

Ana Júlia Nunes

**PROCEDIMENTOS CURATIVOS E PREVENTIVOS EM
ODONTOLOGIA: RELAÇÃO COM O ÍNDICE ceo-d E CPO-D – SANTA
CRUZ DO SUL, RS.**

Trabalho de conclusão apresentado ao
Curso de Odontologia da Universidade
de Santa Cruz do Sul para a obtenção
do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Prof^a. Me. Beatriz Baldo Marques

Coorientadora: Denise Henriqson

Santa Cruz do Sul

2016

Ana Júlia Nunes

**PROCEDIMENTOS CURATIVOS E PREVENTIVOS EM
ODONTOLOGIA: RELAÇÃO COM O ÍNDICE ceo-d E CPO-D – SANTA
CRUZ DO SUL, RS.**

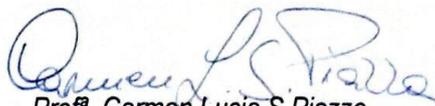
Esta Monografia foi submetida à banca de avaliação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.



Me. Beatriz Baldo Marques
Professora orientadora - UNISC



Dr.ª Gladis Benjamina Grazziotin
Professora examinadora – UNISC



Prof.ª Carmen Lucia S. Piazza
Professora examinadora - UNISC

Santa Cruz do Sul

2016

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a. Me. Beatriz Baldo Marques, por todo o auxílio durante a execução deste trabalho, através de incentivo, considerações e correções. Além da oportunidade de ser bolsista do Departamento de Cenários de Prática da UNISC, que foi de onde surgiu a vontade de realizar uma pesquisa na área da saúde pública.

À minha coorientadora cirurgiã-dentista Denise Henriqson, profissional concursada da rede municipal de saúde, por todo o empenho, incentivo e auxílio para que fosse possível a realização deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde e Divisão de Saúde Bucal de Santa Cruz do Sul/RS, pela autorização deste estudo, auxílio e boa vontade na coleta dos dados.

Agradeço a todos os professores do Curso de Odontologia pelo conhecimento compartilhado ao longo dos 5 anos de estudo. Além de todos os pacientes que fizeram parte da minha graduação, possibilitando a execução dos conhecimentos adquiridos em aula.

Quero agradecer a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e a todos os profissionais e alunos envolvidos, por terem me dado a oportunidade de participar do projeto piloto de extensão VICom (Vivência de Imersão Comunitária), o qual foi de suma importância para minha construção pessoal e profissional. Espero que o nosso projeto cresça e transforme cada vez mais pessoas.

Em especial à minha família, que sempre me apoiaram e me incentivaram mesmo nos momentos mais difíceis e estressantes durante toda a graduação. À minha mãe, Cláudia, por ter abdicado de outras coisas para que fosse possível realizar o meu sonho. Ao meu pai, João, por nunca ter desistido e ter proporcionado mais facilidades frente à universidade. Aos meus irmãos, Eduardo e João Gabriel, por terem diminuído o volume da TV ou da música durante meus momentos de estudo, sempre entendendo minha dedicação. E ao meu namorado, Eduardo, por estar presente sempre me incentivando no momento final da minha formação.

RESUMO

O presente estudo objetivou comparar o número de procedimentos curativos e preventivos realizados em Estratégias de Saúde da Família (ESF) com o índice de ceo-d aos 5 anos e CPO-D aos 12 anos de idade. A finalidade foi avaliar a eficiência da promoção e prevenção da saúde bucal no município de Santa Cruz do Sul, RS. Para isso, os dados dos índices foram apurados através de documentos da Secretaria Municipal de Saúde Bucal, referentes aos anos de 2014 e 2015. Os números de procedimentos realizados foram coletados a partir dos relatórios de produtividade profissional, na Secretaria Municipal de Saúde, compreendendo o período de maio/2013 a maio/2016. A pesquisa é do tipo observacional transversal descritiva. Nas seis ESFs participantes da análise, foram realizados 24.376 procedimentos, sendo 7.075 curativos e 17.301 preventivos. A média dos índices foi ceo-d de 1,93 aos 5 anos e CPO-D 0,91 aos 12 anos. Pode-se observar que as ESFs que executaram mais procedimentos preventivos, apresentaram índices de ceo-d e CPO-D menores do que a que realizou maior número de procedimentos curativos.

Palavras-chave: Saúde bucal. Epidemiologia. Cárie dentária. Promoção e prevenção. Índice ceo-d e CPO-D.

ABSTRACT

This study aimed the number of curative and preventive procedures performed in the Family Health Strategy (FHS) with ceo-d index at 5 years and DMFT at 12 years old. With a goal to evaluate the efficiency of health promotion and oral health prevention in the city of Santa Cruz do Sul, RS. For this accomplishment, the index data were determined through documents of the Oral Health Municipal Secretary through the years 2014 and 2015. The procedure numbers were collected from the professional production work, at Health Municipal Secretary, through the period of May/2013 to May/2016. This research is a descriptive cross-sectional observational type. In the six FHSs participants in the analysis were performed 24.376 procedures, being 7.075 curative and 17.301 preventive. The average DMFT index was 1,93 to 5 years and DMFT 0,91 to 12 years. It can be observed that FHSs who performed more preventive procedures, presented rates of DMFT smaller than the ones who makes the most of curative procedures.

Key-words: Oral health. Epidemiology. Dental cavity. Promotion and prevention. Index DMFT.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de procedimentos curativos e preventivos por ESF, juntamente com os índices ceo-d aos 5 anos e CPO-D aos 12 anos de idade. 30

Tabela 2 – Número dos componentes do índice de ceo-d aos 5 anos de idade e suas porcentagens. 31

Tabela 3 – Número dos componentes do índice de CPO-D aos 12 anos de idade e suas porcentagens. 31

Tabela 4 – Comparação dos índices de ceo-d aos 5 anos de idade de âmbito nacional e municipais comparados com o de Santa Cruz do Sul. 32

Tabela 5 – Comparação dos índices de CPO-S aos 12 anos de idade de âmbito nacional e municipais comparados com o de Santa Cruz do Sul. 33

Tabela 6 – Componentes mais prevalentes nos índice de ceo-d e CPO-D. 34

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ASB	Auxiliar de saúde bucal
ACS	Agente comunitária de saúde
Ca	Cálcio
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d	Dente cariado, extração indicada e obturado
COSAB	Coordenação de Saúde Bucal
CPO-D	Dente cariado, perdido, obturado
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DES-RE	Desmineralização/Remineralização
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
ESB	Equipe de saúde bucal
ESF	Estratégia de saúde da família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
P	Fosfato
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNIS	Rede Nacional de Informática em Saúde
SB	Saúde bucal
SC	Saúde Coletiva

SESI	Serviço Social da Indústria
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em saúde bucal
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 Saúde bucal no Brasil.....	11
2.1.1 Políticas públicas de saúde bucal	11
2.1.2 Inserção da ESB na ESF	13
2.1.3 Planejamento em SB.....	15
2.2 Cárie dentária	17
2.3 Epidemiologia – ceo-d e CPO-D.....	18
2.4 Procedimentos preventivos	24
2.5 Procedimentos curativos.....	25
3 METODOLOGIA	27
3.1 Tipo de estudo.....	27
3.2 Seleção do material bibliográfico	27
3.3 Autorização para acesso aos dados das ESFs	27
3.4 Critérios de inclusão	27
3.5 Critérios de exclusão	28
3.6 Coleta de dados.....	28
3.7 Análise dos dados.....	29
3.8 Destinação do material e dados coletados	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXO A – Carta de apresentação do Projeto de Pesquisa à coordenadora do curso	41
ANEXO B – Carta de apresentação do Projeto de Pesquisa	42
ANEXO C – Termo de aceite institucional do município de Santa Cruz do Sul.....	43

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 60 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula a realização de levantamentos epidemiológicos, sendo esses necessários na obtenção do conhecimento das prevalências, necessidades, planejamentos, execuções e avaliações de procedimentos odontológicos, auxiliando em algumas decisões (BRASIL, 2003). Atualmente o Brasil é conhecido por possuir elevados índices de doenças bucais, sendo a cárie dentária uma das principais. Com o intuito de melhorar esse quadro, algumas ações foram realizadas, como no ano de 2000, onde a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi implantada na ESF (BRASIL, 2000).

Com base nos dados divulgados pelo Projeto SBBrasil 2010, no Brasil, 43,5% das crianças com 12 anos de idade apresentam-se livres de cárie na dentição permanente. A mesma idade apresenta, em média, 2,07 dentes com experiências de cárie dentária. Quando compara-se o índice entre as regiões sul e sudeste, a porcentagem de CPO-D = 0 são superiores em relação ao centro-oeste, norte e nordeste. No mesmo ano, em Porto Alegre, num total de 210 crianças de 12 anos analisadas, o índice de CPO-D foi de 1,49 (BRASIL, 2011a).

A prevenção e a promoção à saúde podem ser fundamentais na paralisação dos estágios anteriores à formação da cavidade. Como o tratamento curativo não é sinônimo de controle da doença há a necessidade de ações diretamente nos fatores de risco, que são: fatores culturais e socioeconômicos, falta de acesso ao flúor, deficiente controle do biofilme e consumo excessivo e frequente de açúcar (BRASIL, 2003). Com a presença da ESB na ESF, o planejamento das ações devem possuir critérios como necessidades de tratamentos preventivos e curativos. Dessa maneira, a epidemiologia é uma grande auxiliar na questão da avaliação da melhora da saúde da população (BRASIL, 2008).

O objetivo da pesquisa foi analisar se os métodos de promoção e prevenção de saúde do município de Santa Cruz do Sul estão sendo efetivos ou não. Para isso, foi comparado os procedimentos curativos e preventivos realizados em ESFs de Santa Cruz do Sul com os índices de ceo-d e CPO-D de Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI) e Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) pertencentes à área dessas ESFs.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde bucal no Brasil

2.1.1 Políticas públicas de saúde bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) vem sendo construída há décadas por vários fatores da sociedade, como equipes de saúde pública e movimentos de profissionais e algumas gestões de entidades odontológicas. A saúde bucal (SB) foi ajustada desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, resultando nas três Conferências Nacionais de Saúde Bucal realizadas nos anos de 1986, 1993 e 2004. Dessa forma, o “Brasil Sorridente” é a política de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS) (PUCCA JR, 2006).

No relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, foi apontado que as condições de saúde bucal, juntamente com o estado dos dentes, são um dos sinais de exclusão social mais significativos. Para que os dados sejam alterados, demandam-se políticas intersetoriais, ações preventivas e de promoção de saúde, ações curativas e melhora no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

Um dos eixos da PNSB é referente à reorganização da Atenção Básica (AB) primária, com ampliação da ESB na ESF, gerando aumento da cobertura da atenção primária, em unidades odontológicas móveis (para localidades de difícil fixação de profissionais e unidades) e priorização de áreas com populações vulneráveis, como as indígenas e urbanas pobres (GOES, MOYSÉS, 2012). Houveram muitas mudanças nas políticas públicas no Brasil desde a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, como o aumento do número de municípios com assistência odontológica, consultórios que foram realocados, gerando maior integração das ações e grupos populacionais. Além disto, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) passou a financiar continuamente programas de aplicação tópica de flúor e escovação dental em escolas, e também a inserção da ESB na ESF e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (FRAZÃO, 2009).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vigente pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a AB é caracterizada por um conjunto de ações em saúde, seja individual ou coletivamente. A abrangência é de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O objetivo é o desenvolvimento de uma

atenção integral, que repercute na situação da saúde, na autonomia dos usuários e nos causadores e condicionantes da saúde coletiva (BRASIL, 2011b).

A AB ainda deve ser a principal porta de entrada do usuário em relação à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orientando-se através das concepções da: universalidade, acessibilidade, vínculo, cuidado contínuo, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. O indivíduo é considerado em relação a sua individualidade e inserção sociocultural, buscando sua integração mediante promoção e prevenção de saúde, tratamento e redução de danos, ou sofrimentos que podem vir a prejudicar sua autonomia.

Para a estabilização e aperfeiçoamento do SUS nos municípios, a implantação da AB como estrutura da RAS é fundamental, assim como a ESB. A gestão do município programa as ações da ESB a partir das normas da PNSB. O regulamento da ESB são as seguintes: acessibilidade e acolhimento, territorialização, responsabilidade sanitária, vínculo com os pacientes e trabalho em equipe multiprofissional. O que a gestão do município leva em consideração para tomar as decisões envolvendo a SB são: análise e acompanhamento de indicadores, pactuações interfederativas, sistemas de informações e resultados de avaliações prévias.

A Coordenação de Saúde Bucal (COSAB), juntamente com os profissionais da SB, debate e sistematiza as informações e indicadores da saúde que devem ser acompanhados, considerando território, pactuações em contexto regional, estadual e/ou federal. Essas discussões ocorrem periodicamente, levando em conta os resultados, discutindo o cotidiano e possíveis intervenções. Além disso, são promovidos cursos a respeito da análise de informações epidemiológicas direcionado aos profissionais.

A reorganização da AB em SB exige um novo perfil profissional, novas habilidades e competências, atuando na diversidade de demandas e território, integrando-se à comunidade. Os novos princípios da saúde incluem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, partilha de conhecimentos, capacidade de planejamento, organização e desenvolvimento de ações definidas pelas necessidades da população local. Todas essas características consistem em qualidades pessoais, formação e experiências.

Uma das formas da ESB conhecer a comunidade, assim como os riscos associados ao território, é criar um vínculo e aumentar o acesso à SB de pacientes

acamados ou com dificuldades para a locomoção através da visita domiciliar (VD). A mesma pode resultar em reconhecimento das situações de risco, possíveis encaminhamentos à ESF, informar à comunidade sobre o funcionamento e as atividades oferecidas na ESF. Quem possibilita a VD são as agentes comunitárias de saúde (ACS), priorizando as necessidades (BRASIL, 2015).

2.1.2 Inserção da ESB na ESF

A ESF foi criada no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde, sendo normatizada no ano de 1996. Por ser uma estratégia do SUS, a ESF deve seguir suas concordâncias e regulamentos. Os fundamentos gerais são conhecer o território de abrangência e sua população, o trabalho em equipe e intersetorial e as VDs. Assim, o acesso aos serviços é facilitado, além do vínculo que é criado entre profissional e usuário (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde objetiva a reorganização da AB, através dos conceitos do SUS. É considerada uma estratégia para amplificação, qualificação e solidificação. Essa reestruturação favorece o processo de trabalho, aperfeiçoamento dos princípios, diretrizes, ampliação da resolutividade e repercussão na saúde do indivíduo e na coletividade (BRASIL, 2016a).

Em 1998, em estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), juntamente com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), verificou-se que aproximadamente 19% dos brasileiros nunca tinham ido ao Dentista (BRASIL, 1999). Com a repercussão desse dado, o Ministério da Saúde publicou, em 28 de dezembro de 2000, a portaria MS nº 1.444, na qual constava a necessidade da expansão do acesso dos brasileiros às ações de promoção, prevenção e reabilitação da SB. O intuito era a melhora dos índices epidemiológicos e o incentivo à reorganização da saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2000).

Propôs-se então a inclusão do cirurgião-dentista (CD) em uma equipe multiprofissional, provocando o trabalho em equipe (BRASIL, 2004b). A partir disso, a ESB começou a fazer parte da ESF, onde o CD tem como funções específicas: realizar diagnósticos com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico, planejar e programar a saúde bucal; realizar procedimentos clínicos; efetivar promoção, proteção, prevenção, tratamento e manutenção da saúde bucal; e quando necessário, encaminhar e orientar os usuários, porém, sempre acompanhando o caso; desempenhar atividades programadas e a demanda espontânea; coordenar e

participar das ações voltadas à SB; interagir sobre a SB com os demais componentes da Estratégia, favorecendo a equipe multidisciplinar; supervisionar os serviços do técnico em saúde bucal (TSB) e do auxiliar de saúde bucal (ASB); e participar do gerenciamento dos serviços para o correto funcionamento da ESF (BRASIL, 2012).

Além dessas, o cuidado com a SB demanda a posição de uma equipe de trabalho que saiba se relacionar com os usuários, assim como participar da gestão dos serviços. Dessa forma, atender as necessidades da população, ampliação do acesso aos serviços, que incluem, promoção, prevenção e recuperação da SB, sejam elas por meio de atividades individuais ou coletivas. A metodologia do trabalho das ESB consiste em princípios da universalidade, igualdade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, atuação focada em território-família-comunidade, humanização, comprometimento e vínculo.

Dentro das ESFs, há três tipos de ESB, dividindo-se em modalidades. A modalidade I possui CD e ASB; a modalidade II dispõem de CD, ASB e TSB; a modalidade III conta com uma unidade odontológica móvel. Independente da modalidade empregada preconiza-se que os profissionais da equipe compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, sempre com compromisso sanitário para com a população e território (BRASIL, 2016a).

Em Santa Cruz do Sul, antes da inclusão da ESB na ESF, para irem à busca de atendimento odontológico, muitas vezes os usuários precisavam se deslocar para longe de suas residências. Com o início da implantação a partir de 2005, o acesso foi bastante facilitado, sendo que praticamente todos os bairros passaram a ter um CD. A maioria é contratada através de concursos públicos. Além das ESFs, o município possui um consultório móvel, o qual, em parceria com a Secretaria da Educação, oferece serviços nas escolas municipais (COSEMS/RS, 2014).

A ESB admite a demanda de processos agudos, os enquadrados nos atendimentos de urgência. Como continuidade dessa consulta, é marcado o acompanhamento em agenda programada, auxiliando na resolubilidade da atenção à SB e aumentando o elo equipe-comunidade (BRASIL, 2015).

2.1.3 Planejamento em SB

No início dos anos 90, quando o SUS foi oficialmente implantado, houve um processo de descentralização, o qual propiciou fornecimentos de novas tecnologias, aumento das capacidades de gestão, acarretando diagnósticos mais precisos e melhora na organização de serviços. Ainda como consequência, gerou versatilidade para a gestão municipal, possibilitando autonomia em busca de soluções (TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, 2002). Porém, ainda existe um caráter ideológico revestido de decisões políticas.

Desse modo, a concepção sobre processo saúde/doença surge da concepção e interesses da classe dominante (GIOVANELLA, 1990). A ideia do planejamento possui alguns empecilhos. Um deles é a priorização do modelo de atenção ser regido pelo conceito biomédico de saúde. Assim, as ações são baseadas em improvisos, sem plano algum, gerando elevados números de consultas de emergência (TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, 2002).

Na década de 1940 ocorreu o primeiro registro da inclusão do planejamento como instrumento de ordenação das políticas sociais na América Latina. Isso sucedeu por influência da Organização das Nações Unidas (ONU). Nessa perspectiva, o planejamento é compreendido como um instrumento para o desenvolvimento, ligado à ideia de industrialização e modernização (GIOVANELLA, 1991).

Desde a década de 1980, as bases de estratégia e de situação foram de suma importância para o avanço das teorias de planejamento. Na tese do planejamento, a definição de estratégia está relacionada com a eficiência em reunir pessoas, ideias e recursos aos projetos, tendo como objetivo possibilitar o plano e alcançar seus propósitos (GOES, MOYSÉS, 2012).

O planejamento é um recurso muito útil para a conformação da ação dos atores e agentes. Ele orienta as iniciativas e gera uma centralização de várias formas de intervenção na realidade, contribuindo para a concentração das energias sociais e estabelece referência para a execução das ações objetivadas pela sociedade (BUARQUE, 1999). Desse modo, o planejamento deve vir sempre acompanhado da realidade, a qual é dinâmica e complexa, exigindo uma avaliação constante, tanto antes quanto após, analisando suas consequências (GOES, MOYSÉS, 2012).

A adaptação do método de planejamento manifestou-se como demanda pelos sistemas de saúde, causada pela mudança de condições de vida e saúde da população, incluindo o reconhecimento da prática do planejamento em saúde por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Isso se enquadra no desenvolvimento tecnológico e científico ocorrido na segunda metade do século XX, seguido pela organização de redes e sistemas de saúde (TEIXEIRA, et al, 2010).

Seja o sistema de saúde público ou privado, a informação é um mecanismo vital para o planejamento e consequentes decisões. A avaliação e o acompanhamento fazem parte do mesmo e dos serviços de saúde. Seguindo essa concepção, forma-se uma tríade: informação-decisão-ação (GOES, MOYSÉS, 2012). O processo de descentralização que a saúde vem sofrendo está ampliando o emprego dos sistemas de informação em saúde (SIS) como mais um instrumento de planejamento e gestão. Esse meio possibilita a consulta a banco de dados, permitindo a extração de dados municipais importantes na implantação de políticas sociais e ações de saúde, incluindo a SB (BARROS, CHAVES, 2003).

Ainda com o intuito de facilitar o acesso às informações de saúde do país, foi criada a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS). É uma forma de integração dos municípios brasileiros, facilitando acesso e troca de dados da saúde (BRASIL, 2016b). O SIS tem como objetivos: analisar e incentivar o planejamento, tomadas de decisões e ações a níveis de SUS; apoiar o crescimento científico e tecnológico do setor de saúde; contribuir com a avaliação das relações de eficiência e efetividade de políticas, estratégias e ações em saúde; corroborar a evolução e capacitação de recursos humanos no setor da saúde; e contribuir com a comunicação entre órgãos do setor da saúde (GOES, MOYSÉS, 2012).

Inicialmente sugere-se que o planejamento considere os problemas mais relevantes. No caso das ações, elas devem ser prioritárias conforme seu impacto em relação ao problema. Um fator muito importante na prática de planejar, é que nunca seguirá um plano reto, pois sempre dependerá dos fatores envolvidos, como área geográfica, população, epidemiologia do local. Por esses fatores, os envolvidos devem sempre estar atentos às transformações do contexto envolvido (relações de poder, situações de saúde, entre outros) (BRASIL, 2016b).

2.2 Cárie dentária

O dente sem doença tem condições fisiológicas de manter o pH da estrutura mineral em equilíbrio. Isso se deve às concentrações de cálcio (Ca) e fosfato inorgânico (P), presentes na saliva ou no biofilme dentário. Quando acontece o desequilíbrio, é decorrência da queda do pH, que posteriormente é reestabelecida. Porém, essas oscilações entre desmineralização e remineralização (Des-Re), devido as alterações do pH de ácido à neutro, a estrutura dentária sofre sucessivas alterações.

A perda mineral ocorre quando há acúmulo de biofilme sobre os dentes juntamente com frequente ingestão de carboidratos. Isso provoca a metabolização do substrato pelas bactérias do biofilme, promovendo a produção de ácido como produto metabólico entre dente e biofilme, ocasionando a perda mineral (Ca e P) do esmalte. Esse acúmulo de biofilme é considerado um dos fatores necessários para a ocorrência de cárie, juntamente com a dieta rica em carboidrato e sacarose. A exposição do tecido mineral ao fluoreto reduz o efeito da Des-Re. Este íon possui um efeito físico-químico, o qual reduz a perda de minerais durante os eventos de desmineralização.

Quando o pH alterna diversas vezes durante meses ou anos, observa-se a perda de Ca e do P, tornando a superfície do esmalte clinicamente porosa, fase em que diagnostica-se a lesão de mancha branca. Com isso, pode-se concluir que o que gera a cárie dentária é o desequilíbrio fisiológico entre o biofilme e o mineral dentário. O início da lesão acontece nos pontos mais suscetíveis ao acúmulo ou união de biofilme à estrutura dentária, onde os microrganismos não estão passíveis de frequente deslocamento. Quando o biofilme é removido, seja parcialmente ou totalmente, há a possibilidade da perda do mineral ser interrompida ou revertida devido ao ganho de mineral através da saliva (FELDENS, KRAMER, 2013).

O desencadeamento da lesão ocorre da mesma maneira em dentes decíduos e permanentes. Algumas características de cada dentição contribuem nas particularidades de superfícies e dentes mais atingidos, assim como no índice de progressão (McDONALD, AVERY, DEAN, 2004). Uma das particularidades da dentição decídua é que ela possui uma quantidade superior de carbonato, causando aumento de solubilidade. Por esse fato, a lesão em dentes decíduos avança duas vezes mais rápida do que em dentes permanentes (FELDENS, KRAMER, 2013). As lesões de cárie possuem diversas classificações, podendo ser de acordo com a

localização anatômica, recorrência, presença ou não de cavidade e de acordo com sua atividade. (FEJERSKOV, KIDD, 2011).

Os fatores determinantes para que ocorra o desencadeamento da doença cárie são reconhecidos, como fatores biológicos e comportamentais. Porém, estes sofrem constantes influências de fatores demográficos e socioeconômicos (FELDENS, KRAMER, 2013). Dessa forma, pelo desencadeamento depender de várias condições, a cárie é considerada uma doença multifatorial (BRASIL, 2003).

O diagnóstico da doença é visual, realizado por meio de exame clínico e podendo ser complementado por radiografias. Conforme Fejerskov e Kidd (2011), a perda contínua do mineral dentário gera porosidade, diagnosticado como lesão branca opaca, o qual é o estágio inicial. A porosidade pode ser pigmentada por corantes alimentares, podendo tornar-se uma mancha marrom escurecida com o passar do tempo. O formato da lesão reproduz o local onde o biofilme se instalou por um longo período. A lesão ativa se apresenta por manchas brancas, rugosas e opacas no esmalte. Na dentina é uma cavidade com tecido amolecido e de coloração marrom clara. Quando inativa, manifesta-se através de manchas brancas e brilhantes no esmalte, e a dentina, apresenta-se escurecida, lisa e brilhante (BRASIL, 2003).

2.3 Epidemiologia – ceo-d e CPO-D

Na coletividade, a epidemiologia é o principal instrumento de diagnóstico das condições de saúde, além de componente fundamental no planejamento e avaliação da Saúde Coletiva (SC). No setor da SB, o índice utilizado é o preconizado pela OMS, o CPO-D, o qual expressa a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados, proposto no estudo de Klein & Palmer em 1938 (OLIVEIRA, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (2003), 60% das crianças de cinco anos de idade apresentam cárie dentária em no mínimo um dente decíduo. Na dentição permanente, quase 70% dos adolescentes de 12 anos de idade manifestam pelo menos um dente cariado.

No Brasil, o primeiro levantamento epidemiológico de SB de base nacional foi realizado em 1986, denominado “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana, 1986”. Na época, o levantamento foi uma das três vertentes da PNSB (ZANETTI, 1993). No relatório do levantamento, foi explicado que não ocorreu

nenhuma pesquisa de epidemiologia anteriormente pelo fato de que não houve necessidade, pois bastava saber que os problemas eram grandes. Porém, reconheceram que somente a partir de dados verídicos seria possível desenvolver ações com a amplitude ideal (BRASIL, 1988). Foi considerado um marco no desenvolvimento da epidemiologia em SB no país (OLIVEIRA, 2016).

O primeiro levantamento foi fundamentado no reconhecimento da vasta diversidade de território, limitações técnicas, operacionais, políticas e financeiras da Odontologia na Rede Pública. Optaram por eixo macrorregional. A idade e a renda familiar foram usadas como critérios pré-estratificação. As idades foram as preconizadas pela OMS, 6 aos 12 anos, 15 à 19, 35 à 44 e 50 à 59 anos. Em relação ao último grupo, referente aos idosos (65 à 74, na época), a idade não seguiu o recomendado pela OMS, devido à expectativa de vida no Brasil. Outra falta importante foi a idade de 5 anos, que faz referência à cárie dentária na dentição decídua.

Em relação à estratégia de coleta dos dados, nas idades de 6 aos 12 anos, os exames foram realizados nas escolas. Nas demais faixas etárias, foram realizados à domicílio. Foram selecionadas 15.480 crianças, das quais 105 de escolas de ensino fundamental e 24 de ensino médio, examinando no mínimo 120 crianças em cada escola. O CPO-D aos 12 anos apresentou o valor de 6,65, sendo um índice muito elevado de acordo com a escala da OMS, elencado como o terceiro pior do mundo (BRASIL, 1990). A diferença entre as cinco regiões brasileiras foi notável: centro-oeste 8,53; norte 7,50; nordeste 6,89; sul 6,31; e sudeste 5,95. O levantamento foi considerado de boa representatividade, constando informações válidas para a população urbana das capitais das cinco macrorregiões envolvidas (OLIVEIRA, 2016).

O segundo levantamento realizado foi o “Estudo Epidemiológico Sobre Prevalência de Cárie Dentária em Crianças de 3 a 14 anos – Brasil, 1993”. Foi realizado pelo Serviço Social da Indústria (SESI), como parte complementar do Programa de Prevenção de Doenças Bucais, atingindo inicialmente crianças das escolas do SESI. Teve como objetivo a composição de uma linha para avaliação de seus programas preventivos. O perfil do levantamento foi muito semelhante ao do ano de 1986, até porque foi coordenado por Vitor G. Pinto. O financiamento veio do Ministério da Saúde, através de convênio com o Departamento Nacional (DN-SESI).

Por ter recebido auxílio da Kolynos do Brasil na impressão dos relatórios, foi incluso amostragem de algumas escolas públicas. Devido essa inclusão, o levantamento foi incorporado ao Banco de Dados Mundial de Cárie Dentária da OMS (Global Data Bank – GODB), como dado oficial do CPO-D aos 12 anos de idade do ano de 1993. O levantamento envolveu 110.640 crianças, de 3 a 14 anos de idade. Foram envolvidas 114 cidades de 21 estados mais o Distrito Federal. No Rio Grande do Sul, Santa Cruz do Sul foi uma das cidades participantes da pesquisa. Do número total, foram 58.450 escolares do SESI e 52.190 escolares públicos, sendo 8.980 crianças de 5 anos e 11.278 de 12 anos de idade. O índice ceo-d aos 5 anos de idade foi de 3,34. Aos 12 anos o CPO-D apresentou-se no total de 4,84, decaindo 27,2% em relação ao levantamento de 1986. A região sul apresentou ceo-d de 3,60 aos 5 anos e CPO-D de 4,14 aos 12 anos de idade (OLIVEIRA, 2016; PINTO, 1996).

A terceira experiência foi executada após 10 anos do primeiro levantamento de base nacional, com a COSAB. A ideia era que houvesse essa segunda etapa para comparar com a primeira, do ano de 1986. Porém, o projeto recebeu muitas críticas, inclusive de Vitor G. Pinto e do Prof. Dr. Ruy Vicente Oppermann. As principais reclamações eram em relação à amostra, cidades abordadas, ausência de grupos etários, não inclusão de variáveis, como condição socioeconômica e calibração deficiente. Isso resultaria na impossibilidade de comparação com o levantamento anterior.

O levantamento prosseguiu com participações de entidades como, Conselhos Regionais de Odontologia (CRO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e Secretarias Estaduais de Saúde. Distintivamente dos demais levantamentos, este não teve seu relatório publicado, mas seus dados foram disponibilizados na internet através do Departamento de Informática do SUS do Brasil (DATASUS), que é o órgão que disponibiliza dados do Ministério da Saúde. Foram examinadas 30.240 crianças, entre 6 e 12 anos de idade. A média do CPO-D aos 12 anos ficou 3,06, bem próxima da preconizada pela OMS para o ano de 2000, chegando a 54% menor que o índice de 1986. De modo geral, os resultados foram validados, porém, devem ser analisados com cautela, levando em consideração a grande diversidade do Brasil (OLIVEIRA, 2016).

Na sequência o levantamento realizado foi o “Projeto SBBrasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira”. A obtenção de dados

confiáveis seria de grande importância para o início de uma nova década, assim como a investigação de tendências e verificação do desempenho do país frente às metas estabelecidas pela OMS. Um dos objetivos foi rever as deficiências dos levantamentos anteriores, oferecendo dados mais precisos e padrões para as futuras pesquisas epidemiológicas (OLIVEIRA, 2016).

A técnica de amostragem deste levantamento foi probabilística por conglomerados em três estágios. Foi levado em consideração diferenças entre macrorregiões, número de habitantes dos municípios sorteados e as idades (BRASIL, 2004c). Foram examinados 108.921 pessoas, sendo 26.641 crianças de 5 anos e 34.550 adolescentes de 12 anos de idade, além de outras faixas etárias (18 a 36 meses, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos), totalizando 250 municípios (FELDENS, KRAMER, 2013). O índice ceo-d foi de 2,80 aos 5 anos e o CPO-D aos 12 anos foi 2,78. Dividindo pelas cinco macrorregiões, obteve-se os seguintes resultados referentes ao ceo-d aos 5 anos: norte 3,22; nordeste 3,21; centro-oeste 2,67; sul 2,62; e sudeste 2,50. No índice de CPO-D aos 12 anos: nordeste 3,19; centro-oeste 3,16; norte 3,13; sul 2,31; e sudeste 2,30 (BRASIL, 2004c).

O último levantamento nacional é o “Projeto SBBrasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal”. Foi a confirmação do interesse de construir uma base de dados permanente em relação aos indicadores de SB. Ele permite a dedução de dados para regiões, estados e municípios, partindo da faixa etária. Foram examinados 37.519 pessoas, desses, 7.217 crianças de 5 anos e 7.247 adolescentes de 12 anos de idade, além das demais faixas etárias. No total, 177 municípios brasileiros participaram da pesquisa (BRASIL, 2011a; FELDENS, KRAMER, 2013). O índice de ceo-d aos 5 anos foi de 2,43 e o CPO-D aos 12 anos foi 2,07. Dividindo pelas macrorregiões, no ceo-d aos 5 anos alcançaram-se os valores de 3,37 norte; 3,00 centro-oeste; 2,89 nordeste; 2,49 sul; e 2,10 sudeste. O CPO-D aos 12 anos foram: 3,16 norte; 2,63 nordeste; 2,63 centro-oeste; 2,06 sul; e 1,72 sudeste (BRASIL, 2011a).

O percentual da população com índice CPO-D igual a 0 aos 12 anos de idade era menos de 5% em 1986, passando para 25% em 1996 e chegou a mais de 30% em 2003, atingindo 43,5% em 2010 (OLIVEIRA, 2016). O ceo-d igual a 0 em 2010 foi de 46,6% (BRASIL, 2011a). Destaca-se que essa informação não foi contemplada na faixa de 5 anos de idade nos levantamentos epidemiológicos anteriores. Alguns dados ainda permitem verificar a mudança qualitativa na doença

cárie, como na comparação entre os estudos de 1986 e 1993. No primeiro, 76% dos adolescentes tinham o CPO-D igual a 6 ou mais, e no segundo diminuiu para 34%, ou seja, CPO-D 4,84 (PINTO,1996).

No ano de 2003, em estudo realizado por Fernandes Jr et al. (2005) em Morrinhos do Sul, município do Rio Grande do Sul, foram examinadas crianças e adolescentes de 5 a 14 anos de idade, estudantes de escolas públicas. Nas idades de 5 a 6 anos, foram examinadas 36 crianças e 9 adolescentes com 12 anos. Os valores encontrados do ceo-d em crianças de 5 a 6 anos foi de 5,47. No índice CPO-D aos 12 anos, o valor foi 7,44.

Em 2004, Catani, Meirelles e Sousa (2010) realizaram o levantamento de ceo-d (5 anos) e CPO-D (12 anos) em Piracicaba, São Paulo. O levantamento contou com 596 estudantes de escolas públicas e privadas, sendo 408 crianças de 5 anos e 188 adolescentes de 12 anos de idade. O índice ceo-d foi de 1,65 e o CPO-D 1,88.

Domingos et al. (2010) realizou em 2008 o levantamento em crianças e adolescentes de 5 a 14 anos de idade no município de Américo Brasiliense, São Paulo. A amostra foi composta por 1.137 estudantes de escolas, destes, 111 de 5 anos e 110 de 12 anos de idade. O índice de ceo-d aos 5 anos foi de 1,44, obtendo o número de 94% de crianças sem experiência de cárie. O CPO-D aos 12 anos foi de 1,19, contando com 47% dos adolescentes sem experiência de cárie.

No ano de 2009, em Água Santa, município do Rio Grande do Sul, Moro et al. (2009), realizou o levantamento com todos os escolares de 12 anos de idade das escolas públicas do município. No total foram 91 estudantes, chegando ao índice CPO-D de 2,73.

Rosa et al. (2014) conduziram um estudo em dois municípios do Rio Grande do Sul, Sobradinho e Tavares no ano de 2010. Em Sobradinho participaram 115 escolares da rede pública de 5 e 12 anos de idade. Em Tavares foram 91 crianças e adolescentes, das mesmas faixas etárias e também da rede pública. Os índices de ceo-d aos 5 anos foram de 2,92 em Sobradinho e 2,91 em Tavares, tendo o componente cariado em maior prevalência nos dois municípios. O CPO-D foi de 1,05 em Sobradinho e 2,80 em Tavares. Em Tavares o componente obturado foi o de maior prevalência, e em Sobradinho a composição ficou dividida entre cariados e obturados.

Ainda em 2010, Rigo, Abegg e Bassani (2010) realizaram um estudo composto por 20 cidades da região norte do Rio Grande do Sul. A amostra foi de

571 escolares de 12 anos de idade da rede pública e privada. O índice de CPO-D foi de 3,66. Do total, 19,8% dos adolescentes estavam livres de cárie.

Claudino et al. (2011) executaram o levantamento do índice de CPO-D aos 12 anos na cidade de João Pessoa, na Paraíba. Sua amostra foi de 286 escolares da rede pública e privada. O CPO-D encontrado foi de 3,62, sendo o elemento cariado o mais prevalente, com 59,86%. Apresentaram-se livres de cárie 32,52% dos adolescentes.

Em Bayeux, município de São Paulo, Azevedo, Valença e Neto (2012) levantaram o perfil epidemiológico de escolares de 5 e 12 anos de idade. No total foram examinados 411 escolares, sendo 277 de 5 anos e 134 de 12 anos de idade. Aos 5 anos o ceo-d foi de 2,86, tendo o componente cariado como responsável por 96,5% desse valor. No CPO-D aos 12 anos, a média foi de 4,19, e o componente cariado seguiu como o maior responsável na elevação do índice com 80,9%.

Em um estudo ecológico conduzido nos anos de 2003 e 2011, Ely et al. (2014) efetuaram uma pesquisa em 36 municípios do sul do Brasil para avaliar a situação da cárie dentária. As cidades participantes têm menos de 50 mil habitantes. As faixas etárias avaliadas foram adolescentes de 12 e de 15 a 19 anos de idade. No ano de 2003, 1.177 escolares foram examinados, e em 2011 aumentou para 1.760. Em 2003 o índice de CPO-D foi de 3,63, diminuindo para 1,66 em 2011. Passados 7 anos, a diferença foi de 1,97. Comparando-se os dois anos do estudo, os autores notaram a redução na prevalência de cárie não tratada, assim como o número de adolescentes livres de cárie.

No município de Arroio do Padre, município do Rio Grande do Sul, Müller et al. (2015) averiguaram os índices de ceo-d aos 5 anos e o CPO-D aos 12 anos de idade no ano de 2013. O estudo foi composto por todos os moradores da cidade referentes às duas idades, totalizando 50 indivíduos, sendo 22 com 5 anos e 28 com 12 anos de idade. A média de ceo-d foi 3,9, predominando o elemento cariado (82%). O CPO-D foi de 1,3, apresentando o elemento obturado como o mais prevalente (65%).

A coleta de dados ainda possui uma ampla gama quando se fala em metodologia. A cárie dentária na infância continua presente em uma proporção preocupante. Com base em dados mais recentes, estima-se que menos da metade das crianças brasileiras conseguirá chegar aos 5 anos de idade sem passar pela experiência da doença. Destaca-se ainda sua polarização, em que algumas crianças

concentram elevados números de lesões, chamando atenção para a desigualdade (FELDENS, KRAMER, 2013).

2.4 Procedimentos preventivos

São os procedimentos realizados, geralmente, em grupos, em espaços como escolas, creches, ou mesmo na ESF. Com o intuito de deixar o CD disponível para as intervenções clínicas, a prevenção pode ser realizada pelos ASB (BRASIL, 2008).

Com base nas tabelas do DATASUS, os procedimentos preventivos realizados pela ESB são: ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel; ação coletiva de bochecho fluorado; ação coletiva de escovação dental supervisionada; ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica; aplicação de cariostático (por dente); aplicação de selante (por dente); aplicação tópica de flúor (individual por sessão); evidênciação de placa bacteriana; selamento provisório de cavidade dentária; raspagem supragengival (BRASIL, 2016c).

Como as condições de saúde bucal das populações são mistas, onde existem indivíduos que apresentam alto e baixo risco de desenvolverem a cárie, com a presença de dentes decíduos e permanentes em boca, a avaliação de risco é de grande relevância para o estabelecimento de estratégias de educação e promoção de saúde. O conjunto das estratégias é denominado procedimento coletivo, o qual é caracterizado pelas tarefas de baixa complexidade, dispensando o uso de equipamentos odontológicos (BRASIL, 2008).

Crianças e adolescentes em idade escolar são o público alvo por serem mais propensas a adquirirem novos hábitos e conceitos. Logo, é fundamental repassar conhecimentos sobre a importância da prevenção e o quanto ela pode intervir na SB, principalmente na infância, a qual é a fase que acontece a formação de conceitos que poderão ser decisivos na SB ao longo da vida. Elas necessitam de instruções e motivações sobre a higiene bucal, assim como, estarem cientes dos mecanismos do desenvolvimento da doença cárie, para que entendam a importância de realizarem tais atividades (BUISCHI. et al, 1994).

Segundo Ferreira et al. (2006), o ambiente escolar é um dos fatores decisivos em relação ao declínio dos índices de CPO-D, pois se trata de um espaço estável, permitindo a regularidade das ações e suas associações à educação. Essa agregação é produtiva pelo fato de contribuir para a criação de uma consciência na qual o indivíduo tem participação ativa na sua própria saúde. A partir de documento

do Departamento de Atenção Básica (2015), a articulação entre escola e ESF é uma importante forma para detectar a demanda da comunidade. As ações desenvolvidas são em parceria com os profissionais da educação. Nesse caso, os estudantes com necessidades de intervenções, a ESB encaminha para atendimento na ESF.

A promoção da SB é um dos fatores que integra a mesma aos demais campos da saúde. As ações variam de incentivo ao uso de dentífrico fluoretado, abordagem de fatores de risco e de proteção, tanto para doenças bucais como outras injúrias. A ESB, juntamente com o restante da equipe da ESF, desenvolve regularmente atividades nas escolas públicas presentes na área da mesma, desde Educação Infantil, Ensino Fundamental até Ensino Médio. Os assuntos abordados ao longo do período letivo são relacionados à prevenção, promoção e avaliação das condições da SB, objetivando a qualidade de vida e redução de vulnerabilidade.

As atividades de formação são realizadas através de estratégias como: oficinas, ensino à distância e apoio institucional, valorização do jovem quanto aos direitos à saúde, formação de profissionais da educação e saúde referente aos temas do Programa Saúde na Escola (PSE), tendo a participação da equipe escolar e equipe de saúde da ESF (BRASIL, 2015).

2.5 Procedimentos curativos

O tratamento curativo da cárie dentária tem como objetivo o reestabelecimento entre os processos de Des-Re, paralisando ou reduzindo a progressão da mesma. Quando há necessidade, promove-se restauração e/ou reabilitação do tecido dentário.

Deve-se iniciar pela orientação sobre a escovação, uso do fio dental, limpeza da língua e frequência da higienização. Toda placa e cálculo dentário presentes devem ser removidos pelo profissional, seja através de raspagem, instrumentos rotatórios ou vibratórios. Com a finalidade de adequar o meio bucal, será necessário a remoção da dentina cariada e o selamento da cavidade, podendo ser com material provisório ou definitivo (BRASIL, 2008).

Com base nas tabelas do DATASUS, os procedimentos curativos realizados pela ESB são: capeamento pulpar; restauração de dente decíduo; restauração de dente permanente anterior; restauração de dente permanente posterior; tratamento de nevralgias faciais (BRASIL, 2016c).

Sempre que possível, a intervenção deve ser evitada, mas quando necessária, fazê-la o mais conservadora possível. Quando as lesões envolvem dentina, é muito importante evitar a exposição pulpar, podendo ser necessária a conservação da dentina desorganizada. Caso ocorra o envolvimento pulpar, os tratamentos conservadores devem ser prioridades, como pulpotomias e capeamentos (BRASIL, 2008).

É importante salientar que o tratamento da lesão não significa o tratamento da doença cárie, pois a restauração não é resolutive a médio e longo prazo. Mais de um terço das crianças tratadas apresentam recidivas, iniciando poucas semanas após a realização do tratamento (FELDENS, KRAMER, 2013).

Em pesquisa realizada por Sousa et al. (2013), indicam que houve declínio na porcentagem de dentes restaurados na idade de 12 anos no estado de São Paulo. Porém, quando os dados são comparados com o índice de CPO-D, verificou-se que os tratamentos curativos e preventivos não foram realizados de maneira efetiva. Destaca-se então a importância das ações de SB articular o individual com o coletivo, assim como a promoção e a prevenção com o tratamento, chegando até a recuperação da saúde da população em geral (CHASE. et al, 2004). Com isso, as estratégias fundamentadas em atenção restauradora tendem a gerar um ciclo repetitivo, de alto custo e sem melhora na saúde da criança/adolescente (SHEIHAM, 2005).

Estudos como o de Comunello et al. (2008) associam fatores de risco para o desenvolvimento da cárie e a necessidade de tratamento com condições socioeconômicas, acesso aos serviços e hábitos de higiene. No entanto, Lopes et al. (2012), afirmam que tão importante quanto impedir o desenvolvimento da lesão de cárie por meio de promoção de saúde, é inativar os focos existentes e corrigir suas consequências com tratamentos restauradores, restabelecendo a função.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este estudo é do tipo observacional transversal descritivo. Estudos observacionais são aqueles em que o pesquisador usa informações disponíveis sobre os pacientes. O transversal é por ter sido realizado em um determinado período. E ainda descritivo por relatar dados produzidos por serviços de informação (ALENCAR, 2016).

Foi realizado o levantamento de dados dos procedimentos curativos e preventivos nas ESFs, além do índice de ceo-d e CPO-D aos 5 e 12 anos de idade, respectivamente, das escolas que fazem parte do território das mesmas ESFs.

3.2 Seleção do material bibliográfico

Para o referencial teórico, foram utilizados artigos, dissertações e teses referentes ao assunto, os quais foram emprestados da biblioteca da UNISC e encontrados em bases de dados como Portal de Periódicos da CAPES, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), ScienceDirect, World Health Organization, assim como sites do Ministérios da Saúde, Organização das Nações Unidas, entres outros.

A seleção do material bibliográfico utilizado compreende a língua portuguesa e inglesa, entre 1938 e 2016.

As palavras-chave utilizadas foram: cárie dentária; procedimentos preventivos, curativos; equipe de saúde bucal; epidemiologia; índice de ceo-d e CPO-D; saúde bucal.

3.3 Autorização para acesso aos dados das ESFs

Inicialmente foi formalmente encaminhada uma solicitação à Coordenação da Atenção Básica do município de Santa Cruz do Sul para liberação da realização deste trabalho, assim como o acesso às informações dos procedimentos realizados pelas ESFs e os índices de ceo-d e CPO-D (ANEXO A).

3.4 Critérios de inclusão

As ESFs foram selecionadas pelo tempo em que possuem equipe de saúde bucal, há cinco anos ou mais.

Os índices de ceo-d e CPO-D das Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI) e Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) participantes da pesquisa foram buscados na Coordenação de SB, somente daquelas que fazem parte do território das referidas ESFs. Destaca-se que nenhuma ESF e nenhuma escola serão identificadas.

O período dos procedimentos realizados nas ESFs foi definido a partir da data onde todas as ESFs selecionadas estavam utilizando o sistema do Fly Saúde como meio de registro dos procedimentos realizados, a partir de 2013. Dessa forma, a pesquisa se restringiu aos dados executados de maio de 2013 à maio de 2016. O mês inicial e final foi em decorrência do período de cadastros de atividades desenvolvidas nas escolas.

3.5 Critérios de exclusão

As ESFs que tiveram a inserção da ESB a menos de cinco anos, serão excluídas da pesquisa, assim como as escolas que fazem parte do território das referidas ESFs.

3.6 Coleta de dados

Os números referentes ao índice de ceo-d e CPO-D foram apurados na data de 11 de agosto de 2016, através de documentos da Secretaria Municipal de Saúde Bucal do município de Santa Cruz do Sul. As informações são referentes aos anos de 2014 e 2015.

Os dados referentes aos procedimentos realizados na ESF compreendem o período de maio/2013 a maio/2016. Os mesmos partiram dos relatórios de produtividade profissional, os quais mostraram os números de procedimentos preventivos e curativos executados entre as datas estabelecidas. A coleta foi realizada no dia 8 de setembro de 2016, na Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Cruz do Sul. Para obtenção desses dados, a coorientadora (profissional concursada) atuante na rede municipal de saúde, entrou em contato com a Secretaria Municipal de Saúde. Foi onde tivemos acesso aos relatórios necessários para a pesquisa, através do funcionário do setor, que com seu usuário e senha, acessou os dados.

3.7 Análise dos dados

Os números de procedimentos curativos e preventivos foram digitados no programa Excel versão 2010. A partir disso, comparou-se o número de procedimentos preventivos, curativos e os índices de ceo-d aos 5 anos e CPO-D aos 12 anos de idade.

3.8 Destinação do material e dados coletados

Os dados obtidos serão arquivados e deletados após cinco anos da publicação do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de maio/2013 a maio/2016 foram realizados 30.042 procedimentos nas seis ESFs (A, B, C, D, E e F). Desses, 7.691 são curativos e 22.351 preventivos. Esses dados podem ser observados na Tabela 1.

Condizente com o tempo selecionado para a coleta dos procedimentos, as informações do ceo-d aos 5 anos e CPO-D aos 12 anos de idade são referentes ao mesmo período, dos anos de 2014 e 2015. Nem todas as ESFs selecionadas realizaram os levantamentos, como pode ser notado na Tabela 1.

TABELA 1 – Número de procedimentos curativos e preventivos por ESF, juntamente com os índices ceo-d aos 5 anos e CPO-D aos 12 anos de idade.

ESF	N Curativos	N Preventivos	Total	Ano/N	ceo-d	Ano/N	CPO-D
A	731	5.940	6.671	2015/ 51	1,56	2015/24	0,91
B	1.273	5.757	7.030	-	-	-	-
C	1.066	2.383	3.449	-	-	2015/13	0,46
D	1.829	4.195	6.024	-	-	2015/19	0,52
E	1.436	1.136	2.572	2015/21	2,81	2015/7	1,42
F	1.356	2.940	4.296	-	-	2014/56	1,08
Total	7.691	22.351	30.042	-	-	-	-

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde Bucal de Santa Cruz do Sul.

A partir disso, pode-se observar que as ESFs que realizaram maior número de procedimentos preventivos (A, B, C, D e F), apresentam índices ceo-d e CPO-D menores do que aquela que realizou mais procedimentos curativos (E). Além disso, na Tabela 2 e 3 pode-se observar que o componente que mais eleva os índices é o elemento cariado. Da mesma forma, percebe-se que o elemento perdido é igual a 0 em todas as ESFs no índice de CPO-D.

Buscaram-se estudos semelhantes ao deste trabalho, porém, não foi encontrado, nem mesmo em Santa Cruz do Sul.

TABELA 2 – Número dos componentes do índice de ceo-d aos 5 anos de idade e suas porcentagens.

ESF	H	N Ind	c - %	o/c - %	o - %	e - %	ceo-d
A	878	51	66 - 1,29	1 - 0,01	12 - 0,23	1 - 0,01	1,56
E	337	21	51 - 2,42	0 - 0,00	8 - 0,38	0 - 0,00	2,81
Total	1.215	72	117 - 1,62	1 - 0,01	20 - 0,27	1 - 0,01	1,93

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Bucal de Santa Cruz do Sul.

TABELA 3 – Número dos componentes do índice de CPO-D aos 12 anos de idade e suas porcentagens.

ESF	H	N Ind	C - %	O/C - %	O - %	P - %	CPO-D
A	589	24	20 - 0,83	0 - 0,00	2 - 0,08	0 - 0,00	0,91
C	342	13	5 - 0,38	0 - 0,00	1 - 0,07	0 - 0,00	0,46
D	486	19	5 - 0,26	1 - 0,05	4 - 0,21	0 - 0,00	0,52
E	169	7	10 - 1,42	0 - 0,00	0 - 0,00	0 - 0,00	1,42
F	1.396	56	38 - 0,67	2 - 0,03	21 - 0,37	0 - 0,00	1,08
Total	2.982	119	78 - 0,65	3 - 0,02	28 - 0,23	0 - 0,00	0,91

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Bucal de Santa Cruz do Sul.

A média do índice de ceo-d aos 5 anos em Santa Cruz do Sul foi de 1,93, 42,2% a menos do índice apresentado no primeiro levantamento nacional com a presença da faixa etária de 5 anos, que foi o levantamento realizado pelo SESI (PINTO, 1996). Essa diminuição ocorreu a cada pesquisa realizada. Em relação aos SBBrazil, a redução foi de 16% (2,80) em 2003 e 27% (2,43) em 2010 (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2011).

Comparando com outros estados, Américo Brasiliense e Piracicaba, ambos de São Paulo, tiveram índices menores que o de Santa Cruz do Sul, com 1,44 e 1,65, respectivamente (DOMINGOS et al., 2010; CATANI, MEIRELLES, SOUSA, 2010). Bayeux, da Paraíba, apresentou índice mais elevado, de 2,86 (AZEVEDO, VALENÇA, NETO, 2012).

Em nível de Rio Grande do Sul, Santa Cruz do Sul apresentou o menor valor de ceo-d entre as pesquisas encontradas. Na Tabela 4 é possível comparar o índice

atual de Santa Cruz do Sul com os levantamentos nacionais até o momento, e com outros municípios dos estados de Rio Grande do Sul, São Paulo e Paraíba.

TABELA 4 – Comparação dos índices de ceo-d aos 5 anos de idade de âmbito nacional e municipais comparados com o de Santa Cruz do Sul.

Levantamento/Município	Ano	N Ind	ceo-d
SESI	1993	8.980	3,34
SBBrasil	2003	26.641	2,80
SBBrasil	2010	7.217	2,43
Piracicaba/SP	2004	408	1,65
Américo Brasiliense/SP	2008	111	1,44
Sobradinho/RS	2010	74	2,92
Tavares/RS	2010	35	2,91
Bayeux/PB	2012	277	2,86
Arroio do Padre/RS	2013	22	3,90
Santa Cruz do Sul/RS	2015	72	1,93

Fontes: OLIVEIRA, 2016; PINTO, 1996; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2011; CATANI, MEIRELLES, SOUSA, 2010; DOMINGOS et al., 2010; ROSA et al., 2014; AZEVEDO, VALENÇA, NETO, 2012; MÜLLER et al., 2015.

Em relação ao índice de CPO-D aos 12 anos de idade, Santa Cruz do Sul apresentou média de 0,91, 86,3% a menos do que o primeiro levantamento nacional, em 1986, com CPO-D 6,65 (OLIVEIRA, 2016). A diminuição do índice também foi notável a cada pesquisa. Com referência no levantamento do SESI de 1993, com CPO-D 4,84, o número diminuiu 27,2% (PINTO, 1996). No de 1996, CPO-D 3,06, foi para 54% (OLIVEIRA, 2016), e nos SBBrasil o CPO-D foi 2,78 em 2003, diminuindo 58%, e CPO-D de 2,07 em 2010, com 69% a menos (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2011).

Ao comparar com outros estudos municipais, o valor de Santa Cruz do Sul foi o mais baixo, com 0,91. Os índices mais elevados são de Morrinhos do Sul (7,40) do Rio Grande do Sul, Bayeux (4,19) e João Pessoa (3,62), da Paraíba (FERNANDES JR et al., 2005; AZEVEDO, VALENÇA, NETO, 2012; CLAUDINO et al., 2011). Na tabela 5, observam-se os contrastes dos levantamentos nacionais e municipais.

TABELA 5 – Comparação dos índices de CPO-D aos 12 anos de idade de âmbito nacional e municipais comparados com o de Santa Cruz do Sul.

Levantamento/Município	Ano	N Ind	CPO-D
1º Lev. Nacional	1986	15.480	6,65
SESI	1993	11.278	4,84
2º Lev. Nacional	1996	-	3,06
SBBrasil	2003	34.550	2,78
SBBrasil	2010	7.247	2,07
Morrinhos do Sul/RS	2003	9	7,40
Piracicaba/SP	2004	188	1,88
Américo Brasiliense/SP	2008	110	1,19
Água Santa/RS	2009	91	2,73
Sobradinho/RS	2010	41	1,05
Tavares/RS	2010	56	2,80
João Pessoa/PB	2011	286	3,62
Bayeux/PB	2012	134	4,19
Arroio do Padre/RS	2013	28	1,30
Santa Cruz do Sul/RS	2014/2015	119	0,91

Fontes: OLIVEIRA, 2016; PINTO, 1996; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2011; FERNANDES JR et al., 2005; CATANI, MEIRELLES, SOUSA, 2010; DOMINGOS et al., 2010; MORO et al., 2009; ROSA et al., 2014; CLAUDINO et al, 2011; MÜLLER et al., 2015.

No Brasil a média dos índices de CPO-D aos 12 anos por regiões é a seguinte: região sudeste 1,53; região sul 2,69 e região nordeste 3,90. Nos levantamentos SBBrasil de 2003 e 2010, as regiões com menores índices de CPO-D aos 12 anos foram o sudeste (2,30 e 1,72) e o sul (2,31 e 2,06). Ao contrário da região nordeste (3,19 e 2,63), a qual detém índices mais elevados (BRASIL, 2004C; BRASIL, 2011).

No presente estudo, o componente cariado foi o mais prevalente nos índices de ceo-d e CPO-D. No ceo-d foi responsável por 84,1% e no CPO-D por 71,5%. Nos levantamentos realizados em Arroio do Padre, Bayeux, Piracicaba, Sobradinho e Tavares, o componente cariado também foi o mais prevalente no ceo-d aos 5 anos. Em Sobradinho ele foi responsável pela composição quase total do índice. A

respeito do índice CPO-D aos 12 anos, o item obturado foi o mais dominante em Água Santa, Arroio do Padre, Piracicaba e Tavares. Nas cidades de Bayeux e João Pessoa, o componente cariado obteve maior prevalência. Em Sobradinho o índice ficou dividido entre cariado e obturado (MÜLLER et al., 2015; AZEVEDO, VALENÇA, NETO, 2012; CATANI, MEIRELLES, SOUSA, 2010; ROSA et al., 2014; MORO et al., 2009; CLAUDINO et al., 2011). A seguir, na tabela 6, observam-se esses dados. Uma possível explicação do porque o elemento obturado passou a ser o mais prevalente é o tratamento da cárie dentária com restaurações. Porém, como salientou Feldens e Kramer (2013), o tratamento da lesão não significa o tratamento da doença cárie, pois a restauração não é resolutiva a longo prazo.

TABELA 6 – Componentes mais prevalentes nos índice de ceo-d e CPO-D.

Município	ceo-d - %	CPO-D - %
Água Santa/RS	-	Obturado - 76,0
Arroio do Padre/RS	Cariado - 82,0	Obturado - 65,0
Bayeux/PB	Cariado - 96,5	Cariado - 80,9
João Pessoa/PB	-	Cariado - 59,8
Piracicaba/SP	Cariado - 73,3	Obturado - 60,8
Santa Cruz do Sul/RS	Cariado - 84,1	Cariado - 71,5
Sobradinho/RS	Cariado - 96,2	Cariado e obturado - 97,1
Tavares/RS	Cariado - 78,0	Obturado - 74,6

Fontes: MORO et al., 2009; MÜLLER et al., 2015; AZEVEDO, VALENÇA, NETO, 2012; CLAUDINO et al., 2011; CATANI, MEIRELLES, SOUSA, 2010; ROSA et al. 2014.

Diferentemente de Santa Cruz do Sul, os municípios de Sobradinho e Tavares não possuíam dados coletados e sistematizados, o que incapacitava as comparações com outros resultados antes de Rosa et al. (2014) realizarem os levantamentos em 2010. Mais um fator muito importante envolvendo a falta de informações registradas, é a inabilidade de criar um planejamento de intervenções em torno das necessidades da população dos dois municípios em questão. Logo, se houver atividades de promoção e prevenção nesses locais, elas podem estar com o enfoque desviado, pois o verdadeiro perfil da população não é reconhecido antes da

realização do levantamento epidemiológico (OLIVEIRA, 2016). Dessa forma, a tríade de Goes e Moysés (2012), informação-decisão-ação, está incompleta.

É importante informar que houve alterações na metodologia no decorrer desta pesquisa em função de algumas limitações. Inicialmente planejou-se coletar dados referentes às idades em questão, 5 e 12 anos de idade. Porém, até o momento da coleta dos relatórios, os procedimentos não estavam divididos por faixas etárias, somente o total de procedimentos. Assim, foi preciso utilizar o número total desses para que fosse possível comparar com os índices de ceo-d e CPO-D.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que nas ESFs de Santa Cruz do Sul, que no período estudado, realizaram maior número de procedimentos preventivos, os índices ceo-d e CPO-D são inferiores àquelas que realizaram mais procedimentos curativos.

Dessa forma, sugere-se que nas ESFs onde os procedimentos preventivos estão sendo os mais realizados, continuem com o foco na prevenção e promoção de saúde bucal. Acredita-se que o espaço escolar é o local ideal para a realização de atividades voltadas à saúde bucal e levantamentos epidemiológicos e se a prevenção e a promoção de saúde bucal passarem a ser prioridade no planejamento de ações em saúde pública, os índices da cárie dentária irão diminuir ainda mais a cada ano.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Airline. Tipos de Estudo e Introdução à Análise Estatística. Disponível em: <<http://www.ime.usp.br/~lane/home/MAE0317/AnaliseEstatisticaLane.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

AZEVEDO, A. C.; VALENÇA, A. M. G.; NETO, E. A. L. Perfil epidemiológico da cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos residentes no Município de Bayeux, Paraíba. *Arq Odontol*, v. 48, n.2, p. 68-75, 2012.

BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 1, p. 41-51, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes>. Acesso em: 2 out. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/RNIS/datasus.htm>>. Acesso em: 5 out. 2016b.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: <http://www.sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>> Acesso em: 30 mai. 2016c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade*. Brasília – DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília – DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Projeto SBBrasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Brasília – DF, 21 out. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica – Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. 17, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social. Brasília: MS, p. 7, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal: Diretrizes da Política Nacional da Saúde Bucal*. Brasília: MS, p. 16, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais*, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *SIAB: manual do sistema de informação de Atenção Básica*. 2003.

_____. Legislação citada anexada pela coordenação de estudos legislativos – CEDI. *Portaria n.º 1444/GM em 28 de dezembro de 2000*. Brasília – DF, 28 dez. 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal*. Saúde bucal: panorama internacional, 1990.

_____. Presidência da República. Secretaria de Estado e Planejamento e Avaliação. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 1998*. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana*. 1986. 137p. Série C: Estudos e Projetos, v. 4, 1988.

BUARQUE, Sérgio C. *Metodologia de planejamento do desenvolvimento local e municipal sustentável*. Brasília: INCRA, 1999.

BUISCHI, Y. et al. Effect of two preventive programs on oral health knowledge and habits among brazilian schoolchildren. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.22, p. 41-46, 1994.

CATANI, D. B.; MEIRELLES, M. P. M. R.; SOUSA, M. L. R. Cárie dentária e determinantes sociais de saúde em escolares do município de Piracicaba – SP. *Rev Odontol UNESP*, v. 39, n. 6, p. 344-350, 2010.

CHASE, I. et al. Clinical outcomes for early childhood caries (ECC): the influence of health locus of control. *Eur J Pediatr Dent*, v. 5, p. 76-80, 2004.

CLAUDINO, L. V. et al. Condições de Saúde Bucal, Acesso aos Serviços Odontológicos e Autopercepção de Saúde Bucal em Escolares de 12 anos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v. 11, n. 4, p. 573-584, 2011.

COMUNELLO, S. M. H. et al. Dor dental e condição sócio-econômica: um estudo censitário em escolares. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v. 8, n. 1, p. 63-67, 2008.

COSEMS/RS. Revista Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Brasil Sorridente facilita acesso à Saúde Bucal em Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 7, p. 35, 2014. Disponível em: <<http://www.cosemsrs.org.br>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

DOMINGOS, P. A. S. et al. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município brasileiro. *Arquivos em Odontologia*, v. 46, n. 2, p. 82-87, 2010.

- ELY, H. C. et al. Redução da cárie dentária em adolescentes: distribuição temporal e espacial em 36 municípios do Sul do Brasil 2003 e 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 23, n. 3, p. 421-434, 2014.
- FEJERSKOV, O.; KIDD, E. *Cárie Dentária: a doença e seu tratamento clínico*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2011.
- FELDENS, C.A; KRAMER, P. F. *Cárie dentária na infância: uma abordagem contemporânea*. São Paulo: Santos, 2013.
- FERNANDES JR, H. M. et al. Levantamento epidemiológico de cárie dentária no município de Morrinhos do Sul (RS) e avaliação dos níveis de flúor nas fontes de água natural. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, v. 20, n. 49, p. 222-230, 2005.
- FERREIRA, A. A. et al. A prevalência da doença cárie nos municípios da microrregião de Ribeirão Preto e a influência das ações coletivas. *Investigação – Revista Científica da Universidade de Franca*, v. 6, n. 1, p. 29-34, 2006.
- FRAZÃO, Paulo. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 4, p. 712-713, 2009.
- GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad Saúde Pública*, v. 6, n.2, p.129-153, 1990.
- GIOVANELLA, Ligia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad Saúde Pública*, v. 7, n.1, p. 26-44, 1991.
- GOES, P.S.A; MOYSÉS, S.J. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2012.
- LOPES, M. C. et al. Necessidade de tratamento decorrente de cárie dentária em estudantes de 15 a 19 anos de idade, em Manaus-AM, Brasil e fatores associados. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. v. 12, n. 1, p. 83-88, 2012.
- McDONALD, R.E.; AVERY, D.R.; DEAN, J.A. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 8. ed. Mosby, 2004.
- MORO, L. et al. Condições de saúde bucal de escolares de 12 anos de idade, município de Água Santa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 50, n. 2, p. 12-17, 2009.
- MÜLLER, I. B. et al. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 24, n. 3, p. 759-770, 2015.
- OLIVEIRA, Angelo Giussepe Roncalli da Costa. *Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil*. Disponível em: <files.saudecoletiva.webnode.com.br/200000040-788d078d68/epi_bra%203.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

PINTO, Vitor Gomes. *Estudo epidemiológico sobre prevalência de cárie dental em crianças de 3 a 14 anos: Brasil, 1993*. Brasília: Sesi-DN, 1996.

PUCCA JR, Gilberto Alfredo. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

RIGO, L.; ABEGG, C.; BASSANI, D. G. Cárie dentária em escolares residentes em municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, com e sem fluoretação nas águas. *Rev Sul-Bras Odontol*, v. 7, n. 1, p. 57-65, 2010.

ROSA, D. P. et al. Prevalência de cárie dentária em dois municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, no ano de 2010. *RFO, Passo Fundo*, v. 19, n. 2, p. 193-199, 2014.

SHEIHAM, Aubrey. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ*, v. 83, n. 9, p. 644, 2005.

SOUSA, M. L. R. et al. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes paulistas. *Rev Saúde Pública*, v. 47, n. 3, p. 50-58, 2013.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. *Planejamento em Saúde*. 2. ed. Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.

TEIXEIRA, C.F. et al. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2010.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. *As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80*. 1993. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

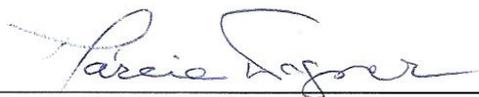
ANEXO A – Carta de apresentação do Projeto de Pesquisa à coordenadora do curso

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

Santa Cruz do Sul, 2 de junho de 2016.

Eu, Prof.^a Dr.^a Márcia Helena Wagner, coordenadora do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), declaro autorizar o projeto de pesquisa intitulado: PROCEDIMENTOS CURATIVOS E PREVENTIVOS EM ODONTOLOGIA: RELAÇÃO COM O ÍNDICE CPO-D AOS 12 ANOS DE IDADE – SANTA CRUZ DO SUL, desenvolvido pela acadêmica Ana Júlia Nunes do Curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, sob a orientação da professora Beatriz Baldo Marques.

Atenciosamente,



Márcia Helena Wagner

Coordenadora do Curso de Odontologia da UNISC

ANEXO B – Carta de apresentação do Projeto de Pesquisa

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

Santa Cruz do Sul, 2 de junho de 2016.

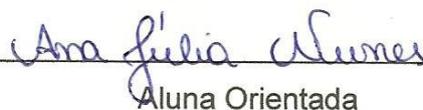
Este projeto de pesquisa intitulado “PROCEDIMENTOS CURATIVOS E PREVENTIVOS EM ODONTOLOGIA: RELAÇÃO COM O ÍNDICE CPO-D AOS 12 ANOS DE IDADE – SANTA CRUZ DO SUL” foi realizado pela aluna Ana Júlia Nunes, sob orientação da Professora Beatriz Baldo Marques, como requisito da disciplina de Seminário de trabalho de Conclusão de Curso da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Declaramos estar cientes do conteúdo deste projeto de pesquisa aqui apresentado.

Atenciosamente,



Professora Orientadora



Aluna Orientada

ANEXO C – Termo de aceite institucional do município de Santa Cruz do Sul



Santa Cruz do Sul, 07 de junho de 2016

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o protocolo de pesquisa intitulado, **"PROCEDIMENTOS CURATIVOS E PREVENTIVOS EM ODONTOLOGIA: RELAÇÃO COM O ÍNDICE CPO-D AOS 12 ANOS DE IDADE – SANTA CRUZ DO SUL, RS"**, desenvolvido pela acadêmica Ana Júlia Nunes, sob orientação da Profa. Ma. Beatriz Baldo Marques, do curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento da pesquisa na unidade de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.


CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

CLARISSA GOHLKE
Diretora de Ações e
Programas de Saúde



Secretaria Municipal de Saúde
Rua Ernesto Alves, 746 – Centro – Santa Cruz do Sul
E-mail: daps.saude@santacruz.rs.gov.br
Telefone: (51) 2109-9500