

SAÚDE BUCAL COLETIVA^(*)

Adaptado e atualizado por Frias AC; Junqueira SR.

1. INTRODUÇÃO

As ações de saúde bucal, sejam de assistência odontológica às pessoas ou ações sobre o meio-ambiente que tenham repercussões sobre a saúde bucal, devem ser ações orientadas através de Programas de Saúde Bucal⁶.

Uma vez que a saúde bucal é uma parte integrante da saúde geral, os programas de saúde bucal deveriam ser vistos como componentes essenciais para os programas de saúde globais. Todo programa de saúde coletiva, não importando o seu grau de simplicidade, deve sempre fornecer alguns meios de satisfazer as necessidades de saúde bucal.

Para que tais ações de saúde bucal não sejam realizadas em separado, isoladas das ações de outras áreas técnicas recomenda-se que, nas diferentes comunidades (municípios ou bairros p.ex.), sejam definidos Programas Integrados de Saúde, a serem desenvolvidos durante um determinado período e que disponha para isso de uma certa quantidade de recursos (humanos, materiais e financeiros).

O desenvolvimento de um Programa Integrado de Saúde, numa comunidade qualquer, exige que as condições de saúde e doença nessa comunidade sejam conhecidas. Esse conhecimento é necessário, entre outras coisas, para que se possa prever e planejar os recursos necessários ao atendimento da população.

(*) Elaborado especialmente para o uso na disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva, da FOU SP, a partir de:

Narvai, P. C. *Diagnóstico de saúde bucal*. São Paulo: Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, 1988. [material de apoio à formação e desenvolvimento de recursos humanos odontológicos; texto de apoio das disciplinas da área de Odontologia Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Araujo, M. E. *Saúde bucal: entendendo de forma total*. In: Feller, C.; Gorab, R. (Org.). Atualização na clínica odontológica: módulos de atualização. v.1, 2000. p. 489-508.

Os sanitaristas (profissionais especializados em planejamento de ações de saúde pública) chamam esse conhecimento de **diagnóstico de saúde**. Mas, nesse caso, não se trata de diagnóstico de saúde ou doença numa única pessoa (como se faz nas consultas individuais em consultórios), mas do diagnóstico de saúde ou doença na população total de um determinado município ou bairro. Ou seja: um diagnóstico de saúde da comunidade como um todo. Ou, como também se diz, **diagnóstico de saúde coletiva**.

2. DIAGNÓSTICO

Para realizar esse diagnóstico de saúde coletiva, os sanitaristas utilizam principalmente **índices** e **coeficientes** para medir as condições de saúde-doença da população. Falamos em condições de saúde, mas o que vem a ser saúde e como medi-la?

A Organização Mundial de Saúde define como sendo o "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença"¹⁵. Uma das muitas críticas a este conceito, que apesar de tudo é o mais conhecido, é a de que é utópico, pois "completo bem-estar físico, mental e social" é uma condição muito difícil, senão impossível de se alcançar – isto, sem entrar no mérito do que significa "bem-estar" para cada pessoa... HANLON afirma que essa definição, por ser subjetiva, não tem utilidade operacional. Seria uma "declaração de princípios e não propriamente uma definição"¹⁰.

Mas certamente pode-se dizer que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais (Lei 8080/90), portanto devemos voltar nosso olhar para o quanto tais fatores influenciam a saúde bucal e qual a relação entre esta e a qualidade de vida de nossa população.

É muito comum que as condições de saúde de uma população sejam conhecidas através da medida do seu contrário, ou seja, através da medida da doença, ou das doenças nela existentes em determinado momento. Isto é possível porque, objetivamente, saúde e doença constituem um processo, único, dinâmico, determinado pelas relações sociais de produção, em que o "máximo de saúde" seria o ideal do completo bem-estar, e o "máximo de doença" seria a morte.

A saúde bucal deve ser pensada em sua forma total, e esquematicamente podemos descrevê-la em: identificação dos problemas (diagnóstico situacional), definição dos métodos ou propostas de intervenção e organização da oferta de serviços, sendo que, em todas as fases, podem haver abordagens individuais e/ou coletivas, ou ainda, públicas e privadas.

3. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE BUCAL

Por saúde bucal deve-se entender, portanto, o conjunto de práticas que objetivam promover, recuperar e manter a higidez dos tecidos e estruturas anatomo-funcionais da cavidade bucal, ou a ela relacionados. Parte inseparável da Saúde Coletiva, a saúde bucal deve ser compreendida não apenas a partir dos processos mórbidos, localizáveis biológica e individualmente, mas também e fundamentalmente a partir das relações que os homens estabelecem entre si ao viverem em sociedade. Essas relações determinam, por seu lado, as condições concretas de existência nas quais o fenômeno "doença" é produzido.

Um diagnóstico de saúde bucal deve estar sempre presente nos Diagnósticos de Saúde Coletiva bem realizados. Além dos aspectos relacionados aos serviços existentes e às condições de acesso a eles, às características demográficas e de saneamento etc., esse diagnóstico deve incluir a identificação dos *principais problemas de saúde-doença bucal* e os recursos necessários para resolvê-los ou diminuí-los até níveis suportáveis pela comunidade.

3.1. Os principais problemas

As doenças de maior ocorrência na cavidade bucal, e portanto de maior interesse do ponto de vista da saúde coletiva¹¹ são:

- ◆ cárie dentária;
- ◆ periodontopatias;
- ◆ más-oclusões;
- ◆ fissuras lábio-palatais;
- ◆ câncer bucal.

Esta relação dos problemas *não* segue uma hierarquização segundo a importância de cada um deles. Tal hierarquização deve ser feita segundo a situação de cada comunidade, num momento determinado. Apenas para ilustrar, cárie dentária não vem sendo, há muitas décadas, o principal problema de saúde bucal na Índia.

SINAI, conforme CHAVES⁴, considera que um problema de saúde é um problema de saúde pública quando:

- a) constitui causa comum de morbidade ou mortalidade;
- b) existem métodos eficazes de prevenção e controle;
- c) os métodos não estão sendo adequadamente utilizados.

O estabelecimento de prioridades em saúde pública é feito, ainda segundo CHAVES⁴, levando-se em conta principalmente os seguintes critérios:

- 1) número de pessoas atingidas;
- 2) seriedade do dano causado;
- 3) possibilidade de atuação eficiente;
- 4) custo *per capita*;
- 5) grau de interesse da comunidade.

3.2. A cobertura

Cobertura é um termo amplamente utilizado em saúde pública. Pode ser conceituado como *oferta sistematizada de serviços de saúde, proporcionados de forma contínua, orientados à satisfação de necessidades de uma população-alvo determinada e a ela acessíveis (geográfica, cultural e financeiramente), assegurando-lhe acesso aos diferentes níveis de atendimento do sistema de saúde*. Embora outros conceitos de *cobertura* possam ser encontrados na literatura, o sentido geral é o que aparece no conceito aqui apresentado.

Sobre a cobertura da assistência odontológica em nosso Estado, a I Conferência Estadual de Saúde Bucal realizada em setembro de 1986 afirma o seguinte em seu Relatório Final⁵:

"No setor privado, a prática odontológica atual, nitidamente curativa, por seus altos custos, torna-se acessível para tão somente 5 por cento da população, os quais consomem serviços odontológicos com frequência regular; outros 15 por cento servem-se desses mesmos serviços de modo irregular, ficando o restante da população à mercê de atendimento ainda mais irregular ou sem qualquer espécie de cobertura. Isto determina, para esse modelo, algumas características, dentre as quais se poderia colocar: baixo impacto social, baixa produtividade, ineficácia e iatrogenicidade.

Os Serviços Públicos, por outro lado, apresentam oferta inelástica de serviços, operando com os mais variados modelos de atendimento e escassos recursos."

Tradicionalmente, aprendemos que somente estaríamos melhorando os níveis de saúde bucal quando estivéssemos aptos a realizar boas restaurações e próteses, soubéssemos todas as técnicas cirúrgicas, induzindo as extrações dentárias, é claro. Ficávamos esperando o aparecimento das doenças e só a partir daí

iniciávamos o chamado "tratamento curativo" ou "cirúrgico-restaurador" desses agravos. Muitas vezes, mal acabávamos o tratamento e já estavam presentes novas lesões; além disso, não estávamos suficientemente preparados para entender o processo saúde-doença que vinha ocorrendo e, na maioria das vezes, sequer realizávamos uma anamnese completa, não nos preocupávamos em realizar exame das mucosas e outras estruturas da boca, ficando restrito somente aos dentes e gengivas, gravemente afetados pelas doenças da placa bacteriana, nos levando, em muitos casos, às extrações dentárias.

Os avanços científicos, os estudos epidemiológicos e a experiência prática nos indicam que essa forma de atuação profissional, baseada exclusivamente em procedimentos curativos não foi capaz de controlar as doenças bucais e nem mesmo evitar que muitos indivíduos, mesmo com acesso a serviços de saúde, perdessem todos ou quase todos os dentes, levando o cirurgião-dentista a um papel de mero espectador.

Esse tipo de prática odontológica permite, somente, a assistência de um número reduzido de indivíduos, sendo, portanto, de baixa cobertura, necessitando de alta complexidade tecnológica. Em países desenvolvidos foram realizados estudos que comprovam que a relação custo-benefício em função do enorme volume financeiro para o tratamento curativo não representa uma boa relação. Esse tipo de tratamento, além de ser incapaz de melhorar os níveis de saúde bucal, não reduz a demanda e é extremamente oneroso.

As ações de assistência individual, oferecendo tratamento às doenças já instaladas, são indispensáveis, mas muitos estudos já apontaram que estas não reduzem doença. Como todo problema de saúde, a promoção da saúde bucal e a prevenção das doenças da boca exigem ações que visem à melhoria da qualidade de vida e ações coletivas que garantam acesso a um método sistêmico de administração de flúor (fluoretação das águas) devidamente fiscalizado e controlado e acesso a métodos tópicos de prevenção (escovação com dentifrícios fluoretados, bochechos fluoretados, aplicações tópicas etc.).

O setor público reproduziu, por muitos anos e sem nenhuma reflexão, a prática odontológica privada. Nas décadas de 50, 60, 70, chegando, em alguns lugares até hoje, autoridades de saúde preconizavam a instalação de um equipamento odontológico e a colocação de um cirurgião-dentista em cada escola para prestar assistência odontológica, com o intuito de realizar o chamado serviço dentário escolar. Esse tipo de serviço não conseguiu responder às necessidades epidemiológicas de saúde bucal da população escolar, tanto por seu alto custo, quanto por seu enfoque curativo, e, portanto, de baixa cobertura.

A partir dos anos 80, com o desenvolvimento científico-tecnológico no campo da cariologia e da epidemiologia, ocorre uma importante mudança no enfoque da

atenção à saúde bucal, havendo significativas modificações na prática da saúde bucal, passando do enfoque individual para o coletivo e do enfoque assistencial para o da atenção à saúde bucal.

4. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE BUCAL QUANTO AOS PRINCIPAIS PROBLEMAS

Tomando como referência os anos de 1986, 1996, 1998 e 2003, podemos fazer o seguinte diagnóstico de saúde bucal, com base nos principais problemas de saúde coletiva nesta área:

4.1. Cárie dentária

Muitos são os índices utilizados para medir a ocorrência de cárie dentária. O índice CPO-D é, contudo, o mais difundido e utilizado em todo o mundo para conhecer a situação da cárie dentária numa determinada comunidade, para realizar avaliações com base epidemiológica das ações desenvolvidas e, também, para fazer comparações no tempo e no espaço. Seu valor corresponde, num indivíduo, à *soma do número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados*. Numa população, é a *média*, ou seja: o *número total de dentes atacados pela cárie dividido pelo número de pessoas examinadas*. O componente "C" refere-se aos dentes cariados; o componente "P" refere-se aos dentes já extraídos devido à cárie, portanto, perdidos e o componente "O" refere-se aos dentes restaurados, ou "obturados". O índice CPO-D pode assumir valores entre 0 e 32. A letra "D" significa que a *unidade de medida* utilizada é o dente permanente ("D"). Assim é feito para diferenciar o CPO-D do CPO-S, situação em que a unidade de medida não é o dente, mas a *superfície* ("S") *dental*. O CPO-S varia de 0 a 148, uma vez que são consideradas as 5 superfícies de molares e pré-molares e 4 superfícies em caninos e incisivos.

Para os dentes decíduos, GRUEBBEL (1944)⁹ propôs o *índice ceo-d*. Este índice corresponde, num indivíduo, à soma do número de dentes decíduos cariados ("c"), com extração indicada ("e") e restaurados ("o"). Varia de 0 a 20. O *ceo-d* é sempre grafado com letras minúsculas.

Os levantamentos epidemiológicos incluem sempre uma etapa de "*Calibração*", na qual os diferentes examinadores são treinados para a interpretação o mais homogênea possível dos critérios e códigos adotados. A calibração propriamente dita nada mais é do que uma técnica de análise de discordâncias intra e entre-examinadores para padronizar a interpretação dos critérios. A OMS preconiza uma "consistência aceitável" de 85 a 90% dos exames. Ou seja: aceita-se que, em 10 a 15% dos exames realizados, os examinadores *não concordem* quanto a uma

condição encontrada, sem que isto invalide a aceitação estatística dos dados de um levantamento.

Para comparar a situação da cárie dentária em diferentes comunidades, a OMS recomenda a utilização do índice CPO-D, em diferentes idades e grupos etários⁸. A idade-índice mais utilizada é 12 anos. Os grupos de 35-44 e 65-74 anos também são freqüentemente encontrados na literatura sobre o assunto.

A situação de cárie dentária de uma determinada comunidade pode ser classificada segundo um padrão definido pela OMS⁸ para a idade de 12 anos, ou para o grupo etário de 35-44 anos, conforme pode ser observado nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 – OMS: Classificação da prevalência de cárie dentária, com base nos valores do CPO-D aos 12 anos de idade.

PREVA-LÊNCIA	Muito Baixa	Baixa	Média	Alta	Muito Alta
VALORES DO CPO-D	0,0 a 1,1	1,2 a 2,6	2,7 a 4,4	4,5 a 6,5	≥6,6
EXEM-PLOS	Etiópia: 0,4 (1986)	EUA: 2,6 (1989)	França: 4,2 (1989)	Japão: 4,9 (1989)	Brasil: 6,6 (1986)
		S.Paulo: 2,06 (1996/98)	Brasil: 2,78 (2003)		

Quadro 2 – OMS: Classificação da prevalência de cárie dentária, com base nos valores do CPO no grupo etário de 35-44 anos de idade.

PREVA-LÊNCIA	Muito Baixa	Baixa	Média	Alta	Muito Alta
VALORES DO CPO-D	0,2 a 1,5	1,6 a 6,2	6,3 a 12,7	12,8 a 16,2	≥16,3

Com base nos valores do índice CPO-D, a OMS e a Federação Dentária Internacional (FDI), definiram Metas para o ano 2000, para diferentes idades e grupos etários^{7,8}, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Metas em Saúde Bucal relativas à prevalência de cárie dentária no ano 2000 e resultados de levantamentos epidemiológicos no Estado de São Paulo em 1998 e 2002 e em outros países

METAS	IDADE				
	5-6 ANOS	12 ANOS	18 ANOS	35-44 ANOS	65-74 ANOS
ANO 2000 ¹	50% SEM CD	CPO-D≤3	85% P=0	20 OU + DENTES: 75%	20 OU + DENTES: 50%
SP 1998	39%	CPO-D=3,7	73%	70%	69% desdentados
SP 2002	47%	CPO-D=2,5	80%	49%	64% desdentados
Índia ²	-	-	-	-	19% desdentados
Áustria ²	-	-	-	-	15% desdentados
Canadá ²	-	-	-	-	58% desdentados

Fontes: (1) Fédération Dentaire International. Global goals for oral health in the year 2000. Int. Dent J, 32(1): 74-7, 1982. (2) WHO. The world oral health report 2003.

Até 1986, o Brasil não havia realizado, em escala nacional, nenhum estudo para conhecer a situação de saúde bucal da população. Naquele ano, o Ministério da Saúde realizou o "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986"². A pesquisa foi realizada em 16 capitais brasileiras, inclusive São Paulo, consideradas representativas das 5 macrorregiões classicamente adotadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste. Dez anos depois, outro levantamento foi realizado pelo Ministério da Saúde em todas as capitais estaduais e no Distrito Federal: "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Cárie Dental, 1996"¹. Em 1998, a Secretaria de Estado da Saúde e a Faculdade de Saúde Pública realizaram o "Levantamento Epidemiológico em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998"¹⁷ que incluiu, além da capital, outros 132 municípios. Em 2002, a SES/SP e FSP-USP concluíram o levantamento epidemiológico em saúde bucal do Estado de São Paulo, parte integrante do Projeto SB 2000, do Ministério da Saúde, cujos exames, em sua maioria, foram realizados nos domicílios. Participaram deste projeto 250 municípios de todo o território nacional e o trabalho foi finalizado em 2003, quando então recebeu a denominação de "Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira".

Alguns dos resultados obtidos nestes estudos aparecem na Tabela 1.

Tabela 1 – Índice ceo-d e porcentagem de crianças livres de cárie aos 5 anos; índice CPO-D e porcentagem de livres de cárie aos 12 anos, CPO-D aos 18, 15-19, 35-44, 50-59 e 65-74 anos, em estudos realizados no Brasil em 1986, 1996 e

2003, no Estado de São Paulo em 1998 e 2002 e no Município de São Paulo em 1998.

Idade/Faixa etária	MS: Brasil, 1986	MS: Brasil, 1996	FSP: Estado de SP, 1998	FSP: Mun. de SP, 1998	SES: Estado de SP, 2002	MS: Brasil, 2003
5	-	-	2,94	1,55	2,32	2,80
5 (ceo-d=0)	-	-	39,30	63,50	45,98	40,62%
12	6,65	3,06	3,72	2,06	2,52	2,78
12 (CPO-D=0)	3,73	25,28	20,00	42,40	31,83	31,08%
18	-	-	8,64	6,44	-	-
15-19	12,68	-	-	-	6,43	6,17
35-44	22,50	-	21,56	19,61	20,32	20,13
50-59	27,21	-	-	-	-	-
65-74	-	-	29,00	28,52	28,18	27,79

Fontes: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília: CDMS, 1988. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal 1996*. Disponível em <Datasus.gov.br>, 1999. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA – USP. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998*. São Paulo: SES/FSP, 1999. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. DIR-I Capital. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA – USP. *Condições em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998. DIR-I*. São Paulo: DIR-I, 1999. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA – USP. *Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo, 2002*. São Paulo, SES/SP, 2002. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003*. Brasília: MS, 2004.

Esses estudos epidemiológicos confirmam a ocorrência de melhoras significativas nos níveis de saúde bucal da população, principalmente no que se refere à severidade da cárie dentária e da doença periodontal. As razões, embora ainda não suficientemente dimensionadas, estão no aumento da exposição ao flúor, como nas águas de abastecimento público e nos dentifrícios, bem como no uso a bens e serviços de saúde – em especial os programas coletivos de saúde bucal – demonstrando que educação em saúde e prevenção funcionam quando aliados a um sistema de prevenção.

Mas muitos adultos e idosos apresentam os resultados do avanço inexorável das patologias que são consequências diretas de anos de equívoco de nossa profissão e de fatores socioeconômicos cada vez mais excludentes. Por outro lado, não devemos entender que a história natural das doenças de cárie e periodontal traga embutida uma fatalidade de aumento constante conforme aumenta a idade; hoje sabemos e temos tecnologia para interromper essa marcha a qualquer tempo da vida dos indivíduos.

Essa queda observada no CPO-D não é uniforme nem homogênea pelo vasto território brasileiro. Podemos considerar que varia, dentre outros fatores, segundo as características da água de abastecimento de cada região, dos sistemas locais de saúde e das classes sociais e seus diferenciais de consumo. Em regiões com água fluoretada e cujos teores são mantidos adequados há cerca de 10 anos, a redução pode ser atribuída a essa medida. Em regiões onde o método sistêmico apresenta dificuldades operacionais, como por exemplo São José dos Campos, a queda pode ser atribuída aos programas de saúde bucal coletiva que se fundamentam em métodos de uso tópico do flúor (dentifrícios, soluções para bochechos e géis) com participação de pessoal auxiliar odontológico. Em regiões onde nos últimos 10 anos foram implementados métodos sistêmicos e tópicos, como por exemplo o município de Santos, cujo levantamento epidemiológico realizado em 1995 verificou um índice CPO-D de 1,7 aos 12 anos de idade, pode-se atribuir essa expressiva redução às duas medidas de prevenção.

Quanto ao edentulismo, os dados do levantamento nacional de 1986 revelam um quadro desalentador, conforme pode ser verificado na Tabela 2. Naquele ano, 40% dos adultos e 72% dos idosos estavam edêntulos. A Tabela 3 apresenta os valores obtidos 17 anos depois, quando então aproximadamente 8% dos adultos e 53% dos idosos estavam edêntulos.

Tabela 2 – Percentual de necessidade e posse de prótese total (PT) em diferentes grupos etários. Brasil, 1986.

Idade (anos)	Necessitam Prótese Total			Possuem Prótese Total		
	Superior %	Inferior %	Ambas %	Superior %	Inferior %	Ambas %
15-19	0,40	0,14	0,08	0,96	0,00	0,15
35-44	3,83	5,43	3,47	14,47	0,24	12,86
50-59	5,94	11,70	9,18	14,18	0,35	30,79

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília, CDMS, 1988.

Tabela 3 – Percentual de necessidade e posse de prótese total (PT) em diferentes grupos etários. Brasil, 2003.

Idade (anos)	Necessitam Prótese Total		Possuem Prótese Total	
	Superior %	Inferior %	Superior %	Inferior %
15-19	0,02	0,02	0,08	0,02
35-44	2,52	2,88	25,54	7,08
65-74	16,15	23,81	57,91	34,18

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto SB Brasil 2003*. Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003. Secretaria de Atenção à Saúde, Depto. de Atenção Básica. Brasília: MS, 2004.

4.2. Periodontopatias

Em 1979, MARCOS¹² estimou as necessidades de tratamento de cárie e doenças gengivais na população brasileira. Naquele estudo, apresentou um diagnóstico aproximado das condições gengivais afirmando que, entre 5 e 14 anos de idade, 91% das crianças apresentavam doença, sendo que em 10%, a enfermidade registrava estágio intermediário (bolsa periodontal). Após 15 anos, as doenças gengivais atingiram 100% da população, sendo que em 45% dos casos o estágio é intermediário, e em 22% avançado, com 1 ou mais dentes necessitando extração devido a esse estágio avançado.

A partir dos anos 80, o CPITN¹⁴ tem sido o índice mais utilizado em estudos epidemiológicos sobre problemas periodontais.

O CPITN é preconizado pela OMS e FDI para estudos que têm como objetivo conhecer a situação periodontal coletiva e dimensionar os recursos necessários. Permite também avaliar resultados obtidos após o desenvolvimento de ações nesta área, indicando a presença ou ausência de sangramento gengival, cálculo supra ou subgengival e bolsas periodontais (rasas e profundas).

Para realizar o exame, utiliza-se uma sonda específica, com esfera de 0,5mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 e 5,5 mm da ponta. A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de extração, é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado. Havendo um único dente presente, é incluído no sextante adjacente. Pelo menos 6 pontos são examinados por dente, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante):

- ♦ Até 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46.
- ♦ 20 anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Quanto aos registros, deve-se considerar que:

a) Em crianças com menos de 15 anos não são feitos registros de bolsas, uma vez que as alterações de tecidos moles podem estar associadas à erupção e não à presença de alteração periodontal patológica.

b) Embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada.

c) Quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar registrando um "x".

São os seguintes os códigos utilizados no CPITN:

- 0 = sextante hígido.
- 1 = sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem).
- 2 = cálculo (qualquer quantidade detectada no exame).
- 3 = bolsa de 4 a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda).
- 4 = bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não visível).

Com base nos valores do índice CPITN, a OMS e a FDI estabeleceram Metas para o ano 2010, conforme o Quadro 4.

Atualmente, tem-se denominado o índice apenas pelas iniciais CPI, que indicam a condição periodontal. Outro índice, chamado PIP, mede a perda de inserção periodontal.

Quadro 4 – OMS/FDI: Metas em Saúde Bucal relativas à situação periodontal no ano 2010.

IDADE	15 anos	35-44 anos	65-74 anos
METAS	CPITN = 1 ou 2 Máximo 1 sextante	CPITN = 4 Máximo 0,25 sextante	CPITN = 4 Máximo 0,5 sextante

Fonte: 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva. Umea, Suécia, 3-5 set. 1993.

No levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em São Paulo, em 1998, foram encontrados os valores que aparecem na Tabela 4.

O objetivo do estabelecimento de metas é a possibilidade de comparação entre os resultados de levantamentos epidemiológicos com bases populacionais e estes parâmetros. Mas, ao se tentar fazer a comparação, observa-se que as unidades de medidas são diferentes, ou seja, as metas da OMS são apresentadas em médias de sextantes aceitáveis em diferentes graus do índice CPI (no máximo, 1,0; 0,5 ou 0,25 dos sextantes atingidos pela doença com valores iguais a 1 ou 2 para os adolescentes e igual a 4 para adultos e idosos), já a tabela com os resultados dos dados populacionais apresentam a distribuição de freqüência relativa e absoluta de sextantes, segundo idade e condição do agravo.

Assim, é necessário transformar as médias das metas em porcentagem de sextantes atingidos por determinado grau do agravo ou, ao contrário, a distribuição de freqüência percentual dos dados em média.

Tabela 4 – Porcentagem de sextante, segundo condição periodontal e idade. DIR – I – Capital, 1998.

CONDIÇÃO PERIODONTAL		IDADE				
		5	12	18	35 — 44	65 — 74
0	n	475	649	572	523	73
(SADIOS)	%	76,2	86,5	75,1	53,5	11,4
1	n	7	52	81	49	5
(SANGRAMENTO)	%	1,2	7,0	10,6	5,0	0,8
2	n	2	45	92	146	42
(CÁLCULO)	%	0,3	6,0	12,1	14,9	6,5
3	n	-	-	8	36	11
(BOLSA 4 — 5 mm)	%	-	-	1,0	3,7	1,7
4	n	-	-	1	6	3
(BOLSA 6 mm +)	%	-	-	0,2	0,6	0,5
X	n	140	4	8	218	508
(NULOS)	%	22,3	0,5	1,0	22,3	79,1
TOTAL	n	624	750	762	978	642
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. DIR-I Capital. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA – USP. Condições em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998. DIR-I. São Paulo: DIR-I, 1999.

4.3. Má-oclusão

A epidemiologia das oclusopatias envolve muitas questões acerca dessa alteração, incluindo o próprio conceito de má-oclusão. Consideramos aqui a má-oclusão como um distúrbio na erupção dentária e no adequado alinhamento dos dentes nas maxilas, associado ou não à disfunção da articulação têmporo-mandibular, e atingem cerca de 45% dos indivíduos aos 12 anos.

Pelo último levantamento epidemiológico nacional, em 2003 a prevalência de problemas oclusais moderados ou severos foi de 14,5% no Brasil, aos 5 anos de idade, sendo que, nesta idade, 61,5% das crianças apresentaram oclusão normal.

Embora todos os tipos de alterações da oclusão dentária sejam de interesse epidemiológico, à saúde pública interessa, principalmente, as alterações que interferem nas funções mastigatória e de fonação. Tais casos incluem um componente estético que também é considerado no conjunto. Costuma-se falar em má-oclusão *incapacitante*. Segundo o índice de estética dentária (DAI), na faixa etária dos 15 aos 19 anos de idade, 18,7% dos brasileiros apresentaram má-oclusão muito severa ou incapacitante em 2003.

O percentual aceito universalmente é de que cerca de 1% das pessoas apresentam má-oclusão incapacitante. Nesses casos, mantida a dentição permanente, o tratamento ortodôntico seria indispensável.

4.4. Fissuras lábio-palatais

A fissura lábio-palatal pode ser considerada como um distúrbio do desenvolvimento oro-facial, podendo produzir graves problemas anatomo-funcionais e, em alguns casos, risco para a sobrevivência do indivíduo.

A proporção de fissurados lábio-palatais registrada para o Brasil como um todo é de 1 fissurado para cada 650 nascimentos, segundo o principal centro de pesquisa e tratamento de fissurados do país, o Hospital de Pesquisas e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da USP/Bauru.

Projetada essa proporção para o conjunto da população, observa-se que é de 0,15 o percentual de fissurados. Aplicando esse percentual à população do Município de São Paulo obteríamos, para 1988, um total de 15.148 fissurados lábio-palatais.

4.5. Câncer bucal

Representa 8% do total das ocorrências neoplásticas, registrando 3.450 novos casos por ano no Estado de São Paulo, um coeficiente que varia de 4 a 5 casos por 100.000 habitantes, no sexo masculino, enquanto lesão primária. Nosso coeficiente de prevalência nos situa em quinto lugar no mundo, antecedido pela Índia, Nova Guiné, Tailândia e Polônia.

Apesar de apresentar possibilidade de cura em praticamente 100% dos casos, quando diagnosticado precocemente, o câncer de boca leva à óbito, no ano do diagnóstico, cerca de 50% das vítimas. Outros 10 a 20% morrem antes de completar 5 anos de sobrevivência.

O câncer de boca predomina em pessoas com mais de 40 anos e, principalmente, com mais de 65 anos. No sexo masculino, é o sexto tipo de neoplasia mais freqüente e o oitavo no sexo feminino.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Especiais de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal 1996** (Primeira etapa – cárie dental). [Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>>; Capturado em 16 out. 1999].
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, CD-MS, 1989.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003**. Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003. Secretaria de Atenção à Saúde, Depto. de Atenção Básica. Brasília: MS, 2004.
4. CHAVES, M.M. **Odontologia social**. 2.ed. Rio de Janeiro, Labor, 1977.
5. Conferência Estadual de Saúde Bucal, 1, São Paulo, 1986. **Relatório Final**. São Paulo, mimeo., 1986.
6. Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1, Brasília, 1986. **Relatório Final**. Brasília, MS-UnB, 1986.
7. CONGRESSO MUNDIAL DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA, 4, Umea, Suécia, 3-5 set. 1993.
8. FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. **Int.Dent.J.**, 32 (1): 74-7, 1982.
9. GRUEBEL, A.O. A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. **J.Dent. Res.**, 23: 163, 1944.
10. HANLON, J.J. **Principles of public health administration**. 2.ed. Saint Louis, Mosby, 1955.
11. HIGIENE DENTAL: reunión de un grupo de consultores de la OMS. **Cronica de la OMS**, 9: 11-6, 1955.
12. MARCOS, B. et alii. Doença periodontal e cárie dental na população brasileira. Necessidade de tratamento, atenção odontológica e formação profissional. **Odontólogo Moderno**: 7-16, junho 1979.

13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Documentos básicos**. 10.ed. Genebra, OMS, 1960.
14. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Série de Informes Técnicos**, nº 621, 1978.
15. SÃO PAULO, Comissão Interinstitucional de Saúde Bucal. Proposta de um Programa de Integração da Assistência Odontológica no Município de São Paulo. São Paulo, mimeo., 1985.
16. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. DIR-I – Capital. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Condições em saúde bucal**: Estado de São Paulo, DIR-I, 1998: Relatório. São Paulo: DIR-I; 1999.
17. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**: Estado de São Paulo, 1998: Relatório. São Paulo: FSP-USP; 1999.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world oral health report 2003**. Geneva: WHO, 2003.