

Fundação Oswaldo Cruz de Brasília

Escola Fiocruz de Governo

Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo

Pedro Henrique Santos Vitoriano

**Análise da Situação de Cárie Dentária em
Crianças da Zona Rural de Planaltina – DF no
Ano de 2020**

Trabalho final apresentado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em saúde da População do Campo da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ - Brasília, como requisito de obtenção do título de especialista.

Orientador: Dr. Bruno Andrade

Brasília, 2020

V845a Vitoriano, Pedro Henrique Santos.
Análise da Situação de Cárie Dentária em Crianças da Zona Rural de Planaltina – DF no Ano de 2020 / Pedro Henrique Santos Vitoriano. — 2021.
45 f. : il. ; 30 cm.

Trabalho de conclusão de curso (residência) — Escola Fiocruz de Governo, 2021.
Inclui bibliografia.
Orientação: Bruno Andrade.

1. Cárie dentária. 2. Saúde bucal. 3. Epidemiologia. 4. Índice CPOD. I. Andrade, Bruno. II. Título.

CDU 616.314-002-053.2

**Análise da Situação de Cárie Dentária em Crianças da Zona Rural de
Planaltina – DF no Ano de 2020**


Trabalho final apresentado na
Residência Multiprofissional em Saúde
da Família com Ênfase em saúde da
População do Campo da Fundação
Oswaldo Cruz – FIOCRUZ - Brasília,
como requisito de obtenção do título de
especialista

Aprovado em 04/03/2021.

BANCA EXAMINADORA

Ma Bianca Coelho (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)

Dra. Érica Tatiane da Silva (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)


Dr. Bruno Leonardo Alves de Andrade (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)
Orientador (a)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Microrregiões cobertas pelos serviços da UBS-17	18
Tabela 2 – Variáveis utilizadas para o estudo.....	20
Tabela 3 – Quantitativo de crianças examinadas por microrregião da UBS-17	27
Tabela 4 – CEO – D verificado nas crianças de 5 anos na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020.....	28
Tabela 5 - CPO – D verificado nas crianças de 12 anos na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020.....	30
Tabela 6 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com o perfil sociodemográfico e situação de cárie (n=55). Planaltina, Brasília, DF, Brasil, 2020	31
Tabela 7 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a microrregião (n=55). Planaltina, Brasília, DF, Brasil, 2020	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Número de crianças por sexo examinadas na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020.....	23
Figura 2: Crianças examinadas na faixa etária de 5 anos quanto ao sexo na UBS de Planaltina/DF no ano de 2020	24
Figura 3: Crianças examinadas na faixa etária de 12 anos quanto ao sexo na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020	25
Figura4: Crianças examinadas por idade da UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020	25
Figura 5: Crianças examinadas por raça/cor na UBS 17 DE Planaltina/DF no Ano de 2020	26
Figura 6: Crianças examinadas por raça/cor considerando as faixas etárias de 5 e 12 anos na UBS de Planaltina/DF no ano de 2020.....	26
Figura 7: Quantitativo geral de dentes cariados, extraídos e obturados em crianças na idade-índice de 5 anos examinados na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020	28
Figura 8: Quantitativo geral de dentes cariados, perdidos e obturados em crianças na idade-índice de 12 anos na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020	29
Figura 9: Comparativo das médias dos índices (CEO e CPO – D) de ataque da cárie na UBS 17de Planaltina/DF no ano de 2020	30
Figura 10: Comparativo da média do índice de ataque de cárie CEO-D por microrregião.....	33
Figura 11: Comparativo das médias dos índices de ataque de cárie CPO-D por microrregião.....	33
Figura 12: Interpretação do Grau de Severidade da Cárie por microrregião.....	34

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	6
2. ABSTRACT	7
3. INTRODUÇÃO	8
4. REFERENCIAL TEÓRICO	11
4.1 Epidemiologia da doença cárie no Brasil.....	11
4.1 Saúde Bucal da população rural na Estratégia de Saúde da Família	14
5. OBJETIVOS	17
5.1 Objetivo Geral.....	17
5.2 Objetivos Específicos.....	17
6. METODOLOGIA.....	18
6.1 Local do Estudo	18
6.2 População e Amostra do estudo	18
6.3 Período de Referência	19
6.4 Delineamento da Pesquisa	19
6.5 Definição de Variáveis.....	20
6.6 Coleta dos Dados e exames dos participantes.....	21
6.7 Análise dos Dados.....	22
6.8 Considerações Éticas	23
7. RESULTADOS	23
7.1 Caracterização dos Pacientes	23
7.1.1 Sexo e Idade.....	23
7.1.2 Raça/cor	26
7.1.3 Situação Escolar.....	27
7.1.4 Microrregião	27
7.2 Ataque da doença cárie na população investigada.....	28
7.2.1 CEO – D (cariados, extraídos e obturados)	28

7.2.2 CEO – D = 0, Livres de cárie	29
7.2.3 CPO – D (cariados, perdidos e obturados)	29
7.2.4 Índice CEO e CPO – D, quanto ao sexo e Raça/cor	31
7.2.5 Índice CEO e CPO – D, quanto à microrregião da UBS 17 de Planaltina/DF	32
8. DISCUSSÃO	35
9. CONCLUSÕES.....	40
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

1. RESUMO

A necessidade de ampliação dos conhecimentos relacionados à saúde bucal no Brasil tem sido importante nas articulações em saúde pública. O estudo da epidemiologia da doença cárie é fundamental para que ações preventivas, curativas e de proteção dos serviços odontológicos sejam realizadas. Para realização de um levantamento que contemplasse a população da zona rural de Planaltina – DF, optou-se por crianças com idades entre 5 e 12 anos, cobertas pelos serviços de saúde da UBS - 17. Sendo assim, esta pesquisa tem por objetivo estimar a prevalência de cárie para este grupo etário e por meio dos dados epidemiológicos da doença cárie propor estratégias para enfrentamento do problema. Neste estudo, o exame da cavidade oral do paciente ocorreu dentro do consultório odontológico disponível na unidade básica de saúde. Para isso, foi utilizado espelho bucal e sonda exploratória de ponta romba, além do auxílio do jato de ar da seringa tríplice para identificação da cárie. Após sua realização foram calculados os índices de ataque de Cáries CPO-D para a dentição permanente e o CEO-D para a dentição decídua. Ambos são utilizados para medir e comparar a experiência de cárie dentária. Seu resultado expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um indivíduo e/ou grupo de indivíduos. Quanto à média do ataque da cárie, obteve-se o CEO-D de 4,89, já para o CPO-D foi de 2,89. Segundo a OMS e avaliando o grau de experiência de cárie, o resultado dos índices foi considerado alto e moderado, respectivamente. Por meio do levantamento dos dados epidemiológicos da prevalência de cárie dentária pôde-se obter um panorama das condições bucais da população de uma zona rural de Planaltina- DF, sendo um importante passo para a organização e planejamentos de ações de promoção, prevenção, educação e assistência em saúde bucal dentro do território.

Palavras-chave: Cárie dentária. Epidemiologia. Índice CPOD.

2. ABSTRACT

The need to expand knowledge related to oral health in Brazil has been important in public health articulations. The study of the epidemiology of caries disease is essential for preventive, curative and protective actions of dental services to be carried out. In order to carry out a survey that contemplated the population of the rural area of Planaltina - DF, we chose children aged between 5 and 12 years, covered by the health services of UBS - 17. Therefore, this research aims to estimate the prevalence of caries for this age group and using epidemiological data on caries disease to propose strategies for coping with the problem. In this study, the examination of the patient's oral cavity occurred within the dental office available at the basic health unit. For this, a mouth mirror and a blunt-tip exploratory probe were used, in addition to the aid of the air jet from the triple syringe to identify caries. After its performance, the caries attack indexes CPO-D for the permanent dentition and the CEO-D for the primary dentition were calculated. Both are used to measure and compare the experience of tooth decay. Its result expresses the average number of decayed, missing and filled teeth in an individual and / or group of individuals. As for the average of the caries attack, the CEO-D was 4.89, whereas for the CPO-D it was 2.89. According to the WHO and assessing the degree of caries experience, the result of the indices was considered high and moderate, respectively. Through the survey of epidemiological data on the prevalence of dental caries, it was possible to obtain an overview of the oral conditions of the population of a rural area of Planaltina-DF, being an important step for the organization and planning of actions of promotion, prevention, education and oral health assistance within the territory.

Keywords: Dental caries. Epidemiology. CPOD index.

3. INTRODUÇÃO

As populações do campo vivenciam cotidianamente obstáculos e desafios mais complexos para acessarem os serviços de saúde quando comparados às comunidades urbanas. Nesse sentido, torna-se relevante direcionar ações e iniciativas que entendam as especificidades desses territórios, objetivando a melhoria dos indicadores e qualidade de vida, proporcionando a integralidade do cuidado (PONTES, 2018).

Neste cenário, as lutas dos movimentos sociais do campo têm dado maior visibilidade a este tema, aprovando em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que busca atender as necessidades de saúde, melhorar os indicadores e a qualidade de vida das populações rurais (BRASIL, 2013).

É importante destacar o fato de não haver um conceito consistente para definir o rural, ele é delineado pela localização e densidade populacional, tendo como principal parâmetro aquilo que não é urbano. Diante disso, torna-se indispensável reconceituá-lo, com o objetivo de representar melhor esses territórios, ampliando a confiabilidade de dados e políticas públicas (GOMES, 2013).

O território deste estudo por sua vez, é rural, localizado ao sul de Planaltina que é parte da região norte de Brasília – DF. Trata-se de uma comunidade carente constituída por trabalhadores rurais e autônomos, em sua maioria, salvo ainda aquelas que trabalham no comércio nas cidades vizinhas. No total são oito (08) microrregiões cobertas pelos serviços da UBS-17 Jardins Morumbi. Algumas delas estão a cerca de 10 a 15 km de distância até a unidade básica de saúde, explicitando a distância como um dos maiores obstáculos para a obtenção dos serviços.

Roselino, Damasceno e Figueiredo (2019), relatam que o acesso é fortemente influenciado pela condição social e pela localização que residem. Além da falta de disponibilidade dos atendimentos outras dificuldades assombram as práticas de saúde: Os usuários reclamam do tempo de espera e principalmente da distância percorrida até a UBS, tendo em vista suas obrigações e afazeres domésticos.

No intuito de beneficiar o acesso, devem ser consideradas as diversidades desses grupos populacionais e seus processos de produção e reprodução social, respeitando

crenças e valores, adaptando aos princípios e modelos de desenvolvimento sustentável, o que exige um processo de educação permanente das populações e dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2013).

No Brasil, as doenças infectocontagiosas ligadas à pobreza e às condições de saneamento dão lugar às doenças crônico-degenerativas e cardiovasculares, encontradas normalmente em países com grandes desigualdades sociais. Reflexo disso são as condições de saúde bucal, tendo em vista os serviços públicos odontológicos precarizados, vinculados a uma prática mutiladora que contribuem para uma crescente ausência dos dentes, situação agravante que interfere no processo epidemiológico da doença (RONCALLI, 1998).

Para este estudo, a cárie foi conceituada como uma doença infecciosa com progressão lenta evoluindo até destruição total da estrutura do dente (FEJERSKOV, KIDD, 2005). Sendo assim, o estudo da epidemiologia da doença cárie é fundamental para que ações preventivas, curativas e de proteção dos serviços odontológicos sejam realizadas. Devendo-se assim inserir tais estudos nos planejamentos de saúde bucal e nas estratégias organizadas pelas equipes da unidade básica de saúde (BRASIL, 2004).

A necessidade de ampliação dos conhecimentos relacionados à saúde bucal no país tem sido importante nas articulações em saúde pública. Pois, ao desenvolver ações adquiridas por meio de levantamentos de dados e direcionadas a grupos populacionais implica em situações epidemiológicas, onde se utilizam vários instrumentos de acordo com as características de cada doença ou agravo (NARVAI, 2001).

Em 1986 foi feito o primeiro levantamento epidemiológico de abrangência nacional, foram investigados a cárie, doença periodontal, prótese e utilização do serviço, além de higiene bucal, mas este último não houve resultados no relatório final apresentado em 1988. No entanto, os próximos levantamentos realizados no ano de 1993 e 1996 avaliaram somente a cárie. Já em 2003 e 2010, apresentaram dados mais abrangentes seguindo o questionário recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), acrescido de aspectos subjetivos relacionados à satisfação da população, como sua condição socioeconômica, autopercepção em saúde bucal e acesso ao serviço odontológico.

Tendo em vista os resultados dos estudos, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. A partir disso, a odontologia passou a ser ofertada de forma integral incluindo procedimentos mais complexo na atenção básica, criando uma rede de serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se como marco histórico dentre as políticas públicas do Brasil (BRASIL, 2011).

A doença cárie, especificamente, foi investigada em todos os levantamentos realizados a partir da utilização de dois índices: CPOD, estimado pela soma dos dentes permanentes, cariados, perdidos e obturados e CEO, estimado pela soma dos dentes decíduos cariados, extraídos e obturados. Realizados em âmbitos não clínicos, com exceção no ano de 1986, pois alguns dos exames aconteceram em consultório odontológico. Já os critérios de exame estabelecidos para a cárie não foram os mesmos (MARTINS et all, 2005).

Em 2020, em plena pandemia da COVID-19, a residência multiprofissional em saúde da família com ênfase na saúde das populações do campo, incentivou os profissionais a desenvolverem seus projetos de pesquisa para conclusão do programa de residência e obtenção do título de especialista. O olhar da minha formação em Odontologia e as necessidades prementes na comunidade que estou inserido para desenvolver minhas atividades da residência me conduziu à escolha e concretização da realização deste levantamento epidemiológico. Pelo meu envolvimento com a comunidade e pela minha percepção, a realização deste estudo seria a melhor maneira de demonstrar o panorama e o grau de severidade da doença cárie dentária na população infantil daquela comunidade rural.

. Para realização de um levantamento que contemplasse a população da zona rural de Planaltina – DF, optou-se por crianças com idades entre 5 e 12 anos, cobertas pelos serviços de saúde da UBS - 17, por ser a faixa etária que é possível identificar os níveis de doenças bucais na dentição decídua e permanente (OMS, 2017), conseguindo ainda fazer o monitoramento da cárie para comparações internacionais e o acompanhamento da doença (BERTI et all,2013).

Portanto, diante das minhas inquietações e da relevância do tema para construção de uma política pública de saúde bucal que inclua a população rural, foi desenvolvida esta pesquisa que tem por objetivo estimar a prevalência de cárie dentária

para o grupo etário anteriormente descrito, no caso, moradores da zona rural de Planaltina – DF que são assistidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS) – 17 Jardim Morumbi, e relacioná-lo a esta realidade, na intenção de propor estratégias para enfrentamento do problema de saúde que foi verificado.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Epidemiologia da doença cárie no Brasil

A cárie dentária é uma doença infecciosa de progressão lenta na maioria dos indivíduos, na ausência de tratamento, evolui até destruir totalmente a estrutura dentária (FEJERSKOV, KIDD, 2005).

É considerada como manifestação clínica bacteriana, que por sua vez resulta em atividades metabólicas em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar um aumento da desmineralização do dente e conseqüentemente a formação da lesão de cárie. Sendo influenciada por vários fatores determinantes, fazendo da cárie dentária uma doença multifatorial. (BRASIL, 2008).

Essas lesões podem surgir em estágios iniciais clinicamente visíveis ou em estágios mais avançados, como as cavitações dentárias. Portanto, a diferenciação entre a doença e a manifestação implica condutas diferenciadas na abordagem da prevenção e no tratamento da Cárie. Pois ao focar somente no tratamento das lesões com restauração das cavidades, e não nos fatores etiológicos, resultará em um “ciclo restaurador repetitivo”. O paciente teve as manifestações tratadas, mas não tratou a doença, podendo apresentar posteriormente novas lesões ou recidivas no mesmo elemento dentário (CERQUEIRA, 2010).

Têm-se observado que a alta prevalência de cárie dentária está também relacionada de modo geral, a vulnerabilidade associada à exposição aos fatores de risco e à privação social (Martins et al., 1999).

Em outros estudos, observou-se que a cárie diminuiu a medida em que o nível socioeconômico aumentou, mesmo em áreas sem a adição de flúor à água de

abastecimento público (JONES & WORTHINGTON, 2000; MARCENES & BONECKER, 2000).

Deve-se considerar como fator importante as desigualdades sociais, associadas à renda, ao desemprego, ao atraso tecnológico e aos elevados índices de analfabetismo. Além das dificuldades de acesso aos serviços odontológicos. Tal constatação foi registrada no levantamento do Ministério da Saúde em 1986, quando se indicou que as pessoas de renda mais elevada, possuem menos cáries comparadas aos de baixa renda (PINTO, 1997).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde os anos 60, vem estabelecendo padrões para os levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. Tal padronização é ofertada aos pesquisadores e aos países com o propósito de tornar possíveis comparações dos resultados (NARVAI, 1996).

O maior problema da Odontologia não é apenas o conhecimento da incidência e prevalência da cárie, mas a resolução dos problemas causados nos indivíduos e nas populações. Pinto (1997), afirma que o cenário epidemiológico brasileiro, em termos de saúde bucal, representa algumas das principais características da nossa sociedade: economia instável, desigualdades salariais e sociais, sistema educacional com ênfase na formação de nível superior, produção agrícola voltada para a exportação, grande número de pessoas de baixa renda e em estado de pobreza relativa ou absoluta.

No Brasil, já foram realizados quatro grandes levantamentos epidemiológicos nacionais sobre cárie dentária. Nos levantamentos de 1986 e 1993, o diagnóstico de cárie foi mais abrangente, utilizando sonda exploradora para auxiliar no diagnóstico. Já em 1996 e 2003, os critérios foram mais práticos, considerando cárie somente lesões cavitadas e lesões secundárias (Brasil, 1988; Pinto, 1993; Roncalli, 1998; Brasil, 2004).

O primeiro em 1986, que em sua amostragem selecionaram 16 capitais onde havia FIESP (Fundação de Serviços de Saúde Pública), com valor estimado de 23.180 habitantes, mas sem dados comprovados, sendo 120 estudantes por escola da zona urbana e 16 domicílios por setor censitário (BRASIL, 2004).

Averiguando as idades-índices de 6 a 12 anos, e realizando os exames em pátios e corredores das escolas e alguns no consultório odontológico, o índice CPOD (dentes cariados, perdidos e/ou obturados) aos 12 anos de idade, obteve-se o resultado igual a 6,67. Já em 1983, similar ao estudo anterior no seu modo de coleta de dados e exames,

também foi realizada em escolas da zona urbana distribuídas em 114 cidades, com o resultado de índice CPOD de 4,90 (BRASIL, 2004).

Em 1996, o levantamento realizado abrangeu os 26 estados da federação, seguindo o plano de amostragem da OMS e do Ministério da Saúde, com 30.240 escolares avaliados, com as mesmas idades índices, onde o CPOD apresentou, na faixa etária dos 12 anos o valor igual a 3,12, bem reduzido comparado aos últimos levantamentos (BRASIL, 2004).

Três anos depois, em 1999, investigaram a redução de experiência da cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros durante o final do século XX e concluíram que a fluoretação das águas de abastecimento público, a adição de compostos aos dentifrícios e a descentralização do sistema de saúde foram aspectos a ser ponderados para a compreensão do processo de declínio de cárie dentária (NARVAI, et all, 1999).

Já no ano de 2003, o levantamento revelou um CPOD de 2,78, os critérios de exames utilizados para cárie foram semelhantes aos do ano de 1996. Apresentando um diferencial, pois abrangeu áreas rurais além da urbana, sendo mais criterioso quanto aos aspectos amostrais, onde representou a real condição bucal em nível nacional. Foram identificados os mais altos índices nas cidades sem água fluoretada, porém, a maioria era pouco populosa, localizadas nas regiões mais pobres do Brasil onde a condição socioeconômica poderia influenciar na condição bucal como um todo (MARTINS, A.M.E.B.L. et. Al., 2005).

Chegado 2010, o levantamento epidemiológico trouxe um CEO-D de 2,43 para faixa etária de 5 anos, já para os de 12 anos, a média CPOD foi de 2,07. Houve redução quando comparado ao último levantamento de 26,2% em 7 anos. Os dados foram coletados por meio de um dispositivo eletrônico, o Personal Digital Assistant (PDA) permitindo que os bancos de dados fossem produzidos durante a coleta, transferindo os resultados para computadores e convertendo em DBF (Data Base File) que é um arquivo de dados onde é editado novos campos ou alteram valores já existentes. O uso de fichas de papel ocorreu somente em casos excepcionais (BRASIL, 2010).

Ao comparar os resultados dos levantamentos epidemiológicos da cárie, a cautela preside, pois, os mesmos foram realizados por meio de diferentes abordagens metodológicas. Observa-se, ainda, a necessidade da criação de um sistema de vigilância epidemiológica da saúde bucal, com a manutenção de banco de dados a respeito das condições de saúde bucal da população brasileira, para subsidiar políticas de saúde no país, assim como para avaliar as mesmas (MARTINS, A.M.E.B.L. et. al., 2005).

No ano de 2020, estava previsto para ser realizado o 5º levantamento epidemiológico SB Brasil, com aproximadamente 40 mil pessoas em várias regiões do Brasil, com o objetivo de proporcionar a gestão do SUS informações para o planejamento de ações de promoção, prevenção e assistência em saúde bucal nas esferas municipais e estaduais. Porém, em consequência da Pandemia da COVID-19 e o crescimento de casos no país, fez com que a coordenação geral de saúde bucal suspendesse temporariamente as ações relacionadas à coleta de dados do projeto SB Brasil 2020 (BRASIL, 2019).

4.2 Saúde Bucal da população rural na Estratégia de Saúde da Família

Para estimular a reorganização de ações no nível primário de atenção, foi proposta pelo Ministério da Saúde (MS) a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa inserção firmou-se por meio da Portaria 1.444 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000).

Meses depois, foi publicada a Portaria 267 de março de 2001, que regulamentou e estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal, especificando os integrantes da equipe para esse nível de atenção, bem como suas variações: Modalidade I, composta por Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário, atual Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); Modalidade II, composta por CD, ASB e Técnico de Higiene Dentária, atual Técnico de Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, 2001).

Logo, as ações de saúde bucal na ESF devem seguir os princípios e diretrizes do SUS que visam à ampliação do acesso as ações e ao tratamento de doenças já instaladas além das intervenções nos fatores determinantes de saúde (ANDRADE, FERREIRA, 2006).

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a odontologia se viu inserida num contexto diferente de atenção em saúde, que olha o paciente como um todo e não somente os seus problemas bucais (SOUZA et all, 2001).

Vista como uma estratégia para a reorganização da atenção primária em saúde (APS) no Brasil, a Saúde da família sustenta os valores e princípios da promoção da saúde quando preconiza a atuação a partir de uma visão ampla da saúde da família dentro do território (BRASIL, 2006).

O acolhimento é um dos importantes atributos do cuidado na APS, caracterizada como escuta humanizada e qualificada das necessidades dos pacientes, potencializando

não só o vínculo terapêutico como também do acesso aos serviços de saúde (GARNELO, L. et all, 2018).

Baseado em ações multidisciplinares, a equipe é estimulada a legitimar, por meio do vínculo e do fortalecimento da participação social, as potencialidades e as possibilidades de parcerias intersetoriais para atingir a integralidade da atenção. As articulações devem ser focadas na identificação das vulnerabilidades e criação de ações que protejam a saúde e defendam a equidade e a participação social (BRASIL, 2006).

No contexto da Atenção Básica em Saúde, a estratégia de saúde da família vem sendo constituída por meio de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que inclui a promoção e proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde (BRASIL,2006).

É desenvolvida também por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, através do trabalho em equipe, dirigidas as populações de territórios bem delimitados, assumindo a responsabilidade sanitária, considerando as necessidades existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Diante disso, a PNSIPCF defende que o acesso das populações rurais ao SUS necessita de uma articulação de experiências e conhecimentos de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações intersetoriais, como também das informações e responsabilidades compartilhadas, no intuito de atingir a atenção à saúde com qualidade e integralidade (BRASIL, 2013).

Segundo o senso de 2010 do IBGE a população rural representa quase 16% da população brasileira. Possui uma farta dependência dos serviços públicos de saúde e fraca vinculação, além de enfrentarem iniquidades de acessos geográficos, precariedade do espaço físico das Unidades e falta de profissionais de saúde. Fatores estes que limitam a oferta da atenção primária a saúde (GARNELO, L. et all, 2018).

Nesses territórios, as famílias rurais esperam dos profissionais de saúde ações que configurem suas necessidades. Que suas experiências de vida sejam reconhecidas, valorizadas e compartilhadas. Em contrapartida, na perspectiva de melhora, que contribuam para o empoderamento da população, dando autonomia para serem sujeitos na busca das soluções de problemas de saúde envolvendo a comunidade (GARNELO, L. et all, 2018).

Neste sentido, a PNSIPCF reitera o princípio da universalidade do SUS, mediante as ações de saúde integral garantindo a constitucionalidade. Significando o

compromisso com a promoção da equidade em saúde e garantindo o objetivo de procurar soluções para problemas específicos à vida e ao processo de trabalho do campo (BRASIL, 2013).

Logo, o reconhecimento da comunidade rural é imprescindível para a adequação do cuidado e da promoção em saúde bucal e ao princípio da equidade, conciliando os recursos assistenciais e preventivos às efetivas necessidades desta população (MELLO, T. R. C.; ANTUNES, J. L. F., 2004).

Apesar da criação da Política Nacional de Saúde Bucal que ocorreu no ano de 2004 (PNSB), considerada como um marco histórico da saúde bucal brasileira, cujo objetivo foi de ampliar e garantir atenção odontológica por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, estruturada em todos os níveis de atenção, estas ações quando realizadas ocorrem de maneira incipiente ou, na sua grande maioria, não ocorrem e tornam negligenciada aquelas populações que se encontram longe dos grandes centros urbanos também denominadas de populações rurais.

5. OBJETIVOS

5.1 Geral

Analisar a situação da doença cárie em crianças de 5 e 12 anos, moradores da zona rural de Planaltina – DF, no ano de 2020.

5.2 Específicos

- a) Caracterizar a população estudada, considerando: Sexo, idade, cor/raça, situação escolar e microrregião.
- b) Investigar o ataque da doença cárie nesta população;
- c) Comparar o grau de severidade da doença nesta população;

6. METODOLOGIA

6.1. Local do Estudo

O estudo foi realizado na área rural da região norte de Brasília- DF, em Planaltina, tendo como base o local da atuação profissional do pesquisador.

Considerando as características, diversidades e abrangência do território, foram selecionadas 8 Microrregiões da zona rural, cobertos pelo serviço da Unida Básica de Saúde (UBS) - 17 Jardins Morumbi.

Tabela 1 – Microrregiões cobertas pelos serviços da UBS-17

UBS – 17 JARDINS MORUMBI	MICRORREGIÃO
1	Núcleo Rural Sarandi
2	Núcleo Rural Morumbi
3	Núcleo Rural Quintas do Maranhão
4	Núcleo Rural Monjolo
5	Núcleo Rural Bonsucesso
6	Núcleo Rural Assentamento Márcia Cordeiro Leite
7	Núcleo Rural Palmeira
8	Núcleo Rural Quintas do Vale Verde

Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF – 2020

6.2. População e Amostra do estudo

Por meio do E-SUS, plataforma que registra informações do cidadão, foram identificados os cadastros individuais na região de abrangência da UBS – 17,

totalizando uma população de 3.493 habitantes. Destes, 288 crianças são da faixa etária entre 05 a 09 anos e 286 entre 10 a 12 anos.

Sendo assim, para este estudo foram investigadas 10% da amostra geral de crianças nas faixas descritas anteriormente (aproximadamente 60 crianças). Segundo a OMS esses grupos etários são os indicados para levantamentos populacionais em saúde bucal.

No grupo etário de 5 anos o interesse ocorre para identificação dos níveis de cárie na dentição decídua, no Brasil, pode-se considerar crianças na faixa escolar do ensino fundamental I. Vale ressaltar que para os grupos mais velhos não é permitido apontar os incisivos decíduos como “Perdido”, devido à dificuldade de diferenciar aqueles que foram perdidos naturalmente ou decorrente de trauma ou por cárie (OMS, 2017).

Para o grupo etário de 12 anos, identifica-se a presença da doença cárie na dentição permanente, pois é provável que todos os dentes já tenham irrompido na cavidade oral, exceto os terceiros molares. É válido para esta contabilização crianças que estão no final da faixa escolar do ensino fundamental I (OMS, 2017).

6.3. Período de Referência

Este estudo levou em consideração a experiência de cárie nas crianças de 5 e 12 anos, residentes nos núcleos rurais selecionados, no ano de 2020.

6.4. Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório que utilizou a amostra não probabilística por conglomerado. Sua fase inicial ocorreu pela seleção de subgrupos populacionais importantes que tenham probabilidade de obter níveis de doenças diferentes para compor a amostra. O método de escolha foi considerado adequado para identificar a prevalência das principais doenças bucais, a exemplo da cárie dentária, e condições que afetam a população, além de encontrar variações nos níveis de doença e severidade em subgrupos populacionais (OMS, 2017).

Portanto, levantamentos exploratórios podem ser sistemáticos ou pilotos em base

nacional, a depender do número, dos locais amostrais e grupos etários a serem incluídos. O levantamento sistemático inclui exames suficientes para cobrir todos os grupos etários da população, sendo ao menos três grupos etários ou idades-índices recomendados para exame pela OMS (2017).

Sendo assim, o presente estudo pode ser considerado uma análise descritiva da situação da cárie dentária de um grupo de crianças da zona rural do Distrito Federal no ano de 2020.

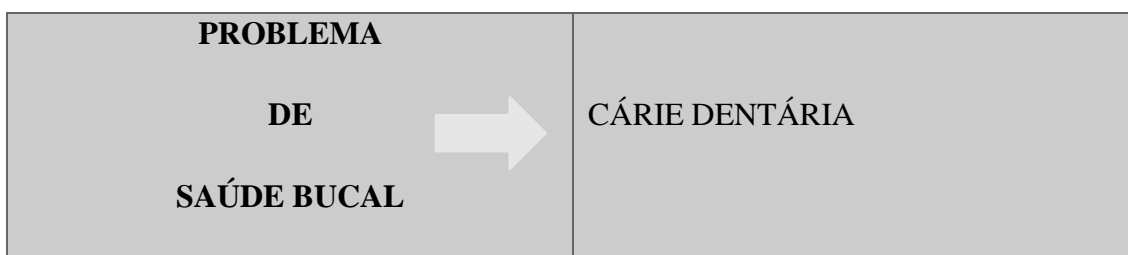
O levantamento epidemiológico identificou o ataque da doença cárie utilizando os índices do CPO-D (dentição permanente) e CEO-D (dentição decídua), respectivamente. Ambos são para utilizados medir e comparar a experiência de cárie dentária e o seu resultado expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um indivíduo e/ou grupo de indivíduos (OMS, 1997).

6.5. Definição de variáveis

Para compor a análise da situação de cárie foram utilizadas as seguintes variáveis:

Tabela 2 – Variáveis utilizadas para o estudo

	VARIÁVEIS
PERFIL DOS PACIENTES	IDADE
	SEXO
	MICRORREGIÃO
	RAÇA/COR
	SITUAÇÃO ESCOLAR
	EXPERIÊNCIA PRÉVIA ODONTOLÓGICA



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF – 2020

6.6. Coleta dos dados e exames dos participantes

Inicialmente, as crianças foram abordadas de maneiras diferentes levando-se em consideração a sua idade escolar. Para aquelas que estavam em processo de alfabetização foi demonstrado por meio de imagens do que se tratava o estudo, já para crianças alfabetizadas em formato de texto corrido.

Após a anuência da criança, por meio do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) pelo responsável legal, foi realizado a coleta dos dados por meio de exames da cavidade oral seguida da identificação do paciente por meio de um código. O exame foi realizado dentro do consultório odontológico da unidade básica de saúde, com intervalos de 1 hora para cada paciente atendido. Este por sua vez, ocorreu após o preenchimento da ficha odontológica com os dados de identificação de cada participante, procedência e experiência prévia odontológica. Deve-se destacar que os exames seguiram de acordo com a preconização da OMS para levantamentos em saúde bucal, ou seja, ocorreram em ambiente limpo, calmo, iluminado e com o participante deitado (OMS, 1993).

Previamente ao exame dos dentes foram realizadas atividades educativas e informativas, de maneira individual, respeitando a nota técnica Nº 16/2020 do Ministério da Saúde (Evitar aglomerações e atentar para os atendimentos, assumindo maiores intervalos entre as consultas, com vistas a proporcionar maior tempo para adequada descontaminação dos ambientes) diante da Pandemia do COVID-19. Tal atividade foi realizada juntamente com o responsável pela criança e abordou temas expressivos a melhoria das condições de saúde bucal (alimentação, dieta, prevenção das doenças bucais e higiene bucal).

Todos os elementos dentários foram examinados com a utilização do espelho bucal e sonda exploratória de ponta romba com o auxílio do jato de ar da seringa tríplice

para identificação da cárie dentária. Durante o exame foram anotados no odontograma presente na ficha de cada participante a situação de cada elemento dentário (hígido cariado, obturado ou perdido).

Após a realização de todos os exames foram calculados os índices de ataque de Cáries CEO-D e CPO-D para identificar o ataque pela doença em cada grupo.

6.7. Análise dos dados

Foram utilizados os dados do levantamento epidemiológico de um grupo de participantes entre 5 e 12 anos, visando analisar o índice de cárie (CPO e CEO). Inicialmente, os dados obtidos por meio das fichas odontológicas (sexo, idade, microrregião, raça/cor, situação escolar e experiência prévia odontológica) foram tabulados e processados pelo programa *Microsoft Excel 2016*. A partir destas informações foi possível caracterizar a população estudada.

Em seguida, o ataque da doença cárie foi investigado a partir do somatório de cada condição (cariado, perdido/extraído e obturado), pelo percentual dos que estiveram livres da doença cárie, pela média do CPO-D e CEO-D e pela composição percentual de cada índice (%C, %P/E, %O).

Para comparar o grau de severidade da doença utilizou-se para o CPO-D a seguinte interpretação (RIPSA, 2008):

- CPOD 0,1 a 1,1 Prevalência muito baixa
- CPOD 1,2 a 2,6 Prevalência baixa
- CPOD 2,7 a 4,4 Prevalência moderada
- CPOD 4,5 a 6,5 Prevalência alta
- CPOD = ou > 6,6 Prevalência muito alta

No caso do CEO-D, utilizou-se a meta estabelecida pela OMS para o ano 2000 é de 50% das crianças livres de cárie (CEO-D=0) aos 5-6 anos de idade (RIPSA, 2008).

Por fim, para demonstrar convergências divergências e singularidades das informações obtidas, foram construídas tabelas, quadros e gráficos.

6.8. Considerações Éticas

O estudo foi submetido e apreciado pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Fiocruz de Governo – Brasília e ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) no mês de julho de 2020 e aprovado no mês de setembro de 2020 sob Parecer nº 4.255.299.

O autor destaca que foram observados todos os aspectos éticos e técnicos para a elaboração deste estudo. Assim, o estudo respeitou os princípios éticos para pesquisas que envolvem seres humanos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/CNS de 12 de dezembro de 2012.

Os benefícios individuais e coletivos provenientes do estudo referem-se à geração de conhecimento direcionado para área da saúde. Além disso, para os pacientes com necessidades de tratamento, foram atendidos conforme disponibilidade da agenda do pesquisador e também encaminhados para atendimento com o cirurgião dentista servidor da UBS-17.

Os riscos foram mínimos associados à integridade física e constrangimento dos participantes examinados, visto que o exame realizado se tratou de uma simples inspeção da cavidade oral. Em relação ao risco de exposição acerca da identificação do participante, o autor certifica que os participantes do estudo terão mantidos sob sigilo todos os seus dados de identificação.

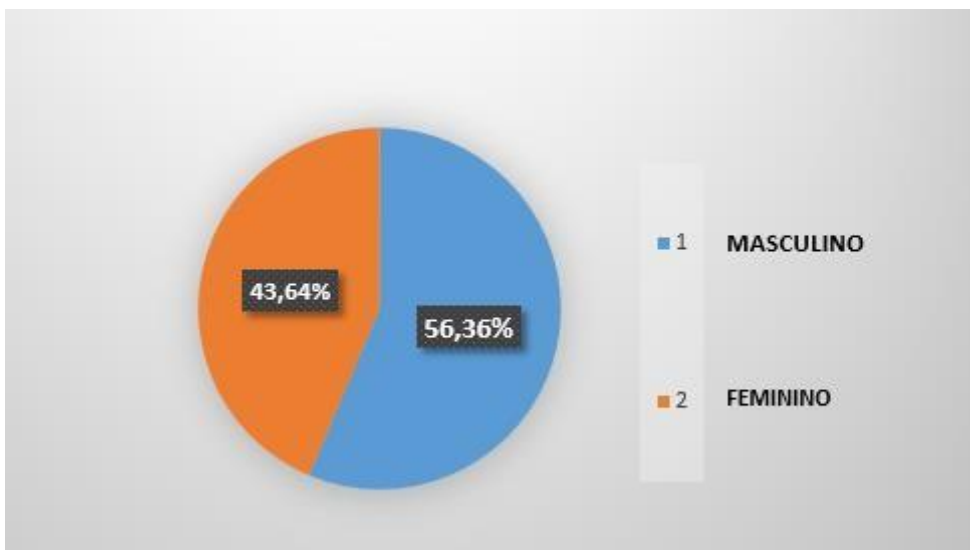
7. RESULTADOS

Para o presente estudo foram obtidos os seguintes resultados:

7.1 Caracterização da população investigada

7.1.1 Sexo e Idade

Figura 1: Número de crianças por sexo examinadas na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF – 2020

Das 55 crianças na faixa etária de 5 e 12 anos examinadas, 31 delas foram do sexo masculino e 24 do sexo feminino. Para a faixa etária dos 5 anos foram verificadas 14 do sexo feminino e 17 do sexo masculino, já para os com 12 anos de idade, 10 foram do sexo feminino e 14 do sexo masculino.

Figura 2: Crianças examinadas na faixa etária de 5 anos quanto ao sexo na UBS de Planaltina/DF no ano de 2020.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

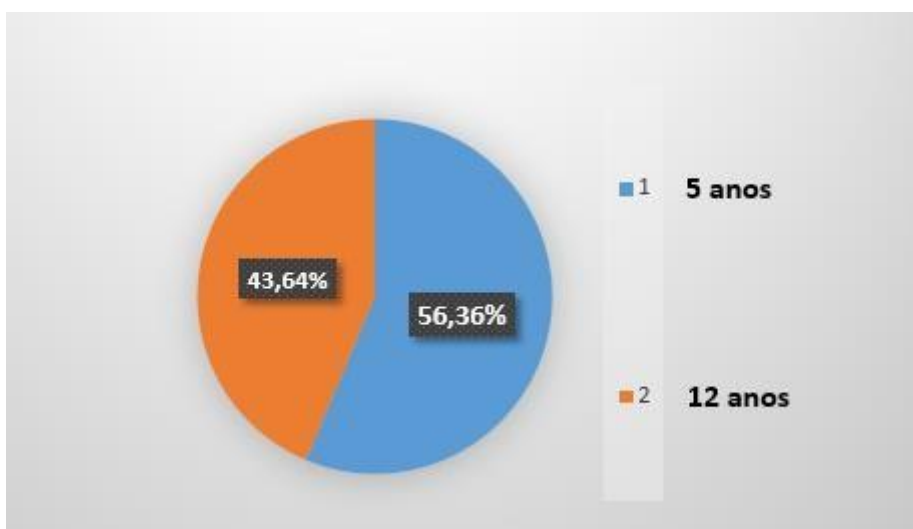
Figura 3: Crianças examinadas na faixa etária de 12 anos quanto ao sexo na UBS 17 de

Planaltina/DF no ano de 2020.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF – 2020

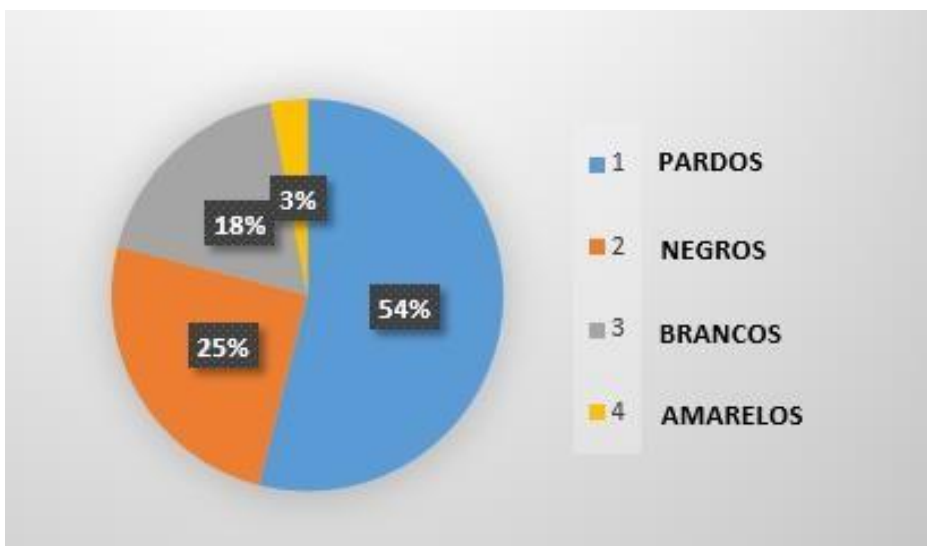
Figura 4: Crianças examinadas por idade da UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

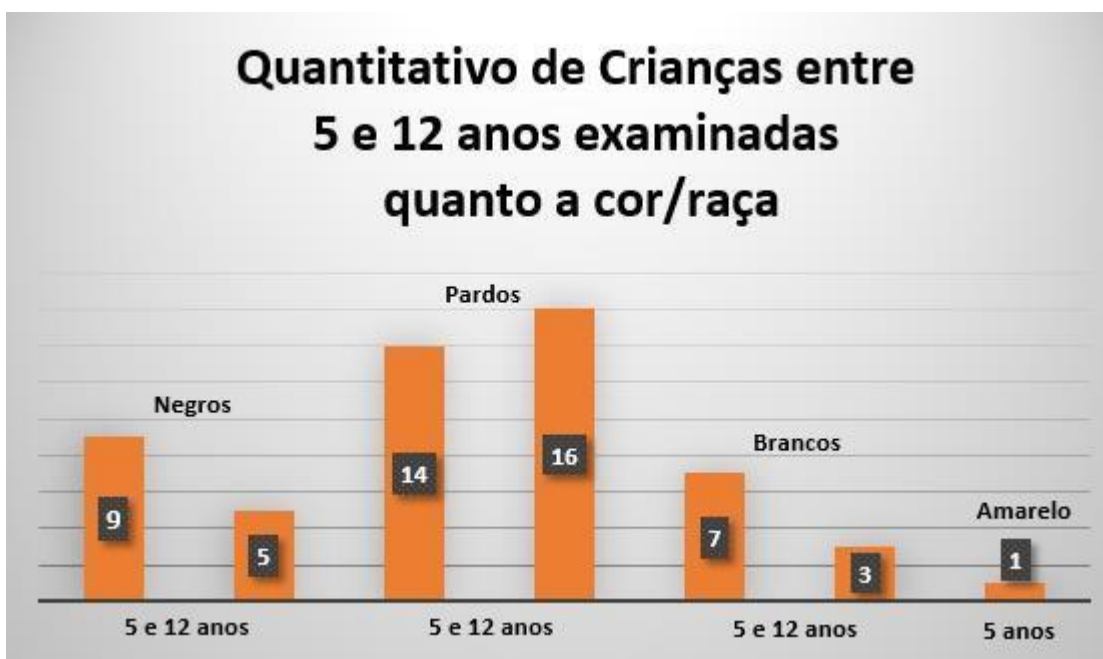
7.1.2 Raça/Cor

Figura 5: Crianças examinadas por raça/cor na UBS 17 DE Planaltina/DF no Ano de 2020.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

Figura 6: Crianças examinadas por raça/cor considerando as faixas etárias de 5 e 12 anos na UBS de Planaltina/DF no ano de 2020.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

Das 55 crianças examinadas, 30 eram da cor/raça parda, destas, 14 crianças com 5 anos de idade e 16 com 12 anos. Para os da cor/raça negra acumulou um total de 14 crianças, sendo 9 com 5 anos e outras 5 com 12 anos. Quanto aos de cor/raça branca o total foi de 10 crianças, 7 com 5 anos e 3 com 12 anos. Por fim, quanto a cor/raça amarela com 1 criança apenas na faixa etária de 5 anos. Todas as declarações foram feitas pelos respectivos pais e/ou responsáveis.

7.1.3 Situação Escolar

Todas as 55 crianças avaliadas estão matriculadas regularmente na rede pública de ensino.

7.1.4 Microrregião

Tabela 3: Quantitativo de crianças examinadas por microrregião da UBS-17.

MICRORREGIÃO	CRIANÇAS	5 anos	12 anos	Sexo
Quintas do Vale Verde	15 crianças	10 crianças	5 crianças	7 Masculino
				8 Feminino
Sarandi	3 crianças	Não foram examinadas nesta faixa etária	3 crianças	2 Masculino
				1 Feminino
Palmeiras	4 crianças	2 crianças	2 crianças	4 Masculino
				0 Feminino
Monjolo/Assentamento M.C.L/Vila Taquaril	8 crianças	3 crianças	5 crianças	5 Masculino
				3 Feminino
Bonsucesso	6 crianças	4 crianças	2 crianças	2 Masculino

				4 Feminino
Jardim Morumbi	9 crianças	7 crianças	2 crianças	5 Masculino
				4 Feminino
Quintas do Rio Maranhão	10 crianças	5 crianças	5 crianças	6 Masculino
				4 Feminino

Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

7.2. Ataque da doença Cárie na população investigada

7.2.1 CEO – D (Cariados, extraídos e Obturados)

Figura 7: Quantitativo geral de dentes cariados, extraídos e obturados das crianças na idade-índice de 5 anos examinados na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF – 2020

Tabela 4 - CEO – D verificado nas crianças de 5 anos na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020.

Quantidade	CEO – D TOTAL	MÉDIA
31 Crianças	169	5,45

Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

7.2.2 - CEO – D = 0 (livres de Cárie)

Para interpretação são contabilizadas as crianças de cinco e/ou seis anos completos, que por meio do exame não obtiveram nenhum dente cariado, extraído e obturado na dentição decídua. No total foram verificadas 31 crianças, destas, apenas 5 estavam livres de cárie (CEO-D = 0). Para este cálculo considerou-se o número total de crianças livres de cárie (5) dividindo-se pelo total de crianças examinadas (31) e multiplicando-se por 100 ($5 \div 31 \times 100$). A média final foi de 16,12%, portanto, ficou abaixo do valor preconizado pela OMS, no mínimo 50%. Valores baixos indicam condições de saúde bucal precárias na população investigada.

7.2.3 CPO – D (Cariados, Perdidos e Obturados)

Figura 8: Quantitativo geral de dentes cariados, perdidos e obturados das crianças na idade-índice de 12 anos na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF – 2020

Tabela 5 - CPO – D verificado nas crianças de 12 anos na UBS 17 de Planaltina/DF no ano de 2020.

Quantidade	CPO – D TOTAL	MÉDIA
24 Crianças	69	2,87

Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

Para o cálculo do índice CPO-D foi levado em consideração à dentição permanente. A avaliação do grau de severidade da cárie foi analisada por meio dos valores da quantidade total de dentes cariados, perdidos e obturados divididos pela quantidade total de crianças examinadas. Sendo assim, o resultado final apresentado (2,87) demonstrou uma prevalência moderada para doença cárie.

Nos gráficos abaixo se encontram as comparações das médias dos índices de ataque de cárie encontrados através do CEO – D e CPO – D.

Figura 9: Comparativo das médias dos índices (CEO e CPO – D) de ataque da cárie na UBS 17de Planaltina/DF no ano de 2020.

GRÁFICO COMPARATIVO COM A MÉDIA DOS ÍNDICES CEO E CPO - D



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF – 2020

7.2.4 - Índice CEO e CPO – D quanto ao sexo e raça/cor:

Tabela 6 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com o perfil sociodemográfico e situação de cárie (n=55). Planaltina, Brasília, DF, Brasil, 2020.

Variáveis	Crianças de 5 anos		Crianças de 12 anos	
	Frequência Número (%)	(CEO-D)	Frequência Número (%)	(CPO-D)
Sexo				
Masculino	17	5,35	14	2,92
Feminino	14	5,57	10	2,8
Raça/cor				
Negro	9	6,67	5	3,8
Pardo	14	4,85	16	2,8
Branco	7	5,42	3	1,0
Amarelo	1	3,0	0	-
Total	31 (100)	5,45	24 (100)	2,87

Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

Sendo assim, para interpretação do grau de severidade da cárie a partir do valor final apresentado para ambos os sexos (2,88 e 3,7) é considerada moderada de acordo com a avaliação da OMS.

Por meio dos resultados (3,8/2,8/1,0) verificou-se que o grau de severidade do ataque da cárie foi considerado moderado para as crianças de cor/raça negros e pardos, já para os brancos foi muito baixa.

7.2.5 - Índice CEO e CPO – D quanto à microrregião da UBS 17 de Planaltina/DF:

Tabela 7 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a microrregião (n=55). Planaltina, Brasília, DF, Brasil, 2020.

Variáveis	Crianças de 5 anos		Crianças de 12 anos	
	Frequência Número (%)	(CEO-D)	Frequência Número (%)	(CPO-D)
Microrregião				
Quintas do Vale Verde	10	6,0	5	1,2
Sarandi	-	-	3	2,0
Palmeiras	2	5,5	2	4,5
Monjolo/A.M.C.L./V. Taquaril	3	1,67	5	1,0
Bonsucesso	4	2,5	2	2,0
Jardim Morumbi	7	7,14	2	3,5
Quintas do Rio Maranhão	5	6,6	5	4,0
Total	31 (100)	5,45	24 (100)	2,87

Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

Sendo assim o resultado final apresentado por microrregião demonstra a variação quanto à prevalência da cárie. Nas microrregiões do Monjolo, Assentamento e

Vila Taquaril o grau de severidade é considerado muito baixa, já no Quintas do Vale Verde, Sarandi e Bonsucesso apresentaram prevalência baixa. Para o Jardim Morumbi e Quintas do Maranhão foi avaliada como moderada e o Palmeiras classificado como alta como mostra o quadro a seguir.

No gráfico abaixo se encontra as comparações das médias dos índices de ataque da cárie encontrados através do CEO – D por microrregião.

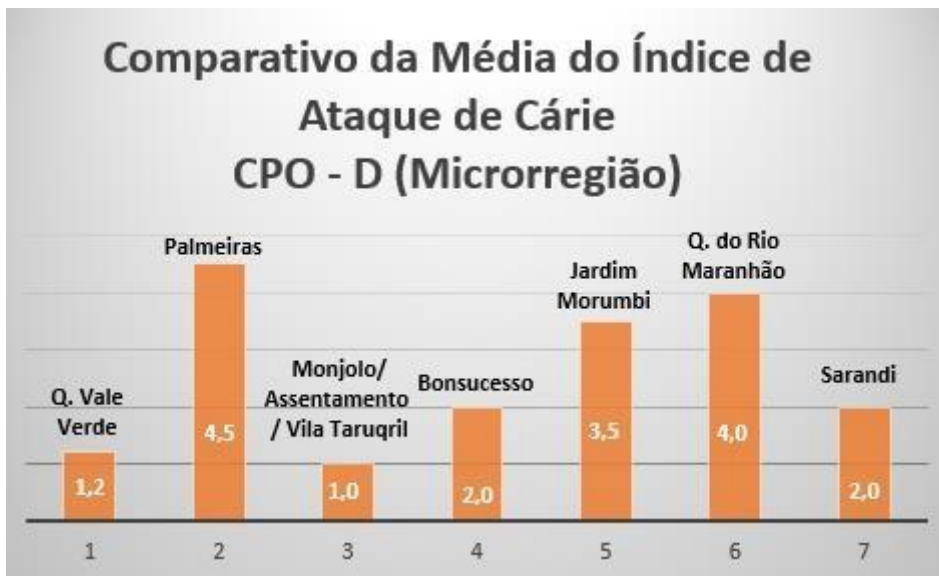
Figura 10: Comparativo da média do índice de ataque de cárie CEO-D por microrregião.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

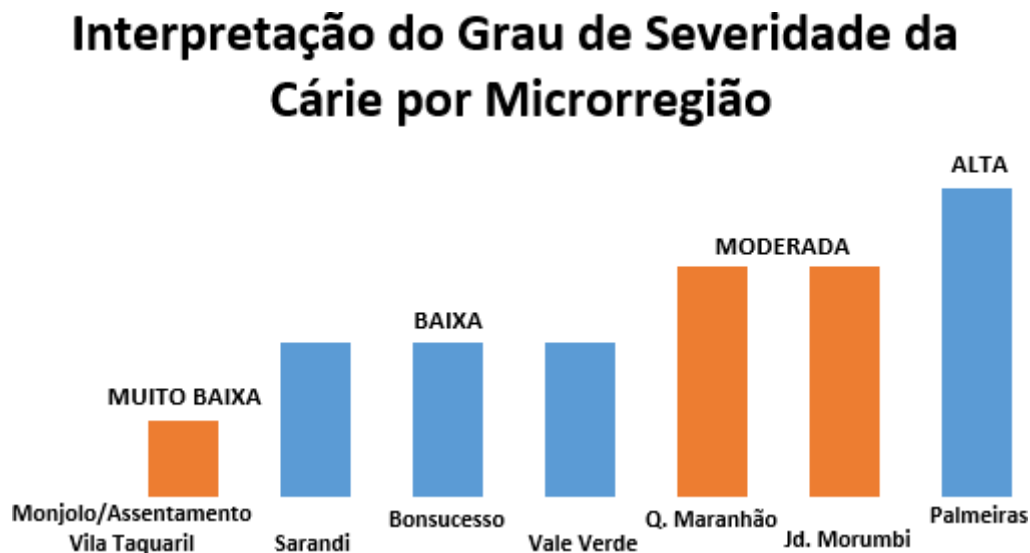
No gráfico abaixo se encontra as comparações das médias dos índices de ataque da cárie encontrada através do CPO – D por microrregião.

Figura 11: Comparativo das médias dos índices de ataque de cárie CPO-D por microrregião.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF – 2020

Figura 12: Interpretação do Grau de Severidade da Cárie por microrregião.



Fonte: UBS 17 – Planaltina/DF - 2020

8. DISCUSSÃO

Por meio do levantamento epidemiológico da prevalência de cárie dentária em crianças de 5 e 12 anos cobertos pelos serviços da UBS-17 foi possível produzir informações sobre as condições de saúde bucal destas populações.

Estas por sua vez são populações do Campo caracterizadas como povos que possui seus modos de vida, produção e reprodução sociais ligadas diretamente a terra. Por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões e culturas que marcaram sua história (Brasil, 2013).

Portanto, o reconhecimento de que saúde é estabelecida pelas condições culturais, ambientais, econômicas e sociais foi incorporada na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta para afirmar a ampla necessidade de ações intersetoriais e de compreensão do território (Brasil, 2013).

Segundo o Plano Nacional de Saúde, no campo brasileiro é encontrado os maiores índices que caracterizam uma situação de enorme pobreza (Brasil, 2013). Além disso, o Brasil ainda possui iniquidades nas distribuições das riquezas, com populações diversas vivendo em condições que não lhes permite o acesso mínimo aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Por outro lado, é preciso compreender que pobreza não é a ausência de bens materiais, mas sim a vulnerabilidade que provém da falta de oportunidade para buscar alternativas que podem se manifestar por meio da falta de emprego, de moradia digna, de uma alimentação adequada, de educação, de serviços de saúde e do acesso a saneamento básico (BRASIL, 2013).

Às limitações das ofertas destes serviços são associadas à baixa renda, a distribuição populacional e as grandes distâncias geográficas. Unindo tais elementos, culminam em barreiras de acesso e sua utilização, que penalizam principalmente as populações rurais (GARNELO, L. et al., 2018).

Para enfrentamento desta condição, o acesso à educação tem sido um importante aliado no planejamento de ações de promoção, prevenção e educação em saúde bucal, bem como a organização da assistência odontológica na Atenção primária, a fim de subsidiar e contribuir na estruturação de um sistema de vigilância em saúde com metas que possam reduzir os resultados aqui apresentados.

Ao analisar esta realidade pela ótica da estratégia de saúde da família que está contida na APS, remete-se a problemática geral dos serviços de assistência à saúde, tendo como destaque a odontologia. Além de características socioeconômicas

desfavoráveis, o acesso a serviços de saúde bucal tem sido de extrema dificuldade, pautado e limitado no modelo assistencial curativo (CASOTTI E. et all, 2014).

Para viabilizar a saúde bucal de modo eficaz, a odontologia precisar ter conhecimento dos agravos e das necessidades de tratamento dentário preventivo e restaurador, deste modo conseguir prever e planejar ações de saúde específicas e adequadas. O que reitera a importância da utilização da epidemiologia com o propósito de orientar o planejamento de programas e serviços de promoção de saúde bucal (MELLO, T. R. C.; ANTUNES, J. L. F., 2004).

Sendo assim, o produto do presente estudo está relacionado à prevalência de cárie obtida por meio do levantamento epidemiológico da doença, seu resultado foi desfavorável quando comparados a outras pesquisas com a mesma abordagem, mas de nível nacional (SB BRASIL 2010).

Por isso é presumida na política a utilização da epidemiologia da cárie e do território como base de dados para subsidiar o planejamento e incorporar práticas contínuas de avaliação e acompanhamento de danos, riscos e determinantes do processo saúde doença centradas na vigilância em saúde, embasado pela conclusão do Projeto SB Brasil de 2003 (BRASIL, 2011).

O controle de fatores de risco diretamente associados ao aparecimento da doença, como por exemplo, o consumo de sacarose, a condição socioeconômica, o acesso aos serviços odontológicos e os hábitos de higiene da população, é fundamental e de extrema importância para obtenção de uma diminuição significativa nos níveis de CPO-D (CORTELLI S. C., et all., 2004).

Atualmente, a progressão da cárie dentária ocorre de maneira mais lenta graças a ampla utilização de fluoretos (apesar de algumas populações não possuir acesso a água fluoretada) e ao aumento das atividades educativas e preventivas pelos serviços de saúde bucal. O tratamento e identificação precoce dessas lesões podem levar a uma estagnação ou regressão da doença (SOUZA M. E., et all., 2015).

Pode-se então verificar que a prevalência do ataque de cárie por meio do índice CPO-D para este estudo e comparando com o resultado de 2010 (2,7), resultou em 2,87. Seguindo as orientações da OMS foi avaliado como moderado quanto a sua severidade. E que por meio das variáveis relatadas foi permitido identificar fatores para discussão e

investigação do aparecimento da doença. O resultado obtido está desalinhado com a meta proposta pela OMS do CPO-D: O produto final alcance valores menores que 3.

Entre 1980 e 2003, a diminuição nos valores do índice CPO-D deixa evidenciado a tendência quanto a queda ao longo do período, que condiz a uma diminuição de 61,7%. Este declínio da prevalência e da severidade da cárie tem sido pautado em diferentes países americanos. Mas a comparação desta estimativa talvez não seja apropriada quando deparamos com o fato de que cada investigação aplica suas metodologias de maneiras diferentes (NARVAI, P. C., et al., 2006).

Já para a média do índice de ataque da cárie pelo CEO-D o produto final foi de 5,45. Um valor alto verificado nesta população. E quando analisamos os dentes livres de cárie (cpo-d=0) e seguindo as orientações da OMS, a quantidade de crianças com dentes hígidos, ou seja, sem a presença de doença cariosa, foi consideravelmente baixa (16,76%), entrando em desacordo com aquilo preconizado: onde o ideal é atingir a meta proposta de no mínimo 50%.

No que diz respeito ao sexo dos participantes deste estudo, 56% foi do sexo masculino e 44% feminino. Apesar da pouca diferença, observa-se que a prevalência de cárie através do índice CEO-D na faixa etária de 5 anos foi maior para as meninas representando 5,57 como média, já para os meninos com 5,35. Para a faixa etária de 12 anos o índice CPO-D foi o contrário, com médias de ataque da cárie de 2,8 e 2,92 para os do sexo feminino e masculino, respectivamente.

Alguns autores conferem às crianças do sexo feminino uma maior suscetibilidade ao aparecimento da cárie em aproximadamente dois anos após a erupção dentária, devido ao nascimento precoce de sua dentição (MAROTTI, M.; ALCÂNTARA, S.B., 1989). O que justificaria a maior prevalência para as meninas na faixa etária de 5 anos.

De todos os participantes da pesquisa, 54% são da cor/raça parda e 25% negra, sendo somente 18% e 3% brancos e amarelos, respectivamente. Deixando claro que a população estudada tem uma maior representatividade de negros e pardos. Quanto à severidade da cárie para negros e pardos foi avaliada como moderada e para brancos muito baixa.

É evidenciado as iniquidades raciais em saúde bucal, com maior vulnerabilidade para a população de negros e pardos. No Brasil, dados comprovam que os atendimentos são mais acessíveis aos brancos, onde fatores pertinentes ao acesso de políticas de

cuidados em saúde assumem papel fundamental na caracterização dos agravos para população negra (GUIOTOKU, et al., 2012).

Contudo, o nível social tem sido revelado como modulador da saúde bucal em várias populações de diferentes países da amplitude e da competência dos respectivos sistemas de saúde. Estudos realizados tanto no nível ecológico quanto no individual evidenciam a relação entre a condição bucal e as diferenças sociais. Assim sendo, as políticas de saúde do Brasil têm sido instruídas no intuito de tentar minimizar tais iniquidades, apesar de ser um país marcado por desigualdades socioeconômicas (Neves M, Giordani JMA, Hugo FN, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é amplamente utilizado nos estudos sobre as condições de vida. Partindo da concepção de que renda, saúde e educação são três pilares fundamentais para uma melhor qualidade de vida da população (MINAYO et al., 2000).

Por meio dos resultados pode-se observar que os participantes desta pesquisa estão matriculados regularmente na rede pública de ensino. O Programa de Saúde na Escola (PSE) instituído em 2007 prevê ações integradas com o objetivo de promover saúde e educação integral voltada para crianças, adolescentes, jovens e adultos (GUIDETTI E.; ALMEIDA, M. M., 2013). O que favorece para a população estudada ações intersetoriais entre a UBS e as escolas.

A educação em saúde é muito importante para a população, pois proporciona conhecimento a medida em que possa orientá-los para possíveis mudanças de atitudes e desenvolvimento de hábitos saudáveis (GARBIN, C. A. S. et al., 2016).

Em relação ao desenvolvimento das microrregiões, a maior média do índice CPO – D foi no Jardim Morumbi, esta por sua vez trata-se de uma comunidade constituída principalmente por aposentados, trabalhadores autônomos e assalariados, além de estarem localizados mais próximos da UBS-17.

Já o menor índice da prevalência de cárie estava presente na microrregião do Monjolo, Assentamento Márcia Cordeiro Leite e Vila Taquaril, onde as famílias são mais carentes e com condições sociais, econômicas e de moradias desfavoráveis. O que sugere explicar esta situação é o fato destas populações estarem sempre envolvidas em movimentos sociais e de educação em busca pela saúde autônoma, que vai além do direito ao acesso aos serviços.

Diante disso, a condição socioeconômica é considerada fator determinante no risco de aparecimento da cárie, caracterizando uma doença de países desenvolvidos

(MOYSÉS, 2000). Já outros autores relatam que entre os pré-adolescentes apresentam uma relação socioeconômica com a cárie dentária, quanto menor as condições, maior a experiência de cárie. (GUSHI, et al, 2005). No entanto, neste estudo verificou-se o contrário, as comunidades com índice menor de prevalência da cárie foram justamente as encaixadas neste perfil. O que insinua o comprometimento desta população e dos pais/responsáveis com a educação e o cuidado em saúde bucal.

Sendo assim, existe a necessidade de aumentar as ações de saúde local focado na população, onde é possível o diálogo entre os serviços de saúde, os movimentos sociais e os trabalhadores rurais. A fim de que corrobore com o rompimento da perspectiva voltada aos agravos em saúde, passando a ser centrado no usuário e na comunidade (CARNEIRO, et al, 2015).

9. CONCLUSÕES

- Após análise dos dados e obtenção dos resultados, chegou-se as seguintes conclusões:
- Um percentual abaixo do preconizado pela OMS para cárie = 0 (livre de cárie) foi verificado nas crianças de 5 anos da população estudada;
- Para as crianças de 12 anos verificou-se que o grau de severidade da cárie obtido por meio do índice CPO-D estava dentro do extrato de moderado;
- Em relação ao sexo, verificou-se que para crianças de 5 anos a prevalência foi maior para os de sexo feminino comparada aos do sexo masculino. Já para as crianças de 12 anos, o resultado foi o contrário, a prevalência foi maior para os do sexo masculino do que as do sexo feminino;
- Quanto a raça/cor observou-se que para as crianças de 5 anos de idade a prevalência foi maior para os negros, seguidos dos brancos, pardos e amarelos;
- Em relação ainda a variável raça/cor, observou-se também que as crianças de 12 anos de idade tiveram a prevalência maior entre negros e pardos quando comparados aos da população branca (1,0);
- Quanto a microrregião, verificou-se que as comunidades socialmente mais vulneráveis (Monjolo, Assentamento e Vila Taquaril) obtiverem o menor índice de ataque de cárie em crianças de 5 anos e 12 anos. Já para a comunidade mais desenvolvida o ataque de cárie foi maior para os de 5 anos;
- Ainda em relação à microrregião, constatou-se que a comunidade localizada mais próxima da UBS-17(Jardim Morumbi) obteve o maior índice de cárie em crianças com 5 anos.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil tem passado por momentos difíceis diante da Pandemia da COVID-19, portanto, foi um desafio estar na linha de frente no combate a propagação do vírus e em contrapartida ter que construir também um projeto de pesquisa para finalização do curso. Em meio aos riscos, a resiliência e a responsabilidade pessoal e profissional tiveram papel fundamental para o desenvolvimento.

Ao longo da coleta de dados possibilitou a imersão e identificação do grau de severidade da cárie para esta população, além disso, foi alcançado os objetivos propostos de modo a desempenhar uma boa representação dos resultados para enfrentamento do problema, afim de que os serviços de saúde da UBS-17 possam organizar seus próximos passos: De promoção, prevenção, educação e assistência em saúde bucal.

Diante disso, sugere-se a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde que dão assistência a população investigada, na intenção da promoção de um olhar mais apurado ao território, portanto, precisam estabelecer uma melhor escuta para as verdadeiras necessidades, do contrário, atuarão sob o que propõe o Ministério da Saúde sem atingir o que realmente precisam, contribuindo para a propagação de problemas históricos rurais: de invisibilidade e de descaso quanto a sua real necessidade.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE K.L.C, FERREIRA E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **CienSaudeColet**, 2006; 11(1):123-130.

BERTI, M. etall. **Levantamento epidemiológico de cárie dentária em escolares de 5e 12 anos de idade do município de Cascavel, PR**. Cadernos Saúde Coletiva. Vol21, no4. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em :<<https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400007>>.

BRASIL, Ministério da Saúde, 1988. **Pinto, Vítor Gomes**; SESI, 1993. Roncalli A. G., 1998 e Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Controle de Riscos em Serviços Odontológicos**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de saúde Bucal. **Resultados Principais do Projeto SB Brasil 2010: Condições de Saúde Bucal da população Brasileira**. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal, Série A. Normas e Manuais Técnicos**, Cadernos de Atenção Básica - n.º 17. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS; 2004. [acesso 2016 Abr 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2018. 350 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 53 a 56, p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS). **SB BRASIL 2020**. Brasília, 2019. Disponível em <<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/sbbrasil2020>> Acesso em: 11 de Jan. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família**. Diário Oficial da União 2000; 29 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 267/ GM de 06 de março de 2001**. Diário Oficial da União 2001; 7 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS-CNSB, 2004. Acesso em jun de 2020.

BRETAS L.P. et al. **Fluxo Salivar e Capacidade Tamponante da Saliva como Indicadores de Susceptibilidade à Doença Cárie**. Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.v.8, n.3, p.289-293, 2008.

CARNEIRO F.F. et al. **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dosagrotóxicos na saúde**. São Paulo: EPSJV; 2015.

CASOTTI E. etall. **Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB**. Saúde Debate. 2014. Out;38(spe):140-57.

CERQUEIRA, D.F. **Fundamentação teórica. Etiologia e Epidemiologia da Cárie Dentária. Especialização em Saúde da Família**. UNA-SUS. 2010.

COIMBRA, F. **Xerostomia. Etiologia e Tratamento**. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. Volume 50, N°3, 2009.

CORTELLI S. C., etall. **Fatores de risco à cárie e CPOD em crianças com idade escolar**. CiêncOdontolBras 2004; 7:75-82.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. 1. ed.São Paulo: Santos, 2005.

FURLANI, P. A., 1993. **Influências dos Aspectos Sociais e Culturais na Prevalência da Cárie Dentária em Escolares de Jaraguá do Sul**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.

GARBIN, C. A. S.etall. **Saúde bucalna escola: avaliação do conhecimento dos pais e da condição de saúde bucal das crianças**.Revista da Faculdade de Odontologia-UPF,21. 2016.

GARNELO, L. etall. **Acesso e cobertura da Atenção Primária à saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v.42, número especial 1, 2018.

GOMES I. **O que é rural? Contribuições ao debate**. Bol. geogr [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 2]; 31(3):81-95. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/BolGeogr/article/view/19007>.

GUIDETTI E.; ALMEIDA, M. M. **Organização da atenção em saúde bucal pelo Programa Saúde nas Escolas: levantamento de necessidades**. Rev. ABENO, Brasília, v.13, n. 2, p.69-75, 2013.

GUIOTOKU S. K. etall. **Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):135–41.

GUSHI L.L.et al.**Cárie dentária entre os adolescentes e sua relação com as variáveis sócioeconômicas**. J Appl Oral Sci. 2005;13(3):305-11.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE; 2011. 270 p.

JONES, C. M.; WORTHINGTON, H., 2000. **Waterfluoridation, poverty and tooth decay in 12-year-old children.** *Journal of Dentistry*, 28:389-393.

LORETTO, N. R. M. et al. **Cárie dentária no Brasil: Alguns aspectos sociais, políticos e econômicos.** *Revista da ABO Nacional*, 8:45-49. 2000.

MALTZ, M. et al. **Cariologia: Conceitos Básicos, Diagnóstico e Tratamento Não Restaurador (ABENO).** Edição 1. 2016. Cap1. p. 11-16.

MAROTTI, M.; ALCÂNTARA, S.B. **Influência da raça, sexo, idade e faixa salarial na experiência de cárie em indivíduos que procuraram o serviço de atendimento odontológico da FO/UFRGS.** *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 28/29: 41-7, 1989.

MARTINS, A.M.E.B.L. et al. **Levantamentos Epidemiológicos Brasileiros das Condições de Saúde Bucal.** *Unimontes Científica*. Vol7, n1 – Jan/Jun. 2005.

MARTINS, M. D. et al. **Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda.** *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*. 2:132-136. 1999.

MELLO, T. R. C.; ANTUNES, J. L. F. **Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* vol.20 no3. Rio de Janeiro. Maio/Junho 2004.

MINAYO, M. C. S. et al. **Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:7-18. 2000.

MOYSÉS SJ. **Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza.** *RBO*. 2000;1:19-28.

NARVAI, P.C. **Diagnóstico da cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol4. no.2 São Paulo Aug. 2001.

NARVAI, P.C. **Diagnóstico de saúde bucal.** São Paulo: HSP-FSP-USP; 1996.

NARVAI, P. C., et al. **Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX.** *Revista Odontologia e Sociedade*, 1:25- 29. 1999.

NARVAI P. C., et al. **Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social.** *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385-93.

NEVES M, GIORDANI JMA, HUGO FN. **Atenção primária à saúde bucal no Brasil: Processo de trabalho das equipes de saúde bucal.** *Ciênc Saúde Colet*. 2017set; 22(9):1-10
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Levantamentos em Saúde Bucal: métodos básicos – 5ª ed.** Tradução: Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo

(FOUSP). São Paulo: USP. 2017. 140 p.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 3: medida das condições de saúde e doença na população / Organização Pan-Americana da Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. p.39: il. 7 volumes.

PINTO, V. G. **Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Promoção de Saúde Bucal (L. Kriger, org.),** p. 24-41, São Paulo: Artes Médicas. 1997.

PMAD. **Pesquisa Metropolitana por Amostras de Domicílios.** Planaltina. CODEPLAN, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. 2016.

PONTES A.G.V. etall. **Necessidades de saúde de camponeses em conflito ambiental frente à instalação de Perímetros Irrigados.** Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 2]; 23(5):1375-1386. Disponível em: [http://www.scielo. br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1375.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1375.pdf)

PUCCA J.G.A. **Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil, integralidade e acesso:o caso Brasil Sorridente** [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.

RONCALLI, Â. G. **Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-1996.** Natal, 1998b.

ROSELINO P. L., DAMASCENO J. L. E FIGUEIREDO G. L. A. **Saúde Bucal na Atenção Primária à saúde: articulações entre o ensino e a estratégia de saúde da família.** Rev. odontol. UNESP vol.48. Araraquara, 2019.

SOUZA D.S, etall. **A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família.** RevBrasOdontol 2001; 65(2):7-29.

SOUZA M. E., et all. **Relação entre fatores socioeconômicos, clínicos e saúde bucalem escolares da zona rural: um estudo longitudinal.** RFO UFP. 2015;20(2):208-215.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys.** Geneva: ORH/EPID; 1993.