

Perfil epidemiológico das condições dentárias e necessidade de tratamento dos portadores de deficiência da cidade de Caruaru, Pernambuco, Brasil

Epidemiologic profile of dental condition and treatment necessities of disabled persons in the city of Caruaru, Pernambuco, Brazil

Líbia Augusta Maciel GONDIM¹
 Maria Cristina de ANDRADE²
 Shirley Suelly Soares Veras MACIEL²
 Maria Ângela Fernandes FERREIRA¹

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico das condições dentárias e da necessidade de tratamento dos portadores de deficiência (mental, física, auditiva, visual e desvios comportamentais) matriculados em seis instituições da cidade de Caruaru, Pernambuco, no ano de 2006.

Métodos: Tratou-se de um estudo transversal, do qual participaram 231 portadores de deficiência, independentemente de sexo e idade. Os índices utilizados foram ceo-d e CPO-D, propostos pela Organização Mundial de Saúde. Os dados foram coletados por examinador devidamente calibrado (kappa 0,836).

Resultados: A prevalência de cárie foi de 71,3%. O ceo-d médio foi de 3,00, sendo maior na faixa etária de 4 a 10 anos, comprovando-se diferenças significativas entre as faixas etárias e os componentes extraídos e obturados. O CPO-D foi de 6,77, sendo sua média e a de seus componentes maiores entre deficientes físicos. A maior necessidade de tratamento restaurador foi encontrada entre deficientes mentais.

Conclusão: A população estudada apresentou alta prevalência de cárie e o componente cariado foi o principal responsável por esses índices elevados.

Termos de indexação: cárie dentária; pessoas com deficiência; epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To trace the epidemiologic profile of the dental condition and treatment necessities of disabled persons (audio-impaired, visually-impaired, physically disabled, mentally handicapped and with behavioral and social deviations) registered in six institutions in the city of Caruaru, Pernambuco, in 2006.

Method: This was a cross-sectional study in which 231 handicapped patients took part, irrespective of sex and age. The indexes used were dmft and DMFT – decayed, missing and filled teeth, proposed by the World Health Organization. Data were collected by a duly calibrated examiner (kappa 0,836).

Results: prevalence of tooth decay in primary teeth was 71.3%; mean dmft was 3.00, the value being higher among the 4 to 10 year-old patients, confirming significant differences between the age groups and extracted/restored teeth; the DMFT in permanent teeth was 6.77, with the mean and components being higher among the physically disabled. The largest need for restorative treatment was among mentally handicapped.

Conclusion: the population of the present study showed a high prevalence of caries, the decayed component being the main factor responsible for these high rates.

Indexing terms: dental caries; disabled persons; epidemiology.

INTRODUÇÃO

Na maioria dos países desenvolvidos, a prevalência da cárie apresentou uma tendência de declínio nas três últimas décadas do século XX e no início do XXI¹⁻².

Contudo, observam-se diferenças importantes em termos da prevalência da cárie entre as regiões e cidades destes países, bem como entre grupos populacionais^{1,3}. No Brasil também houve uma redução relevante na cárie, pois, segundo Narvai et al.¹, o declínio nos valores do índice CPO-D no período de 1980 a 2003 foi de 61,7%

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Odontologia. R. Dom Joaquim Almeida, 2076, bloco C, apto. 703, 59056-140, Natal, RN, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: LAM GONDIM (libiamaciel@yahoo.com.br).

² Sociedade Caruaruense de Ensino Superior, Faculdade de Odontologia. Caruaru, PE, Brasil.

aos 12 anos de idade; todavia, estes autores citam que a distribuição da cárie ainda é desigual, apesar da melhora ocorrida.

A polarização da cárie atinge também os portadores de deficiência, e acredita-se que o perfil de saúde bucal deste público no Brasil acompanhe os encontrados em outros países, em que alguns pesquisadores verificaram altas taxas de prevalência para a doença, falta de tratamento conservador e higiene oral precária⁴⁻¹⁰.

Assim, tendo em vista a escassez de dados na literatura em relação à prevalência de cárie em pessoas deficientes, principalmente nas cidades do interior do Brasil, o objetivo deste trabalho foi traçar o perfil epidemiológico das condições dentárias e da necessidade de tratamento dos portadores de deficiência matriculados em seis instituições da cidade de Caruaru (PE), no ano de 2006, visando contribuir para a área de conhecimento mediante o fornecimento de subsídios para o planejamento de ações de promoção de saúde bucal e assistência odontológica para esta população.

MÉTODOS

O desenho do estudo foi do tipo transversal, realizado sob financiamento do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES). A amostra foi constituída por 231 pessoas, independentemente de idade e sexo, matriculadas regularmente nas seis instituições que atendem portadores de deficiência na cidade de Caruaru (PE), no período compreendido entre fevereiro e julho de 2006. O protocolo clínico foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ASCES sob o parecer nº 013/04.

Realizou-se a calibração intra-examinador, sendo a concordância (Kappa) de 0,836; entretanto, os dados obtidos não foram inseridos nos dados da pesquisa final. De 585 estudantes matriculados nas instituições, apenas 231 foram examinados, tendo em vista que 39 deixaram de participar da pesquisa porque seus pais e/ou responsáveis não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 73 faltaram no dia do exame clínico odontológico, 19 não concluíram o exame por dificuldades inerentes à própria deficiência, 20 não participaram da calibração e 203 não freqüentavam mais a instituição, embora ainda estivessem matriculados.

Os índices utilizados foram ceo-d e CPO-D, bem como a necessidade de tratamento, propostos pela Organização Mundial de Saúde¹¹. Ressalta-se que, quando necessário, os pais/responsáveis foram orientados a procurar tratamento no Centro Odontológico para Pacientes Especiais da Faculdade

de Odontologia de Caruaru. Os dados foram digitados na planilha Excel® 2003 (Microsoft, USA) e o programa utilizado para análise estatística foi o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 11.0. Realizou-se o teste Qui-Quadrado de independência ou o teste Exato de Fisher (em situações nas quais não foi possível usar o teste anterior), o teste *t* de Student, F (ANOVA) e o teste F de Levene. No caso de diferenças significativas, foram utilizados testes de comparações pareadas de Tukey. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

Observou-se que, dos 231 pacientes examinados, a maioria era do sexo masculino ($n=128 / 55,4\%$), deficientes mentais ($n=108 / 46,8\%$) e com idade entre 4 e 10 anos ($n=100 / 43,3\%$). A cárie esteve presente em 74,8% destes (Figura 1). Na dentição decídua, o ceo-d médio foi igual a 3,00 e o componente cariado variou entre nenhum e 10 dentes cariados. A Tabela 1 mostra que houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos componentes obturados e o tipo de deficiência ($p=0,012$).

No que se refere à dentição permanente, o CPO-D médio foi de 6,77, variando de nenhum a 23 dentes cariados. Com base nos dados da Tabela 2, observa-se que, com exceção do componente cariado, a média dos componentes perdido e obturado aumentaram com a idade, comprovando-se diferença significativa entre as faixas etárias e o CPO-D médio e seus componentes ($p=0,0001$). Pelos testes de comparações pareadas de Tukey, comprovou-se diferença significativa entre a faixa etária de 4 a 10 anos e as faixas de 11 a 20 anos e de 21 a 30 anos para dentes cariados, entre as duas primeiras faixas etárias (4 a 10 anos e 11 a 20 anos) e cada uma das outras duas (21 a 30 anos e 31 anos ou mais) para dentes perdidos, e entre todos os pares de faixas etárias para o CPO-D. Ao comparar os tipos de deficiência com cada componente do CPO-D, verificou-se que houve diferença significativa ($p<0,05$), ilustrada na Tabela 2.

Destaca-se que a necessidade de encaminhamento para tratamento aumentou com a faixa etária (de 73% entre 4 e 10 anos até 100% na faixa de 31 anos ou mais), comprovando-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,0005$) (Figura 2).

Ao analisar a necessidade de tratamento para os dentes segundo o tipo de deficiência (Figuras 3 e 4), observou-se que a maior necessidade de restauração foi registrada entre os deficientes mentais, tanto para dentição decídua quanto permanente (14,8% e 12,8%, respectivamente).

Tabela 1. Média e desvio-padrão do ceo-d e seus componentes segundo a faixa etária e o tipo de deficiência.

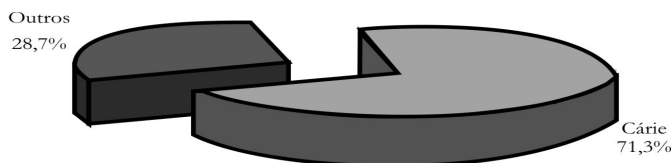
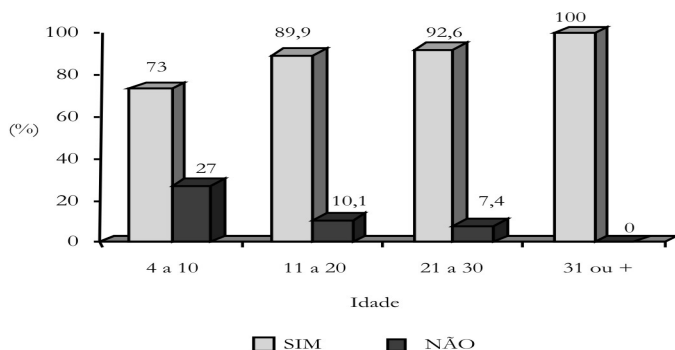
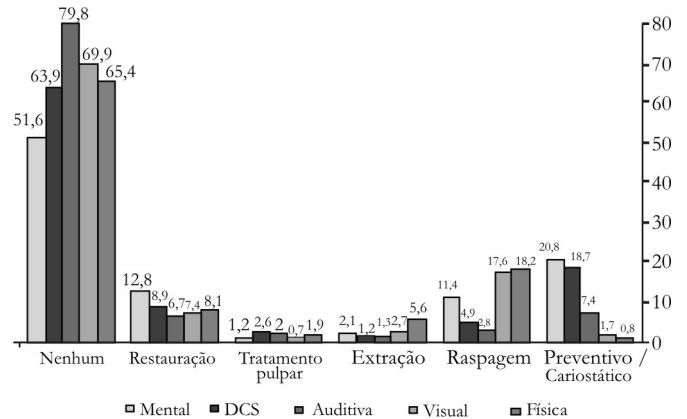
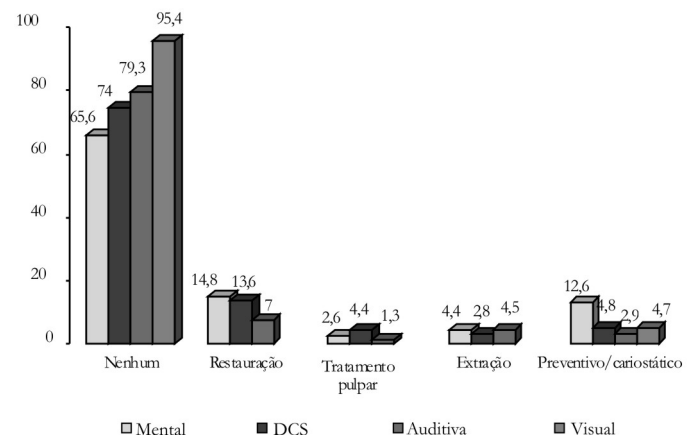
Variáveis	Componentes do ceo-d			
	cariado	extraído	obturado	ceo-d
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Faixa etária (em anos)				
4 a 10 (n = 85)	2,31 ± 2,73	0,30 ± 1,38	0,55 ± 1,28	3,17 ± 3,18
11 ou + (n = 79)	1,30 ± 1,83	0,00 ± 0,00	0,10 ± 0,32	1,40 ± 1,78
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,2549	p ⁽²⁾ = 0,0342*	p ⁽²⁾ = 0,0082*	p ⁽¹⁾ = 0,0878
Tipo de deficiência				
Mental (n = 41)	2,34 ± 2,59	0,22 ± 0,72	0,27 ± 0,74 ^(A)	2,83 ± 2,86
Auditiva (n = 25)	1,48 ± 2,18	0,68 ± 2,50	1,00 ± 1,47 ^(AB)	3,16 ± 3,14
DCS** (n = 6)	2,83 ± 3,00	0,08 ± 0,37	0,31 ± 0,95 ^(A)	3,22 ± 3,41
Visual (n = 4)	0,00 ± 0,00	0,00 ± 0,00	1,75 ± 3,50 ^(B)	1,75 ± 3,50
Valor de p	p ⁽³⁾ = 0,0803	p ⁽³⁾ = 0,3384	p ⁽³⁾ = 0,0120*	p ⁽³⁾ = 0,8018

(*) Diferença significativa a 5,0% (**) Desvio comportamental e social; (1) Avaliado pelo teste t de Student, com variâncias iguais; (2) Avaliado pelo teste t de Student, com variâncias desiguais; (3) Avaliado pelo teste F (ANOVA); (A) Excluíram-se os pacientes sem dentes decíduos.

Tabela 2. Média e desvio-padrão do CPO-D e seus componentes segundo a faixa etária e o tipo de deficiência.

Variáveis	Componentes do CPO-D			
	Cariado	Perdido	Obturado	CPO-D
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Faixa etária (em anos)				
4 a 10 (n = 85)	0,98 ± 1,43 ^(A)	0,00 ± 0,00 ^(A)	0,25 ± 0,90 ^(A)	1,22 ± 1,58 ^(A)
11 a 20 (n = 79)	4,61 ± 4,71 ^(B)	1,04 ± 1,83 ^(A)	1,91 ± 3,31 ^(B)	7,56 ± 5,95 ^(B)
21 a 30 (n = 27)	4,78 ± 5,29 ^(B)	3,00 ± 3,32 ^(B)	4,48 ± 3,53 ^(C)	12,26 ± 6,64 ^(C)
31 ou mais (n = 25)	3,04 ± 3,16 ^(AB)	8,04 ± 6,86 ^(C)	6,04 ± 5,28 ^(C)	17,12 ± 7,54 ^(D)
Valor de p	p ⁽³⁾ < 0,0001	p ⁽³⁾ < 0,0001	p ⁽³⁾ < 0,0001	p ⁽³⁾ < 0,0001
Tipo de deficiência				
Mental (n = 102)	3,82 ± 4,26 ^(A)	1,69 ± 3,06 ^(A)	2,07 ± 3,70 ^(AB)	7,58 ± 7,22 ^(A)
Auditiva (n = 52)	2,10 ± 3,27 ^(AB)	0,94 ± 2,44 ^(A)	2,58 ± 4,09 ^(A)	5,62 ± 6,02 ^(AB)
Física (n = 12)	4,83 ± 6,04 ^(AB)	9,17 ± 8,20 ^(B)	4,58 ± 4,08 ^(A)	18,58 ± 7,88 ^(C)
DCS** (n = 38)	1,66 ± 2,64 ^(B)	0,08 ± 0,27 ^(A)	0,42 ± 1,24 ^(B)	2,16 ± 3,30 ^(B)
Visual (n = 12)	2,67 ± 4,70 ^(AB)	2,50 ± 4,36 ^(A)	2,33 ± 2,67 ^(AB)	7,50 ± 8,62 ^(AB)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,0078*	p ⁽¹⁾ < 0,001*	p ⁽¹⁾ = 0,0038*	p ⁽¹⁾ < 0,001*

(*) Diferença significativa a 5,0% (**) Desvio comportamental e social; (1) Avaliado pelo teste t de Student, com variâncias iguais; (2) Avaliado pelo teste t de Student, com variâncias desiguais; (3) Avaliado pelo teste F (ANOVA). Obs: Se nenhuma letra entre parênteses for comum, existe diferença significativa pelo teste de Tukey.

**Figura 1.** Prevalência de cárie.**Figura 2.** Encaminhamento para tratamento segundo a faixa etária.**Figura 3.** Necessidade de tratamento dos dentes permanentes segundo tipo de deficiência.**Figura 4.** Necessidade de tratamento dos dentes decíduos.

DISCUSSÃO

Ao apresentar os resultados deste estudo e suas implicações, é necessário entender uma possível limitação do trabalho no que diz respeito à informação inicial do número de portadores de deficiência matriculados nas instituições (n=585), pois deste total só participaram 231 pessoas, sugerindo dificuldade de locomoção destas ao ambiente educacional e, talvez, esta dificuldade explique também porque poucas pessoas procuraram o Centro Odontológico para Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia de Caruaru quando foram encaminhadas pela examinadora para tratamento odontológico.

Outra limitação refere-se à dificuldade em encontrar artigos na literatura que tenham utilizado os mesmos critérios metodológicos para obtenção da prevalência de cárie e da necessidade de tratamento dentário nessa população, levando alguns autores a comparar os seus resultados com os de uma

população sem nenhum tipo de deficiência, ou então usando o número de crianças especiais que se apresentam livres da experiência de cárie, de acordo com a proposta de Tomasin & Abdo⁷.

Orrico et al.¹⁰ verificaram que apenas 7,7% dos deficientes físicos e mentais institucionalizados em Araraquara (SP) apresentavam-se livres de cárie. No estudo de Rao et al.⁵, realizado com meninas em Riyadh (Arábia Saudita), a maior prevalência de cárie foi encontrada nos deficientes mentais; todavia, em oposição aos resultados aqui obtidos, houve redução da prevalência de cárie nos deficientes auditivos e visuais, fato também verificado no estudo de Van Der Ley¹², realizado com crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de instituições de Recife (PE).

A prevalência total de cárie encontrada neste estudo foi alta. Observou-se também que o número de dentes cariados aumentou com o avanço da idade, o que concorda com os resultados dos estudos de Al-Qahtani & Wyne⁶, Tomasin & Abdo⁷ e Vigild¹³.

Ao avaliar o ceo-d médio (3,00) e o CPO-D médio (6,77) nos portadores de deficiência com os resultados obtidos do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal¹⁴ do SB Brasil 2003, percebe-se que esta população está distante de atingir as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde e pela Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000 no que diz respeito às condições de saúde.

Para Choi & Yang¹⁵, na Coreia, as opiniões a respeito da saúde bucal dos deficientes variam. Em sua pesquisa, o ceo-d e o CPO-D do deficiente foram significativamente mais baixos do que os daqueles sem deficiências. Shyama et al.⁹, ao compararem a experiência de cárie em deficientes de 3 a 29 anos de idade com os respectivos grupos etários dos resultados de um estudo nacional, no Kuwait, concluíram que os resultados de seu estudo (ceo-d médio=5,4 e CPO-D=4,5) foram claramente mais elevados. Vale salientar que, ao se comparar estudos de nacionalidades distintas, há influência dos indicadores sócio-demográficos na distribuição dos agravos à saúde bucal na população.

Valores altos de ceo-d médio e de CPO-D médio foram registrados em portadores de deficiência em diversos estudos, independentemente da metodologia utilizada e do local em que o estudo foi realizado. Em Flanders (Bélgica), Gizani et al.⁴ verificaram ceo-d médio de 2,9 em deficientes mentais; Rao et al.⁵, em Karnataka (Canadá), encontraram ceo-d de 3,06; Al-Qahtani & Wyne⁶, em Riyadh (Arábia Saudita), constataram um ceo-d de 6,58 para meninas cegas, 7,35 para meninas deficientes auditivas e 8,00 para meninas

deficientes mentais; Tomasin & Abdo⁷, em Cascavel (PR), encontraram ceo-d médio igual a 3,4 em crianças de 1 a 5 anos. Quanto ao CPO-D, o estudo de Hernandez⁸ verificou que este índice em crianças com deficiência mental foi de 13,58, representando pouco mais que o dobro do que foi aqui encontrado. A razão para tais diferenças consiste na diversificação metodológica empregada pelos autores, tanto em relação às amostras quanto aos critérios de avaliação e métodos de levantamento.

As principais necessidades de tratamento constatadas neste estudo referem-se aos cuidados preventivo/cariostático e restauração. Alguns autores, segundo Tomasin & Abdo⁷, observaram uma menor quantidade de restaurações e maior quantidade de dentes perdidos e cariados nas crianças especiais, quando comparadas às crianças normais, sugerindo haver diferença no tipo de atendimento odontológico. Todavia, observou-se no estudo aqui descrito que, apesar de a maioria das pessoas necessitarem apenas de procedimentos odontológicos simples, houve alguns portadores de deficiência que necessitavam de uma maior assistência odontológica, principalmente os que apresentavam 23 dentes cariados, o que pode reforçar o fenômeno de polarização da doença cárie dentária no Brasil.

Ressalta-se que o encaminhamento para tratamento aumentou com a idade, sendo os deficientes físicos e mentais os que mais necessitaram de tratamento. Em função de sua doença de base e das limitações que lhes são impostas, estes pacientes apresentam características diversas no que diz respeito à necessidade de assistência. Como alternativa, recomenda-se que os pais e/ou responsáveis, assim como professores ou outros funcionários de instituições de portadores de deficiência, recebam constantemente orientações de higienização bucal de acordo com a necessidade deste público, para que possam orientar ou executar a escovação na própria residência ou na escola na qual o portador está inserido. Sugere-se também que cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dentária ou auxiliares de consultório, bem como professores do curso de Odontologia e alunos da graduação, realizem as mesmas medidas preventivas que são feitas em escolas de pessoas sem deficiência (orientação e escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e de cariostático e orientação da merenda escolar), evitando assim as dificuldades de locomoção deste portador e reduzindo o número de sessões de atendimento odontológico.

Orrico et al.¹⁰ e Carvalho & Araújo¹⁶ também sugerem a criação de um programa educacional preventivo centrado nas instituições, de maneira que os portadores de deficiência sejam motivados à higienização bucal. Afinal, inclusão significa

oportunidades iguais às de toda a população, não bastando políticas públicas voltadas apenas para a reabilitação do indivíduo portador de deficiência, mas também mecanismos que lhe assegurem equidade de participação nos diversos aspectos da vida em sociedade¹⁷⁻¹⁸.

CONCLUSÃO

Observou-se que a prevalência de cárie e o encaminhamento para tratamento aumentaram com o avanço da idade. As médias do ceo-d e CPO-D foram consideradas altas, e o componente cariado foi o principal responsável por tal fato. Cabe salientar que a maior necessidade de tratamento restaurador foi verificada entre os deficientes mentais.

Sugere-se que sejam realizados levantamentos epidemiológicos em saúde bucal voltados para o portador de deficiência, bem como que seja implantado um programa

educacional preventivo centrado nas instituições, que assegure a este público equidade de participação nos diversos aspectos da vida em sociedade.

Agradecimentos

À Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), pela bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/ASCES (Processo nº 006/05), e em especial aos portadores de deficiência.

Colaboradores

L.A.M. GONDIM, M.C. ANDRADE, S.S.S.V. MACIEL e M.A.F. FERREIRA participaram de todo o desenvolvimento do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 19(6): 385-93.
2. Nithila A, Bourgeois D, Barmes DE, Murtomaa H. WHO Global Oral Data Bank, 1986-96: an overview of oral health surveys at 12 years of age. *Bull World Health Organ*. 1998; 76(3): 237-44.
3. Atunes JLF, Narvai PC, Nugent ZJ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32(1): 41-8.
4. Gizani JS, Declerck D, Vinckier F, Martens L, Marks L, Goffin G. Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25(5): 352-7.
5. Rao DB, Hegde AM, Munshi AK. Caries prevalence amongst handicapped children of South Canara district, Karnataka. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2001; 19(2): 67-73.
6. Al-Qahtani Z, Wyne AH. Caries experience and oral hygiene status of blind, deaf and mentally retarded female children in Riyadh, Saudi Arabia. *Odontostomatol Trop*. 2004; 27(105): 37-40.
7. Tomasin MFM, Abdo RCC. Prevalência de cárie em pacientes especiais da APAE da cidade de Cascavel – PR [resumo]. Associação Brasileira de Odontologia para pacientes especiais. 2004. [citado 15 out 2006]. Disponível em: <http://www.abope.com.br/site/trabalhos_congresso.asp>.
8. Hernandez AC. Condições de saúde bucal e anomalias dentárias em um grupo de deficientes mentais [dissertação]. Camaragibe: Universidade Estadual de Pernambuco; 1983.
9. Shyama M, Al-Mutawa SA, Morris RE, Sugathan T, Honkala E. Dental caries experience of disabled children and young adults in Kuwait. *Community Dent Health*. 2001; 18(3): 181-6.
10. Orrico SRP, Giro EMA, Campos JADB, Lorena SM, Cortez LMS. Prevalência de cárie em pacientes com necessidades especiais institucionalizados ou não-institucionalizados: consumo de carboidratos simples. *Rev Odont UNESP*. 2004; 33(2): 75-9.
11. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: WHO; 1997.
12. Van Der Ley ATVO. Prevalência de cárie e fatores comportamentais e sociais associados em crianças portadoras de necessidades especiais (auditivas e visuais) institucionalizadas na cidade do Recife – PE [tese]. Camaragibe: Universidade Estadual de Pernambuco; 2001.
13. Vigild M. Dental caries experience among children with Down's syndrome. *J Ment Defic Res*. 1986; 30: 271-6.
14. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
15. Choi NK, Yang KH. A study on the dental disease of the handicapped. *J Dent Child*. 2003; 70(2): 153-8.
16. Carvalho EMC, Araújo RPC. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. *Pesq Bras Ortoped Clin Integr*. 2004; 4(1): 65-75.
17. Miranda LP, Resegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *J Pediatr*. 2003; 79(Supl. 1): S33-S42.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Recebido em: 22/9/2007

Versão final reapresentada em: 20/12/2007

Aprovado em: 19/2/2008