1.9	.98	.94	.94	.85	.94	.81	.94	.81
2.0	.99	.96	.96	.91	.96	.88	.96	.88

\* Values unacceptable for one-tailed test by more than .01.  
 \*\* The power is and below this point is greater than .995.





