



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE  
ODONTOLOGIA**

**TERCÍLIA MARIA DE JESUS**

**AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DA SAÚDE BUCAL  
EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO PARÁ:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

ARACAJU  
2019

**TERCÍLIA MARIA DE JESUS**

**AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DA SAÚDE BUCAL  
EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO PARÁ:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Monografia apresentada ao Departamento de Odontologia como requisito parcial à conclusão do curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do grau de cirurgião-dentista.

Área de concentração: Estágio em Clínica Odontológica Integrada.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. REGIANE CRISTINA DO AMARAL

ARACAJU  
2019

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proteger, guiar nessa caminhada e me mostrar que sempre há uma saída.

A meus pais por me darem a vida, em especial a minha mãe sem a qual eu não chegaria a lugar algum. Mãe, obrigada por todo amor e apoio. Aos irmãos, por serem minha escola diária para o exercício do perdão, tolerância e fraternidade.

A meu marido e filhas, pelo amor, carinho, paciência e por suportarem minhas ausências. Vocês são a motivação diária para cada passo que dou, meus amores. Aos meus sogros, pelo apoio e compreensão.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Regiane Cristina do Amaral, pelos ensinamentos, tempo dedicado, paciência, delicadeza em todos nossos contatos, e pela empatia.

A todos professores que passaram por minha vida, em especial àqueles que além de passar o conteúdo se dedicaram a incentivar, dar exemplo de conduta, humildade e sabedoria.

A meus amigos e colegas de curso pela convivência, divisão de alegrias e angustias. Aos amigos de sempre pelas palavras de incentivo e presença frequente.

A cada paciente que colocou em minhas mãos suas dores e anseios me proporcionando a oportunidade de praticar.

A todos os componentes que fizeram o cotidiano clínico possível: queridas ASBs, meninas da esterilização, pessoal da limpeza, da secretaria do DOD e da manutenção. Toda minha gratidão pelo auxílio, carinho, educação, amizade e cuidado.

## RESUMO

O difícil acesso às práticas odontológicas é fator facilitador para maior prevalência da doença cárie dentária. O presente estudo teve por **objetivo** relatar a experiência de um programa educativo, preventivo e curativo que ocorreu no Rio Alto Arapiuns (região de Santarém – PA), durante o período de 2013 a 2015. **Materiais e Métodos:** O estudo foi realizado em dois momentos, no ano de 2013 a 2015, sendo realizada uma visita em cada comunidade a cada dois meses. Cada visita teve duração de três dias, sendo que no primeiro dia foi realizado um levantamento epidemiológico e no segundo e terceiro dias foram realizadas atividades educativas e preventivas, além de tratamento odontológico. Como índices de cárie foram utilizados o ceo-d (índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados). Foram avaliadas necessidades de tratamento segundo critérios da OMS. **Resultados:** Foram avaliados ceod durante os dois períodos (2013 a 2015) de 141 crianças (1 a 7 anos, sendo 75 gênero feminino e 66 masculino). Ao comparar o índice ceod antes e depois pelo teste t-Student pareado observa-se diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), sendo o depois encontrado com maior média. Ao se avaliar o indicador obturado antes e depois pelo teste t-Student pareado verifica diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo o período depois com maior média ( $p < 0,05$ ). Em relação ao elemento cariado não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,34$ ) e também não é encontrada diferença estatisticamente significativa quanto ao elemento perdido ( $p = 0,17$ ). Como necessidade de tratamento a restauração de 1 superfície se mostra mais prevalente. **Conclusão:** Programas preventivos, educativos e curativos têm demonstrado resultados significativos, contudo há necessidade de maior periodicidade entre as visitas.

**Palavras chave:** Odontologia; saúde pública; cárie dentária; Acesso aos Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

This study aimed to report the experience of an educational, preventive and curative program that took place in the Alto Arapiuns River (Santarém-PA region), from 2013 to 2015. **Materials and Methods:** The study was conducted in 2 stages. Were realized 2 visits in each community with range of 2 months to each community. Each visit lasted 3 days, and on the first day an epidemiological survey was carried out and on the second and third days educational and preventive activities were performed, as well as dental treatment. As caries indices were used the dmft (decayed, extracted and filled primary teeth index). Treatment needs were assessed according to WHO criteria. **Results:** One hundred and forty children (1 to 7 years old, 75 females and 66 males) were evaluated during both periods (2013-2015). Were evaluated the dmft index before and after (paired Student's t-test) being found a statistically significant difference was found between the groups ( $p < 0.05$ ). Regarding the decayed element, no statistically significant difference was found ( $p = 0.34$ ) and no statistically significant difference was found regarding the lost element ( $p = 0.17$ ). The filled element statistically difference was found ( $p < 0.05$ ). As a need for treatment the restoration of one surface is more prevalent. **Conclusion:** Preventive, educational and curative programs have shown significant results, but there is a need for greater periodicity between visits.

**Keywords:** Dentistry; public health; dental cavity; Access to Health Services

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	8
3. PROPOSIÇÃO .....	11
4. MATERIAIS E MÉTODOS .....	12
4.1. DELINEAMENTO .....	13
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	16
6. CONCLUSÃO .....	20
REFERÊNCIAS .....	21

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal é parte da saúde geral de um indivíduo, pois doenças envolvendo a saúde bucal oferecem restrições em várias atividades, como trabalho, escola, além de produzir um impacto psicológico, que pode resultar em redução significativa da qualidade de vida do indivíduo (OMS, 2010).

Dentre os problemas relacionados à saúde bucal está a cárie dentária, doença considerada como um grave problema de saúde pública nos países industrializados, que afeta entre 60% a até 90% dos escolares e a grande maioria dos adultos (OMS, 2010).

Entretanto, esta doença não se mostra equivalente em todos os setores da sociedade, tal que varia em magnitude e extensão e está se tornando mais acentuada em algumas nações. Mesmo em países de alta renda, com serviços odontológicos estruturados, são notadas desigualdades em saúde bucal (OMS, 2010).

A cárie dental ainda é a doença da cavidade bucal com a maior prevalência no Brasil. Embora, segundo Vasconcelos et al (2018), as ações do Brasil Sorridente tenham levado o atendimento odontológico público a áreas mais pobres, e com isso ter feito o Brasil entrar para o grupo de países com baixa prevalência de cárie, ainda há uma carência de ações em saúde bucal muito grande nas regiões Norte e Nordeste, principalmente em municípios mais distantes das capitais dos estados. Esta carência tem maior gravidade em relação às comunidades mais isoladas do país, a exemplo temos as comunidades ribeirinhas do Pará que, segundo Carvalho et al (2014), têm índices de ceod (índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados) e CPOD (índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) acima do esperado nacionalmente, mesmo comparando-se ao índice colhido na capital do próprio Estado. Esta desigualdade pode ser relacionada ao consumo de alimentos açucarados, ao não uso de fluoretos, precária higiene bucal, dificuldades de acesso aos serviços, ou ainda, distância de centros urbanos como no caso de comunidades ribeirinhas.

As ações do SUS (Sistema Único de Saúde), em teoria, devem seguir os princípios da universalidade de acesso, integralidade de assistência, autonomia, igualdade, entre outros, regulamentados pelas diretrizes da lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, porém o que pode ser observado é que mesmo após tantos anos grande parte da população brasileira não tem

acesso a todos os níveis de assistência em saúde, e uma parcela considerável não tem sequer acesso às ações e serviços preventivos e curativos.

Na região Norte do país não foi observada queda do índice CPOD aos 12 anos e, como medida para combater estes indicadores, em 2010 inaugurou-se as Unidades de Saúde Fluviais em Santarém-PA, as quais comportam uma ou mais equipes, sendo estas equipadas para garantir o cuidado às comunidades dos rios.

As comunidades ribeirinhas do Norte do país sofrem com as dificuldades de acessibilidade às políticas de promoção de saúde instituídas. Além das condições geográficas e sazonais (enchentes e vazantes dos rios) dificultarem o acesso aos serviços odontológicos ofertados pelo Sistema Único de Saúde, torna difícil a realização de levantamentos epidemiológicos que visem uma melhor estruturação para abrangência desses serviços nestas áreas.

Assim, o presente estudo teve por objetivo relatar a experiência, em relação a um programa em saúde bucal, em dois momentos dentro das comunidades ribeirinhas atendidas pela equipe do projeto Alto Arapiuns num período de 2013 a 2015. Tal projeto realizou levantamento das condições de saúde bucal (ceod) de crianças de 1 a 7 anos, promoveu atividades educativas sobre higiene oral e executou as medidas possíveis em razão das necessidades de tratamento encontradas em cada comunidade.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Dentre os objetivos da pesquisa em Saúde Bucal Brasil 2010 tem-se “estimar a prevalência da cárie dentária em coroa e raiz para população de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos” (BRASIL, 2012, p.21), além de apontar as necessidades de tratamento em relação aos investigados. Para tanto, a referida pesquisa estratificou o estudo na divisão regional estabelecida pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 1969, como Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste (BRASIL, 2012).

Segundo o levantamento da SB Brasil 2010, uma criança brasileira de cinco anos apresenta, em média, um índice de 2,43 dentes com experiência de cárie. Porém, é importante frisar que “as médias do índice de ceod são mais elevadas nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste” (BRASIL, 2012, p.38), embora a proporção de dentes cariados seja maior nas regiões Norte e Nordeste.

Dentre os problemas causados pela perda precoce das unidades dentárias em crianças e adolescentes temos os impactos sócio emocionais, estéticos e funcionais, prejuízos mastigatórios e fonéticos. Almeida, Pedrin e Almeida (2003) citam a perda dentária precoce como principal causadora de má oclusão, seja ela causada por cárie ou trauma ocorrido na infância. Damasceno (2001) *apud* (BEZERRA e NOGUEIRA, 2012) chama atenção para o fato de que “os problemas causados pela perda precoce de um dente podem afetar tanto a dentição decídua como a permanente” daí a importância de práticas preventivas e educação em saúde.

Já Bezerra e Nogueira (2012) relataram a perda dentária precoce em crianças, entre três a nove anos de idade, de duas comunidades ribeirinhas no Pará. Dentre os 112 casos observados, em 27 deles (24,1%) houve perda precoce – sendo a unidade 75 a de maior prevalência – e 60,7% apresentaram alguma lesão com cárie. Concernente à dentição, observou-se maior prevalência de perda precoce na dentição mista (em relação à decídua). Segundo os autores, a principal causa destas perdas dentárias precoces foi em decorrência de cárie, visto que “ainda é a causa mais frequente de perdas dentárias precoces na dentição decídua no Brasil” (BEZERRA; NOGUEIRA, 2012, p.94).

A necessidade de difundir os conhecimentos odontológicos básicos na população brasileira para prevenção de cárie e a perda dentária precoce na população é uma realidade. Embora o objetivo das pesquisadoras Emmi e Barroso (2008) fosse de avaliar as ações de

saúde bucal do Programa Família Saudável, um dos resultados apresentados diz respeito ao conhecimento da população sobre saúde bucal antes da inclusão da Equipe de Saúde Bucal: 68% não sabiam o que era cárie, 76% desconheciam fio dental, esta mesma proporção não tinha conhecimento sobre os alimentos prejudiciais aos dentes, 83% não sabiam que as escovas dentais deveriam ser individuais e 85% não tinham conhecimento sobre flúor.

As populações das Regiões Norte e Nordeste não se apresentam apenas como as mais acometidas pela cárie, mas são também aquelas que mais sofrem por falta de atendimento odontológico e dificuldades de acesso aos centros de tratamento (PONTES, 2009). Segundo Carneiro et al (2018), ao discorrer sobre a condição de saúde bucal em populações ribeirinhas, a visita das equipes de saúde da família realizada pelas embarcações da secretaria municipal de saúde acontece esporadicamente, chegando a ocorrer apenas uma vez por ano em algumas comunidades. Esta escassez de acesso aos serviços odontológicos, seja pelo demorado tempo para o retorno da embarcação ou pelo alto custo para o morador deslocar-se até a unidade de saúde da família mais próxima, acarreta uma dificuldade para estes indivíduos em receber atendimento que execute procedimentos menos invasivos e preventivos. Em relação ao controle da dor, estes ficam a mercê do uso de plantas medicinais e analgésicos, cujo acesso também é difícil. Sendo assim, a extração dentária foi o procedimento mais realizado no ato das visitas. (CARNEIRO et al, 2018)

O trabalho realizado por Carvalho, Passos e Amaral (2014) em duas comunidades ribeirinhas do Pará, Prainha do Maró e Repartimento, totalizou um público alvo de aproximadamente 170 crianças e adolescentes (até 15 anos) e apresenta informações sobre a dificuldade de acesso ao serviço de saúde odontológico devido à distância dessas comunidades de Santarém, cidade mais próxima. A pesquisa foi realizada em dois momentos do ano de 2013, em cada momento foram realizadas três fases: levantamento epidemiológico, ações educativas e tratamento. Os resultados revelaram índices de ceod e CPOD altos; elemento cariado foi o mais constatado no estudo; dentre os indivíduos de 7 a 15 anos, 82,3% precisavam de tratamento enquanto aqueles na faixa de 0 a 6 anos o percentual de necessidade de tratamento foi de 60%. Considerando tais dados, 172 dentes decíduos necessitavam de restauração e 41 de extração, na dentição permanente foram 137 com necessidade de restauração e 87 com necessidade de extração.

Os pesquisadores compararam os resultados de ceod e CPOD das comunidades estudadas com os da cidade de Belém, Pará. Na capital, crianças com cinco anos de idade apresentaram ceod de 2,14 e crianças com 12 anos obtiveram CPOD igual a 2,45.

Comparando essas informações com as levantadas nas duas áreas estudadas, obteve-se ceod igual a 6,2 (cinco anos de idade) e o CPOD igual a 2,5 (12 anos de idade). Os autores atribuíram a dificuldade de acesso aos serviços uma possível causa. Além disso, chamaram atenção para a desigualdade social na qual estão inseridos os estados do norte e nordeste do Brasil (CARVALHO; PASSOS e AMARAL, 2014).

### **3. PROPOSIÇÃO**

A presente pesquisa propõe-se a relatar a experiência de avaliação em saúde bucal em crianças (1- 7 anos) de comunidades ribeirinhas situadas às margens dos afluentes do rio Arapiuns, no Estado do Pará. Por conseguinte, a análise dos dados comparou as situações antes e depois das ações realizadas com o público alvo, detectando os principais problemas ocasionados pela falta de ações preventivas em saúde bucal.

## 4. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Piracicaba-UNICAMP, sob o parecer de nº 1.192.217 (ANEXO I) e todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A execução deste estudo pode ser descrita como um estudo clínico, ou seja, “uma pesquisa que envolve seres humanos voluntários com a intenção de avaliar as situações as quais os participantes estão submetidos, relacionadas à área da saúde” (GLOSSARY OF COMMON SITE TERMS, tradução própria<sup>1</sup>).

Esta pesquisa também é classificada como observacional longitudinal. Longitudinal por haver um acompanhamento ao longo de determinado período de tempo, e observacional, pois “os voluntários podem receber diagnóstico ou algum tipo de intervenção, mas pesquisadores não atribuem os participantes a um tratamento específico” (GLOSSARY OF COMMON SITE TERMS, tradução própria<sup>2</sup>). Ademais, estudos observacionais, de acordo com Vieira e Hossne (2015), podem originar algumas hipóteses, determinar fatores de risco e informações acerca de incidência, prevalência e prognóstico de determinadas patologias.

As comunidades que participaram do estudo foram Aracati, Cachoeira do Maró, Fé em Deus, Mariazinha, Nova Canaã, Novo Lugar, Prainha do Maró, Repartimento, São Francisco do Aruã, São José e Vista Alegre.

Figura 1: comunidades do Alto Arapiuns (Fonte: Google Earth)

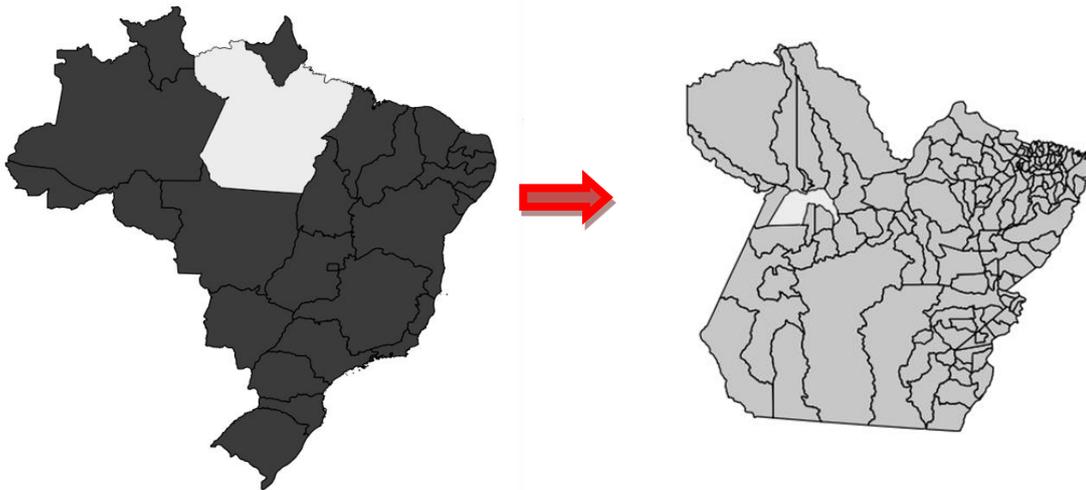


<sup>1</sup> A research study involving human volunteers (also called participants) that is intended to add to medical knowledge.

<sup>2</sup> Participants may receive diagnostic, therapeutic, or other types of interventions, but the investigator does not assign participants to a specific interventions/treatment.

As comunidades distam aproximadamente 120 km do município de Santarém-PA, sendo necessário transporte como barcos casas, embarcações menores, hidroavião ou helicóptero para ter acesso a estas áreas. A alimentação local é basicamente proveniente da caça e da pesca, além da produção de farinha amarela. Há uma embarcação que chega toda semana até a comunidade para vender produtos como gasolina, produtos de higiene, balas, doces e carne.

Figura 2: localização geográfica de Santarém-PA.



Fonte: autoria própria

#### 4.1. DELINEAMENTO

O estudo foi realizado em dois momentos de ação em cada comunidade num período que compreende aos anos de 2013 a 2015, sendo realizada uma visita com duração de três dias em uma comunidade a cada dois meses. No primeiro dia foi realizado um levantamento epidemiológico e no segundo e terceiro dias realizou-se atividades educativas e preventivas, além de tratamento odontológico. Anteriormente à realização dos exames epidemiológicos a dentista responsável pelos exames passou por um treinamento para as condições que seriam estudadas. Durante a realização dos exames epidemiológicos, 10% da amostra foram reexaminadas para a obtenção do erro intraexaminador, sendo o índice de concordância

percentual variando entre 0,86 a 1 para a experiência de cárie (índice ceod) e estatística kappa de 0,95.

Assim, foram examinadas 141 crianças (cujo termo de comitê de ética foi assinado pelos pais ou responsáveis – protocolo 007/2013) nas idades de 1 a 7 anos (ambos os gêneros) segundo critérios da OMS. Algumas crianças nesta faixa etária não foram examinadas porque não tinham erupção dentária e outras não se encontravam na comunidade no dia da coleta dos dados. Como índices de cárie foram utilizados o ceod. Foram avaliadas necessidades de tratamento de acordo com os critérios da OMS. No segundo dia, foram entregues escovas dentais, dentifrícios fluoretado, fio dental e um copo para individualizar o kit de higiene dental de cada criança, além de ensiná-las a importância dos kits serem guardados de forma individual, sem aglomerar as escovas entre as dos outros moradores do domicílio, evitando assim contaminação entre os familiares. Foram ainda realizadas atividades educativas e preventivas, com o uso de fantoches, manequim da arcada dentária, desenhos, vídeo educativo (através de um Datashow), escovação supervisionada acompanhada dos pais e aplicação tópica de flúor fosfato acidulado (ATF), de acordo com o risco de cárie. Os tratamentos odontológicos foram realizados por quatro cirurgiões-dentistas de acordo com a necessidade.

As ações realizadas no período de três dias na ocasião da primeira visita à comunidade foram repetidas na mesma localidade num intervalo de no mínimo dois meses. Para incentivar a manutenção do conhecimento adquirido pelas crianças, a cada dois meses realizava-se a entrega de novos kits aos líderes das comunidades que já haviam sido examinadas. Todas as atividades realizadas na comunidade tiveram a participação dos pais, de modo a assegurar a confiabilidade dos mesmos, e ainda, procurou-se enfatizar a educação em saúde, priorizando atendimentos não invasivos como o ART (*atraumatic restorative treatment*), visto que as pessoas da comunidade em muitos casos nunca foram ao dentista, e os que já haviam buscado atendimento o fizeram para a realização de extrações, desta forma, sentimos a necessidade de mudar este paradigma. Em relação às crianças examinadas, elas tiveram o contato com um dentista pela primeira vez por meio desta equipe. Os dados obtidos nesta pesquisa foram tabulados e analisados com o auxílio do software Microsoft Excel. Foram avaliados índices de cárie dentária e comparações dos mesmos no período antes e depois, utilizando o programa estatístico Bioestat 5.0.

Figura 3: atividades educativas realizadas. Pará (2013-2015)



Fonte: coleta de dados

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados ceod durante os dois períodos (2013 a 2015) de 141 crianças (1 a 7 anos, sendo 75 do gênero feminino e 66 do masculino).

Tabela 1: Índice ceod (cariados, extraídos e obturados) para idades de 1 a 7 anos. Pará 2013-2015.

	Antes						Depois					
	ceod= 0	ceod> 0	ceod	obt	car	ext	ceo d=0	ceod> 0	ceod	obt	car	ext
<b>Aracati</b>	4	7	2.4	0	2.3	0.1	2	10	3.6	0.2	3.4	0.0
<b>Cachoeira do Maró</b>	3	5	4.4	0	4.1	0.3	2	6	5.3	1.4	2.6	1.3
<b>Fé em Deus</b>	2	5	4.3	0	4.3	0.0	3	3	4.0	0.2	3.2	0.7
<b>Mariazinha</b>	3	5	2.1	0	2.0	0.1	2	6	3.1	0.3	2.9	0.0
<b>Nova Canaã</b>	5	10	2.9	0	2.7	0.2	1	14	6.0	0.5	5.5	0.1
<b>Novo Lugar</b>	6	11	4.0	0	3.8	0.2	1	17	5.2	2.3	2.2	0.7
<b>Parintins</b>	1	0	0.0	0	0.0	0.0		4	3.8	0.8	3.0	0.0
<b>Prainha Maró</b>	17	25	3.0	0.02	2.8	0.2	8	30	3.9	0.7	3.1	0.1
<b>Repartimento</b>	6	10	2.3	0	2.2	0.1	4	9	3.5	0.1	3.2	0.2
<b>São Francisco do Aruã</b>	2	10	4.7	0	4.3	0.3	3	10	3.3	0.2	3.0	0.2
<b>São José</b>	1	1	2.0	0.5	1	0.5	1	1	3.0	1.5	1.5	0.0
<b>Vista Alegre</b>	1	1	3.0	0	3	0	1	3	5.5	0.0	4.3	1.3
<b>Média</b>			2.9	0.0	2.7	0.2	2.5	9.4	4.2	0.7	3.2	0.4

\*obt-obturado, car-cariado, ext-extraído

Fonte: coleta de dados

Ao comparar o índice ceod antes e depois pelo teste t-Student pareado observa-se diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), sendo o depois encontrado com maior média. Ao se avaliar o indicador obturado antes e depois pelo teste t-Student pareado verifica diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo o período depois com maior média ( $p < 0,05$ ). Em relação ao elemento cariado não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,34$ ) e também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quanto ao elemento perdido ( $p = 0,17$ ).

O índice ceod encontrado no presente estudo mostra-se superior ao apresentado no último levantamento epidemiológico nacional (SB Brasil 2010) para a capital do Estado (Belém), com ceod igual a 2,14. A distância entre comunidades ribeirinhas e a capital, ou até mesmo de cidades com unidades de saúde estruturadas, torna o acesso aos cuidados em saúde

bucal esporádico, por isso há diferenças entre os índices encontrados em pesquisas nacionais (Carvalho et al., 2014; Amaral et al., 2017; Carneiro et al., 2009).

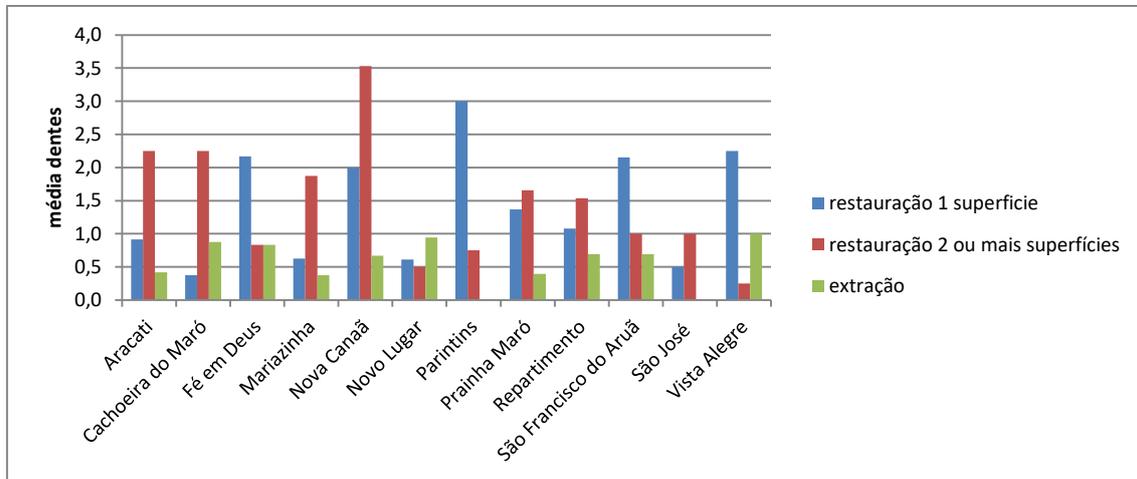
Considerando-se a significância estatística encontrada ao analisar o indicador obturado, pode-se dizer que o aumento do índice ceod, após as primeiras intervenções, tem ligação direta com a realização e manutenção das restaurações realizadas neste estudo. Apesar de em termos médios o cariado e o extraído serem maiores no segundo momento, não é encontrada diferença estatisticamente significativa.

No presente estudo o elemento cariado foi o mais prevalente, resultados similares foram encontrados no estudo de Maia et al (2016) no qual verificou-se que todas as crianças de cinco anos que sofreram ataques de cárie apresentavam como único componente do CPO o elemento cariado, típico de comunidades remotas que não tem acesso aos serviços de saúde bucal.

A manutenção do elemento obturado na cavidade dos indivíduos investigados no presente estudo cumpriu a função de manter os elementos decíduos na cavidade oral evitando uma perda precoce. Segundo Almeida et al (2003), a perda precoce do dente decíduo tem sido a principal causa do desenvolvimento de uma má-oclusão, tendo em vista que a exclusão de um dos elementos dentários da arcada provoca uma desarmonia que leva os dentes adjacentes a se inclinarem para o espaço disponível.

Levando-se em consideração os resultados obtidos e a afirmação dos autores acima se pode dizer que as ARTs realizadas no primeiro levantamento deste estudo cumpriram com seu papel, principalmente por terem se mantido nas cavidades por mais de um ano após a primeira análise. Além disso, promoveu-se adequação do meio bucal do público alvo garantindo uma melhor qualidade de vida tanto em relação ao impacto social e psicológico quanto no que diz respeito à saúde como um todo.

Figura 4: necessidades de tratamento encontradas nas comunidades (período depois). Pará – 2015.



Fonte: coleta de dados

Apesar do programa em questão ser também de cunho curativo, a oferta do atendimento ocorre anualmente devido ao deslocamento da equipe ao seu local de origem e a distância entre as comunidades pesquisadas. Desta forma é encontrada entre as necessidades de tratamento a restauração de uma superfície como a mais prevalente. Resultados opostos foram encontrados na pesquisa de Carneiro et al(2009), na qual o tratamento restaurador foi relatado como procedimento excepcional.

De maneira geral, a média de restaurações foi maior em todas as comunidades. Consequentemente, as médias de extrações sempre apresentaram valores inferiores às restaurações, com resultados que nunca superaram, em média, uma unidade. Vista Alegre apresentou a maior média de extrações e Parintins obteve média igual a zero, ou seja, não houve extrações nessa comunidade.

Em relação às restaurações, a média sempre foi superior a um dente por criança (independentemente da quantidade de superfícies restauradas). A média de restauração de apenas uma superfície se destacou nas comunidades de Parintins (3,0), Vista Alegre (2,3), São Francisco do Aruã (2,2) e Fé em Deus (2,2). Por outro lado, a média de restauração de pelo menos duas superfícies em Nova Canaã foi a maior dentre todas as demais, superando a marca de 3,5.

A partir da avaliação geral dessas medidas, Novo Lugar é a comunidade que apresentou a menor média de restaurações, embora seja interessante dar maior ênfase na prevenção de extrações ainda que, de um modo geral, tal necessidade de tratamento tenha sido minoria dentre os encontrados. Por outro lado, Nova Canaã apresentou o resultado mais preocupante em relação à saúde bucal.

Neste estudo, as restaurações foram o tipo de tratamento mais prevalente, em grande maioria de modo ART (tratamento restaurador atraumático). Fora isso, 100% dos participantes tiveram acesso à educação em saúde e escovação supervisionada. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Franco et al (2015) em que 21,5% dos atendimentos foram de ART. No estudo de Franco et al (2015), 42,9% dos atendimentos foram relacionados à educação em saúde bucal e escovação supervisionada. Os autores veem a necessidade de aprimorar o acesso das populações ribeirinhas a serviços essenciais, mantendo-se atendimentos regulares e contínuos, para a realização de atividades de educação e promoção de saúde com efetividade. Das dificuldades encontradas na execução deste trabalho, pode-se citar a grande quantidade de comunidades, a distância entre elas e existência de períodos de seca. Esses fatores fizeram com que a realização das atividades somente se configurasse, de fato, após um ano do início.

## 6. CONCLUSÃO

Com base nos resultados conclui-se que programas preventivos, educativos e curativos têm demonstrado resultados significativos. Contudo, há necessidade de maior periodicidade entre as visitas a fim de atingir melhores resultados nos índices avaliados, sedimentar o conhecimento abordado nas ações sobre higiene bucal realizadas nestas localidades e atender as necessidades de tratamento encontradas tornando-as menos frequentes.

Além disso, é de suma importância a realização de novas pesquisas que chamem a atenção das esferas governamentais para a realidade odontológica das comunidades ribeirinhas, visando a elaboração de políticas de saúde bucal que abranjam as especificidades desta população.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, R. C; CARVALHO, D. A; BRIAN, A; SAKAI, G. P. A relação entre a saúde bucal e a cárie dentária em oito comunidades ribeirinhas-Pará, Brasil. **Rev. Bras. Odontol.** Rio de Janeiro, v. 74, n. 1, p. 18-22, jan./mar. 2017.

ALMEIDA, R. R.; PEDRIN, R. R.; ALMEIDA, M. R. Mantenedores de espaço e sua aplicação clínica. **Jorn. Bras. Ortod. Ortop. Facial.** v.8, n.44, p.157-166, mar/abr. 2003.

BEZERRA, M. E; NOGUEIRA, A. da S. Prevalência de perdas dentárias precoces em crianças de população ribeirinha da Região Amazônica. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.** v.12, n.1, p.93-98, jan/mar. 2012. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/637/63723468015.pdf>>, acesso em 05 de mar. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002 – 2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. p. 68. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARNEIRO, F. C; SANTOS, R. S; PONTES, D. G; SALINO, A. V; REBELO, M. A. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p. 1838-1927, ago. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2009.v25n8/1827-1838/pt,>> Acesso em:05 de mar.de 2019.

CARVALHO, D. A; PASSOS, G. L. S; AMARAL, R. C. Prevalência de cárie e necessidade de tratamento em duas comunidade ribeirinhas – Pará, Brasil. **Journal of the Health Sciences Institute,** São Paulo, v. 32, n. 1, p.23-27, 2014.

EMMI, D. T; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Revista Ciência e Saúde Coletiva,** v. 31, n. 1, p.35-41. 2008.

FRANCO, E. C; ESPIRITO SANTO, C; ARAKAWA, A. M; XAVIER, A; FRANÇA, M. L; OLIVEIRA, A. N; MACHADO, M. A. M. P; BASTOS, R. S; BASTOS, J. R. M; CALDANA, M. L. Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Rev. CEFAC,** v. 17, n. 5, p. 1521-1530, set/out. 2015.

GLOSSARY OF COMMON SITE TERMS. Disponível em <<https://clinicaltrials.gov/ct2/about-studies/glossary>>, acesso em 15 de mar. de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Saúde bucal. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rio de Janeiro: IBGE, p.62-73, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais, 2018. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/educacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=o-que-e>>, acesso em 16 de mar. de 2019.

MAIA, B. N. B; SILVA, T. A; COLAÇO, M. N; CELESTINO JÚNIOR, A. F. Projeto Tembé: Ações de saúde bucal em seis aldeias indígenas de Tomé-Açu-Pará. **Rev. Saúde UNG**, v.10, n.4, p.34-46, 2016.

PONTES, F. C.C. **Condição de Saúde Bucal em Populações Ribeirinhas no Estado do Amazonas: estudo de caso**. f. 127, Tese de doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

VASCONCELOS, F. G. G, GONDIM, B. L. C, RODRIGUES, L. V, LIMA NETO, E. A, VALENÇA, A. M. G. Evolução dos Índices ceo-d/CPO-D e de Cuidados Odontológicos em Crianças e Adolescentes com Base no SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010. **Rev. Bras. Ciên. Saúde**, v. 4, p. 333-340, 2018.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. Metodologia científica para a área da saúde. 2ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health surveys: basic methods, 5ª ed. Geneva: WHO, 2010.

**ANEXO 1**

- O parecer consubstanciado segue em anexo no cd-ROM devido ao formato estar em PDF e o autor não possuir programa para conversão do mesmo em Word Microsoft.