

UNIVERSIDADE TIRADENTES

DANIELLE NOLASCO SILVA

MARIA ALICE LIMA SANTOS

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E
NECESSIDADE DE TRATAMENTO DOS ESCOLARES
DO BAIRRO 17 DE MARÇO NO MUNICÍPIO DE
ARACAJU-SE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Aracaju

2019

DANIELLE NOLASCO SILVA

MARIA ALICE LIMA SANTOS

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E
NECESSIDADE DE TRATAMENTO DOS ESCOLARES
DO BAIRRO 17 DE MARÇO NO MUNICÍPIO DE
ARACAJU-SE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em
Odontologia.

GUADALUPE SALES FERREIRA

Aracaju

2019

DANIELLE NOLASCO SILVA

MARIA ALICE LIMA SANTOS

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E
NECESSIDADE DE TRATAMENTO DOS ESCOLARES
DO BAIRRO 17 DE MARÇO NO MUNICÍPIO DE
ARACAJU-SE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em
Odontologia.

Aprovado ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

Professora Orientadora: Guadalupe Sales Ferreira.

1ª Examinadora: Cristiane Costa da Cunha Oliveira

2ª Examinadora: Simone Alves Garcez Guedes

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, **Guadalupe Sales Ferreira** orientadora das discentes **Danielle Nolasco Silva** e **Maria Alice Lima Santos** atesto que o trabalho intitulado: “**Avaliação da condição de saúde bucal e necessidade de tratamento dos escolares do bairro 17 de Março no município de Aracaju-SE: Relato de Experiência.**” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Prof. M^a. Guadalupe Sales Ferreira

Orientadora

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E NECESSIDADE DE TRATAMENTO DOS ESCOLARES DO BAIRRO 17 DE MARÇO NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Danielle Nolasco Silva ^a, Maria Alice Lima Santos ^a, Guadalupe Sales Ferreira ^b

^(a) *Graduandas em Odontologia – Universidade Tiradentes;* ^(b) *M^a. Professora Assistente do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes.*

RESUMO

A atividade de extensão proporciona uma formação profissional que gera competência, habilidades e compromisso social, levando o conhecimento teórico-prático extramuros. Sendo a saúde bucal indispensável à saúde integral do indivíduo, a Política Nacional de Saúde insere em seus programas de estratégias os eixos da atenção em saúde bucal, visando a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco, além das ações de caráter coletivo. O objetivo foi desenvolver um projeto extensionista, em uma instituição de ensino público infantil, no bairro 17 de Março, considerado de extrema pobreza, localizado em Aracaju (SE). O público-alvo foi crianças de 2-6 anos, ambos os sexos. Priorizou e desenvolveu atividades de extensão de cunho educativo e investigativo, através do exame clínico e preenchimento da ficha de exame, com objetivo de determinar as necessidades de tratamento e melhorar a condição de saúde bucal destes escolares. Após a coleta de dados, realizou a tabulação pelo *software* PSPP. Observou-se que, apesar da condição socioeconômica, apenas 9% das unidades dentárias apresentaram-se cariadas e 86,8% hígidos. O índice ceo-d foi de 1,87, considerado baixo de acordo com a classificação da OMS. Pôde-se concluir que o levantamento epidemiológico é um elemento fundamental para ações preventivas e a intervenção quando necessário.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde Bucal, Cárie Dentária, Inquéritos Epidemiológicos.

ABSTRACT

Extension activity provides professional training that generates competence, skills and social commitment, taking the theoretical-practical knowledge outside the walls. Being the oral health vital to full health of the individual, the National Health Policy puts into their strategy programs of the oral health attention, aiming at the promotion of the quality of life and intervention in risk factors, in addition to the actions of collective factor. The main objective of this study was to develop an extension project in an institution of learning, children in the neighborhood 17 de Março, considered of extreme poverty, located in Aracaju (SE). The aimed audience was children of 2-6 years, both genders. It was priorezed and developed activities of extension of educative and investigative paths, through clinical examination and filling of the examination form, in order to determine the treatment needs and improve oral health condition of these school children. After data collection, It was inserted on the PSPP software. It was observed that, despite the socioeconomic condition, only 9% of dental units were decayed and 86.8% teeth were healthy. DMFT index was 1.87. It must be concluded that the epidemiological survey is a key element for preventive actions and intervention when necessary.

KEYWORDS

Oral Health, Dental Caries, Health Surveys.

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, **Guadalupe Sales Ferreira** orientadora das discentes **Danielle Nolasco Silva** e **Maria Alice Lima Santos** atesto que o trabalho intitulado: “**Avaliação da condição de saúde bucal e necessidade de tratamento dos escolares do bairro 17 de Março no município de Aracaju-SE: Relato de Experiência.**” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Prof. M^a. Guadalupe Sales Ferreira

Orientadora

1 INTRODUÇÃO

A extensão universitária teve início em 1871, em Cambridge (ING), no formato de cursos de atualização e aperfeiçoamento, voltado para trabalhadores e outros segmentos populares. No Brasil, foi reconhecida como atividade acadêmica legal em meados dos anos 60, previsto sob a Lei nº 5.540/68, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, posteriormente, incluído na Constituição Federal sob o art. 207, garantindo a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e a comunidade (PINHEIRO; CRUZ; CHESANI, 2016). Em 1987, aconteceu o Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão (FORPROEX), estabelecendo uma visão perspicua da interação entre a universidade e a comunidade, promovido com o intuito da criação de conceito de extensão, institucionalização e financiamento (FORPROEX, 1987).

Segundo o Conselho Nacional de Educação (2002), a atividade extensionista é de suma importância para a formação do profissional, gerando competência, habilidades e compromisso social, diante de questões sociais, sendo assim, indispensável no curso de Graduação em Odontologia. Com a finalidade de propiciar a comunicação entre a universidade e o seu meio, de maneira que possa trazer intervenções necessárias na população, pondo assim, em prática o conhecimento teórico-prático além dos limites da universidade e incentivando uma proposta que envolve a articulação entre as instituições de ensino, a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de saúde e a comunidade (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

Por meio de projetos de extensão é possível para os discentes vivenciarem a atenção à saúde sob um contexto que vai além da intervenção curativa e biológica, considerando também situações do contexto psicossocial, como preconiza o conceito atual de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a saúde não apenas restrito à ausência de doença ou enfermidade, mas apresentar também, um bem-estar físico, mental e social (OMS/WHO, 1946). Partindo desse pressuposto, a saúde bucal não deve se limitar a doenças bucais ou dentais, sendo indispensável, assim, uma análise completa que aborde a função e o bem-estar.

No contexto nacional, para garantir esse direito à saúde integral, foi criado o SUS, uma conquista dos brasileiros por meio da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que

tem como a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, e foi a partir disso que a Constituição Federal de 1988 determinou que a saúde seria um dever do Estado e direito de todos. (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

O SUS oferece desde promoção e prevenção em saúde à procedimentos mais invasivos, como cirurgias ou transplantes, o que compreende um sistema integral de ofertas. O propósito é se conformar um sistema que considera o conceito ampliado de saúde-doença, e também inclui os indivíduos e coletivos no seu contexto geral, desde as suas condições econômicas, sociais, condição física e mental (BRASIL, 2019).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986), estabeleceu que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada com as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso à serviço de saúde e informação (BRASIL, 1986).

O indivíduo que apresenta desequilíbrio na saúde bucal, apresenta também, reflexos negativos na qualidade de vida. A atenção em saúde bucal demonstra uma visão de saúde na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco (OLIVEIRA; DANTAS, 2018).

Julga-se que a cárie na dentição decídua é um dos fatores mais importantes para a predisposição da doença na dentição permanente, além do mais, tem sido apontada que a ocorrência dessa patologia em crianças causa dor e dificuldade de alimentação, implicando na qualidade de vida e afetando o desenvolvimento biopsicossocial infantil (SILVA et al., 2018).

A cárie dentária é considerada uma doença multifatorial que engloba os fatores determinantes, microrganismo, dieta e hospedeiro, e fatores socioeconômicos (SOUZA; FARJADO; GARCIA, 2014). Classificada como uma das doenças bucais que mais acomete a população mundial, e que não regride espontaneamente. Nos países subdesenvolvidos, cerca de 59% a 89% das crianças em idade escolar apresentam a doença cárie, que a caracteriza como um problema de saúde pública (OLIVEIRA; DANTAS, 2018).

As práticas de higiene pessoal e de percepção sobre a saúde bucal estão intimamente ligadas aos fatores sociais, econômicos e culturais de cada indivíduo (LIMA et al., 2016). Em um estudo feito pelos autores Costa et al. (2017) mostrou que as crianças cuja as mães apresentavam um grau de escolaridade baixo, tinham uma condição pior de saúde bucal e um entendimento vago sobre o assunto, logo, essas crianças não estariam bem esclarecidas quanto às práticas de higiene oral.

De acordo com o último levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 2010, a condição bucal na dentição decídua das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são inferiores quando comparadas com as regiões Sul e Sudeste, e a mesma diferença ocorre entre as capitais e os municípios do interior (BRASIL, 2012).

Apesar da melhoria da condição bucal dos brasileiros nos últimos anos, esse ainda é um grande problema para a saúde pública (SILVA; MACHADO; FERREIRA, 2015). É importante a realização do levantamento de dados epidemiológicos das regiões para que se possa analisar e planejar o que deve ser feito em cada região de acordo com as suas necessidades (COSTA et al., 2017).

Neste sentido, em Aracaju (SE), o bairro 17 de Março traz à tona uma eminente necessidade do levantamento epidemiológicos e o planejamento de ações sociais, devido ao seu diagnóstico social: vulnerabilidade socioeconômica, condições ambientais e sanitárias, a carência das políticas públicas básicas, uma vez que o bairro possui renda per capita na margem da extrema pobreza e apresenta Índice de Condição de Vida muito baixo, em nível severo (ARACAJU, 2018).

De acordo com o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Aracaju (PDDU), em Aracaju podem ser observados núcleos de crescimento populacional que surgem aleatoriamente decorrente de imigrantes e populações sem acesso a moradia. O bairro 17 de Março é destacável pela morfologia histórica de conjunto habitacional pela padronização de casas dos programas de habitação popular, e no quesito infraestrutura, nota-se carência efetiva nas áreas de saúde, educação, abastecimento e lazer (ARACAJU, 2015).

A distância com a região central, traz à tona uma ruptura deste bairro com a cidade, evidenciando na infraestrutura urbana existente e nos equipamentos urbanos. São observados então, obstáculos de vínculo, mobilidade e fornecimento de atenção

básica. A morfologia adotada pelo bairro necessita de intervenção direta do poder público em parcerias com a iniciativa privada, para que possam ser formuladas estratégias para alçar o padrão de vida da população, no combate à miséria e a promoção de ações de lazer, educação, saúde, habitação, assistência social e serviços públicos, minimizando as desigualdades sociais (ARACAJU, 2015).

Considerando-se as condições de vulnerabilidade dos moradores do bairro, sobretudo pela ausência de equipamentos de saúde na área, o projeto foi incluído o levantamento da condição de saúde bucal e necessidade de tratamento dos escolares, considerando uma maior fragilidade dessa faixa etária e o acesso facilitado por meio das escolas que frequentam.

Diante disto, objetivo do presente trabalho foi descrever os resultados de um projeto de extensão que avaliou a condição de saúde bucal dos estudantes de idade entre 2-6 anos, residentes num bairro periférico de Aracaju, comprovando a necessidade de tratamento odontológico e acesso à ações de prevenção e promoção à saúde.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O levantamento de dados proporciona embasamento epidemiológico para o planejamento de programas de prevenção e tratamento, além de estimular práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

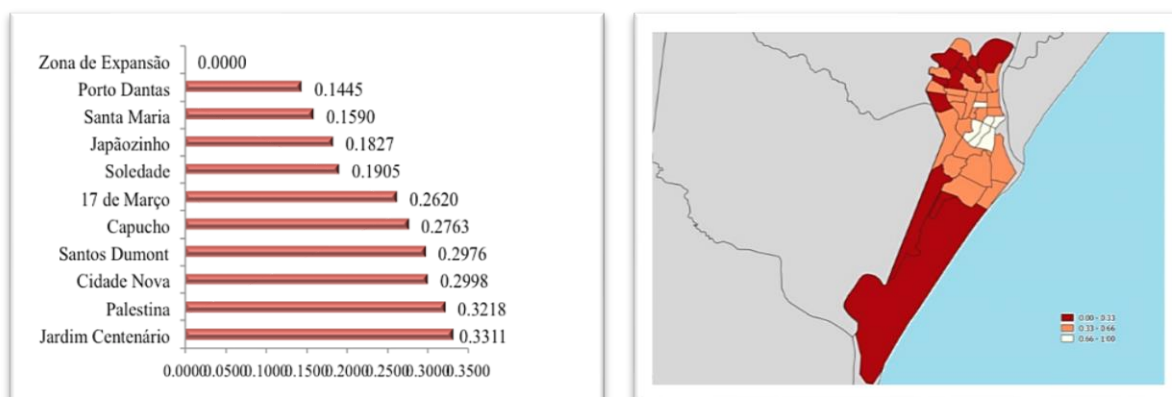
Visando os benefícios que o levantamento epidemiológico traz em conjuntura com a extensão universitária e a necessidade evidente de políticas públicas que o bairro 17 de Março exibe, o bairro foi eleito para que se realizasse o projeto extensionista.

O bairro, localizado na zona sul da cidade de Aracaju, construído em 2010 com o objetivo de abrigar 2.2012 famílias, de acordo com a Secretária Municipal do Planejamento e Orçamento (ARACAJU, 2014). É um bairro popularmente carente e de baixa renda, que até março de 2019, ainda não apresentava nenhuma Unidade Básica de Saúde (UBS), equipamento de saúde que representa a capilaridade do sistema universal e integral, além de ser o ponto principal de coordenação do cuidado e ordenação da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Para atender as necessidades da população os moradores do bairro eram deslocados para os

territórios adjacentes, não estabelecendo vínculo e atenção regionalizada, os quais são princípios importantes de cuidado à saúde da população.

Para mensurar a condição de vida populacional do bairro, foram utilizadas as informações contidas no relatório Índice CADÚnico de Condições de Vida (ICCV), com a finalidade de mapear os territórios que apresentam as mais severas condições de vida, levando em consideração a educação, trabalho e rendimento, características domiciliares e condição familiar (ARACAJU, 2018). A interpretação varia de zero a um, interpretação reversa, onde os valores próximos a zero indicam severidade nas condições de vida, e ao passo que se aproxima de um, melhores são as condições (FERREIRA, 2018). O bairro 17 de Março apresentou baixo índice, sendo de 0,2620 (Figura 1).

Figura 1: Índice de condição de vida populacional do bairro 17 de Março, Aracaju – SE, 2018.



Fonte: Índice Cadúnico de Condição de Vida – 2018.

Analisando a situação precária do bairro, é de fundamental importância um plano de atendimento visando à melhoria da condição bucal. É essencial a promoção de saúde bucal voltada para a comunidade, que não tem acesso a serviços públicos em diversas regiões, ficando assim, mais vulneráveis a doenças sistêmicas e da cavidade oral.

O projeto de extensão em Avaliação da Condição de Saúde Bucal e Necessidade de Tratamento em Escolares do bairro 17 de Março no Município de Aracaju-SE, da Universidade Tiradentes, é regulamentado por meio da coordenação de extensão, pelo edital de Seleção de Projetos de Extensão do Programa Institucional de Extensão Nº 001/2018, com início em setembro de 2018. É composto por sete alunos da graduação e duas professoras do Curso de Odontologia.

Primeiramente, houve articulação intersetorial entre a universidade e as Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social, esta, por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do respectivo bairro.

Posteriormente, foram realizadas visitas técnicas para reconhecimento do território das unidades escolares, com o intuito de verificar sua dinâmica, funcionamento e organização. A visita atingiu seu objetivo, que foi possibilitar o planejamento das ações e do espaço onde seriam realizados os exames para o levantamento de dados. Elegeu-se uma sala ampla, com boa luminosidade natural, arejada e onde pudesse trazer conforto ao escolar, trabalhando juntamente com o lúdico.

Anteriormente ao início dos exames, houve, com os examinadores, a calibração do índice utilizado, buscando a concordância interexaminador do estudo, tendo como referência o Manual de Equipe de Campo do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2009), a fim de assegurar a maior uniformidade possível na aplicabilidade do índice.

Com o acesso às listas de matriculados, por turma, foi possível a organização do cronograma de visitas semanais e por turno. As visitas de campo foram realizadas no período de novembro a dezembro de 2018 e de fevereiro a abril de 2019.

A coleta de dados se deu por meio da ação conjunta de um examinador e um anotador, em que o examinador foi responsável por avaliar a condição bucal e o anotador, concretizar os dados. Posteriormente, as amostras foram transferidas a um *software* de banco de dados, o PSPP, para obtenção dos resultados.

Esse levantamento epidemiológico, *a priori*, teve objetivo determinar o diagnóstico da cárie e a necessidade de tratamento, o que não se propunha em atendimento imediato. Entretanto, do ponto de vista ético, se durante o exame, se deparasse com determinado episódio, saberia, formalmente, encaminhar para o devido tratamento.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo investigativo transversal de levantamento epidemiológico em saúde bucal, que utilizou o Índice de Condição de Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento, ao qual se observa as 32 unidades dentárias permanentes e 20 decíduos, diferenciados por códigos.

A ficha de exame clínico, baseada na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2010), contendo as informações gerais, como nome do escolar – para futura identificação conforme a necessidade de tratamento; idade; sexo; cor/raça; data do exame; o odontograma, envolvendo todos os grupos etários e legenda com os códigos a serem utilizados. No final, dados de higiene bucal, sendo ela satisfatória ou não, e o local de acúmulo de placa visível. O uso foi exclusivamente de fichas em papel, sendo impressos 350 fichas para o registro dos dados (APÊNDICE 1).

O índice utilizado avalia 03 aspectos em cada unidade dentária: condições da coroa, da raiz e a necessidade de tratamento. A condição da coroa e a necessidade de tratamento foram avaliadas, enquanto a condição da raiz não foi avaliada, por não ser preconizada para dentes decíduos, registrando-se o código 9 (dente excluído) para este item. Para dentes decíduos são utilizados códigos alfabéticos e para dentes permanentes, numéricos.

Os códigos e critérios utilizados para a faixa etária de 5 anos, são os seguintes: coroa hígida (sem evidência de cárie); coroa cariada (cavidade evidente ou tecido amolecido); coroa restaurada mas cariada (áreas restauradas e ao mesmo tempo áreas cariadas); coroa restaurada e sem cárie (restaurações definitivas e cárie inexistente); dente perdido devido à cárie (dente extraído por causa de cárie); dente perdido por outra razão (razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas); selante (em qualquer superfície); coroa não erupcionada (dente decíduo ou premente ainda não foi erupcionado); Trauma – fratura (parte da coroa foi perdida pelo trauma, sem evidência de cárie); Dente excluído (qualquer dente permanente que não possa ser examinado), (BRASIL, 2009).

O item necessidade de tratamento segue imediatamente após registrar a condição do dente, seguindo os códigos: nenhum tratamento (dente hígido ou não pode/deve receber qualquer tratamento; restauração de uma superfície dentária (apenas uma face do dente); restauração de duas ou mais superfícies dentárias (duas ou mais faces do dente); coroa por qualquer razão (cobertura coronária, por trauma, cárie ou causa desconhecida); tratamento pulpar e restauração (devido à cárie, mutilação ou trauma); extração (cárie, doença periodontal, prótese, ou, razões ortodônticas ou estéticas); remineralização de mancha branca (mancha branca ativa); selante (indicação de

fóssulas e fissuras); sem informação (não foi possível definir a necessidade de tratamento), (BRASIL, 2009).

Visando um ambiente seguro para as crianças, livre de medos e ansiedade, usou-se manobras para adquirir a confiança delas, possibilitando a realização do exame. No projeto, foi utilizada a técnica do falar-mostrar-fazer/*tell-show-do* (TSD), onde os instrumentais odontológicos devem ser apresentados para a criança e mostrar a sua função antes de iniciar o exame, ao conhecer a função dos instrumentos elas tem menores chances de projetar seu medo nelas (BORO, 2016).

O espaço físico foi decorado com material lúdico, os examinadores utilizaram apetrechos infantis, e haviam cartilhas educativas ilustradas, como ponto importante para facilitar a aceitação da criança e criar um ambiente aconchegante e interativo. Segundo, Oliveira (2014), essa manobra de atividades lúdicas tem a finalidade de condicionar a criança, de trazer a sensação de bem-estar, de segurança e tranquilidade.

A biossegurança equivale ao conjunto de práticas voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de perigos intrínsecos às atividades, no qual a saúde dos envolvidos podem ficar comprometidas (ARMOND et al., 2016). Sabendo a importância da biossegurança, todos os exames realizados foram feitos com o uso de máscaras, gorros, luvas de látex, espátulas de madeira e gazes estéreis, com descarte correto em sacos plásticos de lixo infectante branco leitoso, e transporte para a Clínica Odontológica da Unit, considerado assim, como resíduo hospitalar.

O banco de dados eleito, a fim de reunir e analisar os dados coletados, foi utilizado o *software* PSPP, que permite a livre análise estatística de dados. O PSPP é disponível gratuitamente na internet como substituto para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). Foi utilizada a versão 1.0.1 (GNU PSPP, 1998).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Torna-se importante, quando se considera a cárie dentária como um problema de saúde coletiva, realizar a análise dos resultados obtidos da condição de cárie dentária e a necessidade de tratamento de uma população. Em um estudo publicado na Revista Brasileira de Ciências da Saúde, por Vasconcelos et al. (2018), a cárie

dentária é a doença bucal mais prevalente na população brasileira, embora seja passível de prevenção por meio de hábitos de higiene oral, do controle do consumo de açúcares, do acesso à água fluoretada e a serviços odontológicos, além de ser diretamente proporcional à condição socioeconômica e de qualidade de vida.

Dentre os 305 escolares matriculados na instituição de ensino público avaliada, a EMEI Doutor José Calumby Filho, 107 foram excluídos do estudo e do banco de dados, por não estarem presentes nos dias da coleta de dados ou não permitirem que fossem examinados, finalizando o levantamento com 98 escolares. Totalizaram-se 06 visitas, divididas em 03 no turno vespertino, com o alcance de 91 crianças e 03 visitas no turno matutino, com 107 crianças.

Após a finalização das visitas de campo, foi criado o banco de dados que, como resultados das informações gerais, obteve-se a média de faixa etária dos examinados de 4,07 anos, com prevalência do sexo feminino e da cor pardo (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização dos participantes de acordo com a idade, sexo e cor/raça, no Bairro 17 de Março – Aracaju-SE, 2019.

	N	PERCENTAGEM
IDADE		
2 anos	16 alunos	8,08%
3 anos	51 alunos	25,76%
4 anos	55 alunos	27,78%
5 anos	56 alunos	28,28%
6 anos	20 alunos	10,10%
SEXO		
Masculino	91 alunos	45,96%
Feminino	107 alunos	54,04%
COR/RAÇA		
Branco	12 alunos	6,06%
Pardo	108 alunos	54,55%
Negro	76 alunos	38,38%
Amarelo	2 alunos	1,01%
Indígena	-	-

De acordo com o SB Brasil (2010), a prevalência de cárie incide no aumento proporcional em relação a idade. Com base nos índices, 46,6% das crianças com 5 anos de idade estão livres de cárie na dentição decídua e, aos 12 anos de idade, 43,5% apontam tal condição na dentição permanente.

No relatório do SB Brasil, uma criança na faixa etária de 5 anos de idade, possui, em média, o índice ceo-d 2,43 dentes com experiência de cárie, o estudo ainda destaca

que dentre os componentes analisados, prevalece o componente *cariado*, mais de 80% do índice. Pode-se destacar a discrepância entre as regiões, onde o Norte, Nordeste e Centro-Oeste possuem médias do índice ceo-d mais elevadas. Em contrapartida, as regiões Sul e Sudeste apresentam maior número de dentes restaurados. Quando analisado separadamente, Aracaju (SE), apresentou resultados que o classifica na 4ª posição do ranking das capitais do Nordeste de maior experiência com cárie, com média de 1,96 (87,9%), (BRASIL, 2012).

O presente estudo, realizado na instituição EMEI Doutor José Calumby Filho, corrobora com os dados do levantamento epidemiológico do SB Brasil em 2010, onde o mesmo afirma que a prevalência de cárie dentária aumentou conforme a idade (Tabela 2).

O SB Brasil utiliza o índice CPO-D/ceo-d para avaliar a condição dentária, índice preconizado pela OMS (WHO, 1997). O ceo-d expressa a soma de dentes cariados, com indicação de extração e obturados, na dentição decídua. A preconização do uso dos índices tradicionais é viável para o uso no SB Brasil, por realizar exames bucais em crianças com faixa etária de 5 anos, onde, cronologicamente apresenta a dentição decídua completa.

Os dados dos escolares do bairro 17 de Março foram organizados em tabelas e gráficos, analisados descritivamente as médias de dentes hígidos (h), cariados (c) e indicação de extração (e) da dentição decídua (Tabela 2), e separadamente, as médias de dentes hígidos (H) e cariados (C) e obturados (O) nos dentes permanentes dos escolares que apresentaram a dentição mista (Tabela 3). E concomitante, a análise considerando a variação médias de CPO-D/ceo-d e de indivíduos livres de cárie (CPO-D/ceo-d=0), descritas, respectivamente, na tabela 3 e tabela 4.

Tabela 2: Análise descritiva das médias de dentes hígidos (h), cariados (c) e indicação de extração (e) na dentição decídua, no Bairro 17 de Março – Aracaju-SE, 2019.

IDADE	N	h	C	E
2 anos	16 alunos	17,12	0,62	0,37
3 anos	51 alunos	18,21	1,62	0,04
4 anos	55 alunos	18,07	1,80	0,05
5 anos	56 alunos	19,23	2,12	0
6 anos	20 alunos	14,65	2,75	0,3

Tabela 3: Análise descritiva das médias de dentes hígidos (H), cariados (C) e obturados (O) nos alunos que apresentaram dentes permanente, no Bairro 17 de Março – Aracaju-SE, 2019.

IDADE	N	H	C	O
2 anos	0 alunos	-	-	-
3 anos	0 alunos	-	-	-
4 anos	4 alunos	2,25	0,5	-
5 anos	26 alunos	3,88	0	-
6 anos	14 alunos	5,21	0,28	-

Tabela 4: Análise da média ceo-d e ceo-d=0, quanto à idade, no Bairro 17 de Março – Aracaju-SE, 2019.

IDADE	N	ceo-d	ceo-d=0
2 anos	16 alunos	0,62	14
3 anos	51 alunos	1,64	29
4 anos	55 alunos	1,81	32
5 anos	56 alunos	2,12	28
6 anos	20 alunos	2,95	7

No que se refere a faixa etária de 5 anos, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, a SB Brasil em 2010 foi demonstrado uma melhoria da atenção à saúde com o passar dos anos. A média de dentes cariados na dentição decídua, que refere à faixa etária de 5 anos, mostrou uma redução de 13% de dentes acometidos quando comparados com o ano de 2003, o SB Brasil em 2010, apresentaram, respectivamente, com médias de 2,80 em 2003 e 2,43 em 2010 (BRASIL 2003-10).

No estudo realizado, neste relato de experiência, a dentição decídua possui uma média de 1,78 de dentes afetados pela cárie em crianças de 2 a 6 anos. Afirmamos, diante dos dados avaliados, que há um aumento de cárie com o passar dos anos, com exceção da idade de 6 anos, que deve ter o viés da dentição mista. (Tabela 2). Corroboramos assim com o estudo mostrado nas últimas duas pesquisas de saúde bucal nacionais que a doença cárie vem apresentando um declínio com o passar dos anos, e que, de acordo com o fator idade, ela tende a aumentar.

O presente projeto utilizou o índice Condição de Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento, por permitir que fossem realizados exames em crianças com qualquer faixa etária e em ambas as dentições, sejam elas decídua, mista ou permanente.

Ao analisar os dados coletados referentes à condição da coroa dos escolares que apresentaram dentes decíduos, 86,8% apresentavam-se hígidos, no que diz respeito ao índice preconizado pelo projeto. Evidenciando uma pequena porcentagem dos dentes acometidos pela cárie (Tabela 5).

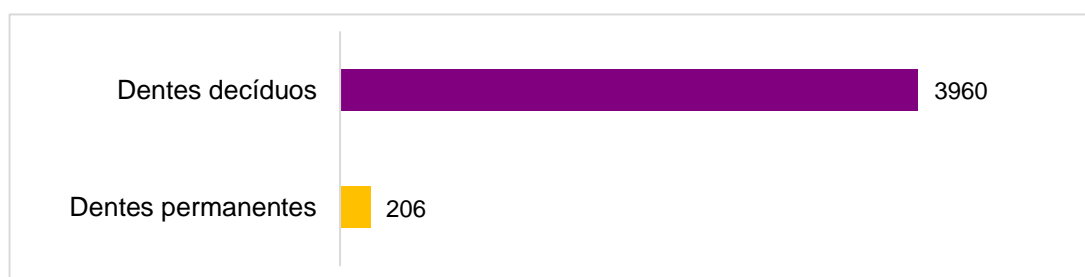
Tabela 5: Condição da coroa por dente dos escolares que apresentaram dentes decíduos, no Bairro 17 de Março – Aracaju-SE, 2019.

	N (Dente)	PERCENTAGEM
Hígidos	3438	86,8%
Cariados	356	9%
Restaurado mas com cárie	4	0,1%
Trauma	11	0,27%
Não erupcionado	20	0,5%

Contudo, torna-se importante ressaltar que mesmo o bairro apresentando indicadores sociais baixos, a experiência de dentes cariados mostrou um resultado pequeno de acordo com o que foi analisado no banco de dados feito a partir do levantamento, contrapondo-se assim às pesquisas estatísticas que mostram que o fator socioeconômico influencia ou agrava o aparecimento da doença cárie (ZWICKER; DUDLEY; EMERY, 2016). Isto pode ser explicado por fatores como o pouco tempo dos dentes presentes na cavidade oral, uma vez que, ao aumentar a idade, e o fator tempo das unidades dentárias na cavidade oral, a experiência de cárie nos indivíduos aumenta.

Em relação à prevalência de dentes permanentes presentes na pesquisa, os dados foram considerados de pouca relevância, representando apenas 5,2% do total de dentes examinados, por se tratar de uma faixa etária onde a dentição de maior prevalência é a decídua, conforme demonstra o Gráfico 1.

Gráfico 1: Relação dos valores absolutos do quantitativo de dentes decíduos e permanentes, no Bairro 17 de Março – Aracaju-SE, 2019.



Como divulgado pelo SB Brasil (2010), a necessidade de tratamento para a cárie dentária exhibe baixo percentual em todas as faixas etárias no país. Como foi

observado, nas regiões em que há desigualdades nos índices de cárie, demandam maior necessidade de tratamento: restaurações, tratamento pulpares ou extrações.

No Nordeste, 86,6% dos indivíduos examinados não necessitam de tratamento e a maior necessidade é destacada pela necessidade de restauração de apenas 1 superfície (7,4%) e restauração de 2 ou mais superfícies (4,1%), enquanto outros tipos de tratamento não atingiram a marca de 1% (BRASIL, 2012).

O levantamento final do estudo realizado mostrou que a maioria das crianças não necessitavam de tratamento, e aquelas que precisavam havia uma variação entre restauração de 1 ou 2 faces, extração, tratamento pulpar e restauração, remineralização e selante, sendo a de maior demanda citado respectivamente de forma decrescente. Observou-se também um baixo índice de unidades dentárias obturadas e uma média de ceo-d de 1,74.

Tabela 6: Necessidade de tratamento com base na condição dos escolares que apresentaram dentes decíduos, no Bairro 17 de Março – Aracaju-SE, 2019.

	N (Dente)	PERCENTAGEM
Nenhum	3437	86,8%
Restauração de 1 superfície	182	4,59%
Restaurado de 2 ou mais superfícies	162	4,09%
Extração	17	0,42%
Tratamento pulpar e restauração	7	0,17%
Remineralização	2	0,05%
Selante	2	0,05%
Sem informação	151	3,81%

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da experiência relatada, faz-se importante considerar, inicialmente, a relevância da realização de levantamentos epidemiológicos no que diz respeito ao diagnóstico da população para tomadas de decisões no planejamento de ações educativas, preventivas e de promoção à saúde. Por meio destes estudos investigativos, torna-se possível obter dados que não são ofertados por qualquer sistema de informação de vigilância em saúde bucal, ainda inexistente no SUS. Estes resultados apenas são ofertados por meio de estudos epidemiológicos, nacionais ou locais, uma vez realizados e que servem como parâmetros por décadas. Além disto, a partir do estudo realizado, foi possível perceber que crianças do ensino infantil do bairro 17 de Março,

em Aracaju (SE), com idades entre 2 e 6 anos, apesar de fatores como a baixa condição socioeconômica, mantém-se com um alto percentual de dentição hígida, o que reforça a necessidade de ações de prevenção permanentes para manutenção deste cenário. Dados demonstraram que a doença cárie, de alta prevalência no Brasil, aumenta de acordo com o aumento da faixa etária, o que nos confirma que é preciso manter investimentos em educação em saúde bucal, atividades de escovação supervisionada inseridas na escola, assim como o incentivo ao hábito de alimentação saudável.

6 REFERÊNCIAS

1. ARACAJU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Assistência Social. Observatório Social de Aracaju. **Índice Cadúnico de Condições de Vida**. Aracaju, 2018. Disponível em: <<https://www.aracaju.se.gov.br/observatoriodearacaju>>. Acesso em: abril de 2019.
2. ARACAJU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento. **Plano de Desenvolvimento Urbano de Aracaju – Diagnóstico Municipal (PDDU)**. Capítulo III – Dinâmica Urbana. Aracaju, jul 2015. Disponível em: <<https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/plano-diretor-vpreliminiar-jul2015/CAPITULO-III-DINAMICA-URBANA.pdf>>. Acesso em: abril de 2019.
3. ARACAJU. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento e Orçamento (SEPLAN). **Relatório Final do Diagnóstico da Cidade de Aracaju/SE**. Aracaju, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/IADB-BR-L1411_WbttEZe.pdf>. Acesso em maio de 2019.
4. ARMOND, A. C. V., GONÇALVES, P. F., FLECHA, O. D., OLIVEIRA, D. W. D., SAMPAIO, F. C., FALCI, S. G. M. Conhecimentos de biossegurança para as principais atividades de risco envolvendo servidores públicos, discentes e empregados da limpeza do curso de Odontologia da UFVJM/Diamantina. **Revista Brasileira de Odontologia Legal (RBOL)**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, p. 32-52, mai-jun 2016.
5. BISCARDE, D. G. S., PEREIRA-SANTOS, M., SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface (Botucatu) [online]**, vol.18, n.48, p.177-186, 2014.
6. BORO, A. A. Desenvolvimento de Ferramenta Áudio-Visual para Condicionamento de Comportamento Positivo de Crianças ao Atendimento Odontológico. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria). **Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP**, Bauru, 53 p., set 2016.
7. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES 3/2002, 4 de

- março de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 10.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: fevereiro de 2019.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde Bucal, **Relatório Final**. Brasília, 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios.htm>>. Acesso em: março de 2019.
 10. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2011; 29 jun.
 11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SB Brasil 2010: Manual da Equipe de Campo**. Brasília: Ministério da Saúde, 49 p., 2009.
 12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 52p., 2004.
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 116 p, 2012.
 14. GNU PSPP. Free Software Foundation, Inc. **GNU PSPP**. Disponível em: <<https://www.gnu.org/software/pspp/>>. Acesso em: abril de 2019.
 15. COSTA, M. M., SOUTO, I. C. C., BARROSO, K. M. A., PAREDES, S. O. Fatores associados à experiência de cárie dentária em escolares da rede pública de um município de pequeno porte do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/ Brazilian Journal of Health Research**, Vitória, v. 19, n. 3, p. 32-40, jul-set, 2017.
 16. FERREIRA, W. S. **Índice cadúnico de condições de vida**. São Cristóvão, SE, 2018. Monografia (bacharelado em Estatística) – Departamento de Estatística

- e Ciências Atuariais, Centro de Ciências Exatas e Tecnologia, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2018.
17. I FORPROEX. I Encontro de Pró-Reitores de extensão das universidades públicas brasileiras. Conceito de extensão, institucionalização e financiamento. **Rede Nacional de Extensão**, Brasília, 1987.
 18. GIL, C. R. R., LUIZ, I. C., GIL, M. C. R. Contexto Histórico de Criação do SUS. **Contexto de implantação e aspectos organizacionais da gestão do SUS**. São Luís: Edufma, p. 21-26. 60p, 2016.
 19. LIMA, H. T., QUIRINO, A. B. G., LIMA, M. N., SANTOS, Z. D. D., CARNEIRO, S. V., SILVA, C. H. F. A prevalência de cárie dentária em adolescentes de 12 anos no Brasil, **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica (JOAC)**. Ceará. v. 2, n. 2, p.1-5, 2016.
 20. OLIVEIRA, J. C. C. Atividades lúdicas na Odontopediatria: uma breve revisão da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 103-7, jan./jun. 2014.
 21. OLIVEIRA, V. R., DANTAS, T. S. Saúde Bucal e Qualidade de Vida. **Biblioteca Digital de Segurança Pública**. 2018. Disponível em: <<http://dspace.pm.go.gov.br:8080/pmgo//handle/123456789/1412>>. Acesso em: março de 2019.
 22. Organização Mundial da Saúde – OMS/WHO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Nova Iorque, 1946.
 23. Organização Mundial da Saúde – OMS/WHO. **Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções**. Genebra, 1997.
 24. PINHEIRO, B. L., CRUZ, I. L., CHESANI, F. H. Extensão universitária: os estilos de pensamento na área da saúde no Brasil. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 15, n. 1, p. 91-106, jan./jun. 2016.
 25. SILVA, D. D. P., CAMELO, C. C. A., CARVALHO, M. M. P., PAREDES, S. O. Experiência de cárie dentária e fatores associados em crianças pré-escolares. **Arquivos em Odontologia**. v. 54, set. 2018.
 26. SILVA, J. V., MACHADO, F. C. A., FERREIRA, M. A. F. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciências e Saúde Coletiva**. v. 20, n. 8, p. 2539-2548, 2015. doi: 10.1590/1413-81232015208.12052014.
 27. SOUZA, R. S., FAJARDO, A. P., GARCIA, R. Levantamento epidemiológico de cárie em criança de cinco anos de uma população sob responsabilidade de

um serviço de atenção primária à saúde em Porto Alegre, RS. **Biblioteca Virtual em Saúde Pública Brasil (BVS)**, s.n., 18 p., 2014.

28. VASCONCELOS, F. G. G., GOONDIM, B. L. C., RODRIGUES, L. V., NETO, E. A. L., VALENÇA, A. M. G. Evolução dos Índices CEO-D/CPO-D e de Cuidados Odontológicos em Crianças e Adolescentes com Base no SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Paraíba, v. 22, n. 4, p. 333-340, 2018. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n4.37491>
29. WULAERHAN J, ABUDUREYIMU A, BAO XL, ZHAO J. Risk determinants associated with early childhood caries in Uygur children: a preschool-based cross-sectional study. **BMC Oral Health**. 2014.

APÊNDICE I – Ficha de exame clínico



FICHA DE EXAME

“Avaliação da condição de saúde bucal e necessidade de tratamento em escolares do bairro 17 de Março no município de Aracaju – SE”

Nome do escolar: _____
 Idade: ____ anos ____ meses Sexo: () M () F
 Cor/Raça: () Branco () Pardo () Negro () Indígena () Amarelo
 Município: _____
 Escola: () E.M.E.I. Doutor José Calumby Filho () E.M.E.F. José Souza de Jesus
 Data: ____ / ____ / ____

CONDIÇÃO DE CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																
Raiz																
Tratamento																
Coroa																
Raiz																
Tratamento																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CÓDIGO			CONDIÇÃO
Dentes decíduos	Dentes permanentes		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	Hígido
B	1	1	Cariado
C	2	2	Restaurado mas com cárie
D	3	3	Restaurado e sem cárie
E	4	Não se aplica	Perdido devido à cárie
F	5	Não se aplica	Perdido por outras razões
G	6	Não se aplica	Apresenta selante
H	7	7	Apoio de ponte ou coroa
K	8	8	Não erupcionado - raiz não exposta
T	T	Não se aplica	Trauma (fratura)
L	9	9	Dente excluído

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Tratamento pulpar e restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

FONTE: SB Brasil 2010.

Higiene bucal: () Satisfatória () Insatisfatória
 Local de acúmulo de placa visível: _____