UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76
Recredenciamento pelo Decreto nº17.228 de 25/11/2016
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

XXV SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEFS
SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - 2021

PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE COMPROMETIDO POR CÁRIE NAS FAIXAS ETÁRIAS DE 5 E 12 ANOS EM DOIS MUNICÍPIOS DO TERRITÓRIO DO SISAL, NA BAHIA.

Catharine Luanne da Cruz Batista[1]; Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues[2];
1. Bolsista PIBIC/CNPq, Graduanda em Odontologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: luannecathe@gmail.com
2. Orientadora, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: alecio@uefs.br

PALAVRAS-CHAVE: Cárie; Primeiro Molar Permanente; Saúde Bucal;.

INTRODUÇÃO

Os seres humanos apresentam duas dentições durante a vida, a decídua (de leite ou temporária) e a permanente (definitiva). O primeiro molar permanente é o primeiro dente da dentição permanente a erupcionar em boca, por volta dos 6 anos de idade, marcando o início do estágio de dentição mista. Sua formação é iniciada ainda na vida intra uterina, enquanto que o início da mineralização ocorre após o nascimento do indivíduo (GUEDES-PINTO et al., 2016).

O período entre a irrupção dessas unidades na cavidade oral e a sua completa erupção é relativamente longo, podendo durar em média 18 meses. Durante essa fase, as crianças ainda necessitam da ajuda e supervisão de adultos para a realização adequada da higiene oral. Muitas vezes, o primeiro molar permanente é entendido como parte da dentição temporária, sendo erroneamente negligenciado. Esse fato unido à complexa morfologia do primeiro molar permanente aumenta o risco do acúmulo de biofilme dental e desenvolvimento de lesões cariosas (GUEDES-PINTO et al., 2016; BOROWSKA-STRUGINSKA et al., 2015).

A presença dos primeiros molares permanentes é de extrema importância no sistema estomatognático, influenciando na função mastigatória, fisiológica, na fonética e no estabelecimento da oclusão. A perda precoce dessas unidades pode acarretar em distúrbios oclusivos, níveis de disfunção temporomandibular, redução da capacidade mastigatória, destruição dos tecidos de suporte e migração mesial dos segundos molares permanentes (GUEDES-PINTO et al., 2016).

Apesar do último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no Brasil (SB Brasil 2010) ter apontado melhorias no Índice CPO-D aos 12 anos, (BRASIL, 2011) a cárie dentária ainda é um grande problema de saúde pública, sendo uma das indicações mais comuns para extração dentária de dentes permanentes em todo o mundo (BROERS, 2021). Ademais, segundo Schiavo e colaboradores (2019), crianças em idade escolar com piores condições socioeconômicas apresentam piores indicadores de saúde bucal, comprovando que a cárie ainda exibe uma distribuição polarizada. A

quantidade de dentes cariados pode aumentar de acordo com a idade da criança, sendo o risco de desenvolvimento de cárie nos primeiros molares permanentes maior em filhos de mães com menor escolaridade e tabagistas (BOROWSKA-STRUGINSKA et al., 2015).

O Território do Sisal está localizado no nordeste do estado da Bahia, sendo composto por 20 municípios: Araci, Barrocas, Biritinga, Candeal, Cansanção, Conceição do Coité, Ichu, Itiúba, Lamarão, Monte Santo, Nordestina, Queimadas, Quijingue, Retirolândia, Santaluz, São Domingos, Serrinha, Teofilândia, Tucano e Valente. Segundo o IBGE, em 2014, o Território de Identidade Sisal possuía um total de 625,7 mil habitantes, destes, 63% vivendo em área rural. O IDH desta Região foi calculado em 0,583 (PNUD-2010), conferindo ao Território do Sisal o terceiro pior índice entre os Territórios de Identidade do Estado (BAHIA, 2016).

Diante da escassez de dados epidemiológicos nesses municípios, o programa *Observatório de Saúde Bucal Coletiva: Um Olhar Sobre o Território do Sisal na Bahia,* foi desenvolvido com o intuito de traçar o perfil de saúde bucal da região através de pesquisas e projetos extensionistas, fornecendo dados aos principais acervos e avaliando condições como a ocorrência de primeiro molar permanente –unidades 1.6; 2.6; 3.6; 4.6- comprometido por cárie na faixa etária de 5 e 12 anos.

MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA (ou equivalente)

Os dados utilizados estão disponíveis no banco de dados do PET Odontologia UEFS e foram coletados de acordo com a metodologia do projeto SB Brasil 2010 em dois municípios do território Sisaleiro: Barrocas no ano 2013 e Serrinha no ano 2011 através de exames realizados em unidades de saúde dos municípios e visitas domiciliares com o auxílio de agentes comunitários de saúde.

Como indicador de cárie foi utilizado o índice CPO-D, obedecendo os seguintes critérios diagnósticos: coroa hígida (quando não há nenhuma evidência clínica de cárie, tratada ou não); coroa cariada (sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede); coroa restaurada com cárie (quando se detecta uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas com lesão de cárie na mesma unidade etária); coroa restaurada sem cárie (há uma ou mais restaurações definitivas e inexiste cárie primária ou recorrente); perdido por cárie (para dentes permanentes que tenham sido extraídos por causa de cárie).

RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO (ou Análise e discussão dos resultados)

Foram avaliados dados da pesquisa com 305 crianças. Destas, 157 pertenciam a faixa etária de 12 anos onde 56 (35,7%) residiam em Barrocas e 101 (64,3%) na cidade de Serrinha. Houve também a avaliação de 148 crianças da faixa etária de 05 anos, 47 (31,8%) no município de Barrocas e 101 (68,2%) em Serrinha.

Na faixa etária de 5 anos, além da doença cárie, pôde-se observar o período de erupção dessas unidades. No município de Barrocas 80,8% das crianças não possuíam nenhuma das unidades erupcionadas, 19,2% possuíam pelo menos um dos primeiros molares permanentes em boca, sendo que destas, 33,3% crianças já apresentavam todas as unidades com erupção iniciada. A unidade 3.6 se mostrou a unidade de erupção mais precoce, seguida da 4.6. A unidade que demonstrou erupção mais tardia foi a 1.6,

estando presente apenas nas crianças que já possuíam todas as outras unidades com erupção iniciada. No município de Serrinha 78,2% das crianças não possuíam nenhuma das unidades erupcionadas e 21,8% crianças possuíam pelo menos um dos primeiros molares permanentes em boca sendo que, destas, 36,4% já possuíam todas as unidades em boca. Assim como em barrocas, a unidade 3.6 foi a mais presente em boca, seguido da 4.6, 2.6 e 1.6. Quanto à cárie, no município de Barrocas 11,1% das unidades dentárias estudadas apresentaram lesões cariosas, sendo estas nas unidades 3.6 (5,5%) e 4.6 (5,5%). Em Serrinha apenas 2,2% das unidades avaliadas apresentaram lesões cariosas, sendo 1,1% na unidade 3.6 e 1,1% na 4.6.

Na faixa etária de 12 anos do município de Barrocas, 55,3% das crianças possuíam todas as unidades avaliadas hígidas, 44,7% crianças apresentaram pelo menos uma das unidades acometida pela cárie sendo que dessas, 16% apresentaram atividade de cárie em todas as unidades avaliadas. Das 224 unidades avaliadas, 77,7% mostraram-se hígidas, 17,9% cariadas, 4% restauradas e 0,45% perdidas por cárie. (Gráfico 01)

Gráfico 01

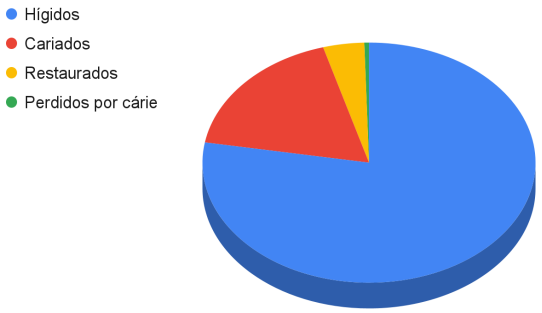

Gráfico 01. Distribuição dos indicadores CPOd em primeiro molar permanente da população de 12 anos no município de Barrocas.

Em Serrinha, das 101 crianças avaliadas, 72,3% possuíam todas as unidades hígidas e 27,7% crianças possuíam pelo menos uma das unidades acometida pela cárie. Das 404 unidades avaliadas, 88,8% mostraram-se hígidas, 7,7% cariadas, 2,2% restaurados e 1,23% perdidos por cárie. (Gráfico 02)

Gráfico 02

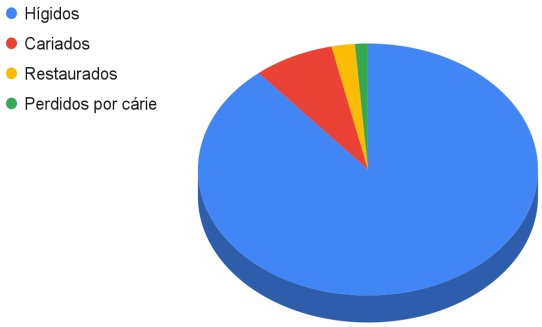

Gráfico 02. Distribuição dos indicadores CPOd em primeiro molar permanente da população de 12 anos no município de Serrinha.

Analisando a atividade de cárie por unidade dentária nos municípios de Serrinha e Barrocas, observou-se que as unidades 3.6 e 4.6 (primeiro molar inferior esquerdo e primeiro molar inferior direito) apresentaram um maior índice de cárie ativa. Quanto à

unidade 2.6 (primeiro molar superior esquerdo) não foi registrada nenhuma extração por cárie avançada. As unidades 1.6 e 2.6 (primeiro molar superior direito e primeiro molar superior esquerdo) demonstraram a mesma porcentagem de cárie ativa. A unidade 4.6 (primeiro molar inferior direito) demonstrou maior índice de restauração. (Gráfico 03)

Gráfico 03.

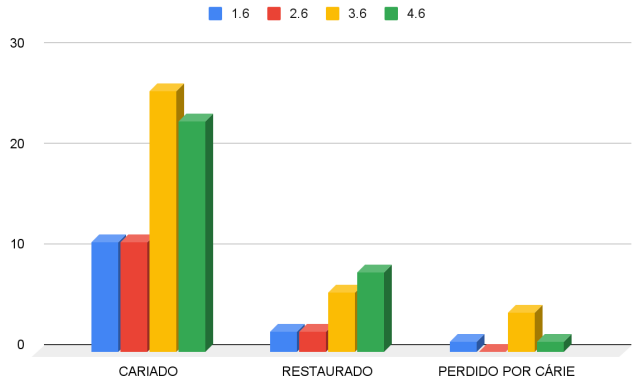

Gráfico 03. Distribuição dos indicadores CPOd por unidade dentária em primeiro molar permanente da população de 12 anos residentes nos municípios de Barrocas e Serrinha.

Ao comparar a quantidade de unidades cariadas e o número de dentes restaurados pode-se sugerir que o acesso aos tratamentos odontológicos é deficitário nos dois municípios. A equipe odontológica de ambos os municípios deve se atentar a experiência de cárie na dentição primária das crianças antes dos 6 anos, podendo ser este um risco para o desenvolvimento da cárie nos dentes permanentes. (LIN et al., 2021)

Ademais, a cárie nos primeiros molares permanentes é um importante indicador quanto a necessidade de medidas mais efetivas de educação em saúde bucal na população mais jovem, uma vez que é o dente permanente presente por mais tempo na cavidade oral durante a infância. Deve-se ficar atento também ao número de dentes perdidos por cárie, que apesar de terem sido relativamente baixos nessa pesquisa, podem aumentar caso não haja melhora no acesso ao tratamento e na educação em saúde desse público. Estratégias como o aconselhamento dos pais no momento dos exames odontológicos devem ser utilizadas, (LIN et al., 2021) além de programas comunitários de prevenção da cárie como a aplicação de vernizes de flúor e selantes dentários, comprovadamente eficazes na prevenção de lesões cariosas; (CHESTNUTT et al., 2017)

Todavia, não se pode ignorar os fatores socioeconômicos que em outros estudos já foram associados ao desenvolvimento da cárie, como o nível de escolaridade da mãe, a área de residência e o tipo de escola frequentada, (BORGES et al., 2016) uma vez que neste estudo os participantes eram moradores de uma região com o terceiro pior IDH da Bahia e estudantes de escolas públicas. Nesse sentido, se faz necessária a realização de outros estudos para avaliar tais condições.

Diante do exposto, pode-se concluir que em ambos os municípios do território do sisal os indivíduos de 05 e 12 anos possuem a maioria dos primeiros molares permanentes hígidos, não obstante a necessidade de melhora na educação em saúde dos municípios e no acesso dessas crianças aos atendimentos odontológicos gratuitos.

REFERÊNCIAS

BAHIA. 2016. Estudo de Potencialidades Econômicas, Território de Identidade SISAL. *In*: Superintendência de Estudos e Políticas Públicas. Salvador.

BORGES T. S.; SCHWANKE N. L.; REUTER C. P.; NETO L. K.; BURGOS M. S.; 2016. Fatores associados à cárie: pesquisa de estudantes do sul do Brasil. *In*: Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, p.489-494.

BOROWSKA-STRUGINSKA B. et al; 2015. Prenatal and familial factors of caries in first permanent molars in schoolchildren living in urban area of Łódź, Poland. *In*: Journal of Comparative Human Biology.

BRASIL; Ministério da Saúde. 2011. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal- Resultados Principais, Brasília: Secretaria de Atenção à saúde Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

BROERS D. L.; DUBOIS L.; LANGE J.; SU N.; JONGH A.; 2021. Reasons for Tooth Removal in Adults: A Systematic Review. *In*: International Dental Journal, p.01-06.

CHESTNUTT I. G.; PLAYLE R.; HUTCHINGS S.; et al. 2017. Fissure seal or fluoride varnish? A randomized trial of relative effectiveness. *In:* J Dent Res.

GUEDES-PINTO A. C.; et al. 2016. Odontopediatria. 9ª edição Editora Santos.

LIN Y. T.; CHOU C.C.; LIN Y. J. 2021. Caries experience between primary teeth at 3-5 years of age and future caries in the permanent first molars. *In*: J Dent Sci, p.899-904.

SCHIAVO, D. A. R.; LUCIETTO, D. A.; PIETROBON, L. 2019. Hábitos de Higiene Bucal, Condições de Saúde Bucal e Acesso a Serviços Odontológicos de Escolares em Bozano, Rio Grande do Sul. *In*: Rev. Rede cuid. saúde v. 13.