

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

BRÍCIO DOUGLAS DE OMENA

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA NECESSIDADE DE
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DAS ESCOLAS DA ZONA RURAL
DO MUNICÍPIO DE PINDOBA-ALAGOAS**

MACEIÓ/ALAGOAS
2016

BRÍCIO DOUGLAS DE OMENA

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA NECESSIDADE DE
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DAS ESCOLAS DA ZONA RURAL
DO MUNICÍPIO DE PINDOBA-ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa Raquel Linhares Bello Araújo

MACEIÓ/ALAGOAS
2016

BRÍCIO DOUGLAS DE OMENA

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA NECESSIDADE DE
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DAS ESCOLAS DA ZONA RURAL
DO MUNICÍPIO DE PINDOBA-ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa Raquel Linhares Bello Araújo

Banca examinadora

Raquel Linhares Bello de Araújo - Orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2016

RESUMO

O município de Pindoba fica localizado na Zona da Mata Alagoana e apresenta uma população muito pequena, com quase metade da população situada na zona rural, de difícil acesso e a zona urbana possui apenas uma única Unidade Básica de Saúde (UBS). Para que as crianças pudessem ter acesso à educação, a prefeitura construiu escolas na zona rural próximo as residências dos moradores, os quais não tem os recursos que a cidade possui, principalmente em se tratando da área de saúde. Assim, este estudo objetivou propor um plano de intervenção a fim de melhorar a qualidade do acesso à saúde bucal dos escolares da zona rural do município de Pindoba. Este plano se fundamentou no levantamento epidemiológico da saúde bucal dos alunos das escolas da zona rural do município e na pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em saúde, com os descritores: levantamento epidemiológico, cárie dental, doença periodontal. Espera-se que com a implantação do plano se consiga fazer prevenção e tratamento dos alunos que apresentaram qualquer problema de saúde bucal.

Palavras-chave: Levantamento Epidemiológico. Cárie Dental. Doença Periodontal

ABSTRACT

City of Pindoba is located in the area of Alagoas woods and has a very small population, with almost half of its population located in countryside and presenting an access very difficult, having only one Basic Health Unit (BHU) in the urban area. For children have access to education, the government has built schools located in the countryside near the homes of residents who do not have the resources that the city has, especially when dealing healthcare. Thus, this study aimed to propose an action plan to improve the quality of access to oral health of schoolchildren in the rural municipality of Pindoba. This plan was based on epidemiological survey of oral health of school children in the rural area of the municipality and the literature on the Virtual Library on Health, with the descriptors: epidemiological survey, dental caries, periodontal disease. It is expected that with the plan's implementation is able to make prevention and treatment of students who showed any oral health problem.

Keywords: Epidemiological survey - Dental caries - periodontal disease.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1: Plano de ação para intervenção nas escolas da zona rural de Pindoba 18

Tabela 1: Distribuição dos escolares na zona rural e a porcentagem que cada escola representa 19

Tabela 2: Índice de Doença Periodontal nas escolas da Zona Rural de Pindoba20

Tabela 3: Índices de cárie encontrado nas escolas da Zona Rural de Pindoba21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA.....	111
3 OBJETIVO	122
4 METODOLOGIA	133
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	155
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	Erro! Indicador não definido.8
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	233
REFERÊNCIAS.....	234
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

De uma promessa feita pelo fazendeiro João Dias nasceu a cidade de Pindoba. Bastante enfermo, ele prometeu construir uma capela em agradecimento a São Sebastião, caso se recuperasse. Curado, João Dias mandou levantar imediatamente a capela na fazenda. A missa passou a ser frequentada pelos habitantes de toda a região. Por causa desse movimento religioso, muitos agricultores se transferiram para o local. A fertilidade das terras também contribuiu para atrair outros moradores, que passaram a trabalhar no desenvolvimento, não somente da agricultura, mas também na pecuária. Em pouco tempo muitas casas foram surgindo. O nome primitivo do lugar foi Pindoba Grande, passando mais tarde a ser chamada Vila Pindoba Grande, nome originário de um tipo de palmeira hoje, inexistente. Somente com a melhoria das estradas da região é que o povoado conseguiu se desenvolver. A emancipação política aconteceu em 1957, através da Lei 2.070. O município foi instalado oficialmente em 1959, desmembrado de Viçosa. A mesma lei mudou o nome do município para Pindoba. Quatro nomes foram importantes no movimento de emancipação política de Pindoba: Abraão Fidélis de Moura, Lourival Freire da Costa, Antenor Claudino da Costa e José Ernani Accyoli Costa Jr. Cidade pequena, de clima ameno, Pindoba concentra suas comemorações no aniversário da emancipação política (1957) e nos louvores ao Padroeiro São Sebastião (IBGE, 2010).

O município de Pindoba fica localizado na zona da mata alagoana e está a 192 km da capital Maceió, possuindo uma população de 2.712 habitantes. Apresenta uma área muito grande para poucos habitantes, com densidade demográfica de 24,37 hab/km². Percebe-se que a zona urbana é pequena em relação a zona rural, ficando menos de 1/3 da área urbana. O município tem muitas fazendas ao redor e possui um acesso muito difícil, já que não possui estradas asfaltadas/calçadas que o liguem a outra cidade, sendo vítima de lamaceiros e atoleiros no inverno e prejudicando o transporte de pessoas/mercadorias (IBGE, 2010).

Por se tratar de um município pequeno, no que diz respeito aos serviços de saúde Pindoba dispõe de apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS), denominada Vereador José Gomes Calheiros, que funciona das 8:00 às 17:00h, de segunda a

sexta-feira. Destaca-se, porém, que os vigilantes e os motoristas ficam de plantão para acionar Técnicos de Enfermagem e a Médica (Programa Mais Médicos, residente no município) a fim de averiguar os casos nos fins de semana e durante a noite para tratamento e/ou posterior encaminhamento para uma cidade de referência. Como a zona urbana é pequena e todos moram perto, a comunicação se torna bem mais fácil. A Unidade Básica possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) anexado a mesma e oferta os serviços: Fonoaudiologia, Pediatria, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Educação Física, Farmácia, Assistência Social. Além de dispor de serviços de média complexidade como: Psiquiatria, Cardiologia e Ginecologia. A Saúde Bucal é composta por dois dentistas (um deles do Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB) e uma Auxiliar de Saúde Bucal e não dispõe do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Em relação à Saúde Bucal, sabe-se que dados epidemiológicos são fundamentais para estabelecer prioridades, colocar recursos e orientar programas. A informação em saúde deve subsidiar políticas de saúde compatíveis com a resolução dos reais problemas que afligem a população. Essa informação, apoiada em dados válidos e confiáveis, é condição essencial para a análise da situação sanitária e para a programação de ações de saúde, nelas incluídas as de saúde bucal. Sabe-se, ainda, que o planejamento e a organização de estudos e atividades epidemiológicas, visando à caracterização das condições de saúde-doença da população, é atribuição dos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e que administradores de serviços de saúde ou de uma Unidade de Saúde não podem, nos tempos atuais, prescindir de informações epidemiológicas básicas da população de sua área de abrangência sob pena de perder o rumo no percurso em defesa da vida e de uma maior eficácia das ações de saúde desenvolvidas (BRASIL, 2006).

No ano de 2010, iniciou-se um trabalho com fins epidemiológicos em Saúde Bucal pelo dentista do Programa de Saúde da Família (PSF), para mapeamento da área, porém ficou apenas a responsabilidade de se mapear a zona urbana da cidade e enfrentando alguns problemas como muita resistência dos moradores em relação ao projeto que terminou dois anos após e não atingindo 100% de cobertura. Logo após, foi iniciado outro levantamento epidemiológico voltado para o Programa de Saúde na Escola (PSE) que também ficou voltado apenas para as escolas da zona urbana

devido ao acesso complicado da zona rural, causado por atoleiros e a distância encontrada para mobilidade com veículos aos locais.

O diagnóstico situacional, portanto, da nossa área de abrangência mostrou que seria importante se fazer um mapeamento de diagnóstico de tratamento odontológico para se constatar a necessidade de ampliação dos serviços de saúde bucal com extensões até as áreas rurais da cidade, aumentando o número de atendimentos e prevenindo várias doenças relacionadas à odontologia.

2 JUSTIFICATIVA

Visto que as alterações bucais causam desconforto e geram um abalo na qualidade de vida e no estado pleno de saúde dos indivíduos, a Prefeitura Municipal de Pindoba representado pela Secretaria Municipal de Saúde demonstrou interesse no levantamento das condições de Saúde Bucal dos escolares da zona rural que o município possui, pois como o município apresenta apenas um consultório odontológico (situado na zona urbana) seria importante se fazer um mapeamento de diagnóstico de tratamento odontológico para se constatar a necessidade de ampliação dos serviços de saúde bucal com extensões até as áreas rurais da cidade, aumentando o número de atendimentos e prevenindo várias doenças relacionadas à odontologia. O projeto foi pioneiro, pois não foram identificados estudos abrangentes sobre as condições de saúde bucal dos escolares da zona rural do município de Pindoba.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção a fim de melhorar a qualidade do acesso à saúde bucal dos escolares da zona rural do município de Pindoba.

3.2 Objetivos específicos

Manter os dados epidemiológicos de saúde bucal atualizados em apoio a Secretaria Municipal de Saúde;

Avaliar o acesso às condições de saúde:

Avaliar a necessidade de tratamento odontológico dos escolares;

Verificar o uso de próteses em escolares e contribuir para busca ativa de lesões indicativas e/ou hábitos que podem vir a ser um fator causador do câncer bucal.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, fez-se o diagnóstico da área de abrangência que foi proposto pela Gerência do Núcleo de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas no ano de 2009, presente no “Manual de Atenção Básica em Saúde Bucal do Estado de Alagoas” que cita em seu Diagnóstico em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: 4º passo- Levantamento de necessidades de tratamento dentário, doença periodontal, próteses e busca ativa de câncer, ao mesmo tempo em que preconiza que o deve ser realizado em 100% das escolas cadastradas e que deve ser executado por toda Equipe de Saúde Bucal: Cirurgião Dentista (CD), Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Os critérios utilizados para a classificação de risco foi o seguinte:

Risco 1 – Sem necessidade de tratamento (estudantes sem necessidade de tratamento para cárie ou doença periodontal, nem necessidades emergenciais, incluindo estudantes com dentes restaurados e desdentados, para manter sua saúde e evitar, o mais precocemente possível, qualquer problema eventual).

Risco 2 – Com necessidade de tratamento até cinco cavidades de cárie (os estudantes que possuem de um até cinco dentes cariados, necessitando de tratamento odontológico, como também das ações promocionais e preventivas).

Risco 3 – Com necessidade de tratamento e com mais de cinco cavidades de cárie, cavidade muito profunda e extensa e/ou dor ou outra necessidade específica (lesões de tecidos moles, doença periodontal e outras).

Além disso, buscou-se verificar também a necessidade de Prótese Total (PT – maxilar ou mandibular) e Prótese Parcial Removível (maxilar e mandibular) e ao mesmo tempo contribuir para busca ativa de Câncer Bucal (Fuma, bebe, usa prótese ou apresenta alguma alteração na mucosa); encontrada no anexo I.

Depois de levantados os dados eles foram consolidados em outras fichas para fins de diagnóstico coletivo, aprimoramento do planejamento e maior facilidade na avaliação das ações. As fichas encontradas no anexo II, III, IV e V são modelos para a confecção deste consolidado.

Ressalta-se que foram visitadas todas as escolas da zona rural do município com um total de 83 avaliações nos escolares, somados todos as escolas, onde foi

necessário um transporte adequado (pois são áreas de estradas de barro e com muitos atoleiros presentes, apresentando distância média de 25 km por escola); a utilização de espátulas bucais de madeira, materiais de Equipamento de Proteção Individual (EPIs) como gorro, máscara e luvas, e muitas vezes foi necessário o auxílio de uma luz externa (lanterna) visto que as escolas da zona rural não apresentam suporte necessário nem espaço físico suficiente para uma avaliação odontológica adequada.

Todos os usuários avaliados foram crianças com idades entre 7 e 12 anos, não sendo avaliados hábitos alimentares, nível de escovação e nem instrução de higiene oral dos escolares. O objeto de trabalho foi o diagnóstico em saúde bucal em áreas muito distante da cidade e a necessidade de tratamento dos escolares destas áreas, já que muitos deles nem frequentam a zona urbana.

Posteriormente, verificou-se a carência para que a Secretaria de Saúde viesse a intervir nas áreas que apresentavam os piores índices de forma tal que mobilizasse materiais, equipamentos (como por exemplo um consultório portátil) e mão de obra para qualificar e humanizar o atendimento e se iniciar o tratamento odontológico baseado em educação permanente e promoção de saúde.

Também foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: levantamento epidemiológico, cárie dental, doença periodontal e estratégia saúde da família.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A doença cárie é um problema complexo e multifatorial e com características populacionais. Nesse sentido, a simples eliminação do micro-organismo não é o suficiente para prevenir a cárie, já que os fatores ambientais e comportamentais também são fatores de risco para a doença (COSTA et.al, 2012).

Levando em consideração a etiologia multifatorial da doença, a importância dos fatores comportamentais, psicológicos e socioeconômicos, faz-se necessário que os profissionais e o público em geral conheçam os reais fatores de risco associados à cárie em bebês e em crianças pré-escolares. Do ponto de vista social, o desenvolvimento de estudos que visam a conhecer os fatores envolvidos na etiologia da cárie precoce na infância é de grande importância, a fim de, num futuro próximo, diminuir a prevalência dessa patologia, que causa dor e sofrimento às crianças, melhorando, assim, a sua qualidade de vida (PASCOE e SEOW, 1994).

A cárie dentária é uma doença crônica resultante da dissolução mineral dos tecidos dentários proveniente da produção de ácidos produzidos por bactérias quando estas metabolizam carboidratos, em especial a sacarose, oriundos da dieta. Apesar da etiologia da cárie ser bem conhecida, muitos aspectos relativos ao papel dos fatores sociais e biológicos nos primeiros anos de vida continuam obscuros (HOROWITZ, 1998).

O mecanismo biológico a envolver o quadro da doença cárie nessa fase da infância é, basicamente, o mesmo que envolve outros tipos de cárie coronária. Diversos fatores de risco estão associados, incluindo pobres padrões de higiene bucal, frequente ingestão de carboidratos fermentáveis e baixo nível socioeconômico. O limitado acesso a serviços odontológicos, práticas alimentares inapropriadas, condições culturais, psicossociais e comportamentais também podem estar associados à cárie, além dos predisponentes específicos dessa fase da infância, que incluem a colonização inicial por bactérias cariogênicas, a imaturidade do sistema imunológico da criança e a presença comum de defeitos de formação do esmalte na dentição decídua – que predispõe o esmalte, recém-erupcionado e imaturo, às lesões cariosas (RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005).

As análises de tendências, considerando, por exemplo, a população total de um determinado país, são de grande valor, pois produzem subsídios úteis ao planejamento e à tomada de decisão em saúde. A comparação das tendências de cárie dentária observadas em cada país permite explorar conexões entre as taxas de ocorrência dessa doença ao longo do tempo e aspectos mais gerais, ligados à industrialização, ao desenvolvimento humano e às políticas nacionais de saúde bucal. (LALLO; MYBURGHT; HOBDELL, 1999)

A cárie dentária pode progredir até a destruição total das estruturas mineralizadas, caso não seja tratada a tempo. Fatores sociais, culturais e comportamentais estão envolvidos nesse processo, em especial os hábitos alimentares e de higiene bucal (SHIROMA, 2006).

Por doença periodontal, entende-se que o acúmulo de tártaro, sendo ele supra subgingival, acúmulo de placa bacteriana que esteja causando irritação ao periodonto acarretando inflamação gengival, gengivite ulcerativa necrosante e/ou periodontite ulcerativa necrosante. Elas podem estar em estágio, leve, moderado ou severo, comprometendo a saúde periodontal.

As Infecções periodontais e a cárie dentária, doenças induzidas pelo biofilme bacteriano, são indiscutivelmente as patologias infecciosas mais comuns na cavidade bucal (FERREIRA *et al.* , 2013).

Dentre as possíveis relações existentes destacam-se aquelas entre os problemas nutricionais e ambientais ocorridos durante a vida intrauterina e a infância, e as doenças coronarianas, diabetes, hipertensão e aumento das taxas de colesterol na vida adulta (PERES *et al.*, 1998).

O trabalho educativo com crianças na fase escolar é mais produtivo, pois, estas são mais receptivas, aprendem mais rapidamente, facilitando o ensino de hábitos adequados, principalmente aqueles relacionados a saúde bucal. Desta forma, a escola é o local ideal para o desenvolvimento de programas educativo-preventivos, pois permitem que todas as crianças tenham acesso a eles, incluindo aquelas que por algum motivo não tem acesso aos cuidados profissionais particulares. Além

disso, a figura do professor de ensino fundamental exerce grande influência sobre o comportamento dos alunos, pelo contato diário durante longo tempo (LANG; WOOLFOLK; FAJA, 1989).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O primeiro seguido para materialidade do plano de intervenção foi a realização de exames em cada escola da zona rural do município de Pindoba, estando elas localizadas nos seguintes locais: Sítio Gordos, Sítio Timbó, Fazenda Serra do Jardim, Sítio Poço Dantas e Fazenda Bicuara.

Todas elas são escolas de pequeno porte contando apenas com um banheiro, copa/cozinha e uma única sala de aula, apenas para o suporte básico da educação, visto que a maioria delas tem seus acessos bastante prejudicado, se tornando inviável pelos moradores enviar seus filhos a zona urbana para estudar, devido ao tempo gasto e idades das crianças estarem caminhando sozinhas por tamanha distância a ser percorrida até que se encontre um local que se trefegue com automóveis comuns de pequeno porte.

O segundo passo foi a criação dos projetos de intervenção, conforme explicitado no Quadro 1.

Quadro 1: Plano de ação para intervenção nas escolas da zona rural de Pindoba

Operação	Visita técnica e Levantamento Epidemiológico
Projeto	Conhecendo a realidade da saúde bucal
Resultados esperados	Melhoria no índice de cárie da população, Tratamento das lesões cariosas e doença periodontal.
Atores sociais	Cirurgião Dentista; Auxiliar de Saúde Bucal
Recursos necessários	Estrutural: Salas de aulas das escolas; Financeiro: Investimento na aquisição de um consultório portátil para posterior tratamento e distribuição de escovas e dentífrico. Político: Disponibilização de recurso para aquisição dos itens acima.
Ação estratégica	Promoção de saúde bucal através de palestras e demonstrações de higiene oral e posterior tratamento odontológico.

O terceiro momento foi a implantação do plano de intervenção nas referidas escolas cujos resultados permitiram a criação de estratégias para o controle das doenças bucais de maior prevalência na população dos escolares da zona rural do município de Pindoba, visto que em sua maioria apresentavam cárie ou alguma necessidade de tratamento.

O número total de escolas visitadas foram cinco estando a quantidade dos escolares distribuídas como segue a Tabela 2.

Tabela 1: Distribuição dos escolares na zona rural e a porcentagem que cada escola representa

ESCOLA	QUANTIDADE DE ALUNOS	PORCENTAGEM	TOTAL
Gordos	18	24%	75
Timbó	10	13,4%	
S. Jardim	23	30,6%	
Poço Dantas	13	17,4%	
F. Bicuara	11	14,6%	

Dentre as pesquisas sobre rastreamento de câncer bucal, foi verificado de acordo com os hábitos predisponentes a doença pelos mesmos que o índice só não foi zero por conta da informação obtida através de um morador que uma criança de 9 anos fazia uso de bebida alcóolica junto ao seu pai, caso este que foi passado a Secretaria de Assistência Social do Município para que fosse resolvido da melhor forma possível. Os demais fatores predisponentes ao câncer bucal, não foram encontrados, como o uso de próteses, uso de álcool, uso de tabaco e outras drogas.

Quanto à necessidade do uso de próteses, era esperado pela equipe que o índice fosse zerado porque as idades dos escolares da educação básica apresentavam-se provavelmente em sua maioria de dentição mista, (caracterizada pela na troca de dentes decíduos por permanentes), pressupondo que mesmo que eles estivessem elementos totalmente destruídos por cárie ou perdidos pela esfoliação, os

sucessores dos elementos dentais iriam irromper e acabariam por se adaptar a arcada dentária sem a necessidade do uso de prótese. Porém o resultado encontrado em um aluno do Sítio Timbó não permitiu que isto se confirmasse, já que o mesmo apresentava uma agenesia (ausência do germe dentário) de incisivos laterais inferiores permanentes e decíduos, primeiros e segundos pré-molares superiores e inferiores; houve o contato com mãe deste paciente e foi percebido que a agenesia dental é congênita e se apresenta em outros familiares do mesmo. Fazendo com que o índice da necessidade de prótese para reabilitação mastigatória ficasse em 2,66%, já que as ausências eram superiores e inferiores.

Em se tratando de doença periodontal, o que foi encontrado nos resultados foi que 89,34% dos escolares apresentam-se com uma boa saúde periodontal, porém em todas as escolas existem pelo menos um aluno com acúmulo de tártaro e/ou gengivite. A escola que apresentou índices de necessidade de tratamento periodontal mais elevados foi a do Sítio Gordos, chegando a 4%, seguido do Sítio Timbó com 2,66%.

Tabela 2: Índice de Doença Periodontal nas escolas da Zona Rural de Pindoba

ESCOLA	SIM	NÃO
Gordos	4,01%	21,33%
Timbó	2,66%	10,66%
S. Jardim	1,33%	29,33%
Poço Dantas	1,33%	16,01%
F. Bicuará	1,33%	12,01%
TOTAL	10,66%	89,34%

Em relação ao índice de cárie, obtiveram-se resultados bem pessimistas em relação à expectativa da equipe, mostrando que apenas 24% dos escolares não necessitam de tratamento odontológico, sendo classificado pelo Código 1. A escola que obteve os melhores índices em relação a este Código foi a escola do Sítio Poço Dantas, onde 72,7% de seus alunos não necessitavam de tratamento odontológico.

Tabela 3: Índices de cárie encontrado nas escolas da Zona Rural de Pindoba

ESCOLA	CÓDIGO 1	CÓDIGO 2	CÓDIGO 3
Gordos	5,4%	12%	6,6%
Timbó	4%	9,4%	-
S. Jardim	-	14,6%	16%
Poço Dantas	10,6%	4%	-
F. Bicuara	4%	9,4%	4%
TOTAL	24%	49,4%	26,6%

Por outro lado, o Código 2 foi encontrado em 49,4% dos escolares, ou seja, praticamente metade das crianças das escolas da zona rural de Pindoba apresentam entre 1 e 4 cavitações por cárie, necessitando de tratamento. A escola que mais contribuiu para estes números foi a do Sítio Timbó com 70% de seus alunos apresentando esta necessidade.

O resultado mais desanimador em relação a saúde bucal vem acompanhado do Código 3, que representa os escolares com mais de 5 lesões de cárie com cavidades extensas e profundas, apresentando-se em 26,6% dos alunos examinados. Resultados com mais ênfase na escola Fazenda Serra do Jardim estando com 52,17% de seus alunos com essa quantidade de lesões cariosas.

Por outro lado, a escola Poço Dantas e a escola Timbó não apresentaram nenhum índice de cárie que se enquadrasse no Código 3. Estando seus alunos com índices moderados e não apresentando mais de quatro cavidades dentárias.

Dentre os resultados apresentados, verifica-se em relação aos hábitos predisponentes ao câncer bucal e a necessidade de prótese que os índices estão dentro do padrão de normalidade e não foram zerados por intercorrências isoladas que não comprometem os resultados.

Em se tratando da saúde gengival, os resultados foram dentro de um padrão esperado pela equipe e relativamente baixo, visto que a porcentagem de crianças afetadas com doenças periodontais foi de aproximadamente 10% do total e a mais afetada chegou apenas em 4% do total.

Já em relação à cárie, os resultados foram mais desanimadores, com índices elevados principalmente na Fazenda Serra do Jardim, outro dado importante é que esta última não apresentou nenhum aluno com Código 1 e um pouco a mais da metade apresentou o Código 3, ou seja, todos seus alunos necessitam de tratamento odontológico e praticamente metades deles estão em situação crítica com 5 ou mais cavidades nos dentes.

A Fazenda Serra Jardim apresenta o melhor acesso as cidades vizinhas e a zona urbana do município dentre todas as escolas, sendo a única que o transporte consegue chegar integralmente em sua área, sem a necessidade de outro meio de transporte ou até mesmo sem precisar ser feitas longas caminhadas até as áreas transitáveis. Se por um lado o acesso as informações e noções de saúde deveriam estar mais fáceis e sendo praticada mais hábitos de higiene oral para se conseguir menores índices de cáries, por outro, suspeita-se que este acesso facilitado faça com que esses alunos e até mesmo seus pais acabem por ter uma dieta mais cariogênica que os demais examinados. Junto ao fato de que os pais normalmente estão o dia quase todo trabalhando na zona rural e acabam tendo pouco contato com as crianças para tentar corrigir seus hábitos alimentares ou melhorar sua higiene oral.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o levantamento realizado foi verificado que a grande maioria dos escolares da zona rural do município de Pindoba não apresenta hábitos deletérios em relação ao rastreamento do câncer de boca. Ao mesmo tempo identificou-se que um indivíduo é portador de agenesia de alguns elementos dentais, necessitando de próteses parciais removíveis superiores e inferiores.

Quanto à saúde periodontal, os índices por escolas não ultrapassaram os 4% de cada localidade, sendo a mais afetada a de Sítio Gordos.

Já em relação à cárie, apenas em 24% dos escolares da zona rural ela encontra-se ausente, estando a Fazenda Serra do Jardim a mais acometida, não tendo sequer um aluno sem a presença da mesma. Esta localidade é a área que requer uma maior atenção quanto à promoção e prevenção da saúde bucal, além do foco maior de tratamento, viabilizando o consultório odontológico portátil para região, processo este que já está em trâmite, em período de licitação para aquisição.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto SB 2000** – Condições da saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Brasília: DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

COSTA, et al. Modelos Explicativos da Cárie Dentária: do Organicista ao Ecosistêmico. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada**, João Pessoa, v.12, n. 2, p. 285-91, abr./jun., 2012.

Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FERREIRA, et al. Doença Periodontal: um mal que pode ser evitado? **Revista Brasileira de Periodontia**. V. 23, n.3, p.15-23, Setembro, 2013.

HOROWITZ, H.S. Research issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 1, p. 67-81, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Informações estatísticas** – Pindoba, AL. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/23848>> Acesso em: 22/07/14

LALLOO, R.; MYBURGH, N.G.; HOBDELL, M.H. Dental caries, socio-economic development and national oral health policies. **Int Dent J**. v. 49, n. 4, p.196–202, 1999.

LANG, P.; WOOLFOLK, M.W.; FAJA, B.W. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. **J Public Health Dent Winter**, v. 49, n. 1, p. 44-50, 1989.

PASCOE, I.; SEOW, W.K. Enamel hypoplasia and dental caries in Australian aboriginal children: prevalence and correlation between the two diseases. **Pediatr Dent**, v.16, p.193-9, 1994

PERES, M,A. et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**. v. 6, n. 4, p. 293-306, 2003

PINDOBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de dados do município de Pindoba – Controle e Avaliação**, 2014.

RIBEIRO, A.G.; OLIVEIRA, A.F.; ROSEMBLATT, A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1695-1700, nov-dez, 2005

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE ALAGOAS. Gerencia de núcleo de saúde bucal. **Manual de atenção básica em saúde bucal do estado de alagoas**. Pag: 8-9, 2009.

SHIROMA, E. **Diagnóstico in vitro de cárie oclusal com laser diodo em dentes submetidos à desmineralização e remineralização**. Dissertação (mestrado). Taubaté: Universidade de Taubaté, 2006.



ANEXOS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDOBA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 CENTRO DE SAÚDE VEREADOR JOSÉ GOMES CALHEIROS



Micro-área: _____ Escola: _____ Série: _____ Data: _____

Nº	Nº Cartão SUS	Nome	DN	Sexo	Cor	Profissão	COD	Doença periodontal		GEST.	NECESSIDADE DE PRÓTESE				BUSCA ATIVA DE CÂNCER BUCAL				Obs	
								Sim	Não		PTR		PPR		F	B	P	A		
											MAX	MAND	MAX	MAND						
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				

DN: Data de Nascimento; **CÓD:** risco cárie; **GEST.:** Gestante; **PTR:** Prótese Total Removível; **PPR:** Prótese Parcial Removível; **MAX:** Maxiliar; **MAND:** Mandibular
BUSCA ATIVA: F: Fuma; **B:** Bebe; **P:** Usa Prótese; **A:** Alteração na mucosa boca

Anexo III

CONSOLIDADO DOS DADOS DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA PERIODONTAL

Número de escolas cadastradas: Número de escolas visitadas: Número de pessoas examinadas:

ÁREA:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREAS													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL			
Necessidade de Tratamento Periodontal SIM	0 a 24 meses												Nº	%	
	2 a 9 anos														
	10 a 19 anos														
	20 a 59 anos														
	Acima de 60														
	SUB TOTAL														
	Gestante														
Necessidade de Tratamento Periodontal NÃO	0 a 24 meses														
	2 a 9 anos														
	10 a 19 anos														
	20 a 59 anos														
	Acima de 60														
	SUB TOTAL														
	Gestante														
TOTAL GERAL															
_____		_____/_____/_____ Data					_____							Assinatura do Responsável/Carimbo	
Município															

CONSOLIDADO DOS DADOS DO DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE PRÓTESE DENTÁRIA														
Número de escolas cadastradas:				Número de escolas visitadas:				Número de pessoas examinadas:						
NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREAS												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL		
NECESSIDADE DE PRÓTESE TOTAL MAXILIAR	0 a 19 anos												Nº	%
	20 a 59 anos													
	Acima de 60 anos													
	SUB TOTAL													
NECESSIDADE DE PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	0 a 19 anos													
	20 a 59 anos													
	Acima de 60 anos													
	SUB TOTAL													
NECESSIDADE DE PRÓTESE PARCIAL MAXILAR	0 a 19 anos													
	20 a 59 anos													
	Acima de 60 anos													
	SUB TOTAL													
NECESSIDADE DE PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR	0 a 19 anos													
	20 a 59 anos													
	Acima de 60 anos													
	SUB TOTAL													
TOTAL GERAL														
_____ Município		_____/_____/_____ Data				_____ Assinatura do Responsável/Carimbo								

