

EPIDEMIOLOGIA E INEQUIDADE EM SAÚDE BUCAL AOS 5, 12 E 15 ANOS DE IDADE NO MUNICÍPIO DE ITATIBA, SÃO PAULO, 2000

EPIDEMIOLOGY AND INEQUALITIES IN ORAL HEALTH AT 5, 12 AND 15 YEARS OLD IN THE CITY OF IN ITATIBA, SÃO PAULO, 2000

Maria Cristina Teixeira CANGUSSU

Doutoranda em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública-USP, Profa. Assistente do Departamento Odontologia Social UFBA

Eliete Oliveira COELHO

Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva, Coordenadora de Saúde Bucal Itatiba-SP

Roberto Augusto CASTELLANOS FERNANDEZ

Professor Doutor da Faculdade de Saúde Pública- USP, Departamento de Práticas de Saúde Pública

O objetivo deste trabalho foi diagnosticar as condições de saúde bucal aos 5, 12 e 15 anos, em Itatiba- SP e detectar os diferenciais de saúde em diferentes áreas do município, definidas pela renda familiar de forma a contribuir ao planejamento local em saúde bucal. Desenvolveu-se um estudo de prevalência, com uma amostra aleatória em múltiplo estágio, e os dados foram obtidos a partir do exame clínico da cárie dental, doença periodontal, oclusopatias e fluorose dental segundo os critérios preconizados pela OMS (1997). Realizou-se a análise descritiva, teste do qui-quadrado e ANOVA para testar as diferenças de prevalência e severidade da cárie e fluorose dental entre as áreas ($p < 0,05$). Foi encontrado um CPOD=2,31 aos 12 anos, com diferenças não estatisticamente significantes na prevalência e severidade da cárie entre regiões, com piores condições na zona rural, aos 12 e 15 anos, não estatisticamente significantes. Aos 5 anos, 42% das crianças estão livres de cárie, com diferenças estatisticamente significantes em diferentes áreas urbanas para a prevalência de cárie dental. A prevalência de fluorose dental foi maior do que a esperada para a região nas idades de 5 e 12 anos. Recomenda-se a implantação do enfoque de risco para o controle da cárie dental nas idades de 5 anos, 12 e 15 anos com ênfase na zona rural. Deve-se também reforçar a vigilância à saúde da fluorose dental e oclusopatias.

UNITERMOS: Saúde bucal; Iniquidades em saúde; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

Na saúde bucal, a cárie dental, a doença periodontal, as oclusopatias e a fluorose dental são as patologias consideradas como os principais problemas de saúde coletiva da população brasileira. Com a promulgação da Constituição de 1988 e a implantação do SUS, a epidemiologia foi reconhecida como fundamental para o planejamento, avaliação e reorientação das práticas e dos serviços de saúde, bem como priorização de grupos de risco, em busca da equidade em saúde bucal¹⁴.

Diversos levantamentos foram realizados no Brasil com o objetivo de identificar demandas e necessidades de saúde bucal da população. O

primeiro de abrangência nacional foi conduzido pelo Ministério da Saúde em 1986, segundo faixa de renda familiar, envolvendo quatro grupos etários: 6 a 12 anos (escolares), 15 a 19 anos (escolares), 35-44 anos e 50 a 59 anos¹. Detectou-se graves condições, sendo que para o município de São Paulo, o CPOD (média de dentes cariados, perdidos e obturados) aos 10-12 anos foi de 5,55, menor do que a média nacional para esta idade. Já no grupo de 15 a 19 anos, o índice foi de 10,22. Em relação à doença periodontal, nesta mesma região, na faixa etária de 15 a 19 anos, 40,99% dos indivíduos eram sadios.

Na população jovem, na década de 90, grandes avanços foram obtidos no controle da doença cárie atribuídos à expansão da fluoretação das águas de

abastecimento público, a adição de flúor nos dentífricos, a incorporação continuada de práticas de promoção de saúde bucal e a expansão da cobertura da assistência odontológica nos serviços públicos e privados¹⁴.

Em levantamento epidemiológico realizado no município de São Paulo em 1996, NARVAI et al.¹⁵ identificaram um declínio de 68,2% na cárie dental aos 12 anos, resultado muito semelhante ao descrito pelo Ministério da Saúde para a região Sudeste, com um CPOD= 2,06². Entretanto, PERES et al.¹⁸ registram que existem ainda grandes variações entre os municípios do Estado, sendo as prevalências de cárie “baixa ou moderada” mais comuns naqueles de grande porte, enquanto nos de menor porte, 87,7% da população correspondia a uma prevalência alta ou muito alta.

No levantamento envolvendo todas as Diretorias Regionais de Saúde (DIR) do Estado de São Paulo em 1998, a DIR XII, região em que está localizado o município de Itatiba, aos 5 anos de idade foi descrito um ceo-d de 2,99 nos municípios com água fluoretada e de 3,59 naqueles sem este método. Aos 12 anos de idade o índice CPOD correspondeu a 3,59 e 4,36 respectivamente. Em relação à doença periodontal, aos 5 anos, 59,7% das crianças estavam sadias, enquanto que aos 12 anos, 48,5% apresentavam sangramento, condição esta a mais prevalente, seguida da presença de cálculo (38,1%). A fluorose era praticamente inexistente aos 5 e 12 anos na DIR XII²².

Na doença periodontal, na faixa etária escolar, MARCANTONIO; SANTOS¹² descrevem para o noroeste do Estado de São Paulo alto percentual de sangramento à sondagem (61,2%), seguido da presença de cálculo dental (38,3%), quando avaliados pelo índice Comunitário Periodontal (CPI).

São mais escassos na literatura registros epidemiológicos que descrevem a experiência de cárie dental em adolescentes. CANGUSSU⁵, em Salvador encontrou um CPOD= 3,65, sendo que 18,8% de indivíduos estavam livres de cárie aos 15 anos de idade, e MEDEIROS¹³ relata uma prevalência de 85% de doença periodontal dos 15 aos 19 anos no Rio de Janeiro.

No grupo de três a cinco anos de idade só existem levantamentos municipais e pontuais, já que esta não foi uma faixa etária incluída nos estudos nacionais. Descreve-se uma alta prevalência de cárie nesta idade em Bauru- SP e São Paulo- SP²⁰ e a mesma está associada às classes sociais desfavorecidas ou baixos níveis de renda. Em

relação à doença periodontal, a condição mais comum é a presença de sangramento gengival, com prevalência de 70%²¹.

Observa-se que, embora o uso do flúor tenha promovido melhorias significativas na saúde bucal das populações, vários estudos têm sido divulgados identificando o primeiro sinal clínico do efeito tóxico dessa substância: a fluorose dentária, provocada pelo excesso de ingestão sistêmica de fluoretos.³ No Brasil, não são encontrados na literatura estudos longitudinais que descrevem mudanças no perfil epidemiológico desta doença. Nos trabalhos publicados sobre a fluorose dental, têm-se prevalências que variam entre zero⁴ e 97,6%⁶ de acordo com as regiões geográficas, sendo raros os locais que descrevem maiores proporções de casos classificados como moderados ou severos, que provocam alterações funcionais e estéticas relevantes.

Em relação as oclusopatias, FRAZÃO⁹, utilizando os critérios preconizados pela OMS em 1987, encontrou no município de São Paulo 51% das crianças de 5 anos com oclusão normal, percentual que se reduz para 28,7% aos 12 anos de idade, caracterizando um aumento da prevalência e severidade com a progressão da idade.

A perspectiva deste trabalho foi resgatar o uso da epidemiologia no planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Para isso utilizou-se o espaço geográfico, que segundo COSTA; TEIXEIRA⁸ possibilita “melhor apreender os processos que permeiam a ocorrência de saúde e doença”, discriminando assim como objetivos: diagnosticar as condições de saúde bucal da população residente no município de Itatiba- SP nas idades de 5, 12, 15, identificando assim grupos prioritários de intervenção e as principais necessidades de tratamento da população.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Itatiba, localizado no Estado de São Paulo, a 80 quilômetros da capital. Possui uma população de cerca de 80.000 habitantes, a maior parte residente na zona urbana. As águas de abastecimento público são fluoretadas desde dezembro de 1980 com o teor de 0,7 miligramas por litro. A programação em saúde bucal do município inclui o programa curativo, com a assistência nas unidades básicas de saúde que atende prioritariamente escolares e pré-escolares além do programa preventivo que desenvolve atividades de

educação em saúde e escovação supervisionada em creches e escolas públicas e particulares. Na zona urbana são atendidas crianças de 0 a 12 anos de idade e na zona rural de 0 a 15 anos de idade, com cobertura estimada de 52,78% da população de referência no ano 2000, e o heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento público.

O desenho do estudo foi o de prevalência¹⁹, realizado no 2º semestre/2000, por 5 dentistas calibrados (concordância de 85% para a doença periodontal e de 94,6% para cárie dentária), numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Itatiba e Faculdade de Saúde Pública/USP.

A população de estudo foi estimada a partir de uma amostra de 100 crianças por idade, aos 5, 12 e 15 anos, número recomendado pela FSP/USP¹¹ para uma boa representatividade populacional, obtida de forma aleatória em múltiplo estágio. As escolas e creches foram consideradas unidades amostrais primárias e, as crianças, unidades amostrais secundárias. Após o sorteio aleatório de um número representativo de unidades primárias, as crianças foram selecionadas de forma sistemática a partir das listagens previamente obtidas. As creches, escolas e as crianças foram classificadas pela região de procedência, classificada segundo renda familiar média por mês, pela Secretaria de Ação Social do município, sendo estas: área 1: renda até 1 salário mínimo; área 2: renda de 1 a 5 salários mínimos; área 3: renda acima de 5 salários mínimos e área 4: zona rural.

Foram analisados a cárie dental (condição da coroa e necessidade de tratamento), doença periodontal (Índice Comunitário Periodontal), fluorose dental (Índice de Dean) e oclusopatias (Índice de Estética Dental), utilizando a metodologia proposta pela OMS¹⁶. Nas situações em que esta não apresentou suficiente detalhamento foram indicados os critérios adotados pela Faculdade de Saúde Pública da USP¹¹. O exame só foi realizado após a devolução do termo de consentimento esclarecido, preenchido pelos pais, obedecendo a norma 196/1999 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Os dados foram digitados e analisados no programa Epi-Info, versão 6.04, e realizou-se a análise descritiva da média e distribuição por condição dentária e periodontal geral e por local de procedência. Para as idades de 5 e 12 anos desenvolveu-se uma etapa analítica, testando a hipótese estatística da presença de maior experiência de cárie dental em áreas de menor renda, bem como a distribuição desigual da fluorose dental nas distintas regiões. Utilizou-se o teste de associação do qui-quadrado, com um nível de significância de 5% para as variáveis categoriais e a análise de variância (ANOVA) para o teste de médias com o CPOD, utilizando o teste de Kruskal-Wallis H, com a variável independente a procedência das crianças, isto é, região de alta renda, renda intermediária, baixa renda e zona rural; as variáveis dependentes-presença ou ausência de cárie dental, CPOD e presença ou ausência de fluorose dental e como variável de confusão ter se submetido a tratamento clínico-restaurador no último ano, visto que havia indícios de cobertura diferenciada dos serviços de saúde em distintas regiões do município, especialmente em relação à zona urbana e rural.

RESULTADOS

No total 252 crianças participaram do estudo, 109 aos 5 anos, 90 aos 12 anos e 53 aos 15 anos, com etnia predominante parda de 62,2%, e maior proporção de população branca em regiões de melhores níveis de renda. Houve perda de elementos amostrais aos 12 e 15 anos pela ausência na escola no momento do exame e não existirem crianças na escola no momento do exame nesta faixa etária para reposição. O acesso ao dentista no último ano foi condicionado à condição social, com maior acesso nas regiões com melhor nível de renda.

A prevalência de cárie dental na idade de 5 anos foi alta-43,1%, com diferenças entre as distintas regiões (Tabela 1). Em relação à composição percentual do índice predominou o componente cariado, com 56% dos registros e 44% de dentes obturados. Em relação à necessidade de tratamento,

TABELA 1- Distribuição do CPOD (média e desvio padrão) e indivíduos livres de cárie em crianças de 5 anos nas diferentes regiões no município de Itatiba, São Paulo, 2000

	Área 1 n=47	Área 2 n=22	Área 3 n=40	População Total N=109
CPOD (\bar{y} , dp)	2,9 (3,3)	2,9 (4,0)	2,4 (3,7)	2,7 (3,6)
CPOD=0 (%)	38,3	31,8	55,0	43,1

79% foram de restauração de 1 ou mais faces, sendo que nos níveis sócio-econômicos mais baixos da área urbana estão concentradas as maiores necessidades de tratamento pulpar- 20% do total.

Observa-se um aumento crescente da doença com a idade. O CPOD encontrado aos 12 anos foi de 2,3 ($\pm 2,3$), cumprindo a meta proposta pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000 (Figura 1), 53,3% das crianças relatando terem se submetido a tratamento odontológico no último ano e 34,4% dos indivíduos saudáveis. Já aos 15 anos o CPOD correspondeu a 4,5 ($\pm 4,1$), com 69,8% dos jovens com acesso ao consultório odontológico e 18,90% dos mesmos sem cárie dental. Aos 12 anos 81% das necessidades de tratamento foram de restaurações de 1 ou mais faces e o restante de extrações dentárias, esta última presente apenas na área 2 e na zona rural. Aos 15 anos, 89% da necessidade de tratamento são de restauração de 1 ou mais faces e, o restante, (11%) é de tratamento pulpar ou extrações, concentrados também na zona rural e de mais baixa renda.

A condição periodontal dos indivíduos examinados foi considerada satisfatória, visto que existe um percentual significativo do componente sadio e predomina o sangramento e a presença de cálculo como sinais clínicos de patologia, condições que não exigem tratamento especializado (Tabela 2). A fluorose dental é um problema que já pode ser observado no município, sendo identificado aos 12 anos a maior prevalência da doença. Ainda é rara a ocorrência de

formas mais severas da doença (Tabela 3).

Em relação às condições de saúde bucal nas diferentes áreas, existiu uma relativa homogeneidade em relação à média e proporção de indivíduos saudáveis aos 5 anos de idade nas áreas 1 e 2, sendo utilizadas apenas duas categorias para o teste de hipóteses- zona urbana de renda baixa e intermediária e zona urbana de alta renda. Foi conduzido o teste de hipótese da distribuição da prevalência de cárie dental, e o resultado indica uma associação inversa, estatisticamente significativa, isto é, as crianças que moram em regiões de menor renda tiveram 1,61 vezes (Razão de Prevalência=1,61 0,98-2,64 95%IC) mais vezes cárie dental do que as de maior renda (Tabela 4).

O resultado não foi significativo quando se testou o CPOD nas diferentes áreas, com um $p= 0,16$ no teste de Kruskal-Wallis H da análise de variância. Para a fluorose dental encontrou-se uma associação direta entre área com maior renda e presença da doença.

Aos 12 anos de idade, poucas diferenças foram encontradas nos dados descritivos nas áreas de renda baixa e intermediária da zona urbana, ambas com grande proporção de indivíduos com alto CPO, sendo estas então agrupadas em uma única categoria (Tabela 5). No teste de associação pela estatística do qui-quadrado com dois graus de liberdade não houve associação entre a prevalência de cárie dental e as áreas com diferentes níveis de renda familiar ($p=0,18$). O mesmo resultado foi obtido na análise

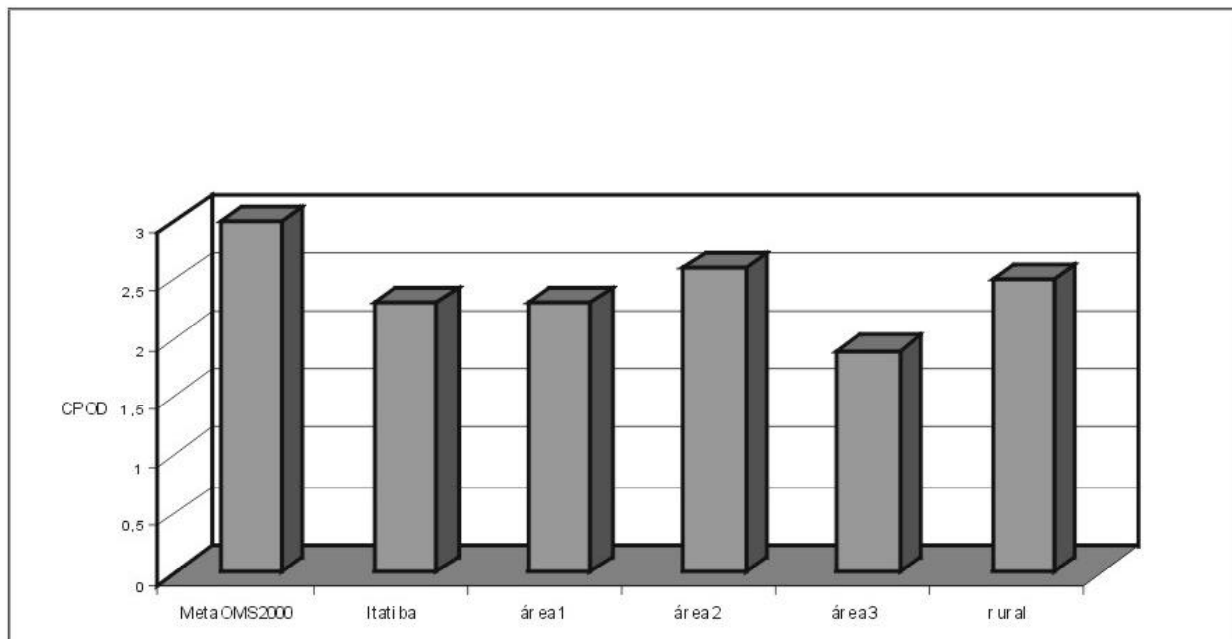


FIGURA 1 - Comparação da meta da OMS aos 12 anos para o ano 2000 e os dados obtidos no município, Itatiba, 2000

TABELA 2- Número e percentual segundo condição periodontal por sextante, segundo o índice CPI em escolares de 5, 12 e 15 anos em Itatiba, São Paulo, 2000

Condição Periodontal/ sextante	5 anos		12 anos		15 anos	
	n	%	n	%	n	%
Sadio	517	79,1	412	76,3	222	69,8
Sangramento	130	19,9	106	19,6	66	20,8
Cálculo	-	-	22	4,1	27	8,5
Bolsa leve	-	-	-	-	1	0,3
Sextante excluído	7	1,1	-	-	9	0,6
Total	654	100,0	540	100,0	325	100,0

TABELA 3- Prevalência (%) e severidade de indivíduos acometidos pela fluorose dentária segundo o índice de Dean aos 5, 12 e 15 anos de idade em Itatiba, São Paulo, 2000

Grau/ Idade	Normal	Questionável	Muito leve	Leve	Moderada	Severa
5 anos	89,9	5,5	4,6	-	-	-
12 anos	50,0	6,7	38,2	3,3	1,1	-
15 anos	66,0	5,7	28,3	-	-	-

TABELA 4- Teste de associação pelo qui-quadrado entre prevalência de cárie dental e procedência em crianças de 5 anos de idade, Itatiba, 2000

Presença de cárie dental	Área				Total	
	3		1 e 2		n	%
	n	%	n	%		
Não	22	55,0	25	36,2	47	43,1
Sim	18	45,0	44	63,8	62	56,3
Total	40	100,0	69	100,0	109	100,0

χ^2 1gl= 3,60 p= 0,057

TABELA 5- Percentual de cobertura da assistência odontológica no último ano, CPO-D (média e desvio padrão), percentual de indivíduos livres de cárie, doença periodontal e oclusopatias aos 12 anos de idade, em diferentes regiões do município de Itatiba, 2000

	Área 1 n=16	Área 2 n=31	Área 3 n= 31	Zona Rural n=12
Visita ao dentista(%)	37,5	38,7	77,4	50,0
CPOD (\bar{y} ,dp)	2,3 (2,8)	2,6 (2,3)	1,9 (2,1)	2,5 (1,8)
CPO=0 (%)	37,5	29,0	45,2	16,7
Sextantes sadios (%)	82,3	69,4	83,9	66,7
Oclusão- sadios (%)	58,0	66,6	73,3	68,9

de variância (CPOD) usando o teste de Kruskal-Wallis H, devido à grande variabilidade da experiência de cárie dental presente em cada estrato (Figura 2). Destaca-se o alto percentual de indivíduos com oclusão considerada normal.

Em relação à fluorose dentária houve uma associação direta da prevalência da alteração com as áreas com maior nível de renda, resultado semelhante ao encontrado na idade de 5 anos. A variável ter visitado o dentista no último ano foi considerada de confusão, visto que existe maior ocorrência de fluorose dentária naqueles que foram submetidos a tratamento clínico restaurador em consultório odontológico em relação aqueles que não tiveram acesso.

DISCUSSÃO

Observa-se que a população de estudo foi menor do que a amostra recomendada nas idades de 12 e 15 anos, devido ao alto percentual de evasão escolar. Isto se deve a característica sazonal da agricultura no município, visto que no período da coleta de dados realizava-se a colheita de cana de açúcar e a maior parte desses jovens não freqüentava a escola, contribuindo para a economia informal familiar, o que pode ter comprometido a inferência dos resultados descritivos bem como o poder analítico dos testes estatísticos, que tiveram o seu poder reduzido para 70%.

Entretanto, os resultados encontrados são relevantes para o planejamento em saúde bucal e reorientação das atividades do programa existente no município, indicando fragilidades no

desenvolvimento de ações homogêneas para escolares e identificando populações de risco.

A predominância do sexo feminino é condizente com a distribuição por sexo da população brasileira, bem como a predominância da etnia parda, resultado da miscigenação racial. Na cobertura da assistência odontológica, observou-se percentuais maiores do que os descritos por CÉSAR et al. ⁷, de 30%. Nas idades de 12 e 15 anos é garantida uma maior proporção de cobertura pelo setor público mesmo em áreas com renda mais baixa, visto que estes são grupos prioritários de atenção nos programas de saúde bucal do município.

O percentual de crianças livres de cárie aos 5 anos é compatível com outras regiões do Estado de São Paulo como Bauru ²⁰, não cumprindo a meta da OMS proposta para esta idade no ano 2000. É clara a associação inversa entre as condições de saúde bucal e os diferentes níveis de renda do município, como também descrevem FREIRE et al. ¹⁰ em Goiânia.

Aos 12 anos de idade, em todas as regiões do município já foi alcançada a meta proposta pela OMS para o ano 2000, de no máximo 3 dentes acometidos pela doença cárie, compatíveis com os resultados de NARVAI et al. ¹⁵. Entretanto, PERES et al. ¹⁸ relatam que, em geral, nos municípios de pequeno porte eram encontradas prevalências alta ou muito alta da doença, o que não ocorreu em Itatiba, que apresentou uma prevalência baixa segundo os critérios descritos pela OMS, bem como índices mais baixos do que os registrados nas regiões com água fluoretada da DIR XII, no levantamento estadual em 1998 ²². Para a idade de 15 anos também se observou redução significativa do CPOD, quando

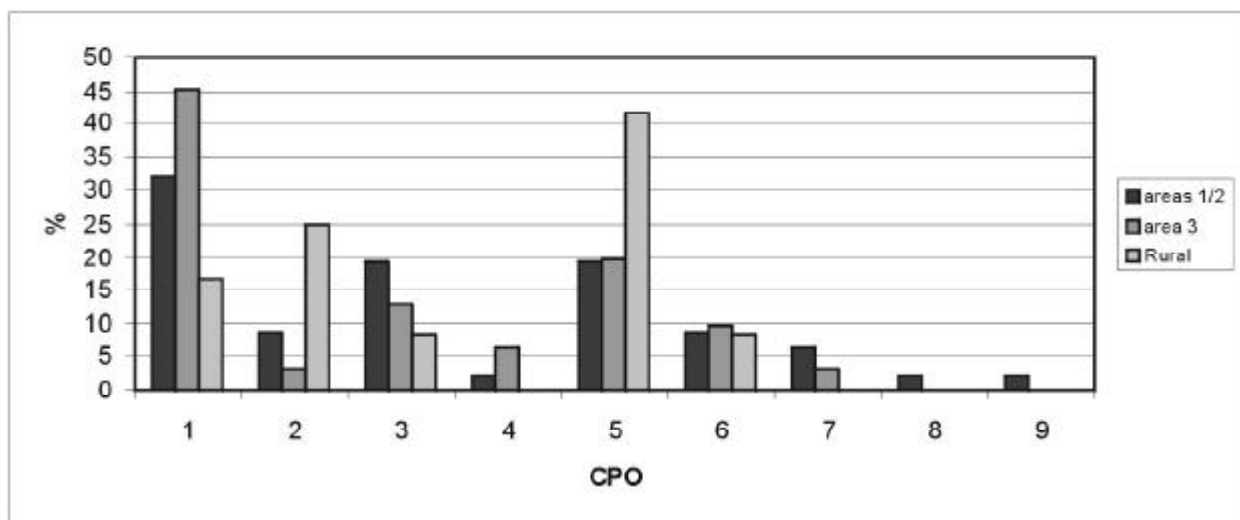


FIGURA 2- Severidade da cárie dental em distintas áreas aos 12 anos, Itatiba, 2000

comparado aos resultados do levantamento epidemiológico nacional realizado em 1986¹, embora em Salvador, CANGUSSU⁵ relate índices cerca de 30% menores do que o descrito para Itatiba.

Na zona rural, a ausência de cobertura da fluoretação das águas de abastecimento público parece ser um dos fatores que contribuiu para piores condições de saúde bucal dos adolescentes, além de outros elementos como a mobilidade espacial da população de acordo com o fluxo agrícola, o menor acesso a outros métodos de prevenção das doenças bucais, bem como a menor oferta da assistência odontológica nesta área.

Em relação à condição periodontal, foram encontrados resultados melhores do que os descritos em outros trabalhos^{1,12,22} para crianças de 5 anos, bem como adolescentes de 12 e 15 anos, com predominância dos sextantes sadios. Um dos elementos que pode estar contribuindo para este resultado é o investimento maciço que vem sendo feito nos últimos anos no programa preventivo em pré-escolares e escolares, com distribuição de escovas e reforço continuado nas técnicas de escovação e educação em saúde bucal.

O aumento identificado da ocorrência da fluorose dental em idades mais jovens pode estar relacionado à difusão de formas tóxicas de flúor através dos dentifrícios, enxaguatórios bucais, géis, pastilhas entre outros, embora a mesma não tenha alcançado níveis de severidade maiores do que os descritos no Brasil nos últimos anos. Destaca-se a prevalência significativamente maior do que a descrita para a DIR XII no levantamento estadual de São Paulo²², indicando a necessidade de vigilância ativa para o controle desta condição.

A associação entre alta prevalência de cárie dental e residir em área de baixa renda na idade de 5 anos, também foi encontrada por FREIRE et al.¹⁰ em Goiânia em relação a creches públicas e privadas, enfatizando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde bem como aos métodos preventivos de controle da cárie dental. Já a não associação entre o CPOD nos diferentes estratos foi um resultado semelhante ao descrito por TOMITA; TORRES²⁰ em São Paulo-SP. Os autores destacam a importância de além da renda ou inserção em tipo de estabelecimento (público/privado), outros fatores culturais, e a fluoretação das águas de abastecimento público terem provocado homogeneização na severidade da doença.

Já na idade de 12 anos, não ter sido observado associação entre as diferentes áreas de procedência das crianças e a ocorrência de cárie dental pode ter

sido consequência da grande variabilidade dos índices de cárie em cada grupo, atribuído ao número amostral pequeno e de baixo poder analítico, que pode ter comprometido o resultado deste estudo. Resultado semelhante também foi descrito por PATUSSI¹⁷ no Distrito Federal. Entretanto o mesmo autor destaca que a análise geográfica como preditora das diferenças sociais e econômicas, no Brasil, podem não obter adequação analítica para estudos de risco, embora ainda assim tenha valor inestimável para o planejamento das ações em saúde.

Tanto na idade de 12 anos como aos 15 anos, a zona rural tem piores condições de saúde bucal, provavelmente decorrente da baixa cobertura da fluoretação das águas de abastecimento público, dificuldades na oferta e no acesso ao serviço de saúde, assim como aspectos demográficos específicos, isto é, a mobilidade geográfica no período de colheita, provocando alta evasão escolar e dificuldades no uso de medidas de autocuidado.

Na associação entre fluorose dental e os diferentes níveis de renda, foi encontrada menor prevalência da doença nos menores níveis de renda tanto na idade de 5 como aos 12 anos, provavelmente decorrente de melhor possibilidade de acesso a outros métodos preventivos que não só a fluoretação das águas de abastecimento público.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Observa-se que a utilização de áreas geográficas para o estudo das condições de saúde bucal foi importante para a reorientação de programas para priorização de grupos mais susceptíveis epidemiologicamente, embora ainda existam fragilidades metodológicas e técnicas para a definição dos mesmos como fatores causais na determinação complexa das doenças bucais.

É clara a tendência de redução da cárie dentária nas populações de 12 e 15 anos de idade, cumprindo a meta proposta pela OMS para o ano 2000; embora esta não seja uma realidade na faixa etária de 5 anos, onde a meta de 50% de crianças livres de cárie só foi alcançada nos melhores níveis de renda, sendo indicada a implantação do enfoque de risco para o controle da cárie dental, com ênfase na zona rural. Registra-se a relevância da fluoretação das águas de abastecimento público e o programa preventivo e curativo escolar instituído no município.

As condições periodontais e de oclusão são satisfatórias, com a maior parte dos problemas tratáveis com ações de baixa complexidade. O mesmo acontece com a fluorose dental, que não apresenta níveis de severidade maiores do que o esperado para uma região com água de abastecimento público fluoretada, embora deva ser indicada ênfase no heterocontrole por terem sido encontradas áreas com maior risco à esta alteração.

ABSTRACT

The purpose of this study was to carry out a diagnosis of oral health conditions in 5, 12, 15 years-old in Itatiba- SP, detecting the differences in prevalence and severity of dental caries and fluorosis in various areas, defined from total income of the family to improve epidemiological impact in oral health. We developed a cross sectional study with a random sample, defined in multiple stage. Data was obtained from a clinical exam of dental caries, periodontal disease, malocclusions, dental fluorosis following the judgments proposed by WHO (1999). In the analyzes, the descriptive statistics, qui-square test and ANOVA was done to detect the differences into groups ($p < 0,05$). A low DMFT was identified in children with 12 years of age (DMFT=2.31), and there were worst oral health conditions in areas with low income and rural in 12 and 15 years old, although without statistic significance. At the age of 5 years old, only 42% were caries free. There were statistics differences in the prevalence of dental caries in urban areas. The prevalence of dental fluorosis was greater than expected from the city in children with 5 and 12 years old. We recommend specific risk programs to control dental caries in ages of 5, 12 and 15 years old and emphasis actions in rural areas. Further it's important to diagnose and watch out the prevalence of dental fluorosis and malocclusions in this population.

UNITERMS: Oral health; Inequalities in health; Epidemiology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal:** Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, M.S., 1988.

- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. **CPO-D médio nas capitais Brasileiras, 1996.** Disponível na Internet: <http://www.saude.gov.br/programas/bucal>. 20/09/2000.
- 3- BROTHWELL, D.J.; LIMEBACK, H. Fluorosis risk in grade 2 students residing in a rural area with widely varying natural fluoride. **Comm. Dent. oral Epidemiol.**, v. 26, p. 130-6. 1999.
- 4- CAMPOS, R.T. et al. Prevalência de fluorose dentária em escolares de Brasília- Distrito Federal. **Rev. Odont. Univ. São Paulo**, v.12, n.3, p. 225-30, 1998.
- 5- CANGUSSU M.C.T. **Cárie dental em adolescentes de Salvador-BA, fatores de promoção e proteção.** Salvador, 1998. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
- 6- CAPELLA, L.F. et al. Ocorrência de fluorose dentária endêmica. **Rev. gaúcha Odont.**, v. 36 n.5, p. 371-5, 1998.
- 7- CÉSAR C.L. et al. Medo do dentista e demanda aos serviços odontológicos em municípios da zona oeste da região metropolitana- São Paulo. **Odontologia e sociedade**, v. 1, n.1/2, p. 39-44, 1999.
- 8- COSTA, M.C.N.; TEIXEIRA, M.G.L.C. A concepção de espaço na investigação epidemiológica. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n. 2, p 271-9, 1999.
- 9- FRAZÃO, P. **Epidemiologia da oclusão na infância e as implicações para os sistemas de saúde.** São Paulo, 1999. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- 10- FREIRE, M.C.M. et al. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children, Goiânia-GO, Brazil. **Comm. Dent. oral Epidemiol.**, v.24, p. 357-61, 1996.
- 11- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Levantamento das condições de saúde bucal- Estado de São Paulo**, 1998. Caderno de Instruções. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1998.
- 12- MARCANTONIO J.E.; SANTOS F.A. Avaliação das condições e necessidade de tratamento periodontal em escolares da zona rural, da região noroeste do Estado de São Paulo- Brasil. **Rev. Odont. UNESP**, v.27, n. 2, p. 449-58, 1998.
- 13- MEDEIROS, U.V. **Redução da prevalência de doença periodontal através de um programa de higienização supervisionada em saúde pública.** São Paulo, 1989. Tese (Doutorado)- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 14- NARVAI P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** São Paulo, Ed HUCITEC, 1994.

- 15- NARVAI, P.C. et al. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo-SP. 1970-1996. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n 2, p.196-200, 2000.
- 16- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. FDI. **Levantamento básico em saúde bucal**. São Paulo, Ed. Santos, 1999.
- 17- PATTUSI, M.P. As desigualdades na distribuição da cárie dentária em escolares de 12 anos residentes em diferentes regiões sócio-econômicas do Distrito Federal, Brasil, 1997. **Rev. bras. Odont. Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p. 19-28, 2000.
- 18- PERES, M.A.A. et al. Prevalência de cárie dentária em crianças aos 12 anos de idade, em localidades do Estado de São Paulo, Brasil, período 1990-1995. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.6, p.594- 600, 1997.
- 19- ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999.
- 20- TOMITA,N.E.; TORRES, F.C.. Saúde bucal de pré-escolares: as iniquidades sociais e a subjetividade da dor. **Rev. bras. Odont. Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p. 35-41, 2000.
- 21- TRINDADE, C.P. **Prevalência de gengivite em crianças com dentadura decídua de escolas públicas municipais da região norte do município de Campinas**. São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 22- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Estado de São Paulo**, 1998. São Paulo, 1999. 100p.

Endereço para correspondência:
Maria Cristina Teixeira Cangussu
Rua Guilhard Muniz n. 126, Edf. Jequitibá Apto.
204 Pituba
Salvador- BA CEP: 41810-110
e-mail: macristina @ svn.com.br