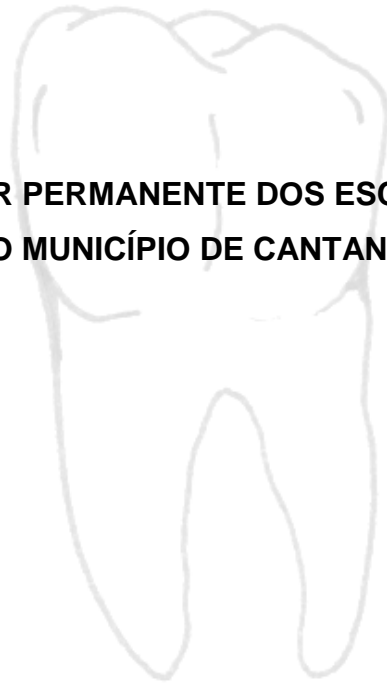


LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ANA PAULA CAMPOS SANTANA
GEORGE GOMES DE OLIVEIRA
RAFAEL SANTANA RODRIGUES
OLÍVIA MARIA DE CARVALHO FIGUEIRÊDO**

**AVALIAÇÃO DO 1º MOLAR PERMANENTE DOS ESCOLARES DE SEIS A NOVE
ANOS NO MUNICÍPIO DE CANTANHEDE-MA**



São Luís
2009

**ANA PAULA CAMPOS SANTANA
GEORGE GOMES DE OLIVEIRA
RAFAEL SANTANA RODRIGUES
OLÍVIA MARIA DE CARVALHO FIGUEIRÊDO**

**AVALIAÇÃO DO 1º MOLAR PERMANENTE DOS ESCOLARES DE SEIS A NOVE
ANOS NO MUNICÍPIO DE CANTANHEDE-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós – Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Mestre Márcia Cuenca Campos Mendes.

São Luís
2009

**ANA PAULA CAMPOS SANTANA
GEORGE GOMES DE OLIVEIRA
RAFAEL SANTANA RODRIGUES
OLÍVIA MARIA DE CARVALHO FIGUEIRÊDO**

**AVALIAÇÃO DO 1º MOLAR PERMANENTE DOS ESCOLARES DE SEIS A NOVE
ANOS NO MUNICÍPIO DE CANTANHEDE-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós – Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Mestre Márcia Cuenca Campos Mendes.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Márcia Cuenca Campos Mendes - Orientadora
Mestre em Ciências da Saúde
Universidade de São Paulo-USP

Prof^a. Árina Santos Ribeiro
Mestre em Saúde e Ambiente
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

À Deus, fonte de vida e poder, que nos fortalece a cada dia.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sua presença em nossas vidas.

Aos nossos familiares, pelo apoio e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A Prof^a. Márcia Cuenca Campos Mendes, nossa orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

Ao Dr. Jairon Dantas Paiva, Secretário Municipal de Saúde e Maria do Socorro da Silva Ferreira, Secretária Municipal de Educação em 2008, pela acolhida e por nos autorizar a realização deste estudo nos escolares do Município de Cantanhede.

Às diretoras das escolas que permitiu o acesso da nossa equipe de trabalho nas escolas.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Cantanhede, em especial á Maria do Bom Parto Cruz e Silva, José Josemar, Antônia, Adriana, Ozenir, Geovane, Maria do Carmo e os demais que muito contribuíram no levantamento de dados de nosso trabalho.

Às crianças de Cantanhede, pelo carinho e disponibilidade de participarem da pesquisa e aos responsáveis por autorizarem este estudo.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

A alta prevalência de cárie nos primeiros molares permanentes é influenciada por fatores inerentes ao próprio dente de ordem individual, já que durante o desenvolvimento deste, poderá não se estabelecer uma perfeita coalescência intercuspídica, sendo este fator altamente favorável para instalação da doença cárie“.

Guedes Pinto (1999)

RESUMO

Abordagem quantitativa sobre a condição dentária do 1º molar permanente nos escolares de 6 a 9 anos no município de Cantanhede , desenvolvida a partir de exames clínicos nas crianças de quatro escolas objetivando-se identificar a incidência de cárie, dentes perdidos e obturados nos anos de 2004 e 2008, além de avaliar as crianças livres de cárie nos dois anos , visando contribuir para um melhor conhecimento sobre a realidade de saúde bucal nesta faixa etária, conduzindo assim O Programa de Saúde Bucal no Município. Foram examinadas 374 crianças em 2004 e 431 em 2008 das Escolas José de Melo, Sarney Costa, Leda Tajra e Nilza Amorim Rocha no período de maio a junho de 2004 e de outubro a novembro de 2008. Houve uma significativa redução dos índices de cárie das crianças estudadas em todas as idades que demonstra que aconteceu no município um trabalho preventivo eficiente do Programa de Saúde Bucal que desempenhou atividades de conscientização destas crianças no que diz respeito aos cuidados com a higiene oral e quanto às medidas de combate á cárie através das aplicações tópicas de flúor. No entanto torna-se necessário que haja uma intensificação das medidas curativas, uma vez que não ocorreu um aumento considerável da percentagem de dentes obturados, demonstrando a necessidade de aumentar as equipes de Saúde Bucal no município para que o acesso da população ao tratamento odontológico seja ampliado.

Palavras-Chave: Cárie. Crianças. Programa Saúde Bucal. Avaliação

ABSTRACT

Quantitative approach on the dental condition of the 1st permanent molar in children 6 to 9 years in the city of Cantanhede, developed from clinical examinations in children of four schools aiming to identify the incidence of caries, missing teeth and filled in the years 2004 and 2008, in addition to assessing children caries-free in two years, to contribute to a better knowledge about the reality of oral health in this age group, thus leading the Oral Health Program in the city. We examined 374 children in 2004 and 431 in 2008 Schools José de Melo, Sarney Costa, Leda and Tajra Nilza Amorim Rocha during May-June 2004 and October-November 2008. There was a significant reduction in rates of decay of the children studied at all ages shows that happened in the municipality of efficient preventive work of Oral Health Program that has activities for children of awareness regarding the care and oral hygiene on measures to combat dental caries by topical applications of fluoride. However it is necessary that there be an intensification of curative measures, since there was not a considerable increase in the percentage of filled teeth, demonstrating the need to increase the staff of Oral Health in the city for the population's access to dental treatment is amplified.

Key- words: Caries. Children. Oral Health Program. Assessment.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Distribuição do Índice CPO-D na faixa etária de 6 a 9 anos nos escolares de ambos os sexos em 2004 e 2008.....	31
Gráfico 2	- Distribuição do índice CPO-D na faixa etária de 6 a 9 anos nos escolares do sexo feminino em 2004 e 2008.....	32
Gráfico 3	- Distribuição do índice CPO-D na faixa etária de 6 a 9 anos nos escolares do sexo masculino em 2004 e 2008.....	32
Gráfico 4	- Distribuição percentual das crianças de 6 anos livres de cárie em 2004.....	33
Gráfico 5	- Distribuição percentual das crianças de 6 anos livres de cárie em 2008.....	34
Gráfico 6	- Distribuição em percentagem das crianças de 7 anos livres de cárie em 2004.....	35
Gráfico 7	- Distribuição em percentagem das crianças de 7 anos livres de cárie em 2008.....	35
Gráfico 8	- Distribuição em percentagem das crianças de 8 anos livres de cárie em 2004.....	36
Gráfico 9	- Distribuição em percentagem das crianças de 8 anos livres de cárie em 2008.....	37
Gráfico 10	- Distribuição em percentagem das crianças de 9 anos livres de cárie em 2004.....	38
Gráfico 11	- Distribuição em percentagem das crianças de 9 anos livres de cárie em 2008.....	38
Gráfico 12	- Distribuição percentual de dentes cariados, perdidos e obturados na faixa etária de 6 a 9 anos de ambos os sexo em 2004.....	39
Gráfico 13	- Distribuição percentual de dentes cariados, perdidos e obturados na faixa etária de 6 a 9 anos de ambos os sexo em 2008.....	40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral,	15
2.2	Específicos	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
4	METODOLOGIA	23
4.1	Tipo de estudo	23
4.2	Local de estudo	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
6	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS.....	40
	APÊNDICE.....	44
	ANEXO.....	46

1 INTRODUÇÃO

A atenção dada à erupção do 1º molar permanente é de grande importância para a dentição da criança, tanto na idade de 6 anos, como nos primeiros anos posteriores à sua erupção, visto que culturalmente esse dente é, muitas vezes, perdido precocemente por ser confundido com um dente decíduo (GUEDES-PINTO, 2003). Esse fato lamentável preocupa por ser este, a unidade mais importante da mastigação sendo considerado o elemento chave da oclusão. Ele é essencial ao desenvolvimento de uma oclusão funcional satisfatória e a perda do mesmo em uma criança pode acarretar alterações das arcadas dentárias pelo resto da vida. Estas alterações poderão ser: a diminuição da função mastigatória onde houve a perda, migração dos dentes vizinhos para o espaço do dente ausente, erupção contínua do dente antagonista e distúrbios na articulação têmporo-mandibular afetando o equilíbrio do sistema mastigatório. Tudo isso, só nos faz enfatizar o conhecimento dos cuidados com esses dentes, assim como a prevenção da doença cárie nos demais (BENNEMANN, 2007).

OLIVEIRA (1999) relatou em seu livro que “todos os dentes são essenciais, sendo que alguns são mais importantes que os outros pela sua função e influência. Sem dúvida, os primeiros molares permanentes são os mais importantes de todos.”

Guedes-Pinto (1994) descreveu que para que haja acomodação dos molares permanentes no arco, há necessidade do crescimento das bases ósseas nos planos ântero-posteriores e crescimento da porção distal dos ossos para a acomodação destes dentes. Será necessário ainda, que haja crescimento ósseo em altura para permitir a acomodação do dente decíduo, que posteriormente será substituído pelo dente permanente.

Para que se tenha uma oclusão funcional, estável e estética, é necessário que as mudanças sofridas durante a transição da dentição decídua (de leite) para a dentição permanente ocorram de maneira ordenada. A "chave de oclusão molar" é estabelecida quando o primeiro molar permanente superior ocluir com o primeiro molar permanente inferior. Esta é considerada normal quando a cúspide méso-vestibular do primeiro molar permanente superior ocluir no sulco principal vestibular do primeiro molar permanente inferior. A análise da “chave de oclusão molar” feita

pelo dentista no período inicial da dentição mista é de grande valia, pois servirá como referência básica da necessidade ou não de tratamento ortodôntico. Sendo assim, a oclusão final da dentição permanente poderá ser afetada quando a mesma é atacada pela cárie dentária que conseqüentemente poderá originar a uma perda precoce do primeiro molar permanente. Ocorrendo estas interrupções serão necessárias medidas corretivas para restabelecer o processo normal do desenvolvimento da oclusão (BENEMANN, 2007).

A manutenção da saúde bucal das crianças nessa fase complexa de transição dentária é de suma importância. Esta deve ser realizada através de uma completa assistência odontológica que garanta o supervisionamento, orientação e possíveis intervenções. Desta forma o desenvolvimento e maturação do sistema mastigatório serão equilibrados sob o ponto de vista morfológico, funcional, estético e livre de interferências provocadas por cárie, perdas precoces, hábitos de sucção inadequados, entre outros. Devido à importância de tal assistência nessa fase, é que a odontologia infantil busca, cada vez mais, a integração dos profissionais da odontopediatria e ortodontia a fim de que o tratamento precoce seja estabelecido (ALMEIDA, 2007).

Em função de ser o primeiro dente da série dos permanentes e está situado na porção posterior ao segundo molar decíduo, o primeiro molar permanente não tem antecessor decíduo. Com a sua chegada, dá-se o início à fase da dentição mista. Esta fase irá perdurar até a troca de todos os dentes decíduos, que é finalizada ao redor dos treze anos, passando então para a fase da dentição permanente jovem. Neste momento crítico, os pais deverão ficar atentos, pois freqüentemente ele é confundido como se fosse mais um dente de leite, não recebendo a devida atenção já que falta o conhecimento dos pais sobre a grande importância deste dente no desenvolvimento da dentição permanente (BENEMANN, 2007).

Os primeiros molares permanentes iniciam a sua erupção por volta dos seis anos de idade. A erupção intrabucal deste dente, que vai desde a exposição da primeira metade da sua coroa, até o contato com o seu antagonista, leva aproximadamente dois anos. É neste período que os cuidados preventivos devem ser redobrados em relação à higiene e alimentação, pois o esmalte deste molar recém-erupcionado não está totalmente mineralizado, tornando-se mais suscetível à cárie. Esta fase de desenvolvimento do dente é denominada "maturação pós-

eruptiva", sendo esta caracterizada pela deposição de componentes minerais provenientes do meio bucal, principalmente de flúor. Este reduzirá a porosidade inicial do esmalte dentário, aumentando assim sua resistência aos ataques ácidos da saliva. Aos nove anos de idade as raízes dos primeiros molares permanentes encontram-se completas (BENEMANN, 2007).

A cárie dental é a destruição dos tecidos duros dos dentes causada pelas bactérias da boca e é formada quando não é feita uma boa higiene bucal. Os restos de alimentos se aderem às superfícies dos dentes formando a placa que se aproveita do açúcar que comemos. Eles produzem um ácido que vai dissolver o esmalte do dente, chegando a sua desmineralização (CAMPOS, 2005).

De acordo com Roncalli et al (2004) a cárie dentária constitui-se numa das mais antigas doenças que se tem notícia, caracterizada pela destruição química dos dentes a partir de produtos ácidos bacterianos. Ela pode ser ainda considerada, do ponto de vista ecológico, como resultado de uma interação parasita-hospedeiro entre o homem e as bactérias acidogênicas que coabitam a cavidade oral, especialmente a superfície dentária.

Segundo Jackson-Herrerias et al (1988), a cárie se dá não só por ser uma doença multifatorial, mas também pela falta de conhecimento dos pais e responsáveis no que diz respeito aos hábitos saudáveis de higiene oral para com seus filhos.

Para Kriger et al (2003), a cárie dentária tem afetado a humanidade desde a sua pré-história, pois o homem, em diferentes culturas e épocas tem exibido grande variação na susceptibilidade à doença. O mesmo autor ressalta sobre as modificações ocorridas nas últimas décadas, quanto ao diagnóstico e tratamento da doença que antes eram baseados na seqüela da doença e quase exclusivamente no reparo da lesão já estabelecida e analisa a necessidade de identificação dos fatores determinantes e modificadores da doença como elementos indispensáveis para o planejamento do tratamento.

Segundo Oliveira et al (1999), a alta prevalência da cárie nos primeiros molares, nesta fase, pode ser explicado por vários fatores como: a sua anatomia oclusal, que não apresenta uma boa coalescência intercuspídica; ocupação de uma posição mais posterior no arco dentário, dificultando o acesso da escova e fio dental; o fato deste dente irromper muito cedo na cavidade oral. Este último fato contribui para agravar a situação em dois aspectos: uma vez que a criança ainda

apresenta dificuldades na execução da limpeza e em razão de que, muitas vezes, sua erupção não é percebida pelos pais, sendo considerado dente de leite, visto que não houve esfoliação de nenhum desses para o seu nascimento.

Para que ocorra a diminuição do alto índice de cáries é necessário um esforço conjunto dos profissionais ligados à saúde como cirurgiões dentistas, nutricionistas, médicos, juntamente com o apoio dos professores das redes públicas, privadas e órgãos governamentais. Todo empenho destes profissionais, além dos devidos cuidados na alimentação e prevenção, valem para o primeiro molar permanente (BENEMAN, 2007).

Segundo Dinelli et al (2000), a prevenção é a maneira mais econômica e eficaz de se evitar o aparecimento e desenvolvimento dessas doenças. Dentro das várias atividades preventivas, a educação e a motivação do indivíduo ocupam lugar de destaque. Autores como Brook et al (1996); D'Almeida et al (1997); Dinelli et al (2000) afirmam também que “a educação e a motivação são medidas tomadas com o objetivo de mudar hábitos e comportamentos, no sentido de promover a saúde e melhorar a higiene bucal do paciente”.

O flúor é um mineral que ajuda a prevenir a cárie dentária e pode reparar os dentes nos estágios bem iniciais e microscópicos da doença. Pode ser administrado de duas maneiras: tópica ou sistêmica. O flúor tópico é aplicado diretamente no esmalte dentário. Alguns exemplos são os cremes dentais e as soluções para bochechos, bem como os tratamentos feitos no consultório odontológico. O flúor sistêmico é aquele que é ingerido. Como exemplos incluem-se a água fluoretada e suplementos com flúor. A redução máxima da cárie dentária é alcançada quando o flúor é recebido tanto por via tópica quanto sistêmica. Os produtos com flúor usados no consultório apresentam uma concentração muito mais alta do que os cremes dentais ou enxaguantes bucais. Os tratamentos profissionais com flúor geralmente requerem apenas alguns minutos (ADA, 2007).

O desenvolvimento de ações de saúde bucal dirigidos a determinados grupos populacionais implica conhecimento da sua situação epidemiológica que normalmente poderá ser conseguida por meio de levantamentos epidemiológicos, para os quais se utilizam diversos instrumentos, de acordo com as características de cada doença ou agravo.

Em relação à cárie dentária, embora tenham sido propostos vários instrumentos de mensuração da sua ocorrência em populações, o índice mais

freqüentemente utilizado é o CPO-D, que foi descrito por Klein & Palmer (1937) e utilizado para dentes permanentes. No Brasil, o primeiro levantamento nacional ocorrido no ano de 1986 revelou alta prevalência de cárie em todas as idades. Entretanto, nos últimos anos tem sido observada uma redução no índice CPO-D em nível nacional, e principalmente em localidades mais desenvolvidas sócio-economicamente (ROSA et al.,1991).

Segundo dados da pesquisa epidemiológica feita pelo SB Brasil em 2003 as expectativas não foram alcançadas, tendo como resultado da região nordeste 34,92%, enquanto que a meta era de 50% de redução da cárie dentária. Portanto, neste trabalho, pretende-se conhecer a realidade atual do 1º molar permanente na faixa etária de 6 a 9 anos e comparar os resultados de 2004 com os obtidos em 2008. Pretende-se saber se houve redução da cárie e perda dental do 1º molar permanente nos anos posteriores à implantação da odontologia preventiva e curativa que antes eram quase inexistentes. Para isso, será realizado o levantamento epidemiológico a fim de identificar a condição do 1º molar permanente nos escolares do município de Cantanhede - MA, utilizando o índice CPO-D.

Em vista da evidente importância do primeiro molar permanente, vê-se a necessidade de realizar um estudo que mostre o “panorama” deste dente nos escolares, comparando as realidades apresentadas nos anos mencionados. Desta forma, será possível reavaliar os dados obtidos em 2004 que mostrará a real condição da saúde bucal das crianças de 6 a 9 anos através de um novo levantamento no ano de 2008. Tal estudo poderá incentivar as autoridades do referido município a melhorar os índices epidemiológicos de cárie, aumentando assim, a qualidade de vida da população.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Realizar um estudo comparativo dos resultados do levantamento de CPO-D realizados no ano de 2004 com os obtidos em 2008, em relação ao primeiro molar permanente dos escolares de 6 a 9 anos no município de Cantanhede - MA.

2.2 Específicos

- Avaliar a incidência de cárie, dentes perdidos e obturados nos primeiros molares permanentes, nos escolares de 6 a 9 anos do município de Cantanhede - MA no ano de 2004;
- Avaliar a incidência de cárie, dentes perdidos e obturados nos primeiros molares permanentes, nos escolares de 6 a 9 anos do município de Cantanhede - MA no ano de 2008;
- Correlacionar a redução ou aumento do índice CPO-D, apresentando de maneira objetiva os resultados obtidos nos anos de 2004 e 2008, analisando o panorama do índice de cárie – CPO-D em primeiros molares permanentes nos escolares de 6 a 9 anos do município de Cantanhede - MA.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O índice CPO-D vem sendo largamente utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. Consiste em um índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações e o seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos. Pinto relata que esses índices têm como finalidade alcançar o conhecimento global, rápido e prático das condições epidemiológicas de populações infantis.

A doença cárie constitui-se uma doença infecciosa, oportunista e de caráter multifatorial, fortemente influenciado pelos carboidratos da dieta e pela ação dos componentes salivares. É normalmente descrita como um processo dinâmico que ocorre nos depósitos microbianos (placa bacteriana presente na superfície dos dentes) resultando em um distúrbio do equilíbrio entre a substância do dente e o fluido da placa adjacente levando conseqüentemente a perda de mineral (DIAS, 2007).

O diagnóstico da doença cárie e, conseqüentemente, o estabelecimento da abordagem preventiva ou terapêutica mais apropriada, não está simplesmente no mero ato de proceder à contagem de cavidades no dente. Em virtude do caráter multifatorial da cárie o entendimento da doença deve estar ligado ao conhecimento amplo e atualizado das variáveis que causam ou modificam o processo carioso (DIAS, 2007).

O diagnóstico da atividade de cárie, até bem recentemente, baseava-se exclusivamente no conhecimento do número total de dentes ou superfícies com presenças de cáries, isto é, no histórico da doença (prevalência) ou no número de novos casos (novas lesões) ocorridos em determinado prazo de tempo (incidência). No entanto, atualmente, além dos critérios descritos acima, os fatores cariogênicos também devem ser considerados na determinação dos fatores de risco para a atividade da cárie. Deste modo, a atividade de cárie deve ser considerada alta quando diversos fatores cariogênicos estiverem presentes e em condições críticas (BARATIERI, et al, 1996).

Esta nova ótica do diagnóstico da doença cárie visa estabelecer o prognóstico do aparecimento de novas lesões, isto é, o risco do paciente

desenvolver a doença. Desta forma, a introdução do conceito de “risco” torna necessária como uma forma de avaliação que possa abranger informações sobre a microbiota, a dieta cariogênica, os fatores salivares e demais moduladores da atividade de cárie (BARATIERI, et al, 1996).

Dentro desse contexto, a saúde bucal é desafiada a operar uma transição que passa de uma prática eminentemente curativo-restauradora para um novo modelo assistencial, que passou a ser estabelecido a partir da inserção da equipe de saúde bucal (ESB) na equipe de saúde da família (ESF). (BRASIL, 2001). Dentro deste novo cenário, surge no Brasil, o conceito de vigilância em saúde, que se dá sob forte influência da 1ª Conferência Internacional em Promoção de Saúde. A partir daí foi originada a Carta de Ottawa em 1986, assim como a definição de promoção de saúde, como “*a estratégia mediadora entre pessoas e ambientes, sintetizando escolha pessoal e responsabilidade social em saúde, para criar um futuro mais saudável*” (OMS, 1987).

As principais informações epidemiológicas de cárie dentária no Brasil têm origem de quatro grandes pesquisas de abrangência nacional, realizadas de 1986 a 2003, que juntamente com outras pesquisas relevantes realizadas em nível estadual e municipal, compõem um quadro bem diversificado da realidade epidemiológica bucal brasileira. No entanto, é verdade que a prática epidemiológica em Saúde Bucal ainda é algo incipiente no Brasil, e que se comparado com outros países, a construção de dados de abrangência nacional se constitui em um processo tardio (FERREIRA, RONCALLI, LIMA, 2004).

O primeiro estudo, em 1986, realizado pelo Ministério da Saúde aconteceu em 16 capitais das cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Foram obtidos dados de cárie dentária, de doença periodontal e de edentulismo, além de informações sobre o acesso a serviços de saúde bucal para as idades de 6 a 12 anos, assim como outras faixas etárias. Já em 1993 ocorreu um estudo realizado pelo Serviço Social da Indústria (SESI) em parceria com o Ministério da Saúde abrangendo 27 capitais e mais algumas cidades. Neste levantamento foram obtidos dados de cárie apenas na faixa etária de 7 a 14 anos, tanto de escolas públicas como da rede Sesi. Já o terceiro estudo foi realizado em 1996, novamente pelo Ministério de Saúde em parceria com o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), sendo realizado nas 27 capitais em crianças de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas

(FERREIRA, RONCALLI, LIMA, 2004).

No ano 2000, foi iniciada a discussão pelo Ministério da Saúde a respeito da realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que permitisse a avaliação dos principais agravos em diferentes grupos etários, e que incluísse tanto população urbana como rural. Este projeto, hoje identificado como “SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, teve início em 1999 com a criação do Subcomitê responsável pela elaboração e execução do Projeto. Em 2001, através do estudo piloto em Canela-RS e Diadema-SP, cidades que apresentavam diferentes portes populacionais, ocorreu validação da metodologia e dos instrumentos desenhados para o estudo, sendo executados os sorteios dos municípios amostrais e definido o início das oficinas de sensibilização nas diferentes regiões. Oficinas de treinamento e calibração das equipes foram realizadas nos anos de 2002 e 2003, após as quais foi iniciado o trabalho de campo, com realização dos exames e entrevistas (FERREIRA, RONCALLI, LIMA, 2004).

Finalmente em 2003 foi concluído o projeto SB-BRASIL, intitulado como o mais amplo estudo epidemiológico realizado no país, pois obteve amostra de 250 municípios das cinco regiões de cinco diferentes portes populacionais. Este estudo pesquisou a cárie dentária além de outros agravos sendo examinados mais de 108 mil indivíduos em escolas e domicílios em seis faixas etárias, desde bebês até idosos. Apesar dos problemas de representação amostral para as bases locais nos levantamentos nacionais, o SB - Brasil foi essencial, uma vez que incluiu dados de acesso a serviço de saúde bucal e alta percepção de saúde (FERREIRA, RONCALLI, LIMA, 2004).

Diante do exposto, abre-se uma boa perspectiva para a construção de um novo modelo de vigilância da saúde bucal para o nível local, que deve buscar uma interação de vários eixos, primeiramente com a adoção de um modelo de vigilância de doenças crônicas que diferem do modelo tradicional de vigilância das doenças transmissíveis. Em seguida pela necessidade de incorporação de novas fórmulas de medir não apenas as lesões/seqüelas do ponto de vista físico, mas o impacto que as mesmas produzem na qualidade de vida das pessoas. Tal modelo terá como foco principal os fatores comuns de risco das doenças crônicas, que se constituem nas principais informações necessárias aos países, regiões e autoridades locais de saúde, visando estabelecer um planejamento de promoção e programa de prevenção primária (MOYSÉS, et al, 2008).

Apesar da relativa melhoria da situação de saúde bucal do Brasil em alguns dos seus principais indicadores, há necessidade de que haja no país grandes avanços no reconhecimento da dimensão deste problema, a fim de que sejam desenvolvidas políticas que reorganizem a assistência e as ações preventivas neste setor. Logo, é necessário reconhecer que os problemas bucais da população não ocorrem isoladamente no tempo e no espaço, mas estão diretamente dependentes das formas de inserção do homem na sociedade. Desta forma as desigualdades sócio-econômicas promovem intercorrências normalmente observadas na saúde geral, existindo evidências que tais diferenças nas condições de vida interferem na saúde bucal (DIAS, 2007).

O perfil epidemiológico brasileiro reflete nitidamente algumas das principais características de nossa sociedade que são: economia em crise prolongada; agudas desigualdades salariais e sociais; grande número de pessoas de baixa renda e em estado de pobreza absoluta (KRINGER, 2003).

O processo de cárie dentária também é influenciado pela condição socioeconômica dos indivíduos uma vez que, o acesso ao dentífrico fluoretado e a aquisição de uma escova dentária a cada três meses exigem gastos que comprometem ainda mais o orçamento das famílias mais carentes. Além disso, a dieta das famílias de baixa renda são normalmente ricas em sacarose, já que constitui-se numa fonte de energia mais barata. Convém ainda ressaltar que em situações extremas, como a fome, a preocupação com a saúde bucal torna-se inexistente (SAMPAIO, 2007).

A alta freqüência de consumo do açúcar, em especial a ingestão de alimentos ricos em sacarose no intervalo das refeições, a freqüência e a forma como é feita a higiene bucal, o maior tempo transcorrido entre a alimentação e a limpeza dos dentes principalmente nos grupos etários mais baixos, a falta de participação dos pais e responsáveis no processo de higienização e o maior número de crianças residentes em uma mesma casa adquirem particular importância na rede de inter-relações envolvidas na ocorrência da cárie. O modo de vida, ou seja, as condições de subsistência e os aspectos simbólicos da vida em sociedade têm influência profunda sobre a interação desses elementos (GALINDO et al., 2005).

Alimentos ricos em sacarose são tão atraentes e relativamente baratos, que passaram a ser usados frequentemente como lanches nas escolas. Tal prática aumenta potencialmente o risco das crianças serem afetadas pela cárie (DIAS,

2007).

Esta realidade se agrava ainda mais quando se trata do primeiro molar permanente, uma vez que, ao erupcionar na cavidade bucal da criança, aproximadamente aos 6 anos, não consegue ser facilmente alcançado durante a escovação. Tal condição torna-se adversa em função da presença das fósulas e fissuras, sendo estas regiões favoráveis à instalação das lesões de cárie dental na superfície oclusal, que favorece a colonização de microorganismos em função da sua anatomia, principalmente após a sua erupção (ALMEIDA, et. al., 1999).

De acordo com Almeida (1999), a macromorfologia da superfície oclusal do primeiro molar permanente, constitui-se no fator principal que o torna mais susceptível à cárie dental. Além deste, podemos considerar outros aspectos como a má higienização que ocorre nestes dentes em vista da não percepção da presença do mesmo pela criança e seu responsável, além da sua condição de infra-oclusão em relação ao seu antagonista que, em função do acúmulo maior de placa, e conseqüente inflamação gengival nesta região, torna ainda mais precária sua higienização.

Para que haja um controle mais eficaz no combate à cárie dentária, principalmente no que diz respeito aos primeiros molares permanente, é necessário haver modificações na rotina da dieta que dependerá diretamente da vontade do indivíduo em implementar uma mudança comportamental. Dentro desse aspecto, levando em consideração que a cárie é uma doença multifatorial, deve ser dada maior ênfase na frequência da escovação com dentifrícios que contenham flúor, já que este é de suma importância para o processo da remineralização do esmalte (VAN LOREVEN, 2001).

No intuito de haver uma sistematização de tais métodos preventivos é que a partir da 1^o Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) ocorreu à inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de um programa nacional que se baseou nas diretrizes da odontologia. Este respeitou as definições que competem aos níveis federal, estadual e municipal, culminando com o atual programa do governo federal “Brasil Sorridente”, apresentado oficialmente como expressão de uma política consubstanciada no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2003), definida no âmbito do governo Lula.

As ações de saúde bucal foram incluídas no elenco mínimo da atenção básica como responsabilidades dos municípios em 2001 através da Norma

Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001). Esta elegeu como prioritários no primeiro momento, a prevenção e o tratamento dos problemas odontológicos na população de 0 a 14 anos e gestantes, embora o PSF tenha a pretensão de garantir acesso progressivo a todas as famílias residentes nas áreas cobertas e preconizou as atividades que deverão ser realizadas junto à população infantil, tais como a escovação supervisionada e evidenciação de placa, os bochechos com flúor, a educação em saúde bucal, a consulta e outros procedimentos odontológicos direcionadas fundamentalmente para a prevenção e a recuperação da cárie (GALINDO et al, 2005).

A saúde bucal no Brasil, do ponto de vista epidemiológico, atravessa um momento histórico relevante, principalmente em virtude da melhoria nos padrões de ocorrência de cárie dental em crianças e das expectativas igualmente positivas no que diz respeito a jovens e adultos. Neste contexto, a partir de década de 1980, onde a situação de prevalência foi muito elevada, o país percorreu uma acelerada trajetória com uma tendência a uma queda do índice CPO (Pinto *apud* MOYSÉS, 2008).

A partir de 1991, observou-se uma grande ampliação dos sistemas de prevenção, fato relacionado à aprovação da Portaria 184 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (MS) que instituiu os *Procedimentos Coletivos* em saúde bucal (PC) na tabela de procedimentos vinculada ao Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Sua edição proporcionou condições extremamente favoráveis à implementação dessas ações nos municípios brasileiros, passando a financiar, além da fluoretação das águas, muitas outras ações preventivas. Mesmo em municípios menos desenvolvidos, e com modestos sistemas locais de saúde, foi possível utilizar recursos do Fundo Nacional de Saúde para financiar a realização desses procedimentos preventivos (NARVAI; FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999).

Diante do exposto é importante salientar que as ações voltadas para o cuidado integral com a saúde da criança são consideradas de suma importância no âmbito das políticas públicas de saúde. De acordo com o projeto técnico-assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade só se concretizará como fruto de um trabalho intersetorial que articule ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, quando cada serviço cumprir o seu papel em uma rede organizada em níveis crescentes de complexidade, garantindo assim, o acesso e a execução das ações

de saúde bucal de acordo com a distribuição heterogênea das necessidades da população (GALINDO et al,2005).

Desta forma, percebendo a necessidade de ampliar o conhecimento sobre a condição do primeiro molar permanente nas crianças de um município de pequeno porte no Estado do Maranhão, é que realizamos um estudo comparativo entre os anos de 2004 e 2008, através do levantamento de CPO-D nos escolares de 6 a 9 anos no município de Cantanhede – MA ,objetivando especificamente avaliar a incidência de cárie, dentes perdidos e obturados nestes anos, discutindo e apresentando de maneira objetiva os resultados obtidos em cada idade e nos dois sexos , analisando o panorama de tal índice nestas crianças, além de avaliar percentualmente aquelas que se apresentaram livres de cárie.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo foi do tipo quantitativo, descritivo e transversal e foi realizado no período de dezembro de 2008 a setembro de 2009.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em escolas públicas da rede municipal e estadual de ensino da zona urbana do município de Cantanhede-MA e que posteriormente foi comparado quantitativamente aos estudos feitos no ano de 2004 com a finalidade de avaliar a situação do primeiro molar permanente na dentição mista dos escolares matriculados. O levantamento foi realizado nas escolas municipais e estaduais, a saber: Escola Municipal Sarney Costa, Escola Municipal José de Melo, Escola Municipal Leda Tajra, Creche Nilza Amorim Rocha.

O município de Cantanhede-MA foi fundado no dia 24 de setembro de 1952 pela Lei nº757, tem 844 km² de área, e 17696 habitantes (IBGE, 2003). Está situado na microrregião de Itapecuru-Mirim. Limita-se ao norte com o município de Itapecuru-Mirim, ao sul com Pirapemas e São Mateus, a leste com Vargem-Grande e a oeste com Matões do Norte (TEIXEIRA, 2002).

Seu relevo é basicamente planície, o solo é latos solo vermelho, areais quartzosas com algumas porções de lateritas heteromorfas tem mais importante rio, o Itapecuru-Mirim que banha o município em uma extensão de 31 km. Sua vegetação predomina os extensos babaçuais. Tem vasta riqueza de recursos minerais. Conta com uma variedade de peixes, que contribui significativamente para a economia da região (TEIXEIRA, 2002).

Dentre as atividades econômicas citam-se: produção agrícola de arroz, milho, mandioca e feijão, o extrativismo vegetal da amêndoa e babaçu, na qual se pode destacar o mesocarpo do babaçu, utilizado na nutrição da comunidade. No

ramo industrial, o município conta com 7 (sete) mini-usinas de beneficiamento de arroz, 3 (três) casas de farinha equipadas, 2 (duas) serrarias, 3 (três) olarias e 1 (uma) mini-fábrica de roupas (TEIXEIRA, 2002).

A implantação das Equipes de Saúde da Família e do Programa de Saúde Bucal neste município ocorreu a partir de 2001 e 2002, respectivamente. Inicialmente existiam 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família composta por 4 (quatro) médicos, 4 (quatro) enfermeiros e 4 (quatro) auxiliares de enfermagem. A equipe do PSB contava com 2 (dois) dentistas e 2 (duas) auxiliares de consultório dentário, sendo uma equipe para a zona urbana e outra para a zona rural. Antes do PSB, no consultório dentário só eram realizados procedimentos de exodontia e as palestras preventivas eram quase inexistentes.

A partir do primeiro semestre de 2002, começaram as atividades preventivas que eram inicialmente realizadas nas áreas, onde ocorriam as reuniões com as crianças em locais estratégicos dentro das microáreas. No segundo semestre de 2002, iniciaram-se as atividades curativas, que logo no início se restringia á de faixa etária de 5 a 14 anos.

As atividades do PSB eram mensalmente planejadas nas reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde, onde era elaborado o cronograma da equipe que se dividia em visitas domiciliares, palestras com realização de escovação supervisionada e aplicações tópicas de flúor, além de atendimentos curativos realizados naquelas crianças que fossem encaminhadas através das visitas domiciliares.

Inicialmente eram encaminhadas todas as crianças das famílias que eram visitadas. Com o passar do tempo, tornou-se necessário organizar a demanda através de estudos epidemiológicos que indicassem o grupo a ser priorizado, culminando com a realização do levantamento epidemiológico no ano de 2004.

Assim sendo, deu-se início ao levantamento epidemiológico nas crianças de 6 a 9 anos que freqüentavam as escolas públicas do ensino fundamental, entendendo que nesta faixa etária, fase de erupção do 1º molar, que acontece aos 6 anos até 3 anos após sua erupção, seria o período onde deveria ocorrer a intensificação dos cuidados com essas crianças, já que a perda precoce deste dente poderá desalinhar a oclusão das mesmas. Foi realizada uma reunião prévia com os pais, onde foi esclarecido sobre a importância da realização do levantamento e após o consentimento dos mesmos, marcou-se a data do exame das crianças.

Com a pesquisa sugerida “Avaliação do 1º molar permanente nos escolares de seis a nove anos no município de Cantanhede-MA”, pretende-se realizar novo levantamento epidemiológico em 2008 com outras crianças na faixa etária de 6 a 9 anos, a fim de comparar os achados de 2004 com os de 2008.

Os critérios a serem utilizados pelos pesquisadores serão baseados no Índice de CPO-D de Klein; Palmer (1937), onde serão considerados: dentes cariados, como dentes com cavitação, dentes perdidos, como dentes extraídos ou com extração indicada, dentes ausentes, como dentes que não erupcionaram e dentes obturados,0 como dentes restaurados com material resinoso, com amálgama ou material provisório.

População/Amostra

A população foi constituída por escolares matriculados nas escolas públicas da rede municipal e estadual de ensino. A amostra total foi delimitada da mesma forma do estudo feito em 2004, ou seja, nas mesmas proporções de sexo (masculino e feminino) e idade (seis a nove anos).Foram pesquisados os escolares matriculados em quatro escolas municipais e estaduais da zona urbana do município de Cantanhede-MA, levando-se em consideração as variáveis: sexo, idade e grau de higienização dos escolares.

Instrumento de coleta de dados

Para realização dos exames foram utilizados os seguintes materiais: escova de dente, creme dental, cesto de lixo, sacolas plásticas, espelhos clínicos e espátulas de madeira descartáveis, papel toalha e fichas clínicas igual ao modelo da pesquisa anterior.

A ficha clínica utilizada foi a mesma utilizada em 2004: ficha para levantamento epidemiológico de CPO e CEO.(em anexo).

A pesquisa foi realizada nas mesmas condições: a luz do dia, com prévia escovação com creme dental fluoretado (após a merenda escolar), feito pelos próprios escolares e supervisionado pelo anotador.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de acordo com as etapas, a saber:

Divisão da equipe de pesquisadores em dois grupos. Cada grupo teve um examinador e um anotador e a calibragem dos examinadores foi feita levando-se em consideração os mesmos critérios dos aspectos clínicos observados pelos examinadores da pesquisa anterior, a fim de apresentar uma consistência nos julgamentos clínicos.

Realização da calibragem antes do levantamento epidemiológico, visando garantir a uniformidade de interpretação, compreensão e aplicação dos critérios. A mesma foi feita da seguinte forma: selecionou-se 8 (oito) escolares (dois representantes de cada faixa etária, sendo um de cada sexo). Os dois examinadores realizaram os exames nos mesmos escolares selecionados e após os exames foi feito um estudo-discussão dos resultados até a fixação dos critérios previamente estabelecidos.

Divisão da amostra por idade e por sexo em grupos de dez escolares. Cada grupo realizou, após a merenda escolar, a escovação com creme dental fluoretado supervisionado pelo cirurgião-dentista na sala de exames. Após a escovação cada examinador avaliou os escolares individualmente até concluir o total da amostra por grupos e os anotadores notificaram as observações feitas pelo examinador e preencheram as fichas clínicas com os dados coletados. O mesmo esquema ocorreu até conclusão do total da amostra nas oito escolas do município de Cantanhede/MA.

Análise dos dados

Após a coleta dos dados, foi realizada a contagem dos mesmos, os quais foram representados em forma de tabelas e gráficos, como fora feito na pesquisa anterior, a fim de compará-los aos resultados quantitativos obtidos anteriormente, mostrando a redução ou acréscimo do índice CPO-D em primeiros molares permanentes nos escolares de seis a nove anos de ambos os sexos.

Considerações éticas

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que a mesma envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice A)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro gráfico pode-se observar a diferença nos índices CPO-D nas faixas etárias estudadas relacionando os índices de 2004 e 2008.

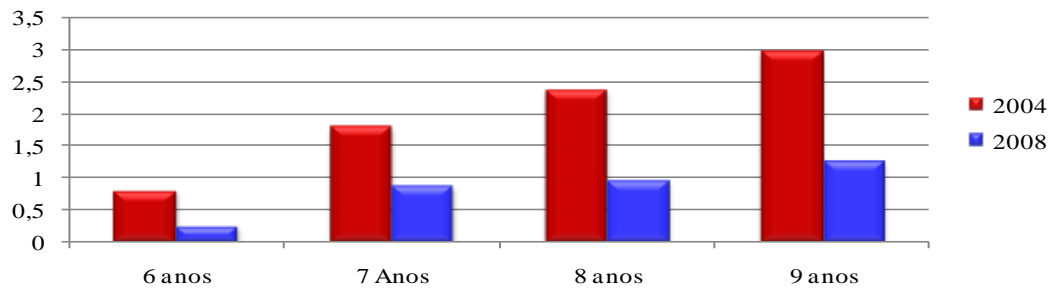


Gráfico 1 - Distribuição do Índice CPO-D na faixa etária de 6 a 9 anos nos escolares de ambos os sexos em 2004 e 2008.

Nos últimos anos, levantamentos epidemiológicos de saúde bucal têm demonstrado uma tendência decrescente ou estável na prevalência de cárie em muitos países do mundo. No decorrer dos anos a saúde bucal das crianças brasileiras vem melhorando. Tal evidência foi verificada após levantamento realizado em escolares na cidade de Teresina – PI, onde foi observada uma redução no índice de dentes cariados e perdidos, quando comparado aos dados encontrados no levantamento realizado nos anos 80. Tal fato se deve aos programas de prevenção, que buscam uma maior conscientização da população em relação aos cuidados de higiene bucal. Outros aspectos relevantes estão relacionados com a eficiência no uso do fluoreto em dentifrícios e em outras fontes (Almeida et. al.1999).

Semelhantemente aos estudos de Bonecker e Cleaton Jones entre os anos de 1970 e 2000, realizado em países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil, onde a prevalência de cárie nas crianças de 5 e 6 anos diminuiu ou permaneceu estável, ocorreu redução do índice CPO-D em todas as idades estudadas no município de Cantanhede. Tal índice, que em 2004 era de 0,8; 1,80; 2,38 e 2,98 diminuiu para 0,25; 0,88; 0,95 e 1,26 nas idades de 6, 7 ,8 e 9 anos respectivamente. Esta queda representou mais de 50% de redução no índice de cárie em todas as idades estudadas. Tal redução poderá ser essencial para que estas crianças, ao atingir a idade de 12 anos, alcancem índice inferior á meta que foi

preconizada pela OMS para esta idade ano de 2000 que foi um CPO-D menor ou igual a 3,0.

No segundo gráfico assim como no terceiro gráfico observou-se que em 2004, o índice CPO-D mostrou-se menor no sexo feminino e masculino nas idades de 6 a 9 anos em relação a 2008.

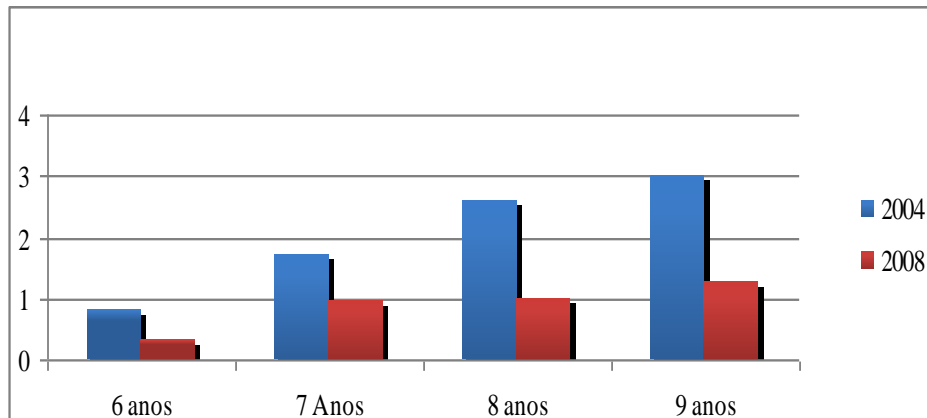


Gráfico 2 – Distribuição do Índice CPO-D na faixa etária de 6 a 9 anos nos escolares do sexo feminino em 2004 e 2008.

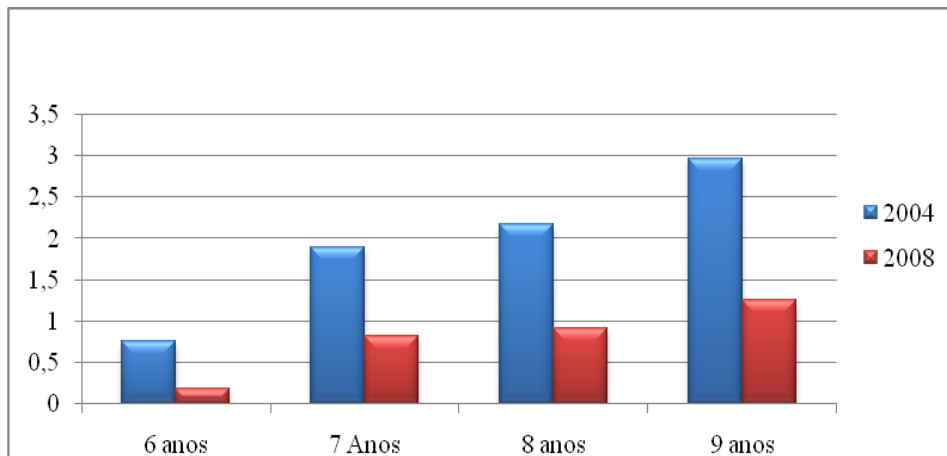


Gráfico 3 – Distribuição do Índice CPO-D na faixa etária de 6 a 9 anos nos escolares do sexo masculino em 2004 e 2008.

De acordo com Pinto (1997) as causas para os resultados decrescentes do índice CPO-D, ainda não foram estabelecidas, mas, a cada dia, este fato se confirma através de levantamentos isolados em diversas cidades brasileiras. Esta significativa melhora pode indicar fatores relacionados com os métodos de educação e prevenção em saúde bucal adotados pelos municípios. O que mais chama atenção é justamente a relação entre idade e sexo, pois: com relação ao sexo notou-se que,

em 2004 o índice CPO-D apresentou-se mais elevado nas crianças do sexo feminino de 6, 8 e 9 anos, que foi de 0,81; 2,56; e 3,00 (Gráfico 2).

Somente as crianças de 7 anos obteve índice menor (1,73) quando comparado ao sexo masculino (1,89). (Gráfico 3). Em 2008, semelhantemente o sexo feminino apresentou os índices mais elevados que foi de 0,32; 0,96; 0,99 nos anos de 6, 7 e 8 anos, respectivamente. Somente na idade de 9 anos que o índice do sexo masculino foi mais elevado (1,27) em relação ao sexo feminino (1,26), apesar desta diferença não ter sido significativa. (Gráficos 3)

No quarto gráfico notamos que em 2004 havia 60% das crianças de 6 anos de idade “livres de cárie”, ou seja sem nenhuma lesão de cárie nos primeiros molares permanentes.

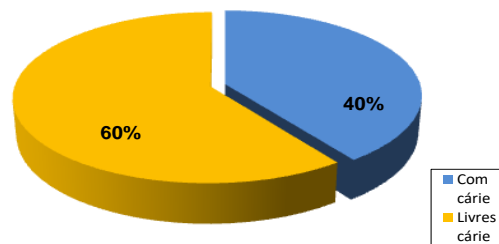


Gráfico 4 – Distribuição percentual das crianças de 6 anos livres de cárie em 2004.

No quinto gráfico demonstramos evidente melhora da condição de saúde bucal destas crianças, visto que a percentagem de indivíduos “livres de cárie” aumentou para 81,25% em 2008.

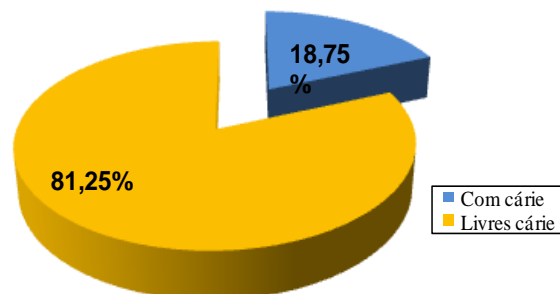


Gráfico 5 – Distribuição percentual das crianças de 6 anos livres de cárie em 2008.

Ao avaliar cada idade, verificou-se que 40% das crianças de 6 anos não estavam “livres de cárie” (2004), sendo que 89,29% dos seus dentes cariados e 10,71% com extração indicada(P). É importante salientar que o componente P na idade de 6 anos é considerado muito elevado, uma vez que este dente foi recentemente erupcionado, indicando assim a interação de diversos fatores cariogênicos que interferiram em algumas crianças desta idade, associado a uma dificuldade na coordenação motora das mesmas que em tão tenra idade passam a ter um dente permanente na cavidade oral. Já em 2008, apesar de apenas 18,75% das crianças não estarem livres de cárie, 100% dos destes se encontravam cariados. Este aumento da percentagem de dentes cariados nesta idade, se deu em função da ausência de dentes com extração indicada e obturados (restaurados) no ano de 2008.

No sexto gráfico percebeu-se que, no ano de 2004, 25% das crianças de 7 estavam “livres de cárie” e 75% apresentavam-se com o primeiro molar permanente cariado.

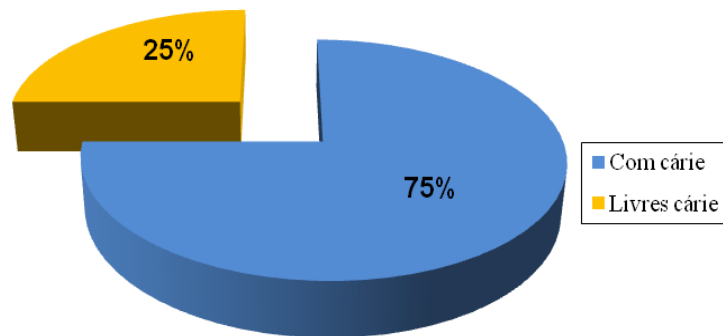


Gráfico 6 – Distribuição percentual das crianças de 7 anos livres de cárie em 2004.

No sétimo gráfico tornou-se evidente que a percentagem das crianças de 7 anos “livres de cárie” no ano de 2008 elevou-se para 52,77%, havendo uma redução dos casos de cárie no primeiro molar permanente de 75% em 2004 para 47,23% em 2008, tornando-se possível perceber uma melhora significativa no estado de saúde bucal destas crianças.

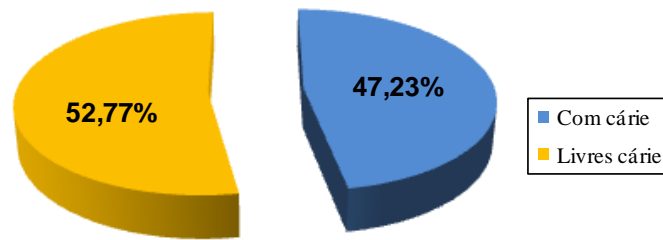


Gráfico 7 – Distribuição percentual das crianças de 7 anos livres de cárie em 2008.

Com relação às crianças de 7 anos, dentre aquelas que não estavam livres de cárie em 2004 (75%), foi observado que 98,02% destes dentes estavam inseridos dentro do componente C (cariados). Em 2008 dentre 47,23% de indivíduos que não estavam livres de cárie, a percentagem de dentes com cárie diminuiu para 92,63%. Com relação aos dentes perdidos (P) %houve uma queda mínima de 1,49% (E+ EI) em 2004 para 0% em 2008. A análise dos dados revela também que o melhor desempenho do componente “O” foi conseguido na idade de 7 anos que passou de 0,5% para 7,37% em 2008 .

No oitavo gráfico a percentagem das crianças de 8 anos “livres de cárie” no ano de 2004, foi de 15.32% e 84.68%, com algum estado patológico acometendo o primeiro molar permanente.

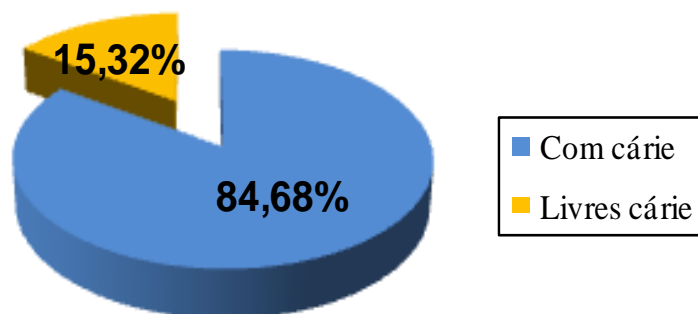


Gráfico 8 – Distribuição percentual das crianças de 8 anos livres de cárie em 2004.

No nono gráfico tornou-se evidente a percentagem das crianças de 8 anos “livres de cárie” no ano de 2008, que foi de 45.51% e 54.% das crianças com algum estado patológico acometendo o primeiro molar permanente.

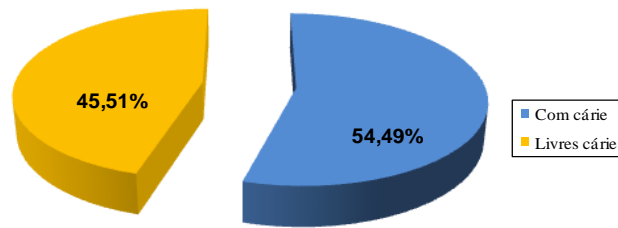


Gráfico 9 – Distribuição percentual das crianças de 8 anos livres de cárie em 2008.

Na idade de 8 anos, 84,68% das crianças que não estavam livres de cárie em 2004, apresentaram 96,93% dos seus dentes inseridos no componente C (cariados), 2,76% no componente P (perdidos) e 0,31% no componente O (obturados). Em 2008, 54,49% das crianças que não estavam livres de cárie, apresentaram 93,48% dos dentes cariados, 2,17% perdidos e 4,35% obturados.

No décimo gráfico observou-se que a percentagem das crianças de 9 anos “livres de cárie” no ano de 2004, foi de 5,49% e 94,51% das crianças com algum estado patológico no primeiro molar permanente, caracterizando a ineficiência das medidas preventivas antes da implantação das Equipes de Saúde Bucal no município .

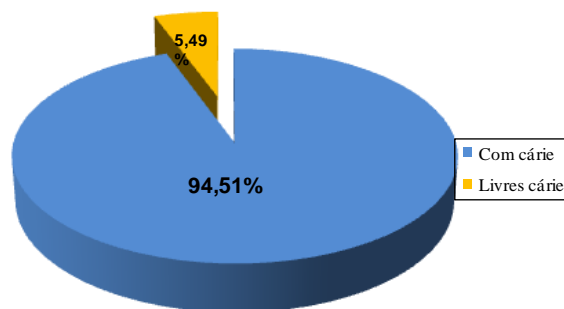


Gráfico 10 – Distribuição percentual das crianças de 9 anos livres de cárie em 2004.

No décimo primeiro gráfico, a percentagem das crianças de 9 anos “livres de cárie” no ano de 2008, foi de 42.30% de crianças e 57.70% com algum estado patológico acometendo o primeiro molar permanente, demonstrando a melhora significativa da saúde bucal das crianças desta idade.

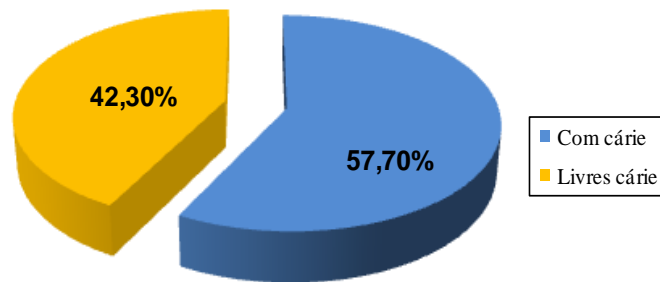


Gráfico 11 – Distribuição percentual das crianças de 9 anos livres de cárie em 2008.

Em 2004, 94,51% das crianças de 9 anos que não estavam livres de cárie apresentaram 94,83% de seus dentes cariados e já em 2008 houve uma redução para 78,66%. Diferentemente do componente C houve um aumento de dentes perdidos (E+EI) que em 2004 era de 4,06% e em 2008 elevou para 15,85%. Este aumento de dentes extraídos e com extração indicada, na idade de 9 anos, no ano de 2008, sugere que os responsáveis estão dando pouca atenção à dentição permanente destes escolares. Isso poderá ocorrer em função da pouca participação dos pais nas palestras. Isto se dá em função da crescente participação das mães, no mercado de trabalho que diminui consideravelmente a oportunidade da mesma conhecer as conseqüências de uma perda precoce do dente permanente em seus filhos. Tal fator ainda está associado á falta de condição financeira dos pais de levar a criança para outro município em busca de um tratamento especializado, mesmo que este seja pelo SUS. Muitos pais alegam ainda a falta de tempo de acompanhar a criança, e não ter quem acompanhe. Já o componente O teve um aumento de 1,11% para 5,49%.

A composição percentual do índice CPO-D nas idades de 6 a 9 anos é apresentada nos Gráficos 12 e 13 nos anos de 2004 e 2008, respectivamente.

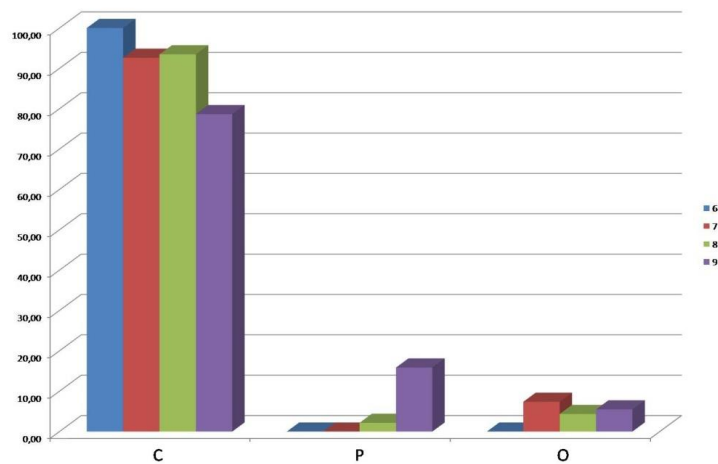


Gráfico 12 – Distribuição percentual de dentes cariados, perdidos e obturados na faixa etária de 6 a 9 anos nos escolares de ambos os sexos em 2008.

Apesar das constatações de redução na prevalência da doença, estudos têm mostrado que escolares de 06 a 08 anos são mais suscetíveis à cárie oclusal em primeiros molares permanentes. Isto ocorre principalmente em função da predisponibilidade de um maior acúmulo de placa bacteriana em superfícies oclusais comparadas à superfícies lisas dentais por causa da situação de infra-oclusão que, além de impedir o atrito oclusal com o antagonista durante a mastigação, ainda dificulta a escovação. (SEABRA, 2007). Devido isso, sua complexa morfologia oclusal proporciona maior vulnerabilidade à ocorrência de lesões de cárie em fóssulas e fissuras, principalmente nos primeiros anos após a erupção dentária (Almeida et al.,1999). Tal evidência foi facilmente detectada quando avaliamos os componentes C, P e O separadamente calculando a percentagem de cada um em relação ao CPO-d das crianças que não estavam livres de cárie.

A percentagem pequena de dentes restaurados, em todas as idades, se deve à insuficiente cobertura dos serviços odontológicos, decorrente da quantidade elevada de famílias para cada profissional. Desta forma, existe um número de equipes de PSB inferior em relação à população do município, isto é, não apresentava 100% de cobertura das equipes.

Observou-se que apesar do aumento das crianças livres de cárie, o percentual de dentes cariados dentre aquelas não estavam livres da doença, em relação ao índice CPOD, ainda se apresentou elevado. Isto ocorreu principalmente em função da pequena quantidade de dentes obturados (restaurados) neste grupo etário. Tal resultado demonstra a grande necessidade de haver um aumento de

equipes de PSB no município, já que atualmente existe apenas quatro equipes de PSB onde, cada uma destas, cobre duas equipes de PSF. Desta forma, poderá haver uma ampliação do cuidado odontológico restaurador na dentição permanente destes escolares levando a uma ampliação do acesso.

Podemos observar que apesar da redução do índice CPO-D nas crianças estudadas tanto em 2004 como em 2008, houve uma prevalência moderada da doença cárie dentária principalmente nas idades de 7 a 9 anos. Isto demonstra que apesar da evolução da odontologia e seus materiais restauradores, os problemas de todas as camadas sociais não foram sanados, como foi observado no estudo de Almeida et al (1999) que encontrou 51,92% dos 1º molares permanentes bastante comprometidos pela cárie.

A alta prevalência de cárie nos primeiros molares permanentes é influenciada por fatores inerentes ao próprio dente de ordem individual, já que durante o desenvolvimento deste, poderá não se estabelecer uma perfeita coalescência intercuspídica, sendo este fator altamente favorável para instalação da doença cárie (ALMEIDA, 1999).

De acordo Bennemann (2007), epidemiologicamente, o primeiro molar permanente apresenta alto índice de cárie e perda. Aproximadamente 25% dos primeiros molares apresentam-se cariados um ano após sua erupção. Aos nove anos de idade este índice aumenta para 50% e aos doze anos 70% dos molares poderão apresentar-se cariados.

Sarnat (1984) demonstrou que quanto maior for a atitude positiva da mãe com relação à sua própria saúde, melhor será a saúde bucal de seus filhos. Assim, quanto mais positiva a atitude materna quanto a sua própria saúde bucal menor será o índice de cárie, mais positiva será a atitude com relação a saúde bucal da criança, melhor higiene bucal tem a criança e, conseqüentemente, menor o índice de cárie.

Uma pesquisa realizada em uma comunidade de grande vulnerabilidade social com baixos níveis da renda familiar, onde os importantes provedores da família eram quase todas do sexo feminino apresentando alta freqüência de analfabetismo e baixa escolaridade, constatou a relação inversamente proporcional entre a renda familiar e o CPO-D médio das crianças, expressando a heterogeneidade na distribuição da cárie que se consubstancia na sua polarização nos estratos mais desfavorecidos da população (GALINDO, 2005).

Desta forma, a cárie permanece como um desafio de saúde pública no município de Cantanhede. A concentração da doença em determinados grupos populacionais reitera a importância de identificar a distribuição das necessidades de saúde na população para, de acordo com o princípio de equidade que norteia o SUS, priorizar a operacionalização das ações de saúde bucal nos grupos mais vulneráveis. No âmbito setorial, o fortalecimento da atuação das equipes responsáveis pela atenção primária pressupõe a garantia do acesso à consulta odontológica e ao desenvolvimento de habilidades pessoais para se proteger da cárie. Paralelamente, é essencial que haja melhor utilização da capacidade potencial do nível local para indicar as ações de promoção em saúde cuja execução compete a outros setores, tais como saneamento e educação, entre outros.

Conforme estabelece Nadanowsky (2000), a queda na prevalência de cárie dentária é decorrente de dentifrícios fluoretados, bochechos com flúor, mudanças no consumo de açúcar, melhoria na limpeza dos dentes, maior acesso ao tratamento odontológico, educação e prevenção em saúde bucal, mudança nos diagnósticos de cárie e melhoria nas condições sócio-econômicas, o que pode ser parcialmente observado nos últimos anos no município de Cantanhede-MA.

Desta forma, a cárie permanece como um desafio de saúde pública no município de Cantanhede. A concentração da doença em determinados grupos populacionais reitera a importância de identificar a distribuição das necessidades de saúde na população para, de acordo com o princípio de equidade que norteia o SUS, priorizar a operacionalização das ações de saúde bucal nos grupos mais vulneráveis. No âmbito setorial, o fortalecimento da atuação das equipes responsáveis pela atenção primária pressupõe a garantia do acesso à consulta odontológica e ao desenvolvimento de habilidades pessoais para se proteger da cárie. Paralelamente, é essencial que haja melhor utilização da capacidade potencial do nível local para indicar as ações de promoção em saúde cuja execução compete a outros setores, tais como saneamento e educação, entre outros. A falta de conhecimento dos pais quanto ao aparecimento do 1º molar permanente, assim como sobre as conseqüências de sua perda precoce são fatores que podem ter contribuído para o aparecimento da doença cárie na população, assim como em sua perda precoce, principalmente na idade de 9 anos.

É evidente a necessidade de uma ampliação das equipas de saúde bucal no município para que haja possibilidade de ampliar o acesso, não só do público infantil, mas de todas as idades quanto aos procedimentos curativos.

É necessário que haja uma intensificação das atividades preventivas de saúde bucal direcionadas aos pais, para que estes sejam instruídos quanto à necessidade da manutenção do 1º molar permanente, uma vez que a prevenção se constitui como a melhor forma de conservar os dentes, evitando assim, gastos excessivos.

Existe a necessidade de que, a partir de uma definição de baixo, médio e alto risco, dentre as crianças examinadas em 2008, a demanda seja organizada para que as crianças de alto e médio risco sejam priorizadas em seu atendimento odontológico. Além disso os pais deverão ser motivados a procurar o serviço odontológico tanto a nível de atenção básica como da especializada, quando for encaminhado ao referido tratamento.

5 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos pode-se concluir que:

- a) Houve redução do índice CPO-D, assim como da percentagem de crianças livres de cárie em todas as idades estudadas;
- b) Mesmo com a redução dos índices CPO-D em todas as idades, ainda existe a necessidade de haver a diminuição do componente C (cárie) dentre as crianças que não estavam livres de cárie em 2008 em todas as idades;
- c) A incidência de dentes perdidos, componente P, reduziu nas idades de 6, 7 e 8 anos com a exceção na idade de 9 anos, onde houve um aumento de 4.06% para 15.85%;
- d) O componente O aumentou em todas as idades tendo sua maior elevação na idade de 7 anos que em 2004 era de 0.5% e subiu para 7.35% em 2008;
- e) Em 2004, houve maior incidência de dentes cariados nas crianças de 6, 8 e 9 anos do sexo feminino. Somente na idade de 7 anos o índice mais elevado ocorreu nas crianças do sexo masculino.
- f) Em 2008, o índice apresentou-se mais elevado nas crianças de 6, 7 e 8 anos do sexo feminino, com exceção daquelas com idade de 9 anos, onde o índice apresentou-se maior no sexo masculino.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nediane de Souza; LOBATO, Clarissa Mendes; ALMEIDA, Haroldo Amorim de. **O primeiro molar permanente e sua importância para a odontopediatria e ortodontia**. Disponível em:
< <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=703>> Acesso em 15 de dez. 2008.

ALMEIDA, Viviane Chaves de Carvalho et all. **Situação dos Primeiros Molares Permanentes na Clínica de Odontopediatria da Universidade de Grande Rio-UNIGRANRIO**. Disponível em:
<<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/viewFile/22/28>>
Acesso em :05 de dez. 2008.

ASSOCIAÇÃO DENTAL AMERICANA, **Tratamentos com flúor no consultório odontológico**. Disponível em:
<http://www.colgate.com.br/app/Colgate/BR/OC/Information/ADA/Article_2007_02_Tratamentoscomfluor.cvsp>. Acesso em: 16 ago. 2008.

BARATIERE, Luiz Narciso. Dentística: Procedimentos preventivos e restauradores. 2 edição. São Paulo : Santos, 1996. Cap. 1: pag. 1 – 42.

BENNEMANN, Eleonora Soares; SOARES, Marta Schell. **A importância do primeiro molar permanente**. Disponível em:
<<http://www.conceitosaudebucal.com.br/especialidades/pediatria/partell/capitulo23.html>>. Acesso em: 28 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. (Série Estudos e Projetos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos –IDB**. Brasília:2001.

BROOK, U.; HEIM, M.; ALKALAI, Y. Attitude, knowledge and habits of high school pupils in Israel regarding oral health. **Patient Educ Couns**, v. 27, n. 2, p. 171-5, mar.1996.

CAMPOS, Sirley, **Odontologia preventiva: cárie dentária**. Disponível em:
<<http://www.odontodicas.hpg.ig.com.br>>. Acesso em: 15 maio. 2008.

D'ALMEIDA, H.B. et al. Self-reported oral hygiene habits, health knowledge, and sources of oral health information in a group of Japanese junior high school students. **Bull Tokyo Dent Coll**, v.38, n.2, p.123-31, may. 1997.

DIAS, Aldo Angelim Dias. Saúde bucal coletiva: Metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos 2007. Cap. 10: pag. 187 – 210.

DINELLI, W. et al. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um programa de orientação sobre higiene bucal junto a pré-escolares. **Stoma**, v.13, n. 57, p. 27-30. 2000.

FERREIRA, Maria Ângela Fernandes; RONCALLI, Ângelo Giuseppe; LIMA, Kênio Costa (org.). **Saúde bucal coletiva**: conhecer para atuar. Natal, RN: Editora da UFRN, 2004. Cap. 5. pag. 81 -102.

FREIRE, M. C. M. et al. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de seis a doze anos de idade, Goiânia, GO, Brasil, 1994. **Rev Saúde Pública**, n. 31, p.44-52, 1997.

GALINDO et al. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife, 2005.

Disponível em:

<http://www.portalodontologia.com.br/odontologia/principal/conteudo.asp?id=3527>.

Acesso em: 9 fev. 2009.

GARCIA, P.P.N.S.; DINELLI, W.; SERRA, M.C. Saúde bucal: crenças e atitudes, conceitos e educação de pacientes do serviço público. **JAO – Jornal de Assessoria ao Odontologista**, v. 3, n.22, p. 36-41, set./out. 2000.

GUEDES-PINTO, Antônio Carlos. Odontopediatria. São Paulo: Santos, 1988. 1.140p. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. **APCD**, São Paulo, v.11, 1994.

GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. São Paulo: Santos, 2003

IBGE, Cantanhede – MA/ 2003. Disponível em:

<[http://pt.wikipedia.org/wiki/Cantanhede_\(Maranh%C3%A3o\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Cantanhede_(Maranh%C3%A3o))>. Acesso em: 15 set. 2008.

JACKSON-HERRERIAS, G; ANGELES-MENDOZA, A. Factores condicionantes y determinantes en la incidencia del “síndrome de beberón” In:Boletín Médico del Hospital Infantil. México, v.45, n.4, p.240-4, abril, 1988.México.

KRIGER, Léo. **Promoção de saúde bucal**: paradigma, ciência, humanização. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. cap. 4. p. 66 – 87.

SAMPAIO, Fábio Correa; SILVA, Thiago Cruvinel; MACHADO, Maria Aparecida de Andrade Moreira. Procedimentos Clínicos em diferentes níveis de prevenção da cárie dentária. In: LUBIAMA, Norberto Francisco, (coord-geral.) **Pró-odonto prevenção**: programa de atualização em odontologia e saúde coletiva. ciclo 2. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2007. cap. 1. p. 9 – 62.

MALTZ, Marisa; CARVALHO, Joana. Diagnóstico da doença cárie. In: KRINGER, Léo (coord.) **Promoção de saúde bucal**: paradigma, ciência, humanização. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. cap. 4. p. 66 – 87.

MOYSÉS, Simone Tetu; Kriger, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes medicas, 2008 Cap. 10: pag. 258 – 267.

MORAIS, N. D. **Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos de Dom Aquino-MT**. 1994. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - F.O. João Prudente, Associação Educativa Evangélica, Anápolis, 1995.

NADANOVYSK, P. **O declínio da cárie**. São Paulo: Editora Santos, 2000. pag 341-351.

NARVAI PC , CATELLANOS, RA, FRAZÃO P. Prevalência de cáries dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, sp.1970-1996. Ver. Saúde pública 2000;34(2):196-200.

NARVAI, Paulo Capel. Odontologia e saúde bucal coletiva. 2 edição. São Paulo: Santos, 2002. Cap. 3: pag. 15 – 20.

NARVAI, Paulo Capel. Diagnóstico da cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.4, n.2, aug. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde bucal**: manual de instruções. *Brasil*, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamento epidemiológico básico em saúde bucal**: manual de instruções. São Paulo: Santos, 1991.

OLIVEIRA, et al. Avaliação do índice CPO-D em primeiros molares permanentes de escolares da rede pública de Poços de Caldas-MG relacionada á prevenção precoce. **R. Un. Alfenas**, Alfenas, n.5, p. 43-46, 1999. Disponível em: < http://www.unifenas.br/pesquisa/revistas/download/ArtigosRev1_99/pag43-46.pdf > Acesso em: 7 out. 2008.

PINTO, V. G. **Estudo epidemiológico sobre prevalência da cárie dental em crianças de 7 a 14 anos**: Brasil, 1993. Brasília: SESI-DN, 1996. 52 p.

ROSA, A.G.F. et al. Avaliação da assistência odontológica no sistema local de saúde de São José dos Campos, SP. **Divulg Saúde Deb**, n. 6, p.55-60, 1991.
SARNAT, H. The relation between mother's attitude toward dentistry and the oral status of their children. *Pediatr. Dent.*, v.6, n.3, p.128-21, Sept.1984.
TEIXEIRA, Abraão. **Cantanhede, sua gente e sua história**. São Luís: Lithograf, 2002. cap. 2. p. 35-38.

VAN LOVEREN C.,The antimicrobial action of fluoride and its role in caries inhibition. *J Dent Res.*1990 Feb 69; Spec No 676-81; Discussion 682-3

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Márcia Cuenca Campos Mendes.

End: Rua Pau D'arco, Quadra E, Casa 08, São Francisco, CEP: 65.025-320 São Luís-MA

Fone: (98) 3227-1128 / e-mail: marciacuenca@terra.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7, CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadores: Ana Paula Campos Santana; George Gomes de Oliveira; Rafael Santana Rodrigues e Olívia Maria de Carvalho Figueirêdo.

AVALIAÇÃO DO 1º MOLAR PERMANENTE NOS ESCOLARES DE SEIS A NOVE ANOS NO MUNICÍPIO DE CANTANHEDE-MA: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM ESCOLARES DE SEIS A NOVE ANOS

Prezado (a) Sr. (a) Pais/Responsáveis, estaremos realizando uma pesquisa sobre avaliação do 1º molar permanente. Para isso, precisamos da sua autorização para realização da avaliação e exames dentários em seu/sua filho (a). Essa pesquisa tratar-se-á de um levantamento que terá como finalidade avaliar e identificar a incidência de dentes cariados, obturados e perdidos, nos primeiros molares permanentes, dos escolares de 6 a 9 anos e fazer um estudo comparativo dos resultados do levantamento de CPO-D feitos no ano de 2004 no município de Cantanhede-MA.

A participação do seu/sua filho (a) não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Portanto, convidamos seu/sua filho (a) a participar da pesquisa acima mencionada, lembrando que não terá nenhum problema se o Sr. (a) não autorizar o seu filho (a) a participar da pesquisa. Agradecemos sua atenção e colaboração.

Fui esclarecido (a) e entendi as explicações que me foram dadas. Confirmando a participação do meu/minha filho (a) na pesquisa que será realizada a respeito do 1º molar permanente, que busca avaliar a incidência de cárie dentária, dentes perdidos e obturados nos escolares de 6 a 9 anos da cidade de Cantanhede-MA. Estou ciente que durante o desenvolvimento da pesquisa não haverá nenhum risco ou desconforto ao meu/minha filho (a), não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa, poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento e que não serão divulgados os dados de identificação pessoal.

Cantanhede-MA, / /

Assinatura e carimbo
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

ANEXO

ANEXO A - Instrumento de coleta de dados

PREFEITURA DE CANTANHEDE
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA PARA LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CPO E CEO

LOCAL: _____ DATA: ___ / ___ / 2001

EXAMINADOR: _____

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

						RESUMO				
						C	EI	E	O	CPO
										ceo

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

						RESUMO				
						C	EI	E	O	CPO
										ceo

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

						RESUMO				
						C	EI	E	O	CPO
										ceo

Santana, Ana Paula Campos.

Avaliação do 1º molar permanente dos escolares de seis a nove anos no município de Cantanhede-MA. Ana Paula Campos Santana; George Gomes de Oliveira; Rafael Santana Rodrigues; Olívia Maria de Carvalho Figueirêdo. - São Luís, 2009.

44f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2009.

1. Cárie. 2. Crianças. 3. Programa Saúde Bucal. 3. Avaliação.
Título.

CDU 616.314-002