

AÇÕES COLETIVAS E INDIVIDUAIS DE SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES

Autores

SALDANHA, Paula Nunes Ribeiro* (danhaa@hotmail.com)
GEWHER, Andréa (deia_gewe@hotmail.com)
ROSA, Adrine Maciel da (adrine.maciel@gmail.com)
Faculdade de Odontologia de Pelotas – UFPel

Orientador

BIGHETTI, Tania Izabel (taniabighetti@hotmail.com)
Faculdade de Odontologia de Pelotas – UFPel

Revisores

CAMARGO, Maria Beatriz Junqueira Camargo (mbiajac@uol.com.br)
Centro de Pesquisas Epidemiológicas – UFPel
CASTILHOS, Eduardo Dickie (eduardo.dickie@hotmail.com)
Faculdade de Odontologia de Pelotas – UFPel

1 INTRODUÇÃO

Antigamente, a promoção de saúde bucal em escolas (BELLINI, 1991; PINTO, 2000) restringia-se apenas a ações com caráter de campanha, portanto eram esporádicas e descontínuas. Porém, com o passar do tempo desenvolveu-se a associação de métodos preventivos, combinando diferentes ações programáticas periódicas de caráter preventivo e educativo a fim de controlar e/ou reduzir o nível de doenças bucais que afetam uma dada população (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004). Com a parceria entre o Departamento de Políticas do Educando da Secretaria Municipal de Educação de Pelotas e a Unidade de Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, vem sendo implantados sistemas de prevenção em escolas municipais de ensino fundamental do município de Pelotas. No primeiro semestre de 2010 as atividades foram realizadas na Escola Municipal de Ensino Fundamental Joaquim Nabuco, envolvendo tanto procedimentos de caráter assistencial e de atenção em saúde bucal.

Este trabalho tem por objetivo descrever os principais resultados relativos às atividades desenvolvidas, bem como apresentar propostas de adaptações para as atividades do segundo semestre de 2010; para serem discutidas com a coordenação do projeto na Secretaria Municipal de Educação, com direção e coordenação pedagógica da escola.

2 METODOLOGIA

No período de 12/04 a 8/06/2010, 33 acadêmicos do 5º semestre 2010/1 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FOP/UFPel), desenvolveram ações individuais e coletivas em saúde bucal, em alunos da Escola Municipal de Ensino Fundamental Joaquim Nabuco, no município de Pelotas. Essas atividades tiveram cunho assistencial (Tratamento Restaurador Atraumático – TRA), realizada na biblioteca da escola e de atenção em saúde bucal (triagem inicial e final de risco de cárie dentária, atividades educativas, escovação dental supervisionada e aplicação gel fluoretado), conduzidas nas salas de aula.

Os acadêmicos tiveram orientações para preparo e condução das atividades, bem como receberam o embasamento teórico que respaldava o seu desenvolvimento.

Os escolares foram classificados segundo critérios de risco de cárie dentária propostos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2000) e, a partir disto foram definidas as ações necessárias para cada grupo. Para a seleção dos dentes que receberam TRA, o critério utilizado foi o tempo de permanência na cavidade bucal.

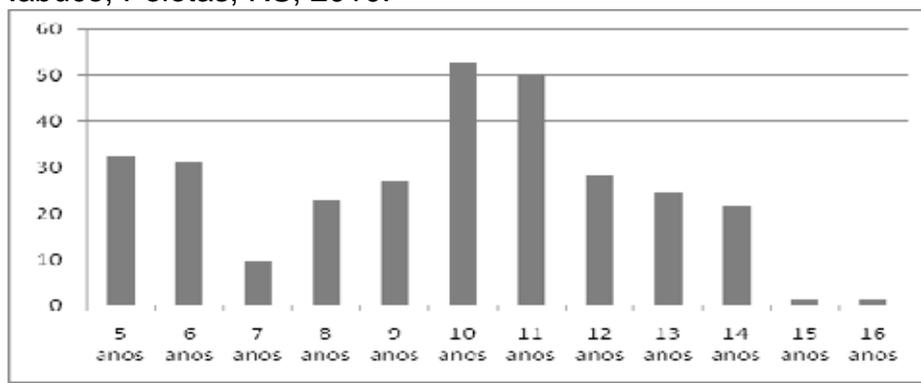
Foram realizadas duas reuniões com distribuição de folders para pais/responsáveis.

Os dados foram anotados manualmente em planilhas, digitados e tabulados com o uso do programa *Microsoft Office Excel* versão 2007, e os resultados apresentados em gráficos com as freqüências observadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram desenvolvidas atividades com 304 escolares dos turnos da manhã e tarde (Gráfico 1). Compareceram às reuniões 38 pais/responsáveis (menos de 15% do total). Para os que compareceram, a principal dúvida era sobre aparelhos ortodônticos e alguns questionamentos sobre higiene bucal foram feitos.

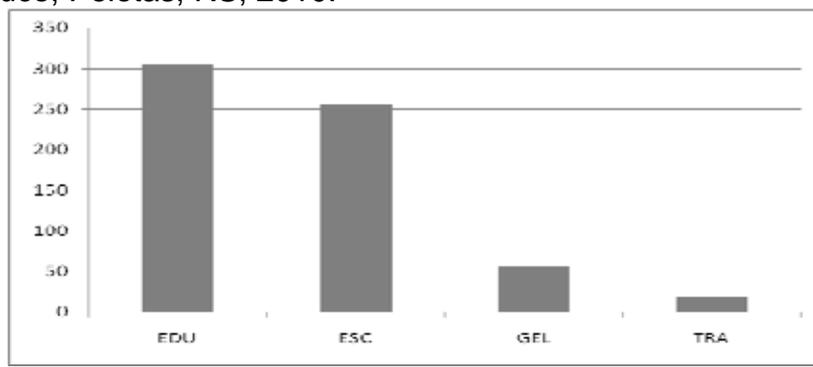
Gráfico 1 - Número de escolares envolvidos nas atividades, segundo idade. EMEF Joaquim Nabuco, Pelotas, RS, 2010.



Todos os escolares receberam pelo menos uma atividade educativa (EDU) durante o semestre e a maioria recebeu pelo menos uma atividade de escovação supervisionada com dentífrico fluoretado (ESC). Os que se enquadraram nos critérios de risco C (presença de cavidade de cárie inativa), D (presença mancha branca de cárie), E (presença de cavidade de cárie ativa) e F (urgência (dor e/ou abscesso) receberam aplicação tópica de gel fluoretado (GEL).

Dos classificados no código E, foi possível fazer Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) em uma parcela de escolares cuja condição da cavidade e comportamento da criança permitiu a remoção do tecido cariado com instrumentos manuais e selamento com cimento de ionômero de vidro (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Número de escolares, segundo tipo de atividade recebida. EMEF Joaquim Nabuco, Pelotas, RS, 2010.



EDU: atividade educativa

ESC: escovação dental supervisionada

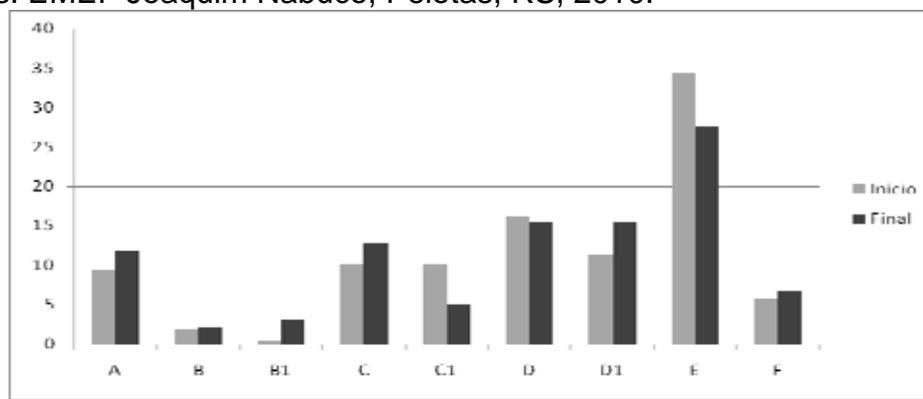
GEL: aplicação de gel fluoretado com escova de dentes

TRA: Tratamento Restaurador Atraumático

A maior parte dos dentes que receberam TRA foram os decíduos (n=15), mas foi possível realizar o procedimento em alguns permanentes (n=9).

Considerando-se que nem todos os escolares puderam passar pelo processo final de triagem, as proporções de examinados nas duas triagens apontam para uma melhora situação de risco de cárie (Gráfico 3). Isto deve ser analisado com muita cautela pela diferença nos examinados nas duas situações e pelo processo de aprendizagem dos acadêmicos que aperfeiçoaram seus critérios de diagnóstico.

Gráfico 3: Percentual de escolares segundo risco de cárie no início e no final das atividades. EMEF Joaquim Nabuco, Pelotas, RS, 2010.



A: sem história de cárie

B: presença de restaurações

B1: presença de restaurações e de placa bacteriana

C: presença de cavidade de cárie inativa

C1: presença de cavidade de cárie estacionada e de placa bacteriana

D: presença mancha branca de cárie

D1: presença de inflamação gengival ou de placa bacteriana

E: presença de cavidade de cárie ativa

F: urgência (dor e/ou abscesso)

Podem ser destacados os seguintes aspectos em relação ao Gráfico 3:

- aumento da proporção de escolares sem história de cárie (A): pode ser explicado pela mudança da situação de risco do critério D para o A;
- aumento da proporção de escolares com restaurações (B): pode ser explicado pelos procedimentos de TRA, bem como a busca por serviços odontológicos;

- aumento da proporção de escolares com restaurações e presença de placa bacteriana (B1): pode ser explicado pela melhora no diagnóstico de placa bacteriana pelos acadêmicos;
- aumento da proporção de escolares com cavidades de cárie estacionada (C): pode ser explicado pela mudança da situação de risco do critério E para o C, bem como pela melhora no diagnóstico de cárie pelos acadêmicos;
- diminuição da proporção de escolares com mancha branca de cárie (D): pode ser explicado pela mudança da situação de risco do critério D para o A;
- aumento da proporção de escolares com gengivite e presença de placa bacteriana (D1): pode ser explicado pela melhora no diagnóstico de gengivite e placa bacteriana pelos acadêmicos;
- diminuição da proporção de escolares com cavidades agudas de cárie (E): pode ser explicado pela mudança da situação de risco do critério E para o B (TRA e busca de serviço odontológico);
- aumento da proporção de escolares com urgência (F): pode ser explicado pela melhora no diagnóstico pelos acadêmicos e a piora do quadro pela dificuldade na busca de serviços odontológicos.

4 CONCLUSÕES

Com base nos resultados e levando-se em conta que uma pequena parcela de pais/responsáveis compareceu às reuniões, pode se considerar que a saúde bucal ainda não é prioridade para a maioria das famílias; mas foi iniciado um processo de encaminhamento, para as Unidades Básicas de Saúde Dunas e Bom Jesus (com vaga assegurada), dos escolares classificados nos critérios E e F.

Os pontos positivos apontados pelos acadêmicos foram:

- experiência de colocar em prática os ensinamentos recebidos;
- possibilidade de prestar serviço à comunidade, com perspectiva de mudanças para o público alvo (estudantes e familiares);
- análise dos resultados do próprio trabalho;
- empenho da coordenação de projetos educacionais da secretaria de educação na organização inicial das atividades.

Os pontos que os acadêmicos entenderam que deveriam ser discutidos com a direção e coordenação pedagógica da escola foram:

- mecanismos de inserir as atividades em saúde bucal de forma a não interferir demais nos calendários dos professores, trazendo-os como parceiros;
- perspectiva de organização de reunião com os professores previamente ao início das atividades.

5 REFERÊNCIAS

1. BELLINI, Hamilton T. **Ensaio sobre programas de saúde bucal**. Biblioteca Científica da ABOPREV - Fascículo 3, maio 1991. p. 63.
2. PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. **Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 121-130, São Paulo, 2004.
3. PINTO, Vitor Gomes. **Educação em Saúde Bucal**. In: PINTO, Vitor Gomes (Org.). **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo, Ed. Santos, 4ª Ed, 2000. p. 311-317.
4. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária**. 2000, p. 8.