

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE DENTÁRIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM CRECHES MUNICIPAIS DE TERESÓPOLIS - RJ

EPIDEMIOLOGICAL SURVEY OF DENTAL CARIES IN EARLY CHILDHOOD IN MUNICIPAL DAY CARE CENTER IN TERESÓPOLIS - RJ

Gabriela Martins¹; Mônica M. Labuto².

¹Discente do 5º ano do Curso de Graduação em Odontologia do Unifeso - 2021; ²Docente do Curso de Graduação em Odontologia do Unifeso, Especialista em Programa de Saúde da Família, Especialista em Processos de Mudanças em Serviços de Saúde, Especialista em Docência Superior, Preceptora da IETC e Clínica Integrada ao SUS.

RESUMO

A cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa e socioeconômica, e para que o processo cariioso aconteça, é necessário a interação de alguns fatores: a dieta, a microbiota, o hospedeiro e o tempo. É uma doença que possui alta incidência na infância, tendo a alimentação como um fator primário de determinação e susceptibilidade para a doença cárie. É na primeira infância que está ocorrendo a erupção dos elementos dentários decíduos, estes possuem as camadas de esmalte e dentina mais finas e menos mineralizadas, em relação aos elementos permanentes, e isso favorece a exposição pulpar por cárie. Dessa forma, crianças dessa faixa etária necessitam da assistência de um adulto instruído, para oferecer uma alimentação apropriada e realizar a higienização bucal nos períodos e de forma adequada, para manutenção de uma qualidade da saúde bucal das crianças. Foi realizada uma pesquisa de análise de dados, de caráter observacional transversal descritivo, em crianças matriculadas em creches municipais de Teresópolis na faixa etária de 0 a 5 anos. A coleta de dados se deu por meio de uma ficha clínica semelhante à usada no SB Brasil, para a avaliação do índice ceo-d. Verificou-se a baixa prevalência de cárie dentária ceo-d 1,24 se comparado ao índice nacional SB Brasil 2010 que é 2,43. Conclui-se que há um aumento significativo da prevalência de cárie proporcional ao aumento da faixa etária, com isso podemos afirmar que há a necessidade da atuação do cirurgião-dentista em orientar a população sobre a prevenção da cárie dentária.

Descritores: Cárie dentária; Cuidado da criança; Saúde bucal.

ABSTRACT

Dental caries is a multifactorial, infectious, and socioeconomic disease, and for the carious process to happen, it is necessary the interaction of some factors: diet, microbiota, host and time. It is a disease that has a high incidence in childhood, having feeding as a primary determinant and susceptibility factor to the caries disease. It is in early childhood that the eruption of deciduous dental elements occurs, these have thinner and less mineralized layers of enamel and dentin, in relation to the permanent elements, and this favors pulp exposure by caries. In this way, children in this age group need the assistance of an educated adult, to provide adequate food and to carry out the oral hygiene in the periods and in an adequate manner, to maintain the quality of oral health in children. A descriptive cross-sectional observational data analysis research was carried out in children who had been enrolled in Municipal Daycare Centers in Teresópolis aged 0-5 years. Data collection took place through a clinical record similar to the one used in SB Brasil, for the evaluation of the ceo-d index. There was a low prevalence of dental caries ceo-d 1,24 when compared to the national index SB Brazil 2010 which is 2,43. It is concluded that there is an increase in the prevalence of caries proportional to the increase in the age group, with this, we can say that the performance of the dentist is necessary to guide the population about the prevention of dental caries.

Keywords: Dental cavity; Childcare; Oral health.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença infecciosa causada por ácidos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta que, com o tempo, causam a desmineralização dos tecidos duros do dente. Apresenta etiologia multifatorial envolvendo fatores primários e secundários relacionados ao hospedeiro, a dieta e à microbiota em determinado período (DUQUE *et al.*, 2013).

Segundo Brasil (2008), a cárie dentária é uma das doenças bucais mais comuns, e possui alta incidência na primeira infância, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com a lesão cariiosa.

De acordo com Brasil (2010), um período singular do desenvolvimento humano, é a infância. O

crescimento da criança é decorrente de uma série de interações que envolvem processos biológicos, afetivos, cognitivos e sociais. Hoje a creche não é considerada somente como um espaço de produção de saúde, comportamento e habilidades para a vida, mas também como promotora do cuidado, crescimento e desenvolvimento infantil, sendo essencial progredir suas ações na intenção de atender às necessidades de afeto, cuidado, alimentação, segurança e integridade corporal e psíquica das crianças.

Uma alimentação desequilibrada, com ingestão de alimentos ricos em carboidratos e sacarose, serve de mantimento para as bactérias. E com a falta de higiene, se inicia um possível processo cariioso, onde a microbiota normal coloniza a película adquirida na superfície do

esmalte, formando a placa bacteriana. Para a placa bacteriana ser cariogênica é necessário que o pH seja ácido, assim ocorre a proliferação das bactérias (PORDEUS *et al.*, 2014).

Outro aspecto importante para a formação da cárie dentária é a presença do biofilme dental maduro, que é um ecossistema microbiano aderido às superfícies dentárias, formado por bactérias (MALTZ *et al.*, 2016). A bactéria *S. mutans* presente no biofilme é responsável pelo início do processo cariioso nas superfícies lisas do dente (HÖFLING *et al.*, 1999 e BÖNECKER *et al.*, 2016).

OBJETIVOS

Objetivo primário

Avaliar a saúde bucal em crianças na fase da primeira infância e o desenvolvimento do processo cariogênico.

Objetivos secundários

Identificar a prevalência de cárie dentária em crianças de até os 5 anos de idade, matriculadas em creches do município de Teresópolis – RJ; Determinar o índice ceo-d; Verificar a condição de higienização bucal das crianças pré-escolares.

REVISÃO DE LITERATURA

Cárie dentária

De acordo com Baelum (2007), a cárie dentária é uma doença crônica, ou seja, de desenvolvimento lento e que dificilmente será autolimitante, e na inexistência de um tratamento adequado, evolui até destruir todas as estruturas dentárias. A destruição pode afetar o esmalte, a dentina e o cimento, e as lesões podem se manifestar clinicamente de maneiras variadas.

O termo “cárie dentária” é usado para descrever os resultados (sinais e sintomas) de uma dissolução química da superfície dentária causada por eventos metabólicos que ocorrem no biofilme (placa bacteriana) que recobre a área afetada (FEJERSKOV; KIDD; NYVAD, 2017).

Segundo Feldens *et al.* (2013), em condições fisiológicas de pH, tem-se o equilíbrio das concentrações de cálcio e fosfato inorgânico com a estrutura dentária, quando ocorre queda do pH, esse equilíbrio foi rompido, ocorrendo a desmineralização, naturalmente o pH é restabelecido ocorrendo a remineralização. Quando há o acúmulo de biofilme e consumo frequente de carboidratos fermentáveis, ocorre o processo de desremineralização da estrutura dentária, com isso as bactérias presentes no biofilme metabolizam os substratos presentes na alimentação, tendo como produto dessa metabolização ácido, acarretando a perda mineral (Cálcio e Fosfato) do esmalte.

Conforme Baelum (2007) as lesões cariosas podem ser classificadas de diversas formas:

- Geralmente as lesões são encontradas em

fóssulas e fissuras ou em superfícies lisas. As lesões de superfície lisa podem ter início nas seguintes estruturas, em esmalte (cárie de esmalte), cimento e dentina radicular (cárie radicular).

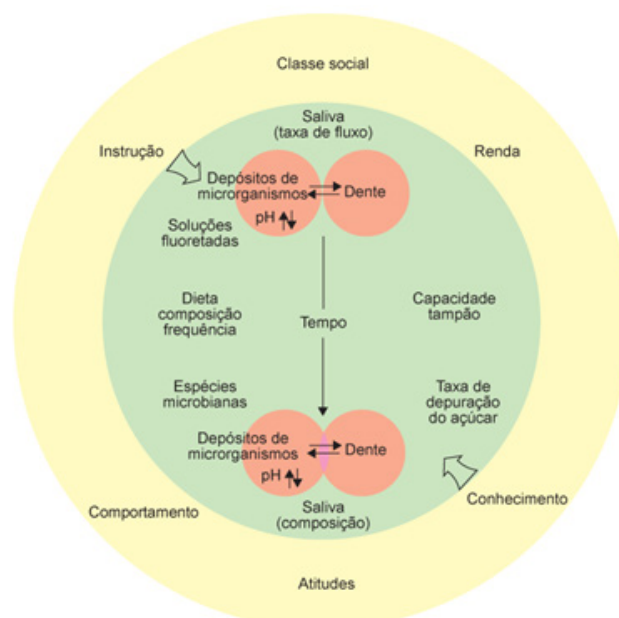
- Cárie primária são aquelas que estão presentes em superfícies que nunca foram restauradas.
- A cárie recorrente ou secundária, são as que se desenvolveram adjacentes a restaurações.
- A cárie residual, se refere ao tecido desmineralizado e infectado deixado no local da lesão, previamente a inserção de um material restaurador.
- Uma lesão que é considerada em progressão, é chamada de lesão cariosa ativa. Aspecto em esmalte: mancha branca, rugosa e opaca. Aspecto em dentina: tecido amolecido de cor marrom clara.

A lesão cariosa inativa, é aquela que pode ter se formado há anos e teve sua progressão interrompida. Aspecto em esmalte: mancha branca, lisa e brilhante ou pigmentada. Aspecto em dentina: tecido duro e escurecido.

A cárie oculta é a cárie que não pode ser identificada no exame visual, somente em exame radiográfico.

A cárie dentária é uma doença infecciosa multifatorial, sendo necessária para seu estabelecimento a intersecção dos seus fatores determinantes: hospedeiro, microbiota e dieta, por um determinado tempo (fatores determinantes). Para o progresso da doença, são necessários o acréscimo de alguns fatores, chamados fatores secundários, estes influenciam diretamente os fatores determinantes, com isso a cárie dentária tem sido descrita como uma doença comportamental (BAELUM, 2007).

Figura 1 - Diagrama desenvolvido por Baelum (2007), para explicar os fatores determinantes (círculo interno) e secundários (círculo externo) associados à etiologia da doença cárie.



Fonte: BAELUM, 2007.

Hospedeiro

Os dentes são as estruturas diretamente relacionadas com a doença cárie, todo o ecossistema bucal tem um papel fundamental, principalmente a saliva. O paciente deve ser visto por completo (BÖNECKER *et al.*, 2016).

Conforme Braga (2008), o dente é a região onde a doença se manifesta. Alguns aspectos dos elementos dentários os tornam mais propensos, como a anatomia comum do dente, algumas alterações anatômicas, proeminências que dificultam o controle do biofilme. A cárie pode se desenvolver em qualquer superfície do dente onde o biofilme microbiano passa se desenvolver ou se manter estável, por um determinado tempo.

De acordo com Bönecker *et al.* (2016), nos primeiros anos após a irrupção do elemento dentário, o esmalte sofre com mais intensidade, a maturação pós-eruptiva, a qual consiste num depósito de mineral dos fluídos orais no esmalte superficial. Tendo maior risco de desenvolver a cárie dentária, pois o esmalte fica mais suscetível à desmineralização e os elementos que possuem maior acúmulo de biofilme tornam-se mais vulneráveis.

A saliva, de diversas formas pode exercer na proteção contra a doença cárie. Em sua composição normal, apresenta a capacidade tampão, responsável pela diluição e neutralização de ácidos, e eliminação de elementos com potencial cariogênico. A diminuição do fluxo salivar, pode levar a um ataque rápido de cárie, deve-se atentar para as causas dessa redução salivar, sendo as mais comuns a fisiológica e a medicamentosa (BÖNECKER *et al.*, 2016). A alteração no fluxo e na capacidade tampão e os fatores de defesa imunológicos não predominam na saliva, há um maior risco de desenvolvimento da doença cárie (DUQUE *et al.*, 2013).

Microrganismos

Segundo Bönecker *et al.* (2016) a cárie dentária é uma doença localizada, decorrente da atividade bacteriana localizada, e essas bactérias não estranhas a cavidade oral. O grupo bacteriano considerado mais cariogênico é o dos estreptococos, especialmente *Streptococcus mutans* e *Streptococcus sobrinus*, devido à sua habilidade em formar biofilme na superfície dentária (por meio da aderência e produção de polissacarídeos extra e intracelulares), acidogenicidade (produção de ácidos a partir de uma variedade de açúcares fermentáveis) e aciduricidade (tolerância ao baixo pH do ambiente). Outros microrganismos associados ao progresso, não ao desenvolvimento da cárie, são os lactobacilos principalmente os do grupo casei (*L. casei*, *L. acidophilus*), *Actinomyces*, *Veillonella*, entre outros (DUQUE *et al.*, 2013).

De acordo com Duque *et al.* (2013), a presença dos ácidos bacterianos leva a uma redução brusca do pH (abaixo de 5,5), que aumenta a solubilidade do cristal de

hidroxiapatita para um ponto em que a dissolução ocorre. Se a capacidade tampão da saliva não reequilibrar o pH (acima de 6), inicia-se o processo de desmineralização, que se não revertido, pode desencadear a formação das lesões de cárie.

Dieta e os hábitos alimentares

Pordeus *et al.* (2014) descreve que é na primeira infância que há a formação dos hábitos alimentares, devido ao início da socialização da criança. A cariogenicidade da dieta está relacionada com a ingestão de alimentos ricos em carboidratos e amido, principalmente a sacarose, que servem de substrato para os microrganismos. O açúcar pode ser classificado em dois tipos: os intrínsecos que são encontrados naturalmente nos alimentos como a frutose, sacarose e lactose, e os extrínsecos que são aqueles acrescentados aos alimentos, estes apresentam maior potencial cariogênico por serem metabolizados mais facilmente pelas bactérias presentes na cavidade oral. Uma dieta infantil inadequada, sofre muita influência com a publicidade de alimentos potencialmente cariogênicos e erosivos.

A educação sobre a saúde bucal deve ter início nos primeiros anos de vida, introduzir informações hábitos saudáveis, certamente influenciarão em um futuro sadio. Biral *et al.* (2013) e Bönecker *et al.* (2016) relatam que, quando o padrão de consumo de açúcar é inserido precocemente é mantido durante toda a infância, sendo assim o padrão de dieta está relacionado ao desenvolvimento de lesões de cárie futuras pode já estar preestabelecido quando a criança é apresentada a esses alimentos cariogênicos.

Tempo

Conforme Duque *et al.* (2013), os três fatores: hospedeiro, microbiota e dieta, quando associados, necessitam de um período para favorecer a desmineralização (perda de minerais) dos dentes, dando assim início ao processo cariioso. Se ocorrer um equilíbrio, no decorrer do tempo, principalmente na presença do flúor, o esmalte se tornará ainda mais resistente.

A lesão de cárie irá progredir se, ao passar do tempo, for inconveniente o processo Des/Re, favorecendo o processo de desmineralização, que irá ocorrer quando não houver eliminação do biofilme dental, aumentando o pH baixo entre o dente e o biofilme. Nessas condições, a saliva estará prejudicada no mecanismo de diluição e neutralização dos ácidos, e o consumo de substratos cariogênicos na presença do biofilme, aumentará o tempo de desmineralização (BÖNECKER *et al.*, 2012).

Índice Epidemiológico de Cárie dentária

Para conhecer a situação de cárie dentária de uma determinada população, é utilizado o índice CPO-D onde o componente “C” significa cariados, “P” dentes já extraídos por cárie, perdidos, e o “O” são os restaurados ou “obturados”, o componente “D” significa que foi avaliado o dente, podendo ao invés do componente D ser S, de superfície, CPO-S onde são verificadas face por face de cada elemento dentário. Esse índice é realizado na dentição permanente, para a dentição decídua existe um correspondente que é o ceo-d ou ceo-s, onde o componente “c” inclui os cariados, “e” com extração indicada, “o” restaurados ou

“obturados”, “d” significa dente e “s” superfície, não são contabilizados os perdidos por cárie devido à dificuldade em analisar os que foram naturalmente perdidos, daqueles que foram perdidos pela causa cárie (PINTO, 2019).

Segundo Antunes; Peres (2006), para a realização do cálculo do índice ceo-d, todos os dentes examinados devem receber um código, conforme a recomendação metodológica da Organização Mundial da Saúde (OMS), códigos para identificação da condição dentária e os critérios de diagnóstico de cárie coronária em dentes decíduos, registro efetuado por letras, são esses:

(A) Coroa hígida, aquela que não apresente evidências de cáries tratadas ou não tratadas;

(B) Coroa cariada, quando há lesão em fôssula ou fissura, ou em uma superfície lisa, com cavidade inconfundível;

(C) Coroa restaurada com cárie, quando tiver uma ou mais restaurações e uma ou mais áreas que estão com cárie;

(D) Coroa restaurada sem cárie, quando possui uma ou mais restaurações presentes, e não existe cárie;

(E) Dente ausente devido a cárie, quando foram extraídos por motivo de cárie, em alguns grupos etários pode ser difícil de distinguir entre dentes não erupcionados e dentes ausentes;

(F) Dente ausente por outra razão, a ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas;

(G) Selante de fissuras, este é o código utilizados para os dentes com aplicação de selantes em fissuras na superfície oclusal;

(H) Dente com suporte de prótese, coroa protética ou faceta;

(K) Coroa não erupcionada, deve atender a cronologia de erupção;

(T) Traumatismo ou fraturada, quando uma parte de sua superfície não está presente como resultado de um trauma sem evidência de cárie.

(L) Dente excluído, dente permanente que não possa ser examinado.

Após a avaliação de dente por dente, cada dente terá um código, com isso o índice ceo-d será atribuído com as seguintes possibilidades, onde “c”, são aqueles dentes que possuem código B ou C, “e” também possuem código E ou F, porém são dentes comprometidos e com indicação de exodontia, “o” são os dentes com código D (ANTUNES; PERES, 2006). E então podem ser calculados da seguinte forma:

$$\text{ceo-d} = c + e + o$$

Para os estudos epidemiológicos que envolvem o exame em grande parte da população, é necessário realizar uma média aritmética da população investigada, sendo o cálculo:

$$\text{Média do ceo-d} = \frac{\text{Somatória ceo-d de todos os indivíduos examinados}}{\text{número total de pessoas examinadas}}$$

METODOLOGIA

A coleta de dados foi realizada no ano de 2017 na disciplina de IETC (Integração Ensino Trabalho e Cidadania) e foi um estudo observacional transversal descritivo. O levantamento foi operacionalizado pelos estudantes do curso de graduação em odontologia na disciplina de IETC da Faculdade de Odontologia de Teresópolis (Unifeso), em consonância com o contrato COAPES (Instrumento de parceria da Prefeitura Municipal de Teresópolis com o Centro Universitário Serra dos Órgãos) (ANEXO 1).

Os estudantes foram devidamente calibrados por meio de treinamento teórico e prático para entendimento dos critérios e códigos usados na avaliação das condições bucais. O processo de calibração contou com um número de 41 examinadores.

A observação foi realizada nas escolas públicas municipais de nível básico, de Teresópolis – RJ, situada a 96 km da capital Rio de Janeiro-RJ, fazendo parte da região serrana do estado, sendo o 18º município mais populoso, com uma população de 184.240 habitantes, e a densidade demográfica 212,49 hab/km² (IBGE, 2010).

Os critérios de inclusão foram crianças na primeira infância matriculadas, que tiveram autorização dos pais e/ou responsáveis, e os critérios de exclusão foram crianças que não apresentaram o termo de consentimento devidamente assinado, ou não estavam presentes no dia do exame, ou não permitissem a realização do exame.

Foi realizado o levantamento epidemiológico em saúde bucal coletados em voluntários, crianças na primeira infância de 0 a 5 anos das escolas públicas no município de Teresópolis-RJ, baseado na metodologia do Projeto SB 2010, do Ministério da Saúde (MS).

A coleta foi realizada em 04 (quatro) creches municipais de Teresópolis, são elas: C.M. Amor Perfeito, C.M. Manoel Carreiro Sobrinho, C.M. Mariazinha Janotti, C.M. Menino Jesus de Praga, onde de forma individualizadas foram realizadas a inspeção visual e o exame clínico da cavidade oral, para a coleta de informações sobre o índice ceo-d.

Os dados foram anotados em fichas clínicas (ANEXO 2) baseadas no modelo da ficha do Projeto SB 2010 (ANEXO 3). Os exames foram feitos sob luz natural e utilizou-se os seguintes materiais: espátulas de madeira descartáveis, gaze, equipamento de proteção individual (luvas de procedimento, máscaras, gorros, óculos de proteção, jaleco), canetas e borrachas.

Na época, aos responsáveis das crianças foram enviados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 4) em duas vias contendo todas as informações necessárias para o entendimento sobre a atividade proposta do IETC, exame clínico, aplicação tópica de flúor e encaminhamento das crianças com cáries para a clínica-escola do Unifeso. Aos participantes, foi informado com uma linguagem adequada, qual sua importância e todas as características sobre a coleta de dados do índice ceo-d.

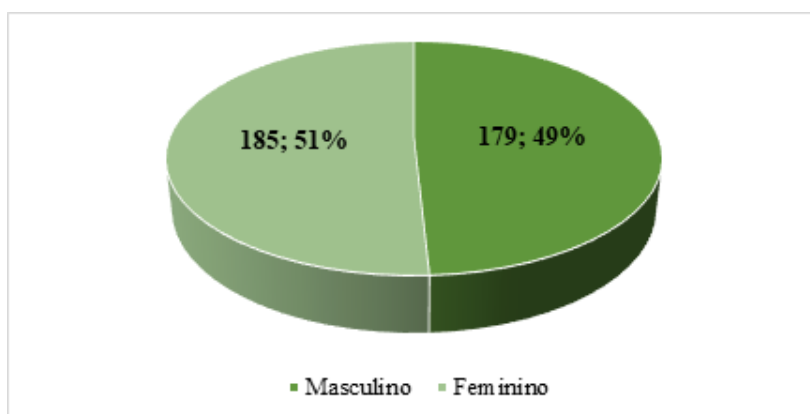
A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Unifeso.

Nessa pesquisa, os dados que foram coletados na época citada acima, foram processados e analisados de forma estatística em tabelas de Excel®.

RESULTADOS

No ano de 2017, nas creches municipais de Teresópolis: C.M. Amor Perfeito, C.M. Manoel Carreiro Sobrinho, C.M. Mariazinha Janotti e C.M. Menino Jesus de Praga, haviam 364 crianças matriculadas no ensino infantil (berçário, maternal e jardim) na faixa etária de 0 a 5 anos, onde 50,8% (n= 185) eram do sexo feminino e 49,1% (n= 179) do sexo masculino (Gráfico 1). Para a coleta dos dados foram examinadas 279 crianças, houve uma perda na amostra de 22,2%, sendo 17,0% (n= 62) crianças que não estavam presentes no dia do exame e 5,2% (n= 19) crianças que não possuíam o TCLE devidamente assinado.

Gráfico 1: Frequência relativa e absoluta na faixa etária de 0 a 5 anos em relação ao gênero.



A C.M. Amor Perfeito reunia 63 alunos examinados, sendo 29 do sexo feminino e 34 do sexo masculino. No berçário havia 15 alunos na faixa etária de 1 a 2 anos, foi constatado um índice de ceo-d da turma de 0,13. Na turma do maternal A, havia 13 crianças de 2 a 3 anos, e o índice foi de 1,00. Já na turma do maternal B, havia 15 crianças todas com 3 anos de idade, e o índice ceo-d coletado foi de 1,66. Na turma do jardim, onde as 20 crianças possuíam de 3 a 4 anos, o índice de ceo-d foi de 2,30. A C.M. Amor Perfeito, apresentou um índice ceo-d total de 1,36 por criança (Tabela 1).

Tabela 1: Índice ceo-d de crianças na faixa etária de 1 a 4 anos da C.M. Amor Perfeito.

Turma	Idade	Nº de alunos	Dentes cariados	Dentes com indicação de exodontia	Dentes obturados	ceo-d
Berçário	1 a 2 anos	15 (8F/7M)	2	0	0	0,13
Maternal A	2 a 3 anos	13 (5F/8M)	11	2	0	1,00
Maternal B	3 anos	15 (6F/9M)	23	2	0	1,66
Jardim	3 a 4 anos	20 (10F/10M)	40	6	0	2,30

Na C.M. Manoel Carreiro Sobrinho foram observados 67 alunos, tendo 39 do sexo feminino, e 28 do sexo masculino. No berçário foram examinadas 15 crianças de 1 a 2 anos, e o índice ceo-d desta turma foi de 0,40. As 17 crianças de 2 a 3 anos, que estavam na turma do maternal que teve como índice ceo-d de 1,00. As crianças de 3 a 4 anos, encontravam-se divididas em duas turmas de jardim, o jardim A com 17 alunos, apresentou ceo-d 0,94 e o jardim B com 18 alunos, teve ceo-d 1,67. O índice ceo-d da C.M. Manoel Carreiro Sobrinho foi de 1,03 (Tabela 2).

Tabela 2: Índice ceo-d de crianças na faixa etária de 1 a 4 anos da C.M. Manoel Carreiro Sobrinho.

Turma	Idade	Nº de alunos	Dentes cariados	Dentes com indicação de exodontia	Dentes obturados	ceo-d
Berçário	1 a 2 anos	15 (9F/6M)	6	0	0	0,4
Maternal	2 a 3 anos	17 (9F/8M)	15	2	0	1
Jardim A	3 a 4 anos	17 (9F/8M)	15	1	0	0,94
Jardim B	3 a 4 Anos	18 (12F/6M)	29	1	0	1,67

Com 89 crianças examinadas da C.M. Mariazinha Janotti, eram 51 do sexo feminino e 38 do sexo masculino. No berçário havia 16 crianças de 0 a 2 anos, que apresentaram o ceo-d de 0,06. As crianças de 2 a 3 anos foram divididas em duas turmas de maternal, o maternal A com 19 alunos, apresentou o índice ceo-d de 0,47, já o maternal B com 17 alunos, teve 1,88 como índice ceo-d da turma. As turmas de jardim, composta por crianças de 3 a 5 anos, foram separadas em jardim A com 19 alunos, e jardim B com 18 alunos, tendo como índice 2,11 e 2,05 respectivamente. O índice de ceo-d geral da creche foi de 1,33 (Tabela 3).

Tabela 3: Índice ceo-d de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos da C.M. Mariazinha Janotti.

Turmas	Idade	Nº de alunos	Dentes cariados	Dentes com indicação de exodontia	Dentes obturados	ceo-d
Berçário	0 a 2 anos	16 (11F/5M)	1	0	0	0,06
Maternal A	2 a 3 anos	19 (12F/7M)	9	0	0	0,47
Maternal B	2 a 3 anos	17 (8F/9M)	27	5	0	1,88
Jardim A	4 a 5 anos	19 (9F/10M)	36	4	0	2,11
Jardim B	3 a 5 anos	18 (11F/7M)	35	2	0	2,05

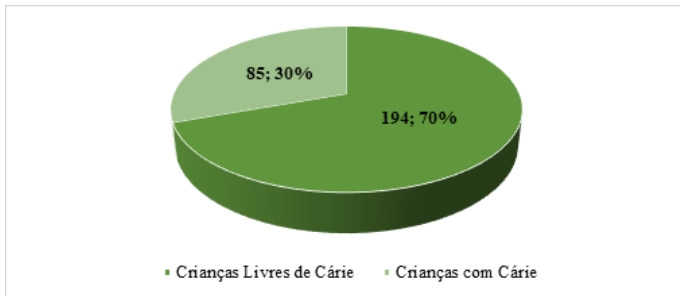
Foram examinadas 60 crianças na C.M. Menino Jesus de Praga, 22 do sexo feminino e 38 do sexo masculino. A turma do berçário, com 19 crianças de 1 a 2 anos teve como índice ceo-d 0,47. O maternal tinha 22 alunos na faixa etária de 2 a 3 anos, e apresentou 1,68 como índice ceo-d. Já as 19 crianças de 3 a 4 anos, que estavam no jardim tiveram como índice de ceo-d 1,37. A C.M. Menino Jesus de Praga teve como índice ceo-d geral de 1,20 (Tabela 4).

Tabela 4: Índice ceo-d de crianças na faixa etária de 1 a 4 anos da C.M. Menino Jesus de Praga.

Turma	Idade	Nº de alunos	Dentes cariados	Dente com indicação de exodontia	Dentes obturados	ceo-d
Berçário	1 a 2 anos	19 (9F/10M)	9	0	0	0,47
Maternal	2 a 3 anos	22 (6F/16M)	37	0	0	1,68
Jardim	3 a 4 anos	19 (7F/12M)	26	0	0	1,37

As crianças livres de cárie corresponderam a 70% (n=194). A avaliação da atividade de cárie foi verificada em 30% (n=85) crianças no momento do exame, apresentando um ou mais dentes cariados (Gráfico 2). Entre as 279 crianças e os seus 5.564 dentes avaliados, teve como índice ceo-d médio de 1,24. Entre os componentes “c”, “o” e “e”, o componente de maior relevância foi o “c”, com 321 dentes cariados.

Gráfico 2: Frequência absoluta e relativa de crianças livres de cárie dentária e com cárie.



Os gêneros obtiveram praticamente o mesmo índice de cárie dentária, sendo o gênero feminino ceo-d 1,20 e o gênero masculino ceo-d 1,26. A prevalência da cárie dentária entre as crianças de 0 a 5 anos de idade foi de ceo-d 1,24.

No que se refere à perda dos dentes decíduos, na amostra estudada, 25 dentes foram totalizados para perda precoce.

DISCUSSÃO

O último levantamento epidemiológico efetuada em crianças com faixa etária semelhante ao do presente estudo, ocorreu no ano de 2010 através do projeto SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde (Tabela 5).

Tabela 5: Média do Índice ceo-d (5 anos) e proporção dos componentes em relação ao ceo-d total, segundo o grupo etário e as regiões.

	Região	Higido		Cariado		Obt/Cariado		Obturado		Perdido		CEO-D/CPO-D		
		n	Média	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	IC (95%)	
													L.I.	L.S.
5 anos	Norte	1.774	15,84	3,04	90,2	0,07	2,1	0,15	4,5	0,11	3,3	3,37	2,93	3,81
	Nordeste	2.109	15,99	2,55	88,2	0,07	2,4	0,20	6,9	0,08	2,8	2,89	2,40	3,39
	Sudeste	1.283	16,57	1,59	75,7	0,09	4,3	0,38	18,1	0,04	1,9	2,10	1,79	2,42
	Sul	927	16,49	2,01	80,7	0,09	3,6	0,34	13,7	0,05	2,0	2,49	1,97	3,02
	Centro-Oeste	1.124	15,96	2,43	81,0	0,09	3,0	0,41	13,7	0,06	2,0	3,00	2,69	3,31
	Brasil	7.217	16,38	1,95	80,2	0,08	3,3	0,33	13,6	0,06	2,5	2,43	2,22	2,63

Fonte: SB Brasil (2010).

CONCLUSÃO

Conclui-se que os resultados desse estudo para a prevalência de cárie dentária no grupo estudado, ficaram aquém do último levantamento epidemiológico SB Brasil 2010.

Observamos que a perda dentária não foi relevante neste estudo, no entanto por meio da observação dos resultados atingidos, pode-se considerar que ocorreu um aumento significativo da prevalência de cárie proporcional ao aumento da faixa etária, sendo o componente “c” cariado o mais observado para o índice ceo-d.

Os dados deste estudo, apontam a falta de cobertura odontológica no público estudado, como campanhas de orientações para os pais /responsáveis, informações sobre a necessidade e a importância dos cuidados bucais, e a falta de iniciativa tanto dos pais/responsáveis quanto da

saúde pública, frisando a necessidade da atenção odontológica em crianças que se encontram na primeira infância neste município.

Segundo o SB Brasil (2010), aos 5 anos de idade, a média do índice ceo-d é de 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado, responsável por mais de 80% do índice. No presente trabalho a média de ceo-d é de 1,24, sendo bem menor do que o estudo realizado pelo SB Brasil.

Entre as regiões também ocorreram diferenças significativas. As médias mais elevadas são nas regiões Norte, Centro-oeste e Nordeste, comparando com as regiões Sul e Sudeste. O trabalho realizado foi feito somente na região serrana do estado do Rio de Janeiro, não podendo ser comparado com demais regiões brasileiras.

No SB Brasil (2010), a proporção do componente “c” cariado é maior nas regiões Norte e Nordeste, enquanto o componente “o” restaurado é maior nas regiões Sudeste e Sul. Em contrapartida, no trabalho realizado não condiz, o componente “c” cariado é significativamente maior do que os componentes “e” e “o”.

Os resultados são comparados no SB Brasil (2010) entre as capitais e os municípios do interior de cada região, e foi observado que o índice ceo-d é mais elevado no interior. Com exceção da região sudeste, onde a média de Belo Horizonte é maior do que a do interior. No trabalho realizado não podemos realizar a comparação devido a pesquisa ser feita somente em um município da região serrana, interior do estado do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, J.L.F, PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 4, p. 49-67.
2. BAELUM, V. Diagnóstico da Cárie Dentária: um Momento de Reflexão a Caminho da Intervenção? *In*: FEJERSKOV, O. **Cáries dentárias: a doença e seu tratamento clínico**. 3 ed. Rio de Janeiro: Santos, 2007. Cap. 6, p. 101-106.
- 3.
4. BIRAL, A.M.; *et al.* Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do

- município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, São Paulo, SP, v. 26, n. 1, 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S1415-52732013000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/dxwtgkLRCv5yWqkCn6qPj7v/?lang=pt>.
5. BÖNECKER, M. *et al.* Cárie Dentária *In:* GUEDES-PINTO, A. C. *et al.* **Odontopediatria**. 9 ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. Cap. 21, p. 250-275.
 6. BRAGA, M. M.; MENDES, F. M.; IMPARATO, J. C. **A doença Cárie Dentária**. *In:* IMPARATO, J. C. P.; RAGGIO, D. P.; MENDES, F. M. Selantes de fossas e fissuras: quando como e por quê? 1 ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008.
 7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica - nº 17**. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.
 9. DUQUE, C. *et, al.* Cárie dentária: aspectos microbiológicos e imunológicos. *In:* DUQUE, C. *et, al.* **Odontopediatria: uma visão contemporânea**. 1 ed. Rio de Janeiro: Santos, 2013. Cap. 13, p. 178-181.
 10. FEJERSKOV, O.; KIDD, E.; NYVAD, B. Cárie Dentária - Fisiopatologia e Tratamento. 3 ed. São Paulo: Editora Santos, 2017.
 11. FELDENS, C. A. *et, al.* Cárie dentária na infância: conceitos preliminares. *In:* FELDENS, C. A. *et, al.* **Cárie dentária na infância: uma abordagem contemporânea**. 1 ed. Rio de Janeiro: Santos, 2013. Cap.5, p. 61-65.
 12. HÖFLING, J. F. *et al.* Presença de *Streptococcus mutans* e *Streptococcus mutans* associado a *Streptococcus sobrinus* em escolares de diferentes classes sócio-econômicas e sua relação com a atividade cariogênica dessas populações. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, SP, v. 13, n. 2, 1999. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-06631999000200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rousp/a/6tRCJ7cqjftJFMrt44FVvS/?lang=pt> Acesso em: 07/06/2021.
 13. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro, 2012.
 14. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/teresopolis.html> Acesso em: 09/04/2021.
 15. MALTZ, M. *et al.* **Cariologia: conceitos básicos, diagnóstico e tratamento não restaurador**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2016 (Abeno: Odontologia Essencial: parte clínica). Cap.1, p. 11-16.
 16. PORDEUS, I. A. *et al.* **Odontopediatria**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. Cap.3, p.30-38.
 17. PINTO, Vitor Gomes. **Saúde bucal coletiva**. 7 ed. Rio de Janeiro: Santos, 2019. Cap.5, p. 150-151.

ANEXO 1 – COAPES

TERMO DE CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE

TERMO DE CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE (COAPES) QUE ENTRE SI CELEBRAM A INSTITUIÇÃO FORMADORA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS E O MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESÓPOLIS, PARA OS FINS QUE ESPECIFICA.

Com base na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências, e nas demais normas legais vigentes aplicáveis à espécie, a FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS, instituição formadora responsável pela oferta de cursos da área de saúde e/ou Programas de Residência em Saúde no estado do Rio de Janeiro, CNPJ nº 32.190.092/0001-06, com sede na Avenida Alberto Torres, 111, Bairro Alto, Município de Teresópolis, Estado do Rio de Janeiro, neste ato representada pelo seu Diretor Geral, Dr. Luis Eduardo Possidente Tostes, brasileiro, médico, casado, RG nº 52.30581-0 CRM-RJ, CPF nº 224.925.427-34; e o MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 29.138.369/0001-47, com sede administrativa na Avenida Feliciano Sodré, nº 675 – Praça Governador Portela, Várzea, Teresópolis – RJ, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESÓPOLIS, gestor local do SUS, com sede na Rua Júlio Rosa, 366, Tijuca, Teresópolis, Estado do Rio de Janeiro, neste ato representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, Sr. Júlio César de Oliveira Ambrósio, brasileiro, casado, RG nº 10124235-2 - IFP, CPF nº 074.577.647-71, RESOLVEM celebrar o presente instrumento de CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE, no qual estabelecem cláusulas, condições e obrigações de cada signatário.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Este termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde tem por objeto ordenar a integração ensino-serviço no município do Teresópolis, do estado do Rio de Janeiro, com garantia de estrutura de serviços de saúde em condições de oferecer campo de prática, mediante a integração ensino-serviço-comunidade nas Redes de Atenção à Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RESPONSABILIDADES MÚTUAS

Constituem responsabilidades da instituição de educação superior (IES) e da Secretaria Municipal de Saúde:



- I. Comprometer-se com a formação dos profissionais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS) e tendo como eixo à abordagem integral do processo de saúde-doença.
- II. Comprometer-se com as condições de biossegurança nos serviços da rede;
- III. Comprometer-se com a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde;
- IV. Elaborar anualmente os Planos de Atividades de Integração Ensino-Saúde-Comunidade da Instituição de ensino, que deverá ser anexado ao contrato nos quais deverá constar:
 - a. As diferentes atividades de ensino a serem desenvolvidas na comunidade e nos serviço de saúde específicos;
 - b. As atribuições dos profissionais dos serviços e dos docentes da Instituição de Ensino;
 - c. A relação quantitativa aluno/docente, aluno/preceptorial de forma a atender às necessidades do ensino e da assistência de qualidade;
 - d. Proposta de avaliação da integração ensino-serviço-comunidade;
 - e. Plano de contrapartida, respeitando-se as especificidades de cada território;
- V. Participar e manter representação no Comitê Gestor Local do COAPES;
- VI. Reconhecer o papel do controle social em saúde, representado pelas instâncias dos Conselhos de Saúde no processo de fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, seu monitoramento e avaliação da execução dos contratos.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES DA INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR (IES).

Constituem responsabilidades da IES:

- I. Contribuir de forma corresponsável com a gestão dos serviços em saúde, visando qualificar a atenção prestada, incluindo apoio a elaboração de ações em saúde a fim de melhorar indicadores de saúde loco-regionais;
- II. Promover atividades de ensino, extensão e pesquisa nos serviços e territórios nos quais atua, conforme plano de atividades, articulando os fundamentos teóricos e éticos às situações práticas nas perspectivas interprofissional, interdisciplinar e intersetorial, com íntima ligação entre as necessidades de saúde;
- III. Acompanhar efetivamente as atividades desenvolvidas pelos estudantes, nas redes de atenção à saúde, definindo professor(es) da instituição de ensino e/ou preceptores responsáveis para cada cenário de prática. A periodicidade será estabelecida no Plano de Atividades de Integração Ensino-Saúde-Comunidade, anexo a este contrato, e deve ser estabelecida conforme natureza das atividades realizadas e das competências a serem desenvolvidas pelos estudantes observadas as legislações específicas;
- IV. Garantir a participação dos profissionais de saúde no planejamento e avaliação das atividades que serão desenvolvidas em parceria com os serviços de saúde;

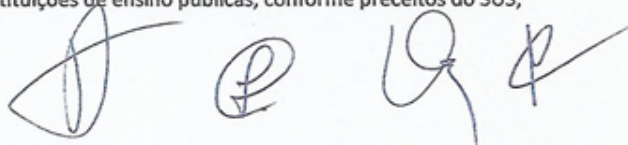


- V. Garantir a promoção da atenção contínua, coordenada, compartilhada e integral, de modo a evitar a descontinuidade do atendimento, a superlotação do serviço e prejuízos da atenção à saúde aos usuários do SUS;
- VI. Promover a realização de ações, focado na melhoria da saúde das pessoas, a partir das diretrizes e de normas técnicas para a realização de processos e procedimentos com vistas a qualidade e segurança dos usuários do SUS fundamentado em princípios éticos;
- VII. Oferecer aos profissionais da rede de serviço oportunidades de formação e desenvolvimento que contribuam com a qualificação da assistência, da gestão, do ensino e do controle social, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- VIII. Fomentar ações de valorização e formação voltada para profissionais da rede, tais como: inclusão em pesquisas (como pesquisadores), certificação da atividade de preceptoria, dentro outros, que deverão estar explicitados no plano presente instrumento deste contrato;
- IX. Contribuir para a formulação e desenvolvimento de políticas de ciência, tecnologia e inovação, com base nas necessidades loco regionais;
- X. Garantir o fortalecimento de instrumentos de identificação do seu estudante combinado no plano de atividades de cada serviço e de acordo com as atividades a serem desenvolvidas.
- XI. Contribuir com a rede de serviços do SUS, com investimentos nos cenários de prática, tais como: aquisição de equipamentos, material permanente e outros bens; oferta de processos formativos para os trabalhadores e gestores da rede; oferta de residência em saúde; desenvolvimento de pesquisas e novas tecnologias, previstos no plano de contrapartida pactuado;
- XII. Realizar ações de assistência estudantil quando o campo de prática for fora do município sede da IES, quando de difícil acesso, de acordo com as especificidades locais.

CLÁUSULA QUARTA – DAS RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Constituem responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde:

- I. Mobilizar o conjunto da IES e Município com campo de prática no seu território para discussão, organização e fortalecimento permanente da integração ensino-serviço de saúde-comunidade;
- II. Definir de forma articulada com a Instituição de Ensino os critérios para seleção de profissionais dos serviços de saúde para desenvolvimento das atividades de supervisão/tutoria/preceptoria;
- III. Estimular a atividade de preceptoria mediante sua inclusão nas políticas referentes à qualificação e valorização dos profissionais de saúde por meio de medidas como gestão de carga horária, incentivos de qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, dentro outras possibilidades;
- IV. Garantir a distribuição equânime dos cenários de práticas a fim de permitir o desenvolvimento de atividades acadêmicas dos cursos de graduação que celebra este contrato, priorizando as instituições de ensino públicas, conforme preceitos do SUS;



- V. Disponibilizar as instalações e equipamentos nas Redes de Atenção à Saúde para o desenvolvimento das atividades acadêmicas teóricas e práticas dos cursos de graduação, conforme Plano de Atividades de Integração Ensino-Serviço-Comunidade anexo a este contrato.

CLÁUSULA QUINTA – DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

As atividades acadêmicas desenvolvidas por profissionais e gestores do SUS, alunos e docentes dos cursos de graduação e de pós-graduação em saúde não criam vínculo empregatício de qualquer natureza coma Secretaria de Saúde e instituições de ensino, desde que estejam nos termos do planejamento acadêmico e/ou do calendário acadêmico.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS

O Ministério da Educação e o Ministério da Saúde atuarão em conformidade com os termos dispostos na Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de Agosto de 2015 (diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde).

Os recursos necessários para execução do presente contrato será de responsabilidade das partes e determinado em plano de contrapartida constante dos Planos de Atividades de Integração-Ensino-Saúde-Comunidade, descrito em anexo, respeitando-se as especificidades de cada território.

CLÁUSULA SÉTIMA – MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E AUDITORIA

A celebração e Implementação dos contratos serão avaliados por meio de metas e indicadores nacionais, estabelecidas pela Comissão Executiva Nacional dos COAPES.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Após a celebração do presente contrato deverá ser constituído um Comitê Gestor Local do COAPES que terá como competências acompanhar e avaliar a integração ensino-serviço-comunidade no âmbito da região de saúde.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O COAPES será avaliado anualmente cabendo revisão das metas, se necessário.

PARÁGRAFO TERCEIRO – As normas de auditoria decorrentes do presente contrato estarão definidas por normativa complementar, expedida pelo Comitê Nacional do COAPES.

CLÁUSULA OITAVA – PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência deste instrumento de contrato será de 5 (cinco) anos, a partir da data de sua assinatura, com validade e eficácia condicionada à publicação do seu extrato no Diário Oficial da União, podendo ser prorrogado por interesse de ambas as partes.

CLÁUSULA NONA – DAS ALTERAÇÕES E RESCISÃO



O presente Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde poderá ser denunciado, por escrito, a qualquer tempo, e, rescindido desde que seja reconhecido pelo Comitê Nacional do COAPES, o descumprimento das normas estabelecidas na legislação vigente, a inadimplência de quaisquer de suas cláusulas ou condições, ou a superveniência de norma legal ou de fato que o torne material ou formalmente inexecutável.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS CASOS OMISSOS

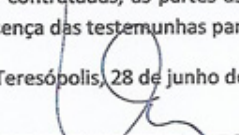
Os casos omissos referentes a este contrato poderão ser resolvidos de comum acordo entre as partes com a interveniência dos Ministérios da Saúde e do Ministério da Educação.


CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

O foro competente para dirimir questões oriundas deste contrato, não resolvidas de comum acordo entre as partes, será do Município de Teresópolis, do Estado do Rio de Janeiro, com renúncia expressa de qualquer outro.

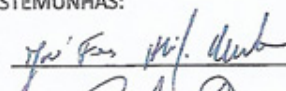
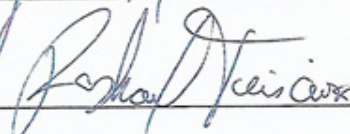
E por se acharem justas e contratadas, as partes assinam o presente Contrato em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas para que produza seus efeitos legais.

Teresópolis, 28 de junho de 2016.


Fundação Educacional Serra dos Órgãos - FESO
Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral


Secretário Municipal de Saúde de Teresópolis
Júlio César de Oliveira Ambrósio
Matrícula 4.16365-6

TESTEMUNHAS:

1.  CPF: 321 434687-20
2.  CPF: 329 458 247 -01



TERMO DE RESPONSABILIDADE MÚTUA

A PREFEITURA DA CIDADE DE TERESÓPOLIS - PMT E O CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO, TEM COMO RESPONSABILIDADES MÚTUAS NA REALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE:

Comprometer-se com a formação dos profissionais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS) e tendo como eixo à abordagem integral do processo de saúde-doença.

Comprometer-se com as condições de biossegurança nos serviços da rede;

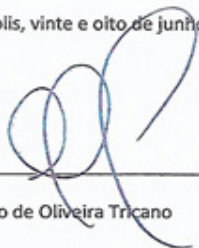
Comprometer-se com a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde;

Elaborar anualmente os Planos de Atividades de Integração Ensino-Trabalho-Cidadania da instituição de ensino.

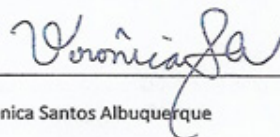
Participar e manter representação no Comitê Gestor Local do COAPES;

Reconhecer o papel do controle social em saúde, representado pelas instâncias dos Conselhos de Saúde no processo de fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, seu monitoramento e avaliação da execução dos contratos.

Teresópolis, vinte e oito de junho de 2016.




Mário de Oliveira Tricão
Prefeito de Teresópolis



Verônica Santos Albuquerque
Reitora do UNIFESO

ANEXO 3



CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS - UNIFESO
 Centro de Ciências da Saúde - CCS
 Curso de Graduação em Odontologia
 Atividades de Integração Ensino Trabalho Cidadania – IETC

NOME: _____ GÊNERO: () M () F IDADE: _____
 ESCOLA: _____ SÉRIE: _____ () M () T

18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
			15	14	13	12	11	21	22	23	24	25			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

CONDIÇÃO DENTAL

DENTE PERMANENTE DENTE DECIDUO
 0 - HÍGIDO A
 1 - CARIADO B
 2 - RESTAURADO COM CÁRIE C
 3 - RESTAURADO SEM CÁRIE D
 4 - PERDIDO POR CÁRIE E
 5 - PERDIDO POR OUTRAS CAUSAS F
 6 - SELANTE G
 7 - APOIO DE PONTE OU COROA H
 8 - NÃO ERUPCIONADO I
 T - TRAUMA (FRATURA) J
 9 - EXCLUÍDO K

TRATAMENTO DE URGÊNCIA

C	P	O	CPO	HIG	TI
c	e	o	ceo	hig	tp

ANEXO 4



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS
CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Odontologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu....., portador do documento nº....., por esse instrumento abaixo assinado, autorizo por livre e espontânea vontade ao Curso de Odontologia do UNIFESO – por intermédio de seus professores e estudantes devidamente capacitados – o uso de áudio e imagem, a realização de entrevista, orientação de saúde bucal, escovação, exame clínico e, se necessário aplicação tópica de flúor gel no(a) estudante

Entendo que as atividades propostas foram apresentadas de maneira clara e tenho plena ciência que o oferecido está de acordo com as possibilidades de recursos humanos e materiais disponíveis e oferecidos pela Instituição, e contempla as necessidades de saúde bucal averiguadas. Concordo que todas as informações pertinentes a esse tratamento, tais como históricos de antecedentes familiares e quaisquer outras informações concernentes e necessárias ao planejamento de diagnóstico permanecerão arquivados na Instituição de Ensino Superior, à qual dou pleno direito de retenção, para fins de ensino e de divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e/ou estrangeiros, desde que esses estudos preservem o anonimato do (a) estudante voluntário (a). Também sei que a qualquer momento posso pedir para não mais participar do estudo, sem prejuízo algum.

Teresópolis, de de 2019.

Assinatura do responsável do (a) estudante voluntário (a)

Preceptora IETC Curso de Odontologia/UNIFESO