

RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA E ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES COLETIVAS E INDIVIDUAIS DE SAÚDE BUCAL PARA ESCOLARES

CLARISSA DIAS REDER¹; ÁTILA ALVES NUNES CORDEIRO²; CLARISSA DE AGUIAR DIAS²; JÚLIA GUEDES ALVES²; EDUARDO DICKIE DE CASTILHOS²; TANIA IZABEL BIGHETTI³

¹Universidade Federal de Pelotas – clarissareder@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – atilaancordeiro@gmail.com; clarissadeaguiar@hotmail.com;
juliaquedes@outlook.com; eduardo.dickie@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – taniabighetti@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 a saúde passou a ser um direito de todo cidadão. Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, desde 2011, buscou-se reorganizar a prática da atenção à saúde com ações voltadas para o usuário e não para a doença que o acomete. Assim, métodos de promoção e prevenção em saúde bucal poderão ser desenvolvidos, gerando vínculo e autonomia (CERQUEIRA, 2011).

O marco para institucionalização destas ações no Brasil se deu a partir de 1992, com a criação dos “Procedimentos Coletivos” (PC) incluídos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (CARVALHO et al., 2009), com foco central em escolares, mas podendo ser ampliado para outro público alvo. A partir da Norma Operacional Básica de 1996 (BRASIL, 1996), foram transformados em “Ações Coletivas”, cuja remuneração foi incorporada no Piso da Atenção Básica (PAB). Tais procedimentos/ações envolvem: educação em saúde, escovação, supervisionada com dentífricio fluoretado e a aplicação de gel fluorado, na dependência de critérios epidemiológicos locais.

O projeto de extensão da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPel) “Ações coletivas e individuais de saúde bucal em escolares do ensino fundamental” (código 52650032), insere acadêmicos para realizar estas ações na Escola Estadual de Ensino Fundamental Rachel Mello, no município de Pelotas/RS.

Durante o primeiro semestre 2015 foram realizadas triagens para avaliar o risco de cárie dentária (PELOTAS, 2013) e, a partir dele, as necessidades dos escolares em relação a cada tipo de ação coletiva, para organizar o processo de trabalho.

O objetivo deste trabalho é descrever o processo de coleta dos dados, apresentar os resultados parciais e a proposta de intervenção para cada grupo de risco, a ser implantada no segundo semestre de 2015.

2. METODOLOGIA

As atividades aconteceram em três turnos (um de manhã e dois à tarde) e envolveram dez acadêmicos. Para a realização da triagem de risco de cárie dentária, participavam dois acadêmicos, sendo que enquanto um avaliava a cavidade bucal, usando Equipamento de Proteção Individual (EPI) e espátulas descartáveis, o outro fazia as anotações necessárias para o preenchimento das fichas.

De acordo com as condições observadas, os escolares foram classificados em grupos de risco: A - não possui qualquer alteração = baixo risco; A1 -

presença de biofilme; A2 - presença de gengivite, B - apenas história de dente restaurado, B1 - dente restaurado com biofilme/gengivite, C - uma ou mais cavidades inativas, e C1- uma ou mais cavidades inativas com biofilme/gengivite = risco moderado; D - mancha branca de cárie, E- uma ou mais cavidades ativas e F - presença de dor e/ou abscesso = alto risco (PELOTAS, 2013).

Feito isso, as fichas foram encaminhadas para um acadêmico responsável pela digitação para que se obtivessem os resultados desejados de forma organizada. Com isso será possível determinar os tipos de atividades para cada grupo de escolares, otimizando o tempo, uma vez que os acadêmicos realizarão os procedimentos necessários para cada grupo de risco.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os resultados obtidos. A partir dos dados levantados pode-se notar que foi prevista a avaliação de 433 escolares de 6 a 18 anos de idade em 16 turmas do 1º. ao 8º. ano, sendo que ao final do semestre letivo 317 (73,2%) foram examinados.

Tabela 1 – Número e porcentagem de escolares matriculados e examinados por turma segundo classificação de risco de cárie dentária. Escola Estadual de Ensino Fundamental Rachel Mello, Pelotas, 2015.

Classificação	Matriculados		Examinados	
	Nº	%	Nº	%
A	16	3,7	16	5,0
A1	47	10,9	47	14,8
A2	35	8,1	35	11,0
B	3	0,7	3	0,9
B1	23	5,3	23	7,3
C	10	2,3	10	3,2
C1	36	8,3	36	11,4
D	50	11,5	50	15,8
E	73	16,9	73	23,0
F	24	5,5	24	7,6
Não avaliados*	116	26,8	-	-
Total	433	100,0	317	100,0

*Apenas para matriculados.

A - sem história de cárie/A1 - presença de biofilme/A2 - presença de gengivite/B - história de dente restaurado/B1 - dente restaurado com biofilme/gengivite/C - uma ou mais cavidades inativas/C1- uma ou mais cavidades inativas com biofilme/gengivite

D - mancha branca de cárie/E- uma ou mais cavidades ativas/F - presença de dor e/ou abscesso

Observou-se que 7,6% dos escolares (n=24) apresentaram situação de urgência (código F) e devem ser priorizados no processo de encaminhamento à unidade básica de saúde de referência. Este processo já foi iniciado pelos acadêmicos e está sendo monitorado junto à equipe de saúde bucal da unidade de saúde.

Todos os escolares, independente da classificação de risco, irão receber atividades educativas e escovação supervisionada com dentífricio fluoretado (PELOTAS, 2013). De acordo com BARRETO et al. (2013) apesar de reduzir pouco e temporariamente o biofilme dental as atividades educativas têm efeito positivo no conhecimento. A motivação periódica e direta é mais efetiva quando se pretende modificar o comportamento do indivíduo para que ele tenha um controle satisfatório do biofilme dental (TOASSI; PETRY, 2002).

Porém, observou-se que 44,5% dos escolares examinados (códigos A1, A2, B1 e C1) necessitam de atenção especial durante a escovação pela presença de biofilme e gengivite. Os acadêmicos necessitarão identificar estratégias para motivá-los, que deverão levar em consideração sua faixa etária e nível cognitivo; estabelecendo a frequência mais adequada, de preferência semanal ou quinzenal.

Entre os examinados, 46,4% (códigos D, E e F) necessitam de aplicação de gel fluoretado (PELOTAS, 2013), o que vai exigir dos acadêmicos a adequação do cronograma de atividades de forma a assegurar uma terapia intensiva com aplicações mais frequentes no primeiro mês, reduzindo a frequência até o final do semestre (SÃO PAULO, 2000).

Dos escolares examinados, 23% (n=73) tinham cavidade de cárie ativa (código E). A proposta para o segundo semestre é iniciar a execução de Tratamento Restaurador Atraumático (TRA), e selecionar os que necessitam de encaminhamento para unidade de saúde; visto que do total, nove já foram encaminhados por apresentarem situação de urgência. O TRA foi desenvolvido para o tratamento odontológico de indivíduos que tinham seus dentes extraídos devido à precariedade dos serviços que lhes era oferecido, mas atualmente é efetivo para a grande demanda assistida pela rede pública, mesmo que ainda exista uma discordância entre os cirurgiões-dentistas, visto que alguns o consideram inferior em relação a outros procedimentos restauradores (CARLOTO et al., 2013).

Os escolares com cavidades inativas (códigos C e C1) representaram uma pequena parcela dos examinados (14,6%) e entre eles 65,2% tinham raízes residuais que necessitarão de controle e encaminhamento para a unidade de saúde. Os demais serão acompanhados durante as atividades educativas e de escovação supervisionada.

Sabe-se que ações coletivas reduzem a severidade das lesões de cárie dentária e que ainda há falta de acesso e desigualdade na efetividade dos serviços (RIGO et al., 2012). As informações obtidas poderão contribuir por selecionar os casos de forma que o serviço possa direcionar seus recursos de maneira efetiva para esta população.

Ainda não foram examinados 26,8% dos escolares matriculados (n=116) e turnos de atividade deverão ser reservados para a sua triagem. O absenteísmo escolar (BARROS, 2013) pode comprometer tanto as ações coletivas, quanto os encaminhamentos para a unidade de saúde de referência.

4. CONCLUSÕES

Foi possível perceber as diferenças de experiência de cárie entre os escolares. A perspectiva de conhecer a realidade de um público distinto do que chega às clínicas da FO-UFPel é muito importante para os acadêmicos. Realizar os exames, digitar e tabular os dados coletados, interpretar os resultados e propor estratégias diferenciadas para cada grupo de risco, permite aos acadêmicos planejar, desenvolver e avaliar suas atividades. Contempla não só os objetivos do projeto de extensão, como também as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Odontologia, que buscam a formação de um acadêmico autônomo, capaz de realizar planejamento e tomada de decisões.

Outro aspecto importante é a oportunidade de perceber que o trabalho do cirurgião-dentista vai além do consultório odontológico, e que o conhecimento adquirido na universidade deve ser levado para a comunidade e trocado com ela, de forma que as soluções sejam elaboradas de maneira conjunta. O interesse é

despertado a cada desafio encontrado, pois estimula o acadêmico a superá-lo e notar o seu verdadeiro papel como futuro profissional.

O projeto terá segmento durante os próximos semestres para que as atividades educativas, de prevenção, motivação e o TRA sejam realizados, uma que vez que neste momento foram estabelecidos dados parciais. Também será dada continuidade nos exames para triagem a fim de alcançar a totalidade dos escolares.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, D. M. et al. Avaliação da eficácia de uma atividade educativo preventiva com pré-escolares: estudo piloto de um ensaio clínico randomizado. **Arq Odontol.**, v. 49, n. 3, p. 113-121, 2013.

BARROS, R. A. **A família e o fenômeno do absenteísmo discente em uma escola municipal de ensino fundamental de Belo Horizonte**. Dissertação do Curso de Mestrado - Pós-Graduação da Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais. 2013. 111p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Acessado em 10 jul. 2015. Online. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

CARLOTTO, C. A. et al. Aceitabilidade do Tratamento Restaurador Atraumático pelos cirurgiões-dentistas do serviço público em São Paulo. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 68, n. 1, p. 35-41, 2014.

CARVALHO, L. A. C. et al. Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal: gênese, apogeu e ocaso. **Saúde Soc.**, v.18, n.3, p.490-499, 2009.

CERQUEIRA, R. A. S. Organização da atenção. In: **Atenção à saúde bucal no estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Aracaju/SE: Fundação Estadual de Saúde/FUNESA, 2011. Cap. 2, p. 32-41.

PELOTAS. Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Supervisão de Saúde Bucal. **Diretrizes da Saúde Bucal de Pelotas**. Pelotas, 2013. Acessado em 30 jun. 2015. Online. Disponível em: [http://www.pelotas.rs.gov.br/saude/arquivos/Diretrizes-Saude-Bucal-de-Pelotas\[17-12-2013\].pdf](http://www.pelotas.rs.gov.br/saude/arquivos/Diretrizes-Saude-Bucal-de-Pelotas[17-12-2013].pdf).

RIGO, L.; SOUZA, E. H. A.; CALDAS JUNIOR, A. F. Comparação de procedimentos coletivos em saúde bucal entre escolares da rede municipal de ensino de Passo Fundo-RS. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 12, n. 3, p. 307-313, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária**. [Resolução no. 164 de 21/12/2000]. São Paulo, 2000. 10p.

TOASSI, R. F. C.; PETRY, P. C. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.5, p. 634-637, 2002.