



Renata de Andrade Rodrigues

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS EM VULNERABILIDADE
SÓCIOECONÔMICA**

Santa Maria, RS

2022

Renata de Andrade Rodrigues

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS EM VULNERABILIDADE
SÓCIOECONÔMICA**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião- Dentista.

Orientador: Prof. Alice Souza Pinto

Santa Maria, RS

2022

Renata de Andrade Rodrigues

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS EM VULNERABILIDADE
SÓCIOECONÔMICA**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgiã- Dentista.

Nome do orientador – Prof. Alice Souza Pinto (UFN)

Nome do Prof. Bianca Zimmermann (UFN)

Nome do Prof. Letícia Westphalen Bento (UFN)

Aprovado em de de 2022.

DEDICATÓRIA

Eu gostaria de dedicar meu projeto a minha mãe Rosana de Andrade Rodrigues Westphalen, ao meu pai Jorge Bilibio Westphalen e a minha orientadora professora doutora em Odontopediatria Alice Souza Pinto.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos, Aos meus pais e irmãos, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho. Aos amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este projeto.

A minha professora Alice de Souza Pinto, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado. Às professoras Bianca Zimmermann, Letícia Westphalen Bento, e ao professor Marciano Borges pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do meu trabalho final.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado. Às pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

À instituição de Universidade Franciscana que foi essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso.

RESUMO

Embora exista aumento na utilização de serviços odontológicos em todas as camadas sociais no Brasil, essa utilização ainda é muito desigual, pois a proporção de pessoas que nunca visitaram serviços odontológicos é oito vezes maior nos mais pobres (OLIVEIRA et al, 2013). Em vista disso, o projeto teve o objetivo de realizar uma palestra abordando a promoção de saúde bucal a vinte e seis crianças e seus responsáveis, moradores de um bairro onde residem famílias com baixos níveis socioeconômicos e que estão em alta vulnerabilidade. Também, foram realizadas orientações de higiene bucal e dietética, além do índice CPO-D/ceo-d modificado. A amostra apresentou 49 dentes com cavidades de cárie, 4 dentes restaurados e não apresentou dentes perdidos ou indicados a extração. Assim, o resultado do exame clínico intrabucal CPO-D/ceo-d, considerando-se apenas as lesões cavitadas de cárie e sem levar em conta a sua atividade de doença, foi de 2,03. No entanto, 80% não apresentavam a doença ativa no exato momento da avaliação, pois apenas 5 crianças se apresentaram doentes de cárie, ou seja, a interpretação do índice CPO-D isoladamente deve ser interpretada com cautela. Além disso, o atendimento de um profissional de odontologia, voluntário na instituição, e o acesso à fluoretação das águas de abastecimento podem estar contribuindo para a melhoria da saúde bucal desses pacientes em alta vulnerabilidade socioeconômica.

Palavras-chaves: crianças; vulnerabilidade; saúde bucal; cárie.

ABSTRACT

Although there is an increase in the use of dental services in all social strata in Brazil, this use is still very uneven, as the proportion of people who have never visited dental services is eight times higher among the poorest (OLIVEIRA et al, 2013). In view of this, the project aimed to hold a lecture addressing the promotion of oral health to twenty-six children and their guardians, residents of a neighborhood where families with low socioeconomic levels and who are in high vulnerability reside. Also, oral hygiene and dietary guidelines were given, in addition to the modified DMFT/dmft-d index. The sample had 49 teeth with caries cavities, 4 teeth restored and no teeth missing or indicated for extraction. Thus, the result of the intraoral clinical examination DMFT/dmft-d, considering only the cavitated caries lesions and without taking into account their disease activity, was 2.03. However, 80% did not have the active disease at the exact moment of the evaluation, as only 5 children had caries, that is, the interpretation of the CPO-D index alone must be interpreted with caution. In addition, the assistance of a dental professional, who is a volunteer at the institution, and the access to fluoridation of the water supply may be contributing to the improvement of the oral health of these patients in high socioeconomic vulnerability.

Key words: children; vulnerability; oral health; caries.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3 METODOLOGIA.....	13
4 RESULTADOS	14
5 DISCUSSÃO.....	17
6 CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXO- A AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA.....	22

1 INTRODUÇÃO

O controle e a prevenção da cárie dentária é um desafio constante para pesquisadores em todo o mundo. A adoção de medidas preventivas democráticas de controle da doença cárie, como a fluoretação da água de abastecimento público e dos cremes dentais, permitiu uma melhora substancial na saúde bucal de diferentes grupos sociais (FEITOSA, COLARES 2004).

Na faixa etária de zero a três anos de idade, as crianças estão desenvolvendo suas capacidades de falar e mastigar. Dessa forma, um atendimento precoce levando promoção de saúde, a prevenção de doenças e o desenvolvimento de hábitos dietéticos e de higiene saudavam às mesmas, se faz de suma importância para que a curto e longo prazo sejam evitadas limitações funcionais como: alterações bucais (gingivite, cárie, halitose); dificuldades de socialização; autoestima diminuída; agravos psicossociais e baixo rendimento escolar (CARNEIRO, QUEIROZ 2020).

Segundo Carneiro e Queiroz (2020) a educação e a saúde são fundamentais na vida do ser humano, estando ambas sempre interligadas, tendo em vista que não se pode ser saudável sem que haja educação. Sendo assim, desenvolver ações de educação em saúde bucal durante o período da infância ajuda o desenvolvimento de hábitos saudáveis às crianças que, em longo prazo, poderão se transformar em promotoras de saúde.

A promoção de saúde bucal normalmente inclui os incentivos ao estabelecimento de bons hábitos dietéticos e de higiene bucal. No entanto, tais modelos de abordagens preventivas às alterações bucais mais frequentes (gingivite, cárie e periodontite), centrados apenas no conceito de risco têm se mostrado insuficientes para modificar o quadro atual de saúde bucal de crianças, se fazendo necessária a ampliação da compreensão sobre tais determinantes relacionados à condição social e econômica da família em que essa criança está inserida (LIMA et al, 2011).

A partir das considerações acima, esse projeto tem como priorizar e oportunizar a educação em saúde bucal. Por meio de palestra, deplacagem, orientação de higiene bucal e orientação dietética, a crianças frequentadoras da evangelização na Sociedade Espírita Luz e Caridade (SELC), localizada em Santa Maria (RS, Brasil), residente em uma área de alta vulnerabilidade socioeconômica da cidade e, dessa forma, favorecer a prevenção, o diagnóstico e possíveis necessidades de encaminhamento para tratamento das alterações bucais encontradas.

O projeto teve como objetivo principal a realização da orientação dietética e orientação de higiene bucal para o adequado controle do biofilme dental em crianças em vulnerabilidade socioeconômica, incluindo a execução de escovação supervisionada com dentifrício fluoretado e uso do fio dental de haste para motivar e favorecer o aprendizado, posterior à palestra com foco à educação em saúde bucal ao público infantil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Brasil é um país que se destaca por apresentar desigualdade na concentração de renda, bem como marcadas condições inadequadas de serviços básicos. Essas diferenças sociais são, tradicionalmente, monitoradas por variáveis socioeconômicas como renda e escolaridade (BEZERRA, PEDRAZA 2015). Deste modo crianças que vivem em países de baixa e média renda estão, desde a primeira infância, mais vulneráveis às desigualdades e aos agravos que oferecem risco ao desenvolvimento do indivíduo (DELGADO et, al 2020).

Segundo Guimarães e Barros (2001), alguns estudos chamaram atenção para as vantagens da análise do estado nutricional de crianças a partir do espaço/instituições que elas frequentam, como creches e escolas, possibilidade de identificar a distribuição dos distúrbios nutricionais, de monitorar desigualdades sociais em saúde e, especialmente, de possibilitar a identificação de necessidades de implementação de ações específicas e diferenciadas de nutrição e saúde (GUIMARÃES, BARROS 2001).

Baixos níveis socioeconômicos têm recebido considerável atenção na literatura científica, como fortes fatores de risco à saúde (FEITOSA, COLARES 2004). A maior proporção de levantamentos de saúde bucal em crianças tem sido realizada em faixas etárias escolares acima de seis anos de idade em detrimento da faixa pré-escolar (RIGO, SOUZA, JUNIOR 2009). Segundo Rigo et al (2009) isso provavelmente acontece, pois não é dada a devida importância à dentição decídua ou pela dificuldade em realizar exames clínicos em crianças com menos de seis anos. A fim de evitar o desenvolvimento da doença cárie de mutilações na dentição permanente, é importante que os cuidados em saúde bucal sejam tomados desde a primeira dentição.

Nesse esteio, a literatura estabelece a escolaridade como um importante indicador de desenvolvimento socioeconômico, que influencia de forma direta o processo saúde-doença, destacando a importância da educação no contexto de conhecimento e prevenção de doenças (RIBEIRO et al, 2018).

Segundo Ribeiro et, al (2018) a distribuição dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis recebem alta influência do nível de escolaridade das pessoas. Em geral, fatores de risco como tabagismo, consumo de carne com excesso de gordura e obesidade são mais frequentes na população com menor escolaridade, e a atividade física, o lazer e o consumo de frutas, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde, têm maior prevalência na população que tem 12 ou mais anos de estudo.

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade (GOMES e ABEGG 2007). Em análises históricas, por seguimento populacional e das práticas assistenciais em saúde bucal, a cárie ainda desponta como a doença mais prevalente no mundo, polarizada em populações vulneráveis e com uma prática clínica relevante enquanto intervenção no componente biológico (CAVALCANTE e GONZALEZ 2022).

Segundo Scherer et, al (2018) em 2004 foram publicadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intituladas Programa Brasil Sorridente, que informa a reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis do SUS e a readequação do trabalho, por meio de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência e definição de padrões para orientar o trabalho. O trabalho, quando realizado em equipe e de forma cooperativa, tende a ser mais eficaz no alcance dos resultados almejados, e esse pode ser um indicador a ser utilizado na avaliação da implementação de uma política, como é o caso da saúde bucal (SCHERER et, al 2018).

Segundo Pereira et, al (2019), uma importante conclusão em saúde bucal, que poderia ser utilizada pelos sistemas de saúde, como um claro indicador de saúde na população, é a ausência de dor/desconforto de origem dental. A literatura tem mostrado que a qualidade de vida, e a percepção da saúde bucal de crianças e adolescentes são impactados por episódios de dor de dente. Esta condição, também, pode gerar transtornos aos pais/responsáveis, como o absenteísmo ao trabalho.

Segundo Cypriano, Sousa e Wada (2004), o índice CPO-D vem sendo utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. Trata-se de um índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, e seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e restaurados em um grupo de indivíduos. Já o índice CEO-D é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) podendo medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um determinado grupo de indivíduos.

Considerando o fato de que atualmente certas lesões de cárie não são identificadas pelos cirurgiões-dentistas previamente para um tratamento precoce das mesmas é essencial. O levantamento epidemiológico de cárie através do índice CPO-D/ceo-d, proporcionará conhecer a realidade da história atual e passada da cárie nos escolares da região, para que orientações de higiene e medidas preventivas sejam adotadas (MORAES, ARSENIAN, TUCCI 2014).

Apesar da inegável contribuição e importância de medidas epidemiológicas para a organização e planejamento dos serviços de saúde, sabe-se das dificuldades dos municípios de realizarem levantamentos epidemiológicos periódicos em saúde bucal e das dificuldades dos profissionais serem disponibilizados para a calibração e coleta de dados, para operacionalizar esse tipo de estudo (CYPRIANO, SOUSA, WADA 2004).

Em geral, indivíduos com baixa condição socioeconômica possuem níveis mais elevados de problemas bucais (MARTINS et, al 2017). A condição socioeconômica do indivíduo é um dos determinantes na utilização de serviços odontológicos. A literatura demonstra que a vulnerabilidade social influencia a capacidade dos pais em oferecer acesso a atendimento adequado, o que afeta o estado de saúde de uma criança (MARTINS et, al 2017).

3 METODOLOGIA

O projeto de ação social foi realizado na Sociedade Espírita Luz e Caridade (SELC) localizada na cidade de Santa Maria (RS, Brasil), mediante a autorização da sua presidente com crianças frequentadoras da instituição.

Inicialmente, foi realizada uma palestra de orientação para promoção de saúde bucal a todos pacientes e aos responsáveis. Na sequência, foi realizada a orientação de higiene bucal individualmente a cada criança, incluindo instruções a respeito do uso adequado do fio dental de haste e da escova de dente, no banheiro da instituição. Kits contendo escova de dente macia (Dr Dentuço, Colgate), dentifrício fluoretado (Colgate Total 12, Colgate) e um fio dental (Mini flosser, Tepe) foram fornecidos e utilizados para a realização do controle mecânico do biofilme dental.

Posteriormente à deplacagem, as crianças foram examinadas sentadas, em um ambiente “ao ar livre”, todas de frente a um foco de luz natural. O exame foi realizado por um único profissional calibrado que fez o exame visual direto da cavidade bucal, com auxílio e espátula de madeira e luvas.

Para a dentição permanente, foi utilizado o índice CPO-D (KLEIN; PALMER, 1937), que permanece sendo o mais utilizado no mundo e mantém-se como referência para programação e avaliação de programas de saúde bucal (MORAES et al., 2014). Os componentes do índice são para dentição permanente: “C” para dentes cariados; “P” para perdidos e “O” para obturados. O componente “P” é dividido em E e Ei, sendo E, extraído e Ei, extração indicada. Os componentes C e Ei correspondem à história atual da cárie dentária e os componentes E e O correspondem à história passada da cárie dentária.

Para a dentição decídua, utilizou-se o índice ceo-d que indica os dentes cariados (c), dentes com extração indicada (e) e dentes obturados (o). A condição “extraído” não é avaliada neste índice, porque clinicamente não se conclui se o dente foi perdido por cárie ou se sofreu esfoliação dentária natural para aguardar a substituição pelo dente permanente (PINTO, 2008).

Para o cálculo dos referidos índices, foi quantificado o número total de dentes permanentes/decíduos cariados, perdidos e obturados e divididos pelo número de indivíduos examinados. Nessa análise não foi considerada a diferença de idade entre os participantes do estudo.

Também, os referidos índices não foram realizados na íntegra, pois foi executada a limpeza (escova dental, dentifrício e fio dental) previamente ao exame e lesões iniciais de cárie não cavidadas, passíveis de serem diagnosticadas, também foram registradas. Os dados foram registrado em ficha específica (fonte:<https://slideplayer.es/slide/14648181/>) baseada no modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS).



Fonte: (imagem retirada do vídeo: <https://youtu.be/bGwjO5llAU>)

Finalmente, todas as crianças foram submetidas a orientações dietéticas e, novamente, à orientação de higiene bucal, a partir do uso de macromodelos/manequins. Os dados coletados foram avaliados e analisados apenas percentualmente devido ao pequeno tamanho da amostra.

A ação odontológica prevista no projeto foi realizada por acadêmicos do curso de Odontologia da UFN, durante as horas vagas do seu calendário escolar. A participação das crianças foi voluntária e seus pais ou responsáveis estavam presentes no local.

O projeto de pesquisa foi realizado com 26 crianças, com idade entre 4 e 12 anos. Inicialmente, foi apresentada uma palestra às crianças e seus responsáveis (figura 3), a respeito da importância da manutenção da saúde bucal, reforçando-se o quão fácil e barato é a prevenção em odontologia, desde que o paciente saiba como fazer adequadamente a sua higiene bucal e cuide da sua alimentação. Para tal, um desenho lúdico, retirado da plataforma *YouTube*, intitulado “Missão: saúde bucal” (https://www.youtube.com/watch?v=YOMaEHyiy_g - maisvoceasaude) orientou a importância de uma higiene bucal adequada e como é possível fazer escolhas melhores para as refeições principais e lanches.

Sanadas as dúvidas referentes ao vídeo e palestra ministrados, cada criança, individualmente, foi submetida à deplacagem com escova dental macia/fio dental de haste e à orientação de higiene bucal (figura 4). De uma forma geral, quanto ao controle mecânico de biofilme, foi orientada a escovação dentária (controle mecânico) 2-3 vezes/dia, com escova dental macia e dentifrício fluoretado com mais de 1000 ppm de flúor, além do uso do fio dental comum ou de haste, pelo menos, 1 vez/dia.

Já em relação à orientação dietética, foi sugerida a restrição no consumo de açúcar (carboidratos fermentáveis) como lanches, entre as refeições, dando-se preferência pelo seu consumo apenas eventual e como sobremesa, após as refeições principais. Também, por meio de um desenho infantil, de forma mais lúdica foram indicadas as melhores escolhas para uma adequada refeição como: frutas, legumes e proteínas e como é realizado da escovação dentária.

A amostra apresentou 49 “C”, dentes com cavidades de cárie, 4 dentes “O”, dentes restaurados e não apresentou dentes perdidos ou indicados a extração. Assim, o resultado do exame clínico intrabucal CPO-D/ceo-d, originalmente proposto por Klein e Palmer (1937), considerando-se apenas as lesões cavitadas de cárie e sem levar em conta a sua atividade de doença, foi de 2,03.

Na tabela 1, foram registrados os perfis de cárie das crianças atendidas. Do total de 26 crianças examinadas, 80% não apresentavam a doença ativa no exato momento da avaliação.

Pacientes	Total (n)	Livres de cárie	Cárie inativos	Cárie ativos
Dentição decídua	3	1	2	-
Dentição mista	22	3	14	5
Dentição permanente	1	-	1	-
Total	26	4	17	5

Tabela 1. Perfil de cárie da amostra

Finalizada a avaliação dentária intrabucal, os pacientes receberam as últimas orientações, de forma lúdica, por meio de manequins e macromodelos (figura 5).

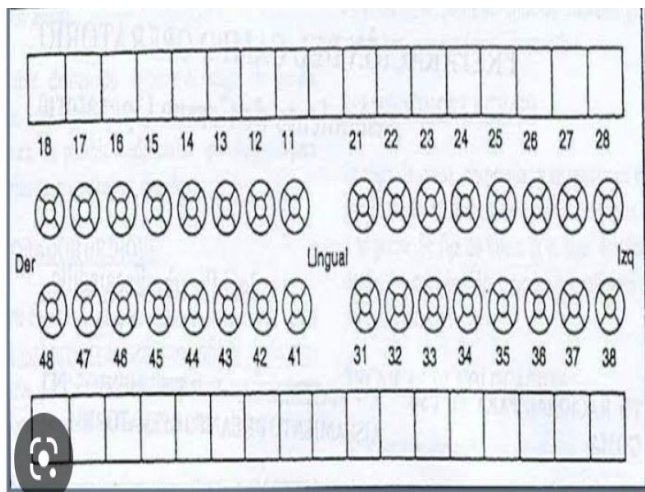


Tabela CPOD (figura 1).

Fonte: <https://slideplayer.es/slide/14648181/>



Kits de higiene bucal (figura 2).



Palestra sobre orientação de higiene bucal (figura 3).



Escovação dentária (figura 4).



Orientação de higiene bucal (figura 5).



Exame clínico CPOD (figura 6).

5 DISCUSSÃO

Neste trabalho foi realizado um projeto de ação social para vinte e seis crianças em vulnerabilidade socioeconômica, de 0 a 12 anos de idade, atendidas por uma organização social religiosa (espírita), e teve como objetivo a instrução de higiene bucal (escovação e fio dental), além da orientação dietética, visando favorecer a educação em saúde bucal do público alvo. Segundo Branco (2013) as atividades educativas propiciam o aumento do conhecimento sobre saúde bucal e a redução do índice de placa e, como é durante a infância que a criança vai incorporando em sua vida os hábitos de higiene e está numa fase propícia ao aprendizado, as instituições que as acolhem são locais importantes para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde bucal.

O índice CPO-D da amostra avaliada nesse estudo (2,03) foi levemente abaixo da média observada no Brasil em 2010 (2,1). Nas últimas três décadas houve expressiva redução no valor do CPOD no Brasil, sendo que o país saiu de um contexto de prevalência muito alta de cárie dentária, em 1980 (CPOD = 7,3), chegando a uma realidade de baixa prevalência, em 2010 (CPOD = 2,1). As principais causas desta redução foram: o aumento do uso de compostos fluoretados como medidas preventivas, isto é, adicionado nas águas de abastecimento, nos dentifrícios e aplicado nos dentes de forma tópica; o maior acesso da população aos serviços odontológicos; o aumento das ações de promoção de saúde e de prevenção em saúde bucal (AGNELLI, 2015).

Mesmo com as referidas melhorias, a amostra do presente estudo, 12 anos após o último CPO-D nacional realizado, reflete uma estabilidade do índice e ausência da sua diminuição, ao que poderia se supor a falta de acessibilidade do público alvo ao atendimento odontológico público e a adequadas políticas de saúde que favorecessem a sua promoção de saúde no local.

Segundo Oliveira et al, (2013) mesmo que a prevalência de cárie dentária esteja diminuindo nas últimas décadas, existe grande iniquidade na experiência e na distribuição dessa condição no Brasil. Nesse fenômeno, denominado polarização da doença, a parcela mais pobre da população concentra quase toda a carga. Nesse sentido, é necessário avaliar as políticas de saúde não apenas pelo efeito global que exercem sobre a saúde coletiva, mas também pelo resultado de suas intervenções sobre o quadro pré-existente de desigualdades em saúde (ANTUNES, NARVAI 2010).

Apesar disso, e considerando as limitações da avaliação realizada nesse projeto (sem profilaxia profissional e secagem prévia das superfícies dentárias, isolamento relativo do campo e uso da luz do refletor), 80% das crianças não apresentaram atividade de doença, ou seja, ações de promoção de saúde e prevenção realizadas pela própria instituição (SELC), sobretudo após o acesso dessas crianças ao consultório particular de uma odontopediatra, trabalhadora espírita voluntária, podem estar contribuindo para a motivação de práticas de higiene bucal mais adequada pelas famílias, em relação aos seus filhos.

Também, sabendo-se que o processo de desenvolvimento da doença cárie ocorre de maneira dinâmica e é suscetível a ser moldado a partir de inúmeros estímulos externos, é fundamental a identificação precoce de crianças expostas a fatores de risco, assim como a avaliação de seu desenvolvimento, a fim de minimizar prejuízos futuros (DELGADO et al, 2020).

Mesmo assim, embora exista aumento na utilização de serviços odontológicos em todas as camadas sociais no Brasil, essa utilização ainda é muito desigual, pois a proporção de pessoas que nunca visitaram serviços odontológicos é oito vezes maior nos mais pobres (OLIVEIRA et al, 2013).

Assim, o trabalho, quando realizado em equipe e de forma cooperativa, associando iniciativas sociais privadas e públicas, tende a ser mais eficaz no alcance dos resultados almejados, e esse pode ser um indicador a ser utilizado na avaliação da implementação de uma política, como é o caso da saúde bucal (SCHERER et al, 2018).

6 CONCLUSÃO

Com esse projeto posso concluir a importância da saúde bucal implantada na infância, tendo um papel fundamental na sociedade, e no ambiente em que vivemos, onde a saúde bucal não afeta somente a boca do paciente, mas como um todo. A doença cárie continua sendo a mais comum entre as crianças de qualquer idade e qualquer ambiente, porém existe uma variação considerável nas regiões de maior vulnerabilidade, sendo importante que os cuidados em saúde bucal sejam tomados desde a primeira dentição.

Apesar do índice CPO-D (2,03) ter sido similar a média nacional (2,1), a avaliação da atividade de cárie das crianças indicou que 80% não estavam com a doença no presente momento, ou seja, a interpretação do índice CPO-D isoladamente deve ser interpretada com cautela. Além disso, o atendimento de um profissional de odontologia, voluntário na instituição, e o acesso à fluoretação das águas de abastecimento pode estar contribuindo para a melhoria da saúde bucal desses pacientes em alta vulnerabilidade socioeconômica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNELLI, P.B, variação do índice CPOD do Brasil no period de 1980 a 2010, **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 15, jan./jun. 2015

ANTUNES, J.L.F, NARVAI, P.C, Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities, **Revista Saúde Pública**; v. 44(2): p. 361; 2010.

BEZZERA, T.A, PEDRAZA, D.F, (In)segurança alimentar entre famílias com crianças menores de cinco anos residentes em área de vulnerabilidade social de Campina Grande, Paraíba: **Rev. Nutrição**, Campinas, v.28(6):p.655-665, nov./dez., 2015.

CARNEIRO, V.R, QUEIROZ, A.M, Educating for a healthy life: the inclusion of oral health as a form of prevention to dental caries in a municipal nursery of Rio Grande Do Norte, **Braz. J. of Develop.**, Curitiba: v. 6, n. 10, p. 74287, 2020.

CAVALCANTE, P.S, GONZALEZ, R.H, Representações do cuidado em saúde bucal de crianças em vulnerabilidade em uma cidade do nordeste do Brasil: **Saúde Soc.** São Paulo, v.31, n.3, e220036pt, p.2, 2022.

CYPRIANO, S, SOUSA, M.L.R, WADA, R.S, Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária, **Rev Saúde Pública 2005**; v.39(2), p. 286, 2004.

DELGADO, D.A, MICHELON, R.C, GERZSON, L.R, ALMEIDA, C.S, ALEXANDRE, M.C, Avaliação do desenvolvimento motor infantil e sua associação com a vulnerabilidade social: **Fisioter Pesqui**: v. 27(1):p. 48-49, 2020.

FEITOSA, S, COLARES, V, Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):p;604-605, mar- abr, 2004.

GOMES, A.S, ABEGG, C, O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23(7): p. 1707, jul, 2007

GUIMARÃES, L.V, BARROS, M.B.A, As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional: **Jornal de Pediatria** - Vol. 77, p. 382, N°5, 2001.

LIMA, C. MG, PALHA, P.F, ZANETTI, M.L, PARADA, C.M.G.L, Experiências do familiar em relação ao cuidado com a saúde bucal de crianças: **Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 19(1)** jan-fev 2011.

MARTINS, L.P, BITTENCOURT, J.M, BENDO, C.B, VALE, M.P, PAIVA, S.M, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24(2):393-400,p. 394-398. 2019.

MORAES, S.N.S, ARSENIAN, M.B, TUCCI, R, **J Health Sci Inst.**; v:32(3), p:236, 2014.

OLIVEIRA, L.J.C, CORREA, M.B, NACIMENTO, G.G, GOETTEMS, M.L, TARQUÍNIO, S.B.C, TORRIANI, D.D, DEMARCO, F.F, **Rev Saúde Pública** ; v. 47(6), p.1040, 2013.

RIBEIRO, K.G, ANDRADE, L.O.M, AGUIAR, J.B, MOREIRA, A.E.M.M, FROTA, A.C, Education and health in a region under social vulnerability situation: Breakthroughs and challenges for public policies. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 1, p. 1388, 2018.

RIGO, L, SOUZA, E.A, JUNIOR, A.F.C, Experiência de cárie dentária na primeira dentição em município com fluoretação das água: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v.9 (4): p. 436, out. / dez, 2009.

SCHERER, C.I, SCHERE, M.D.A, CHAVES, S.C.L, MENEZES, E.L.C, O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?, **SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO**, v. 42, NÚMERO ESPECIAL 2, p. 234, OUTUBRO 2018.

PEREIRA, F.A. O, ASSUNÇÃO, L.R, FERREIRA, F.M, FRAIZ, F.C, Urgência e descontinuidade do cuidado em saúde bucal de crianças e adolescentes: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25(9): p.3678, 2020.

PINTO, V.G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 1ª ed. São Paulo: Santos; 2008.

ANEXO- A AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP
Prezados Senhores:

Declaro que tenho conhecimento do teor do Projeto de Pesquisa intitulado **Educação em saúde bucal para crianças em vulnerabilidade** proposto pelo acadêmico **Renata de Andrade Rorigues**, sob a orientação do prof^o **Alice Souza Pinto** a ser desenvolvido na Área **ciências da saúde**, junto ao Curso de **Odontologia** da Universidade Franciscana.

O referido projeto será desenvolvido na *Sociedade Espírita Luz e Caridade (SELC)*, o qual só poderá ocorrer a partir da apresentação do Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Franciscana.

Atenciosamente,
Lemida Oliveira Souza - Presidente

Nome e cargo do responsável pelo local onde será realizada a
pesquisa

Este documento deverá ser carimbado
Santa Maria, *17* de *novembro* de 20*22*

95.619.128/0001-44
SOCIEDADE ESPIRITA LUZ E CARIDADE
Rua João Zwetsch, 181
Vila Rossato, Km 3
CEP 97.095-310
Santa Maria - RS