

Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal

National epidemiological surveys on conditions of oral health, Brazil

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins*

Fabiana dos Santos Melo**

Flávia Malta Fernandes**

Juliana Alves Boa Sorte**

Luiz Gustavo de Aguiar Coimbra**

Rafaella Carvalho Batista**

Resumo: Foram realizados poucos levantamentos epidemiológicos sobre saúde bucal na população brasileira, sendo os mesmos de grande importância para a avaliação das condições de saúde da população e elaboração de políticas de saúde. Neste estudo, foram investigados os principais pontos dos quatro levantamentos de base nacional realizados nos anos de 1986, 1993, 1996 e 2003. O último foi considerado o mais abrangente, sendo investigadas várias condições, de forma inédita, com destaque para as questões subjetivas. Nota-se que houve uma melhoria dos índices de saúde bucal da população, de 1986 a 2003, o que pode ser atribuído, em parte, às diferenças metodológicas. Deve-se buscar a padronização dos levantamentos para comparação de resultados e análise de tendências, assim como a criação de um sistema de vigilância epidemiológica da saúde bucal no Brasil.

Palavras-chave: Epidemiologia, Brasil, Saúde bucal

Abstract: Few surveys of oral health have been carried out in the Brazilian population. They are very important for the elaboration of Health Policy and for the measurement of the oral health status. On this report, the main issues of four national surveys, realized in 1986, 1993, 1996, 2003 were investigated. The last survey was considered most comprehensive, being investigated some conditions in innovative directions, with prominence for the subjective questions. It is possible to notice that an improvement in the oral health of the population of the 1986 to 2003 occurred, which might be attributed in part to the methodological differences. The standardization of the surveys is necessary in order to allow the comparison of results and trend analysis as well as the creation of a system of oral health vigilance in Brazil.

Key words: Epidemiology. Brazil. Oral Health

* Professora do curso de odontologia da Unimontes, mestre em saúde pública, doutoranda em saúde pública – UFMG;
e-mail: andreab@provenorte.com.br

** Acadêmicos do curso de odontologia da Unimontes.

Introdução

Vive-se, no Brasil, uma fase de transição epidemiológica, em que as doenças infecto-contagiosas, usualmente ligadas à pobreza e às condições de saneamento, dão lugar às doenças crônico-degenerativas e cardiovasculares, mais ligadas aos chamados males da civilização. Trata-se de um quadro de morbi-mortalidade típico de países com grandes desigualdades sociais. A situação de saúde bucal é, portanto, um reflexo disso. Com o agravante de uma situação epidemiológica ainda aflitiva, o sistema de prestação de serviços odontológicos deficiente, aliado a uma prática odontológica iatrogênico-mutiladora, contribuem para o crescente sumiço dos dentes (Roncalli, 1998b).

Por outro lado, a epidemiologia em saúde bucal tem tido, historicamente, uma atuação pouco expressiva. O mais rudimentar dos instrumentos de análise e monitoramento da saúde bucal das populações, os levantamentos epidemiológicos, têm sido pouco experimentados no Brasil (Roncalli, 1998b). O primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal, no país, foi realizado somente em 1986. Até então, acreditava-se que as necessidades de tratamento odontológico da população seriam de tal magnitude que impediriam o êxito de quaisquer propostas de solução em massa, tornando, portanto, desnecessários levantamentos precisos, já que bastava apenas saber que essas necessidades eram imensas (Brasil, 1988).

A superação dessas atuações pouco expressivas deveu-se ao reconhecimento de que o perfil de morbidade da população deveria determinar, em grande parte, o tipo, a quantidade e a distribuição de serviços colocados à disposição da coletividade, com vistas a manter ou melhorar o seu nível de saúde. Por tal razão, o conhecimento do perfil de agravos à saúde, tradicional tarefa da saúde pública, é um indicador insubstituível para a provisão de serviços e de recursos, seja em termos de pessoal, de equipamentos, medicamentos e demais insumos usados em

atividades de natureza preventiva, diagnóstica, terapêutica e de reabilitação (Pereira, 2001). Soma-se a isso a evidência de que a demanda por serviços odontológicos é limitada, cabendo ao setor público a cobertura integral dos grupos epidemiológica e economicamente mais carentes (Brasil, 1988).

A arte de realizar um levantamento adequado para a realidade de cada região ou país está na correta compatibilização entre as aspirações dos que buscam conhecer com detalhes a situação da saúde da comunidade sob seus cuidados e os recursos físicos, humanos e financeiros movimentados pelo setor odontológico (Pinto, 2000).

Os padrões de saúde bucal e a tendência da cárie e da doença periodontal no país podem ser descritos através da análise dos quatro levantamentos epidemiológicos de base nacional já realizados no Brasil (1986, 1993, 1996 e 2003). A saúde bucal da população brasileira tem sido pouco analisada ao longo dos anos e o conhecimento da mesma é de fundamental importância para a elaboração de políticas de saúde. Este estudo tem por objetivo descrever os principais aspectos dos quatro levantamentos epidemiológicos de base populacional brasileira, comparando e apontando possíveis diferenças metodológicas, além de analisar os resultados e, quando possível, compará-los.

Materiais e métodos

O presente estudo descritivo analítico foi realizado a partir da descrição da metodologia e dos resultados publicados dos levantamentos epidemiológicos de 1986, 1996 e da análise do banco de dados do levantamento de 2003, disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro. Da descrição da metodologia e dos resultados publicados do levantamento de 1993, fornecido pelo SESI (Serviço Social da Indústria) do Brasil. A análise dos resultados do levantamento de 2003 foi feita a partir do cálculo do teste qui-quadrado e estimativa do nível de significância do teste (valor p).

Resultados

Em 1988, a recém-criada Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) do Ministério da Saúde do Brasil tornou público o relatório do primeiro levantamento epidemiológico de abrangência nacional (Brasil, 1988). Estabeleceu-se, pela primeira vez na história da saúde pública brasileira, uma instância normativo-programática de saúde bucal em nível ministerial (Roncalli, 1998b) com o objetivo de conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira.

Em 1993, o Serviço Social da Indústria (SESI) realizou o segundo levantamento. O mesmo foi conduzido em crianças das escolas do SESI como parte integrante do Programa de Prevenção de Doenças Buciais, com o objetivo de compor uma linha-base para avaliação de seus programas preventivos. Contou com financiamento do MS, mediante convênio com o Departamento Nacional (DN – SESI) e também contou com a colaboração financeira da Kolynos do Brasil na impressão dos relatórios. Incluiu em sua amostragem escolas públicas (Pinto, 1996).

Em 1996, foi conduzido levantamento epidemiológico em saúde bucal (cárie dental) por parte da coordenação de saúde bucal (COSAB) do M.S.. Apesar das inúmeras críticas que o projeto sofreu e das reclamações das Faculdades que alegaram não terem sido ouvidas, o levantamento foi adiante com a participação de entidades, como o Conselho Regional de Odontologia (CRO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e Secretarias Estaduais de Saúde (Roncalli, 1998a).

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto a população urbana como a rural. Esse projeto, hoje identificado como SB Brasil (Condições de Saúde Bucal na População Brasileira), teve início em 1999, com a criação do Subcomitê responsável pela elaboração e execução do Projeto. Em 2001, foram realizados estudos piloto em duas cidades de

diferentes portes populacionais – Canela, no Rio Grande do Sul, e Diadema, em São Paulo. A realização do levantamento envolveu a participação de várias instituições e entidades odontológicas (Brasil, 2004).

Aspectos metodológicos dos levantamentos

Quanto às variáveis pesquisadas, dois levantamentos epidemiológicos (1993, 1996) avaliaram somente a cárie. Em 1986, foram investigados cárie, doença periodontal (através do Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal (CPITN)), prótese e utilização de serviço, além de hábitos de higiene bucal, no entanto, nenhum resultado foi apresentado no relatório sobre este último item. O levantamento de 2003 foi o mais abrangente, seguindo boa parte do questionário da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1997) acrescido ainda de aspectos subjetivos, como caracterização socioeconômica, autopercepção em saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos, com questionamento quanto à satisfação da população com os mesmos. Porém, estes aspectos subjetivos só foram investigados na população adulta e idosa. Entretanto, em 2003, não foram avaliados aspectos de higiene bucal como em 1986, assim como a condição extra-bucal, avaliação da articulação têmporo mandibular (ATM), da mucosa bucal, de opacidades no esmalte, hipoplasia e as necessidades de cuidados imediatos e de referência, embora tais avaliações tenham sido preconizadas pela OMS. A cárie, em todos os levantamentos, foi investigada a partir de dois índices, um estimado pela soma dos dentes permanentes, cariados, perdidos e obturados (CPOD); o outro estimado pela soma dos dentes decíduos cariados, extraídos e obturados (ceo). Em 2003, a doença periodontal foi investigada a partir do Índice Periodontal Comunitário (IPC), Índice de perda de inserção periodontal (PIP) e Índice de alterações gengivais (AG). A má oclusão a partir do índice de estética dental (DAÍ) e a fluorose pelo índice de Dean. (1997) (Brasil, 1988; Pinto 1993; Roncalli, 1998a; Brasil, 2004).

A população estudada proposta como representativa da população brasileira em cada ocasião apresenta diferenças nítidas nos quatro levantamentos. Os mesmos não foram realizados em populações com a mesma idade índice ou faixa etária, sendo o de 2003 o único a incluir idosos e bebês. No que diz respeito à amostragem, os levantamentos de 1986 e 1996 só realizaram exames em capitais (em 1986, apenas 16 capitais foram incluídas). Os levantamentos de 1993 e 2003 realizaram exames em cidades do interior, porém em 1993 todos os estados não foram abrangidos, como em 2003. Neste levantamento, foi realizado o cálculo de tamanho de amostra estratificado

por macrorregiões e por número de habitantes. Além disso, foi o único a realizar exames na zona rural. Só nos dois últimos levantamentos pôde-se contar com a parceria de entidades de classe. Além disso, o de 2003, com a parceira de Faculdades (Brasil, 1988; Pinto, 1993; Roncalli, 1998a; Brasil, 2004).

Todos os levantamentos foram realizados em ambiente não clínico. Entretanto, no de 1986, alguns exames ocorreram em consultórios odontológicos (Brasil, 1988; Pinto, 1993; Roncalli, 1998a; Brasil, 2004). Os critérios de exame não foram os mesmos nos quatro levantamentos. Nos levantamentos de 1986 e

Tabela 1

Aspectos metodológicos dos levantamentos de 1986,1993,1996 e 2003

Lev.	População Amostragem	Nº de Pessoas	Idades índice ou Faixas etárias	Variáveis/ Índices investigados	Calibração	Local de exame	Critério de diagnóstico de cárie
1986	Zona urbana de 16 capitais onde havia FSESP* 120 estudantes por escola e 16 domicílios por setor censitário Amostra estimada N=23180	N= Sem informação	Idades índices 6,7,8,9,10,11,12 Faixas Etárias 15 a 19 anos 35 a 44 anos 50 a 59 anos	Renda Sexo CPOD e ceo CPI TN Prótese total Atendimento Hábitos de higiene bucal	Dos supervisores Futuros multiplicadores.	Pátios e corredores com luz natural e alguns em consultórios odontológicos.	Com retenção de sonda exploradora.
1993	Escolares da Zona urbana de 114 cidades (22 capitais) População das escolas do SESI, sem informação quanto às públicas Amostra estimada N= 110640	N=110640 escolares N = 58450 do SESI N = 52190 das escolas públicas.	Idades índices 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14	CPOD e ceo	Não há evidências	Ambiente não clínico; em geral, no pátio das escolas.	Com retenção de sonda exploradora.
1996	Zona urbana de todas as capitais (26) e Brasília Amostragem a partir do Manual da OMS e MS brasileiro Amostra estimada N=30240 escolares	N=30240 escolares	Idades índice 6, 7, 8, 9, 10, 11,12	Sexo CPOD e ceo	Calibração: nacional, regional, estadual e municipal, mas sem relato do cálculo de concordância e dos resultados.	A informação não consta no relatório.	Exame visual, cariado dente com cavidade em nível de dentina.
2003	Zona urbana e rural de 250 municípios brasileiros, sendo estratificados por macro região e por porte populacional do município Amostra estimada N=175000	N=108921	Idades índice 5 anos 12 anos Faixas etárias 0-18 meses 15 a 19 35 a 44 anos 65 a 74 anos	Caracterização socioeconômica, Acesso, Autopercepção, Sexo, Grupo étnico, Flúor na água, CPOD, Ceo, CPI, PIP, AG, Índice de Dean, DAÍ, Má oclusão, Uso necessidade de próteses, Necessidade de tratamento, Alteração de tecido mole.	Calibração: nacional, regional, estadual e municipal; cálculo de concordância percentual ou Kappa, porém os resultados não foram publicados.	Ambiente não clínico sob luz natural.	Exame visual, cariado dente com cavidade evidente.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 1988. Pinto, Vítor Gomes; SESI, 1993. Roncalli A. G., 1998 e Brasil, Ministério da Saúde, 2004. * FSESP Fundação de Serviços de Saúde Pública

1993, o diagnóstico de cárie foi mais abrangente, utilizando sonda exploradora como auxiliar de diagnóstico. Em 1996 e 2003, os critérios foram menos “sensíveis”, considerando cárie somente lesões cavitadas e lesões secundárias (Brasil, 1988; Pinto, 1993; Roncalli, 1998a; Brasil, 2004).

Quanto à calibração, observou-se que os levantamentos realizados em 1996 e em 2003 relataram a prévia calibração dos examinadores e só o de 2003 descreveu o cálculo do *Kappa*, porém, os resultados só se encontram nos relatórios de calibração de cada equipe treinada e não estão disponíveis (Brasil, 1988; Pinto, 1993; Roncalli, 1998a; Brasil, 2004).

As diferenças metodológicas entre os quatro levanta-

tamentos epidemiológicos são nítidas (tabela1).

Resultados principais dos levantamentos

Quanto à cárie, os resultados dos levantamentos mostraram um CPOD que aumentou com o avanço da idade, demonstrando o caráter acumulativo da doença. Foi observada uma tendência de redução da cárie na população brasileira ao longo dos anos. Quando se compara o CPOD das escolas do SESI com o das escolas públicas no levantamento de 1993, observam-se valores relativamente próximos, estando os menores índices nos escolares do SESI. Quanto aos resultados de 2003, de forma inédita, apontou-se os índices ceo para a faixa etária de 18 a 36 meses e CPOD para os idosos de 65 a 74 anos (tabela 2)

Tabela 2

Índice ceo médio e CPOD médio por idade, no Brasil, 1986, 1993, 1996 e 2003.

Idade	1986	1993			1996	2003*
		E. SESI	E. Públicas	Geral		
Ceo						
18 a 36 meses	--	--	--	--	--	1,07
3 anos	--	1,78	1,58	1,76	--	--
4 anos	--	2,57	2,57	2,57	--	--
5 anos	--	--	--	--	--	2,80
6 anos	--	3,73	3,27	3,64	2,89	--
CPOD						
6 anos	1,26	--	--	--	0,28	--
7 anos	2,25	1,08	1,38	1,26	0,70	--
8 anos	2,84	1,66	2,03	1,85	1,15	--
9 anos	3,61	2,20	2,60	2,42	1,53	--
10 anos	4,57	2,82	3,14	2,99	1,87	--
11 anos	5,79	3,64	3,80	3,73	2,38	--
12 anos	6,65	4,54	5,06	4,90	3,06	2,78
13 anos	--	6,00	5,90	5,94	--	--
14 anos	--	6,17	6,65	6,45	--	--
15 a 19 anos	12,68	--	--	--	--	6,17
35 a 44 anos	22,50	--	--	--	--	20,13
50 a 59 anos	27,22	--	--	--	--	--
65 a 74 anos	--	--	--	--	--	27,79

Fonte: Brasil, 1988; Pinto, 1993; Roncalli, 1998a; banco de dados SB Brasil, 2004.

*P < 0,000 —Dado não avaliado

(Brasil, 1988; Pinto, 1993; Roncalli, 1998a; Brasil, 2004). Este levantamento revelou maiores índices CPOD para cidades sem água fluoretada e uma tendência a menores índices nas cidades mais populosas (Brasil, 2004).

Quando se analisa o CPOD estratificado por renda,

em 1986, aos 12 anos, os piores resultados se encontram nas camadas mais baixas (Brasil, 1988) (tabela 3). Aos 18 anos, tanto em 1986 quanto em 2003 a proporção de dentes perdidos é maior entre aqueles com menor renda familiar. (Brasil, 1988; Brasil, 2004).

Tabela 3

Percentual de pessoas aos 12 anos, segundo distintos valores de CPOD e extratos de renda familiar, Brasil, 1986.

Extrato de renda familiar (em salários mínimos)	% de pessoas com CPOD			
	0 a 3	4 e 5	6 e 7	8 a mais
Até 2	17,99	24,83	19,45	37,73
3 e 4	20,66	28,79	16,04	34,51
5 e mais	22,93	34,08	15,61	27,39
Total	19,53	27,46	17,90	35,10

Fonte: Brasil, 1988.

Quando se observa, isoladamente, os componentes do CPOD em escolares do SESI e do ensino público, em 1993, nota-se no primeiro grupo maior percentual de dentes obturados e, no segundo, predominância de cariados (Pinto, 1993) (tabela 4).

Analisando os aspectos periodontais, observa-se uma predominância de sextantes nulos, em idosos e adul-

tos, quanto ao índice CPITN e IPC em 1986 e em 2003, respectivamente. Os resultados mostram a evolução da doença periodontal com o avanço da idade. Nota-se uma redução drástica de sextantes sadios e aumento dos sextantes nulos (tabela 5). Só em 1986 foi investigada a necessidade de tratamento periodontal (Brasil, 1988; Brasil, 2004).

Tabela 4

Componentes do índice CPOD em percentuais nas escolas do SESI e públicas para crianças de 12 anos, Brasil, 1993.

Escola	Componentes do índice CPOD %			
	C	Ei	E	O
SESI	21,41	2,00	3,42	73,17
Pública	52,22	6,02	8,22	33,55

Fonte: Pinto, 1993.

Tabela 5

Percentual de sextantes afetados em cada escore do CPI segundo faixas etárias

Levantamento	Idade	Condição Periodontal					
		sadio	sangramento	cálculo	bolsa 4-5 mm	bolsa 6 mm e +	Excluído**
1986	15-19	51,77	19,92	23,00	2,14	0,20	2,97
	35-44	17,42	11,17	23,38	6,73	1,69	39,60
	50-59	5,53	4,90	11,79	4,71	2,28	70,79
2003 *	15-19	69,17	14,50	14,67	0,33	0,00	1,33
	35-44	31,11	8,82	21,80	2,50	0,67	35,10
	65-74	7,00	2,00	8,33	1,33	0,50	80,84

Fonte: Brasil, 1988; Banco de dados SB Brasil, 2004. * p < 0,000 **menos de dois dentes presentes no sextante

Entretanto, para se fazer uma análise da condição periodontal da população, é necessária a análise do PIP, e o mesmo só foi investigado em 2003. Nota-se a maioria dos sextantes sadios em adultos e excluídos nos idosos (Brasil, 2004) (tabela 6).

Em 1986, os examinados adolescentes e adultos foram questionados se foram ao dentista no último ano. A mesma informação consta no item “acesso a serviços odontológicos”, do levantamento de 2003. Os resultados mostraram maior procura em 1986. Nos dois levantamentos, quanto mais elevada a faixa

etária da população maior foi o CPOD e menor foi a utilização de serviços de saúde bucal no último ano (Brasil, 1988; Brasil, 2004) (tabela 7).

Em 1986, observou-se expressivo uso e necessidade de próteses totais (Brasil, 1988). Em 2003, foram avaliadas o uso e a necessidade de próteses totais, parciais removíveis e de pontes fixas. Destaca-se em 2003 o maior uso de prótese superior, independente do tipo, e uma maior necessidade de prótese inferior (Brasil, 2004).

Tabela 6

Percentual de sextantes afetados em cada escore do PIP segundo idade, Brasil, 2003.

Idade (em anos)	Perda de Inserção Periodontal-PIP					
	Código 0 0 a 3 mm	Código 1 4 a 5 mm	Código 2 6 a 8 mm	Código 3 9 a 11 mm	Código 4 12 ou +mm	Excluído**
35 a 44	53,00*	7,91*	2,54*	0,65*	0,28*	35,65*
65 a 74	11,73*	4,31*	1,81*	0,62*	0,30*	81,20*

Fonte: Banco de dados SB Brasil, 2004. * p < 0,000 **menos de dois dentes presentes no sextante

Tabela 7

CPOD médio e utilização de serviços de saúde bucal no último ano na população de 15-19, 35-44, 55-59 anos, no Brasil, 1986 e na população de 15-19, 35-44, e 65-74 anos no Brasil, 2003.

Levantamento	Idade (anos)	CPOD	Atendimento no último ano %	
			Sim	Não
1986	15-19	12,67	67,59	32,40
	35-44	22,50	44,28	55,71
	50-59	27,22	31,52	68,48
2003	15-19*	6,17*	48,55*	51,45
	35-44*	20,30*	37,84*	62,16*
	64-74*	27,79*	16,83*	83,17*

Fonte: BRASIL, 1988; Banco de dados SB BRASIL, 2004. * $p < 0,000$

Com relação às metas da OMS para o ano 2000, o Brasil se encontra dentro do índice estabelecido apenas na idade de 12 anos, mesmo assim, somente as regiões sul e sudeste contribuíram para o alcance

desta meta. A pior situação é a dos idosos, em que se pode notar grande número de perdas dentárias (Brasil, 2004) (tabela 8).

Tabela 8

Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SB Brasil, Brasil, 2003.

Idade	Meta OMS 2000	BRASIL 2003					
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
5 a 6 anos	50% (ceo=0)	35,04	34,92	44,92	43,35	41,73	40,62
12 anos	CPOD < que 3,0	3,13	3,19	2,30	2,31	3,16	2,78
18 anos	80% P=0 (todos os dentes presentes)	39,13%	45,07	66,53	66,55	65,74	55,09
35 a 44 anos	75% com 20 ou + dentes presentes	46,34%	49,97	62,35	55,13	58,36	53,96
65 a 74 anos	50% com 20 ou + dentes presentes	8,58%	11,07	09,32	10,41	11,22	10,23

Fonte: Banco de dados SB Brasil, 2004.

Em 2003, de forma inédita em nível nacional, foram investigadas as condições de saúde bucal quanto à oclusão, fluorose, PIP e alterações de tecidos moles, assim como as questões subjetivas. Destaca-se que a maioria dos indivíduos de 12 e 15 a 19 anos apresentou má oclusão, independente do grau. No que se refere à fluorose, nota-se maior prevalência da mesma em indivíduos de 12 anos do que na faixa etária de 15 a 19 anos. Observam-se índices de fluorose maiores nas regiões sudeste e sul, onde está a maior porcentagem de municípios com água fluoretada (Brasil, 2004).

Quanto às condições dos tecidos moles, 6% da população investigada apresentou algum tipo de alteração. Frente à análise da prevalência dessas alterações quanto às idades índice ou faixas etárias, pode-se observar tendência de aumento na prevalência frente ao aumento da idade ou faixa etária ($p < 0,000$).

Com relação ao acesso a serviços odontológicos, a maioria dos indivíduos busca o serviço público, mas a porcentagem destes diminui com o avanço da idade, aumentando a busca pelo serviço privado liberal. A dor é o principal motivo da consulta em adultos e idosos. Em adolescentes, predominam as consultas de rotina/manutenção (Brasil, 2004).

A caracterização socioeconômica mostra que a maioria dos examinados possui casa própria, não possui automóveis e que grande parte dos estudantes pertence a escolas públicas (Brasil, 2004). No que diz respeito à autopercepção em saúde bucal, a maioria das pessoas considera como bons os diversos aspectos referentes a ela, aparência de dentes e gengivas, mastigação e fala (Brasil, 2004).

Discussão

Após a identificação dos principais dados e resultados dos levantamentos epidemiológicos, surge o questionamento de qual é a condição de saúde bucal da população brasileira nos últimos anos.

Os levantamentos epidemiológicos de 1986, 1993 e

1996 foram centrados exclusivamente na perspectiva profissional para avaliar as condições de saúde bucal, não considerando o modo como tais condições são percebidas e expressadas pela população (Buischi, 2000). O mais recente levantamento epidemiológico realizado no país, em 2003, apresentou nítidos avanços metodológicos, incluindo a investigação de várias condições não analisadas nos levantamentos anteriores, inclusive de questões subjetivas, assim como o estudo piloto da população idosa e de bebês do Brasil.

A justificativa para a coleta ser feita apenas nas capitais em 1986 foi o fato de estudos anteriores não apontarem diferenças significativas entre os níveis de doença entre capital e interior. As capitais seriam, portanto, representativas da população brasileira, argumentação sem muito fundamento, uma vez que dados de outras investigações apontaram o contrário (Roncalli, 1998).

Os critérios de exame devem ser destacados pela grande influência que podem exercer sobre os resultados em levantamentos epidemiológicos (Nadanovisk in Pinto, 2000; Oliveira et. al., 1998). Estudo conduzido para verificar a influência de modificações nos critérios de diagnóstico de cárie nos levantamentos epidemiológicos entre escolares de 12 anos, comparando dois diferentes métodos para obtenção do índice CPOD, demonstrou diferenças estatisticamente significante entre os métodos de diagnóstico com e sem utilização de sonda exploradora (Oliveira et. al., 1998). A sonda foi eliminada como instrumento de diagnóstico porque, além de não apresentar desempenho melhor que os exames visual e radiográfico, pode facilitar a instalação de novas lesões (Loesche et. al., 1979). Pode ainda causar danos irreversíveis em presença de lesão (Ekstrand et al., 1987). As mudanças nos critérios de diagnóstico refletem, também, a evolução no entendimento da progressão e do tratamento da doença cárie (Maltz & Carvalho in Aboprev, 1997).

No processo de calibração se eliminam ou se minimizam as discordâncias, de modo a selecionar

os profissionais que consigam reproduzir, de maneira estatisticamente confiável, os critérios estabelecidos para os índices adotados no estudo, os resultados do mesmo podem dar ou não maior confiabilidade aos levantamentos (Pinto, 2000). Os levantamentos que relataram a execução de calibração (1996 e 2003) demonstram probabilidade de maior rigor científico na sua elaboração. A idade de 12 anos é uma das referências internacionais para se analisar CPOD. Esta idade também foi a única presente em todos os levantamentos, por isso a mesma será utilizada para comparar os resultados relativos à cárie no Brasil. O levantamento de 1986 apontou um índice CPOD de 6,65 aos 12 anos, já o de 1993, de 4,90. Esta redução não deve ser atribuída somente aos critérios de exame, pois estes foram semelhantes nos dois levantamentos. Alguns críticos poderiam atribuir a queda ao fato de grande parte dos examinados pertencerem a escolas do SESI, sabidamente mais assistidas na área odontológica. Porém, a diferença entre os índices encontrados nas escolas públicas e do SESI é de apenas 0,52 e a queda ainda seria significativa mesmo se considerados apenas as escolas públicas. Sendo assim, a redução encontrada no CPOD parece ser real, provavelmente em função do maior acesso da população aos meios de prevenção da cárie.

Em 1996, o índice CPOD encontrado foi de 3,06, uma queda significativa em relação a 1993, e que pode ser atribuída, em grande parte, às mudanças de critérios de exame.

O levantamento de 2003 revelou um CPOD de 2,78, utilizando critérios de exame para cárie semelhantes a 1996. Pelo fato de o levantamento de 2003 ter sido mais criterioso quanto aos aspectos amostrais, foi o que melhor representou a real condição bucal em nível nacional. Foram encontrados maiores índices nas cidades sem água fluoretada, porém a maioria dessas cidades é pouco populosa e se encontra nas regiões mais pobres do Brasil, onde a condição socioeconômica pode influenciar na condição bucal como um todo.

Os levantamentos de 1986 e 2003 avaliaram as condições sócioeconômicas em relação aos índices de saúde bucal. Ambos apresentaram piores índices nas camadas de baixa renda. Deve-se considerar que a renda não foi investigada na faixa etária de 0 a 18 meses, nas idades índice de 5 e 12 anos, em 2003. (Brasil, 1988; Brasil, 2003). Sabe-se que a condição bucal é associada ao nível social, a perda de dentes é maior e mais rápida nas classes mais baixas. Além disso, nessas classes, a cárie é a principal causa de perda dentária, enquanto nas classes altas, as outras causas, como a ortodôntica, eruptiva e traumática, predominam (Guimarães & Marcos, 1995; 1996a; 1996b).

Percebe-se tendência de redução da doença periodontal ao longo dos anos, devido à redução no percentual de sextantes afetados em cada situação e conseqüente aumento dos sextantes hígidos, para as idades avaliadas em comum nos dois levantamentos. Nota-se que, em 2003, 80,84% dos sextantes dos idosos foram excluídos, destacando a drástica condição de saúde bucal dessa faixa etária no Brasil. (Brasil, 1988; Brasil, 2003)

Apesar da necessidade e uso de prótese total terem sido analisados em 1986 e 2003, os dados são de difícil comparação, por terem sido apurados de formas diferentes. (Brasil, 1988; Brasil, 2003). O maior uso de próteses superiores, registrado em 2003, pode estar relacionado a questões estéticas e de adaptação.

A menor procura de serviços em 2003, com relação a 1986, pode ser reflexo de uma melhoria nas condições de saúde bucal da população, evidenciadas pelos índices CPOD e CPI, e ou pelo fato do levantamento de 2003 incorporar, em sua amostra, examinados pertencentes a cidades do interior e da zona rural. No levantamento de 1993, a maior proporção de obturados entre escolares do SESI parece refletir um maior acesso dos mesmos aos serviços de saúde bucal quando comparados aos escolares das escolas públicas (Brasil, 1988; Pinto, 1993; Brasil, 2004).

Os resultados de 2003 demonstraram a importância da análise de índices subjetivos. Apesar da precária condição da população brasileira, evidenciada pelos levantamentos, esta mesma população se diz satisfeita com sua condição bucal. Isto deve levar a maior reflexão no modo de planejar atuações, seja em nível de consultório ou de saúde pública, além de destacar a importância dos indicadores subjetivos no atual paradigma de promoção de saúde.

Conclusão

As comparações dos resultados dos levantamentos devem ser analisadas com reservas, pois os mesmos foram concebidos sob nítidas diferenças metodológicas, destacando-se aquelas referentes aos critérios de exame e amostragem. Sendo assim, parte da redução do índice CPOD de 1986 a 2003 parece ser atribuída a essas diferenças, e parte, a real melhoria nas condições da saúde bucal brasileira. No que diz respeito à doença periodontal, parece ter ocorrido ligeira queda da mesma na população brasileira.

O levantamento de 2003 revelou que ainda há o que se melhorar quanto à metodologia. Observa-se ainda que o país deve buscar a manutenção de condição bucal satisfatória dos indivíduos com o avançar da idade.

Faz-se necessário estudo que contemple somente resultados da população das capitais da zona urbana do levantamento de 2003, para demonstrar com maior fidelidade a real tendência da cárie e da doença periodontal no Brasil. Para os itens analisados de forma inédita em 2003, somente novo levantamento, conduzido de forma semelhante, irá servir de base para conclusões sobre a evolução de tais condições. Observa-se, ainda, a necessidade da criação de sistema de vigilância epidemiológica da saúde bucal, com a manutenção de banco de dados a respeito das condições de saúde bucal da população brasileira, para subsidiar políticas de saúde no país, assim como para avaliar as mesmas.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população Brasileira*. Disponível em: www.saude/saudebucal. Acesso em mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Resultados Principais do Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população Brasileira 2002-2003*. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde – Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana*. Série C: Estudos e Projetos, 4. 1988. 137p. Disponível em: www.saude/saudebucal. Acesso em mar. 2004.

BUISCHI, Yvonne Paiva. *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. São Paulo: Editora artes Médicas, 2000.

EKSTRAND, K; QUIST, V; THYLSTRUP, A. Light microscope study of the effect of probing in occlusal surfaces. *Caries Res.*, Basel, v. 21, n. 4, p. 368-374, Jul/Aug. 1987.

GUIMARÃES, Marcus Martins; MARCOS, Baldeia. Perda de dente relacionada a razões clínicas segundo a classe social. *Rev. do CROMG*, v. 1, n. 2, p.54-61, Ago/Dez. 1995.

GUIMARÃES, Marcus Martins; MARCOS, Baldeia. Expectativa de perda de dentes em diferentes classes sociais. *Rev. do CROMG*, v. 2, n. 1, p. 16-20, Jan/Jun, 1996a.

GUIMARÃES, Marcus Martins; MARCOS, Baldeia. Impacto das classes sociais nas extrações de dente. *Rev. do CROMG*, v. 2, n. 2, p.78-82, Jul/dez, 1996b.

LOESCHE, W.J.; SVANBERG, M.L.; PAPE, H.R. Intraoral transmission of streptococcus mutans by a dental explorer. *J. Dent. Res.*, Washington, v. 58, n. 8, p. 1765-1770, Aug. 1979.

MALTZ, Mariza; CARVALHO, Joana. Diagnóstico da doença cárie. In: KRIGER, Léo et al. *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1997. P. 70-91.

NADANOVISK, Paulo. O declínio da cárie. In: PINTO, Vítor Gomes. *Saúde Bucal Coletiva*. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. P. 341-351.

OLIVEIRA, Ângelo Giuseppe Roncalli Costa; UNFER, Beatriz; COSTA, Íris do Céu Clara; ARCIERI, Rogério Moreira, SALIBA, Nemre Adas. Influência de modificações nos critérios de diagnóstico de cárie nos levantamentos epidemiológicos. *Revista do CROMG* V. 4 n. 1 jan./jun. de 1998.

PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia teoria e prática*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

596p.

PINTO, Vítor Gomes. *Saúde Bucal Coletiva*. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. 541p.

PINTO, Vítor Gomes. *Estudo epidemiológico sobre a prevalência da cárie dental em crianças de 3 a 14 anos, Brasil*, 1993. Brasília: SESI-DN, 1996.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. *Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, Brasil, 1996: Relatório Paralelo*. Natal, 1998a. Disponível em: <www.angelonline.cjb.net>. Acesso em jun. 2004.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. *Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-1996*. Natal, 1998b. Disponível em: <www.angelonline.cjb.net>. Acesso em jun. 2004.