

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Patrícia Souza Closs

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE
BUCAL DE FAMÍLIAS DA COMUNIDADE ASSOCIAÇÃO
SOCIAL E FILANTRÓPICA SOLAR DA PAZ EM
PORTO VELHO-RO**

Taubaté - SP
2008

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Patrícia Souza Closs

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE
BUCAL DE FAMÍLIAS DA COMUNIDADE ASSOCIAÇÃO
SOCIAL E FILANTRÓPICA SOLAR DA PAZ EM
PORTO VELHO-RO**

Dissertação apresentada para obtenção
do Título de Mestre pelo Programa de
Pós Graduação em Odontologia do
Departamento de Odontologia da
Universidade de Taubaté.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto
Cortelli.

Taubaté - SP
2008

PATRÍCIA SOUZA CLOSS

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE BUCAL DE FAMÍLIAS
DA COMUNIDADE ASSOCIAÇÃO SOCIAL E FILANTRÓPICA SOLAR DA
PAZ EM PORTO VELHO-RO**

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Odontologia do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté

Orientador Prof. Dr. José Roberto Cortelli

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof.Dr. _____ Universidade _____

Assinatura _____

Prof.Dr. _____ Universidade _____

Assinatura _____

Dedico este trabalho a minha família, que amo muito.

Pai, te amo, obrigada por tudo, agradeço a Deus todos os dias por ter
um pai tão especial como o senhor !!!

Mãe, minha querida amiga, amada e companheira mãe, te amo
muito, obrigada por tudo.

Minha filha Esther, Minha princesa linda, você foi o maior presente
que o Senhor me deu, te amo muito, para sempre.

Juliana, minha irmã linda, te amo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao meu “Pai Celestial” amado da minha alma!!!

Ao Único Deus que formou os céus e a Terra;

Ao Único Soberano e Poderoso Senhor da Minha vida;

Tu és o meu Deus, fiel, socorro bem presente na tribulação;

Ao meu Senhor, meu Deus, meu refúgio e fortaleza;

Obrigada, “Pai”.

Do meu tabernáculo Agradecerei, Cantarei Louvores, Adorarei ao Único Deus da minha vida, todos os dias da minha existência por esta grande e Maravilhosa benção que o Senhor fez em minha vida.

Bem aventurado o homem cujo Deus é o Senhor.

Bem aventurado o homem cuja força está em Ti;

Bem aventurado o homem que teme e confia em Ti.

Te amo, Meu Senhor Jesus Cristo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Roberto Cortelli, pela maneira que me ajudou a conduzir meu trabalho, pela competência que teve ao orientar pela amizade e paciência nos momentos em que necessitei. Tenho muito orgulho de ter sido sua orientada , aluna e amiga.

À Profa. Dr. Ana Cristina Claro, pelos ensinamentos não só profissionais , mas de vida que me passou. A senhora é um exemplo de vida e perseverança.

À Profa. Sheilla Cavalca Cortelli, pelo convívio e pelos ensinamentos , que fizeram despertar em mim a eterna busca pelo conhecimento em “Ser Professora”.

Ao Prof. Dr. Marcelo Vergotti, que teve uma participação fundamental pelo auxílio na execução da análise estatística deste estudo.

À Profa. Maria Eliza Aguiar, pela oportunidade concedida.

Aos meus colegas de turma, Ana Gisele Aguiar (uma grande amiga e parceira), Ramiro Borba Porto, Ana Carolina Rosa, Angélica Boré, Mireille Xaia, Flavia Serrano, Augusta Guimarães.

Aos meus colegas da disciplina de Saúde Coletiva, Roberta Martins Castro e José Carlos Bianco, pela compreensão nos momentos difíceis.

Aos meus queridos e amados alunos de graduação do Curso de Odontologia da Faculdade São Lucas, por terem me auxiliado na execução deste trabalho.

RESUMO

O objetivo deste estudo transversal foi avaliar as condições de saúde bucal, CPOD e doença periodontal, condições socioeconômicas, acesso e autopercepção em saúde bucal de população residente em comunidade periférica na cidade de Porto Velho, Rondônia. Os exames foram realizados por alunos de graduação de odontologia da Faculdade São Lucas. A calibração dos examinadores foi realizada através do Erro Padrão de Medida (EPM), obtendo-se valores dentro do limite de concordância aceitáveis de no mínimo 0,85 ou 85%. Foram avaliadas noventa e sete famílias de estudantes (460 indivíduos, \pm 4,75 indivíduos por família) de uma creche em bairro periférico. A avaliação socioeconômica mostrou que 70% das famílias estudadas ganhavam entre menos de um até dois salários mínimos, não recebiam água de Abastecimento Público, nem saneamento básico nem coleta de lixo pela Prefeitura; 73% ingeriram água de poço ou cacimba, 39% cloravam, 21% ferviam e 26% não faziam qualquer tratamento da água. Para o destino de dejetos, 91% utilizavam fossa Séptica. Os resultados referentes ao acesso aos serviços odontológicos mostrou que 30% dos indivíduos nunca foram ao dentista, 40% nunca receberam informação do profissional relacionados a prevenção, mas 70% consideraram necessitar de algum tipo de tratamento odontológico e 50% avaliaram o atendimento como péssimo e ruim. Para a avaliação da saúde bucal, a amostra foi dividida em cinco grupos de acordo com a idade: grupo A - zero a trinta e seis meses (ceo de 1, 33) Grupo B - quatro a seis anos (ceo e CPOD de 5,21 e ISG 63%), Grupo C - onze a treze anos (CPOD 6, 61e CPI 43% dos indivíduos apresentaram algum tipo de alteração nos tecidos periodontais), Grupo D - quinze a dezenove anos (CPOD 9,76 e CPI apenas 33% apresentam o periodonto sadio), Grupo E de trinta e cinco a quarenta e quatro anos (CPOD de 21,63 e CPI quase 40% de sextantes foram excluídos e, no PIP, 15% dos sextantes apresentaram algum tipo de Perda de Inserção Periodontal), Grupo F – sessenta e cinco a setenta e quatro anos(CPOD 27,71 e, em relação   Condição Periodontal, não foram analisados). O estudo concluiu que   necessário melhorar e reorganizar o acesso aos serviços de saúde do município, bem como implementar políticas de saúde bucal incluindo Fluoretação, envolvendo ações preventivas e restauradoras, garantindo assim condições melhores de saúde bucal da população estudada.

Palavras-chave: Cárie dentária. Prevalência. Periodontites. Saúde Bucal. Prevenção.

ABSTRACT:

This research is meant to evaluate, through a transversal study, caries and periodontal diseases, socioeconomic conditions, access and auto perception in oral health for peripheral area populations in the city of Porto Velho, Rondônia. The examinations were performed by Odontology Graduation Students at São Lucas Faculty. The calibration executed by the examiners was based on the Error Measure Standard (EMS), obtaining acceptable values inside the agreement limit of at least 0.85 or 85%. 97 families of a day-care center students have been evaluated, totaling 460 individuals. § 4.75 individuals per family. The socioeconomic evaluation has shown that 70% of the studied families earned from less of one to two minimum salaries, they did not receive water from any public source, basic sanitation or garbage collection by the city hall; 73% used water for consumption from the well or cacimba, 39% used chlorine in it, 21% boiled it and 26% did not use any water treatment. For the destination of the dejections, 91% had septic pools. The access to the odontologic services showed that 30% of the individuals had never been to the dentist, 40% had never received any information from the professional surgeon dentist on how to prevent oral problems, but 70% considered to need some type of odontologic treatment and 50% had evaluated the assistance as awful and bad. For the oral health evaluation, the sample was divided in 5 groups according to age: group A - from zero to 36 months (CEO 1.33 and AG 77%), group B - 4 to 6 years (CEO and AG 5.21%), group C - 11 to 13 years (CPOD 6.61 and CPI 43% of the individuals presented some kind of alteration in gum tissue), group D - 15 to 19 years (CPOD 9.76 and CPI almost 40% from sextants were excluded and at PIP, 15% from the sextants presented any kind of periodontal insertion loss), group F - 65 to 74 years (CPOD 27.71 and, in relation to periodontal condition, there were not enough sextants to be analyzed, for 79% of the sextants were excluded from the sample due to tooth loss). The study concluded that it is necessary to improve and to reorganize the city health services access, as well as to implement oral health policies like fluorine treatment involving preventing and restoring actions, guaranteeing better oral health conditions for the studied population.

Keywords: Tooth caries. Prevalence. Periodontitis. Oral Health. Prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de Porto Velho	36
Figura 2 - Sonda CPI e as marcações com as distâncias em milímetros.....	43
Figura 3 - Renda Familiar.....	48
Figura 4 - Procedência da água de consumo.....	49
Figura 5 - Tipo de tratamento da água de consumo das famílias.....	49
Figura 6 - Destino do lixo utilizado.....	50
Figura 7 - Destino dos dejetos.....	50
Figura 8 - Indivíduos com faixa etária de zero a 36 meses.....	56
Figura 9 - Índice de Sangramento.....	56
Figura 10 - Índice de ceo e DPOD na faixa etária de quatro a seis anos.....	57
Figura 11 - Total de dentes perdidos entre os primeiros molares permanente..	57
Figura 12 - Índice de CPOD (11 a 13 anos).....	58
Figura 13 - Índice de CPOD (15 a 19 anos).....	58
Figura 14 - Índice de CPOD (35 a 44 anos).....	59
Figura 15 - Índice de CPOD (65 a 74 anos).....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Índices de dentes cariados, perdidos e obturados para dentição decidua permanente (CPOD e CEO).....	41
Quadro 2- Necessidade de Tratamento.....	41
Quadro 3- Índice Periodontal Comunitário.....	44
Quadro 4- Índice de perda de Inserção Periodontal.....	45

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição de Grupos por número de indivíduos de cada família, gênero e idade.....	52
Tabela 2 - Identificação de indivíduos que procuraram por algum tipo de tratamento odontológico e o motivo da procura.....	52
Tabela 3 - Indivíduos que receberam algum tipo de informações de como evitar problemas bucais.....	52
Tabela 4 - Indivíduos que consideram necessitar de algum tipo de tratamento odontológico.....	52
Tabela 5 - Indivíduos que avaliaram o atendimento dos Cirurgiões Dentistas. .	53
Tabela 6 - Classificação da Saúde Bucal.....	53
Tabela 7 - Classificação da aparência dos dentes e gengiva.....	53
Tabela 8 - Classificação da mastigação.....	54
Tabela 9 - Avaliação dos Grupos de acordo com porcentagem, média de idade e desvio padrão e CEO/CPOD.....	55
Tabela 10 - Média dos sextantes dos Grupos C, D, E e F para o Índice Periodontal Comunitário.....	55
Tabela 11 - Média dos Sextantes avaliados dos Grupos C, D, E e F para Índice Perde de Inserção Periodontal.....	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

13

2 REVISÃO DE LITERATURA

17

2.1 RETRATO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

17

2.2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

20

2.3 CÁRIE E SEUS DETERMINANTES

24

2.4. DOENÇA PERIODONTAL

26

2.5 MÉTODOS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS BUCAIS

29

3 PROPOSIÇÃO

34

3.1 OBJETIVO GERAL

34

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

34

4 METODOLOGIA

36

4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

36

4.1.1 Amostra da Pesquisa

37

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

37

4.3 CONDIÇÕES DE VIDA

.....
38

4.4 CALIBRAÇÃO

.....
38

4.5 AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

.....
39

4.6 DOENÇA CÁRIE

.....
40

4.7 DOENÇA PERIODONTAL

.....
42

4.7.1 Índice de Sangramento Gengival (ISG)

.....
42

4.7.2 Índice Periodontal Comunitário (CPI)

.....
43

4.7.3 Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP)

.....
44

4.8 PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

.....
45

4.8.1 Programa Preventivo

.....
46

4.8.2 Programa Curativo em Saúde Bucal

.....
47

4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

.....
47

5 RESULTADOS

.....
48

5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

.....
48

5.1.1 Avaliação socioeconômica

.....
48

5.2 AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

.....
51

5.2.1 Acesso aos Serviços Odontológicos

.....
51

5.2.2 Auto-percepção em Saúde Bucal

.....
53

5.2.3 Avaliação Saúde Bucal- CPOD e CEO e Parâmetros Periodontais (ISG, CPI, PIP)

.....
54

6 DISCUSSÃO

.....
60

7 CONCLUSÃO

.....
70

REFERÊNCIAS

72

APÊNDICE A- Formulário para cadastramento das famílias

74

APÊNDICE B- Formulário de Avaliação sócio-econômico

.....
75

APÊNDICE C- Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

.....
76

ANEXO A- Formulário para avaliação do acesso e autopercepção em saúde bucal.....77

ANEXO B- Formulário para avaliar as condições de saúde bucal.....78

ANEXO C- Carta de aprovação do comite de ética e pesquisa.....79

1 INTRODUÇÃO

Rondônia é um Estado brasileiro que se encontra localizado na região Norte do país e tem como limites os Estados do Amazonas, Mato Grosso e Acre e, ainda, faz divisa com a Bolívia, um dos países da América do Sul. Abarca para si uma área territorial de, aproximadamente, 238.512,8 mil km². Seus principais rios são: Madeira, Ji-paraná, Guaporé e Mamoré. O Estado possui 52 municípios e contempla uma população estimada em 1.534.449 habitantes.

Rondônia tem como capital a cidade de Porto Velho. Segundo Matias (1998), a cidade surgiu nas barrancas à margem direita do Rio Madeira em face da construção da estrada de ferro Madeira-Mamoré, por volta do ano de 1907. O município está localizado e inserido na maior bacia hidrográfica do globo, onde os rios governam a vida dos homens.

A economia, tanto da cidade de Porto Velho quanto do Estado de Rondônia, baseia-se na pesca, comércio, agricultura e indústrias extrativistas de minério como a cassiterita e ouro. O parque industrial é constituído de indústrias dos setores: madeireiro, de plástico e beneficiamento de cereais.

Teixeira e Fonseca (2002) explicam que a migração intensa dos povos em busca de novos horizontes para melhoria de vida provocou um crescimento desordenado do município. Por conseguinte, conforme apontam os autores, tal ocorrência resultou em bairros periféricos sem ordenação ou

infra-estrutura, com ruas sem asfalto, sem calçadas e redes de esgotos. Para os autores, todos esses elementos trouxeram para a cidade de Porto Velho a formação de um conjunto imensurável de problemas. Outra questão destacada pelos autores é o sistema de coleta de lixo que atende, apenas, metade da população da cidade. Pertinente a rede de abastecimento de água pública, os autores afirmam que a situação é semelhante. Ou seja, somente 29 mil residências recebem água da rede geral, sendo esta não fluoretada. Esses autores apontam, ainda, que a renda mensal da maioria das famílias de Porto Velho, em média, é de dois salários mínimos, caracterizando, de uma forma geral, uma situação economicamente precária. Conseqüentemente, é possível concluir que esta situação afeta drasticamente a população por influenciar, de um modo direto, o acesso de toda comunidade carente aos métodos de prevenção, promoção e recuperação de saúde bucal.

Além de todos esses agravantes, o município de Porto Velho reflete, também, sérios problemas no controle de doenças endêmicas. Desta feita, o município e o Estado medem esforços no sentido de implementar juntamente com o Ministério da Saúde, ações e políticas direcionadas ao controle de doenças transmissíveis, tais como: malária, dengue, tuberculose, hepatites virais entre outras. Logo, o combate a tais doenças se tornou prioridade para os gestores públicos da área da saúde e, assim, a saúde bucal tem ficado em quase estado de total abandono.

Compete ressaltar aqui, que o atual sistema de saúde público implementado no país pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de

Saúde (SUS) não tem cumprido seu papel de fornecer um atendimento universal, igualitário e descentralizado, no que diz respeito à saúde bucal. Decorrente da falha existente no SUS, que não busca por métodos preventivos de agravos em saúde bucal, a população tem ficado a mercê e totalmente desprovida de um atendimento que apresente soluções efetivas para o problema. O resultado deste quadro é uma população sem atendimento odontológico adequado, em vista de que os gestores locais não vêem a saúde bucal como prioridade.

Diante de todas as variáveis que compõem o quadro agravante que envolve a saúde bucal e afeta a população carente de Porto Velho, e considerando todas as questões aqui arroladas, surgem as razões que motivaram o desenvolvimento deste trabalho.

Assim sendo, a aplicação da pesquisa que embasou este estudo, teve como objetivo avaliar as condições de vida e saúde bucal da população carente de Porto Velho. Compete ressaltar, que o problema que envolve a saúde bucal deve ser considerado como de extrema relevância, visto, que a capital rondoniense contempla um considerável número de pessoas desprovidas de recursos financeiros capazes de arcar com tratamentos odontológicos, ficando por completa dependência dos serviços de saúde prestados pela Administração Pública. Serviços que se encontram debilitados por não priorizarem a saúde bucal.

Por conseguinte, este estudo limitou-se em avaliar as famílias carentes das crianças que estudam na creche Associação Filantrópica Solar da Paz,

localizada em um bairro periférico da cidade, o bairro de Castenheiras. A aplicabilidade da pesquisa foi realizada pelos alunos de graduação em Odontologia da Faculdade São Lucas, de Porto Velho/RO. O estudo foi baseado em questionários e levantamentos epidemiológicos sobre as doenças cárie e periodontal. Durante a pesquisa, foi desenvolvido um programa de promoção de saúde bucal dirigido as crianças que estudam na creche e seus respectivos familiares, com métodos educativos e preventivos curativos para a melhoria da saúde bucal das mesmas, que resultaram em seis meses de desenvolvimento pertinente ao programa.

Logo, o presente trabalho apresenta os resultados que foram obtidos por meio da aplicação da Pesquisa, decorrentes da definição dos objetivos e dos dados que foram encontrados.

Por fim, ressalta-se que o desenvolvimento desta dissertação traz uma abordagem séria e abrangente a respeito da saúde bucal, porém, cabe acrescentar sua inesgotabilidade, observando que tal abordagem trata de um assunto disposto a ser ainda mais explorado e discutido.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 RETRATO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Segundo Mendes (1995), na época da ditadura militar somente os contribuintes da previdência social, o extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), tinham direito à assistência à saúde gratuita, paga pelo Estado. O autor explica que nesse período o acesso às informações era reprimido pelo regime autoritário e o acesso aos serviços públicos de saúde não era um direito de todos os brasileiros.

Costa (1986) aborda que, por conta do descaso do Estado para com a saúde pública, gerou-se uma série de fatores negativos: as gestantes não tinham garantia de pré-natal, o controle de doenças infecto-contagiosas era muito falho, o índice de mortalidade materna e infantil e o índice de desnutrição infantil era elevado e o tratamento com a saúde bucal era insuficiente. Assim, o autor leciona que os universitários, os sanitaristas brasileiros e os profissionais da área começaram a se revoltar, iniciando desta forma, um grande movimento em favor da população desamparada pelo Estado, que foi chamado de Reforma Sanitária Brasileira. Esse movimento teve início em meados dos anos 1970.

Mendes (1995) aponta que a proposta da Democratização da Saúde

Pública no Brasil, foi apresentada pela primeira vez em 1979, na Assembléia Nacional Constituinte, com o objetivo de implantar um Sistema de Saúde Democrático. Porém, conforme o autor, a proposta não foi sequer ouvida. Esse autor afirma também que somente após a queda do Regime Militar, em 1985, com as eleições indiretas de Tancredo Neves para Presidente da República e com o surgimento da Nova República e a Promulgação da Constituição de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos os brasileiros.

Segundo Werneck (1998), durante a realização da VIII Conferência de Saúde em 1986, considerada um marco no processo de democratização e modernização no âmbito político e institucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado, garantindo a todos os cidadãos brasileiros um acesso universal, igualitário e descentralizado à saúde. Neste contexto, o autor aponta que as Conferências Nacionais de Saúde trouxeram propostas importantes à melhoria da saúde da população brasileira. Entretanto, foi a IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, que propôs a municipalização como caminho para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Referente à VIII Conferência Nacional de Saúde, Zanetti et al. (1996) explica que foi com o desdobramento da referida Conferência que houve a realização da primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986. Ainda, segundo os autores, esse evento caracterizou a prática odontológica brasileira como ineficiente e ineficaz. Logo, conforme abordam os autores, a partir desse acontecimento a Odontologia passou a receber destaques nos fóruns de debate sobre a situação de saúde bucal no Brasil. Por conseguinte,

Garrafa e Moyses (1996) acentuam que um dos assuntos discutidos com ênfase durante a realização da II Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1993, foi à questão saúde bucal versus cidadania.

Para os autores a situação da saúde bucal no país é preocupante. Segundo Garrafa e Moyses (1996), até hoje prevalecem a falta de políticas adequadas, as péssimas condições de trabalho, salários irrelevantes, a falta de financiamento compatível com a proposta do SUS e a dignidade humana, entre outras questões não menos importante, mas, que afetam a população, deixando os usuários à própria sorte, numa afronta à cidadania dos brasileiros. Zanetti et al. (1996) apontam que tal fato ocorre por conta de que os gestores da saúde pública têm priorizado ações preventivas e curativas para atender outras áreas da saúde. Desta forma, a saúde bucal da população deixa de ser um fator importante e passa a ser considerada como uma questão secundária, ficando em total desamparo.

Ocorre que a realidade apontada pelos autores acima a respeito da situação da Saúde Bucal no país, pôde ser comprovada por meio da conclusão do levantamento epidemiológico sobre a saúde bucal da população apresentada na III Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 2004.

Garrafa e Moyses (1996) afirmam que a Odontologia ainda continua percorrendo, de forma insistente, uma via individual e de mão-dupla. Por conseguinte, essa via tem beneficiado somente aqueles que podem pagar por um tratamento odontológico apesar de a Odontologia ter dominado, ao final do século XX, a intimidade das doenças mais freqüentes da área estomatológica

(especialmente a cárie e a doença periodontal) e ter alcançado medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e curá-las. Contudo, conforme os autores, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe um grande avanço social e político: seu arcabouço jurídico-institucional definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e de entidade da sociedade civil e estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor. Como resultado, explicam Zanetti et al. (1996), a busca de respostas ao desafio político-sanitário do SUS produziu uma série de opções programáticas.

Para Chaves (1986), as relações da odontologia preventiva com a odontologia social são semelhantes às que a medicina preventiva guarda com a saúde pública em geral. O autor explica que a odontologia preventiva fornece ao dentista sanitarista as armas para a luta contra as enfermidades, os instrumentais de trabalho ou métodos para a aplicação nos programas de odontologia social. O autor apresenta que uma das doenças públicas no Brasil de grande significado são as doenças bucais, apesar da melhoria na saúde bucal, ocorrida nos últimos anos, estas continuam muito prevalentes, tendo um grande impacto na sociedade.

2.2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Pinto (2000), em 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que antecedeu a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF), em 1994, as quais incorporaram e ampliaram a atuação dos agentes comunitários. O autor explica que, trata-se de uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, cujo atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõe as equipes, criando vínculos de co-responsabilidade entre estes e a população acompanhada, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Cardoso et al. (2004) afirmam que as Equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte da estratégia Saúde da Família com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal garantindo, desta forma, a atenção integral aos indivíduo e às famílias. Segundo os autores, sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. Os autores apontam que as normas e as diretrizes para este fim foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001.

De acordo com Souza (2000), as diretrizes do Sistema Único de Saúde, universalidade do acesso aos serviços, a descentralização e a hierarquização da assistência ficaram estabelecidas pela regulamentação da Constituição Federal de 1988, juntamente com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Conforme

aponta o autor, é neste cenário que o Programa de Saúde da Família (PSF), representando uma importante estratégia de reestruturação das práticas de atenção à saúde da população, foi lançado em 1994, como um modelo de saúde sintonizado com os princípios de territorialização, intersetorialidade, controle social e abordagem multiprofissional. O autor afirma, ainda, que a respeito da saúde bucal do ponto de vista do Programa de Saúde da Família, observou-se que devia ser organizado de forma a estabelecer uma relação nova com a comunidade, baseada na atenção, na confiança e no respeito. Desse modo, os cirurgiões-dentistas passaram a ser vistos como profissionais que podem desempenhar um papel decisivo nos bons resultados do PSF, vindo a fazer parte da equipe a partir de 2000.

Pinto (2000) aponta que o princípio de que quanto mais centralizado estiver um sistema de saúde menor será a sua eficácia é plenamente aplicável à política de cobertura populacional em odontologia. O autor explica que este é um problema agravante em países mais extensos e populosos com é o caso do Brasil, onde a tendência a uniformizar sob uma só regra situações e grupos muito distintos entre si, pode criar distorções sérias e acarretar conseqüências ainda mais graves do que as que se procura corrigir. O autor relata que um grupo de especialistas da Organização Mundial de Saúde (OSM) definiu duas metas importantes a alcançar: a primeira seria um sistema de atenção odontológico que influencie a forma de vida da população, mantendo e promovendo a saúde bucal e prevenindo as doenças orais; a segunda seria proporcionar formas de tratamento adequadas às pessoas

afetadas por doenças bucais a fim de evitar sua progressão e perda do elemento dental. O autor explica que este grupo reconheceu que a segunda meta só seria realizada se todos os recursos disponíveis para promoção de saúde forem utilizados de forma correta. O grupo ressalta, ainda, que à medida que o enfoque tende do curativo para o preventivo-promocional, amplia-se o leque de alternativas que podem determinar práticas com efetivo impacto epidemiológico e satisfazer os usuários. O autor relata que o modelo organizacional reforça a importância da percepção dos indivíduos em relação à saúde bucal na busca do auto cuidado. O autor aborda que a odontologia tem tido como prioridade o tratamento de crianças e jovens com idade entre seis e 14 anos em função da presença de pelo menos cinco fatores como: aparecimento gradativo da dentição permanente, menor capacidade da resistência do esmalte, semelhança de escolaridade, entre outros. Ele ainda considera que promoção da saúde, no seu sentido mais amplo, e talvez mais apropriado, é uma ação global objetivando a melhoria na qualidade de vida das pessoas. Saúde bucal é só uma pequena parte do todo. Da mesma forma que pode se considerar que a prevenção específica ou o tratamento de qualquer doença constituem outras parcelas deste novo e amplo movimento.

Pereira et al. (2003) consideram que o planejamento é um processo que depende de se conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir a que se pretende chegar. O plano constitui-se no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada. Os autores afirmam que o levantamento ou inquérito pode ser definido como um

instrumento metodológico utilizado para medir a extensão de um programa ou agravo à saúde que acomete um agrupamento de pessoas. Esses instrumentos podem ser utilizados para estudar a distribuição das doenças, diagnosticarem as necessidades acumuladas, auxiliar na determinação das atividades prioritárias a serem implementadas e avaliar programas.

Segundo Antunes e Peres (2006) os índices mais utilizados em pesquisas epidemiológicas sob condições periodontais são índices de higiene oral simplificado, índice de controle de placa, índice de sangramento após sondagem, índice periodontal comunitário de necessidade de tratamento, e índice de perda de inserção.

2.3 CÁRIE E SEUS DETERMINANTES

Silva e Maltz (2001) apontam que existem evidências suficientes de que o fator etiológico das doenças cárie e periodontal é o biofilme, que pode ser definido como os depósitos moles que se formam, aderido à superfície do dente ou outra estrutura dura na cavidade bucal. Os autores explicam que pode ser visualizada nos dentes após um ou dois dias sem medidas de higiene bucal, apresentando cor esbranquiçada, acinzentada ou amarela possuindo aspecto globular. O movimento dos tecidos e alimentos sobre os dentes resulta na remoção mecânica da placa; tal remoção é particularmente

eficiente nos dois terços coronários da superfície do dente. Então, a placa é tipicamente observada no terço gengival da superfície dentária.

Bonecker e Sheiham (2004) explicam que a cárie dentária é uma doença bucal infecciosa, transmissível, multifatorial mais comum e mais prevalente das doenças crônicas do homem moderno civilizado e que resulta de uma combinação de três fatores principais: hospedeiro e dentes susceptíveis, microorganismos do biofilme dental, principalmente *Streptococcus Mutans*, e substrato, tendo a sacarose o papel mais importante. Um quarto fator, o tempo, também é relevante, pois, mesmo em presença dos três outros fatores, o desenvolvimento da cárie dentária é um processo relativamente lento e pode levar até quatro anos para que seja observado clinicamente o rompimento da integridade do esmalte. Segundo os autores, a bactéria mais implicada no desenvolvimento das lesões de cárie pertence ao grupo dos *Streptococcus*, e as que mais se destacam neste grupo são as espécies *S. Mutans* e *S. Sobrinus*. O estabelecimento de bactérias na cavidade bucal de crianças somente ocorre quando os primeiros dentes decíduos irrompem ou quando crianças utilizam placas obturadoras de fendas palatinas. Conforme apontam os autores, a taxa de infecção por *S. Mutans* aumenta de acordo com a idade da criança e o número de dentes presente na cavidade bucal.

Chaves (1986) explica que a consistência da dieta tem sido considerada importante para a promoção da saúde bucal. Assim, o autor aborda que alimentos duros e fibrosos fornecem o estímulo funcional

necessário à manutenção do ligamento periodontal e osso alveolar. Entretanto, o autor relata que, embora a ingestão de alimentos duros e fibrosos tenha sido algumas vezes recomendada como forma de promover a limpeza natural dos dentes, possivelmente ela só é eficaz na redução dos depósitos mais grosseiros da placa situados em posições mais oclusais ou incisais. Depósitos de placa localizados no terço cervical dos dentes são pouco afetados por esse tipo de dieta.

Bonecker e Sheiham (2004) abordam que a saliva desempenha um papel importante como o sistema de defesa do hospedeiro contra a cárie, tendo em vista, que a mesma proporciona a lavagem dos restos alimentares da cavidade bucal e na limpeza dos dentes, bem como, no tamponamento dos ácidos produzidos pelo biofilme bacteriano. Logo, segundo os autores, a redução do fluxo salivar aumenta não só as suscetibilidades a lesão a carie, mas também, a erosão dentária.

Conforme Moura et al. (2001) os dentes podem apresentar diferentes graus de suscetibilidade a cárie, dependendo de vários fatores, sendo a idade dentária um deles. Logo, os autores explicam que referente a idade dentária, os dentes recém erupcionados, por apresentarem ainda esmalte imaturo, possuem maior suscetibilidade as lesões de cárie.

2.4 DOENÇA PERIODONTAL

Bonecker e Sheiham (2004) apontam outro tipo de doença causada pelo acúmulo do biofilme dental: a gengivite e a periodontite. Segundo os autores, essas doenças ocorrem devido ao acúmulo de placa microbiana na região cervical dos dentes e sua extensão apicalmente ao longo da superfície da raiz.

Massoni, Forte e Sampaio (2005) apresentam um estudo que demonstra que a saúde periodontal é inicialmente estabelecida em humanos através da limpeza e medida de higiene oral vigorosa, seguida pela abstinência de higiene oral por 21 dias. Segundo os autores, a transição para a gengivite é evidenciada por mudanças inflamatórias observadas nos tecidos gengivais. Os autores explicam que a microbiota inicial da gengivite é constituída de espécies gram-positivas como *S. sagüis*, *S. mitis*, e *S. oralis*; espécies gram-negativas como *P. intermédia* e *F. nucleatum*; bem como microorganismos facultativos e anaeróbios, e que a doença periodontal é um conjunto de condições inflamatórias que afeta o tecido periodontal levando, com o tempo, a perda dos tecidos de suporte dos dentes, sendo crônica e bacteriana. Os autores lecionam que o acúmulo de patógenos periodontais do sulco adjacente a margem gengival provoca inflamação no tecido conjuntivo e, em presença da placa bacteriana, ocorre a alteração inflamatória denominadas gengivites. Assim, quando o processo inflamatório se estende até as estruturas de suporte, tem-se a periodontite instalada que pode ou não progredir para as formas mais graves. Eles explicam que a placa bacteriana é

um dos fatores determinantes dessas patologias. A redução do seu acúmulo sobre as estruturas dentais e, conseqüentemente, a prevenção de seu efeito sobre o periodonto é uma das grandes dificuldades a serem enfrentadas na odontologia. Sangramento a sondagem é, também, um dos sinais mais comumente usados para avaliar a inflamação nos tecidos gengivais, auxiliando a observação do desenvolvimento de práticas para o auto cuidado.

Pereira et al. (2003) explicam que o principal meio de diagnóstico da presença da inflamação nos tecidos periodontais é verificar se há ocorrência de sangramento durante a sondagem. Os autores elucidam que os tecidos inflamados tendem ao sangramento quando é feita a introdução de uma sonda e, isso ocorre por conta da presença de microulcerações no epitélio que reveste a parede do tecido mole do sulco ou da bolsa periodontal.

Meneguim, Pereira e Silva (2002) explicam que os sinais clínicos da inflamação gengival, além do sangramento a sondagem, são: mudança de coloração da gengiva de rosa coral para vermelha, mudanças da consistência de firme para edematosa ou fibrótica, mudanças na textura da superfície da gengiva de casca laranja para lisa e mudanças do contorno gengival e da posição da gengiva. Porém, segundo os autores, apesar dos sinais clínicos da gengivite serem fáceis de identificar, não está clara quanta inflamação uma pessoa tem de ter para ser considerado um caso de gengivite. Ou seja, para os autores não existe um limiar que seja aceito universalmente para a quantidade e severidade da inflamação gengival que deve estar presente em um indivíduo.

Carranza (2004) aponta que diferentes índices de gengivite têm sido utilizados em estudos sobre a doença. Entre eles, menciona: o índice de sangramento gengival que detecta o sangramento, a sondagem clínica onde mostra o aparecimento de fluido hemorrágico quando da introdução da sonda milimetrada no interior do sulco gengival, fornecendo uma avaliação objetiva e facilmente reproduzível do estado da gengiva. Ainda, o autor explica que a ocorrência do sangramento reflete na existência de um processo inflamatório ativo na intimidade dos tecidos gengivoperiodontais. Ele é extremamente útil para detectar mudanças inflamatórias precoces e a presença de lesões inflamatórias localizadas na base da bolsa periodontal, uma área inacessível pelo exame visual. O autor aclara que a severidade do sangramento e a facilidade com que ele é provocado dependem da intensidade da inflamação.

Segundo Pinto (2000), o sangramento gengival é usado na prática clínica, no levantamento de grupos populacionais e nas provas clínicas de agentes antiplaca e antigengivite. Assim, o autor ensina que para a realização do índice, é utilizada a sonda OMS (Organização Mundial de Saúde) que possui uma esfera de 0,5 mm na ponta e marcações de 3,5, 8,5 e 11,5 mm e codificação colorida de 3,5 a 5,5 mm e deve ser passada 0,5 mm dentro do sulco gengival e após trinta segundos avaliar a presença do sangramento.

Para Pereira et al (2003) em termos de prever o sucesso no controle da inflamação e na redução das chances da doença progredir, o sangramento é o melhor indicador. O autor explica que o sangramento a sondagem não é a mensuração de saúde mais específica e sensível, no entanto, ele tem uma

correlação fortemente negativa com a progressão da doença. Logo, segundo o autor, se o sangramento está ausente em qualquer sítio na boca, refletindo um bom controle de placa e administração da doença, a chance de a doença periodontal progredir é improvável.

2.5 MÉTODOS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS BUCAIS

Carvalho e Loureiro (1997) apontam que o método mais conhecido e acessível à população para prevenir e controlar as doenças de cárie e periodontal e, conseqüentemente, manter a saúde bucal é a remoção do biofilme dental ou placa por meio de autocuidado, via escovação dentária. Kriger (2003) entende que a gengivite e o péssimo hábito de higiene oral podem estar relacionados a baixas condições sócias-econômicas. Para o autor, este fato pode ser atribuído à diminuição da prevenção diária e poucas visitas ao dentista, quando comparados com indivíduos de alta renda. Ainda, o autor leciona que a partir dos cinco anos e meio a criança pode ter os primeiros molares permanentes em processo de erupção. Assim, mesmo nessa fase inicial, segundo o autor, os pais devem ser orientados a proceder à escovação nestes dentes de forma rotineira, ainda que tal procedimento seja de difícil execução devido a localização dos molares na cavidade bucal, a

abertura da boca da criança ser limitada e, também, a presença do capuz gengival.

Segundo Saiani e Kanaan (2001), o uso diário da escova é freqüentemente confundido com limpar os dentes. Os autores explicam que ainda hoje a escovação é o único procedimento de higiene bucal realizado regularmente pela maioria dos indivíduos cuja meta é remover a maior quantidade possível de placa. Os autores esclarecem que o uso freqüente da escova não é sinônimo de limpeza e, por si só, não evita a perda dos dentes. Para os autores, mais importante que a freqüência é a qualidade da limpeza. Apesar disso, ainda é dado bastante ênfase para as técnicas de escovação e diferentes variações em torno da escova dental tradicional tem surgido no mercado.

Kruger (2003) demonstra em seu estudo que a escovação dentária em crianças de quatro a seis anos requer um tempo de cinco minutos, por conta da pouca concentração e da sua dispersibilidade. Segundo o autor, tempo inferior a cinco minutos foram considerados insuficientes para uma completa higienização e com pouco mais de cinco, oito e dez minutos foram considerados eficazes, porém, traumáticos aos tecidos gengivais. O autor aponta, ainda, que muitos pacientes se queixam que cada vez que eles mudam de dentista uma nova técnica de escovação é recomendada. Para o autor essa é uma realidade que os profissionais da área devem considerar, verificando que qualquer mudança de hábito requer grandes esforços e, por tal razão, deve ser instituída se realmente houver necessidade. Ou seja, é

mais fácil o paciente aperfeiçoar a escovação em determinados locais do que aprender uma nova técnica.

Pertinente a escovação, Saiani e Kanaan (2001) afirmam que o uso de cremes dentais fluoretados é parte essencial de um programa de controle bucal ao longo do prazo. Kriger (2003) afirma que a redução da cárie associada aos dentifrícios fluoretados tem sido extensivamente relatada na literatura. Segundo o autor, mais de cem estudos demonstram que a escovação com dentifrício fluoretado reduz a incidência de cárie.

Moura et al. (2001) apontam que alguns recursos permitem ao profissional facilitar a aprendizagem dos pacientes, tais como: a utilização de uma linguagem clara, simples e adequada à idade e ao nível cultural do paciente; macromodelos ou modelos de gesso em tamanho normal, cartazes, vídeos ou qualquer outro recurso que possa facilitar o entendimento do conteúdo; relacionar sempre, para o paciente que está num processo de mudanças de comportamento, o conteúdo novo com a sua realidade, explicando o que se pretende com a ação educativo por meio de exemplos e esclarecendo que os termos desconhecidos e a aprendizagem recebida deve ser posta em prática. Ainda, os autores explicam que, além disso, deve-se exercitar a técnica (higiene bucal supervisionada) e os conteúdos que a fundamentam, por meio de questões ou soluções.

Kriger (2003) informa que é preciso que o paciente se conscientize de sua real condição de saúde bucal, sendo esta atitude um fator importante para o processo de motivação. O autor explica que o diagnóstico preciso, feito

em conjunto com o paciente, de níveis de placa, gengivite, periodontite e cárie é pré-requisito essencial na determinação de suas necessidades bucais. Ainda, segundo o autor, o vocabulário utilizado, de acordo com a idade e o grau de instrução do paciente, pode evitar o desinteresse ou a incompreensão dos conceitos que se pretende transmitir. Aponta, ainda, que a participação dos pais na motivação das crianças é fundamental para que possam cobrar, lembrar e ajudar seus filhos nos procedimentos de autocuidado com a saúde bucal. Segundo o autor, a aprendizagem só se realiza a partir do desencadeamento de forças motivadoras.

Moura et al. (2001) explicam que outro método de motivação é o treinamento apropriado de habilidades e conhecimento de saúde bucal em professores escolares, observando que esses profissionais são formadores de opiniões. Ele relata que o dentista e sua equipe tem um importante papel a desempenhar na prevenção e na promoção da saúde bucal. Porém, os autores apontam que a prevenção de doenças bucais tem recebido pouca atenção em relação a recursos, pesquisa e ensino. Segundo os autores, a educação e os sistemas de pagamento, na maior parte do mundo, incluindo o Brasil, têm grande enfoque no tratamento dentário. Porém, os serviços baseados exclusivamente em tratamento não estão resolvendo com êxito os problemas de saúde bucal na população. Segundo os autores, atualmente, há um maior interesse na busca por meios alternativos para promover saúde bucal de forma eficaz. Logo, conforme apontam os autores, intervenções preventivas e tratamentos modernos precisam ser desenvolvidos com base

em conhecimento científico atual.

Bonecker e Sheiham (2004) abordam que a idéia de promover saúde nas escolas não é nova. Os autores descrevem que, desde 1990, as escolas são usadas como espaço de testes para intervenções em saúde pública. Segundo os autores, o ambiente escolar pode conduzir ao desenvolvimento de um estilo de vida saudável, contribuindo para a criação e manutenção da saúde de seus funcionários, alunos e comunidades. Os acadêmicos de odontologia nas universidades também têm um papel importante na promoção de saúde bucal. Os autores afirmam que existe uma necessidade implementar, avaliar e depois publicar achados de diferentes tipos de intervenções de promoção de saúde bucal. Os pesquisadores devem ser capazes de apoiar os clínicos na elaboração e na avaliação apropriada de intervenções. A publicação de diferentes abordagens na promoção de saúde bucal é essencial para guiar uma boa prática e inovação na área.

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar por meio de um estudo transversal as condições de vida e saúde bucal de 97 famílias, totalizando 460 indivíduos, residentes no Bairro Castanheiras de Porto Velho/RO, da creche Associação, Social e Filantrópica Solar da Paz.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estimar a prevalência de cárie dentária da população alvo e necessidades de tratamento;
- b) Estimar a prevalência de doença periodontal da população alvo e necessidade de tratamento;
- c) Associar a condição bucal e socioeconômica da população estudada;
- d) Avaliar as condições de vida, acesso ao atendimento odontológico e autopercepção em saúde bucal;

e) Elaborar um programa de saúde bucal com métodos preventivos e curativos para melhoria da saúde bucal das crianças da creche e seus respectivos familiares.

4 METODOLOGIA

4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo teve como característica a avaliação de estudantes e seus familiares da creche filantrópica Associação Social e Filantrópica Solar da Paz em uma comunidade em área de exclusão social, localizada no Bairro Castanheiras de Porto Velho/RO, conforme demonstra a Figura 1:

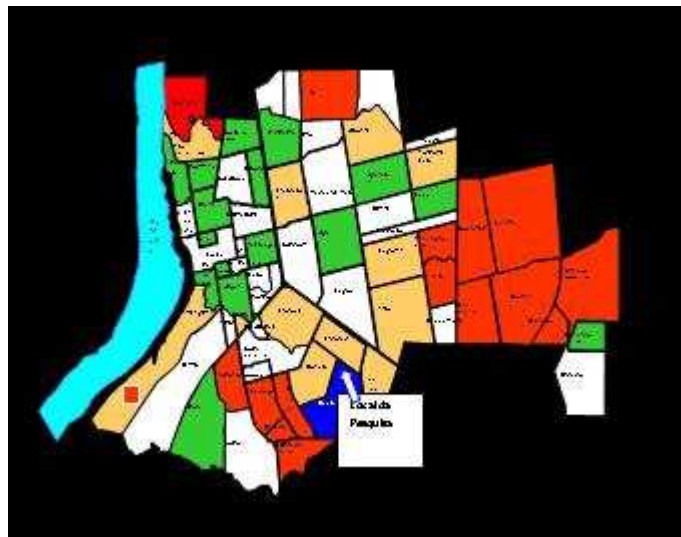


Figura 1 - Mapa de Porto Velho

- Bairros com alto índice de doenças endêmicas (malária, dengue, Hepatites virais, entre outras).
- Local da pesquisa - Bairro Periférico (não possui água de abastecimento público CAERD, sem saneamento básico e falta de coleta de lixo, ruas sem asfalto, não apresenta Posto de Saúde e nenhuma equipe do Programa de Saúde da Família atuando no Bairro).

A creche atende aproximadamente 180 crianças de quatro a seis anos de idade. Essa Associação se mantém por meio do apoio da Maçonaria da região, da prefeitura e de pessoas voluntárias como estudantes que prestam serviços voluntários a creche e as crianças.

4.1.1 Amostra da Pesquisa

A amostra foi constituída por 97 famílias, totalizando 460 pessoas de ambos os gêneros, dos estudantes da creche Solar da Paz. O motivo da escolha do local se deu em face de que a Faculdade São Lucas estava ali desenvolvendo um trabalho assistencial comunitário junto à creche. Assim, foi possível observar o nível de carência das crianças que estudam na Associação, bem como, de suas famílias.

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

A participação de todas as crianças matriculadas e suas famílias no programa para avaliação da saúde bucal, somente foi efetivada por meio do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Apêndice C, previamente enviado as famílias no início da pesquisa. Por conseguinte, ficaram excluídas as crianças que não retornaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelos responsáveis e famílias que se manifestaram contrárias à participação. Vale observar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade São Lucas, conforme carta pertinente ao Anexo C.

4.3 CONDIÇÕES DE VIDA

Para avaliação das condições de vida das famílias, foram realizadas visitas domiciliares. O cadastramento das famílias foi realizado por meio de dois formulários: Formulário para Cadastramento das Famílias (Apêndice A) e Formulário de Avaliação Sócio-Econômico (Apêndice B).

4.4 CALIBRAÇÃO

A calibração dos examinadores foi realizada através do Erro Padrão de Medida (EPM), verificando-se que em todas as possíveis

combinações dos examinadores com o padrão, foram obtidos valores dentro do limite de concordância aceitáveis de no mínimo 85% de concordância.

4.5 AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Para condição bucal das famílias, inicialmente foi preenchido um Formulário para avaliação do acesso e autopercepção em Saúde Bucal (Anexo A), utilizado pelo Saúde Bucal (SB) 2000. Esse formulário contém perguntas a serem respondidas pelo responsável por cada criança e seus respectivos familiares, que abordam questões pertinentes ao acesso a serviços odontológicos e a autopercepção em saúde bucal.

Para o levantamento epidemiológico, foram realizados exames clínicos intrabucais, sob luz natural, no pátio da creche ou nas residências das famílias, sendo preenchido o Formulário para Avaliar as Condições de Saúde Bucal (Anexo B). Os exames foram realizados com o auxílio da sonda periodontal OMS e espelho bucal. Ao ser constatado, por meio dos exames que as famílias estavam precisando de tratamento odontológico, as mesmas foram encaminhadas para atendimento na Clínica Odontológica da Faculdade São Lucas na disciplina de Saúde Coletiva IV, no 6º Período do curso de Odontologia, onde foram realizados procedimentos de adequação do meio bucal bem como remoção de focos de infecção.

4.6 DOENÇA CÁRIE

Para avaliar cárie dentária foi utilizado o Índice de CPO-D (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados); para a dentição permanente em números foi utilizado o CEO (Índice de dentes cariados, extração indicada e obturados); em dentição decídua com letras (entre parênteses) preconizadas pela OMS. Os códigos utilizados foram os seguintes:

0 (A): Coroa Hígida. Não há evidência de cárie estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Raiz Hígida: A raiz está exposta e não há evidência de cárie ou restaurações (raízes não expostas são codificadas como “8”);

1 (B): Coroa Cariada, sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base da descoloração do esmalte. Na dúvida, considerar dente hígido. Raiz Cariada;

2 (C): Coroa Restaurada, mas cariada, raiz restaurada, mas cariada;

3 (D): Coroa Restaurada mas sem cárie, raiz restaurada mas sem cárie;

4 (E): Dente Perdido devido à cárie;

5 (F): Dente Perdido por outra razão;

6 (G): Selante;

7 (H): Apoio de ponte ou Coroa;

8 (K): Coroa não Erupcionada;

T (T): Trauma Dental;

9 (L): Dente Excluído.

DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES	CONDIÇÃO/ ESTADO
Coroa	Coroa	Raiz
A	0	0
B	1	1
C	2	2
D	3	3
E	4	—
F	5	—
G	6	-
H	7	7
K	8	8
T	T	T
L	9	9

Quadros 1 - Índices de dentes cariados, perdidos e obturados para dentição decídua e permanentes, (CPOD e CEO)

Código	Tratamento
1	Restauração de uma superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Tratamento Pulpar e Restaurações
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

Quadro 2 - Necessidade de Tratamento

4.7 DOENÇA PERIODONTAL

4.7.1 Índice de Sangramento Gengival (ISG)

O ISG foi realizado em crianças de quatro a seis anos com espelho bucal e sonda periodontal OMS, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitiram identificar distâncias de 8,5 mm e 11,5 mm da ponta do instrumento (Figura 3) que foi introduzida cerca de 0,5 mm dentro do sulco gengival, nos seguintes dentes índices: 55, 51, 65, 75, 71, 85, sem aplicação de força, em todos os terços das faces vestibular e lingual ou palatina e, após trinta segundos, com o auxílio do espelho bucal foi observada se na região gengival ocorreu sangramento. A porcentagem de número de superfícies sangrantes foi então calculada para proporcionar o escore do paciente. Quando observado após o exame qualquer sinal de sangramento em três ou mais coroas, foi indicada a presença de sangramento (código um). Se durante o exame não foi observado este sinal, foi registrada ausência de sangramento (código 2). Preenchendo-se a casela com o código 9 para as situações onde o exame não tivesse sido realizado.

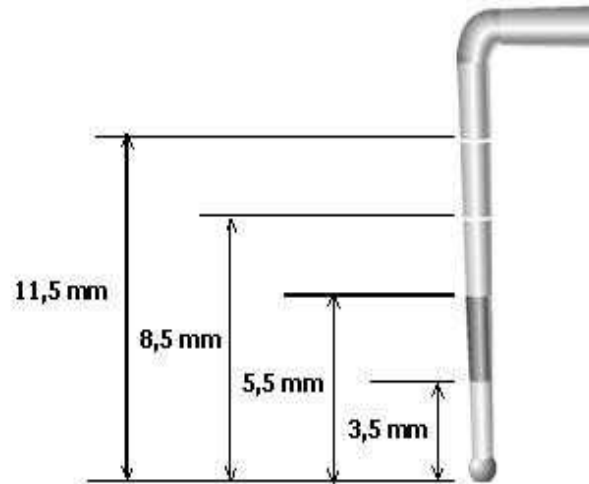


Figura 2 - Sonda CPI e as marcações com as distâncias, em milímetros

4.7.2 Índice Periodontal Comunitário (CPI)

A boca foi dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (por exemplo, comprometimento de furca, mobilidade etc.), foi pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante foi cancelado (quando há, por exemplo, um único dente presente). Referente aos dentes-Índices foram avaliados os seguintes para cada sextante: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47 (se nenhum deles estivesse presente, examinavam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares). Quanto ao exame, pelo menos seis pontos foram examinados em cada um dos dez dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões *mesial*, *média* e distal. Os códigos anotados

encontram-se demonstrados no Quadro 3.

Código	ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO
0	Sextante Hígido
1	Sextante com Sangramento
2	Cálculo em qualquer quantidade mas com toda a área preta da sonda visível
3	Bolsa de 4 a 5 mm margem gengival na área preta da sonda
4	Bolsa de 6 mm ou mais área preta da sonda não está visível
x	Sextante Excluído menos de 2 dentes presentes
9	Sextante Não Examinado

Quadro 3 - Índice Periodontal Comunitário

4.7.3 Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP)

Códigos - São os seguintes os códigos utilizados no PIP: 0 - perda de inserção entre 0 e 3 mm (JCE não visível e CPI entre 0 e 3 mm). Ou seja: se o CPI for igual a 4, não há possibilidade de o PIP ser 0 (zero). Se a JCE não está visível e o CPI é 4, ou se a JCE está visível, então: 1 - perda de inserção entre 4 mm e 5 mm (JCE visível na área preta da sonda CPI); 2 - perda de inserção entre 6 mm e 8 mm (JCE visível entre *limite superior* da área preta da sonda CPI e a *marca* de 8,5 mm); 3 - perda de inserção entre 9 mm e 11 mm (JCE visível

entre as marcas de 8,8mm e 11,5 mm); 4 - perda de inserção de 12 mm ou mais (JCE visível *além da marca* de 11,5 mm); X - sextante excluído (menos de dois dentes presentes); 9 - sem informação (JCE nem visível nem detectável), conforme demonstrado no Quadro 4.

Código	ÍNDICE DE PERDA DE INCERÇÃO PERIODONTAL
0	Perda de Inserção entre 0 e 3 mm
1	Perda de Inserção entre 4 e 5 mm
2	Perda de Inserção entre 6 e 8 mm
3	Perda de Inserção entre 9 e 11 mm
4	Perda de Inserção de 12 mm ou mais
x	Sextante Excluído
9	Sextante Não Examinado

Quadro 04 - Índice de Perda de Inserção Periodontal

4.8 PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

Após essa avaliação, foi realizado durante seis meses um programa preventivo e um curativo de saúde bucal.

4.8.1 Programa Preventivo

Foram distribuídos kits de higiene bucal contendo uma escova de dente e uma pasta dental para as crianças e os membros de sua família. Este programa foi composto de: instrução de higiene oral através de escovação direta com profissional da saúde individualizada e palestras educativas para crianças, pais e professores através de teatros, folder, filmes e histórias. Os meios utilizados para promoção de saúde e educação foram: histórias enfocando higienização, flúor, trauma, alimentação e saúde, de curta duração e linguagem adequada; estímulo à realização do auto cuidado com a boca; escovação supervisionada; demonstração de carinho durante a higienização, valorizando o bom desempenho nas tarefas atribuídas; uso de evidenciador de placa; propor regras de dieta; procurando transmitir todos os ensinamentos de forma prazerosa e interagir com a criança; uso de música, o teatro de fantoches, cartazes, brincadeiras e macromodelos. Os professores foram instruídos a incentivar a escovação diária nas crianças, antes de qualquer procedimento. Para higienização do espaço interproximal foi utilizado fio dental Sanifill, seguido das instruções pertinentes quanto a correta utilização do fio.

4.8.2 Programa Curativo em Saúde Bucal

O Programa Curativo em Saúde Bucal foi desenvolvido através de consultas para diagnóstico e consultas de emergência; profilaxia, orientação em higiene bucal, controle de placa bacteriana, aplicação de flúor e aplicação de selante, raspagem sub e supra gengival, restaurações simples, exodontia de decíduo e permanente.

4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

No tratamento dos dados foi usado o Microsoft Excel, as amostras foram tabuladas, classificadas e analisadas. Os resultados foram demonstrados em gráficos (pizza) para melhor visualizar as relações percentuais em cada parâmetro e em quadros para uma leitura mais ampla.

Todavia, não foi usado nenhum teste de hipótese ou outro recurso sofisticado de estatística. Os dados recebem apenas um tratamento descritivo.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

5.1.1 Avaliação socioeconômica

Foram avaliadas 97 famílias, totalizando cerca de 460 indivíduos, uma média de 4,75 pessoas por família. Essa população caracteriza-se por não receber abastecimento público de água, tratamento público de água, serviços de coleta de lixo por parte da Prefeitura Municipal de Porto Velho/RO e, ainda, por residirem em uma área desprovida de saneamento básico.

Consecutivamente, após a avaliação das famílias, foi possível verificar os resultados que seguem transcritos.

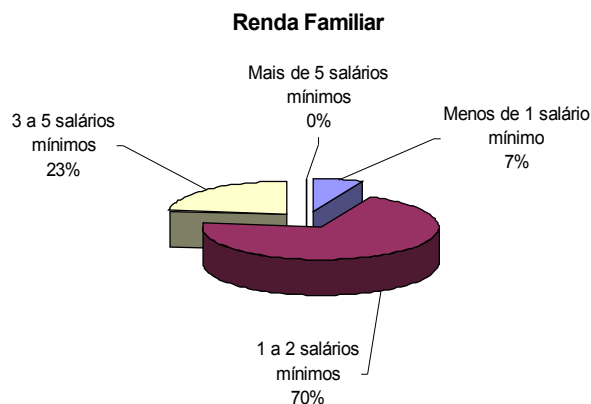


Figura 3 - Renda Familiar

Pertinente a renda familiar, a Figura 3 demonstra que 70% das famílias avaliadas ganham entre um a dois salários mínimos, 7% possuem uma renda familiar de menos de um salário mínimo, 23% das famílias estudadas recebem de três a cinco salários mínimos e nenhuma família recebe mais de cinco salários mínimos.

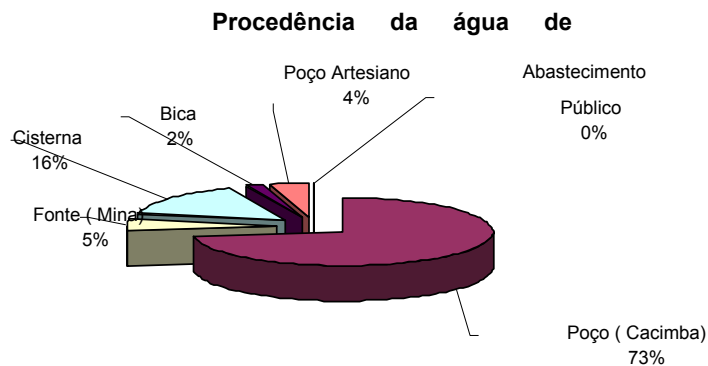


Figura 4 - Procedência da água de consumo

É possível averiguar na Figura 4 que 73% das famílias consomem água proveniente de poço ou cacimba, 4% consomem água proveniente de poço artesiano, 2% consomem água proveniente de bica, 16% de cisterna e 5% de fonte (mina). Verificou-se, ainda, que nenhuma das famílias avaliadas recebem

abastecimento público de água.

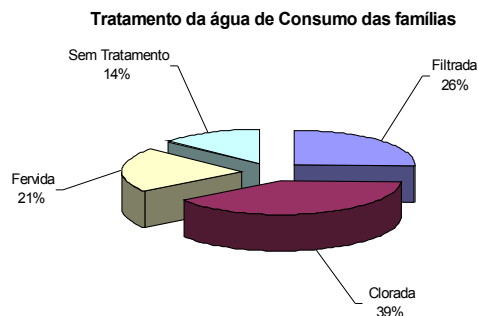


Figura 5 - Tipo de tratamento da água de consumo das famílias

A Figura 5 demonstra que 14% das famílias avaliadas consomem água sem tratamento, 21% consomem água fervida, 26% consomem água filtrada e 39% consomem água clorada.



Figura 6 - Destino do lixo utilizado

Por não receberem o serviço de coleta de lixo por parte da Prefeitura do município de Porto Velho/RO, verifica-se na figura 6 que 82% das famílias estudadas queimam o lixo, 7% jogam o lixo no igarapé e outros 7% enterram o lixo. Apenas 2% enterram o lixo e outros 2% dão outro destino ao lixo.

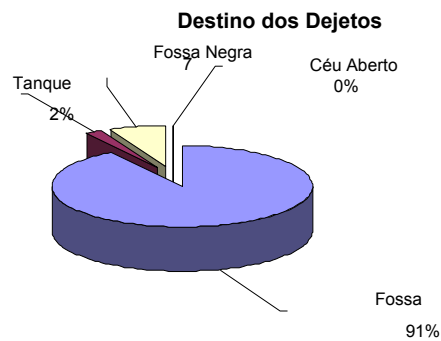


Figura 7 - Destino dos dejetos

Quanto ao destino dos dejetos, percebe-se que a Figura 7 demonstra que 91% das famílias fazem uso de suas fossas sépticas, 7% utilizam a fossa negra e 2% o tanque séptico. Nenhuma família destina seus dejetos em céu aberto.

5.2 AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Para a viabilidade da avaliação, as famílias foram divididas em três grupos, de acordo com o número de indivíduos. O Grupo 1 foi constituído por famílias de até quatro indivíduos, o Grupo 2 foi constituído com famílias de cinco a seis indivíduos e o Grupo 3 com famílias acima de seis indivíduos.

5.2.1 Acesso aos Serviços Odontológicos

A verificação do acesso aos serviços odontológico pôde ser realizada a partir da distribuição dos Grupos por gênero e idade, conforme demonstra a Tabela 01 e, diante disso, foi possível quantificar os indivíduos que procuraram por algum tipo de atendimento odontológico e o respectivo motivo da procura, conforme demonstra a Tabela 2. Também, ainda com base nas divisões dos três Grupos, quantificou-se os indivíduos que receberam ou não algum tipo de informações sobre como evitar os problemas bucais, demonstrado na Tabela 3 e os indivíduos que consideram que necessitam de algum tipo de tratamento odontológico conforme demonstra a Tabela 4. Outros dados estatísticos também foram levantados, através dos quais foi possível demonstrar a qualidade do atendimento odontológico, observados na Tabela 5.

Tabela 1 - Distribuição de Grupos por número de indivíduos de cada família, gênero e idade.

GRUPO	NÚMERO	%	Feminino	Masculino	Menor 14 anos de idade	(Maiores 14 anos)
1	180	39,13%	57,25%	42,75	108	72
2	235	51,11%	55,4%	44,6%	140	95
3	45	9,78%	53,5%	46,5%	27	18
TOTAL	460	100%			275	185

Tabela 2 - Identificação de indivíduos que procuraram por algum tipo de atendimento odontológico e o motivo da procura

PORQUE?	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	%	N	%	N	%	N
NUNCA FUI	32,77	59	34,04	80	44,44	20
PESSIMO	27,22	27	22,97	54	40	18
RUIM	12,77	23	2,12	5	0	0
REGULAR	20	36	27,65	65	15,55	7
BOM	7,22	13	6,8	16	0	0
OTIMO	0	0	13,61	32	0	0
TOTAL	100	180	100	235	100	45

Tabela 3 - Indivíduos que receberam algum tipo de informações de como evitar problemas bucais

RECEBEU INFORMAÇÕES SOBRE COMO EVITAR PROBLEMAS BUCAIS	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	%	N	%	N	%	N
NÃO	42.77	77	53.33	96	57.77	26
SIM	57.22	103	77.22	139	42.22	19
TOTAL	100	180	100	235	100	45

Tabela 4 - Indivíduos que consideram necessitar de algum tipo de tratamento odontológico

CONSIDERA QUE NECESSITA DE TRATAMENTO ATUALMENTE	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	%	N	%	N	%	N
NÃO	24.44	44	22.12	52	17.77	8
SIM	75.55	136	77.8	183	82.22	37
TOTAL	100	180	100	235	100	45

Tabela 5 - Indivíduos que avaliaram o atendimento dos Cirurgiões Dentistas

COMO AVALIOU O ATENDIMENTO?	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	%	N	%	N	%	N
NUNCA FUI	32.77	59	34.04	80	44.44	20
PESSIMO	35	63	37.02	87	28.88	13
RUIM	15	27	9.78	23	15.55	7
REGULAR	11.66	21	8.5	20	2.22	1
BOM	5.55	10	5.9	14	6.66	3
OTIMO	0	0	4.6	11	2.22	1
TOTAL	100	180	100	235	100	45

5.2.2 Autopercepção em Saúde Bucal

Na autopercepção da Saúde Bucal, foram levantados dados estatísticos que demonstraram como os indivíduos de cada Grupo classificam sua saúde bucal, conforme pode ser verificado na Tabela 6, como eles classificam a aparência de seus dentes e gengivas, demonstrados na Tabela 7 e como eles classificam sua mastigação, demonstrados na Tabela 8.

Tabela 6 - Classificação da Saúde Bucal

COMO CLASSIFICARIA SUA SAÚDE BUCAL?	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	%	N	%	N	%	N
NÃO SABE	32.77	59	17.02	40	24.44	11
PÉSSIMO	27.22	49	23.82	56	26.66	12
RUIM	20	36	20.85	49	24.44	11
REGULAR	13.33	24	17.02	40	13.33	6
BOM	6.66	12	12.76	30	8.88	4
ÓTIMO	0	0	8.08	19	2.22	1
TOTAL	100	180	100	235	100	45

Tabela 7- Classificação da aparência dos dentes e gengivas

COMO CLASSIFICARIA A APARÊNCIA DE SEU DENTES E GENGIVAS?	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	%	N	%	N	%	N
NÃO SABE	22.22	40	25.1	59	24.44	11
PÉSSIMO	33.33	60	29.78	70	26.66	12
RUIM	20	36	21.7	51	17.77	8
REGULAR	12.77	23	14.04	33	15.55	7
BOM	6.66	12	5.53	13	8.88	4
ÓTIMO	5	9	3.82	9	6.66	3
TOTAL	100	180	100	235	100	45

Tabela 8 - Classificaria da mastigação

COMO CLASSIFICARIA SUA MASTIGAÇÃO?	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	%	N	%	N	%	N
NÃO SABE	22.22	40	25.1	59	24.44	11
PÉSSIMO	22.22	40	19.14	45	20	9
RUIM	25	45	25.95	61	22.22	10
REGULAR	12.77	23	13.61	32	15.55	7
BOM	15	27	12.76	30	2.55	6
ÓTIMO	2.77	5	2.97	7	4.44	2
TOTAL	100	180	100	235	100	45

5.2.3 Avaliação Saúde Bucal- CPOD e ceo e Parâmetros Periodontais (ISG, CPI, PIP)

Para avaliação da saúde bucal a amostra foi dividida em cinco grupos de acordo com a idade: Grupo A, de zero a 36 meses; Grupo B, de quatro a seis anos; Grupo C, de 11 a 13 anos; Grupo D, de 15 a 19 anos; Grupo E, de 35 a 44 anos e Grupo F, de 65 a 74 anos.

Os dados estatísticos levantados pertinentes a cada Grupo demonstraram a idade média e o desvio padrão, observados na Tabela 9; Os Parâmetros Periodontais encontram-se demonstrados nas Tabelas 10 e 11,

onde: as médias dos sextantes avaliados dos Grupos C, D, E e F para o Índice Periodontal Comunitário (CPI) estão demonstradas na Tabela 10 e as médias dos sextantes avaliados dos Grupos C, D, E e F, para o Índice Perda de Inserção Periodontal (PIP), estão demonstradas na Tabela 11.

Tabela 9 - Avaliação dos Grupos de acordo com porcentagem, média de idade e desvio padrão e ceo/CPOD

	Idade	N	%	Idade Média desv.pad	ceo CPOD
Grupo A	0 a 36 meses	19	4,13	2,46 ± 0,766	1,33
Grupo B	4 a 6 anos	109	23,69	5,29 ± 0,74	5,21
Grupo C	11 a 13 anos	54	11,73	12,32 ± 0,68	6,61
Grupo D	15 a 19 anos	44	9,56	16,82 ± 1,30	9,75
Grupo E	35 a 44 anos	71	15,43	39 ± 3,48	21,63
Grupo F	65 a 74 anos	22	4,78	56,5 ± 6,688	27,71
Total		319	69,35		

Tabela 10 - Média dos sextantes avaliados dos Grupos C, D, E e F, para o Índice Periodontal Comunitário

CPI	11 a 13 anos		15 a 19 anos		35 a 44 anos		65 a 74 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-Hígido	184	56.79	87	27.18	115	26.99	0	0
1-Sangramento	97	29.93	71	15.03	64	15.02	0	0
2-Cálculo	39	12.03	63	12.91	55	12.91	13	6.56
3-Bolsa de 4 a 5 mm	0	0	37	7.76	33	7.74	13	6.56
4-Bolsa de 6 ou mais	0	0	0	0	9	2.11	13	6.56
X- Excluídos	4	1.23	6	2.27	158	37.08	157	79.29
TOTAL	324	100	264	100	426	100	198	100

Tabela 11 - Média dos Sextantes avaliados dos Grupos C, D, E e F, para o Índice Perda de Inserção Periodontal

PIP	15 a 19 anos		35 a 44 anos		65 a 74 anos	
	N	%	N	%	N	%
0- 0 a 3 mm	250	94.69	163	38.26	21	10.6
1- Bolsa de 4 a 5 mm	8	3.03	8	3.03	0	0
2- Bolsa de 6 a 8 mm	0	0	42	9.85	12	6.06
3- Bolsa de 9 a 11 mm	0	0	55	12.9	8	4.04
4- Bolsa de 12 mm ou mais	0	0	0	0	0	0
X- Excluídos	5	1.89	158	37.08	157	79.29
TOTAL	264	100	426	100	198	100

Pertinente ao Grupo A (zero a 36 meses) com ceo-d de 1,33, foi possível

constatar os seguintes resultados:

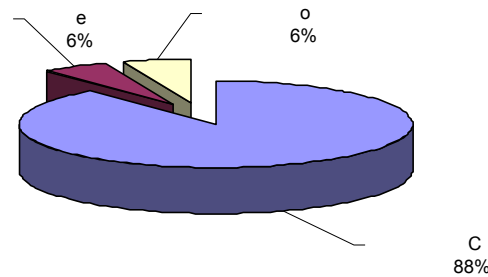


Figura 8 - Indivíduos com faixa etária de zero a 36 meses

Observa-se na Figura 8 que o Índice de ceo em bebês de zero a 36 meses apresentou 1,33, sendo que 88% apresentaram cárie e 6% extraídos.

Quanto ao Grupo B (quatro a seis anos), para o índice de sangramento gengival, foi possível averiguar os seguintes resultados:

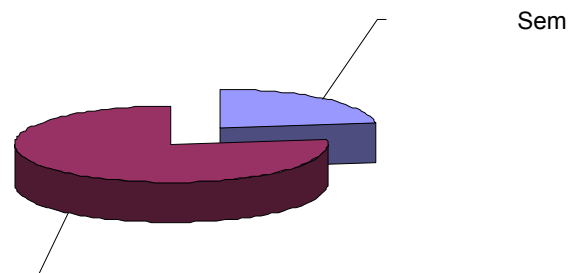


Figura 9 – Índice de Sangramento

Ao analisar a Figura 9 observa-se que 63% das crianças de quatro a

seis anos já apresentaram tecido periodontal patologicamente alterado pelo biofilme dental.

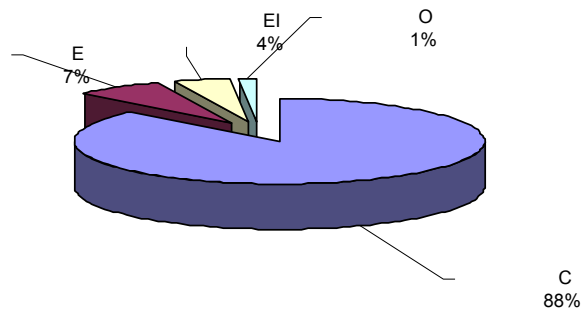


Figura 10– Índice de ceo e DPOD na faixa etária de quatro a seis anos

Observa-se na Figura 10 que os índices ceo e CPOD na faixa etária de quatro a seis anos foi de 5, 21, ou seja, muito acima do preconizado pela OMS (< 3) para esta faixa etária. Onze por cento dos elementos dentais haviam sido extraídos ou tinham indicação de exodontia.

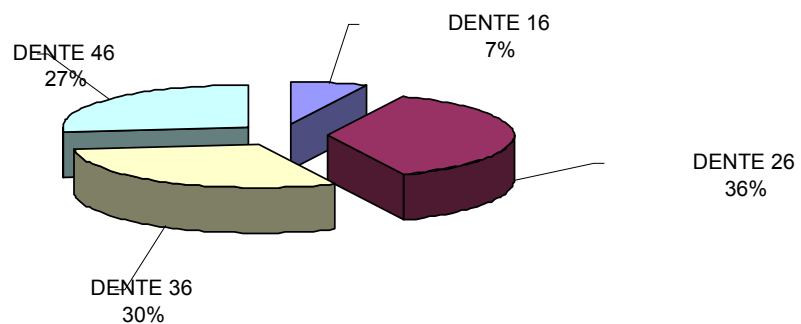


Figura 11 - Total de dentes perdidos entre os primeiros molares permanente

Observa-se na Figura 11 que os Primeiros Molares Permanentes

Perdidos na faixa etária de zero a seis anos foi maior do elemento 36 (36%), seguido do 46, 26 e 16.

Na análise do Grupo C (11 a 13 anos) verificou-se os seguintes resultados:

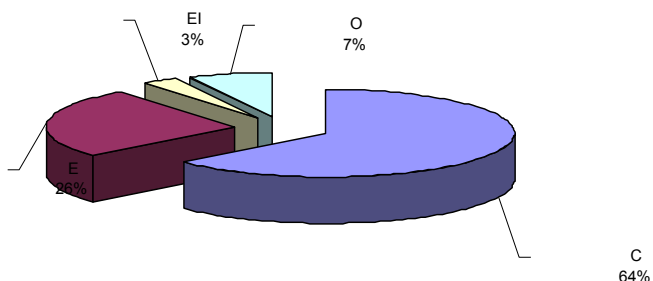


Figura 12 - Índice de CPOD (11 a 13 anos)

Observa-se na Figura 12, que o grupo C apresentou um alto índice de CPOD de 6,61, sendo que 64% estavam cariados e apenas 7% obturados.

Pertinente ao Grupo D (15 a 19 anos) verificou-se os seguintes resultados:

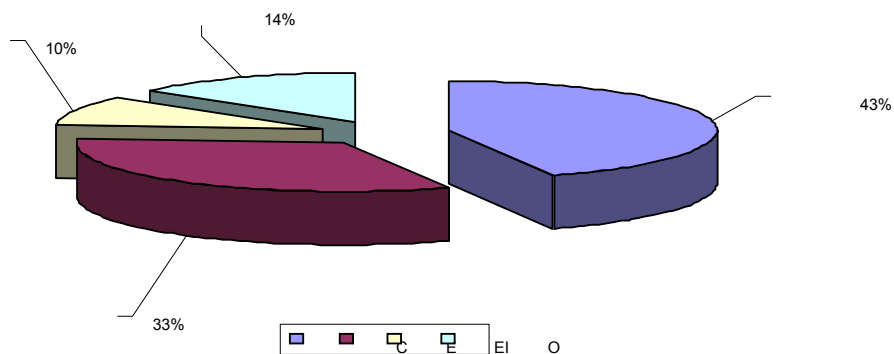


Figura 13 – Índice de CPOD (15 a 19 anos)

A Figura 13 demonstra um índice de CPOD 9,75, considerado alto na

faixa etária de 15 a 19 anos onde 33% dos dentes foram extraídos por cárie, 43% cariados e apenas 14% dos dentes foram obturados. Logo, observa-se que o principal problema em crianças e adolescentes são cáries não tratadas.

Pertinente ao Grupo E (35 a 44 anos) obteve-se os seguintes resultados:

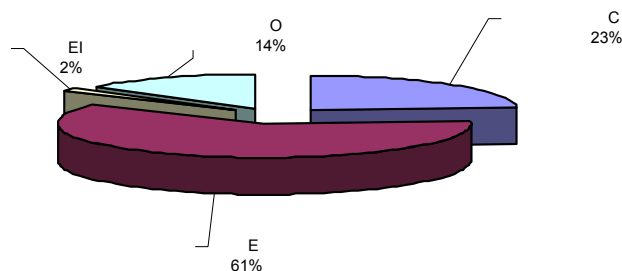


Figura 14 - Índice de CPOD (35 a 44 anos)

Os resultados demonstrados pela Figura 14, com CPOD de 21,83 refletem que o componente extraído de 61% e cariados de 23%, que aumenta com a idade.

Quanto ao Grupo F (65 a 74 anos) observou-se os seguintes resultados:

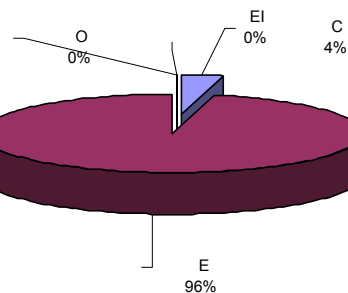


Figura 15 – Índice de CPOD (65 a 74 anos)

A Figura 15 deixou claro que nos idosos apresentaram mutilação

dentária sendo que 96% dos dentes foram extraídos, com CPOD de 27,71.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como características a avaliação das condições socioeconômicas, o acesso e a autopercepção em saúde bucal, as ocorrências de cárie dentária e doença periodontal de uma comunidade carente, localizada em uma área de exclusão social na zona urbana de Porto Velho. A escolha do local se deu em face de que a creche encontra-se situada em um bairro desprovido de condições mínimas de assistência a saúde pública. Também, verificou-se que a região encontra-se desprovida de saneamento básico, posto de saúde, coleta de lixo. Não há atuação de equipe de saúde da família e, também, não há fluoretação de água na capital sendo um fator limitante ao acesso aos serviços odontológicos de forma igualitária.

Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde no SB 2000, de uma forma geral, a região norte e nordeste apresentam necessidades maiores de dentes que precisam de restaurações, tratamentos pulpares e exodontias. A proporção de dentes decíduos cariados foi sensivelmente maior nas regiões Norte e Nordeste quando comparadas com as regiões Sul e Sudeste. Com relação à saúde periodontal, a região Norte apresentou o pior resultado. O índice periodontal comunitário, na faixa etária de 66 a 74 anos, foi considerado a pior condição dentre as macrorregiões, possuindo junto com a

região Nordeste a maior necessidade de algum tipo de prótese dentária, em consequência de ser a pior região com acesso da população aos serviços odontológicos, isto sem contar os milhões de brasileiros, 2,5 milhões de adolescentes no Brasil que nunca tiveram acesso a qualquer tipo de atendimento odontológico.

De acordo com Teixeira e Fonseca (2002), a renda mensal da maioria das famílias em Porto Velho é de até dois salários mínimos. O presente estudo demonstrou que 70% das famílias avaliadas ganham entre menos de um a dois salários mínimos. Verificou-se, ainda que, nenhuma família recebe um salário superior a cinco salários mínimos. Logo, este fator pode ser considerado como um fator determinante da população ao acesso aos serviços odontológicos, tendo em vista que, 30% dos indivíduos nunca tiveram acesso a qualquer tipo de atendimento odontológico.

Pereira et al. (2003) afirmam que a exclusão no acesso a assistência em odontologia no país é dramática. Segundo o autor, dados do PNAD-IBGE, referentes ao ano de 1998, estimam em 29,6 milhões o número de brasileiros que nunca consultaram um dentista. O autor explica que esse valor equivale a 18,7% da população a percentagem dos que nunca foram ao dentista é nove vezes superior para as pessoas com renda de até um salário mínimo em relação as que recebem mais de vinte salários mínimos.

Para Bonecker e Sheiham (2004) o moderno movimento de promoção de saúde emergiu da necessidade de uma mudança fundamental na estratégia para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades. Os autores

relatam que a produção de novos conhecimentos científicos sobre problemas de saúde bucal e o resultado das respostas enfrentadas por esses problemas estão sendo analisados pela epidemiologia, uma área não específica e crescente a cada dia.

Pereira et al. (2003) explicam que a saúde coletiva tem sido campo de práticas (sanitárias, sociais ou de investigação) que incorpora os sujeitos, os movimentos sociais, os serviços de saúde e os submete a crítica transformadora.

O estudo desenvolvido neste trabalho demonstra que 70% dos indivíduos avaliados consideraram necessitar de algum tipo de tratamento odontológico. Conforme os dados obtidos, verificou-se que mais de 40% da população estudada, quando foi ao dentista, nunca havia recebido qualquer tipo de informações de como prevenir problemas bucais. Também constatou-se que 50% dessa população avaliaram o atendimento prestado pelos profissionais da rede pública como péssimo e ruim. A maior procura pelo atendimento foi pela dor em 27,22% seguindo de cavidade nos dentes 27,65%.

Massoni, Forte e Sampaio (2005) realizaram um estudo sobre a percepção de pais e responsáveis de crianças na Clínica de Odontologia da Universidade da Paraíba sobre a promoção de saúde bucal em 78 indivíduos de ambos os gêneros. Assim, por conta do estudo desenvolvido pelos autores, foi concluído que a população estudada ainda percebe a odontologia como uma prática mutiladora e distante das ações de promoção de saúde,

reflexo das condições de saúde bucal identificada e das orientações inadequadamente recebidas.

Em relação à autopercepção, este estudo revelou que em saúde bucal mais de 40% dos indivíduos avaliaram sua saúde bucal como péssima e ruim. Quanto à aparência de seus dentes e gengivas, mais de 50% dos indivíduos avaliaram como péssima e ruim. Os estudos demonstraram, ainda, que mais de 40% dos indivíduos consideraram sua mastigação péssima e ruim

Em relação ao sexo, os resultados deste estudo demonstraram que do total de 460 indivíduos avaliados houve uma maior predominância do sexo feminino (Grupo 1- 57,25%), (Grupo 2-55,4%), e (Grupo 3 – 53,5%).

Ao avaliar as crianças do Grupo A, o presente estudo demonstrou que o índice ceo de 1,33, sendo que 88% apresentaram cárie e 6% extraídos, sendo um resultado negativo quando comparados com as metas da OMS que preconiza que nesta faixa etária as crianças sejam livres de cárie.

Pertinente ao Grupo B, este estudo apresentou ceo e CPOD de 5,21, muito acima do preconizado pela OMS (< 3) para esta faixa etária. Logo, 11% dos elementos dentais haviam sido extraídos ou tinham indicação de exodontia. Deve-se considerar, também, que o índice de cárie é aproximadamente 50% maior em municípios onde não existem fluoretação das águas de abastecimento público.

Observa-se, ainda, que os primeiros molares permanentes perdidos na faixa etária de zero a seis anos foram maiores do elemento 36 (36%), seguido dos elementos 46, 26 e 16.

De acordo com o a condição periodontal, o índice de sangramento, 63% das crianças na faixa etária de quatro a seis anos que foram avaliadas, já apresentaram tecido periodontal patologicamente alterado pelo biofilme dental.

No Grupo C, os resultados apresentaram CPOD 6, 61, com relação ao CPI. Observa-se, que 43,21% dos indivíduos na faixa etária de 11 a 13 anos já apresentaram algum tipo de alteração nos tecidos periodontais.

Comprovando a eficácia do Programa de Saúde da Família, quando bem elaborado e executado, duas grandes pesquisas realizadas apresentaram resultados positivos em saúde bucal, nos municípios de Campinas e na cidade de Porto Alegre (SILVA; MALTZ, 2001). As autoras realizaram um estudo em mil escolas da rede pública e particular de ensino, da cidade de Porto Alegre/RS, entre 1998 a 1999. Neste estudo, foram avaliadas crianças de 12 anos, com o objetivo de verificar e estudar a prevalência de cárie e gengivite. Os resultados demonstraram que houve baixa incidência de cárie em 14,4% da amostra. A mesma polaridade foi encontrada em relação ao sangramento gengival. Segundo o estudo apresentado, o CPOD da cidade de Porto Alegre é comparável aos países desenvolvidos provavelmente em decorrência do uso intensivo de flúor, em vista de que a cidade apresenta fluoretação das águas de Abastecimento desde 1975 e, a partir dos anos 80, a maioria do dentifrício, inclusive os com preços mais acessíveis, passaram a ser fluoretados. Acredita-se que esta medida provocou impacto populacional, na baixa incidência de cárie.

Cardoso et al. (2004) realizaram um estudo epidemiológico sobre as condições de saúde bucal, no qual discutiram a prevalência de doença cárie, e doença periodontal na cidade de Campinas/SP, durante o Projeto SB Brasil, com 460 crianças de cinco a 12 anos. No estudo, observou-se que as crianças apresentaram 1,34 dentes cariados aos 12 anos, atingindo as metas da OMS.

O estudo realizado pelos autores preconiza CPOD menor ou igual a 3,0, apresentando junto com a região Sudeste os menores índices do país, além de estarem próximos aos encontrados em muitos países da Europa. Com relação aos demais índices, Campinas/SP apresentou os melhores indicadores que os verificados na média nacional. Vale destacar que em 2001, foi implantado em Campinas/SP o projeto piloto para adequar o programa de saúde da Família, a uma cidade com características Metropolitanas e com uma rede de assistência a saúde muito mais complexa que a grande maioria do local onde o PSF está instalado. O programa inclui o cirurgião-dentista em equipes multidisciplinares garantindo atendimento a 70% da população na atenção primária, com procedimentos preventivos, educativos e curativos. Sobretudo, o município apresenta fluoretação das águas de abastecimento público, bem diferente da realidade encontrada na região Amazônica, onde, junto com maioria dos municípios brasileiros, encontra dificuldade na organização das ações em Saúde bucal, principalmente em relação aos princípios do SUS, no que se refere à universalização e a equidade do atendimento.

Pertinente ao grupo D, o presente estudo demonstrou CPOD 9,76, sendo que 33% foram dentes excluídos e apenas 10% de obturados. Com relação à Condição periodontal no CPI foi de 72,82% já apresentaram algum tipo de alteração nos tecidos periodontais, e apenas 27,18% apresentaram o periodonto sadio. Observa-se que apenas 2,27% dos sextantes avaliados apresentaram Perda de Inserção Periodontal no PIP.

O grupo E apresentou CPOD de 21,63, sendo que 61% foram dentes excluídos e apenas 14% dos dentes foram obturados, ou seja, neste estudo a população teve pouco acesso aos serviços odontológicos. Com relação à condição periodontal no CPI quase 37,08% de sextantes foram excluídos e no PIP 73% dos sextantes apresentaram algum tipo de Perda de Inserção Periodontal, considerando que apenas 26,99% dos sextantes não apresentaram perda e 37,08% dos sextantes foram excluídos da amostra devido à perda dentária.

Ferreira et al. (2004) relatam que os programas educativos em saúde bucal têm sido voltados para grupos específicos, como crianças, adolescentes, gestantes, portadores de necessidades especiais e os idosos. Os pacientes adultos que não se encaixam nos grupos supracitados tendem a interagir passivamente, limitando-se a receber informações. Os autores explicam que seria proveitoso inserir os adultos em atividades educativas, porque eles poderiam interagir não somente como pacientes, mas também como agentes multiplicadores, exercendo influências positivas sobre a família e os amigos.

Os indivíduos do Grupo F apresentaram CPOD 27,71, sendo que 96% foram dentes excluídos e 0% de obturados. Em relação à Condição Periodontal não houve sextantes suficientes para serem analisados pois 79,29% dos sextantes foram excluídos da amostra devido à perda dentária.

Segundo Meneguim, Pereira e Silva (2002), o número de sextantes eliminados na amostra de seu estudo, aumenta com o avanço da idade. Tal fato é preocupante, pois mostra uma necessidade de uma maior preocupação no desenvolvimento de programas preventivos e curativos aplicados às faixas etárias mais avançadas, bem como ressalta a necessidades de um direcionamento das pesquisas para o paciente idoso. Este realizou um estudo em 151 idosos de 54 a 93 anos na cidade de Piracicaba/SP. Nota-se que 90,5% dos indivíduos apresentaram menos de dois dentes por sextantes, apenas 0,56 dos sextantes puderam ser considerados válidos para a análise, na faixa etária de cinquenta a 75 anos apenas 0,18 sextante por indivíduo aos 75 anos.

Estudo semelhante foi realizado por Pereira et al (2003), mostrando que 4,29 sextantes eliminados da amostra para faixa etária de sessenta a setenta anos e 4,71 para mais de setenta anos, confirmando o pequeno, número de dentes presentes em cada sextante. Este aspecto é importante na questão do planejamento do serviço odontológico, pois medidas de promoção da saúde podem ser tomadas como uma relação custo-benefício favorável, através de procedimentos simples de tratamento como instrução de higiene oral e remoção de tártaro que, podem ser delegados ao Técnico de Higiene

Oral, da equipe do Programa de Saúde da Família, ficando os procedimentos mais complexos, no tratamento periodontal, com profissional especializado.

Antunes e Peres (2006) explicam que a inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a re-orientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços.

Assim, os autores apontam que o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços. Só assim, será possível dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Sugere-se, por exemplo, que, ao trabalhar a educação para saúde com adultos, a equipe do PSF deve orientar os pais sobre a importância da higienização oral. O Programa de Saúde da Família, apesar de promover ações de equipes multidisciplinares, esbarra no despreparo de alguns profissionais que ainda seguem o modelo curativo e na falta de ações governamentais que definam políticas sociais mais efetivas para promoção de saúde

Segunda Padilha et al. (2005) a programação atual em odontologia concentra-se em torno de grupos vulneráveis, com atenção em livre demanda predominantemente curativa, e busca a otimização da produção de serviços e

minimização de custos. Estudos recentes, realizados pelo Grupo de Pesquisas em Odontologia e Clínica Integrada da Universidade Federal da Paraíba, demonstraram que, este padrão de planejamento, é deficiente na promoção de impacto sobre a saúde bucal do usuário, necessitando do desenvolvimento de rotinas de avaliação específica para conferir a eficácia desejada. É observada, também, uma resistência do profissional de odontologia para a introdução de novas abordagens em avaliação e programação. Os autores encontraram em seu estudo falhas no planejamento e programação de serviços odontológicos no Programa de Saúde da Família no Estado da Paraíba, onde os profissionais passam a adotar uma atitude meramente curativa, e individualizada, atendendo em regime de demanda espontânea, sem que haja um levantamento epidemiológico adequado pelas equipes, bem como a falha nos programas preventivos em saúde bucal. Esta realidade se estende para a maioria dos Estados brasileiros. Recursos humanos adequados, técnicas e teorias de programação são fundamentais para a construção de atividades eficazes na atenção a saúde bucal. No contexto Nacional, a programação tradicional em Odontologia passa a dividir importância com as orientações para o Programa de saúde da Família. Este re-ordenamento tem gerado impasses e evidenciado a necessidade de reformulações no treinamento de profissionais e nos princípios de planejamento adotados.

7 CONCLUSÕES

Após a realização do presente estudo, foi possível concluir que a população periférica de Porto Velho/RO, avaliada neste Trabalho, mostrou-se:

- a) Com elevados índices de cárie dentária e com necessidade de tratamento em todos os extratos etários. A perda dentária precoce foi grave. O edentulismo continua sendo um grave problema de saúde pública, especialmente entre os idosos.
- b) Com alta prevalência de alterações periodontais. O grupo B apresentou ISG 63%, grupo C apresentou 43% com algum tipo de alteração nos tecidos periodontais, o grupo D apresentou quase 40% de sextantes excluídos e, pertinente ao grupo F verificou-se que 79% dos sextantes foram excluídos da amostra, resultando na insuficiência de sextantes, devido a perda dentária, fator que inviabilizou a análise. Região da boca excluída do exame reflete incapacidade funcional gerada pela perda dentária.
- c) Extremamente carente, sendo que mais de 70% teve como renda mensal de um a dois salários mínimos, para uma média de 4,75 indivíduos por família.

Ainda, verificou que:

- d) Em face da associação das condições de vida com o acesso aos

serviços odontológicos e autopercepção em saúde bucal, houve um alto índice de indivíduos que nunca foram ao dentista e que consideraram necessitar de tratamento e dos que foram atendidos, 50% avaliaram o atendimento prestado pelos profissionais como péssimo e ruim.

e) O programa de saúde bucal desenvolvido durante o projeto foi importante para o processo de motivação e conscientização da real condição de saúde bucal com a população estudada. O treinamento apropriado de habilidades e conhecimento de saúde bucal em professores escolares e a participação dos pais na motivação das crianças foram fundamentais para que se lembrem de ajudar seus filhos nos procedimentos de autocuidado com a saúde bucal.

Por fim, diante dos resultados apontados neste estudo, foi possível concluir que a população estudada apresentou uma condição bucal extremamente debilitada, evidenciando a necessidade de atenção primária efetiva para a redução dos índices de doenças bucais.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Fundamentos de odontologia epidemiológica da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

BONECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas**. São Paulo: Santos, 2004.

CARDOSO, S. V. et al. Condições de Saúde Bucal na cidade de Campinas: uma avaliação crítica. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 40, n. 4, p. 341-352, dez. 2004.

CARRANZA, F. A. **Periodontia Clínica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

CARVALHO, C. L.; LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Caderno de Odontologia**, Belo Horizonte, v. 1, n.1, p. 43-57, nov. 1997.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 3. ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1986.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

FERREIRA, R. I. et al. Educação em saúde bucal para pacientes adultos: relato de uma experiência. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 33, n. 3, p. 149-156, 2004.

GARRAFA, V.; MOYSES, S. J. Odontologia Brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina: CEBES, n. 13, p. 6-17, jul. 1996.

KRIGER, L. **Promoção de saúde bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

MASSONI, A. C. L. T.; FORTE, F. D. S.; SAMPAIO, F. C.. Percepção de pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. **Revista Odontológica da UNESP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 193-197, 2005.

MATIAS, F. **Pioneiros: ocupação humana e trajetória política de Rondônia**. Porto Velho: Maia, 1998.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

MENEGUIN, M. C.; PEREIRA, A. C.; SILVA, F. R. B. Prevalência da cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba – SP. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 50-56, mar. 2002.

MOURA, L. F. et al. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. **Jornal Brasileiro de Odontologia e Odontologia do Bebê**, v. 4, n.17, p. 10-14, fev. 2001.

PADILHA,W,W,N et al. Planejamento e programação odontológica no programa saúde da família do Estado da Paraíba: estudo quantitativo. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 65-74, 2005.

PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

SAIANI, R. A.; KANAAN, D. D. Avaliação comparativa entre três métodos de motivação em relação a higiene bucal, aplicados em crianças de sete a oito anos de idade. **Jornal Brasileiro Odontologia do Bebê**, v. 4, n. 20, p. 298-303, ago. 2001.

SILVA, B. B.; MALTZ, M.. Prevalência de cárie, gengivite e fluorose em escolares de 12 anos de Porto Alegre/RS, Brasil, 1998/1999. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 208-214, set, 2001.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Distrito Federal, v. 53, p. 25-30,dez 2000.

TEIXEIRA, M. A. D.; FONSECA, D. R. **Historia Regional**. 3. ed. Porto Velho: Rondônia, 2002.

WERNECK, M. A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

ZANETTI, C. H. G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em Saúde Bucal mais resolutivo. **Revista de Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina: CEBES, n.13, p. 18-35, jul. 1996.

