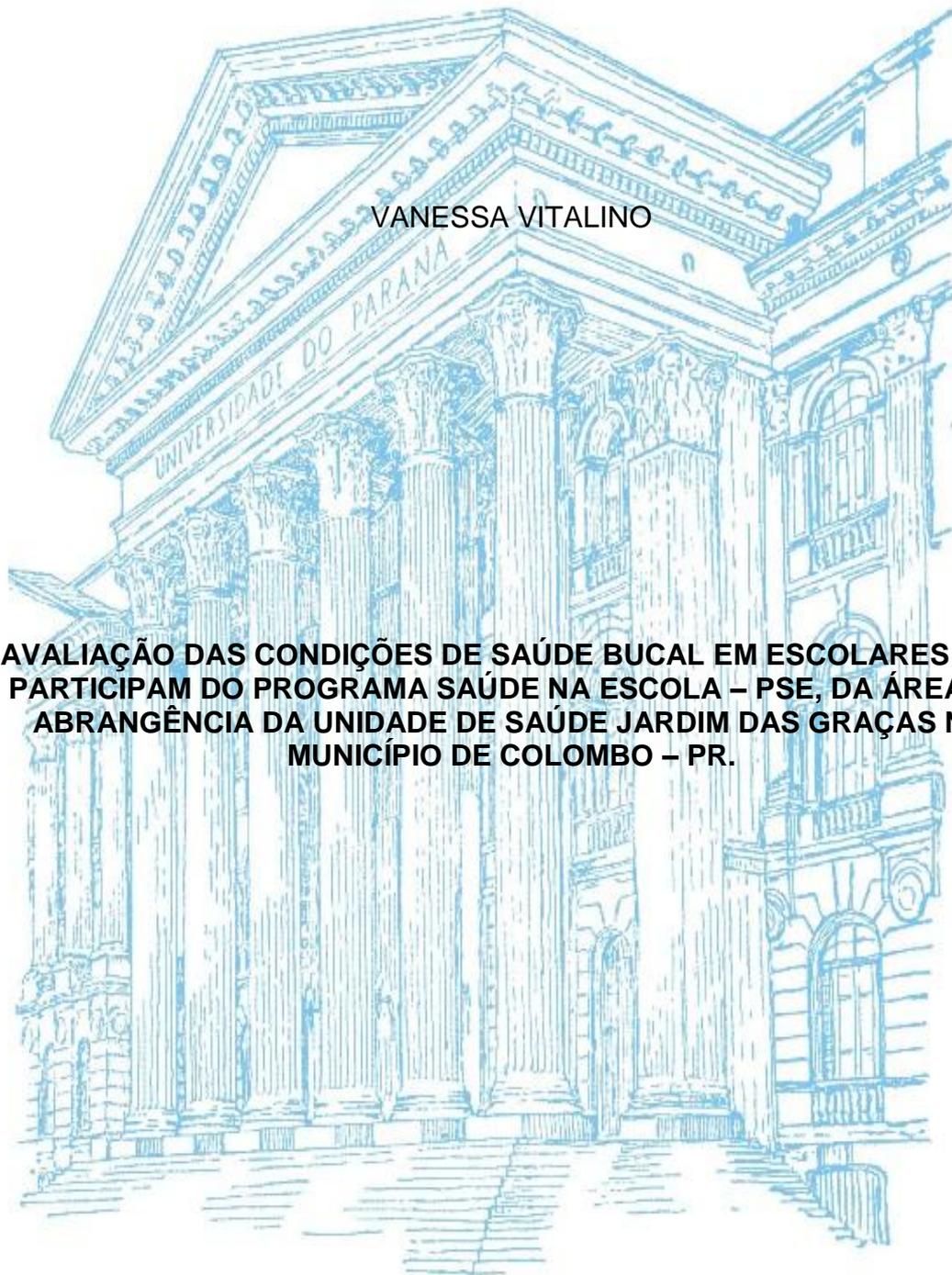


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VANESSA VITALINO

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES QUE PARTICIPAM DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE, DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE JARDIM DAS GRAÇAS NO MUNICÍPIO DE COLOMBO – PR.



CURITIBA
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VANESSA VITALINO

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES QUE PARTICIPAM DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE, DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM DAS GRAÇAS NO MUNICÍPIO DE COLOMBO – PR.

Trabalho apresentado como requisito parcial à conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.
Orientadora: Prof^a Dr^a Marilene da Cruz Magalhães Buffon.

CURITIBA
2012

Avaliação das condições de saúde bucal em escolares que participam do Programa Saúde Na Escola – PSE, da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jardim das Graças no município de Colombo – Pr.

VITALINO*, V.¹; BUFFON, M. C. M.^{1,2}

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, UFPR.

² Professora Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da UFPR.

RESUMO – Este estudo propõem avaliar as condições de saúde bucal de escolares, tratando-se de uma pesquisa quantitativa com base em dados secundários das Fichas de Estimativa Simplificada aplicadas nas 3 escolas que participaram do Programa Saúde na Escola – PSE, pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jardim das Graças no município de Colombo – PR. Esta pesquisa permitiu classificar 631 escolares quanto o grau de severidade de cárie encontrando 45,2% , 28,7% e 26,1% respectivamente: alta, média e baixa severidade de cárie. E demonstrar a presente condição de saúde bucal considerada precária entre os escolares de 5 e 11 anos. Propõe a partir dos dados apresentados que seja adotado para tratamento inicial a adequação de meio bucal modificado em todos os alunos com necessidade de tratamento. Também questiona dos dados encontrados no grupo de alunos de 10 a 11 anos, pois neste período a criança apresenta-se na maioria das vezes com quase toda sua dentição permanente, sugerindo a realização de calibração dos avaliadores para melhora na avaliação e monitoramento através da utilização da estimativa rápida, para viabilizar posteriores estudos que auxiliem na mudanças efetivas nas ações a serem realizada.

Palavras-chaves: Saúde Escolar, Cárie Dentária, Saúde Bucal.

* Rua Guilherme de Souza Valente, 199 – 82220-300 – Curitiba – Pr
e-mail: vanessa_vitalino@yahoo.com.br ou vanessav.ufpr@gmail.com

ABSTRACT

Evaluation of oral health among schoolchildren participating in School Health Program - PSE, the area covered by the Health Unit Family Jardim das Graças in the city of Colombo – Pr

ABSTRACT - This study proposes to evaluate the oral health status of school children, in the case of a quantitative research based on secondary data from Sheets Simplified Estimation applied to three schools participating in the School Health Program - PSE, belonging to the catchment area Health Unit Jardim das Graças in the city of Colombo - PR. This research allowed to classify 631 students as the severity of caries found 45.2%, 28.7% and 26.1% respectively: high, medium and low severity of dental caries. And to demonstrate this condition as poor oral health among children 5 - 11 years. Proposes from the data presented that is adopted for the adequacy of initial treatment modified the oral environment for all pupils in need of treatment. Also questions the data found in the group of students from 10 -11 years because in this period the child is presented most often with almost all their permanent teeth, suggesting the realization of calibration of evaluators to improve the evaluation and monitoring through the use the flash estimate, to enable subsequent studies that help in effective changes in the actions to be performed.

Keywords: School Health, Dental Health, Dental Caries.

INTRODUÇÃO

Dentre problemas mais comuns visualizados na cavidade bucal podemos citar a doença cárie e doença periodontal (BUFFON, 2007), sendo a placa dental o fator determinante para estas principais doenças, torna-se majoritariamente importante a limpeza eficaz e sistemática (ZINGANO, 1985; AXELSSON *et al*, 1993; JORGE, 1998; KRIGER, 1997), e levando-se em consideração uma dieta pobre em sacarose e uso racional de dentifrícios fluoretados na higienização, juntamente ao acompanhamento periódico do cirurgião-dentista. Já em 1966, Backer relatava que lesões brancas ativas, de possível reversibilidade, precedem as lesões cavitadas de cárie. De acordo com BRASIL (2006), a lesão cariosa é oriunda de um processo de desmineralização e remineralização resultado de uma infecção bacteriana, manifestada clinicamente quando há o desequilíbrio desse processo levando a progressão do processo de desmineralização dentária. Ressalta ainda a importância da prevenção e promoção em saúde bucal, devido a possibilidade de paralização da progressão da doença quando em estágios anteriores.

Segundo Melo, *et. al* 2011, a cárie dentária é causa frequente de desconfortos e dores na infância levando ao comprometimento do desenvolvimento biopsicossocial e qualidade de vida, tida como uma doença multifatorial onde os fatores condicionantes como as condições socioeconômicas e ambientais, têm prevalências preocupantes na população, (PEREIRA, 2003).

Este estudo se justifica pela necessidade de avaliação das condições de saúde bucal em escolares que participam do Programa de Saúde do Escolar - PSE, na área de abrangência da Unidade de Saúde Jardim das Graças e também pela necessidade de avaliar o grau de severidade da doença cárie dentária nos escolares para a definição de ações de promoção e prevenção à saúde bucal no município de Colombo – PR.

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Fejerskov *et al.*(1990), em estudos quanto a distribuição da doença cárie é influenciado múltiplos fatores tanto de ordem biológica quanto social.

A prevalência da cárie dentária é influenciada não somente por fatores etiológicos já conhecidos como hospedeiro, microbiota e dieta - tríade de KEYES, modulados pelo fator tempo, e também ressalta a importância do fator renda familiar (TOMITA, 1996), o que segundo Carvalho *et al.* (1999), é responsável pelo desastroso perfil epidemiológico brasileiro.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a situação de saúde e doença é determinada por diversos fatores sendo que o conceito de saúde não deve ser mais relacionada à ausência de doença, mas com fatores biopsicossociais, em prol o bem estar geral do indivíduo, gerando melhor qualidade de vida. De acordo com Pauleto *et al.* (2004), a saúde bucal, implícita na saúde integral, está relacionada às condições socioeconômicas e culturais da população. Sendo assim a promoção da saúde deve manter o foco nas mudanças de comportamento, em políticas públicas mais saudáveis e na busca por determinantes sociais melhores (BUSS, 2002).

Promover saúde bucal vai além de esforços na participação do planejamento de políticas públicas mais saudáveis, é também criar ambientes que apóiem cada vez mais à busca do “ser saudável” tanto pelo indivíduo como pela comunidade. Cabendo aos promotores de saúde auxiliar ao desenvolvimento de habilidades pessoais, favorecer ações comunitárias e reorientar os serviços para que sejam cada vez mais voltados para a promoção de saúde, (BUISCHI, 2003). De acordo com Moysés (2000), uma estratégia faz-se fundamental neste processo de trabalho na formação do comportamento do indivíduo para a manutenção e promoção da saúde bucal é a educação em saúde.

Diversos pesquisadores ressaltam que a educação e a informação quanto à saúde bucal e seus principais cuidados são de suma importância no processo de promoção de saúde bucal. Pauleto *et al.* (2004), afirmam que, embora a população em geral possa obter informações a respeito dos cuidados necessários para uma boa higiene bucal através das grandes meios de comunicação, dificilmente tais informações seriam difundidas de modo a alcançar todas as camadas da população

ainda as considera de difícil compreensão e assimilação, de maneira a não produzir conhecimento e autonomia nos indivíduos sobre sua saúde bucal.

Neste sentido, a motivação aparece como fator fundamental de mudança, pois é o elemento necessário para o estabelecimento de novos hábitos e a adoção de comportamentos saudáveis, pois educação em saúde é um processo que tem por objetivo transformar determinada realidade, embasando-se em ações que envolvem a participação efetiva do educador e do educando, (MEDEIROS, 2010). De acordo com Dinelli *et al.* (1998), confirmaram em sua pesquisa que houve a motivação, assimilação e sedimentação das informações transmitidas a escolares através da educação em saúde, porém ela deve ocorrer de maneira progressiva.

Para Figueira & Leite (2008) o processo de construção de conhecimento em saúde bucal dos escolares ocorre a partir do contato com o cirurgião-dentista e técnicos em saúde bucal e a família; e em parcela menor através da escola. Este arranjo demonstra algumas restrições atuais à aprendizagem, mas também aponta possibilidades para enriquecimento futuro.

Pauleto *et al.* (2004), enfatizam a necessidade de transformações nos modelos de educação em saúde bucal utilizados, pois as práticas onde a comunicação direcionada ao aluno é autoritária e dogmática com o objetivo apenas de transmissão das instruções de saúde bucal. Torna-se imprescindível superar as barreiras das antigas práticas higienistas e individualistas que nos distancia dos educandos e propõem métodos mais dialógicos e construtivistas.

A construção compartilhada do saber quanto ao processo saúde-doença, quando não tem o objetivo de ser realizado apenas pela persuasão do educador e sim pela elaboração do educando sobre o processo saúde-doença-cuidado favorecendo assim mudanças de hábitos e comportamentos, (ALVES, 2005).

Figueira *et al.* (2008) enfatizam a importância da continuidade e progressão do aprendizado sobre a doença cárie aos escolares, de acordo com a fase de desenvolvimento da criança, para que quando adultos tenham uma noção menos simplória a respeito da cárie dentária. Pois, de acordo com Unfer *et al.* (2000) o que faz com que a cárie dentária não seja percebida pela maioria das pessoas antes que se manifeste a dor ou lesão cavitada, é o fato de relacionarem a doença apenas com seus sintomas, impossibilitando os benefícios de ações preventivas em longo prazo.

Segundo Pavão *et al.* (2006), a escola é um lugar consagrado na sociedade, onde se busca e constrói o conhecimento em todas as áreas do desenvolvimento

humano, ressaltando assim a importância de discutir o cuidado com a saúde no contexto escolar.

O Programa Saúde na Escola (PSE), através da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação tendo por principal objetivo a atenção a saúde do escolar de modo integral, pois isso, alcançando também a prevenção e promoção de saúde. Instituído pelo decreto presidencial nº 6.286 em 5 de dezembro de 2007, o PSE leva saúde às crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, que representam cerca de 26% da população brasileira, destes, cerca de 33 milhões estão matriculados no ensino fundamental.

Com o principal objetivo de obter a integralidade no desenvolvimento dos escolares o Programa Saúde na Escola (PSE) conta com a parceria a Saúde da Família, este atuando principalmente na prevenção, promoção e atenção em saúde, onde deve principalmente embasar-se na realidade do público alvo, pois além de prever maiores investimento em ações coletivas (BRASIL, 2011).

De acordo com OMS (2000), um programa de saúde escolar efetivo é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um país pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2006).

O PSE tem como diretrizes: promover a saúde e a cultura da paz como, por exemplo, articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações da educação básica pública e ainda colaborar para a constituição de qualidades para o desenvolvimento integral dos escolares; cooperar para a edificação de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde e que afetam o desenvolvimento escolar; causar a intercomunicação escola/saúde e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde (BRASIL, 2009).

Ministério da Saúde, utilizando os índices de CPO-D e ceo-d os mais utilizados para dentes permanentes e decíduos respectivamente, contabilizando o número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, concluiu que uma criança aos 5 anos em média apresenta o índice de ceo-d de 2,43 e 46,6 % estavam livres de cárie, e aos 12 anos apresenta ao menos 2 dentes com experiência de cárie e a prevalência da doença chega a 56,5%. (BRASIL, 2011).

Este estudo se justificou pela necessidade da avaliação das condições de saúde bucal em escolares que participam do Programa de Saúde do Escolar - PSE,

na área de abrangência da Unidade de Saúde Jardim das Graças , para a definição de ações de promoção e prevenção à saúde bucal.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Paraná, sob nº Parecer 150.125 CAAE: 08067012.6.0000.0102, de acordo com o ANEXO 1.

A metodologia utilizada foi uma pesquisa quantitativa descritiva com base em dados secundários com objetivo principal de avaliar as condições de saúde bucal de 631 escolares, participantes do Programa Saúde na Escola – PSE, com idade entre 5 e 11 anos, devidamente matriculados no ensino fundamental das escolas pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jardim das Graças, em Colombo, região metropolitana de Curitiba- PR.

Foram utilizados os dados contidos nas FICHAS DE ESTIMATIVA SIMPLIFICADA (ANEXO 2), aplicadas pelas equipes de Saúde Bucal da Unidade de Saúde da Família durante o primeiro semestre letivo de 2012, e classificou-se os escolares quanto ao grau de severidade da doença cárie. A análise estatística foi por meio do programa Epi-info 6.04 da Organização Mundial de Saúde e de domínio público. Para avaliação da severidade de doença cárie considerou-se os aspectos contidos nas Fichas de Estimativa Rápida:

1. Presença de cárie evidente em decíduos;
2. Presença de cárie evidente em permanentes;
3. Lesões brancas (cárie inicial);
4. Presença evidente de biofilme dental (placa bacteriana);
5. Presença evidente de sangramento gengival;
6. Fatores retentivos de biofilme dental (exs: raízes residuais, cálculo, má posição dos dentes).

Os critérios para determinar o grau de severidade de doença cárie estão apresentados a seguir no Quadro 1:

Alta Severidade	Média Severidade	Baixa Severidade
03 (três) ou mais lesões cariosas, incluindo lesão branca	até 02 (duas) lesões cariosas, incluindo lesão branca	nenhuma cárie evidente ou lesão branca de cárie

[]

QUADRO 1- CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO GRAU DE SEVERIDADE DA DOENÇA CÁRIE

Fonte: PATTUSSI *et al.*, (2006); FOLAYAN *et al.*, (2008) adaptado

Os nomes dos escolares contidos nas fichas foram devidamente substituídos por códigos objetivando o anonimato, sendo estes distinguidos somente por turma e faixa etária (de 5 e 6 anos, de 7 a 9 anos e de 10 e 11 anos), sendo assim excluídos os alunos menores de 5 anos ou com 12 anos ou mais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir dos dados secundários coletados nas Fichas de Estimativa Rápida – 2012, aplicadas em alunos que participaram do Programa Saúde da Unidade de Saúde Jardim das Graças, estão apresentados nas Tabelas 1, 2, 3 e 4.

TABELA 1- PRESENÇA DE LESÃO BRANCA

Elementos Cariados (lesão reversível)	FAIXA ETÁRIA						TOTAL (640 alunos)	
	5 E 6 ANOS (146 alunos)		7 A 9 ANOS (326 alunos)		10 E 11 ANOS (168 alunos)		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Zero	108	74,0	273	83,7	150	89,3	531	83,0
1 ou 2	34	23,3	46	14,1	18	10,7	98	15,3
3 a 6	4	2,7	7	2,1	0	0	11	1,7

Fonte: O autor (2012)

Quanto à presença de lesão de mancha brancas ativa, que nada mais é que uma lesão inicial de cárie dentária e passível de reversibilidade, a Tabela 1 apresenta que 531 escolares (83%) não apresentaram nenhuma lesão branca ativa na avaliação, 98 escolares (15,3%) apresentaram uma ou duas lesões e 11 escolares (1,7%) dos 640 que foram avaliados apresentavam 3 ou mais lesões. Dos 146 alunos na faixa etária de 5 a 6 anos: 108 escolares (74%) não foi encontrada nenhuma lesão de mancha branca ativa, sendo encontrados 34 estudantes (23,3%) com 1 ou 2 lesões e apenas 4 estudantes (2,7%) com 3 ou mais lesões brancas ativas. Já os alunos na faixa etária entre 7 a 9 anos (totalizando 326) se obteve os seguintes resultados: apenas 2,1%, 7 alunos apresentavam 3 ou mais lesões

brancas, pouco mais de 14%, 46 alunos foram avaliados com 1 ou 2 mancha branca ativa, enquanto a maioria 83,7%(273 alunos) não tinham lesões iniciais de cárie reversível. E, muito semelhantes também se apresentam os resultados dos escolares na faixa etária de 10 e 11 anos, obtivemos os seguintes resultados: 150 alunos (89,3%) e 18 alunos (10,7%) alunos não apresentavam nenhuma lesão e 1 ou 2 lesões, respectivamente. Constatamos que 26% dos alunos com 5 e 6 anos apresentam lesões de mancha branca, tal valor é superior ao encontrado por SILVA *et al.*(2006).

Desde 1966, Backer em seu estudo relata que a lesão de mancha branca ativa pode preceder a lesão cariada durante um período de até 2 anos. E quanto ao diagnóstico da lesão inicial da doença cárie, estudos de Pimentel *et al.* (1999), conclui que é possível que o cirurgião dentista dê a um dente com lesão branca um diagnóstico de hígido.

De acordo com o BRASIL (2010), ressalta a importância em dar atenção especial às crianças nesta fase em que apresentam a dentição decídua, podendo-se observar a baixa procura ou adesão ao tratamento nesta fase, pois a prevalência de elementos com necessidade de tratamento odontológico em média 80%, nos 7 anos entre os levantamentos, permanecendo-se estável, por isso a importância do monitoramento e planejamento especial para esta faixa etária.

CATANI, *et al.*, 2010, ressaltam ainda a importância de tais levantamentos epidemiológicos, nesta faixa etária, em busca do diagnóstico precoce da doença, tornando possível um tratamento mais simples, com melhor custo benefício e menos invasivo.

TABELA 2- PRESENÇA DE CÁRIE EVIDENTE EM DECÍDUOS

Elementos Cariados	FAIXA ETÁRIA						TOTAL (640 alunos)	
	5 E 6 ANOS (146 alunos)		7 A 9 ANOS (326 alunos)		10 E 11 ANOS (168 alunos)		N	%
	n	%	N	%	n	%		
Dentes Decíduos								
Zero	42	28,8	122	37,4	101	60,1	265	41,4
1 ou 2	47	32,2	106	32,5	43	25,6	196	30,6
3 a 6	40	27,4	91	27,9	22	13,1	153	23,9
7 ou mais	17	11,6	7	2,1	2	1,2	26	4,1

Fonte: O autor (2012)

Na Tabela 2, acima do total de 640 escolares: 41,4% não apresentaram nenhuma cárie evidente em dentes decíduos, 30,6% no momento da avaliação foram encontrados 1 ou 2 cáries, 23,9% tinham de 3 a 6 cáries e ainda 4,1% dos alunos avaliados apresentam-se com 7 cáries ou mais.

No que diz respeito à cárie evidente em dentes decíduos, a faixa etária que devemos dar maior destaque é a de crianças entre 5 e 6 anos pois apresentam-se na maior parte com dentição primária, respectivamente, 28,8%, 32,3%, 27,4% e 11,6% de alunos apresentando nenhuma cárie, 1 ou 2 cáries, 3 a 6 cáries e 7 ou mais cáries evidentes em decíduos. Quanto à prevalência da doença podemos constatar a que 71,2%, ou seja, 93 dos 146 alunos avaliados estão afetados pela doença cárie, o percentual encontrado para essa idade foi maior que o encontrado por Lopes, *et al.*, (1997), porém neste estudo constatamos que quase 40% dos alunos avaliados apresentam 3 ou mais cáries, enquanto os mesmos autores encontraram apenas 12,8% dos alunos neste grau de severidade de cárie.

Na mesma faixa etária ainda percebemos que apenas 42 alunos (28,8%) livres de cárie, muito aquém da meta estabelecida pela OMS, e ainda distante dos resultados encontrados por Sartori, (1999), em Alfenas-MG, Almeida *et al.*, (2007) em Salvador-BA e em Piracicaba-SP por Cypriano *et al.* (1999), e semelhante ao encontrado por Tomita *et al.* em 1996 encontrado em São Paulo-SP.

Cabe ainda ressaltar que 4,1% das crianças avaliadas apresentaram 35% ou mais da dentição decídua afetada pela doença cárie. De acordo com o BRASIL (2010), ressalta a importância em dar atenção especial às crianças nesta fase em que apresentam a dentição decídua, podendo-se observar a baixa procura ou adesão ao tratamento nesta fase, pois a prevalência de elementos com necessidade de tratamento odontológico em média 80%, nos 7 anos entre os levantamentos, permanecendo-se estável.

Na faixa etária entre 7 a 9 anos onde apresentam-se, na maior parte, estudantes com dentição mista e quanto à cárie evidente em dentes decíduos, obtivemos os seguintes resultados, 37,4% são livres de cárie em decíduos, 32,5% apresenta de 1 a 2 cáries, 27,9% de 3 a 6 e 2,1% dos alunos apresentaram 7 ou mais cáries em dentes decíduos. Este declínio significativo encontrado da prevalência encontrada da doença cárie na dentição decídua progressivamente por cada faixa etária também foi encontrado no estudo Sartori em 1999, que se justifica pela substituição que vai ocorrendo da dentição permanente.

Os valores encontrados na faixa etária com alunos entre 10 e 11 anos são questionados, pois por apresentarem sua dentição em sua maior parte constituída por dentes permanentes, estando próximos aos 12 anos, idade recomendada pela OMS, (1997), para avaliação de crianças na dentição decídua. Sugerimos que para posteriores levantamentos epidemiológicos que o município de Colombo queira realizar, com antecedência realiza calibração para tais procedimentos, possibilitado maior confiabilidade nos dados a apresentar, assim como estudos longitudinais e bem realizar a vigilância em saúde bucal através do monitoramento desses dados.

À análise dos dados dos alunos na faixa etária entre 10 e 11 anos apresentaram os dados: 60,1%, ou seja, 101 alunos constavam nas Fichas de Estimativa Rápida não apresentando cárie em decíduos, já 39.9% foram avaliados com 1 ou mais cáries em decíduos, sendo que 43 alunos com 1 ou 2 dentes decíduos afetados (25,6%), 22 destes apresentaram de 3 a 6 elementos cariados (13,1%), dados já questionados acima.

TABELA 3- PRESENÇA DE CÁRIE EVIDENTE EM PERMANENTES E POR FAIXA ETÁRIA

Elementos Cariados	FAIXA ETÁRIA						TOTAL (640 alunos)	
	5 E 6 ANOS (146 alunos)		7 A 9 ANOS (326 alunos)		10 E 11 ANOS (168 alunos)		n	%
	n	%	N	%	n	%		
Dentes Permanentes								
Zero	130	89,0	192	58,9	84	50,0	406	63,4
1 ou 2	15	10,3	121	37,1	58	34,5	194	30,3
3 a 6	1	0,7	13	4,0	26	15,5	40	6,3

Fonte: O autor (2012)

Na Tabela 3, nos mostra que 63,4% do total e 640 alunos avaliados (406 alunos) estavam livres de cárie na dentição permanente, 194 alunos (30,3%) e 40 alunos (6,3%) respectivamente apresentaram 1 ou 2 e de 3 a 6 elementos cariados.

O grupo representado pelos alunos de faixa etária entre 5 e 6 anos apresentam melhores condições na dentição permanente devido o fato de estarem iniciando o processo de substituição da dentição decídua onde observamos que 89% destes alunos não apresentaram cáries em permanentes (130 dos 146 alunos), 15 alunos já apresentam 1 ou 2 elementos atingidos e apenas 1 alunos (07%) apresentando 3 dentes permanentes já cariados.

Já na faixa etária entre 7 e 9 anos, obtivemos 58,9% dos 326 alunos deste grupo sem cárie na dentição permanente, 37,1% destes alunos (121) apresentam 1

ou 2 dentes acometidos por cárie e 4% (13 alunos) com 3 ou mais cáries aparentes em permanentes.

A faixa etária de estudantes entre 10 e 11 anos destaca-se por apresentar um número maior de alunos com a dentição permanente completa, dos 168 estudantes que obtivemos os dados: 84, 58 e 26 alunos respectivamente apresentavam-se sem cárie, com 1 ou duas cáries e com 3 ou mais dentes permanentes já afetados, o que é alarmante que 50% dos alunos já apresentem de 1 permanentes já acometidos pela cárie dentária, dados muito distantes, por exemplo, dos que Correa, *et al.* encontraram na cidade de Joinville-SC em 2002.

Para obtermos os dados apresentados na Tabela 4 a seguir, e assim analisar melhor o número de estudantes com necessidade de tratamento, foram somados os dados dos itens 1- *PRESENÇA DE CÁRIE EM DECÍDUOS* e 2- *PRESENÇA DE CÁRIE EM PERMANENTES* contidos nas Fichas de Estimativa Rápida – 2012.

TABELA 4- PRESENÇA DE CÁRIE EVIDENTE EM DECÍDUOS + PERMANENTES E POR FAIXA ETÁRIA

Elementos Cariados	FAIXA ETÁRIA						TOTAL (640 alunos)	
	5 E 6 ANOS (146 alunos)		7 A 9 ANOS (326 alunos)		10 E 11 ANOS (168 alunos)		n	%
Permanentes + Decíduos (Lesões Irreversíveis)	n	%	N	%	n	%	n	%
Zero	37	25,3	93	28,5	55	32,7	185	28,9
1 ou 2	44	30,1	84	25,8	56	33,3	184	28,8
3 a 6	45	30,8	129	39,6	52	31,0	226	35,3
7 ou mais	20	13,7	20	6,1	5	3,0	45	7,0

Fonte: O autor (2012)

Quanto à necessidade de tratamento (restaurações, endodontias, exodontias, etc) podemos afirmar que nas 3 escolas avaliadas, apenas 28,9% não apresentavam necessidade de tratamento no consultório, em contrapartida 71,1%, ou seja, 455 alunos precisam ser encaminhados para Unidade de Saúde. Sendo que 45 alunos (7%), apresentam de 7 a 11 elementos já afetados pela doença, 226 alunos (35,3%) foram avaliados possuindo de 3 a 6 dentes cariados, e 184 do total de 640 alunos (28,8%) que apresentaram 1 ou 2 cáries.

Observamos que entre os estudantes avaliados entre 5 e 6 anos: 25,3% dos 146 estudantes estão livres de lesões irreversíveis, 30,1% com 1 ou 2 dentes com

necessidade de tratamento, 30,8% apresentam de 3 a 6 elementos cariados e 13,7% necessita de tratamento para 7 ou mais dentes com lesão irreversível.

Estudantes entre 7 e 9 anos, representam o maior grupo identificado nas 3 escolas com 326 alunos no total apresentam os seguintes dados: 28,5% foram avaliados sem lesões cáries em dentes decíduos ou permanentes, 25,8% apresentavam 1 ou 2 dentes afetados pela cárie dentária, 39,6% de 3 a 6, e 6,1% com 7 ou mais dentes cariados.

No grupo de escolares de 10 e 11 anos: 55 alunos (32,7%) não apresentam lesões irreversíveis, 56 estavam com 1 ou 2 cáries (33,3%), 52 na avaliação revelou de 3 a 6 dentes afetados (31%), e 5 alunos (3%) apresentam 7 ou mais dentes permanentes ou decíduos com cárie dentária e que podemos observar certo declínio na necessidade de tratamento com o aumento da idade como observados em alguns estudos (SARTORI, 1999; CYPRIANO *et al.*, 2003), em decorrência da troca da dentição pela dentição permanente que deveria ser melhor evidenciada nesta faixa etária mais próxima dos 12 anos, como apresentado acima.

O Gráfico abaixo demonstra as condições de saúde bucal quanto ao grau de severidade de cárie em cada faixa etária e nas 3 escolas participantes de acordo com os critérios apresentados no Quadro-1.

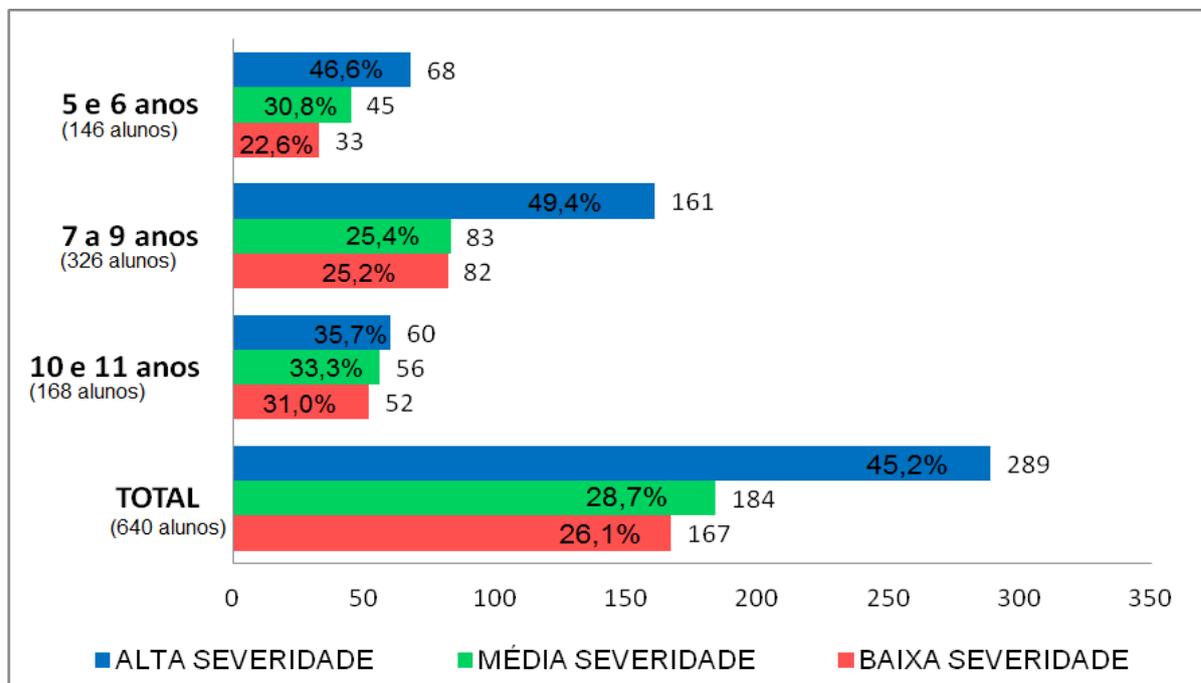


GRÁFICO 1-CLASSIFICAÇÃO DE GRAU DE SEVERIDADE DE CÁRIE POR FAIXA ETÁRIA
Fonte: O autor (2012)

O Gráfico 1 classifica 640 escolares quanto o grau de severidade de cárie, pode-se chegar aos seguintes resultados: 289 alunos (45,2%) foram classificados com alta severidade de cárie, 184 alunos (28,7%) com média severidade de cárie e apenas 167 alunos (26,1%) apresentavam boas condições de saúde bucal. Na faixa etária entre 5 e 6 anos respectivamente 46,6%, 30,8% e 22,6% alunos apresentavam alta, média e baixa severidade de cárie. Em diferente proporção, dos alunos de 7 a 9 anos: 49,6% encontram-se com alto grau de severidade, seguido de 25,4% e 25,2% de alunos com médio e baixo grau, respectivamente. Observamos também que há quase uma uniformidade quanto ao grau e severidade de cárie para os alunos entre 10 e 11 anos, sendo 31% destes classificados com baixa severidade de cárie, 33,3% com média severidade e 35,7% alta severidade de cárie dentária.

De acordo com o BRASIL, 2008 avaliação em saúde tem como principal objetivo auxiliar na identificação dos principais problemas de saúde sendo assim fundamental subsídio para a reorientação das ações de saúde e serviços desenvolvidos para viabilizar novas práticas de saúde, assim como facilita a mensuração do impacto causado por estas novas ações.

Antunes *et al.*(2006a) sugerem diversos instrumentos para aferir o ataque da doença cárie, sendo os índices de CPO-D e ceo-d os mais utilizados para dentes permanentes e decíduos respectivamente, e assim contabiliza o número de dentes cariados, perdidos ou restaurados pela doença cárie. Para este estudo que se deu através da realização Estimativa Rápida nas escolas foram avaliados apenas os dentes cariados não sendo possível a comparação direta neste estudo.

De acordo com o levantamento das condições de saúde bucal realizado no país em 2002-2003 e 2010 - Projeto SB Brasil (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011), com relação às crianças de 5 anos sem história passada de cárie, o Brasil apresenta-se aquém das metas estabelecidas pela OMS, com a proporção de 40,6% e 46,6% em 2003 e 2010, respectivamente, quando deveria abranger metade da população nesta faixa etária. Já neste estudo a porcentagem de crianças que podem ser consideradas cárie zero aos 5 anos não chega a 29%.

Nesse sentido, cabe enfatizar que quanto ao número de dentes atacados por cárie dentária em 2003, em média uma criança de até 3 anos de idade ou menos, já apresentava um dente já acometido, essa situação se agrava nas demais faixa etárias examinadas. Com a idade de 5 anos a média aumenta para quase três o número de dentes com histórico de cárie (SILVA *et al.*, 2007). Tal quadro se

evidencia devido à baixa valorização à dentição decídua pelos pais e muitas vezes também pelos profissionais (PINE, 2004; TOMITA, 1996). Alguns estudos, tanto nacionais (HARRIS *et al.*, 2004), quanto internacionais (PINE, 2004), relatam sobre o acometimento precoce pela doença, o aumento da severidade e da prevalência em associação com o aumento da idade.

Na faixa etária dos 12 anos, CPO-D médio foi de 2,78 em 2003, ou seja, o Brasil já atingia a meta estabelecida pela OMS, CPO-D < 3,0 para esta faixa etária (BRASIL, 2004), assim constata-se o declínio em 2010, onde uma criança nesta faixa de idade apresenta ao menos 2,1 dentes com experiência de cárie e a prevalência da doença chega a 56,5%. (BRASIL, 2011). Enquanto na faixa etária entre 10 e 11 anos, neste estudo em 2012, podemos perceber que a prevalência de cárie anterior aos 12 anos já é de quase 70% entre os estudantes no município de Colombo –PR.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE é de suma importância para realização do planejamento das ações em saúde bucal que sejam realizados levantamentos epidemiológicos de maneira a permitir a compreensão e das condições de saúde de determinada população, bem como monitorar os riscos e tendências, permitindo também avaliar o impacto das medidas adotadas, etc (BRASIL, 2006).

A saúde bucal, quando expressada pelos índices de cárie da população brasileira revela a alta precariedade das condições de saúde bucal (BRASIL, 2004; MELO, 2010) como pode ser comprovado no Gráfico 1. As condições de saúde bucal da população brasileira evidenciam além da grande desigualdade social, mas também a dificuldade de acesso aos serviços de saúde na área da odontologia que se dá pela limitada oferta no serviço público e pelo alto custo da prática privada (BARROS *et al.*, 2002; LUCAS *et al.*, 2005; MENEGHIM *et al.*, 2007), o que demonstra a maior necessidade de atuação nos espaços sociais e principalmente de principalmente a importância de programas como o PSE.

De acordo com o BRASIL (2010), as condições de saúde bucal melhoraram, pois a média de elementos afetados pela doença em crianças caiu de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010. A prevalência da doença cárie aos 12 anos de idade também declinou de 69% no primeiro levantamento realizado no Projeto SB Brasil, para 56% diminuindo em 13 pontos percentuais no último projeto em 2010. Onde a hipótese explicativa mais aceita para tal declínio é a que leva em conta o acesso à água de abastecimento e de dentifrícios fluoretados juntamente aos programas de saúde

coletiva. Apesar do declínio, há ainda a polarização da cárie dentária nas populações de diferentes faixas etárias, estratos sociais e dentes atingidos. Tornando-se assim a redução das desigualdades socioeconômicas e as ações de saúde pública dirigida a grupos mais vulneráveis, os principais desafios na formulação e implementação de políticas públicas.

De acordo com os levantamentos das condições de saúde bucal realizado no país (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011) com relação às crianças de 5 anos sem história passada de cárie, o Brasil apresenta-se aquém das metas estabelecidas pela OMS, com a proporção de 40,6% e 46,6% em 2003 e 2010, respectivamente, quando deveria abranger metade da população nesta faixa etária. Já neste estudo a porcentagem de crianças que podem ser consideradas cárie zero aos 5 anos não chega a 29%.

Nesse sentido, cabe enfatizar que quanto ao número de dentes atacados por cárie dentária em 2003, em média uma criança de até 3 anos de idade ou menos, já apresentava um dente já acometido, essa situação se agrava nas demais faixa etárias examinadas. Com a idade de 5 anos a média aumenta para quase três o número de dentes com histórico de cárie (SILVA *et al.*, 2007). Tal quadro se evidencia devido à baixa valorização à dentição decídua pelos pais e muitas vezes também pelos profissionais (PINE, 2004; TOMITA, 1996). Alguns estudos, tanto nacionais (HARRIS *et al.*, 2004), quanto internacionais (PINE, 2004), relatam sobre o acometimento precoce pela doença, o aumento da severidade e da prevalência em associação com o aumento da idade.

Na faixa etária dos 12 anos, CPO-D médio foi de 2,78 em 2003, ou seja, o Brasil já atingia a meta estabelecida pela OMS, CPO-D < 3,0 para esta faixa etária (BRASIL, 2004), assim constata-se o declínio em 2010, onde uma criança nesta faixa de idade apresenta ao menos 2,1 dentes com experiência de cárie e a prevalência da doença chega a 56,5%. (BRASIL, 2011). Enquanto na faixa etária entre 10 e 11 anos, neste estudo em 2012, podemos perceber que a prevalência de cárie anterior aos 12 anos já é de 64% entre os estudantes no município de Colombo –PR.

TABELA 5- PRESENÇA EVIDENTE DE BIOFILME, SANGRAMENTO GENGIVAL E FATOR RETENTIVO DE PLACA DENTAL POR FAIXA ETÁRIA

Itens 4, 5 e 6 da Estimativa Rápida	TOTAL (640 alunos)	
	n	%
Biofilme (placa bacteriana)		
Ausente	298	46,6
Presente	342	53,4
Sangramento Gengival		
Ausente	538	84,1
Presente	102	15,9
Fator retentivo de placa		
Ausente	328	51,3
Presente	312	48,7

Fonte: O autor (2012)

Avaliar a presença de biofilme (placa dental) faz-se importante, pois segundo Rovida *et al.*, (2010) o cirurgião-dentista precisa avaliar o controle de placa pelo paciente para melhor determinar o tipo de tratamento que será realizado, além do fato de que o biofilme é fator etiológico da doença periodontal e cárie dentária.

Mais da metade dos alunos apresentava-se com biofilme (342 alunos - 53,4%) e apenas 46,6% não apresentavam acúmulo de placa dental, podendo ser um indício da falta de destreza na escovação ou ser consequência ao horário da avaliação.

Já quanto ao sangramento gengival quase 16% apresentaram presença no momento da avaliação evidenciando (102 alunos) seguido de 84,1% que não apresentavam no momento da avaliação sangramento gengival evidente, porém não podemos concluir que essa inflamação gengival ocorra em função do acúmulo de biofilme, devido os alunos se apresentarem na fase de esfoliação dos dentes decíduos esta gengivite pode estar relacionada com a erupção dos dentes.

Quanto a Tabela 5, cabe salientar que quase 50 % dos 640 alunos avaliados apresentaram fatores retentivos de placa dental e destacam-se novamente os aluno com 5 e 6 anos de idade que proporcionalmente apresentaram a presença de fatores.

Visando atender de maneira mais abrangente, porém pouco utilizada, a adequação de meio bucal seria uma maneira viável de remover fatores retentivos, reestabelecer o equilíbrio da flora bucal, atuando diretamente na etiologia da doença cárie (MELARÉ, *et al.*, 2006). Pagani *et al.* (2007), concluiu em seu estudo a

respeito da adequação de meio bucal que quando utilizados diferentes meios de tratamento como tratamento restaurador atraumático (TRA) modificado, aplicações de vernizes fluoretados instruções sobre a dieta e controle da higiene bucal, mostraram-se eficazes.

1. CONCLUSÕES

Com base nesta pesquisa verificou-se que:

- 289 alunos (45,1%) apresentam alto grau de severidade de cárie, portanto, a maioria os escolares entre 5 e 11 anos matriculados no ensino fundamental nas escolas municipais da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jardim das Graças do município de Colombo – PR, apresentam condições precárias de saúde bucal;
- Os dados encontrados na faixa etária de idade entre 10 e 11 anos podem revelar um equívoco nas avaliações, pois constava que 1 em cada duas crianças já apresentam de 1 a 6 dentes acometidos pela doença em sua grande parte por dentes decíduos, incomum nesta idade e revelando a necessidade de calibração em posteriores levantamentos epidemiológico realizados município de Colombo-PR.
- Apenas 28,8% dos alunos entre 5 e 6 anos podem ser considerados livres de cárie dentária, onde 2 a cada 3 crianças apresentam pelo menos 1 elemento dentário afetado pela doença cárie, evidenciando assim a importância de programas como o PSE de maneira especial voltando sua atenção para a dentição decídua.
- O grupo de alunos pertencente à faixa etária de 7 a 9 anos apresentou o maior número de alunos, 233 com necessidade de tratamento tanto para lesões em decíduos quanto em permanentes.
- 17 % dos 640 escolares apresentam lesões de mancha branca, ao mesmo tempo em que mais de 50 % encontrou-se presença evidente de biofilme e também fator de retenção à avaliação odontológica e 16% com sangramento gengival evidente.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos neste sugerem que seja dada maior atenção a programa de educação e prevenção como o Programa Saúde na Escola iniciado no município de Colombo – Pr, principalmente pela possibilidade da utilização das Fichas de Estimativa Rápida para de avaliação, monitoramento e estabelecimento de metas como aumentar a porcentagem de crianças livres de cárie, levantamento de alunos (por turma e faixa etária) com maior necessidade de tratamento odontológico, porém para viabilizar posteriores a avaliação de próximos resultados que forem obtidos no decorrer dos anos apresentamos a necessidade de calibração dos avaliadores para melhor aproveitar e investigar os dados.

Concluimos também que as condições de saúde bucal dos escolares na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jardim das Graças em Colombo – Pr estão precárias, pois a maioria dos alunos avaliados foram classificados com alta severidade da doença cárie. Havendo deste modo, maior necessidade de motivação e aproximação dos alunos durante as atividades de escovação supervisionada devido aos dados encontrados referentes a fatores retentivos, sangramento gengival e biofilme. Faz-se também emergente a implementação medidas como de adequação bucal associada a procedimentos como aplicação de verniz fluoretado em pacientes com maior grau de severidade da doença, juntamente com o acompanhamento da dieta e controle de remoção da placa bacteriana (Pagani *et al.*, 2007).

3. AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, à minha família, aos meus professores da residência, aos meus caros colegas de trabalho deste período em que fiz parte da Unidade de Saúde da Família Jardim das Graças, à Secretaria Municipal de Saúde, e em especial ao Departamento de Saúde Bucal do município de Colombo-Pr, e também à Karina Duarte Vilella querida amiga.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. F, *et al.* Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife**, v. 9, n. 3, p. 247-252, jul. / set., 2009.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.** v.9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev. 2005.

ANTUNES, J. L. F. *et al.* Spatial analysis to identify differentials in dental needs by area-based measures. **Community Dent. Oral Epidemiol.** Copenhagen, v. 30, n. 2, p. 133-42, Apr. 2002.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A.; FRAZÃO, P. Cárie dentária. In: Antunes J. L. F. *et al.* **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

AXELSSON, P. Plaque control for the prevention of oral diseases. In: An introduction to risk prediction and preventive dentistry. Illinois: **Quintessence**, p.43-58, 1999.

BACKER-DIRKS, O. Post-eruptive changes in dental enamel. **J. Dent. Res.**, Chicago, v.45, n.3, part 1, p.503-511, May/June 1966.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n. 17, 2008**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf> Acesso em 07/12/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. (2008). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_na_escola_cit_3107.pdf> Acesso em 23/07/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n. 24, 2009**. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/9/2/129-CAB_24_saude_na_escola.pdf> Acesso em 07/12/2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010. NOTA PARA A IMPRENSA**. Brasília; 2010. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/img/File/SAUDE%20BUCAL--NotaParaImprensa-28dez2010%20\(2\).pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/SAUDE%20BUCAL--NotaParaImprensa-28dez2010%20(2).pdf)> Acesso em 07/12/2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SBBrazil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília; 2011. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>
Acesso em 07/12/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/folder_pse_03.pdf> Acesso em 07/12/2012.

BUFFON M. C. M. **Conhecimentos e Práticas de Saúde Bucal Desenvolvidas por Acadêmicos dos Cursos da Área da Saúde da UFPR**. Curitiba-PR, 2007.

BUISCHI, Y. A. **Promoção de saúde bucal**. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/yvonne/artyvone74.htm>> Acesso em 07/12/2012.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família** v. 2, n. 6, p.50-63, 2002.

CARDOSO, L. *et al.* Polarização da cárie em município sem água fluoretada. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 237-43, jan.-fev, 2003.

CARVALHO, J.; MALTZ, M. Tratamento da doença cárie. In: KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes médicas, 1999. cap. 05.

CATANI, D. B.; CYPRIANO, S.; SOUSA, M. L. R. Determinantes clínicos e sócio-comportamentais da cárie dentária nas dentições decídua e permanente em município com concentração ótima de fluoreto na água. **Arquivos em Odontologia**. v. 46, n. 4, out-dez, p.197-207, 2010.

CORREA, C. G. M. M. L. *et al.* Estudo da prevalência de cárie dentária na dentição permanente em crianças de 6 a 12 anos da rede pública de ensino no município de Joinville (SC). **Rev Sul-Brasileira de Odontologia**. v. 2, n. 2, p. 28-33, 2005.

CYPRIANO, S. *et al.* A saúde bucal de escolares residentes em locais com ou sem fluoretação nas águas de abastecimento público na região de Sorocaba, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1063-1071, jul-ago, 2003.

DINELLI, W. *et al.* Campanhas de prevenção e motivação em odontologia: Novos caminhos. **Odonto 2000**, Araraquara, v.2, n. 1, p.8-13, jan./jun. 1998.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. **Int Dent J** 1982; 32:1.

FEJERSKOV, O.; MANJI, F. Risk assessment in dental caries. In: Bader J. D. **Risk assessment in dentistry**. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology, 1990.

FIGUEIRA, T.R.; LEITE, I.C.G. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n.1, p. 27-32, jan./mar. 2008.

HARRIS, R. *et al.* Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. **Community Dent Health**, 2004; 21:71-85.

JORGE, A. O. C. **Microbiologia bucal**. 2.ed., São Paulo: Livraria e Editora Santos, p.122, 1998.

KASTE, L. M. *et al.* Coronal caries in the primary and permanent dentition of children and adolescents 1-17 years of age: United States, 1988-1991. **J Dent Res**. v.75 p.631-41, feb. 1996.

KRIGER, L.; MOIZÉS, S.T. A Filosofia de Promoção de Saúde na Clínica Privada. In: KRIGER, L. ABOPREV – **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, cap.17, p.409-431, 1997.

LOPES, L. F. Z; MORITA, M. C. Higiene Bucal: Mudanças de Conhecimentos e Hábitos de uma Geração para Outra em uma População de Baixa Renda. **Semina, Londrina**, v. 18, ed. especial, p. 25-33, 1997.

MELARÉ, J. N. *et al.* Adequação bucal e tratamento restaurador atraumático: promoção de saúde bucal em crianças com idade entre 4 e 6 anos. **Revista Univap**. São José dos Campos-SP, v.13, n 24. p. 26, 2006.

MELO, M. M. D. C. *et al.* Polarização da cárie dentária em pré-escolares cadastrados no Programa Saúde da Família do Recife. **Odontologia Clín.- Científ.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 35-40, jan/mar., 2009.

MELO, M. M. D. C. *et al.* Factors associated with dental caries in preschoolers in Recife, Pernambuco State, Brazil. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro v.27, n.3 Mar. 2011.

MOYSES, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal definições. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, p. 3-22, 2000.

NADAVOSKI, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

NARVAI, P. C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. Washington, v. 19, n. 6, p. 385–93, 2006.

PAGANI, P. R. *et al.* Adequação do Meio Bucal Através de Tratamento Restaurador Atraumático Modificado em Pacientes Pediátricos Infectados Pelo Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA). **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 21-27, jan./abr. 2007.

- PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 121-30, 2004.
- PIMENTEL, D. A. S.; TOLEDO, O. A.; BEZERRA, A. C. B. Diagnóstico clínico, radiográfico e histológico de lesões de cárie oclusal em molares decíduos. Estudo *invitro*. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.2, n.5, p.28-31, 1999.
- PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos; 2000.
- PINE, C. M. Developing Explanatory Models of Health Inequalities in childhood dental caries. **Community Dent Health**, v. 21, suppl. 1, p. 86-95, 2004.
- PEREIRA, AC. **Odontologia em saúde coletiva, planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- ROVIDA T. A. S. *et al.* Controle de placa bacteriana dentária e suas formas de registro. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.31, n.2, p. 57-62, Julho/Dezembro, 2010
- RONCALLI A. G. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Peres, M. A. *et al.* **Epidemiologia em saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- SARTORI, L. A. Prevalência da doença cárie em escolares de 5 a 14 anos, na cidade de Alfenas-MG. **R. Un. Alfenas**, Alfenas, v. 5 pg 1-10, 1999.
- SILVA, M. A. M.*et al.* Condições de saúde bucal em escolares de Vassouras/RJ: uma pesquisa epidemiológica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**; v. 12 n. 1, p. 52-56, 2010.
- SILVA, *et al.* Prevalência de cárie e indicadores de risco e crianças de 2 a 6 anos na clínica de odontologia preventiva – UFPB. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/ PUCRS**, v. 21, n. 51, jan./mar. 2006.
- SILVA, M. C. B. *et al.* Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1237-46, 2007.
- TOMITA, N. E. *et al.* Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 413-20, 1996.
- UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 190-5, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health survey: basic methods**. 4th ed. Geneva; 1997.
- ZINGANO, E. L. Higienização bucal – Motivação dos pacientes. **Odontol Mod**,

São Paulo, v.12, n.10, p.13-20, nov./dez. 1985.

5. ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Paraná – Página 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de Saúde Bucal de escolares entre 5 e 11 anos que participam do Programa Saúde na Escola - PSE.

Pesquisador: Vanessa Vitalino

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 08067012.6.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 150.125

Data da Relatoria: 21/11/2012

Apresentação do Projeto:

Serão avaliadas as condições de saúde bucal dos escolares de 5 a 11 anos, à partir dos dados secundários contidos nas fichas de estimativa simplificada da Unidade de Saúde Jardim das Graças, Colombo-PR. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, documental, realizada com base em dados secundários, que permitirá classificar aproximadamente 640 alunos quanto ao grau de severidade de cárie e ainda as condições de saúde bucal de escolares residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Jardim das Graças em Colombo-PR.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as condições de saúde bucal em escolares que participam do Programa Saúde na Escola - PSE, na área de abrangência da Unidade de Saúde Jardim das Graças, Colombo-PR.

Avaliar o grau de severidade da cárie dentária nos escolares daquela região, para definição de futuras ações de promoção e prevenção à saúde bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São garantidos o anonimato e sigilo das informações. Não haverá contato direto com os sujeitos, tendo em vista que a pesquisa se dará com base em dados secundários

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é interessante e acrescenta conhecimento à área em questão fornecendo dados que poderão subsidiar futuras ações e políticas de saúde bucal para aquela população.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 1 – Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Paraná – Página 02

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram todos apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores sanaram todas as pendências apresentadas anteriormente. A declaração final do Coparticipante onde o mesmo declara ter lido e concordar com o parecer do CEP/Sd, foi anexada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

É obrigatório trazer ao CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

-Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

CURITIBA, 21 de Novembro de 2012

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 - Fichas de Estimativa Simplificada



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

FICHA DE ESTIMATIVA SIMPLIFICADA EM ESCOLARES – 2012

ESCOLA: _____ TURMA: _____ PROF: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____

NOME DO ALUNO	Presença de Cárie Evidente em Decíduos (1)	Presença de Cárie Evidente em Permanentes (2)	Presença de Lesão de cárie incipiente e ativa (lesões brancas) – (3)	Bio filme Dental Evidente (Placa Bacteriana) – (4)	Sangramento Gingival Evidente (5)	Presença de fatores retentivos (6)	Presença de Abscesso (7)	Classificação do Grau de Severidade da de Cárie Alto-Médio-Baixo (8)	Clência Pais/Responsáveis (5/N) – (9)
1-									
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									
16-									
17-									
18-									
19-									
20-									
21-									
22-									
23-									
24-									
25-									