

Condições da saúde bucal de escolares de 12 anos na cidade de Ibicuí, Bahia, 2011

Oral health condition of 12-year-old schoolchildren in Ibicuí, Bahia, Brazil, in 2011

¹Juliana Souza Carvalho, ¹Priscila Cunha Dourado, ¹Matheus Silva Lima, ²Ricardo Araújo da Silva, ³Tatiana Frederico de Almeida

¹Graduada em Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

²Mestre em Deodontologia e Odontologia Legal. Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

³Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Resumo

Introdução: os estudos epidemiológicos têm como objetivo contribuir para a melhoria da saúde das populações e permitir através dos resultados encontrados e dos conhecimentos adquiridos o direcionamento de políticas de saúde públicas mais adequadas. **Objetivo:** descrever as condições de saúde bucal dos escolares de 12 anos das instituições públicas da cidade de Ibicuí-BA. **Metodologia:** os escolares foram examinados na própria escola conforme os critérios do SB Brasil 2010. Análises descritivas foram realizadas. No total participaram deste estudo 247 escolares. **Discussão:** o índice CPO-D apresentou resultado igual a 1,87. Avaliando a necessidade de tratamento nesse grupo, identificou-se que 50,20% dos escolares não necessitavam de nenhum tratamento em nenhuma unidade dentária. Vinte e nove vírgula vinte e cinco por cento dos indivíduos apresentou algum tipo de fluorose. Ao analisar a presença de traumatismo dentário neste grupo, verificou-se que 8,93% das crianças já haviam sofrido algum tipo de injúria dental. Já as alterações periodontais foram mais encontradas na zona rural do que na zona urbana. **Conclusão:** a condição de saúde bucal dos escolares de 12 anos da cidade de Ibicuí é considerada insatisfatória, necessitando de tratamento odontológico curativo e preventivo. A Epidemiologia pode contribuir para o planejamento de ações mais efetivas voltadas para este grupo.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Crianças. Saúde Bucal.

Abstract

Introduction: epidemiological studies have as an objective to contribute to the improvement of people's health, and permit, through the found results and knowledge acquired, the direction of more suitable public health policies. **Objective:** describe the oral health condition of 12-year-old schoolchildren in public institutions in Ibicuí, Bahia, Brazil. **Methodology:** the schoolchildren were examined at school according to SB Brasil 2010's criteria. Descriptive analyses were performed. Two hundred forty seven schoolchildren participated in this study. **Discussion:** DMFT index presented a result equal to 1.87. After assessing the need for treatment in this group, it was identified that 50.2% of the schoolchildren did not need any treatment in any teeth unit. Twenty nine point twenty five per cent of individuals presented some type of fluorosis. After analyzing the presence of dental traumatism in this group, it was verified that 8.93% of the children had already suffered some type of dental injury. Periodontal alterations were found in greater number in the rural area than in the urban area. **Conclusion:** the oral health condition of 12-year-old schoolchildren in Ibicuí is considered unsatisfactory; they need curative and preventive dental treatment. Epidemiology can contribute to planning more effective actions directed to this group.

Keywords: Epidemiology. Children. Oral Health.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as principais doenças bucais devem ser submetidas a levantamentos epidemiológicos periódicos nas idades de 5, 12 e 15 anos e nas faixas etárias de 35, 44 e 65 - 74 anos, numa periodicidade entre cinco e dez anos¹. A própria legislação brasileira sobre saúde aponta nesse sentido. Basta registrar que a Lei nº

8.080/90², preconiza que o conhecimento da situação epidemiológica da população é essencial tanto para o planejamento de programas de atenção quanto para a execução de serviços de prevenção e tratamento³⁻⁵.

Em grande parte dos países desenvolvidos, inclusive no Brasil⁴, tem sido relatado em diferentes estudos epidemiológicos, um declínio na prevalência de cárie dentária em crianças, que é uma doença transmissível e infecciosa de origem bacteriana. Sua ação se dá através da degradação de açúcares e sua transformação em ácidos que corroem a porção mineralizada dos dentes. No Brasil, na década de 80, a preva-

Correspondência / Correspondence: Juliana Souza Carvalho
Alameda Rui Barbosa, 15 Centro Itapetinga - Bahia
julisca@hotmail.com
Telefone: (77) 9131-8189

lência desta doença em crianças de 12 anos encontrava-se entre as mais altas do mundo⁴⁻⁶, porém, o penúltimo e último levantamentos nacionais de saúde bucal realizados no Brasil, chamados SB Brasil (Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002–2003 e 2010), confirmou o declínio da cárie na idade de 12 anos no país a partir de 1986⁶⁻⁹.

A fluorose dentária é um distúrbio de desenvolvimento que afeta o esmalte durante sua formação, sendo provocada pela ingestão excessiva e prolongada de flúor. Ocorre por depósitos de flúor na estrutura dentária, levando a alterações nos ameloblastos, modificações na homeostase do cálcio e na formação dos cristais de apatita. Evidências indicam que os ameloblastos são mais afetados durante a maturação pré-eruptiva. As manifestações vão depender da quantidade de flúor ingerida, do tempo de exposição, da idade, do peso e estado nutricional do indivíduo^{10,11}.

O declínio da cárie e o aumento da prevalência da fluorose nas formas mais leves têm sido observados em diferentes regiões do mundo. Alguns autores notaram maior aumento proporcional em locais com teores deficientes de flúor na água; outros observaram diferenças pequenas entre áreas fluoretadas e não fluoretadas; e outros, sem entrar no mérito do seu aumento, atribuíram a ocorrência das formas leves à fluoretação da água¹¹. Em um reduzido número de estudos envolvendo a população brasileira, observou-se um aumento da ocorrência da fluorose dentária^{10,12}.

O comprometimento da fisiologia bucal normal também pode ser causado por problemas periodontais como a gengivite e a periodontite¹³. A gengivite refere-se a uma inflamação do tecido gengival que tem como principal fator etiológico a ação microbiana da placa bacteriana¹⁴. As doenças periodontais ocorrem como resultado da inter-relação entre a expressão de fatores de virulência de algumas espécies bacterianas¹³. Os sinais clínicos ou parâmetros indicadores de doença periodontal são características que, isoladas ou em associação, fornecem dados para diagnosticar presença ou ausência de inflamação, como, por exemplo, a presença de sangramento gengival à sondagem, cálculo supragengival e profundidade de sondagem¹². O último levantamento epidemiológico, SB Brasil 2010, encontrou o maior percentual de crianças aos 12 anos com sextantes hígidos na região Sudeste (67,9%) e o menor na região Norte (41,6%)⁹.

Os traumatismos alvéolo-dentários podem ser definidos como lesões ou danos produzidos nos tecidos ou órgãos que formam o complexo alvéolo-dentário, decorrentes da ação de forças diretas aplicadas anterior ou lateralmente às regiões média e inferior da face, ou mesmo por ação de forças indiretas aplicadas na mandíbula, que, ao se chocar com a maxila,

promove esse tipo de trauma. No tocante à etiologia, os traumatismos ocorrem acidentalmente, durante brincadeiras, práticas de esportes de contato, brigas, violência interpessoal, acidentes automobilísticos, atingindo, com frequência, indivíduos com sobressaliência acentuada. Entre as lesões mais comuns, encontram-se a fratura de esmalte e a fratura coronária de esmalte e dentina, além da avulsão dental e da fratura com exposição pulpar atingindo, principalmente, os incisivos centrais superiores^{14,15}.

Ibicuí é uma cidade do interior baiano, caracterizada por possuir atividades do setor primário como fonte de renda (pecuária e agricultura), e do setor terciário com atividades comerciais dos pequenos e micro comerciantes. A cidade possui 38 escolas da rede municipal distribuídas em suas zonas e uma escola da rede estadual situada na zona urbana da cidade. Na sede do município o serviço de água tratada é atendido pela EMBASA. Na zona rural, as vilas e povoados são atendidos com fornecimento de água encanada fornecida pelo município. Esta água é fluoretada, desde 1996, com 0,7 ppm de flúor. Até o momento nunca foi realizado um levantamento epidemiológico de saúde bucal que avaliasse as reais necessidades do município.

Devido a maioria das pesquisas serem realizadas em capitais e poucos estudos feitos nas pequenas cidades¹³ e de ser a primeira pesquisa realizada na cidade de Ibicuí-BA, justifica-se esse trabalho, para avaliar de forma mais real a situação atual da saúde bucal das crianças de 12 anos do município, comparando as condições das zonas urbana e rural. Assim, este estudo visa descrever as condições de saúde bucal dos escolares de 12 anos da cidade de Ibicuí na Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho de estudo

Estudo epidemiológico de corte transversal, descritivo.

População e área de estudo

A cidade de Ibicuí situa-se a 540 km de Salvador, capital do Estado da Bahia. Zona fisiográfica de Vitória da Conquista (em Costa do Planalto) situada no sudoeste do estado. Possui uma população total de 15.785 habitantes, sendo 80% (12.628) residentes na área urbana do município e 20% (3.157) na zona rural.

Segundo dados da Secretaria de Educação, Ibicuí possuía, em 2011, 311 escolares com 12 anos de idade matriculados nas suas escolas públicas. A população deste estudo foi constituída por todos estes escolares de 12 anos de idade devidamente matriculadas em escolas públicas da zona urbana e rural.

Cabe ressaltar que foram examinadas apenas as crianças voluntárias, cujos responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e que

não se recusaram a participar da realização do exame clínico bucal.

Os critérios de exclusão foram: escolares maiores ou menores de 12 anos; crianças que não moravam ou na zona urbana ou na zona rural do município de Ibicuí. Também foram excluídas do estudo as crianças cujos pais não permitiram que participassem do estudo e/ou não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Coleta de dados

Os exames bucais foram realizados nas próprias escolas, sob luz natural, com o auxílio de espelho bucal e sonda periodontal, com secagem das unidades com gaze sempre que necessário.

As condições bucais investigadas e os índices/indicadores utilizados para o exame foram: cárie dentária (índice de dentes cariados, perdidos e obturados: CPO-D); doença periodontal (Índice Periodontal Comunitário/IPC); fluorose dentária (Índice de Dean) e traumas dentais (critérios do SB Brasil 2010).

Os dados foram registrados em fichas individuais idealizadas pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas no site do SB Brasil 2010 (<http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/index.html>). Os examinadores foram calibrados pela orientadora deste estudo e índices satisfatórios de concordância foram atingidos.

Análise de dados

A análise dos dados foi descritiva, sendo que o banco de dados foi construído no Epi-info e a análise realizada no STATA 10.

Aspecto éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSp com Protocolo de pesquisa N° 192/2011 (ANEXO 2). A técnica para a realização dos exames bucais foi aquela preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e não envolve nenhum risco físico, biológico, ou moral para os participantes. Todo material utilizado foi devidamente esterilizado de acordo com as normas de biossegurança e trocado a cada paciente.

Participaram desta investigação apenas as crianças voluntárias, autorizadas pelos responsáveis através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram examinados 247(79,4%) dos 311 escolares de 12 anos das escolas públicas da cidade de Ibicuí/BA. As crianças que não se encontravam nas escolas após a terceira visita das examinadoras não participaram do estudo, assim como aquelas cujos pais não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Das crianças avaliadas, 17,81% eram da zona rural e 82,19% da zona urbana, sendo que 45,75% (134) delas eram do sexo masculino e 54,25% (113) do sexo feminino.

A prevalência de cárie entre os escolares foi de

41,30%. Ainda em relação à ocorrência da cárie, o percentual de crianças livres de cárie (CPO-D =0) foi maior na zona urbana (41,87%) do que na zona rural (38,64%), não apresentando diferença estatisticamente significativa entre as zonas analisadas ($p=0,693$). Outrossim, em relação à gravidade da cárie, o CPO-D dos escolares de 12 anos do município foi igual a 1,87, na zona rural igual a 1,63, e na zona urbana foi igual a 1,91.

Quanto à composição percentual do CPO-D dos escolares da cidade de Ibicuí, o componente cariado apresentou um percentual de 61,82%, o perdido de 17,20% e o obturado de 21,50%. Os resultados desta análise da composição percentual do CPO-D foram semelhantes para as zonas rural e urbana (Figura 1).

Em relação à necessidade de tratamento, dentre os escolares analisados, 50,20% não necessitaram de tratamento em nenhuma unidade dentária, 38,86% necessitavam de restauração em uma superfície em pelo menos um dente, 19,43% de restauração de duas superfícies, 0,40% de coroa por qualquer razão, 0,81% de faceta estética, 2,02% de tratamento pulpar, 4,05% de extração e 12,55% de selante. Chama a atenção que na zona rural foi maior a prevalência de indivíduos com necessidade de tratamento pulpar (4,55%) e extração (6,82%) que na zona urbana. A necessidade de restauração de duas superfícies ou mais foi maior na zona urbana quando comparado com a zona rural (21,67%) (Tabela 1).

De acordo com a presença da fluorose (considerando os níveis muito leve, leve, moderado e severo, de acordo com a classificação do Índice de Dean) a Tabela 2 mostra que 70,31% (173) escolares não apresentaram fluorose e 29,25% (73) dos escolares possuíam fluorose dentária, sendo que foi mais prevalente a muito leve (12,19%). Na zona urbana foi maior a ocorrência da fluorose do tipo muito leve (13,79%), seguida da leve e moderada (7,88%). Já na zona rural, a fluorose leve ocorreu em um maior percentual de escolares (11,36%) (Tabela 2).

Ao se analisar a presença de traumatismo dentário neste grupo, verificou-se que 8,93% das crianças já haviam sofrido algum tipo de injúria dental, sendo que 6,91% nível de esmalte, 1,62% a nível de dentina e 0,4% a nível de polpa. A zona urbana foi a zona com maior prevalência de traumatismo a nível de esmalte (7,39%), enquanto que na zona rural não foi observado o tipo de trauma a nível de polpa (Figura 2).

Na avaliação da doença periodontal, o gráfico 3 mostra que o sangramento esteve presente em 24,13% dos escolares de Ibicuí, o cálculo em 12,54%, e bolsa moderada ou profunda em 1,87%. As alterações periodontais foram mais prevalentes na zona rural que na zona urbana, com diferença estatisticamente significativa para a presença de cálculo ($p=0,017$) (Figura 3).

Figura 1. Composição percentual do CPO-D, segundo as zonas rural e urbana. Ibicuí, 2012. (n=247)

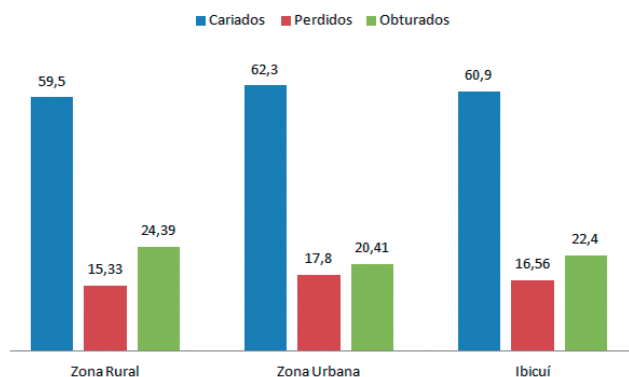
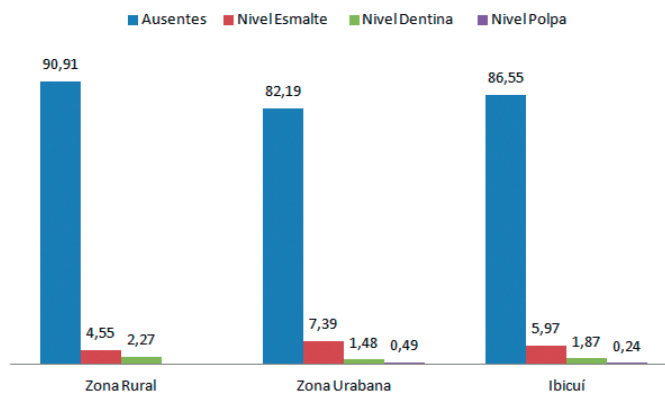
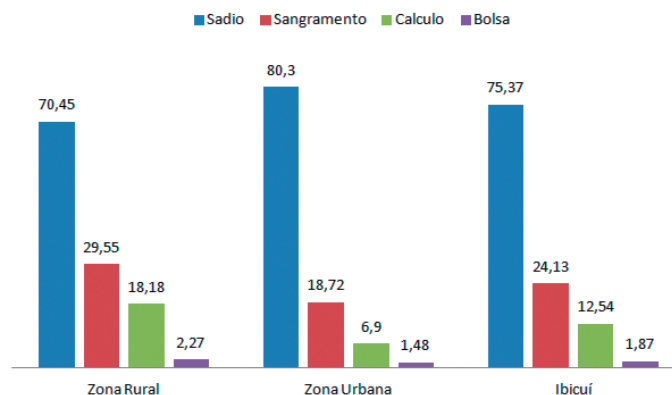


Tabela 1. Número absoluto e distribuição percentual de escolares segundo a necessidade de tratamento, zonas rural e urbana. Ibicuí, 2011. (n=247)

Condição	Necessidade de Tratamento					
	Zona Rural n=44		Zona Urbana n=203		Ibicuí n=247	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum	21	47,73	103	50,74	124	50,20
Restauração 1 Superfície	17	38,64	79	38,92	96	38,86
Restauração 2 Superfície	4	9,09	44	21,67	48	19,43
Coroa Por Qualquer Razão	-	-	1	0,49	1	0,40
Faceta Estética	1	2,27	1	0,49	2	0,81
Tratamento Pulpar e Restauração	2	4,55	3	1,48	5	2,02
Extração	3	6,82	7	3,45	10	4,05
Remineralização de Mancha Branca	-	-	-	-	-	-
Selante	4	9,09	27	13,3	31	12,55

Tabela 2. Distribuição dos escolares de acordo com a gravidade da fluorose segundo o índice de Dean, nas zonas rural e urbana. Ibicuí, 2011. (n=247)

Condição	Fluorose													
	Ausente				Presente									
	Normal		Questionável		Muito Leve		Leve		Moderada		Severa		Excluído/Sem Informação	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Zona Rural n=44	35	79,55	1	2,27	2	4,55	5	11,36	1	2,27	-	-	-	-
Zona Urbana n=203	118	58,13	19	9,36	28	13,79	17	8,37	16	7,88	4	1,97	1	0,49
Ibicuí	153	61,94	20	8,09	30	12,14	22	8,90	17	6,88	4	1,61	1	0,4

Figura 2. Distribuição percentual dos escolares segundo os tipos de traumatismos dentários, zonas rural e urbana. Ibicuí, 2011. (n=247)**Figura 3.** Distribuição percentual dos escolares segundo a condição periodontal, zonas rural e urbana. Ibicuí, 2011. (n=247)

DISCUSSÃO

A maioria dos estudos epidemiológicos encontrados na literatura tem sido realizado nas grandes capitais, e com pouca frequência nas cidades do interior. Este é o primeiro levantamento epidemiológico com esta proporção que a cidade de Ibicuí-BA realizou.

Sobre a cárie dentária aos 12 anos, foram observados percentuais elevados de sua prevalência neste estudo. O CPO-D também ainda é considerado alto. Dentre as principais doenças bucais, a cárie dentária ainda continua sendo o principal problema de saúde bucal da população brasileira. Segundo o SB Brasil, esta situação melhorou entre 2003 (69%) e 2010 (56%) com um declínio considerável, atingindo 13 pontos percentuais aos 12 anos. O número médio de dentes atacados por cárie também diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010 - uma redução de 25%. Em termos absolutos, e considerando a população brasileira estimada para 2010, essas reduções indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos em todo o país¹⁷. Este declínio ocorreu devido a avanços na situação epidemiológica dos escolares, decorrentes de melhorias no acesso aos serviços de atenção primária à saúde, da obrigatoriedade de denti-

frícios e água de abastecimento fluoretados; e de ações coletivas de prevenção realizadas em escolas de todo o país, coordenadas, principalmente, pelo setor público¹⁸.

O presente estudo mostrou que a cidade de Ibicuí está com o nível de cárie aos 12 anos abaixo do brasileiro e do Nordeste, pois enquanto 56% das crianças de 12 anos brasileiras apresentaram cárie e um CPO-D de 2,1 (Brasil, 2011)⁹, e o Nordeste ter obtido níveis de CPO-D igual a 2,7 (Brasil, 2011)⁹, o município de Ibicuí atingiu o nível de 41,3% de crianças com cárie e CPO-D igual a 1,87. No entanto, a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de um CPO-D < 1 para a idade de 12 anos em 2010⁹ não foi alcançada no município.

O CPO-D, aos 12 anos de idade, em Ibicuí/BA, foi menor quando comparado com outros municípios brasileiros como: Rio Claro-SP com CPO-D=2,7⁶, Piracicaba-SP com CPO-D=2,6¹², Goiânia-GO com CPO-D=2,29⁷, Verdejante-PE com CPO-D=3,2¹³. Por outro lado, outros municípios já atingiram níveis menos elevados, como Salvador-BA com CPO-D 1,4¹⁸, Teresina-PI com 1,55²⁰.

A ocorrência da cárie tem estreita relação com as condições socioeconômicas do local onde residem as pessoas. Assim, a escolaridade dos pais⁶, as desigualdades sociais e a má distribuição de renda, fatores determinantes de dificuldades no acesso a serviços odontoló-

gicos e produtos de higiene bucal, geram, conseqüentemente, acúmulo de problemas bucais. É mister desenvolver estudos epidemiológicos com o objetivo de conhecer e monitorar as tendências de cárie na população e, a partir de suas conclusões, formular políticas, estratégias de ação e metas em conjunto com os serviços de saúde visando à prevenção e controle desse agravo. Dessa forma, é possível a promoção de saúde, com indicações específicas, e de suas ações para cada faixa etária, focadas em todos os níveis de complexidade da doença¹⁸.

Apesar de os achados deste estudo não ter apresentado diferenças estatisticamente significativas entre as análises de prevalência e gravidade da cárie dentária realizadas para as zonas rural e urbana, pode-se verificar que os maiores percentuais dos componentes cariado e perdido do índice CPO-D concentraram-se nos indivíduos da zona urbana, onde há maior facilidade de acesso ao sistema de saúde pública e maior renda dos familiares.

Estudos como os de Moura¹⁹ e Viana²⁰, atribuem que as condições socioeconômicas em relação a patologias bucais estão diretamente associadas, os agravos e a desigualdade na distribuição de renda se intensificam em uma determinada parcela da população, a qual requer maior atenção em saúde bucal¹⁹.

A zona de moradia é um indicador confiável de condição socioeconômica, pois as crianças de famílias com melhores condições mesmo residindo nas zonas rurais, geralmente frequentam escolas das zonas urbanas, sendo o oposto nas famílias com baixo nível socioeconômico, as quais frequentam principalmente o sistema público escolar mais próximo⁶.

O percentual total de fluorose encontrado nos escolares avaliados da cidade de Ibicuí-BA foi de 29,25%, estando abaixo do percentual de sua capital Salvador que apresentou o valor de 31,4%, com predominância dos casos no grau muito leve¹⁰.

Em nosso país a prevalência de fluorose dentária tem sido avaliada mais regularmente nos últimos anos, período no qual a exposição da população infantil a diferentes métodos de uso do flúor tem aumentado. Levantamentos mostrando o declínio na cárie dentária têm revelado que a fluorose começa a surgir⁹.

No município de São Paulo foram examinados 2.491 crianças de 12 anos de escolas públicas e privadas, que relataram a prevalência de fluorose de 21,8%, com 3,7% correspondendo ao grau moderado⁹. Outro estudo feito na cidade de Ouro Preto/MG, mostrou que 11,4% das crianças de 12 anos apresentavam fluorose, sendo composta pela condição muito leve (10,1%) e leve (1,3%)²⁰.

Segundo dados do último Levantamento Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), na idade de 12 anos a presença de fluorose foi de 16,7%, sendo que 15,1% foram representados pelos níveis de severidade muito

leve (10,8%) e leve (4,3%). A maior prevalência de crianças com fluorose foi observado na região Sudeste (19,1%) e o menor valor, na região Norte (10,4%)⁹.

A população de Ibicuí-BA dispõe do sistema de fluoretação (0,7 ppm de flúor) das águas de abastecimento público desde 1996. As ocorrências mais altas como as identificadas em algumas crianças neste estudo têm sido atribuídas ao efeito combinado do uso e ingestão de produtos dentários e de outras fontes sistêmicas de flúor, bem como as diferenças no acesso aos bens públicos (como o saneamento básico).

A fluorose apresentou-se como um problema importante de saúde bucal na região de Ibicuí-BA. Essa condição deve ser monitorada permanentemente, dada a importância e benefícios da adição de flúor nos sistemas de abastecimento públicos. Ressalta-se que foram observados alguns casos de fluorose severa, merecendo assim, uma investigação mais detalhada visando identificar as possíveis fontes de exposição a que essas crianças foram submetidas e, caso necessário, intervir de forma a evitar a ocorrência de novos casos na região.

A cidade de Ibicuí-BA apresentou 8,93% das crianças com algum tipo de traumatismo dentário. Nos achados do estudo realizado em Campina Grande/PB a presença de trauma dental foi de 32,0%, sendo mais comum nas crianças de 12 anos, havendo uma maior ocorrência de fraturas do tipo não complicada da coroa (fratura de esmalte), sendo os incisivos centrais superiores os elementos mais atingidos¹⁶. Em Salvador-BA outro estudo feito no ano de 2010, mostrou que a prevalência de traumatismo dentário foi de 16,3%²¹. Na cidade de Biguaçu/SC, um estudo feito em 2.260 escolares da cidade sendo 36% de 12 anos (n=813), cerca de 10,6% (n=86) apresentaram traumatismo dentário, com maior prevalência na região de incisivos²². Segundo o último levantamento SB/Brasil (2010), a prevalência de traumatismo dentário foi 20,5% na idade de 12 anos. O tipo de lesão mais frequente foi a fratura de esmalte acometendo 80% dos casos. No mesmo estudo, a fratura de esmalte e dentina foi identificada em 19% dos casos. Não houve diferenças entre as regiões brasileiras. Apenas 0,2% dos examinados apresentaram fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar. E a ausência dentária devido a traumatismo foi de 0,1%⁹.

Neste estudo, foi elevado o percentual de alterações inflamatórias gengivais (sangramento). Um estudo feito na cidade de Goiânia-GO com estudantes de 12 anos, mostrou que 28,6% dos examinados apresentou alguma alteração periodontal⁷. Outro estudo realizado na cidade de Piracicaba-SP, mostrou que, 68,6% e 72,6% das crianças aos 5 e 6 anos apresentaram sangramento gengival¹². Em outra pesquisa feita na cidade de Verdejante-PE, 22% das crianças apresentaram sangramento gengival de pelo menos um quadrante. Somente 8% dos estudantes desta pesquisa possuíam cálculo e em todos os casos supragengival. Nenhuma criança apresentou bolsa periodontal¹³. O último levantamento SB Brasil

2010 mostrou que 62,9% das crianças de 12 anos apresentaram todos os sextantes hígidos. A presença de cálculo foi a pior condição periodontal observada em 23,7% dos indivíduos, e, com relação ao sangramento, 11,7% do total de crianças apresentaram esta condição como escore máximo⁹.

Considerando a indicação de necessidade tratamento para as crianças de 12 anos examinadas em Ibicuí-BA, observou-se que a quase totalidade das indicações se referiu a procedimentos de pequena complexidade que podem ser realizados por cirurgiões dentistas generalistas. Não se indicou a remineralização de lesões de manchas brancas, provavelmente pela dificuldade de se diagnosticar os estágios iniciais da cárie em levantamentos epidemiológicos e/ou pela dificuldade de se padronizar esta condição. Quanto à indicação de selantes, apenas 12,55% necessitavam de selantes oclusais, provavelmente referindo-se aos molares permanentes. Entretanto, faz-se a ressalva que três critérios simultaneamente deveriam ser seguidos para indicação de selante, ou seja: o dente estar presente há menos de dois anos na boca, dente homólogo com história de cárie e acúmulo de placa. Vale ressaltar que a restauração de uma superfície foi percentualmente o dobro do valor percentual de restaurações de duas superfícies.

Inúmeras pesquisas mostram que o diagnóstico precoce das lesões iniciais, ainda em estágio reversível, e a avaliação dos fatores determinantes tornam-se fundamentais no estabelecimento de um tratamento mais simples, menos invasivo e de menor custo, envolvendo o uso de flúor e mudanças de comportamento com relação à dieta e a higiene bucal¹².

As medidas preventivas básicas que, por sua simplicidade e comprovada eficácia, têm sido disseminadas pela OMS e outros diversos organismos internacionais além das entidades representativas dos profissionais de Odontologia e governos de todo o mundo são²⁴:

- auto-cuidado de higiene bucal (escovação adequada);
- aplicação tópica de flúor feita por profissionais treinados como cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental (TSB) e auxiliares de consultório dentário (ASB);
- fluoretação de cremes dentais (dentifrícios);
- fluoretação da água de consumo público, caixas d'água de escolas, creches e outros estabelecimentos;
- fluoretação do leite, do sal de cozinha entre outras experiências;
- dieta alimentar balanceada, reduzindo os alimentos compostos por açúcares entre as refeições (conhecido, no meio odontológico, como "convívio inteligente com o açúcar").

Com esses cuidados, o nível dessas doenças tem reduzido drasticamente nos países industrializados. Já

entre os países pobres e em desenvolvimento ainda são muitas as comunidades que carecem de assistência básica odontológica persistindo índices de cárie dentária e doença periodontal ainda bastante elevados²⁴.

Recomenda-se, por isso, a implementação de estratégias que visem à educação em saúde bucal e priorização da intervenção precoce e efetiva, substituindo, assim, a tendência do acúmulo de necessidades de tratamento em relação às doenças bucais mais prevalentes, além do monitoramento e avaliação constantes⁴.

Desta forma, ressalta-se a importância da manutenção e continuidade dos programas que já ocorrem no município de Ibicuí-BA, havendo necessidade de serviços de promoção em saúde bucal mais efetivos, implementando-se ações destinadas principalmente aos grupos de maior vulnerabilidade e/ou mais expostos aos fatores de risco. Os levantamentos epidemiológicos são instrumentos importantes para se diagnosticar as condições de saúde bucal das populações, devendo contribuir para o planejamento dos serviços de saúde¹².

De acordo com Siqueira (1992) citado por Peres et al.⁴ "... o papel fundamental da epidemiologia na administração dos serviços de saúde é o de fornecer informações concretas como suporte ao processo de planejamento. Como ferramenta básica desse processo, orienta a coleta de informações para a tomada de decisões, identifica as necessidades em relação aos serviços de saúde, e impulsiona a implementação das atividades. Na avaliação da utilização de serviços, ajuda na identificação de necessidades ainda não atendidas e na constatação de problemas gerenciais".

A OMS (1991)²⁵ preconiza que estudos epidemiológicos sejam realizados com o objetivo de acompanhar e monitorar a situação de saúde bucal de uma população. Elege, dentre outras, a idade de 12 anos como "idade-índice" para comparações de doenças bucais no espaço e no tempo. Há, inclusive, mapas mundi da prevalência da cárie dentária na idade-índice de 12 anos e no grupo etário-índice de 35-44 anos. Além dessa finalidade mais imediata, tais informações são importantes na composição de quadros mais abrangentes sobre as doenças bucais nos âmbitos regional, estadual e nacional⁵.

Quanto aos limites deste estudo, deve-se analisar seus resultados com cautela, por se tratar de um estudo de corte transversal, que não avaliou a causalidade das doenças pesquisadas. Ademais, a população participante do estudo representou 79,4% da população das crianças de 12 anos de Ibicuí-BA matriculadas em escolas públicas, o que impede a realização de interferências para a situação de saúde bucal para todo o município.

Por outro lado, este é um estudo pioneiro no município, que certamente contribuirá para a divulgação e implementação do método epidemiológico no serviço de saúde local, o que contribuirá para a melhoria das condições bucais dos seus moradores.

CONCLUSÃO

A alta prevalência e gravidade dos principais problemas bucais avaliados neste inquérito, como a cárie e doença periodontal mostrou que eles devem ser tratados como problemas de saúde pública no município de Ibicuí-BA.

Para isso, é fundamental o papel da Epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal, assim como no seu acompanhamento e avaliação.

Acredita-se que um conjunto de ações assistenciais curativas e individuais, assim como ações coletivas de prevenção de doenças e promoção da saúde são necessárias para a melhoria do quadro epidemiológico encontrado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, T.D.B. et al. Prevalência de oclusopatia em escolares de 12 anos de idade: estudo realizado em uma escola pública do município de Feira de Santana-Ba. **RGO.**, Porto Alegre, v. 3, n. 54, p. 269-73, 2006.
- BRASIL. **Lei nº8.080** de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção... Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/l8080.htm>> Acesso 15 dez. 2013.
- BRITO, D.I.; DIAS, P.F.; GLEISER, R. Prevalência de má oclusões em crianças de 9 a 12 anos de idade da cidade de Nova Friburgo, Rio de Janeiro. **R. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 6, n. 14, p. 118-24, 2009.
- CYPRIANO, S. et al. A saúde bucal de escolares residentes em locais com ou sem fluoretação nas águas de abastecimento público na região de Sorocaba, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1063-71, 2003.
- PERES, M.A.A.; NARVAI, P.C.; CALVO, M.C.M. Prevalência de cárie dentária em crianças aos doze anos de idade, em localidades do Estado de São Paulo, Brasil, período 1990-1995. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 594-600, 1997.
- HOFFMANN, R.H.S. et al. Experiência de cárie dentária em crianças de escolas públicas e privadas de um município com água fluoretada. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 522-8, 2004.
- FREIRE, M.C.M. et al. Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica.**, Washington, v. 28, n. 2, p. 86-91, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília. 2004. 51p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais**. Brasília. 2011. 92p.
- CANGUSSU, M.C.T. et al. Prevalência da fluorose dentária em escolares de 12 e 15 anos de idade em Salvador, Bahia, Brasil, 2001. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 129-35, 2004.
- FRAZÃO, P. et al. Fluorose dentária: comparação de dois estudos de prevalência. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1050-58, 2004.
- Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. **Rev. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1063-71, 2003.
- SÁ, L.C.A.; VASCONCELOS, M.M.V.B. Levantamento das necessidades odontológicas em crianças de 12 anos da zona urbana do município de Verdejante-PE. **Clín. Científ.**, Recife, v. 7, n. 4, p. 325-9, 2008.
- XAVIER, A.S.S. et al. Condições Gingivais de Crianças com Idade Entre 6 e 12 Anos: Aspectos Clínicos e Microbiológicos. **Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr.**, João Pessoa, v. 1, n. 7, p. 29-35, 2007.
- VASCONCELLOS, R.J.H.; MARZOLA, C.; GENU, P.R. **Trauma dental, aspectos clínicos e cirúrgicos**. Disponível em: <http://www.actiradentes.com.br/revista/2006/textos/45RevistaATO-Trauma_dental-Aspectos_C-2006.pdf> Acesso em: 04 jun 2011.
- MEDEIROS, P.K.B.; CAVALCANTI, A.L.; ALENCAR, C.R.B. Maloclusões e traumatismos dentários em escolares de seis a doze anos de idade: estudo piloto. **Rev. Odontol.**, Vitória, v. 9, n. 1, p. 26-32, 2007.
- BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Primeiros resultados do Projeto SB Brasil são anunciados pelo Ministério da Saúde. [Acesso em 03 de maio de 2012]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/resultados.htm>.
- ALMEIDA, T.F. et al. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em unidades de Saúde da Família do Município de Salvador, Estado da Bahia, Brasil, em 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 109-18, 2012.
- MOURA, M.S. et al. Fluorose dentária em escolares de 12 anos. **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 4, n. 54, p. 463-68, 2010.
- VIANA, A.R.P. et al. Prevalência de cárie dentária e condições socioeconômicas em jovens alistados de Manaus, Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 680-7, 2009.
- BARROS, S.F.B.; MATOS, D.L. Prevalência de fluorose dentária em escolares de 12 anos de idade, Ouro Preto/MG – 2003. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 425-31, 2005.
- OLIVEIRA, M.S.B. et al. Contexto familiar, traumatismo dentário e oclusopatias em crianças em idade pré-escolar: ocorrência e fatores associados. **Rev. Odontol. UNESP**, Marília, v. 39, n. 2, p. 81-8, 2010.
- TRAEBERT, J. et al. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 403-10, 2004.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) - Brasil. [Acesso em 12 de maio de 2012]. Disponível em <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal**: manual de instruções. São Paulo: Santos 1991.

Submetido em 12.04.2013;

Aceito em 08.10.2013.