

## O PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES EM ARARAQUARA – SP

Maria do Carmo Costa VASCONCELLOS\*  
Cleide BARONETTO\*\*  
Edney Pereira LÉO\*\*  
Shirley Aparecida Barbosa da SILVA\*\*

---

*RESUMO: Descreve-se a transformação das necessidades de tratamento odontológico, após a implantação de programa de saúde bucal para a população de crianças com 3 a 6 anos de idade, matriculadas em 3 Centros de Educação e Recreação em Araraquara – SP, em 1985 e em 1987.*

*UNITERMOS: Saúde bucal; programa de saúde pública; programa de saúde bucal.*

---

### INTRODUÇÃO

A partir do 2º semestre de 1985, resultado de um processo de integração docente-assistencial (Faculdade de Odontologia da UNESP – Departamento de Saúde e Promoção Social da Prefeitura Municipal), nova filosofia vem norteando o atendimento odontológico oferecido pela Prefeitura de Araraquara às crianças pré-escolares, matriculadas em 3 Centros de Educação e Recreação – CER do Município.

Ao início do ano letivo, procede-se a um levantamento epidemiológico de cárie dentária em dentes permanentes e temporários nesta população, com a finalidade de dimensionar as necessidades de tratamento existentes para se estabelecer formas de intervenção que proporcionem maior cobertura populacional e que sejam executadas no decorrer do ano.

O objetivo deste trabalho é investigar a transformação que ocorreu na satisfação das necessidades de tratamento por meio do atendimento odontológico oferecido à população de crianças com 3 a 6 anos de idade, matriculadas em 3 CER, em 1985 e em 1987.

### MATERIAL E MÉTODOS

A população de estudo consiste em 1828 crianças com 3 a 6 anos de idade (802, em 1985 e 1026, em 1987), de ambos os sexos, matriculadas nos CER Camelita Garcez, Cotinha de Barros e Eloá Quadros, de Araraquara.

---

\* Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14800 – Araraquara – SP.

\*\* Departamento de Saúde e Promoção Social da Prefeitura Municipal de Araraquara.

A avaliação da condição bucal desta população é feita por meio dos índices ceo, de GRUEBELL<sup>5</sup> e CPO, de KLEIN & PALMER, descrito por CHAVES<sup>3</sup>, utilizando-se sonda exploradora nº 5 e espelho bucal plano. Os critérios de diagnóstico, para classificação do dente (tanto temporário quanto permanente) que atravessou a fibro-mucosa, podendo ser tocado com o explorador, foram os descritos por VIEGAS & VIEGAS<sup>9</sup>.

Em 1985, o levantamento (nas crianças presentes no dia do exame) foi efetuado por doutorandos da Faculdade de Odontologia da UNESP e, em 1987, o levantamento (na totalidade das crianças matriculadas) foi feito pelas cirurgiãs-dentistas do Departamento de Saúde e Promoção Social. A calibração de todos os examinadores (tanto doutorandos quanto cirurgiãs-dentistas) foi feita por uma das autoras do trabalho, visando assegurar uniformidade de critérios e técnicas de exame.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os valores obtidos para os índices ceo e componentes e CPO e componentes, em 1985, são apresentados nas Tabelas 1 e 2.

**TABELA 1 – Índice ceo médio e componentes para crianças de ambos os sexos, segundo a idade, em 3 Centros de Educação e Recreação\* de Araraquara – SP, em setembro de 1985**

Idade	Nº de crianças	c	e	o	ceo
3	75	1,9	0,0	0,5	2,4
4	131	2,1	0,1	0,6	2,8
5	261	2,8	0,3	1,3	4,4
6	335	2,3	0,4	1,7	4,4

\* CER Carmelita Garcez, Cotinha de Barros e Eloá Quadros

**TABELA 2 – Índice CPO e componentes para crianças com 6 anos de idade, de ambos os sexos, em 3 Centros de Educação e Recreação\* de Araraquara – SP, em setembro de 1985**

Nº de crianças	C	Ei	E	O	CPO
335	0,4	0,0	0,0	0,1	0,5

\* CER Carmelita Garcez, Cotinha de Barros e Eloá Quadros

Tanto para o índice ceo quanto para o índice CPO, estes valores estão acima daqueles já obtidos no Brasil, em população comparável a esta. Em Campinas, no ano de 1972, VIEGAS & VIEGAS<sup>9</sup>, obtiveram os seguintes valores para o índice: ceo=0,86, em 46 crianças com 4 anos; ceo=1,75, em 160 crianças com 5 anos e ceo=2,55, em 558 crianças com 6 anos de

idade. Portanto, em Araraquara, os valores do índice superam os observados em Campinas para 4, 5 e 6 anos de idade, sendo que, aos 4 e 5 anos, os valores para o índice nesta cidade são superiores ao dobro dos valores de Campinas. Também para o índice CPO, os mesmos autores obtiveram, em 1972, um valor inferior ao obtido em 1985 em Araraquara: as 558 crianças com 6 anos de idade, em Campinas, apresentavam  $GPO=0,38$ . Como se vê na Tabela 2, as 318 crianças com 6 anos de idade, examinadas em Araraquara, possuíam  $CPO=0,5$ .

Frente a esta situação, e tendo em mente que elaborar um programa de saúde para um grupo populacional definido pressupõe o conhecimento da história natural das doenças que afetam o grupo, sua hierarquização segundo as conseqüências para a saúde desta população e segundo as possibilidades de atuação oferecidas pela ciência e tecnologia, além da apreciação dos recursos financeiros, humanos e materiais envolvidos no processo, buscou-se forma de intervenção que viesse, a curto prazo, aumentar o grau de satisfação das necessidades existentes.

A revisão dos preceitos dos programas de saúde bucal para escolares com experiência de cárie dentária ensina que tais programas devem visar a redução da incidência da doença, por meio de atividades preventivas, e atuar, por meio de atividades curativas, no início de sua história natural, quando os procedimentos para controle são mais simples, sendo realizados em curto período de tempo, envolvendo menor quantidade de recursos. A racionalidade em utilizar recursos, geralmente escassos em saúde, considerando as possibilidades de atuação sobre a doença, com medidas tanto preventivas (fase preventiva) quanto curativas (fase curativa) aplicadas precocemente, tendo por objetivo final ampliar a cobertura populacional é o fundamento dos programas de tipo incremental para escolares, em odontologia<sup>3</sup>.

No caso de pré-escolares, os mesmos princípios devem ser considerados, embora outras características condicionem a assistência odontológica às crianças de menor idade. O objetivo de garantir ampla cobertura populacional, por intervenção nas idades com menos necessidades de tratamento, pode não ser atingido com a criança de menor idade, quando esta ainda não possui condições para colaborar com o tratamento odontológico. É preciso considerar que a criança deve estar preparada psicologicamente para aceitar o tratamento restaurador<sup>4</sup>.

O desenvolvimento sócio-econômico – reflexo, entre outros, dos níveis de saúde de sua população – atingido pelos países escandinavos permitiu que, no início da década de 1980, fossem implantados programas de saúde bucal para pré-escolares naqueles países. Obedecendo rigorosamente a racionalidade do sistema incremental, a proposta das autoridades sanitárias para a criança com até 6 anos de idade seria que esta, aos 3 anos, fosse chamada para sua primeira consulta odontológica e que estas consultas se repetissem a cada ano ou a cada semestre<sup>6</sup>. No entanto, mesmo nestes países, destaca-se o modelo assistencial da Dinamarca, estabelecido em 1977 e que determina que seja incluída no programa para escolares, já existente há aproximadamente 50 anos, primeiro a criança com 6 anos, para então serem atingidas pelas atividades curativas as com 5 anos, as com 4 anos e, assim, sucessivamente, até o programa oferecer cobertura populacional a todo o grupo<sup>7</sup>.

No programa de saúde bucal para pré-escolares, em implantação nos CER de Araraquara, o primeiro grupo a receber tratamento restaurador vem sendo o de crianças com 6 anos de idade. Esta conduta visa particularmente a proteção do primeiro molar permanente, evitando a evolução da doença no dente já com experiência de cárie dentária (em 1985, das 335 crianças com 6 anos de idade examinadas, uma em cada duas crianças, em média, possuía experiência de cárie dentária em dente permanente. Para este CPO médio de 0,5, o componente 0 atingia o valor de 0,1, isto é, apenas 20% dos dentes com experiência de cárie dentária estavam restaurados), a par da referida aceitação do tratamento por parte da criança de maior idade.

A fase preventiva deste programa, em implantação, vem sendo feita apenas pela ingestão da água de abastecimento público do município, já fluoretada. Cogita-se (e para tanto a viabilidade dos métodos disponíveis está sendo analisada) a adoção de método tópico de fluoroterapia para, com a associação de métodos preventivos, como preconizam BURT<sup>2</sup>, NAYLOR & MURRAY<sup>8</sup> e BIRKELAND & AXELSSON<sup>1</sup>, buscar maior redução na incidência de cárie dentária.

No ano seguinte à implantação do novo programa, a situação observada ainda no final do primeiro semestre letivo está descrita nas Tabelas 3 e 4.

**TABELA 3 – Índice ceo médio e componentes para crianças de ambos os sexos, segundo a idade, em 3 Centros de Educação e Recreação\* de Araraquara – SP, em maio/junho de 1987**

Idade	Nº de crianças	c	e	o	ceo
3	134	1,6	0,1	0,3	2,0
4	231	1,8	0,1	0,6	2,5
5	343	1,3	0,2	1,8	3,3
6	318	1,5	0,4	2,6	4,5

\* CER Camélita Garcez, Cotinha de Barros e Eloá Quadros

**TABELA 4 – Índice CPO e componentes para crianças com 6 anos de idade, de ambos os sexos, em 3 Centros de Educação e Recreação\* de Araraquara – SP, em maio/junho de 1987**

Nº de crianças	C	Ei	E	O	CPO
318	0,1	0,0	0,0	0,2	0,3

\* CER Camélita Garcez, Cotinha de Barros e Eloá Quadros

Nesta época do ano, vinham sendo atendidas as crianças com 5 e 6 anos de idade e, ao se investigar a proporção de necessidades satisfeitas ("o" e "0") neste grupo, com a de crianças com 5 e 6 anos de idade em 1985, obtém-se os valores descritos na Tabela 5.

Esta proporção de dentes restaurados em 1987 só não é maior porque nem todas as crianças matriculam-se nos CER em março, sendo atingidas, desde o início do ano letivo, pelas ações de saúde.

A transformação descrita atesta a eficácia, a curto prazo, da nova forma de intervenção, em termos curativos, sobre a cárie dentária que incide sobre este grupo de crianças com 5 e 6 anos de idade.

**TABELA 5 – Proporção de dentes temporários e permanentes restaurados, em crianças com 5 e 6 anos de idade, de ambos os sexos, em 3 Centros de Educação e Recreação\* de Araraquara–SP, em setembro de 1985 e maio/junho de 1987**

Componente "restaurado" dos índices ceo e CPO	1985 %	1987 %
o	34	56
O	20	67

\* CER Carmelita Garcez, Cotinha de Barros e Eloá Quadros

## CONCLUSÕES

Os resultados apresentados neste trabalho atestam que:

1. A racionalidade das ações de saúde, nos programas odontológicos, proporciona maiores benefícios para a população.
2. Após a implantação, no segundo semestre de 1985, do programa de saúde bucal para crianças pré-escolares matriculadas em 3 CER de Araraquara–SP, a proporção de dentes temporários restaurados, no grupo populacional com 5 a 6 anos de idade, aumentou de 34%, em setembro de 1985, para 56%, em maio/junho de 1987, e a proporção de dentes permanentes restaurados aumentou de 20%, em setembro de 1985, para 67%, em maio/junho de 1987.

## AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem às cirurgiãs-dentistas Ana Ligia Rozato e Iria Campos Machado, do Departamento de Saúde e Promoção Social, por sua colaboração no levantamento epidemiológico.

---

VASCÓNCELLOS, M.C.C. *et alii* – Dental health program to pre-school children in Araraquara–SP. **Rev. Odont. UNESP**, São Paulo, 17(1/2): 191-196, 1988.

*ABSTRACT: This paper reports the change of dental needs treatment after the implantation of a dental health program to 3 to 6 year old children enrolled in 3 Education and Recreation Centres in Araraquara–SP, in 1985 and in 1987.*

*KEY-WORDS: Dental health; public health program; dental health program.*

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIRKELAND, J. M. & AXELSSON, P. – Preventive programs for children and teenagers with special reference to oral hygiene. In: FRANDSEN, A. – *Preventive dentistry in practice*. Aalborg, Munksgaard, 1976. p. 47-75.
2. BURT, B. A. – Other methods for the prevention and control of dental caries. In: STRIFFLER, D. F. et alii – *Dentistry, dental practice & the community*. Philadelphia, Saunders, 1983. p. 201-235.
3. CHAVES, M. M. – *Manual de odontologia sanitária: teoria da odontologia sanitária*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1960. v.1.
4. DUNNING, J. M. – *Principles of dental public health*. Harvard University Press, Cambridge, 1968.
5. GRUEBELL, A. O. – A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. *J. dent. Res.*, 23: 163-8, 1944.
6. HOLM, A. K. – Evaluation of preventive programmes for preschool children. In: FRANDSEN, A., ed. – *Dental health care in Scandinavia*. Berlin, Quintessence, 1982. p. 55-72.
7. MOORE, R. – Dentistry in Denmark: a public and private blend of dental policy and delivery. *J. am. dent. Assoc.*, 104: 661-9, 1982.
8. NAYLOR, M. N. & MURRAY, J. J. – Fluorides and dental caries. In: MURRAY, J. J., ed. – *The prevention of dental disease*. Hong Kong, Oxford University Press, 1983. p. 83-158.
9. VIEGAS, Y. & VIEGAS, A. R. – Análise dos dados de prevalência de cárie dental na cidade de Campinas, SP, Brasil, depois de dez anos de fluoração da água de abastecimento público. *Rev. Saúde públ.*, 8: 399-409, 1974.

Recebido para publicação em 08.09.87