

**ASPECTOS DA SAÚDE BUCAL DE CAIÇARAS E INDÍGENAS  
DA REGIÃO DA ESTAÇÃO ECOLÓGICA JURÉIA-ITATINS,  
IGUAPE, SÃO PAULO, 2003**

CINTIA BIANCHI GALATI

Dissertação apresentada à  
Faculdade de Saúde Pública,  
Departamento de Epidemiologia  
da Universidade de São Paulo para  
obtenção do Grau de Mestre

ORIENTADORA: PROF.<sup>a</sup> ASSOCIADA  
MARIA STELLA FERREIRA LEVY

São Paulo  
2003



Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiados.

Título: Aspectos da saúde bucal de caiçaras e indígenas da região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, Iguape, São Paulo, 2003

Autor: Cíntia Bianchi Galati

Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profª Drª Maria Stella Ferreira Levy

Assinatura:

Data:

14486 / 2004 cg

Dedico este trabalho ao meus pais, que tentaram sempre da melhor maneira tornar fácil e feliz, minha vida. Dificil é resumir em algumas linhas, o imenso bem que eles me fazem, em cada atitude, em cada carinho, em cada conversa, em cada crítica e em cada incentivo. Nunca é muito, nem é hora errada de dizer que, eu amo muito vocês.

Meu pai e minha mãe são o orgulho da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Especialmente, a minha orientadora, Professora Doutora Maria Stella Ferreira Levy, por ter me proporcionado a chance de realizar este trabalho e passar por esta etapa da minha vida, pela confiança e paciência, e sobretudo pela verdadeira orientação.

Ao meu companheiro Júnior, por tranquilizar meu coração, pela segurança, pelos momentos de felicidade, incentivo e compreensão.

Aos meus irmãos Fernando, Rafael e Karibe, e toda família que cada um de sua maneira, sempre me incentivaram.

À minhas amigas, Suzy, Luzia e Valéria, que além da amizade, colaboraram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Nilza Nunes da Silva, pela ajuda com os dados estatísticos e pelo carinho.

Aos Professores Castellanos, Capel e Frazão, do Dept<sup>o</sup>. de Práticas de Saúde Pública, da FSP, credores de parte importante de minha formação em Odontologia Social e que me cederam material possibilitando o desenvolvimento desta pesquisa.

À todos os professores e funcionários do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, que de alguma maneira ajudaram nesta fase da minha vida.

Ao Prefeito Cabral e demais administradores do Município de Iguape pela colaboração e reconhecimento.

Aos moradores da Juréia, caiçaras e indígenas que permitiram que este trabalho fosse realizado.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
1.1 A importância da saúde bucal	1
1.2 Os agravos bucais, cárie e doença periodontal e a saúde pública	3
1.3 Estudos epidemiológicos	7
1.4 A epidemiologia e os problemas de saúde bucal	8
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
2.1 Objetivos gerais	11
2.2 Objetivos específicos	11
2.2 Aspectos éticos	12
<b>3. REGIÃO DO ESTUDO</b>	<b>14</b>
3.1 Localização geográfica	14
3.2 Aspectos geográficos	16
3.3 Dados demográficos	16
3.4 Aspectos socioeconômicos	16
3.5 Sistema de saúde	17
<b>4. POPULAÇÕES DO ESTUDO</b>	<b>19</b>
4.1 Os grupos de estudo e as idades estudadas	19
4.1.1. Caiçaras da Vila da Barra do Ribeira	21
4.1.2 Caiçaras da Vila Itinguçú	23
4.1.3 Grupo indígena da Aldeia Paraíso	26
<b>5. REFERÊNCIAL METODOLÓGICO</b>	<b>32</b>
5.1 Estabelecer Contato com as autoridades	32
5.2 Termo de consentimento livre e esclarecido	32
5.3 Definir o período do trabalho de campo	33
5.4 Definir as fichas para exame	33
5.5 Definir um questionário	33
5.6 Organizar e adquirir os instrumentos e suprimentos	33
5.7 Local e condição para a realização dos exames	34
5.8 Recursos humanos envolvidos no estudo	37

5.9	Padronização e calibração da pesquisa	37
5.10	Exames em duplicidade	39
5.11	Realização dos exames	40
5.12	Índices utilizados	44
5.13	Codificação de todas as variáveis estudadas	48
5.14	Tratamentos emergenciais e encaminhamento	50
5.15	Apresentação e análise dos resultados	50
5.16	Relatório de agradecimentos	51
6.	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	52
6.1	Barra do Ribeira	53
6.2	Vila Itinguçu	84
6.3	Aldeia Paraíso	95
7.	<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	105
8.	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	110
9.	<b>ANEXOS</b>	117
9.1	Termos de consentimento (caiçaras)	A-1
9.2	Termo de consentimento (indígenas)	A-2
9.3	Autorização da CONEP	A-3
9.4	Ficha de exame e questionário	A-4
9.5	Crítérios para codificação do índice CPO	A-5
9.6	Metas propostas pela OMS	A-6
9.7	Tabelas de dados correspondentes a alguns gráficos	A-7

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Ceo-d – Índice de cárie dentária para dentes decíduos

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSPI – Conferência Nacional de Saúde de Proteção Indígena

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPI – Índice Periodontal Comunitário

CPITN – Índice Periodontal Comunitário de Necessidades de Tratamento

CPO-D – Índice de cárie dentária para dentes permanentes

DSEI – Diretório Sanitário Especial Indígena

FDI – Federação Dentária Internacional

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

FSP – Faculdade de Saúde Pública

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBAMA – Instituto Brasileiro de Proteção ao Meio Ambiente

IHB – Instrução de Higiene Bucal

OMS – Organização Mundial de Saúde

## RELAÇÃO DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1 – Concordância na calibração, segundo condição de saúde bucal examinada, em indivíduos residentes na região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, 2002	39
TABELA 2 – Concordância no reexame, segundo condição de saúde bucal examinada em indivíduos residentes na região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, 2003	40
TABELA 3 – Média e respectivos desvio padrão, limites superior e inferior e moda da, frequência de escovação, das crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, segundo idade, Juréia, São Paulo, 2002	56
TABELA 4 – Média, desvio padrão, limites superior e inferior e moda da frequência de escovação, das crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, segundo sexo, Juréia, São Paulo, 2002	57
TABELA 5 – Distribuição de frequência de escovação dental diária praticada pelas crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, segundo Instrução de Higiene Bucal, Juréia, São Paulo, 2002	58
TABELA 6 – Distribuição das crianças de 5 a 12 anos de idade da Barra do Ribeira, segundo Atendimento Odontológico e Instrução de Higiene Bucal, São Paulo, 2002	59
TABELA 7 – Distribuição das crianças da Barra do Ribeira, de 5 a 12 anos, segundo Instrução de Higiene Bucal segundo Uso de Fio e/ou Enxaguatórios Bucais Juréia, São Paulo, 200	62
TABELA 8 – Distribuição de frequência de escovação dental segundo ingestão de alimentos cariogênicos/dia das crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	64
TABELA 9 – Distribuição de Frequência (absoluta e relativa) das crianças livres de cáries da Barra do Ribeira, segundo a idade e sexo, Juréia, São Paulo, 200	66
TABELA 10 – Distribuição dos sextantes das crianças de 5 a 12 anos de idade, da Barra do Ribeira, segundo Índice CPI, Juréia, São Paulo, 2002	68

TABELA 11 – Número de dentes decíduos hígidos, cariados, extraídos e obturados, segundo idade nas crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	71
TABELA 12 – Média dos componentes do índice ceo, segundo idade, nas crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	72
TABELA 13 – Distribuição de freqüência dos valores do índice ceo, segundo idade, nas crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	73
TABELA 14 – Composição percentual dos componentes do índice ceo, segundo idade, em crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	74
TABELA 15 – Número de dentes permanentes hígidos, cariados, perdidos e obturados, segundo idade, em crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	76
TABELA 16 – Média dos componentes do índice CPO-D e respectivos desvios padrões, segundo nas crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo	77
TABELA 17 – Distribuição de freqüência dos valores do índice CPO-D, segundo idade, nas crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	78
TABELA 18 – Composição percentual dos componentes do índice CPO-D, segundo idade em crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	79
TABELA 19 – Número e porcentagem de dentes com necessidades de tratamento odontológico das crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	82
TABELA 20 – Número e porcentagem de indivíduos residentes na região da Vila Itinguçú, examinados segundo idade e sexo, Juréia, São Paulo, 2003	85
TABELA 21 – Número e porcentagem de sextantes examinados segundo o grau de condição periodontal observado, em indivíduos da Vila Itinguçú, Juréia, São Paulo, 2003	89
TABELA 22 – Distribuição das condições periodontais por sextantes segundo índice CPI e idades, na população da Vila Itinguçú, Juréia, São Paulo, 2003	90
TABELA 23 – Número de indivíduos e de dentes hígidos, cariados, com extração indicada, perdidos e obturados, decíduos e permanentes, da população residente na Vila Itinguçú, Juréia, São Paulo, 2003	92

TABELA 24 – Número e porcentagem de dentes com necessidades de tratamento odontológico das coroas dentais erupcionadas, da população da Vila Itinguçú, Juréia, São Paulo, 2003	94
TABELA 25 – Distribuição de frequência de índios residentes na Aldeia Paraíso, que participaram do estudo, segundo idades e sexo, Juréia, São Paulo, 2003	96
TABELA 26 – Distribuição das condições periodontais observadas (Índice CPI) segundo idades, de cada índio examinado da Aldeia Paraíso, Juréia, São Paulo, 2003	99
TABELA 27 – Número de dentes decíduos e permanentes hígidos, cariados, com extração indicada, perdidos e obturados (ceo e CPO), segundo idades dos índios da Aldeia Paraíso, Juréia, São Paulo, 2003	102
TABELA 28 – Número e porcentagem de dentes com necessidades de tratamento odontológico das coroas dentais erupcionadas, dos índios residentes na Aldeia Paraíso, Juréia, São Paulo, 2003	103
...	
GRÁFICO 1 – Distribuição percentual de crianças de 5 a 12 anos de idade, da Barra do Ribeira, segundo sexo, Juréia, São Paulo, 2002	53
GRÁFICO 2 – Número de crianças de 5 a 12 anos de idade, da Barra do Ribeira, segundo cor, Juréia, São Paulo, 2002	54
GRÁFICO 3 – Distribuição de frequência de escovação dental diária das crianças de 5 a 12 da Barra do Ribeira, segundo sexo, Juréia, São Paulo, 2002	55
GRÁFICO 4 – Médias e Intervalo de confiança da frequência de escovação para cada idade estudada, das crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	56
GRÁFICO 5 – Número de crianças da Barra do Ribeira que receberam Instrução de Higiene Bucal, segundo idades, Juréia, São Paulo, 2002	58
GRÁFICO 6 – Número de crianças da Barra do Ribeira que receberam algum tipo de Atendimento Odontológico, segundo idade, Juréia, São Paulo, 2002	60
GRÁFICO 7 – Número de crianças da Barra do Ribeira, de acordo com o Uso de Fio dental e Enxaguatório Bucal, segundo a idade, Juréia, São Paulo, 2002	61
GRÁFICO 8 – Distribuição das crianças de 5 a 12 anos de idade da Barra do Ribeira, segundo ingestão diária de alimentos, Juréia, São Paulo, 2002	63

GRÁFICO 9 – Percentual de freqüência de ingestão de alimentos cariogênicos por dia segundo prática de escovação dental diária, nas crianças livres de cárie da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002	67
GRÁFICO 10 – Percentual de sextantes sadios em relação aos sextantes examinados nas crianças da Barra do Ribeira, segundo idade, Juréia, São Paulo, 2002	69
GRÁFICO 11 – Percentual de sextantes sadios e com alterações periodontais, das crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, segundo sexo, Juréia, São Paulo, 2002	70
GRÁFICO 12 – Porcentagem de crianças de 5 a 12 anos de idade da Barra do Ribeira, com e sem necessidade de tratamento odontológico, Juréia, São Paulo, 2002	81
GRÁFICO 13 – Percentual de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo a cor, Juréia, São Paulo, 2003	84
GRÁFICO 14 – Percentual de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo freqüência de escovação dental, Juréia, São Paulo, 2003	86
GRÁFICO 15 – Número de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo a variável Instrução de Higiene Bucal, Juréia, São Paulo, 2003	86
GRÁFICO 16 – Número de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo a variável Atendimento Odontológico, Juréia, São Paulo, 2003	87
GRÁFICO 17 – Número de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo Uso de Fio dental e/ou Enxaguatório bucal, Juréia, São Paulo, 2003	88
GRÁFICO 18 – Número de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo Freqüência de ingestão de alimentos cariogênicos, Juréia, São Paulo, 2003	88
GRÁFICO 19 – Porcentagem dos sextantes examinados segundo as condições periodontais observadas nos índios da Aldeia Paraíso, Juréia, São Paulo, 2003	100

## RESUMO

Galati CB. **Aspectos da saúde bucal de caiçaras e indígenas da região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, Iguape, São Paulo, 2003.** São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

**Objetivo.** O presente trabalho é um estudo transversal epidemiológico da condição de saúde bucal da população indígena e caiçara residente na região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, localizada no Município de Iguape, no litoral sul do Estado de São Paulo. Pretendeu-se avaliar um dos muitos requisitos do conceito saúde, a saúde bucal, uma vez que, a saúde está relacionada a interação em equilíbrio de vários fatores, entre eles o físico, psíquico e social. Para esta análise, mediu-se a condição das estruturas dentais submetidas ou não aos agravos, cárie dentária e doença periodontal, que decorrem direta ou indiretamente da condição de higiene, dieta e quantidade e qualidade de assistência e serviços de saúde prestados à população. **Método.** Foi utilizada a metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde para a realização de estudos epidemiológicos, associada a um breve questionário sobre condição alimentar e de higiene. Ao todo foram examinados 212 moradores, entre eles: 163 crianças de 5 a 12 anos de idade, da Vila da Barra do Ribeira; 32 caiçaras da Vila Itinguçú e 17 índios da Aldeia Paraíso, em diversas idades. **Resultados.** Observou-se que ambas as populações estão sob o risco de cárie e doença periodontal, em virtude da frequência da alimentação cariogênica, da precariedade da higiene bucal e da dificuldade de acesso à assistência prestada pelo serviço de saúde do Município. **Conclusões.** Com intuito de incentivar a atenção e atendimento à esta população, os resultados deste estudo servirão de base para orientar o planejamento e a demanda dos serviços preventivos e curativos de saúde bucal prestados pelo Município.

**Descritores:** Saúde Bucal. Epidemiologia. Cárie Dentária. Doença Periodontal.

## ABSTRACT

Galati CB. **Aspectos da saúde bucal de caiçaras e indígenas da região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, Iguape, São Paulo, 2003** [Oral Health of local population and indians that lives in Juréia-Itatins Ecological Reserve, São Paulo, 2003]. São Paulo (BR); 2003. [Thesis – Faculdade de Saúde pública da Universidade de São Paulo Brazil].

**Objective.** This sectional epidemiological study was undertaken to asses the oral health of indian and local population, that lives, in the Juréia – Itatins Ecological Reserve, situated in the Iguape county, on the southern coast of the São Paulo state, Brazil. The condition of the dental structures, whether subject or not to damages, decay and/or periodontal disease, resulting direct by or indirectly from the hygiene, diet and the kind of the assistencial health service, given to the population, was appraised. **Methods.** The World Health Organization’s methodology was adopted, associated with a short questionnaire on hygienic and dietary condition. A total of 212 person, being 163 of them being children, between 5 to 12 years of age, living in Vila Barra do Ribeira; 32 inhabitants (of all ages) from Vila Itinguçú and 17 indians from the Adeia Paraíso (of all ages), were assessed. **Results.** The observed oral health was not up to the standard adopted by World Health Organization as its goal for 2000. Both population, indians and “caiçaras” (local inhabitants) are exposed to the risk of decay and periodontal disease, due to the cariogenic food ingested , insufficient assistance and oral hygienic offered by the public health service. **Conclusions.** Suggestions as to prevention and treatment were presented.

**Descriptors:** Oral Health. Epidemiology. Decay. Periodontal Disease.

## APRESENTAÇÃO

Este estudo tem como finalidade avaliar a condição de saúde bucal de moradores de uma região de Proteção Ambiental, a Região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, no Município de Iguape, localizada ao sudeste do Estado de São Paulo, no Vale do Ribeira.

O Vale do Ribeira está situado entre dois pólos metropolitanos, São Paulo e Curitiba, com uma área total de 24.980Km<sup>2</sup>, dos quais 61% integram o território paulista. Cerca de 1.200.000ha são de terras de florestas, parte delas constituindo reservas e parques florestais e compreendendo 16 municípios do sudeste do Estado de São Paulo e Leste do Paraná. É uma região predominantemente agrícola, mas sua economia envolve também agropecuária, produção de madeira, pesca, mineração e pequena atividade industrial. O setor de serviços tem atividades de pouca expressão como o comércio varejista, alojamento, alimentação e reparações. As atividades ligadas ao turismo, principalmente em Iguape e Cananéia, apresentam algum dinamismo, embora pequeno se comparado a outras localidades no Estado de São Paulo\*.

Grande parte do território do Município de Iguape constitui área de preservação ambiental, por pertencer a Estação Ecológica Juréia-Itatins, onde residem, na Aldeia Paraíso, uma tribo indígena de origem tupi-guarani, em uma Vila chamada de Itinguçu, vivem mais alguns moradores nativos da região, e às margens da estação ecológica, existe uma outra vila de moradores caiçaras, a Vila da Barra do Ribeira, sendo em sua maior parte composta por pescadores que vivem do comércio local. Parte desta população é considerada flutuante, ou seja, temporária, devido a existência de casas de veraneio e do turismo local.

Estas populações citadas acima, somadas representam aproximadamente 10% da população do Município e contribuem para sua economia, por estarem situados em uma área de importância para o turismo da região.

Meu interesse pelo estudo da população desta região está relacionado ao fato de que frequento a região da Barra do Ribeira desde criança, convivendo com a

---

\* Conforme dados do Programa de Ação Comunitária do Vale do Ribeira, 1990.

população local, conhecendo suas necessidades e dificuldades em relação à moradia, transporte, educação e especialmente à saúde. Há algum tempo tinha vontade de realizar um programa que contribuísse para a melhoria da condição de saúde bucal desta população, pela qual tenho particular carinho e respeito.

Preocupada com esse tema e, incentivada pela comunidade, realizei esta pesquisa fundamentada principalmente em uma preocupação ética, cercada de cuidados necessários e obedecendo as normas vigentes, associando ao estímulo demonstrado pela atual administração municipal de Iguape e o particular interesse evidenciado pela comunidade caiçara e indígena local, defini como tema, o estudo da sua condição de saúde bucal, com o intuito de obter um diagnóstico e conhecer a demanda de serviços necessários para atender esta população. E, com base na capacidade instalada disponível no sistema de saúde do Município, possibilitar, justificar e desenvolver um planejamento de ações educativas e curativas para os problemas de saúde bucal detectados.

# INTRODUÇÃO

## 1.1 A importância da saúde bucal

Ao pretender diagnosticar a condição de saúde bucal de uma determinada população, seria interessante conceituar, ou pelo menos contextualizar o que é saúde.

O conceito da OMS, de que saúde é o completo bem estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de enfermidades, propicia a busca deste equilíbrio que involuntariamente desejamos para nos sentirmos saudáveis, (OMS 1961).

A saúde coletiva, não se propõe somente a reduzir suas ações ao campo restrito da assistência ao doente, ainda que reconheçam na assistência (médica, odontológica, etc.) uma das suas múltiplas dimensões, mas, a saúde coletiva é fundamentalmente multidisciplinar (NARVAI 2002).

A noção de saúde e doença está sendo condicionada e relacionada a normas socioculturais envolvendo idade, educação, classe social, religião e estado de saúde geral (LEÃO *et al.* 1998).

A saúde não representa um estado, mas um princípio dinâmico, o reflexo da interação hospedeiro-ambiente (indivíduo-ecossistema), que nos conduz a uma dicotomia de ação: sobre o indivíduo e sobre o ecossistema. Assim, a saúde deve ser considerada numa dimensão histórico-geográfica, no tempo e no espaço, integrante do conjunto formado pelo mundo físico e biológico, social e tecnológico (MARCOS 1977).

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e a informação (II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL 1993).

A saúde bucal também está ligada à saúde psicológica e social, uma vez que é pela boca que um indivíduo pode se comunicar, sentir-se seguro psicologicamente e colocar-se socialmente.

Como afirma ARAÚJO 1994, “a saúde bucal é 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. Deve ser inseparável da saúde

coletiva e compreendida não apenas a partir da ausência 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. E são estas relações que determinam as condições concretas de existência, nas quais o fenômeno “doença” é produzido”.

Os agravos à saúde bucal constituem causa comum de morbidade ou mortalidade, para muitos dos quais existem meios e métodos eficazes de controle que muitas vezes não tem sido utilizados de modo adequado na comunidade, resultando em problemas de Saúde Pública, segundo os requisitos de Sinai, citado por CHAVES (1986).

De fato, três condições caracterizam um problema de saúde pública: quanto mais comum a doença como causa de mortalidade ou morbidade, maior é o interesse da saúde pública; a segunda condição deve ser considerada no sentido amplo de prevenção: condiciona a presença de meios para se evitar a doença ou para tratar ou reabilitar o indivíduo; e finalmente o terceiro requisito é a condição em que, o problema deverá ser eliminado, à medida que os métodos forem sendo utilizados em sua plenitude (MARCOS 1977).

Atentando-se ao fato de que um problema de saúde bucal traz transtornos para a saúde geral e atinge por consequência as comunidades, sobressai a importância da Odontologia Social no campo da Saúde Pública.

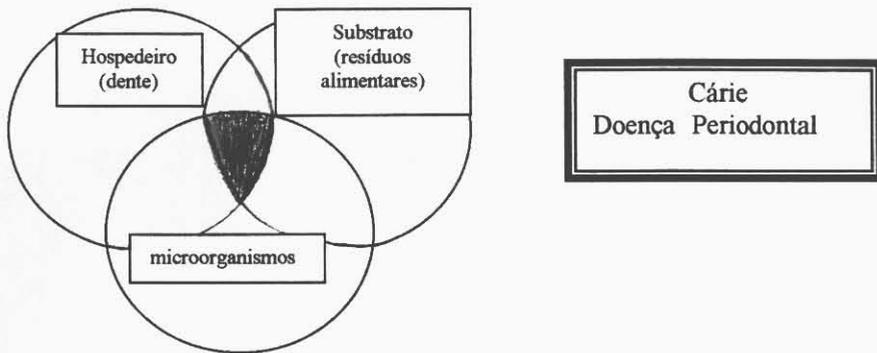
A Odontologia Social é responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde bucal na comunidade (CHAVES 1986). Ao ser compreendida sua importância, tornou-se crescente a necessidade do conhecimento epidemiológico dos problemas de saúde com implicação bucal, para que se pudesse intervir preventivamente, ou possibilitar uma limitação dos danos causados por estes problemas, ou uma intervenção de reabilitação das condições bucais nos indivíduos.

## **1.2 Os agravos, cárie dentária e doença periodontal e a saúde pública**

O alimento, responsável pelos nutrientes necessários ao corpo humano, inicia sua digestão na cavidade bucal, através da mastigação e de processos enzimáticos, portanto, a presença de uma condição de dentes e estruturas subjacentes saudáveis,

condiciona em parte a ausência de cárie e doença periodontal, e é de suma importância para um metabolismo fisiológico adequado.

A cárie dentária e a doença periodontal são doenças que acometem a cavidade bucal, produzindo como consequência uma disfunção no sistema estomatognático. Apresentam etiologia multifatorial, como é possível observar pela Triade de Keys (KEYS 1962), normalmente utilizada para se referir a cárie, mas que também se aplica a multifatorialidade da etiologia das periodontopatias.



Estes agravos ocorrem quando existe uma interação destes fatores na cavidade bucal, ou seja, quando existe uma ação nociva de microorganismos fortalecidos pela presença de substrato (resíduos alimentares), sobre o dente suscetível, provocando as consequências como a desmineralização da estrutura dental (cárie) ou destruição da estrutura de suporte do dente (doença periodontal).

A cárie dentária é uma doença dieto-bacteriana associada a fatores do hospedeiro (saliva e dentes), sendo portanto, uma doença infecciosa. É caracterizada pela desmineralização da porção inorgânica do dente e destruição da porção orgânica, o que resulta na cavitação e perda de estrutura dental (FERREIRA 2000).

A doença periodontal tem a mesma etiologia que a cárie, portanto, também dependente da dieta, bactérias e hospedeiro, porém, a consequência não ocorre diretamente na estrutura dental, e sim, nos tecidos subjacentes, por causar destruição do periodonto, abalando assim, a estrutura de suporte do dente, o que leva com o tempo a perda do mesmo (CARRANZA & NEWMAN 1997).

Segundo ERIKSEN & BJERTNESS (1991), além da interação destes fatores acima descritos, estas doenças também estão submetidas a fatores biológicos,

psicológicos e sociais, como, cuidados com a saúde, organização dos serviços, fatores da biologia humana, fatores comportamentais e do meio ambiente.

Portanto, a ocorrência destes agravos depende do inter-relacionamento de muitos fatores, individualmente e em conjunto.

Em oposição ao aparecimento destas doenças existem fatores de proteção importantes e de difícil avaliação, como a resistência do hospedeiro, da participação do sistema imunológico, e tipo de população bacteriana (CAMPOS JR 1992).

Ambas as doenças tem como consequência a perda do elemento dental. A cárie por destruição da estrutura dental e a doença periodontal por destruir as estruturas de suporte do dente. Mesmo que interrompidas no seu processo, estas doenças bucais levam a debilidades, ainda que se intervenha na reabilitação, pois, a estrutura perdida não volta a se formar, podendo-se apenas realizar uma reconstrução artificial do elemento dentário no caso de cárie, e uma estabilização da perda das estruturas de suporte do dente, quando diante das periodontopatias, que poderiam ser minimizadas através de tratamentos mais complexos e especializados de enxertos ósseos.

A inflamação periodontal, gengivite, é comum em crianças e adolescentes, mas, raramente resulta em reabsorção do tecido de suporte do dente (OOSHIMA T et al, 2003) mesmo assim, a doença periodontal não deixa de ter suma importância de controle desde a infância de um indivíduo, pois, nesta fase já se adquire costumes e cuidados que irão levar a situações futuras de saúde ou deficiências que ocasionariam perdas ósseas e dentais (MARCOS 1977).

Apesar da doença periodontal ter sua gravidade relacionada a idade, por ocorrer e se intensificar mais nas idades avançadas (MARQUES 2000), e os efeitos destrutivos da cárie aos elementos dentários, ocorrerem mais precocemente, ambos estes agravos são a grande causa de perda de dentes.

Como descrito por CAMPOS JR, 1992, no levantamento epidemiológico do Ministério da Saúde em 1986, ficou evidenciado que no Brasil, o componente de destruição da dentição por cárie é muito mais significativo que a doença periodontal, porém as necessidades de tratamento periodontal acumuladas na população brasileira são imensas.

A perda das estruturas dentais acarretam deficiências mastigatórias que além de afetar no metabolismo fisiológico, causam distúrbios de oclusão, o que leva a

futuros problemas de dores e disfunções musculares e articulares na região buco-maxilo-facial. Para alguns profissionais, com uma visão holística, esses distúrbios podem ser ainda mais comprometedores para todo o organismo, já que a cavidade bucal está inserida na totalidade do complexo corpo humano.

A saúde bucal afeta a vida social, alimentação, atividades diárias, bem estar do indivíduo, entre outros. Dor, por exemplo apresenta impactos nas atividades diárias, no estresse e no trabalho. Fatores estéticos afetam a comunicação, o romance e a vida social. Outro fator que afeta a vida social é a mastigação; pessoas que demoram mais tempo em uma refeição ou não podem comer certos alimentos devido à ausência de dentes, sentem-se marginalizados (LEÃO *et al*, 1998).

Segundo MARQUES (2000), dentro da perspectiva de promoção de saúde, e tendo como base o conhecimento científico disponível sobre etiopatogenia das doenças que acometem a cavidade bucal, deve-se encarar estas doenças como processos dinâmicos da saúde-doença, inter-relacionados durante toda a vida.

Para MARCOS (1977), a cárie dentária é o principal problema para odontologia quer pela sua freqüência, quer pela sua conseqüências (mal-oclusão, doenças periodontais, mastigação, estética, fonação e problemas psíquicos). As doenças periodontais constituem o segundo problema da odontologia social. São processos de alta prevalência na comunidade, sendo responsáveis pela maior perda dos dentes a partir dos 45 anos de idade, tendo natureza destrutiva nos adultos, embora sua prevenção deva ser iniciada em idade escolar. Em resumo, a cárie e a doença periodontal são problemas coletivos de saúde, cujas conseqüências para a população justificam sua posição de principais problemas de saúde bucal.

Os dois principais problemas de saúde bucal que atingem grande parte da população mundial são a cárie dentária e a doença periodontal. E os critérios para estabelecimento de prioridade em saúde pública quanto aos problemas de odontologia social, se baseiam nas seguintes informações (CHAVES 1986):

- número de pessoas atingidas. As doenças bucais são os agravos à saúde mais prevalentes no mundo, atingindo uma enorme parcela da população mundial (segundo boletim do DIA MUNDIAL DA SAÚDE DA OMS de 1994)
- seriedade do dano causado. Estas doenças tem como conseqüência, a insuficiência mastigatória, problemas oclusais e temporo-mandibulares, e alterações na estética facial.

- possibilidade de atuação eficiente. Atuando-se preventivamente pode-se evitar que estes agravos ocorram, ou intervindo-se no agravo já ocorrido, pode-se limita-lo e cessar seus processos.
- custo per capita. A possibilidade de atuar preventivamente, implica em gastos menos onerosos, do que os gastos que se despendem com os tratamentos curativos, que são realizados para a limitação dos danos ou reabilitações causadas pelas doenças.
- grau de interesse da comunidade. A cárie é o agravo à saúde bucal mais conhecido e que mais preocupa a população, talvez, por um fator cultural e social que levou a divulgação do problema, como causa única de patologia ao dente. Hoje, a mesma preocupação tem se mostrado crescente em relação a doença periodontal, que causará maiores problemas com o avanço da idade, com conseqüências ao sistema estomatognático das mesmas proporções que a cárie dentária.

Segundo, OMS (1999), estes agravos, a cárie e a doença periodontal, tem importância priorizada devido:

1. Essas doenças estejam fortemente relacionadas com a idade, e existir freqüentemente um aumento na sua severidade e prevalência à medida que o indivíduo envelhece;
2. Essas doenças existirem em todas as populações, variando somente em severidade e prevalência;
3. Essas doenças serem irreversíveis e, deste modo, as informações sobre as condições atuais fornecerem dados não somente sobre a quantidade de doença presente, mas também sobre a experiência prévia da doença;
4. Existir uma documentação extensa sobre a variação dos perfis das doenças para grupos populacionais com diferentes níveis sócio-econômicos e condições ambientais;

Atualmente, cárie e doença periodontal ainda são dois grandes problemas na Odontologia, que levam tanto a condições agudas de doença como a condições crônicas. Para a erradicação da cárie, as perspectivas são mais promissoras, pois, as

medidas de prevenção e controle já asseguram relativo êxito, quanto à doença periodontal, somente nas duas últimas décadas o problema vem sendo estudado com mais atenção (LEÃO, 1998).

Devido a estes agravos, cárie e doença periodontal, serem considerados problemas de saúde pública, tenta-se com a determinação dos níveis destas doenças, orientar a implantação justificada de níveis de prevenção para a saúde populacional.

### 1.3 O estudo epidemiológico

A epidemiologia vem sendo amplamente utilizada como ciência e instrumental tecnológico aplicado ao campo da saúde pública, tornando-se indispensável para todos os níveis do atual Sistema Único de Saúde (ROUQUAYROL 1994).

O trabalho epidemiológico é realizado freqüentemente em países desenvolvidos para análise e planejamento das ações de saúde, principalmente para a avaliação da eficácia de programas governamentais de atenção à saúde bucal (CAMPOS JR 1992).

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998), as principais Linhas de Ação que orientam os Gestores Estaduais e Municipais no desenvolvimento das ações de saúde bucal, incluem:

- Ampliar os conhecimentos sobre a situação de saúde bucal através de pesquisas epidemiológicas em todos os níveis
- Desenvolver ações educativas e promover a saúde bucal da população

A avaliação epidemiológica permite saber se as metas ou objetivos de um governo estão sendo cumpridas, assim como permite uma avaliação dos tratamentos que a população esteve submetida (LEÃO *et al*, 1998).

NORMANDO & ARAÚJO, em 1990, já afirmavam que, os levantamentos epidemiológicos merecem considerações, dada a importância que estes estudos têm com referência a implantação de sistemas de prevenção e tratamento.

Portanto, com o presente estudo epidemiológico pretende-se conhecer melhor o nível de saúde bucal de uma região do Município de Iguape, o que permitirá a estruturação de ações para promoção da saúde.

#### 1.4 A epidemiologia e os problemas de saúde bucal

A epidemiologia dental consiste no estudo do padrão de distribuição e da dinâmica das enfermidades dentárias em um grupo de seres humanos.

Segundo FERREIRA (2000), na Odontologia, a epidemiologia se desenvolveu a partir dos estudos observacionais de H. Trendley Dean e outros dentistas norte-americanos, que por volta de 1935, a partir de uma série de levantamentos em diferentes comunidades, estabeleceram uma correlação entre os teores de flúor na água e os valores de prevalência de cárie dentária e de fluorose dentária.

No Brasil, o estudo da epidemiologia, das idéias e princípios de saúde bucal coletiva vêm sendo incorporados progressivamente, sendo que as primeiras iniciativas de caráter coletivo ocorreram nos anos 50, com a instalação do programa de fluoretação de águas de abastecimento público, que ocorreu inicialmente, na cidade de Baixo Guandu, no Espírito Santo, medida esta que a partir de estudos epidemiológicos sobre condição das coroas dentais permitiu observar uma redução de 60% no percentual de cárie dentária (SOUZA et al, 1999).

Por meio de levantamentos epidemiológicos é possível detectar quais são os agravos à saúde a que determinada população está submetida, diagnosticar a magnitude do problema, possibilitar o planejamento e organização de serviços de saúde, e auxiliar na avaliação da eficácia dos serviços que já estão sendo oferecidos para controle desses problemas.

ROSA et al, 1992, recomendam às autoridades municipais, que sejam realizados levantamentos epidemiológicos, especialmente da cárie dentária, que servirão como etapa fundamental para o diagnóstico da situação da saúde bucal da população local, e possibilitarão a obtenção de subsídios para o planejamento adequado de programações de ações em seus municípios.

Segundo a OMS (1999), levantamentos básicos, bem elaborados, em saúde bucal, fornecem uma base sólida para as estimativas das condições atuais de saúde bucal de uma população, bem como suas futuras necessidades. Eles produzem dados confiáveis para o estabelecimento e desenvolvimento de programas nacionais ou

regionais de saúde bucal e para o planejamento da quantidade e do tipo de profissionais adequados para o cuidado e tratamento bucal.

A primeira pesquisa nacional epidemiológica em saúde bucal no Brasil ocorreu em 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1986). Um estudo realizado posteriormente pelo SESI, em 1993 (BRASIL 1996), permitiu observar a primeira tendência de queda de prevalência de cárie dentária no Brasil, apesar de apresentar ainda uma alta prevalência.

Levantamentos epidemiológicos realizados em diferentes municípios ao longo da última década parecem indicar, pelo menos nas Regiões Sul e Sudeste, uma significativa redução de cárie dentária (PERES 1998).

PERES (1998), sugere que a tendência mundial da redução de prevalência da cárie dentária, em maior ou menor proporção está relacionada com medidas preventivas coletivas, como a fluoretação de águas de abastecimento público, os dentífricos fluoretados, medidas de atenção individual a saúde bucal, ações terapêuticas ampliadas com a inserção de pessoal auxiliar, educação em saúde bucal com relação a padrões de dieta e hábitos de higiene bucal.

Segundo RONG WS et al (2003), o declínio da cárie em países industrializados tem sido associado à melhoria na higiene oral, ao controle de consumo de açúcar, ao efetivos uso de fluoretos e a programas de prevenção em base escolar.

A cárie dental sempre foi tida como o principal problema de saúde bucal, porém, é crescente a preocupação com as periodontopatias, pois, além de estarem submetidas aos mesmos fatores etiológicos têm como conseqüências os mesmos agravos à saúde (WHO 1998).

Os estudos epidemiológicos relativos à saúde da boca efetuados em todo mundo, demonstram haver uma distribuição quase universal da cárie dentária e das doenças periodontais. O progresso dos estudos epidemiológicos para as doenças periodontais é mais lento do que as análises sobre a cárie dentária, que tem uma detecção mais simples. A cárie dentária se refere a uma alteração patológica em tecido duro, uma descalcificação, representada por uma alteração na estrutura do dente, relativamente de fácil percepção, na maioria das vezes através da cavitação no elemento dental. Já para as doenças periodontais, sua mensuração é um pouco mais complexa, pois as alterações patológicas atingem o periodonto, tecidos subjacentes

ao dente, acarretando mudanças de cor de tecido mole, tumefações, hemorragias e perdas ósseas que se refletem em variações de profundidade do sulco gengival e mobilidade dentária (CARRANZA & NEWMAN 1997).

Portanto, ambos os agravos, apesar de complexidades diferentes de diagnóstico, merecem o mesmo grau de preocupação e estudo, já que acarretam a mesma consequência, a perda dental, que por sua vez traz ao indivíduo problemas fisiológicos, psicológicos e sociais.

Como citado por CHAVES (1986), Winslow em 1920 já considerava a saúde pública a ciência e a arte de prevenir a doença, promover a saúde, prolongar a vida, a eficiência física e mental, mediante esforços organizados da comunidade, para melhorar o saneamento do meio, o controle das doenças transmissíveis e a educação dos indivíduos sobre higiene pessoal.

Para que cada cidadão encontre-se em condições de gozar de seu direito natural à saúde e a longevidade, a saúde pública deve propiciar a organização dos serviços médicos para o tratamento preventivo e diagnóstico precoce das enfermidades, desenvolvendo um mecanismo social que assegure a cada indivíduo um nível de vida adequado à manutenção da saúde.

Com base, no que foi dito por PERES, 1998, diante do conhecimento sobre a real diminuição dos índices de cárie dental após intervenções por programas de saúde bucal, conforme os estudos mencionados, e por se conhecer a possibilidade de se intervir com sucesso na prevenção e ou estabilização do processo das doenças bucais, decidiu-se realizar o diagnóstico de cárie dentária e doença periodontal na população referida neste estudo, principalmente por se conhecer as dificuldades de acesso destes grupos populacionais aos serviços de saúde e da ausência de dados indicadores sobre seus principais problemas de saúde bucal.

Pretendeu-se também incentivar a instalação de programas preventivos e curativos na comunidade com o apoio da instituição responsável pela saúde desta população, visando possibilitar o acesso destes grupos à saúde, uma vez que esta é direito de todos e dever do Estado conforme reza o artigo 196 da CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL de 1988.

## OBJETIVOS

### 2.1 Objetivos gerais

Realizar um levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal, a partir da detecção da prevalência de cárie dentária e doença periodontal, da população residente na Região da Estação Ecológica Juréia-Itantins, no município de Iguape, São Paulo, a fim de definir o nível de condição de saúde bucal desta população. Além disso, observar sua relação com a condição de higiene dental e alimentar desta população, com vistas à contribuir para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde bucal, preventivas e curativas, a serem realizadas pelo poder municipal.

### 2.2 Objetivos específicos

Dentre os objetivos gerais, pretendeu-se especificamente:

- Estimar a prevalência de cárie dentária e doença periodontal para o grupo indígena da Aldeia Paraíso, residente na Estação Ecológica, em todas as idades;
- Estimar a prevalência de cárie dentária e doença periodontal para o grupo de moradores na Vila Itinguçú Grande, localizada dentro da Reserva Ecológica, em todas as idades;
- Estimar a prevalência de cárie dentária e doença periodontal para o grupo de crianças de 5 a 12 anos, caiçaras residentes na Barra do Ribeira, região de acesso a Estação Ecológica no Município de Iguape;
- Estimar a necessidade de tratamento referente a cárie dentária e doença periodontal nestes grupos populacionais;
- Conhecer os hábitos de higiene bucal utilizados por estes grupos populacionais, bem como seus hábitos alimentares e culturais que poderiam estar relacionados com a prevalência destas doenças;

- Estimar a demanda de consultas odontológicas e procedimentos coletivos necessários para esta população;
- Fornecer dados de referência para futura comparação do nível de saúde bucal destas populações, podendo servir como meio de avaliação dos serviços, após a implantação de programas que vierem a ser executados.

### 2.3 Aspectos éticos

Para a realização deste trabalho teve-se o cuidado de contatar as autoridades municipais e escolares, assim como a comunidade envolvida. O Prefeito, o Secretário de Saúde e o Coordenador de Saúde Bucal do Município dispensaram especial atenção para o desenvolvimento deste estudo, por entenderem a contribuição que o mesmo poderá trazer para o planejamento e melhorias no programa de saúde bucal do Município.

A população caiçara e a comunidade indígena foram inicialmente consultadas e promoveu-se um esclarecimento sobre o trabalho a ser realizado.

Procurou-se deixar explícito e claro o intuito do trabalho, a metodologia, e o seu caráter voluntário. Foi esclarecida a liberdade de escolha e ou a possibilidade de desistência em suas participações, a qualquer momento.

Foram orientados quanto a viabilidade de encaminhamento ao serviço de saúde do Município para tratamento das necessidades detectadas, passíveis de atendimento dentro dos limites do serviço oferecido.

De acordo com a resolução do CNS 196/96, foi solicitado, como norma, o aval da população envolvida e do chefe da comunidade indígena, por um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1 e 2).

Constatou-se, através de troca de idéias e informações, a possibilidade em participarem da pesquisa, ficando evidenciados o interesse e a compreensão quanto sua importância.

Para a realização deste trabalho, além da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP, foi enviada uma cópia do projeto para Brasília, UF, destinado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), no departamento responsável

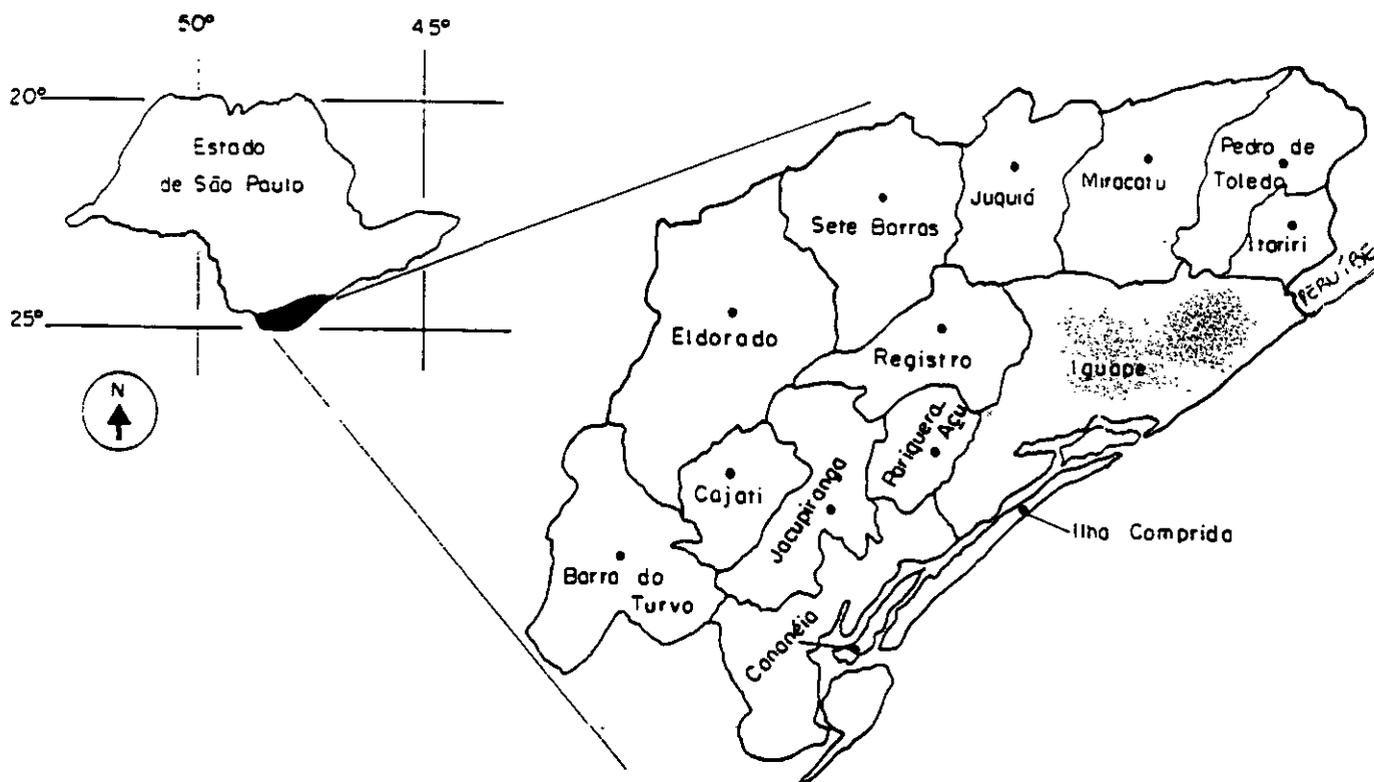
por trabalhos com indígenas, recebendo seu aval em 23 de maio de 2002, com recomendações que foram seguidas anteriormente a realização da pesquisa (Anexo3).

## REGIÃO DE ESTUDO

### 3.1 Localização geográfica

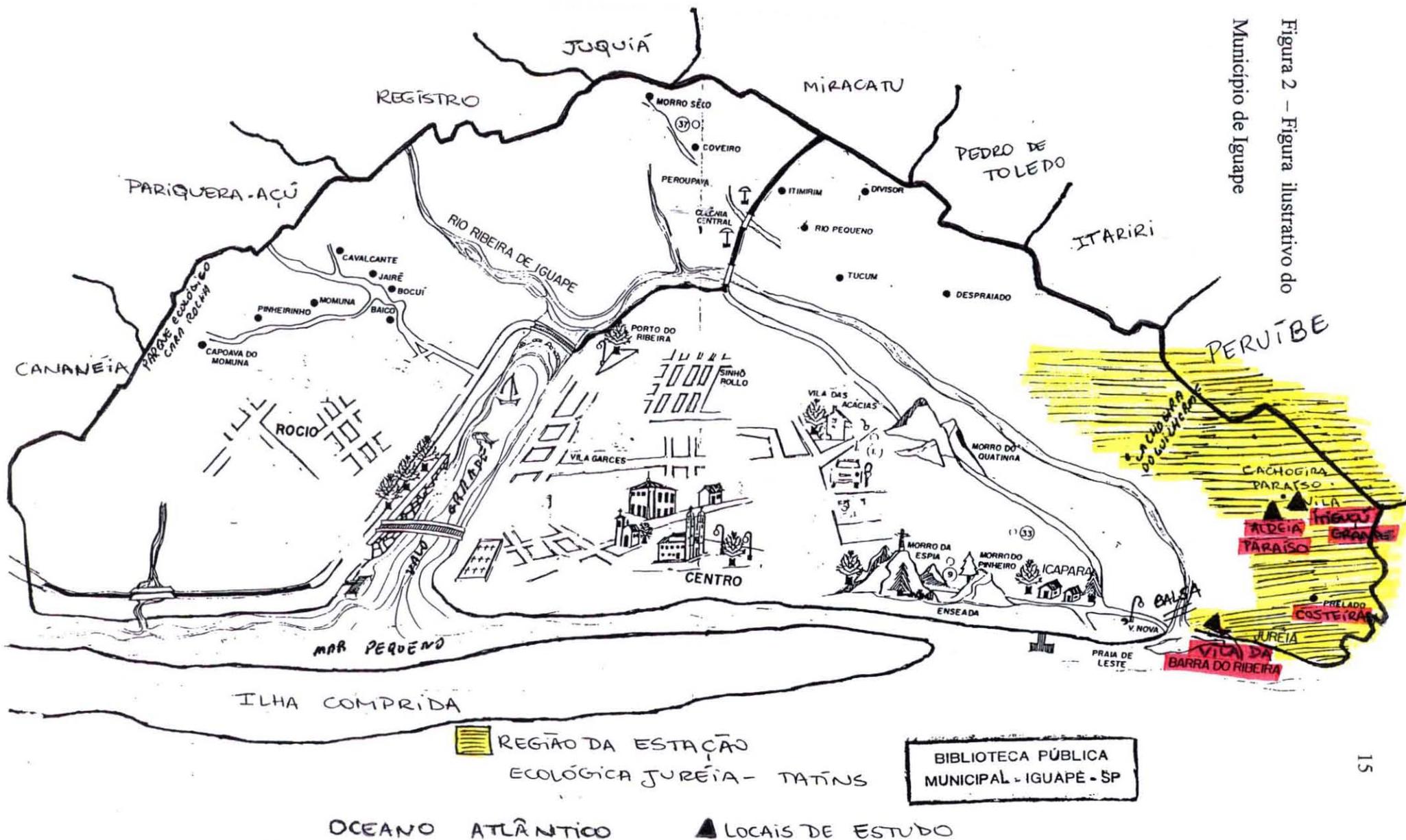
A localização geográfica da região pode ser vista nas figuras 1 e 2 a seguir, e sua caracterização sob diversos ângulos será descrita abaixo.

Figura 1 - Iguape e seus limites municipais no Estado de São Paulo



Fonte: Biblioteca Pública Municipal de Iguape - SP

Figura 2 – Figura ilustrativo do Município de Iguape



### **3.2 Aspectos geográficos**

(Segundo dados obtidos nos arquivos da prefeitura do Município e IBGE 2002)

O Município de Iguape localiza-se na região do Vale do Ribeira, região sul do Estado de São Paulo, à aproximadamente 200 Km da cidade de São Paulo e de Curitiba. Tem como limites os Municípios de Cananéia, Pariquera-Açu, Registro, Juquiá, Miracatu, Pedro de Toledo, Itariri e Peruíbe, conforme a Figura 1.

O município tem 1964 Km<sup>2</sup> de superfície, sendo a maior parte distribuída em área rural e somente um terço da superfície é área urbana, porém, concentrando a maior parte da população.

A grande atração de Iguape é a Estação Ecológica Juréia-Itatins, com 80 mil hectares de mata atlântica, divididos com o Município de Peruíbe.

### **3.3 Dados demográficos**

(Segundo dados obtidos na FSEADE 2002)

O Município tem 27.427 habitantes espalhados entre zona urbana e rural. Na zona urbana residem 21.934 pessoas e na rural 5.493 pessoas, representando 80% de grau de urbanização. O número de homens e mulheres é equivalente, sendo, respectivamente, 13.999 e 13.431 habitantes.

Segundo a prefeitura, na região da Estação Ecológica Juréia-Itatins no Município de Iguape existem aproximadamente 70 moradores caiçaras na Vila Itinguçu pertencentes a este Município; 51 moradores índios da Aldeia do Paraíso, porém, na época da coleta de dados foi verificado que alguns índios se mudaram temporariamente para aldeias vizinhas, restando 35 índios de 8 famílias residindo na Aldeia Paraíso e, 3000 moradores caiçaras da Vila da Barra do Ribeira, sendo aproximadamente 600 crianças, de acordo com o número de crianças matriculadas no ano de 2002 entre as três escolas da Barra do Ribeira. Dessas, compuseram a população de estudo, 205 crianças do grupo etário de 5 a 12 anos.

### **3.4 Aspectos socioeconômicos**

(Segundo informações verbais colhidas no Município e REBRAAF 1995, 1996, FSEAD 2002)

A economia do Município gira em torno, basicamente, da pesca, agricultura, comércio local, artesanatos e turismo. A população no geral, caracteriza-se como de renda baixa e média.

A taxa de alfabetização no Município é de 91,2%.

### **3.5 Sistemas de saúde**

(Segundo informações e dados verbalmente divulgados em Plenária realizada no Vale do Ribeira para a CONFERÊNCIA ESTADUAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO de 2001)

Pode-se dizer que em todo o Vale do Ribeira, 98% do sistema de saúde é público, ou seja, SUS dependente.

Existem poucos consultórios médicos e odontológicos particulares no Município de Iguape.

Os caiçaras e indígenas, compreendem aproximadamente três mil moradores fixos da região de Iguape, com renda baixa em quase toda sua totalidade. Vivem da pesca, artesanato e alguns do comércio, que é lucrativo apenas na época de alta temporada (nas férias de verão e inverno).

Apesar de hoje em dia o Município de Iguape ter profissionais dentistas trabalhando no serviço de saúde pública do posto da unidade básica de saúde da região urbana de Iguape, estas populações citadas, tem dificuldade de acesso aos mesmos, por razões financeiras e geográficas, além do que, muitos habitantes relataram nem saber da existência deste serviço no posto de saúde. Decorrentes dessa situação ficam desprovidas de atenção à saúde bucal, com exceção de certas atividades preventivas, como palestras e bochechos com flúor, que por algumas vezes as crianças de idade escolar da Vila Itinguçú e da Barra do Ribeira, são beneficiadas.

Quanto à população indígena, até o momento inicial em que este estudo estava sendo delineado e planejado, os indígenas nunca haviam tido contato com um

dentista, não tinham hábitos de higiene bucal e muito menos tinham conhecimento que poderiam ser assistidos por dentistas no posto de saúde do Município; além do que, a distância da cidade de Iguape onde fica o posto não só é muito grande, mas para eles envolve um acesso difícil. Contudo, na época em que voltamos à Aldeia para a realização desta pesquisa, nos deparamos com uma boa notícia: a FUNASA havia enviado uma dentista para realizar um tratamento odontológico e também enviou-lhes escovas dentais. Foram feitas restaurações e extrações dentárias em alguns índios. Nota-se que ainda há muito o que fazer em matéria de procedimentos clínicos e de educação em saúde bucal, mas, pelo menos um primeiro contato com a importância da saúde bucal já fora estabelecido.

Portanto, a população de estudo é integrada de pessoas, no geral, carentes de atenção à saúde. Esta se dá por meio de um posto de saúde na região da Barra do Ribeira, muitas vezes desamparado por falta de recursos humanos ou pela distanciada unidade básica de saúde da cidade de Iguape, localizada aproximadamente à 18 Km, cujo acesso se dá por estrada de terra e travessia por balsa, sendo que o transporte está na dependência dos poucos horários de ônibus que fazem o trajeto Barra do Ribeira – cidade. Esta distância é maior ainda para alguns moradores que residem em zonas rurais, em locais esparsos pelo Município.

Maiores dificuldades encontram as populações residentes na Vila Itinguçu e na Aldeia Paraíso, que se localizam ainda mais distantes da unidade básica de saúde, tendo que percorrer uma trilha a pé, de horas de caminhada, mais 18 Km de caminhada pela praia, até chegarem a Barra do Ribeira, some-se a isso, a necessidade de utilizar balsa e ônibus para percorrermos o trajeto de mais 18 km até a cidade de Iguape. Este fato pode levá-las a procurar o sistema de saúde do Município vizinho, Peruíbe, que é relativamente mais próximo, porém também com suas limitações e restrições quanto ao atendimento.

Hoje, com a nova gestão municipal, esta população está sendo melhor assistida, e principalmente, tem surgido a preocupação por parte da prefeitura do Município com a saúde bucal desses três grupos populacionais. Nesse sentido, o presente estudo constitui um meio eficaz de diagnóstico para orientar e incentivar ainda mais os programas de saúde bucal que se pretende instalar na região.

A atenção a saúde bucal foi integrada ao sistema de saúde do Município há pouco tempo, por enquanto favorecendo apenas uma pequena parcela da população.

## POPULAÇÃO DO ESTUDO

### 4.1 Os grupos de estudo e as idades estudadas

Foram escolhidos como população de estudo, os seguintes grupos de moradores da Região da Estação Ecológica Juréia-Itatins:

- 1) Grupo de moradores caiçaras da Barra do Ribeira;
- 2) Grupo de moradores caiçaras da Vila Itinguçú;
- 3) Grupo de indígenas Guaranis da Aldeia Paraíso;

A população total de residentes na Barra do Ribeira, Estação Ecológica Juréia-Itatins, é de aproximadamente 3000 habitantes. Como não seria possível realizar o levantamento com o número total da população, selecionamos o grupo etário de 5 a 12 anos para serem analisados, por corresponderem a idades em fase escolar, cuja dentição está em fase de troca por dentes permanentes, possibilitando intervenções preventivas eficientes, uma vez que nesta fase, os cuidados com a higiene trarão muitos benefícios, podendo ser incorporados aos seus valores pessoais, tornando-se hábitos saudáveis. Considerou-se também a acessibilidade, sendo a escola o melhor local para o estudo deste grupo populacional, uma vez que se acredita no Município, que todas as crianças desta faixa etária estão matriculadas nas duas escolas existentes no local.

Além disso, este grupo etário compreende as idades que são prioridades no atendimento dos serviços de saúde bucal prestados na região urbana do Município de Iguape.

A idade de cinco anos caracteriza-se como a idade índice para estudo da dentição decídua. Aos doze anos, quase todos os dentes permanentes já erupcionaram, com exceção dos últimos molares. É a idade de monitorização global para cárie nas comparações internacionais e monitorização das tendências das doenças. Porém, nesta idade, os segundos molares permanentes não foram expostos por um tempo muito longo aos fatores de risco que predispõem aos problemas de saúde bucal.

Para a população residente na Vila Itinguçú e para a população indígena da Aldeia Paraíso, da Reserva Juréia-Itatins, devido ao seu menor número de habitantes, foram examinados todos que estavam presentes nas datas de exame e que deram seu consentimento. Isso possibilitou o estudo de várias idades, o que é vantajoso, por incluir idades que já foram expostas por mais tempo a riscos determinados por condições do meio.

Assim, pretendia-se examinar os grupos populacionais mencionados em sua totalidade, considerando que os mesmos eram pequenos, sendo o número populacional descrito a seguir, segundo informações fornecidas pelo Município.

- Todas as idades da população indígena da Aldeia Paraíso  $\cong$  51 pessoas
- Todas as idades da população da Vila Itinguçú  $\cong$  70 pessoas
- Crianças de 5 a 12 anos de idade da população da Vila da Barra do Ribeira  $\cong$  205 crianças

A data de corte para a definição das idades de 5 a 12 anos, foi o dia 01 de setembro de 2002, tendo sido consideradas aptas para a pesquisa, as crianças nascidas de 31 de agosto de 1989 até 1 de setembro de 1997.

Na Vila da Barra do Ribeira, alguns escolares faltaram nos dias letivos em que estava ocorrendo a coleta de dados, e alguns, que não tiveram a autorização assinada pelos responsáveis, não foram examinados. Sendo assim, foram realizados 163 exames.

Na Vila Itinguçú, o exame ocorreu em uma das duas salas de aula na escola que fica no centro da vila, isto porque, o acesso para algumas residências é difícil, ainda mais tendo que transportar todo o material necessário. Contudo, somente obteve-se o consentimento de 32 pessoas, que compareceram voluntariamente para a pesquisa.

Na Aldeia do Paraíso, esperava-se encontrar até um número maior de índios que o previsto, pois, o cacique havia nos dito em um contato inicial, que alguns índios estariam voltando para esta aldeia, depois de passarem um tempo em aldeias em municípios próximos, mas, ocorreu o contrário: alguns habitantes da Aldeia Paraíso haviam se mudado temporariamente para outras aldeias, sendo que só estavam morando 35 índios no local, na época da pesquisa e, mesmo em três tentativas em dias diferentes, só conseguimos a participação de 17 índios. Alguns

deles não estavam presentes em nenhum dos dias, pois, tinham ido para cidade vender palmitos e artesanatos e os demais não demonstraram interesse e vontade em participar.

#### **4.1.1 População da Vila da Barra do Ribeira**

A Barra do Ribeira localiza-se à 14 Km da zona urbana da cidade de Iguape. É a região de entrada para Estação Ecológica, pelo Município de Iguape. Nesta região, existe aproximadamente, três mil habitantes fixos, que vivem da pesca, artesanato, comércio de alimentos e turismo que se intensifica apenas em altas temporadas. Tem uma área territorial grande onde a população vive na sua maioria em uma vila, onde se localiza o comércio, escola, posto de saúde e igrejas, embora, alguns habitantes morem espalhados pelo território em outros pequenos vilarejos .

Existe na vila uma escola para o ensino do jardim de infância ao ensino fundamental, e recentemente, foi construída uma nova escola e instituído o segundo grau. Um pouco mais afastada, no pequeno vilarejo da Costeira, existe mais uma escola municipal onde estão matriculadas as crianças que moram nas regiões mais distantes da vila da Barra do Ribeira (ver Figura 2).

Um posto de saúde, com um assistente de enfermagem e médicos que realizam consultas em dias determinados, é o local de assistência à saúde destes moradores. Para procurarem assistência no Hospital de Iguape, dependem de um ônibus com poucos horários de circulação, que faz o trajeto para cidade de Iguape através do único acesso, que é uma estrada de terra de 18 Km de extensão, como já mencionado.

Segundo relatou o Secretário de Saúde do Município, já foi instituído no local o médico da família, do Programa da Saúde da Família (Ministério da Saúde). Este profissional faz visitas temporárias nas residências, juntamente com um agente comunitário (membro da própria comunidade, contratado através de concurso pela prefeitura), tentando se aproximar e identificar os problemas desta população.

Quanto ao cuidado com a saúde bucal, os escolares vem recebendo alguma atenção por meio de programas coletivos, de palestras e bochechos com flúor, realizado por um dentista da rede básica de saúde do Município. Mas, quando necessitam de algum atendimento odontológico, tem que percorrer o caminho até a

região urbana de Iguape à procura de um dentista particular, ou o que é do conhecimento de poucos, procurar o serviço odontológico da unidade básica de saúde, e que também tem suas limitações.

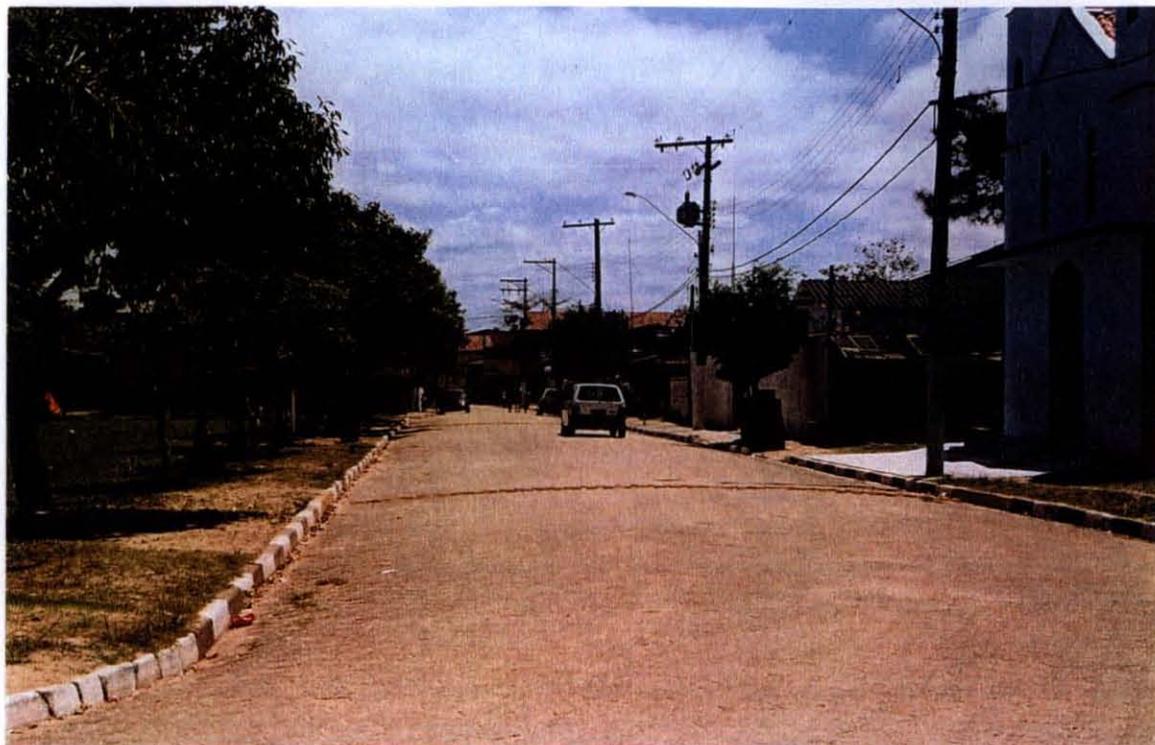


Figura 3 – Vista da Barra do Ribeira



Figura 4 - População Costeira

#### 4.1.2 População da Vila Itinguçú

Esta vila está localizada dentro da Estação Ecológica Juréia-Itatins, numa região em que o turismo controlado pode ter acesso à visitação e para qual é necessária autorização da administração da Polícia Florestal da Estação Ecológica, que situa-se na entrada da Estação, no Município de Peruíbe.

Localiza-se ao redor da Cachoeira do Paraíso, bem próxima da Aldeia Paraíso. O acesso ocorre por meio de uma entrada que se inicia na Vila do Guaráú, Município de Peruíbe e percorre uma estrada de terra de aproximadamente 14 Km, em más condições. Apesar do acesso ocorrer pelo Município de Peruíbe, esta vila faz parte da área geográfica de Iguape, sendo administrada por esta prefeitura. O acesso direto pelo Município de Iguape ocorre através de uma trilha muito extensa, que só é possível de ser percorrida à pé, e que se inicia na Barra do Ribeira, onde está localizado um posto da polícia florestal que controla a entrada na reserva, só permitida também com autorização do IBAMA.

São aproximadamente 70 moradores nativos que vivem do pequeno comércio de alimentos movimentado pelo turismo local. Recebem assistência por parte da prefeitura do Município de Iguape através de uma pequena escola, com um único e dedicado professor, que leciona na mesma sala de aula, da 1ª a 4ª séries e, um modesto posto de saúde, que é cuidado e organizado por uma moradora muito dedicada, Dona Maria, que é auxiliar de enfermagem, responsável pelas medicações e agendamento das consultas que são realizadas esporadicamente, quando vem um médico de Iguape ou Peruíbe para atendê-los.

Recentemente foi implantado no local, o primeiro telefone público. Possuem energia elétrica, e transporte para a região mais urbana, por meio de um ônibus que faz o trajeto em três horários. Tem uma vida simples, porém, num ambiente saudável se levamos em conta a natureza que os cerca. Suas moradias, na maioria, se assemelham pela simplicidade, com as casas dos índios da Aldeia Paraíso. Algumas casas estão situadas bem próximas a vila devido ao comércio, e outras residências ficam mais espalhadas pela mata, com características bem rural. São pessoas bastante carentes de recursos materiais. Por não terem muitas atividades, vivem uma rotina pacata, aguardando o turismo, o que nem sempre ocorre em todas as épocas.

A maioria dos moradores, em alguma época de suas vidas, já procurou assistência à saúde bucal, privada ou pública, ou pelo menos, a população escolar teve recentemente acesso a informações sobre prevenção proporcionadas por visitas ocasionais de um dentista da rede básica de saúde do Município de Iguape.



Figura 5 – Comércio da Vila Itinguçu



Figura 6 – Vista da Vila Itinguçu



Figura 7 - Escola e posto de saúde da Vila Itinguçu

### 4.1.3 Grupo Indígena da Aldeia Paraíso

Esta aldeia encontra-se dentro da Estação Ecológica Juréia-Itatins, na região da Cachoeira do Paraíso, conforme esquematizado na Figura 2, ponto de visitação da Estação, com acesso mais viabilizado pelo lado da divisa com o Município de Peruíbe. O acesso pelo Município de Iguape ocorre por uma trilha longa em meio à mata atlântica.

Era formada por 51 índios Guarani, no momento inicial da pesquisa, que conservam a língua e costumes deste povo, dentro da realidade do mundo atual em que vivem. Segundo o cacique Daniel, aguardam a chegada de novos integrantes para a aldeia, provenientes de outras tribos próximas da região. Instalaram-se na Estação Ecológica Juréia-Itatins, no Município de Iguape, depois do desmembramento de uma aldeia maior que existe no Município vizinho, Peruíbe.

Como se nota têm características nômades, razão pela qual na época da coleta de dados estavam presentes, morando na aldeia, apenas 35 índios, integrando 8 núcleos familiares.

Todos os habitantes se comunicam em tupi-guarani e em português, possuindo um nome em cada uma das línguas. Vivem de pequena agricultura de subsistência, caça, pesca, cultivo de palmitos, e artesanatos, que comercializam na cidade de Iguape e Peruíbe. A pesca não é uma atividade muito freqüente, pois, existe certa distância do mar, porém, há rios próximos. A caça também não é freqüente, e o que parece é haver um certo comodismo para alimentação, simplesmente comendo o que houver, mesmo porque não é hábito terem horários certos para as refeições. Comem frutas ou frutos durante o dia e a comida que a mãe, a mulher da casa, houver preparado.

Algumas de suas crianças estão se alfabetizando na escola que existe na Vila de Itinguçu, especialmente os filhos do cacique.

Apesar de curiosidade e desejos despertados pelas novidades tecnológicas, pouca são as coisas que possuem. A comunidade tem alguns utensílios de cozinha, alguns tem bicicletas e possuem um automóvel que usam para se locomoverem em algumas situações, que é dirigido pelo cacique ou pelos índios de mais idade.

Vivem em casas/ocas desprovidas de conforto ou condições sanitárias. Apesar de unidos social e fraternamente, não vivem em um centro estruturado e

limitado como se vê na maioria das tribos indígenas, ficando suas casas espalhadas por um perímetro dentro da mata.

Não utilizam energia elétrica. Tem como hábito de higiene banhar-se em rios.

Foi construído a pouco tempo um banheiro e um tanque de lavar roupas na aldeia, provavelmente com incentivo da FUNASA, mas, nem todos devem utilizá-lo, pois, culturalmente não era costume usar esta estrutura.

São carentes de assistência à saúde, principalmente à saúde bucal. Relataram tratar seus problemas e dores dentais com suas medicações naturais, ervas. Sabem da necessidade do dentista, mas, até nossa visita inicial nunca haviam tido contato com um. Não possuíam escova de dentes e portanto, não realizavam a escovação dental, porém, como já descrito, no ano de 2002, após nossa visita inicial foram também visitados e assistidos por uma dentista da FUNASA e então, alguns índios passaram a escovar os dentes esporadicamente. Para a higiene bucal alguns fazem bochechos com água, ou como relatado pela esposa do cacique, bochecho com limão.

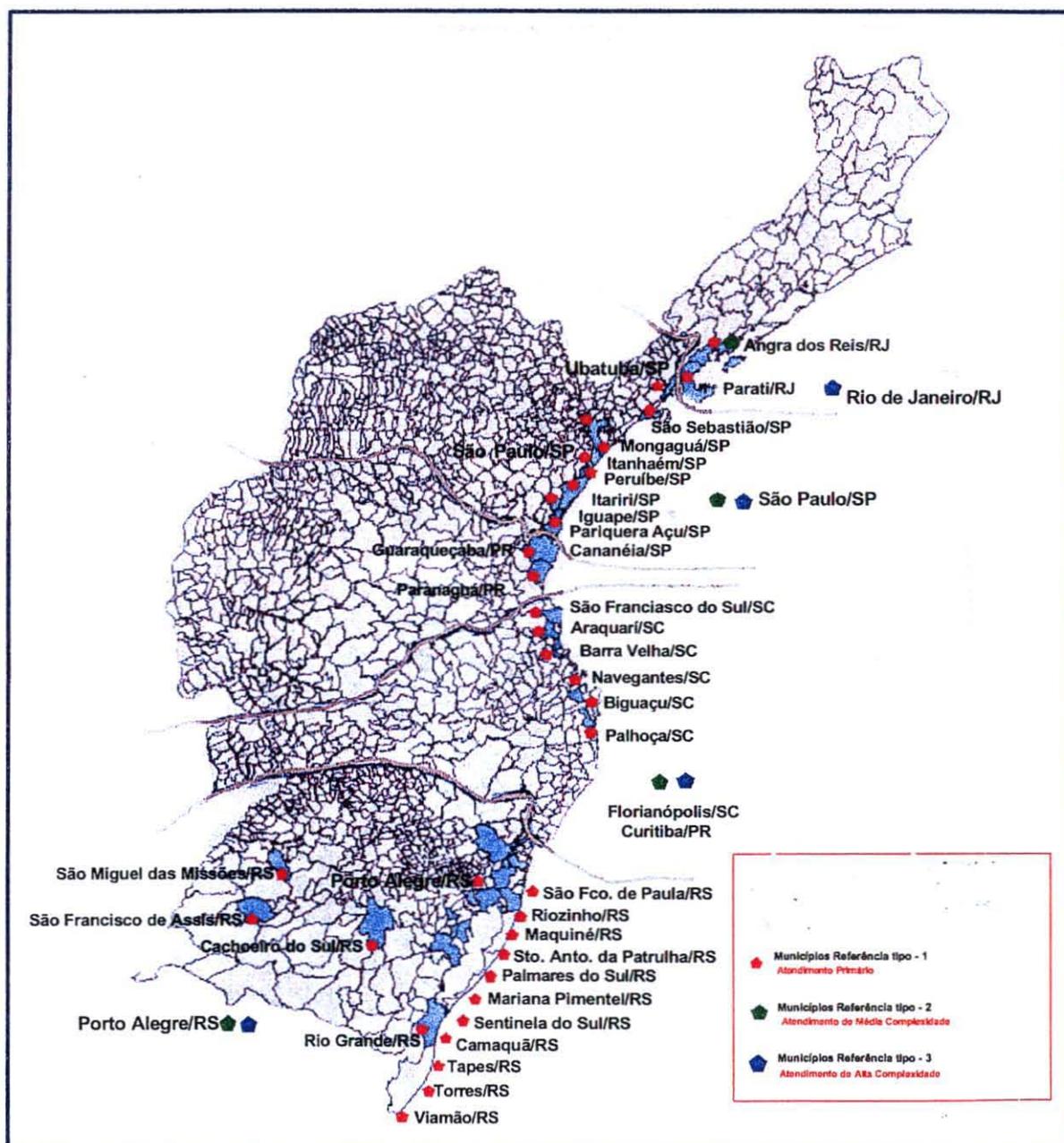
Com o dinheiro que ganham com a venda dos artesanatos, compram na cidade algumas vestimentas e alguns alimentos, como café, arroz, macarrão, farinhas. Dificilmente compram doces, mesmo porque não costumam comprar açúcar. Assim, o açúcar ingerido por esta população é a frutose, um cariogênico menos potente e agressivo; porém, ingerem muito amido, o que se degrada em glicose, fazendo com que também sofram ação de alimentos cariogênicos, mesmo comendo com pouca frequência uma variedade pequena de alimentos. Isso tem uma certa importância para sua saúde bucal, uma vez que não praticavam a escovação dentária até poucos meses atrás.

Durante os dias em que estivemos presentes na aldeia para a coleta de dados, fizemos algum trabalho em educação em saúde bucal, através de palestras e conversas sobre as patologias bucais e suas conseqüências para a saúde geral e bucal, e como preveni-las. Foram distribuídas escovas e pastas dentais para cada um e foram entregues a Dona Maria, responsável pelo posto de saúde da Vila Itinguçú, escovas reservas para quando houver necessidade de trocá-las. Durante a palestra, os índios se mostraram receptivos, interessados e participativos, nos dando a impressão, e a satisfação, de que pelo menos uma sementinha plantamos.

Possuem uma agente de saúde, uma menina de 16 anos, que se chama Cláudia, e que fora nomeada e formada por uma equipe multidisciplinar do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do litoral Sul (ver figura 8), com sede em Curitiba, Paraná, a cuja administração estão sujeitos.

Figura 8

## DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO LITORAL SUL - SEDE: CURITIBA



Os DSEIs que tiveram sua implantação decidida pela FUNASA ao final de 1998, obedecendo o modelo assistencial referendado pela II Conferência Nacional de Saúde para os povos Indígenas (CNSPI), em 1993. Esse modelo contempla características peculiares de cada área indígena, levando em conta a precariedade de acesso aos serviços de saúde, a que a maioria dos povos indígenas do Brasil estão submetidos (ATHIAS, MACHADO, 2001)

O DSEI de Curitiba assiste as comunidades indígenas de etnia Guarani do litoral dos Estados de Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Caracteristicamente, essas comunidades são constituídas de pequenos aldeamentos em muitos municípios, o que é visto como um fator limitador da assistência, uma vez que exige mais deslocamentos e, conseqüentemente, mais custos (FUNASA 2002).

A saúde indígena é de responsabilidade da FUNASA, através de seus DSEIs, e está inserido a um modelo de saúde adequado ao Sistema Único de Saúde, já que de acordo com a Lei Nº6001 de 19 de dezembro de 1973 (FUNAI 2002), que dispõe sobre o Estatuto do Índio, pelo artigo 54, do Título V, da Educação, Cultura e Saúde: “Os índios tem direito aos meios de proteção à saúde facultado à comunhão nacional”. E ainda em Parágrafo único, que: “Na infância, na maternidade, na doença e na velhice, deve ser assegurada ao silvícola especial assistência dos poderes públicos, em estabelecimentos a eles destinados”.

Assim sendo, a assistência a saúde também é de responsabilidade do Município em que residem, justificando a extensão deste estudo à população indígena lá residente.

Ainda de acordo com FORTES, 1994, “a saúde, não apenas da boca, mas do corpo como um todo, é um direito dos índios como cidadãos. A conscientização da cidadania, com seus direitos e deveres, traz retornos amplamente benéficos não apenas para a saúde bucal, mas à saúde como um todo”.



Figura 9 - Casa / Oca do cacique da Aldeia Paraíso



Figura 10 - Casa / Oca de moradores da Aldeia Paraíso



Figura 11 – Outro estilo de Casa / Oca de moradores da Aldeia Paraíso

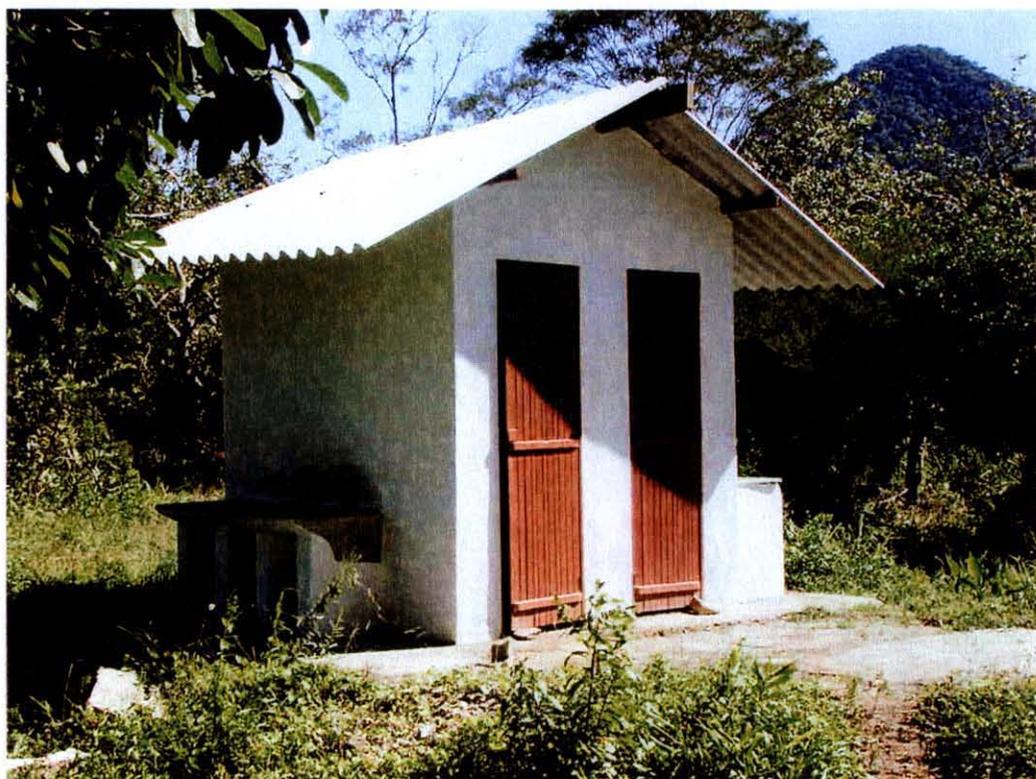


Figura 12 - Banheiro e tanque comunitário construído pelos índios da Aldeia

## REFERÊNCIAL METODOLÓGICO

Seguindo as orientações da OMS, 1999, para a implementação de um levantamento em saúde bucal foram necessários:

### *5.1 Estabelecer contatos com as autoridades*

Foi preciso contactar as autoridades administrativas de saúde e educação do Município, e as instituições de proteção aos índios, para as devidas autorizações permitindo a realização do estudo.

O projeto desta pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública em fevereiro de 2002 e seqüencialmente à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, em Brasília, recebendo a devida aprovação com recomendações a serem seguidas: autorização por escrito para a realização da pesquisa pelo prefeito do Município e pelo cacique da aldeia (autorizações em anexo).

### *5.2 Termos de consentimento livre e esclarecido*

Foram escritos termos de consentimento e ofertados às pessoas a serem examinadas, autorizando a realização do exame, contendo título e finalidade do estudo, compromisso de identificação sigilosa e de que a pesquisa não provocaria danos à saúde, e que na medida da necessidade, as pessoas seriam encaminhadas para realização de tratamentos, no serviço de saúde bucal do Município (Anexo 1).

A Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município, deu autorização para que havendo indicação para o tratamento dos problemas detectados pelo estudo, esse seria realizado mediata ou imediatamente, pelo serviço odontológico da unidade de saúde, na cidade de Iguape.

Para as pessoas com menos de dezoito anos, o termo de consentimento foi assinado pelos pais ou responsáveis, e no caso da população indígena, bastou que o termo fosse assinado pelo cacique da Aldeia, já que para cultura indígena, o cacique é o responsável maior por toda a população (Anexo 2).

### ***5.3 Definir período do trabalho de campo***

Foi realizado o agendamento com as Instituições de Saúde, diretoras e professores das escolas, líderes das comunidades, responsável pelo posto de saúde da Vila Itinguçú e cacique da Aldeia Paraíso para escolha dos dias de realização dos exames, a fim de que não interferissem ou prejudicassem o bom andamento das atividades normais.

Na Barra do Ribeira, a coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2002, durante três semanas.

Na Vila Itinguçú e na Aldeia Paraíso o processo de agendamento com as autoridades de Iguape e com a população foi um pouco mais complexo, pela distância e dificuldade de acesso, e o exame acabou sendo realizado somente no mês de fevereiro de 2003, durante três visitas, em dias diferentes.

### ***5.4 Definir as fichas para os exames***

Seguindo padrão da Organização Mundial de Saúde as fichas continham os campos necessários para coleta dos dados sobre as informações desejadas: cárie dentária, doença periodontal e necessidade de tratamento (Anexo 4).

### ***5.5 Definir um questionário***

Aplicou-se um questionário simples e breve na hora do exame, para conhecer a condição de higiene e alimentar da população de estudo, que associada a ficha clínica permitisse estabelecer algumas variáveis a serem analisadas (Anexo 4).

### ***5.6 Organizar e adquirir os instrumentos e suprimentos para o exame***

Foram necessários os seguintes instrumentos e materiais para realização dos exames:

- ✓ espelhos clínicos planos
- ✓ pinças clínicas
- ✓ sondas periodontais com especificações da OMS

- ✓ espátulas de madeira
- ✓ compressas de gaze
- ✓ toalhas de papel
- ✓ recipientes para instrumentos estéreis e para instrumentos já utilizados
- ✓ material para lavagem de instrumental
- ✓ soluções desinfectantes e recipientes
- ✓ sacos ou recipientes para lixo
- ✓ luvas descartáveis
- ✓ máscaras descartáveis
- ✓ estufa para esterilização do material
- ✓ lápis e borracha

O material foi adquirido pela pesquisadora, autora do projeto e de sua realização, com exceção dos espelhos e sondas periodontais, que foram gentilmente emprestados pela Faculdade de Saúde Pública, da USP.

### ***5.7 Local e condição para a realização dos exames***

Usualmente, na realização de levantamentos em saúde bucal utiliza-se a luz natural e uma cadeira ou mesa ao ar livre, ou em locais onde o paciente é colocado numa posição que permita a reflexão da luz natural ou artificial direto na sua boca.

Para esta pesquisa, o exame foi realizado nas condições dos estudos epidemiológicos, como descrito acima, que eram as existentes nos locais.

Na vila da Barra do Ribeira a maioria dos exames foi feita dentro de uma sala de aula nas escolas, próximo à janela, com boa iluminação, com exceção da escola da Costeira (escola em um vilarejo afastado), onde a coleta de dados ocorreu fora da sala de aula, por conta da claridade (Figura 13).

Na vila Itinguçú também foi cedida um sala de aula da escola, para a realização do exame, onde contamos com a luz natural próxima à janela (Figura 14).

Na Aldeia Paraíso a pesquisa foi realizada sob luz natural, em frente a casa de alguns moradores, que gentilmente cederam uns dos poucos móveis que possuem, para a adequação dos materiais (Figura 15).

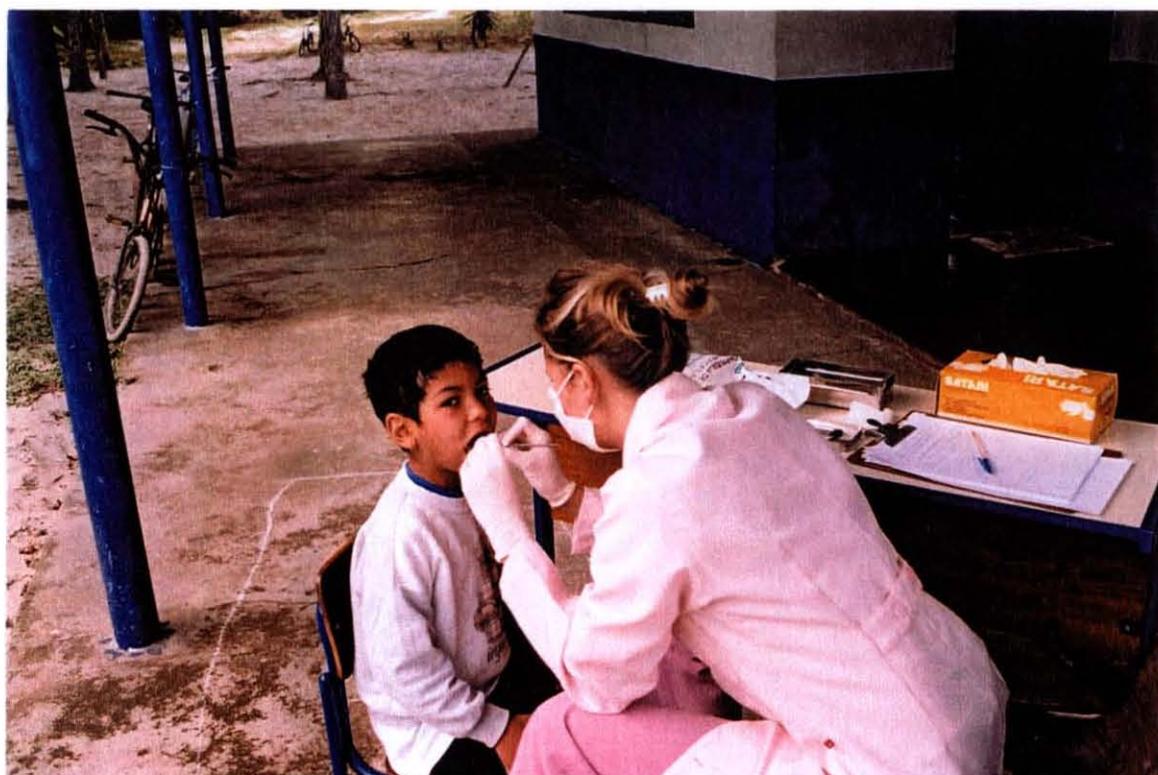


Figura 13 - Exame sendo realizado na escola da Costeira da Barra do Ribeira

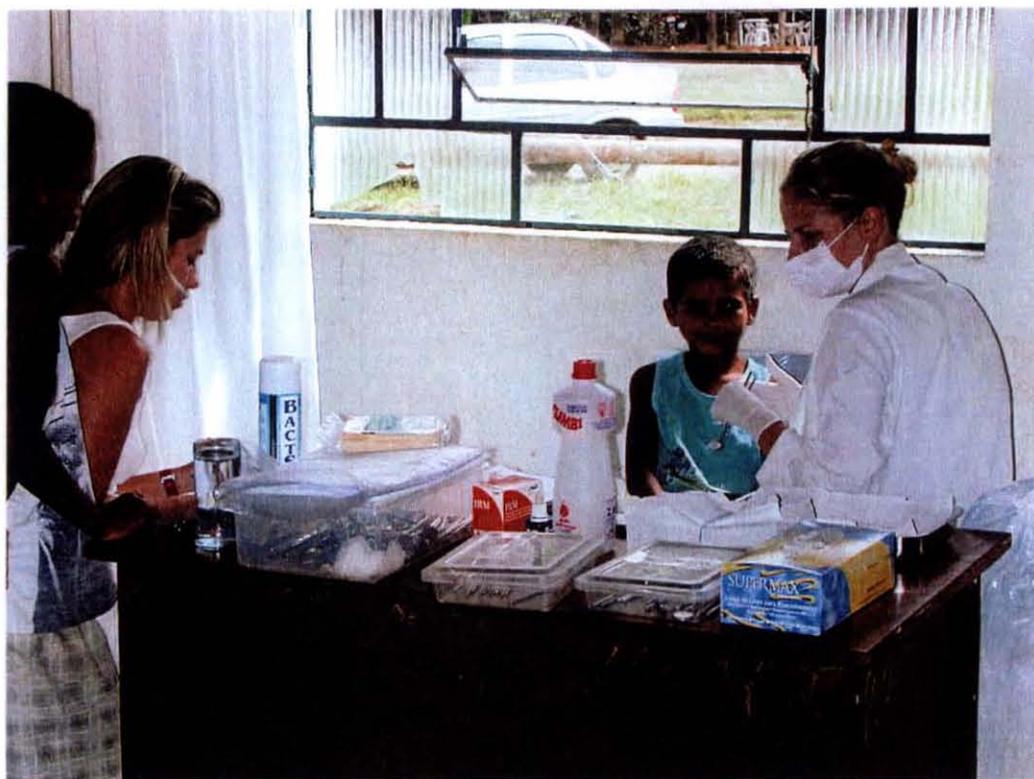


Figura 14 -Exame sendo realizado na escola da Vila Itinguçu



Figura 15 - Exame sendo realizado na casa de índios da Aldeia Paraíso

### **5.8 Recursos humanos envolvidos no estudo**

A realização dos exames foi feita apenas por uma examinadora, responsável pela pesquisa, seguindo os critérios de diagnóstico da OMS (1999). Foi utilizado o trabalho de uma voluntária, também cirurgiã dentista, treinada para entender corretamente os códigos de diagnósticos, para anotação dos dados e para auxiliar na realização de aulas de educação sobre fisiopatologia da cavidade bucal e prevenção em saúde bucal, ministradas para as populações de estudo.

Nos três locais de exame pudemos contar, para organização do exame, com pessoal auxiliar, também voluntário, entre eles funcionários das escolas, professores e moradores das regiões.

### **5.9 Padronização e calibração da pesquisadora**

A calibração ou estandarização dos critérios ou parâmetros utilizados para um índice epidemiológico é imperativa para garantir a confiabilidade dos resultados (CARRANZA & NEWMAN 2000).

A padronização e calibração tem como objetivos:

- Assegurar uma interpretação, compreensão e aplicação uniforme entre os profissionais que realizam os exames, quanto aos códigos e critérios para as várias doenças e condições a serem observadas e registradas.
- Assegurar que cada profissional que realiza os exames, possa examinar de maneira igual (OMS 1999).

Espera-se assim, assegurar que os profissionais que participam da pesquisa, estejam bem informados e conscientes do seu papel no estudo.

A pesquisadora participou de um exercício de calibração no curso de especialização em Odontologia Social ministrado pelos professores do Departamento de Prática de Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública, no ano de 2000, tendo portanto, recebido um treinamento por profissionais experientes. Além disso, já havia participado de uma pesquisa epidemiológica de cárie, doenças periodontais e outras variáveis, em um município de São Paulo, no período do curso de especialização.

Para aumentar a confiabilidade do estudo foi realizado inicialmente, um exercício de calibração intra-examinador, afim de exercitar o diagnóstico das condições dentárias e periodontais segundo padrões e recomendações da OMS. Para isso, alguns dias antes dos exames realizados para a pesquisa, propriamente dita, foram examinadas 10 pessoas, com o intuito de realizar um treinamento dos critérios a serem aplicados.

Posteriormente, mais 20 pessoas foram examinadas e reexaminadas em momentos alternados, para garantir a uniformidade destes critérios e para a realização de mensurações desta calibração, foram utilizados os cálculos de Porcentagem Geral de Concordância e do Coeficiente Kappa. Foram portanto, examinadas nesta fase, ao todo, 10 adultos de 25 a 34 anos, que possuíam condições bucais diversas e 10 crianças entre 5-15 anos de idade, devidamente autorizadas pelos responsáveis e voluntárias. A discrepância entre os resultados não poderia ser muito grande, pois, assim o examinador não seria considerado apto para realizar o exame.

Os instrumentos, porcentagem geral de concordância (PGC) e coeficiente Kappa são utilizados para a mensuração da confiabilidade em levantamentos epidemiológicos. Como descreve FRIAS, 2000, a PGC é um dos cálculos mais simples para identificar e quantificar a concordância inter e intra-examinadores e, o Coeficiente Kappa, é a simples proporção de casos concordantes entre os observados, após removidos os casos atribuídos ao acaso.

É lógico que não existe um instrumento de medida perfeito, pois, a coleta de dados e a interpretação estão submetidas a alguns vieses, por isso, se faz necessária a aplicação da estatística para a aproximação dos resultados à realidade.

A porcentagem geral de concordância, que segundo a OMS deve estar na faixa de 85-95%, foi alcançada (ver Tabela 1).

O Coeficiente Kappa que ajusta as concordâncias atribuídas ao acaso, sendo recomendado para medir a confiabilidade em distribuições aleatórias de eventos, e que proporciona ao mesmo tempo uma testagem da significância estatística de concordância em pesquisas, foi calculado, e seguindo os parâmetros de interpretação propostos por LANDIS & KOCH, em 1977 (FRIAS, 2000), obteve-se uma quase perfeita concordância, como pode ser vista na Tabela 1. Esse valor permitiu prosseguir a pesquisa com confiabilidade dos resultados, os quais foram reafirmados

com exames em duplicidade, durante a aplicação da pesquisa e nova mensuração da confiabilidade.

TABELA 1 – Concordância na calibração, segundo condição de saúde bucal examinada, em indivíduos residentes na região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, 2002

CONDIÇÃO	Nº DE CÓDIGOS EXAMINADOS	Nº DIVERGÊNCIAS	PORCENTAGEM GERAL DE CONCORDÂNCIA	COEFICIENTE KAPPA
<i>CPO-D</i>	640	53	91,72%	0,89
<i>CPI</i>	120	14	88,33%	0,84

### *5.10 Exames em duplicidade*

Durante a realização do estudo, alguns exames foram realizados em duplicidade, pois, é indicado o reexame em aproximadamente 5 a 10% da população. Assim, das 212 pessoas examinadas no total da pesquisa (somando-se os moradores da Vila da Barra do Ribeira, Vila Itinguçu e Aldeia Paraíso), foram reexaminados 21 indivíduos.

Para mensurar a confiabilidade no momento da coleta de dados para a pesquisa, também foram utilizados como instrumentos de medida, a Porcentagem Geral de Concordância e o Coeficiente Kappa. Como mostra a Tabela 2, os valores encontrados mostram ter havido uma concordância quase perfeita, segundo os parâmetros de interpretação do coeficiente Kappa definidos por LANDIS & KOCH em 1977 (FRIAS, 2000) e uma aceitável e boa porcentagem geral de concordância.

Destas 21 pessoas, 4 da Vila Itinguçu, 1 índio da Aldeia Paraíso e 16 crianças da Vila da Barra do Ribeira, foram examinadas na fase inicial, no meio e na fase final da pesquisa, em momentos diferentes ao do primeiro exame. Estes indivíduos reexaminados foram selecionados pelo pessoal auxiliar, de maneira que o anotador não lembrasse do exame anterior para não comprometer a qualidade e validade do exame em duplicidade.

TABELA 2 – Concordância no reexame, segundo condição de saúde bucal examinada em indivíduos residentes na região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, 2003.

CONDIÇÃO	Nº DE CÓDIGOS EXAMINADOS	Nº DE DIVERGÊNCIAS	PORCENTAGEM	
			GERAL DE CONCORDÂNCIA	COEFICIENTE KAPPA
<i>CPO-D</i>	672	40	94,05%	0,92
<i>CPI</i>	126	17	86,51%	0,83

### 5.11 Realização dos exames

Pré-determinou-se o número máximo de exames a serem realizados por dia, considerando-se que o cansaço físico do examinador compromete a qualidade dos resultados.

O tempo médio gasto entre apresentação, exame, e questionário foi de 15 minutos por exame.

Os exames na Vila da Barra do Ribeira foram feitos no período de duas semanas, em dias alternados, pois, além da aplicação da pesquisa, foram ministradas palestras para estas crianças, sobre saúde bucal e prevenção (Figuras 16 – 19).

Na Vila Itinguçú, foram feitas duas visitas, em duas semanas consecutivas e, na Aldeia Paraíso, foram feitas três tentativas de encontrar moradores não examinados nas oportunidades anteriores. Depois, mesmo tendo sido pequeno o número de exame, optou-se por não insistir em continuar colhendo dados, respeitando suas vontades e costumes. Alguns destes habitantes, tanto da vila como da aldeia tem características muito rústicas, demonstrando um certo isolamento e desconfiança, talvez pela sua localização geográfica de zona rural, talvez pela descrença de que algo iria mudar com a atitude de participar de uma pesquisa ou mesmo, pela falta de interesse de modificar o seu dia-a-dia.

Para o grupo de moradores caiçaras e indígenas que optaram por participar do estudo, foram ministradas palestras, às vezes em moldes de uma amigável conversa: foram dadas instruções quanto aos problemas que atingem a cavidade bucal e suas implicações na saúde geral, de como preveni-las, assim como ensinar a prática de higienização bucal, considerando suas realidades (Figuras 20 - 21).

Escovas e pastas dentais, foram doadas aos moradores, e um pouco de material reserva foi deixado com a responsável do posto de saúde, para distribuir quando necessário e assim, ajudá-los na luta da prevenção. Também foi acordado com esta população que seria feito um trabalho preventivo de tempos em tempos, para que este esforço em educação em saúde bucal fosse se sedimentando. Contando, é claro, com seu interesse e participação.

Devido a distância e inviabilidade do acesso à unidade de saúde de Iguape para que pudessem realizar tratamentos odontológicos, especialmente para a população da Vila Itinguçú e Aldeia Paraíso, após a coleta de dados foram realizados procedimentos emergenciais e restaurações atraumáticas (com ionômero de vidro) nos casos em que houve necessidade, afim de se reduzir ao menos algumas situações de dor, cáries ativas e focos de infecções.



Figura 16 - Aula ministrada na escola da Costeira, Barra do Ribeira

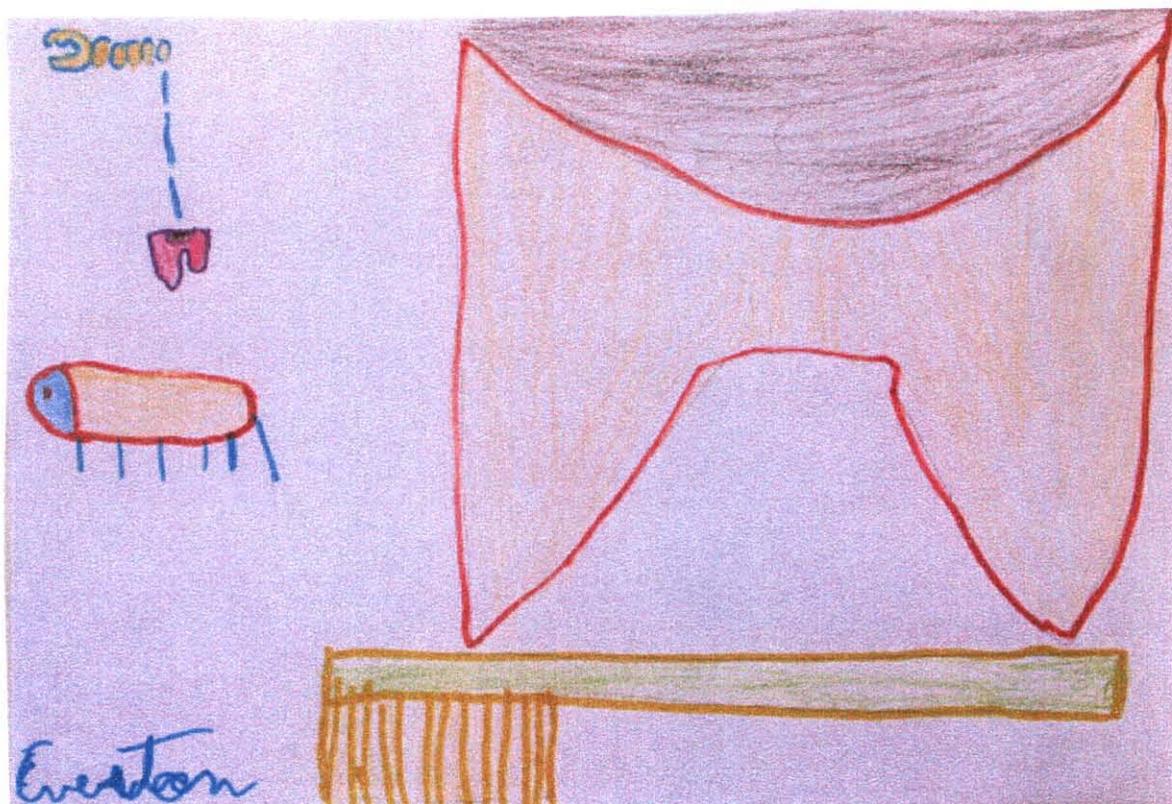


Figura 17 - Desenho feito por aluno da escola da Costeira



Figura 18 - Aula na escola da Vila Itinguçú



Figura 19 - Participação dos alunos em aula na escola da Vila Itinguçu

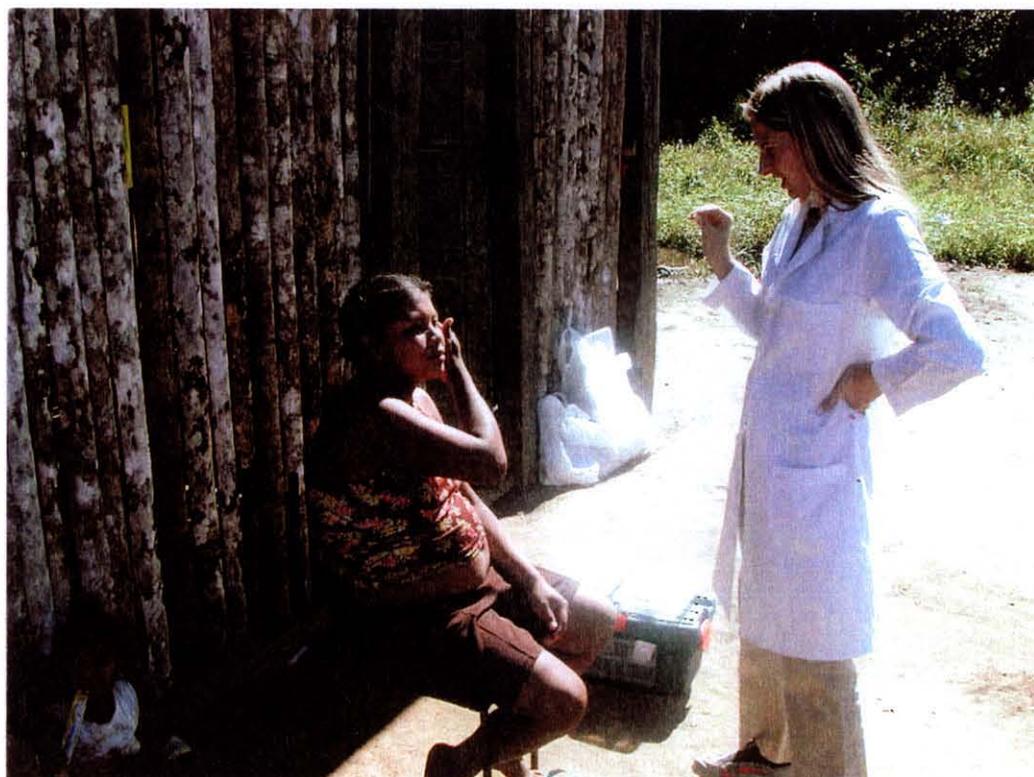


Figura 20 - Conversa sobre saúde bucal com a população indígena

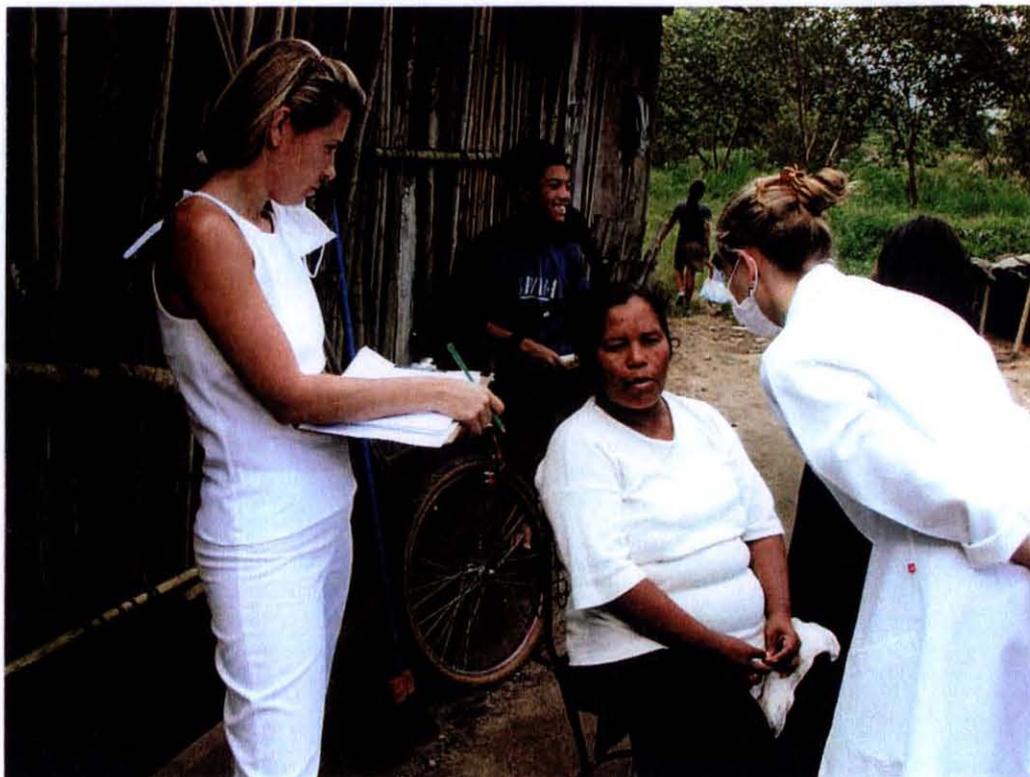


Figura 21 - Explicações sobre a pesquisa

### *5.12 Índices utilizados*

#### **Para cárie dentária:**

Para CHAVES (1986), “O estudo dos índices de cárie dentária reveste-se de características especiais, relacionadas com peculiaridades de sua história natural. Em um determinado momento após a erupção do dente no meio bucal, isto é, após a exposição ao risco de ataque, uma ou mais superfícies dentárias podem ser atacadas em um ou mais pontos, apresentando lesões cariosas denominadas cavidades. Tais lesões, produzidas nos tecidos duros dos dentes são permanentes e tendem a aumentar de tamanho e se aprofundar se abandonadas a seu próprio curso. Quando se interfere com a marcha da doença, isto é, quando a lesão é tratada pelo dentista, o trabalho por ele efetuado, de restauração da integridade da superfície da lesão dentária lesada, é identificável como sinal de doença anterior. Abandonadas ao seu

curso, as lesões de cárie tendem a coalescer, abrangendo porções progressivamente maiores da superfície atingida, envolvendo, depois, outras superfícies até a destruição total da coroa dentária. A destruição da coroa é seguida, muitas vezes, da destruição progressiva da raiz dentária, podendo chegar até a eliminação total da peça dentária, que desaparece completamente da cavidade bucal. A remoção da peça afetada poderá também ser executada pelo dentista por meios cirúrgicos, em qualquer fase da evolução da doença.”

O índice utilizado nesta fase foi o *CPO-D* (Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) e o *ceo-d* (Dentes decíduos cariados, perdidos e obturados).

Foram examinados e codificados todos os dentes da arcada dentária de acordo com a condição da coroa dentária e a respectiva necessidade de tratamento.

Utilizando a publicação da OMS de 1999, *Levantamentos básicos em saúde bucal*, deve-se seguir os seguintes critérios:

#### Códigos e conceitos para Índices CPO-D e ceo-D

CODIFICAÇÃO		CONDIÇÃO
Dentes decíduos	Dentes Permanentes	
Coroa	Coroa	
A	0	Hígido
B	1	Cariado
C	2	Restaurado, com cárie
D	3	Restaurado, sem cárie
E	4	Ausente, devido à cárie
-	5	Ausente, por outros motivos
F	6	Selante de fissura
G	7	Suporte para prótese, coroa/faceta
-	8	Dente não erupcionado
T	T	Traumatismo (fratura)
..... -	9	Não registrado

Fonte: *Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. WHO/ 4ª Ed. Livraria Santos, São Paulo, 1999 ( Tradução da OMS – Oral Health Surveys –Basic Methods, 1997).*

→ Um registro em cada campo, na ficha de avaliação, pertinente à condição coronária e necessidade de tratamento.

→ Os critérios para o diagnóstico desta codificação se encontram no Anexo 5.

### **Para doença periodontal:**

Foi utilizado o CPI (Community Periodontal Index; ou ICP, Índice Periodontal Comunitário, que é a nova designação dada ao CPITN, Índice Periodontal Comunitário de Necessidade de Tratamento), no manual de Levantamentos Básicos em Saúde Bucal (OMS, 1999).

Um índice epidemiológico adequado tem que ser fácil de utilizar, permitir o exame de um número grande de pessoas em curto espaço de tempo, definir de maneira objetiva os estados clínicos e ser de fácil entendimento e duplicação quando da aplicação por um ou mais pesquisadores (CARRANZA & NEWMAN, 2000).

O índice CPITN foi inicialmente concebido pela Organização Mundial de Saúde em conjunto com a Federação Odontológica Internacional para estabelecer uma padronização internacional de métodos de levantamento epidemiológico das doenças periodontais e possibilitar a comparação de resultados obtidos em diversas regiões do mundo (CAMPOS JR 1992).

AINAMO *et al*, em 1982, afirmaram que o CPITN facilita a avaliação rápida do estado médio da doença de um grupo da população, assim como as prevalências dos vários graus de envolvimento periodontal.

Segundo MARQUES (2000), em setembro de 1981, no Rio de Janeiro um grupo de estudos da OMS e FDI (Federação Dentária Internacional) propôs o uso do CPITN para estudos epidemiológicos. Inicialmente fora designado para o levantamento de necessidades de tratamento periodontal, mais do que para o estudo do estado de saúde-doença periodontal. Atualmente, a recomendação da OMS é a de avaliar as condições periodontais através dos códigos e critérios do CPITN, sem entretanto estabelecer as necessidades de tratamento. Nesta recomendação da OMS, publicada em 1997, o CPITN passa a ser denominado como CPI, sendo recomendado o uso deste índice para estudos epidemiológicos.

Na 4ª publicação da Organização Mundial de Saúde, *Levantamentos básicos em saúde bucal, 1999*, está descrita a metodologia para utilização do índice CPI:

→ Os indicadores da condição periodontal são: sangramento gengival, cálculo e bolsas periodontais.

→ Deve-se utilizar uma sonda especialmente idealizada para o CPI, que possui uma ponta esférica de 0,5 mm e uma faixa de demarcação entre 3,5 e 5,5 mm e anéis de demarcação em 8,5 e 11,5 mm, a contar da ponta esférica.

→ A boca deverá ser dividida em seis sextantes (18-14; 13-23; 24-28; 38-34; 33-43; 44-48, segundo classificação de dentes da FDI). Deverão ser usados como dentes índices:

- Para indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos:

16, 11, 26, 46, 31, 36

- Para indivíduos com idade maior ou igual a 20 anos:

17 e 16, 11, 26 e 27, 47 e 46, 31, 36 e 37

→ Caso não estejam presentes os dentes índices em determinados sextantes, todos os dentes remanescentes daquele sextante deverão ser examinados, e o valor mais alto apresentado por um dos dentes é aquele que deve ser registrado para o sextante. Não poderá ser classificada a superfície distal dos terceiros molares.

→ O dente índice deverá ser sondado para a determinação da profundidade da bolsa periodontal, para detecção de cálculos subgengivais e sangramento. Deve-se realizar o ato de sondagem delicadamente.

→ A sonda deverá ser inserida no sulco gengival ou na bolsa gengival, na superfície distovestibular do dente índice e deverá ser movimentada suavemente, com movimentos curtos, para cima e para baixo ao longo do sulco vestibular até a superfície mesial do dente. Depois, a sondagem deverá ser repetida pela superfície lingual do dente.

→ Códigos para os diagnósticos:

0. Hígido

1. Sangramento observado, diretamente ou pela utilização de um espelho clínico, após a sondagem
2. Cálculos detectados durante a sondagem, mas toda a faixa preta da sonda visível
3. Bolsa periodontal de 4-5 mm (margem gengival dentro da faixa preta da sonda)
4. Bolsa periodontal de 6 mm ou mais (faixa preta da sonda, não visível)

X. Sextante excluído (menos de dois dentes presentes)

9. Não registrado

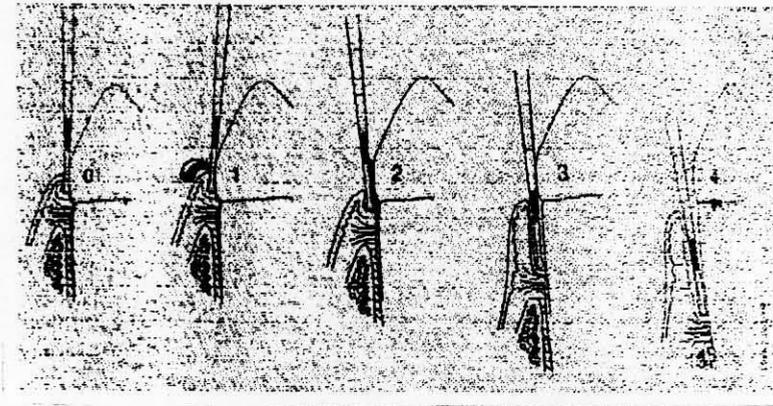


Figura 22 –Exemplos de codificação de acordo com o CPI

Fonte: OMS, 1999

### 5.13 Codificação de todas as variáveis estudadas

#### \* IDADE

descrita em anos completos

#### \* SEXO:

1. Masculino e 2. Feminino

#### \* COR: (caiças)

1. Branco 2. Pardo 3. Negro 4. Amarelo

#### \* CPO:

Σ Cariados, Perdidos e Obturados em dentes Permanentes

C - Cariados: 1 e 2

P - Perdidos: 4 e 5

O - Obturados: 3

#### \* ceo:

Σ cariados, perdidos e obturados em dentes Decíduos

c – Cariados: B e C

e – Extraídos

o – Obturados: D

\* CPI – Índice Comunitário Periodontal:

0, 1, 2, 3, 4, X e 9

\* ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO:

0. Nunca            1. Sim, já recebeu

\* INSTRUÇÃO DE HIGIENE BUCAL:

0. Nunca            1. Sim, já recebeu

\* FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO:

0. Não escova ou escova menos de 1x/dia

1. Escova 1x/dia

2. Escova 2 x/dia

3. Escova 3 x/dia

4. Escova 4 ou mais x/dia

\* USO DE FIO DENTAL E ENXAGUATÓRIO BUCAL:

ao menos algumas vezes/semana

0. Nunca usou

1. Usa fio dental

2. Usa enxaguatórios bucais

3. Usa fio dental e enxaguatório bucal

\* FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÊNICOS:

0. Menos de 1 x/dia (raramente ingere cariogênico; não toma café da manhã, ou pelo menos, não come pão, bolo, bolacha, etc, realiza somente as refeições normais sem muito carboidrato, não come doces e não come entre as refeições)

1. 1 x/dia (ingere pouco cariogênico; realiza as refeições normais, café da manhã, almoço e janta, comendo pão, bolacha ou bolo em algumas das refeições, porém, não come doces e não come entre as refeições)
2. 2 a 3 x/dia (ingere cariogênicos razoavelmente; realiza as refeições normais, café da manhã, almoço e janta, comendo pão, bolacha ou bolo em algumas das refeições, às vezes come doces e come entre as refeições)
3. 4 x ou mais/dia (ingere muito cariogênico; realiza as refeições normais comendo também carboidratos, pão, bolacha, bolo, etc, todo dia come doces e sempre entre as refeições)

Estes códigos foram divididos em categorias devido a relatividade que dificulta assegurar o número de ingestão diária de alimentos cariogênicos.

#### ***5.14 Tratamentos emergenciais e encaminhamento***

Como já foi mencionado, em acordo com a Secretaria de Saúde do Município foi recomendado que se fizesse o encaminhamento, verbalmente, ao serviço odontológico na Unidade Básica de Saúde de Iguape, das necessidades a serem tratadas.

Muitos dos habitantes, de ambas as regiões, não sabiam da existência deste benefício, no serviço de saúde pública do Município. Assim, foram esclarecidos e encaminhados, estando cientes de que os procedimentos emergenciais seriam na medida do possível solucionados e os tratamentos com seus devidos agendamentos seriam atendidos, conforme as prioridades do Município.

Devido a maior dificuldade de acesso das populações que residem dentro da Estação Ecológica (Vila Itinguçú e Aldeia Paraíso), alguns procedimentos foram realizados no momento da pesquisa pela pesquisadora nas condições possíveis. Contudo, muito ficou para ser realizado, uma vez que as necessidades e as nossas limitações são muitas. Procurou-se oferecer um ponto de partida .

#### ***5.15 Apresentação e análise dos resultados***

Este trabalho procurou descrever transversalmente a situação de cárie, doença periodontal, e de algumas variáveis que indicam condição de higiene bucal e ingestão de alimentos cariogênicos.

São apresentadas algumas médias com seus respectivos desvios padrão, números absolutos e relativos, e alguns testes de associações e de médias ( $X^2$  e t de student) entre algumas variáveis, com a pretensão de descrever apenas, a condição encontrada.

Para a construção do banco de dados e realização de cálculos foram utilizados os Programa Microsoft Excel e Epi-Info.

### ***5.16 Relatório de agradecimento***

Uma cópia deste trabalho será entregue ao Município com a intenção de mostrar a condição de saúde bucal encontrada, servindo de auxiliar em futuros levantamentos e na organização de ações para melhoria destas condições.

A prefeitura de Iguape demonstrou grande interesse e sua administração colaborou para a realização da pesquisa, porque entendeu a importância do trabalho, na melhoria do atendimento à saúde da população local.

Estaremos à disposição para ajuda-los em futuros planejamentos e ações.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo epidemiológico descritivo busca informar a distribuição e intensidade de uma determinada doença ou problema em uma população (PINTO 1994). Assim, pretendeu-se com este estudo mostrar a prevalência da cárie dentária e da doença periodontal, além de frequência de alguns hábitos de higiene e alimentares que estão direta ou indiretamente, contribuindo para o aumento ou prevenção de tais agravos na população em estudo, que pela primeira vez, foi mensurada quanto a estes aspectos.

Mesmo considerando reduzido o número de exames realizados, por causa do tamanho dos grupos desta população diante do nosso imenso e desigual país, espera-se que os dados encontrados ajudem a impulsionar novos estudos e preocupações com a saúde de grupos populacionais, pequenos e carentes, pois, é lentamente e a partir de um ponto inicial, que se começam mudanças. Espera-se que esta pequena contribuição resulte em um grande começo.

## Barra do Ribeira

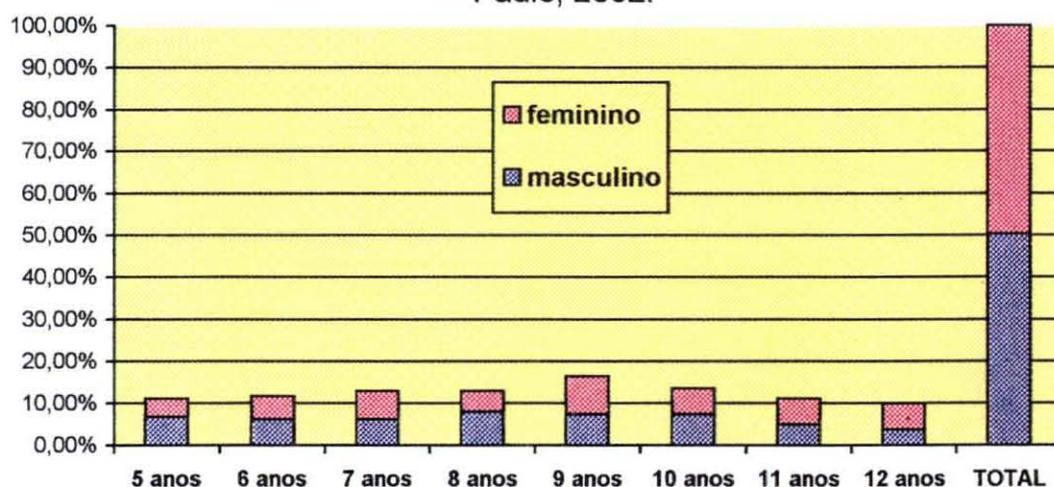
Considerando a população de aproximadamente 3 mil habitantes, residente na Vila da Barra do Ribeira, e definido que destes, 205 habitantes compreendem a faixa etária de 5 a 12 anos, e que em sua totalidade estão matriculados nas escolas locais, pode-se afirmar que 79,51% das crianças deste local, nesta faixa etária, foram examinadas.

Portanto, 163 crianças foram estudadas, 42 não participaram da pesquisa por terem faltado à escola no período de coleta de dados ou, não tiveram a autorização assinada pelos pais.

Das crianças examinadas, 50,31% eram do sexo masculino, sendo a distribuição proporcional segundo idade visualizada no Gráfico 1.

Em anexo (A-7) estão listadas tabelas com os números absolutos correspondentes que permitiram a construção dos vários gráficos que se seguem.

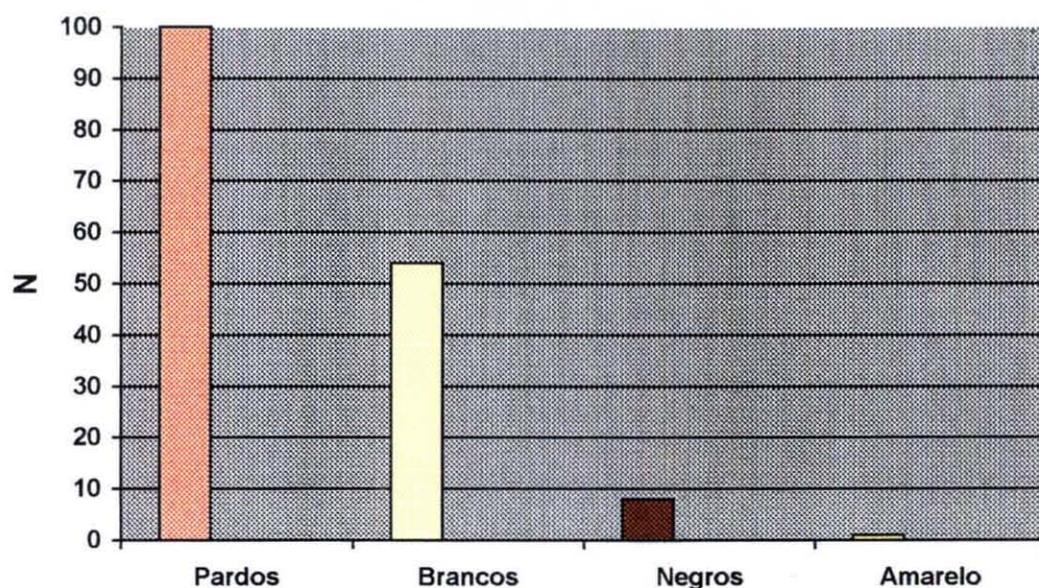
GRÁFICO 1- Distribuição percentual de crianças de 5 a 12 anos de idades, da Barra do Ribeira, segundo sexo, Juréia, São Paulo, 2002.



Foram examinadas respectivamente 18, 19, 21, 21, 27, 22, 18, 17 crianças nas idades de 5 a 12 anos, com uma proporção relativamente similar de meninos e meninas em cada idade.

O Gráfico 2 mostra a distribuição desta população de acordo com a cor. Observa-se que na maioria são pardos (61,35%), e negros representam apenas 4,91% das crianças. Há na região apenas uma criança de descendência oriental. Em anexo (A-7) encontra-se a Tabela A-7.2 com esta distribuição segundo idades.

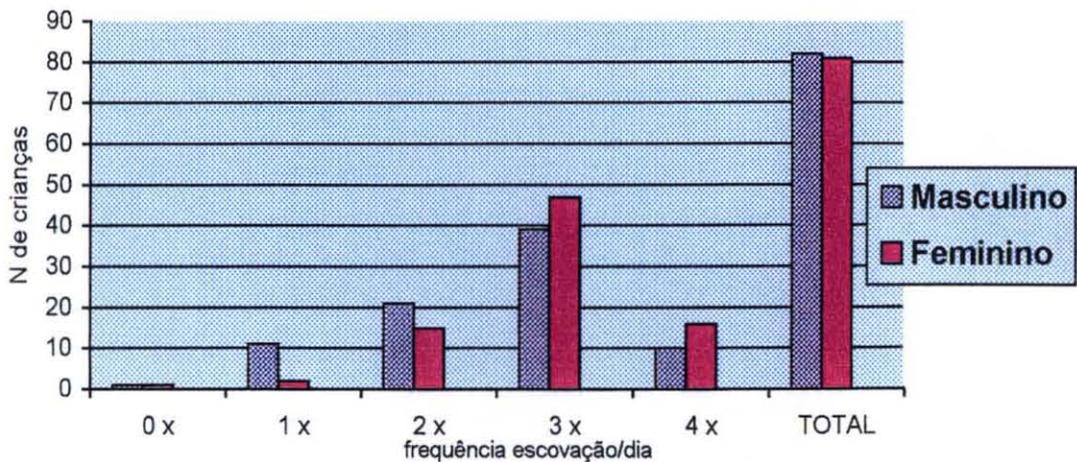
GRÁFICO 2 - Número de crianças de 5 a 12 anos de idade, da Barra do Ribeira, segundo cor, Juréia, São Paulo, 2002.



A partir do questionário, pôde-se elaborar algumas variáveis para fins descritivos de hábitos e costumes desta população, que de uma maneira análoga nos permite tecer associações com as condições encontradas nos dentes e gengivas.

A possibilidade de conhecer fatores de risco para a cárie dentária permitiria adequar os cuidados com a saúde bucal (PERES, 2000), fatores estes, que influenciam também no aparecimento da doença periodontal.

GRÁFICO 3 - Distribuição de frequência de escovação dental diária das crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, segundo sexo, Juréia, São Paulo, 2002.



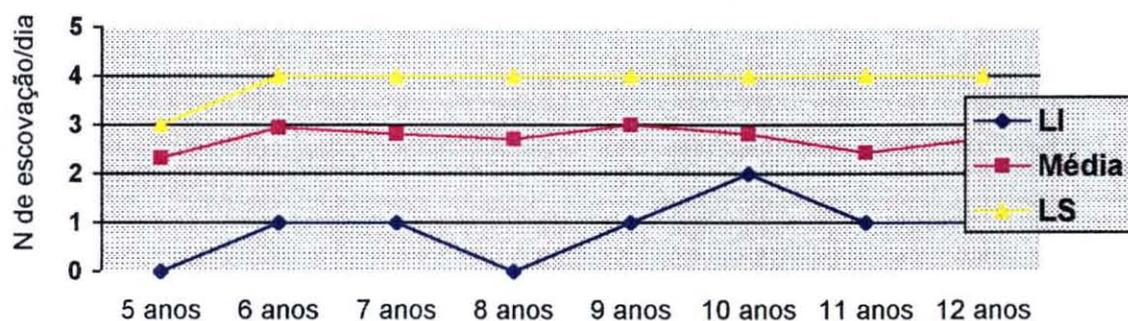
Sete crianças relataram que não possuíam escova de dente própria, dividiam a mesma escova com seus familiares e uma criança informou não haver escova de dente em sua casa.

Face ao questionamento de quantas vezes por dia escovavam os dentes, e presumindo verdadeira as respostas, verifica-se pelo Gráfico 3, que 86 crianças disseram escovar os dentes três vezes ao dia, o que define a moda neste grupo. Considerando que 88,34% destas crianças já receberam de alguma forma instrução de higiene bucal (Tabela A-7.3, em anexo), parece coerente que a moda se encontre neste valor levando-se em conta o viés de que é costume em nossa sociedade orientar os indivíduos a realizar a escovação dental três vezes ao dia. Segundo o relatado, 26 crianças escovam os dentes quatro vezes ou mais por dia, 36 escovam duas vezes ao dia, 13 promovem esta higienização apenas uma vez ao dia e 2 crianças relataram escovar raramente seus dentes. Estes valores perfazem uma média de escovação diária de pelo menos 2 vezes (Tabela 3), o que é razoável ao considerarmos o número de vezes em que esta população ingere alimentos cariogênicos por dia.

TABELA 3 – Média e respectivos desvio padrão, intervalo de confiança (Limites Superior e Inferior) e moda, da frequência de escovação, das crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.

IDADE	n	MÉDIA	D.P.	L. S.	L. I.	MODA
5	18	2.33	0.91	3.00	0.00	3.00
6	19	2.95	0.85	4.00	1.00	3.00
7	21	2.81	0.81	4.00	1.00	3.00
8	21	2.71	0.90	4.00	0.00	3.00
9	27	3.00	1.00	4.00	1.00	3.00
10	22	2.82	0.66	4.00	2.00	3.00
11	18	2.44	0.78	4.00	1.00	3.00
12	17	2.71	0.85	4.00	1.00	3.00

GRÁFICO 4 - Médias e Intervalos de Confiança da frequência de escovação para cada idade estudada, das crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.



Na maioria das idades não houve diferença estatística entre frequência de escovação, apenas, uma ligeira diferença ( $p < 0,05$ ) ocorreu nas idades: 5 e 6 anos ( $t=2,14$ ); 5 e 9 anos ( $t=2,28$ ); 5 e 10 ( $t=1,97$ ); 9 e 11 ( $t=2,0$ ).

TABELA 4 – Média, desvio padrão, limite superior e inferior e moda da frequência de escovação, das crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, segundo sexo, Juréia, São Paulo, 2002.

SEXO	n	MÉDIA	D. P.	L.S	L.I	MODA
Masculino	82	2.56	0.92	4.00	0.00	3.00
Feminino	81	2.93	0.77	4.00	0.00	3.00

De acordo com a Tabela 4, há diferença entre as médias de escovação entre os sexos, estatisticamente significativa pelo Teste t de student ( $t=2,77$ ;  $p<0,01$ ). As meninas escovam seus dentes mais freqüentemente que os meninos.

A maioria destas crianças parecem escovar seus dentes 3 vezes ao dia, porém, esta informação sobre a frequência de escovação não permite avaliar a qualidade desta escovação ou seja, se a técnica empregada está sendo eficiente como também, sua veracidade.

Para sabermos se houve alguma instrução quanto a higiene bucal, que indicaria que esta escovação estaria sendo feita sob alguma orientação prévia, recebida de algum profissional, estas crianças foram questionadas se em algum momento de suas vidas receberam, instrução, por um dentista ou profissional da área.

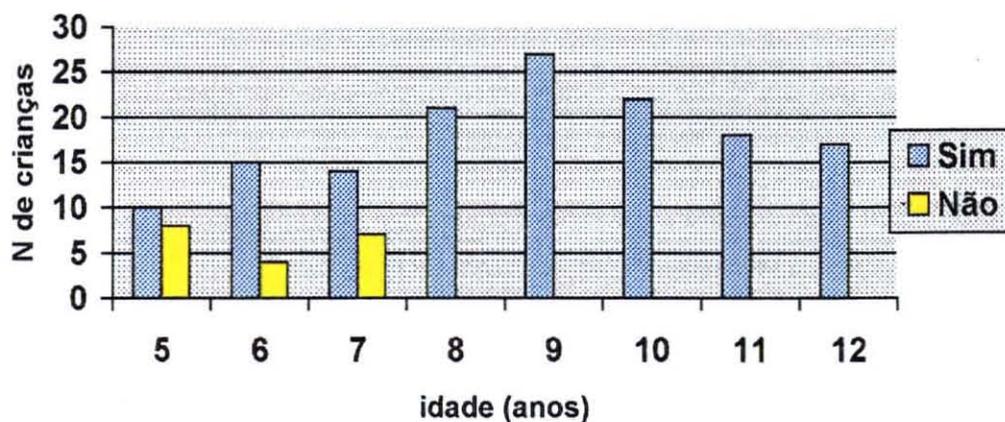
A Tabela 5 sugere que indivíduos que receberam em algum momento instruções sobre higiene bucal, têm em maior frequência, o hábito de escovar os dentes, em relação aos que nunca receberam orientação, e esta associação, é estatisticamente significativa (Teste do  $X^2$ : frequência de escovação de 1 x/dia,  $p<0,02$  e para as frequências de 2 a 4 x/dia,  $p<0,001$ ).

TABELA 5 – Distribuição de frequência de escovação dental diária praticada pelas crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, segundo Instrução de Higiene Bucal (IHB), Juréia, São Paulo, 2002.

IHB	FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO					TOTAL
	0	1	2	3	4	
SIM	1	11	33	76	23	144
NÃO	1	2	3	10	3	19
TOTAL	2	13	36	86	26	163

O gráfico 5, apresenta a frequência de instrução de higiene bucal segundo as idades estudadas.

GRÁFICO 5 - Número de crianças da Barra do Ribeira que receberam Instrução de Higiene Bucal, segundo idades, Juréia, São Paulo, 2002



Apenas 19 crianças com 5, 6 e 7 anos de idade relataram nunca ter recebido IHB. Portanto, observa-se que, seguramente, que a maioria destas crianças já recebeu Instrução de Higiene Bucal em algum momento de suas vidas. Possivelmente, estas orientações para a grande maioria das crianças, foram dadas em palestras nas escolas, ministradas por alguns dentistas que estão trabalhando na rede básica de saúde do Município. E talvez estas crianças que não receberam instruções, tenham ingressado recentemente na escola.

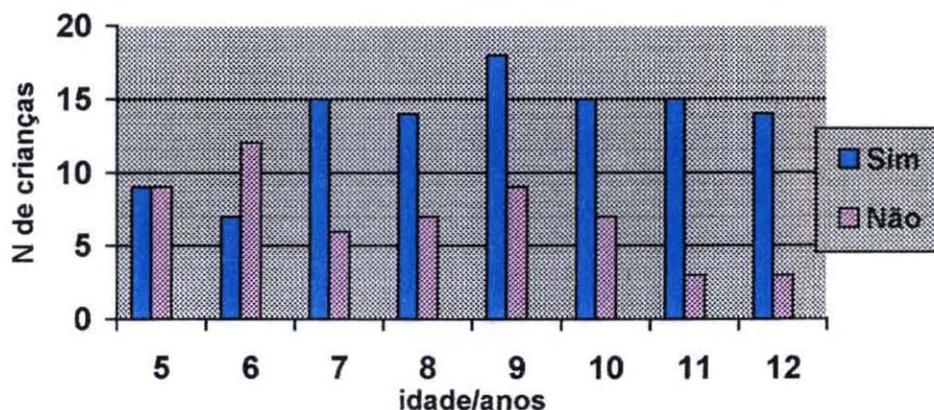
TABELA 6 – Distribuição das crianças de 5 a 12 anos de idade da Barra do Ribeira, segundo Atendimento Odontológico e Instrução de Higiene Bucal, São Paulo, 2002.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	INSTRUÇÃO DE HIGIENE BUCAL		TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	102	5	107
NÃO	42	14	56
TOTAL	144	19	163

Os dados da tabela 6, mostram que da população examinada, 107 crianças (65,64%) desta vila, já receberam algum tipo de atendimento odontológico, e destas crianças, 95,33% receberam instruções sobre higiene bucal de um profissional. Cinco crianças (4,67%), porém, passaram por algum tipo de atendimento e nunca receberam nenhuma orientação em higiene bucal. Estes atendimentos em que não houve a preocupação em instruir a criança, podem ter sido tratamentos em situações emergenciais.

O  $\chi^2$  foi aplicado para testar a existência de associação entre instrução de higiene bucal e atendimento odontológico, e o resultado foi de  $\chi^2 = 14,74$ . Ou seja, as crianças que passaram por atendimento odontológico, receberam mais IHB dos que as que não receberam, e esta diferença foi estatisticamente significativa com  $p < 0,001$ .

GRÁFICO 6 - Número de crianças da Barra do Ribeira que receberam algum tipo de Atendimento Odontológico, segundo a idade, Juréia, São Paulo, 2002.



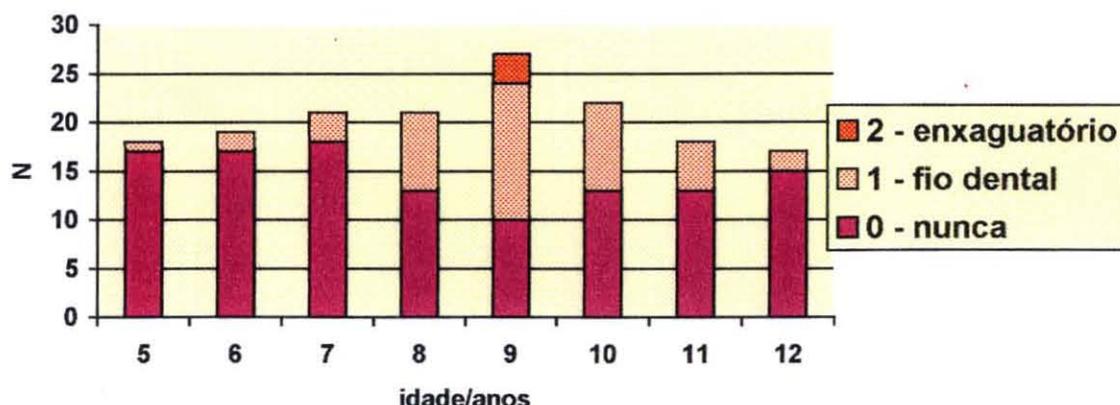
Em relação as crianças estudadas, 56 (34,36%) nunca receberam assistência, o que denota que estas crianças nunca tiveram acesso aos cuidados de um profissional dentista, seja por razões financeiras, de viabilização, ou até por falta de informação por parte dos pais, não permitindo-lhes o acesso ao direito de cuidado com sua saúde bucal.

Mesmo as 107 crianças que já receberam algum tipo de atendimento odontológico não estão asseguradas quanto a saúde bucal, pois, alguns destes atendimentos foram somente emergenciais, portanto este dado não pode auxiliar na avaliação da qualidade da assistência prestada pelo Município, e apenas pode mostrar, a quantidade de crianças que em algum momento receberam atendimento por parte privada ou pública dentro do Município.

Entre as crianças que já receberam atendimento odontológico, apenas 14,95% (16 crianças) estavam livres de cárie, e entre as que nunca receberam assistência, 32,14% estavam livres de cárie.

Quanto ao uso de fio dental e enxaguatório bucal diariamente ou mesmo, eventualmente:

GRÁFICO 7 - Número de crianças da Barra do Ribeira, de acordo com o Uso de Fio dental e Enxaguatório Bucal, segundo a idade, Juréia, São Paulo, 2002.



Pelo Gráfico 7 pode-se observar que a maioria das crianças (71,17%) não utiliza fio dental ou enxaguatório bucal para complementação da higiene bucal. Este número é igualmente grande para todas as idades. Porém, aos 9 anos de idade, há uma parcela maior de crianças que fazem o uso de fio dental e ainda há algumas que relataram usar eventualmente algum enxaguatório bucal. Como não foi indagado o porque dessa situação, pode-se pensar como hipótese que poderia ser por causa de alguma palestra dada em sala de aula, que tenha enfatizado sobre o uso de fio dental.

Pela Tabela 7, nota-se que, quarenta e quatro crianças disseram usar eventualmente ou não, o fio dental, e três crianças afirmaram usar enxaguatório bucal. Nenhuma criança relatou ter hábito de usar fio e enxaguatório bucal simultaneamente.

TABELA 7– Distribuição das crianças da Barra do Ribeira, de 5 a 12 anos, segundo instrução de higiene bucal e uso de fio e/ou enxaguatórios bucais, Juréia, São Paulo, 2002.

INSTRUÇÃO DE HIGIENE ORAL	USO DE FIO E/OU ENXAGUATÓRIO DENTAL				TOTAL
	0 (nenhum)	1 (fio dental)	2 (enxag.bucal)	3 (ambos)	
SIM	98	43	3	-	144
NÃO	18	1	-	-	19
TOTAL	116	44	3	-	163

Segundo o teste de associação do  $X^2$  aplicado (5,82 e  $p < 0,02$ ) há associação entre receber IHB e fazer uso do fio dental. Ou seja, é mais freqüente o uso de fio dental entre aqueles que receberam IHB, do que entre os que não receberam IHB.

O uso de fio dental não é muito difundido, talvez isto aconteça devido a falta de informação associadas à condição financeira, que prioriza o consumo de coisas que a população julga mais essencial, ou por razões culturais..

Com o intuito de investigar o hábito de consumo diário de alimentos cariogênicos, a população foi questionada sobre o que comem pela manhã, no almoço e no jantar, e se comem em horários além destes habituais, que tipo de alimento ingerem. Estes dados foram colhidos com a preocupação de se analisar somente a freqüência de ingestão de alimentos cariogênicos. Assim, desta pergunta foi elaborada esta variável, de acordo com o número de vezes que as crianças ingerem estes alimentos por dia.

Segundo FERREIRA 2000, nas décadas de 1940 e 1950 ficou definitivamente estabelecida, a relação entre a dieta e cárie dentária, destacando-se o papel da sacarose e as freqüências de sua ingestão, pois, os alimentos uma vez metabolizados anaerobicamente pelos microorganismos da placa bacteriana, dão origem ao ácido láctico que ataca o esmalte dentário, desmineralizando-o. Sendo assim, os fatores que

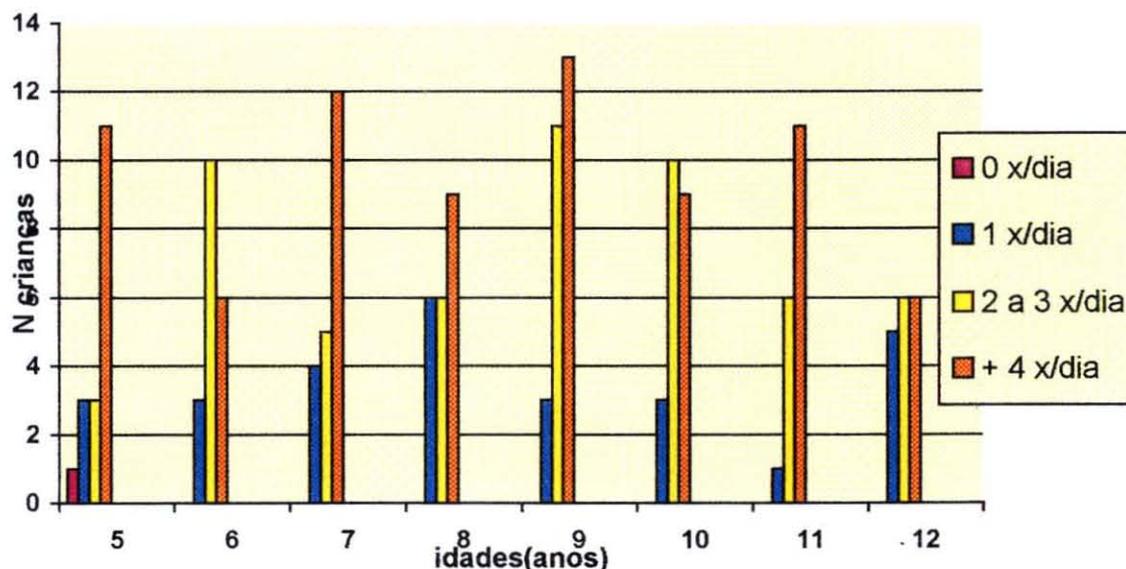
tornam um alimento cariogênico são as dietas ricas em produtos refinados, especialmente doces e massas, a adesividade ou consistência pegajosa dos alimentos e a ingestão de açúcares entre as refeições, ou seja, sua frequência de ingestão.

Foram estes critérios que orientaram a codificação desta variável:

0 = ingerir cariogênicos menos de 1 vez ao dia; 1 = ingerir 1 vez ao dia; 2 = ingerir de 2 a 3 vezes ao dia e 3 = ingerir 4 ou mais vezes ao dia.

Pela dificuldade de se categorizar, por obtermos, respostas relativas, ou por haver variações na alimentação conforme o dia, seguimos como orientação na codificação, respectivamente: raramente ingerem cariogênicos, ingerem pouco cariogênicos por dia, ingerem razoavelmente ou ingerem muito.

GRÁFICO 8 - Distribuição das crianças de 5 a 12 anos de idade da Barra do Ribeira, segundo ingestão diária de alimentos cariogênicos, Juréia, São Paulo, 2002.



Em todas as idades estudadas ficou evidenciado que na maioria estas crianças ingerem uma média considerável de alimentos cariogênicos/dia.

De acordo com o Gráfico 8, na população examinada, 47,24% relatou ingerir 4 ou mais vezes ao dia algum tipo de carboidrato, especialmente a sacarose; assim sendo, estes produtos são ingeridos fora dos horários de refeições, fator de grande importância para o risco de cárie dentária, uma vez que a produção de ácidos desmineralizantes que atacam a estrutura dental ocorre mais de três vezes ao dia, e a higienização da cavidade bucal ocorre na maioria das vezes até três vezes ao dia, e após as refeições, limitando o fator de proteção proporcionado pela escovação bucal. E por consequência aumentando o risco de ocorrência da cárie.

Segundo trabalho realizado por PERES et al 2000, o hábito de consumo de produtos cariogênicos, especialmente quanto à sua frequência, parecem ser, no desenvolvimento do processo carioso, o fator comportamental mais aceito e comprovado, principalmente, se este hábito é frequente entre as refeições. Assim, esforços no sentido de mudança desses hábitos constituem-se em importantes desafios.

TABELA 8 – Distribuição de frequência de escovação dental segundo ingestão de alimentos cariogênicos/dia, das crianças de 5 a 12 anos de idade da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.

FREQ. DE ESCOVAÇÃO	FREQ. ALIMENTOS CARIOGÊNICOS				TOTAL
	0 (menos de 1x/dia)	1 (1 x/dia)	2 (2 a 3 x/dia)	3 (4 ou + x/dia)	
0	-	1	-	1	2
1	-	2	5	6	13
2	-	6	9	21	36
3	1	16	34	35	86
4 ou +	-	3	9	14	26
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>57</b>	<b>77</b>	<b>163</b>

Como se observa-se na Tabela 8, entre as crianças que ingerem 4 ou mais x/dia alimentos cariogênicos, apenas 14 (ou 18,18%) referiram praticar a escovação de 4 ou mais x/dia, o que seria o ideal e, as 63 crianças restantes (81,82%) escovam 3 ou menos x/dia (diferença estatisticamente significativa com  $p < 0,001$ ).

Novos estudos sobre a relação entre cárie dentária, doença periodontal e os seus determinantes, com os diferentes aspectos da vida dos indivíduos, deveriam ser realizados, com o intuito de se conhecer fatores predisponentes da doença e contribuir para a implantação de medidas de promoção da saúde bucal, buscando melhorar a qualidade de vida da população (PERES 2000).

Deve-se lembrar que, as condições genéticas que levam a predisposição ou a proteção dos dentes ao ataque da cárie dentária ou surgimento das doenças periodontais, influenciam favoravelmente ou não a ocorrência destes agravos.

Apesar da influência dos fatores de susceptibilidade à patologias bucais, nestas idades estudadas, existem 18 meninos e 15 meninas livres de cárie dentária (Tabela 9).

Das 163 crianças examinadas, 20,24% estão livres de cárie. Todas estas crianças com CPO e ceo igual a zero, já receberam em algum momento, Instrução de Higiene Bucal, e relataram na maioria, ter como costume ingerir cariogênicos no mínimo o mesmo número de vezes que escovam os dentes por dia. Ou seja, estão sob um fator de proteção proporcionado pela higienização, mesmo com o hábito de ingerir alimentos com poder de cariogenicidade todos os dias.

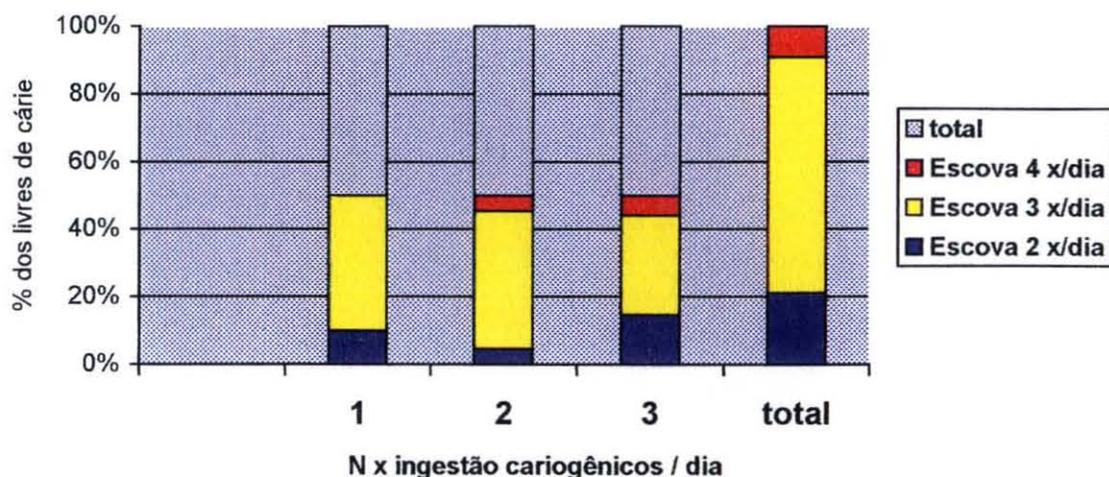
Porém, segundo as metas da OMS para o ano de 2000, o esperado é que pelo menos, 50% das crianças de 5 e 6 anos de idade estivessem livres de cárie (NARVAI, 2002), e de acordo com o encontrado apenas aproximadamente 16% das crianças com esta idade não apresentavam cáries, o que demonstra que muito esforço deve ser feito para alcançar um nível melhor de integridade dental destas crianças.

TABELA 9 – Distribuição de Frequência (absoluta e relativa) das crianças livres de cárie, da Barra do Ribeira, segundo idade e sexo, Juréia, São Paulo, 2002.

IDADES / SEXO		LIVRES DE CÁRIE		
		n	n	%
5 anos	♂	11	1	9,09
	♀	7	2	28,57
6 anos	♂	10	2	20,00
	♀	9	1	11,11
7 anos	♂	10	2	20,00
	♀	11	3	27,27
8 anos	♂	13	4	30,77
	♀	8	-	-
9 anos	♂	12	2	16,67
	♀	15	2	13,33
10 anos	♂	12	4	33,33
	♀	10	2	20,00
11 anos	♂	8	-	-
	♀	10	2	20,00
12 anos	♂	6	3	50,00
	♀	11	3	27,27
TOTAL	♂	82	18	21,95
	♀	81	15	18,52

A maioria destas crianças escova os dentes pelo menos 3 vezes ao dia e apenas um pequeno número destas crianças livres de cárie, ingerem alimentos cariogênicos 3 vezes ou mais por dia e escovam 2 vezes (Gráfico 9). Isto indica que além dos fatores genéticos de proteção que estas crianças estão submetidas, elas ainda contribuem com a prática de cuidados locais, conscientemente ou não, o que diminui sua susceptibilidade à cárie.

GRÁFICO 9 - Distribuição percentual das crianças livres de cárie segundo escovação diária e frequência de ingestão de alimentos cariogênicos diária, da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002



► Condições do periodonto encontradas de acordo com o Índice CPI:

De acordo com o índice (CPI) pode-se observar (Tabela 10) que em todas as idades há um número relevante de sextantes que apresentam algum grau de alteração periodontal. Considerando-se apenas os sextantes incluídos no exame, ou seja, registrados, aos 5 anos de idade, dos 16 sextantes examinados, 37,50% dos sextantes tem sangramento e/ou cálculo gengival. Aos 6 anos de idade, dos 81 sextantes, 45,68% apresentam estas alterações periodontais. As crianças de 7 anos apresentaram 40,68% dos sextantes afetados e aos 8, 9, 10, 11 e 12 foi notado que, desconsiderando os sextantes não registrados ou nulos 38,71%, 34,16%, 37,88%, 50,93% e 39,58% respectivamente, dos sextantes examinados, estavam com sangramento gengival ou cálculo.

TABELA 10 – Distribuição dos sextantes das crianças de 5 a 12 anos de idade, da Barra do Ribeira, segundo Índice CPI, Juréia, São Paulo, 2002.

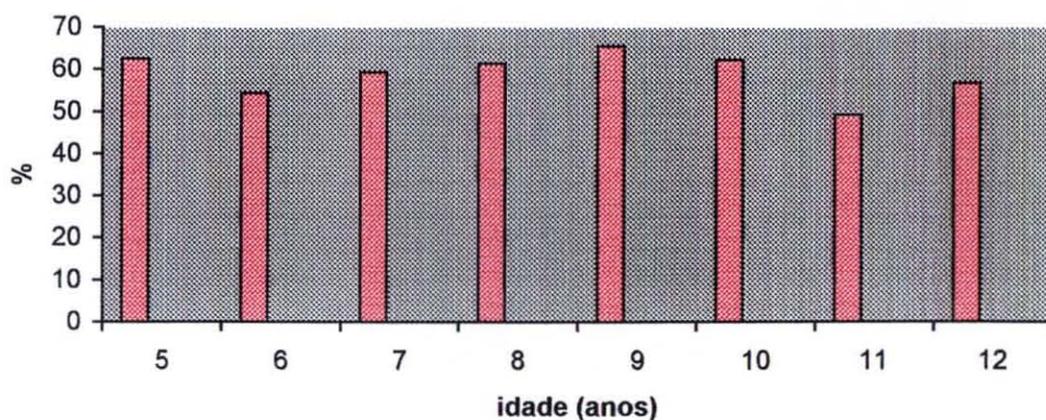
CPI	IDADES								TOTAL
	5	6	7	8	9	10	11	12	
	n	n	n	n	n	n	n	n	
0	10	44	70	76	106	82	53	58	499
1	3	16	24	20	19	9	25	9	125
2	3	21	24	28	36	41	30	29	212
9	92	33	8	2	0	0	0	6	141
X	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	108	114	126	126	162	132	108	102	978

n = sextantes; 0 = sadio; 1 = com sangramento; 2 = com tártaro; 9 = não registrados; X = nulos.

O código do Índice CPI que indica o não registro foi aplicado aos sextantes em que não haviam os dentes permanentes índices erupcionados, impossibilitando a avaliação periodontal, portanto, 85,19% dos sextantes das crianças de 5 anos, receberam esta codificação, valor que tende a diminuir com a idade, pela erupção dos permanentes. Aos 12 anos, em uma criança que usava aparelho ortodôntico, foi aplicado este código, pela presença dos braquetes que limitam o exame.

A maioria destas alterações ocorreu por motivo de acúmulo de tártaro, o que torna mais problemática sua solução, pois, uma vez maturada a placa bacteriana em tártaro, sua remoção fica mais difícil, havendo então, a necessidade de que um profissional o faça, limitando o trabalho educacional de orientação apenas a não permitir que este quadro se agrave.

GRÁFICO 10 - Percentual de sextantes sadios em relação aos sextantes examinados nas crianças da Barra do Ribeira, segundo idade, Juréia, São Paulo, 2002



Considerando os sextantes registrados em todas as idades, há em torno de 50% a 60% dos sextantes hígidos, como se observa no Gráfico 10., sendo a idade de 11 anos a que apresenta o menor percentual (49%).

Segundo a “meta da OMS” delineada para o ano de 2010 (ver Anexo 5), apesar de não oficializada pela organização (NARVAI 2002), aconselha-se que aos 15 anos as crianças tenham no máximo 1 sextante com  $CPI = 1$  ou 2, ou seja, que no máximo 1 sextante por pessoa tenha alterações periodontais do tipo sangramento gengival ou tártaro. E estas crianças que nem chegaram aos 15 anos de idade já apresentam em média, de 2 a 3 sextantes, com alterações periodontais. Assim sendo, se não for feito um trabalho de orientação preventiva sobre a importância do cuidado com o periodonto, especificamente com a gengiva, estas crianças estão bem longe da saúde periodontal ideal, ou ao menos aceitável.

Ainda porque, de acordo com STIZ 2000, a associação da idade com a doença periodontal já se encontra substancialmente, registrada na literatura. CARRANZA 1992, assevera que a prevalência da doença periodontal aumenta diretamente com o aumento da idade.

Para CAMPOS Jr 1992, as variáveis que interferem no índice CPITN são: idade, classe sócio-econômica e escolaridade.

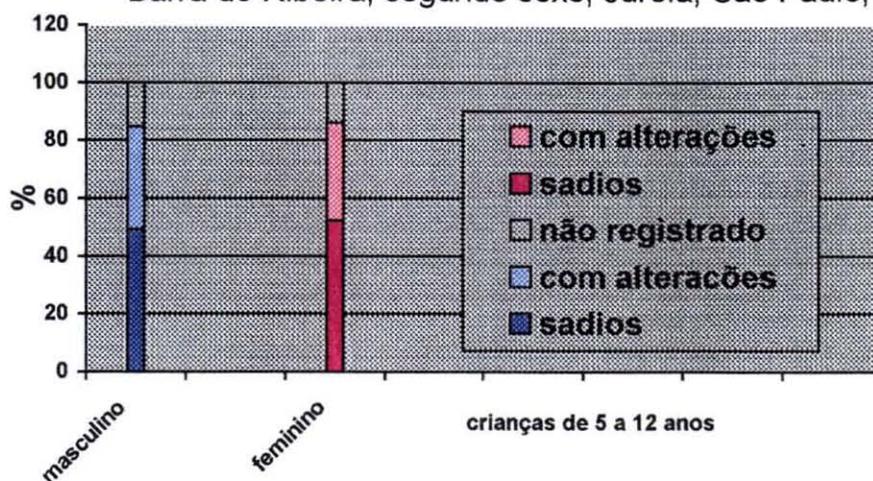
Especialmente, neste grupo estudado, não se nota um aumento linear com a idade, talvez pela faixa etária de inclusão neste estudo e pelo reduzido número de crianças em cada idade. Porém, num estudo realizado por STIZ 2000, em Camburiú, cidade também litorânea, em Santa Catarina, com a mesma faixa etária estudada, de 5 a 12 anos, ficou evidenciado, o aumento da doença periodontal com a idade. Somando-se todas as idades, 55,30% dos sextantes estudados estavam sadios, um pouco inferior ao de nosso estudo que ficou em torno de 60% (Gráfico 11). Portanto, ambas demonstrando um grau inadequado de saúde periodontal.

Parece pertinente estabelecer que a doença periodontal não se comporta de maneira linear ao longo do tempo, nem tampouco atinge a população de forma semelhante para todos os indivíduos (CAMPOS JR 1992).

Segundo, STIZ 2000, a doença periodontal é citada na literatura como mais freqüente nos homens que nas mulheres. Porém, no estudo deste autor, em Camburiú, S.C., ficou evidenciado em relação ao sexo, que a distribuição da doença periodontal ocorreu de forma semelhante entre meninos e meninas.

E não houve muita diferença de condição periodontal entre os sexos, das crianças da Barra do Ribeira. As meninas apresentam um percentual um pouco melhor de sextantes sadios, porém, que não chega a 5%, como se nota no Gráfico 12. Entretanto, é bom frisar que as alterações ocorridas nestes grupos etários relacionam-se com a gengiva sem afetar ainda os tecidos ósseos.

GRÁFICO 11 - Percentual de sextantes sadios e com alterações periodontais das crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira, segundo sexo, Juréia, São Paulo, 2002



Ciente desta situação, espera-se que esforços sejam feitos e que as palestras que foram dadas no decorrer desta pesquisa, ajudem na conscientização e na melhoria da condição periodontal desta jovem população, para que os agravos causados por estas patologias não evoluam e tragam conseqüências irreversíveis para a saúde bucal destes caiçaras.

► Cárie dentária e Necessidade de tratamento causadas por cáries nos dentes decíduos desta população, utilizando-se o Índice ceo – d e CPO-D.

TABELA 11 - Número de dentes decíduos hígidos, cariados, extraídos e obturados, segundo idade, nas crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.

IDADE	n(crianças)	n (dentes)	h	c	e	o	<i>ceo</i>
5	18	344	262	79	2	1	<b>82</b>
6	19	306	240	61	1	4	<b>66</b>
7	21	295	220	55	3	17	<b>75</b>
8	21	253	170	71	3	9	<b>83</b>
9	27	263	199	54	-	10	<b>64</b>
10	22	143	98	39	1	5	<b>45</b>
11	18	34	14	16	3	1	<b>20</b>
12	17	3	-	1	1	1	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>1641</b>	<b>1203</b>	<b>376</b>	<b>14</b>	<b>48</b>	<b>438</b>
<b>%</b>	<b>-</b>	<b>100,00</b>	<b>73,31</b>	<b>22,91</b>	<b>0,85</b>	<b>2,93</b>	<b>26,69</b>

TABELA 12 – Média dos componentes do índice ceo, segundo idade, nas crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.

IDADE	n	c	e	o	ceo	DP
5	18	4,39	0,11	0,06	4,56	3,73
6	19	3,21	0,05	0,21	3,47	3,34
7	21	2,62	0,14	0,81	3,57	3,17
8	21	3,38	0,14	0,43	3,95	2,99
9	27	2,00	-	0,37	2,37	2,10
10	22	1,77	0,05	0,23	2,05	2,61
11	18	0,89	0,17	0,05	1,11	1,60
12	17	0,06	0,06	0,06	0,18	0,73

TABELA 13 - Distribuição de frequência dos valores do índice ceo, segundo idade, nas crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.

		IDADES							
ceo		5	6	7	8	9	10	11	12
0	n	3	5	7	4	6	10	10	16
	%	16,66	26,32	33,33	19,05	22,23	45,45	55,55	94,12
1	n	1	3	1	1	3	2	3	-
	%	5,56	15,79	4,76	4,76	11,11	9,10	16,66	
2	n	2	1	1	1	7	2	1	-
	%	11,11	5,26	4,76	4,76	25,93	9,10	5,56	
3	n	4	2	1	6	6	3	2	1
	%	22,21	10,53	4,76	28,57	22,22	13,63	11,11	5,88
4	n	1	1	2	1	2	2	1	-
	%	5,56	5,26	9,52	4,76	7,41	9,10	5,56	
5	n	-	1	-	1	-	-	1	-
	%		5,26		4,76			5,56	
6	n	1	2	5	1	1	1	-	-
	%	5,56	10,53	23,81	4,76	3,70	4,54		
7	n	1	-	2	2	1	1	-	-
	%	5,56		9,54	9,54	3,70	4,54		
8	n	-	3	1	3	1	-	-	-
	%		15,79	4,76	14,28	3,70			
9	n	3	-	1	1	-	1	-	-
	%	16,66		4,76	4,76		4,54		
10	n	1	1	-	-	-	-	-	-
	%	5,56	5,26						
11	n	1	-	-	-	-	-	-	-
	%	5,56							

TABELA 14 – Composição percentual dos componentes do índice ceo, segundo idade, em crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.

IDADE	n	c (%)	e (%)	o (%)	ceo (%)
5	18	96,34	2,44	1,22	100,00
6	19	92,42	1,52	6,06	100,00
7	21	73,33	4,00	22,67	100,00
8	21	85,54	3,62	10,84	100,00
9	27	84,38	-	15,62	100,00
10	22	86,67	2,22	11,11	100,00
11	18	80,00	15,00	5,00	100,00
12	17	33,34	33,33	33,33	100,00

Dos 1641 dentes decíduos observados, 73,31% estavam hígidos e 26,69% dos dentes apresentavam-se cariados, obturados ou com extração (Tabela 11).

Foi detectado um pequeno número de dentes restaurados, o que indica que poucos atendimentos curativos e/ou tratamentos foram realizados no Município, para as crianças da Barra do Ribeira, menos nestes grupos etários.

As crianças com 5, 6 e 7 anos apresentaram ceo > 3, aos 8, 9 10 o ceo estava >2, e aos 11 e 12 anos o índice era menor que 2, porém, sabe-se que nesta idades o número de dentes decíduos é menor, tendenciando a uma valor de ceo baixo, o contrário do que ocorre com a dentição permanente.

Observando-se os números do Índice ceo identificados nas crianças da Barra do Ribeira, em relação aos números encontrados no Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal de Cárie Dental realizado em São Paulo, 1996 com as mesmas idades (Ministério da Saúde, 1996), percebe-se que a condição das coroas dentárias dos dentes decíduos destas crianças caiçaras em grande número está comprometida com a doença cárie.

RONG WS et al (2003) relata que na China, a cárie dentária também é um grande problema em crianças, especialmente, moradoras de áreas rurais, por não haver programas de prevenção e por causa de muitas delas não escovarem os dentes devido a uma pobre atitude dos seus pais em relação a higiene dental.

No Levantamento Epidemiológico Nacional de 1996, foram encontrados em São Paulo, capital, respectivamente dos 6 aos 12 anos de idade, o índice ceo de 2,14; 2,52; 2,28; 2,13; 1,62; 0,83; 0,38. Nota-se na Tabela 12, que na Barra do Ribeira, no ano de 2002, com exceção da pequena diferença aos 12 anos, em todas as idades, foi encontrado um valor ceo maior. Assim sendo, 6 anos após o Levantamento Nacional, ainda encontramos valores de índice de cárie mais altos, como o da Barra do Ribeira.

Espera-se que hoje, em São Paulo, assim como em todo o Brasil, estes números sejam menores ainda. Recentemente, foi realizado um novo Levantamento Nacional em Saúde Bucal, porém, os dados estão em fase de tabulação, e ainda não estão disponíveis no Ministério da Saúde para uma comparação.

Considerando-se a importância na preservação da dentição decidua para a manutenção do espaço da dentição permanente, e para permitir uma adequada mastigação e desenvolvimento ósseo e muscular nestas crianças, é importante que se dispense maior atenção para educação em saúde bucal, e quanto mais recente ocorrer esta intervenção, maiores efeitos benéficos serão conseguidos, nesta pequena população.

O Índice CPO-D, das crianças de 5 a 12 anos da região da Barra do Ribeira, estão expressos nas tabelas 15,16,17,18.

TABELA 15 – Número de dentes permanentes hígidos, cariados, perdidos e obturados, segundo idade, em crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.

IDADE	n(crianças)	n(dentes)	H	C	P	O	CPO
5	18	23	19	4	-	-	4
6	19	111	99	12	-	-	12
7	21	187	171	16	-	-	16
8	21	241	221	18	-	2	20
9	27	370	334	29	-	7	36
10	22	362	326	31	-	5	36
11	18	409	352	51	6	-	57
12	17	436	395	33	8	-	41
<b>TOTAL</b>	163	2139	1917	194	14	14	222
%	-	100,00	89,62	9,08	0,65	0,65	10,38

TABELA 16 – Média dos componentes do índice CPO-D e respectivos Desvios Padrões, segundo idade nas crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.

IDADE	n	C	P	O	CPO	DP
5	18	0,22	-	-	0,22	0,73
6	19	0,63	-	-	0,63	1,01
7	21	0,76	-	-	0,76	1,79
8	21	0,86	-	0,09	0,95	1,66
9	27	1,07	-	0,26	1,33	1,24
10	22	1,41	-	0,23	1,64	1,79
11	18	2,83	0,33	-	3,16	3,17
12	17	1,94	0,47	-	2,41	3,02



TABELA 18 – Composição percentual dos componentes do índice CPO-D, segundo idade em crianças da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.

IDADE	n	C	P	O	CPO
5	18	100,00	-	-	100,00
6	19	100,00	-	-	100,00
7	21	100,00	-	-	100,00
8	21	90,00	-	10,00	100,00
9	27	80,56	-	19,44	100,00
10	22	86,11	-	13,89	100,00
11	18	89,47	10,43	-	100,00
12	17	80,49	19,51	-	100,00

A OMS tinha como meta para o ano 2000 (ver Anexo 6), que aos 12 anos de idade o CPO fosse = ou < que 3. Nas crianças da Barra do Ribeira no ano de 2002, as crianças com 12 anos de idade apresentavam CPO médio = 2,41 com desvio padrão de 3,02, ou seja, um pouco abaixo do esperado pelas metas da OMS, porém, aos 11 anos o CPO médio apresentado pela população da Barra do Ribeira é = 3,16, desvio padrão 3,17, o que indica a necessidade de alguns cuidados para que as metas sejam alcançadas e se possível, melhoradas, para que esta população possa apresentar cada vez menos patologias bucais, que podem ser perfeitamente controladas se houver uma pequena colaboração por parte do serviço de saúde pública, associado ao empenho pessoal das crianças e seus responsáveis.

É necessário observar que aos 11 anos, uma criança apresentou um discrepante CPO-D =14, e como o número de crianças por idade estudada é pequeno, a média alcançada foi um valor quase que dobrado da média aos 10 anos e relativamente mais alto que a média aos 12 anos. Se esta criança por alguma razão não tivesse participado deste estudo, a média de CPO-D aos 11 anos nesta população teria sido de 2,53, valor inferior ao encontrado, porém, cuidados e melhoria para a saúde bucal continuariam sendo recomendados à esta população.

Dos 2139 dentes permanentes observados, 89,62% apresentavam-se hígidos, enquanto 10,38% estavam cariados, perdidos ou obturados, ou seja, com história pregressa e recente de cárie dentária.

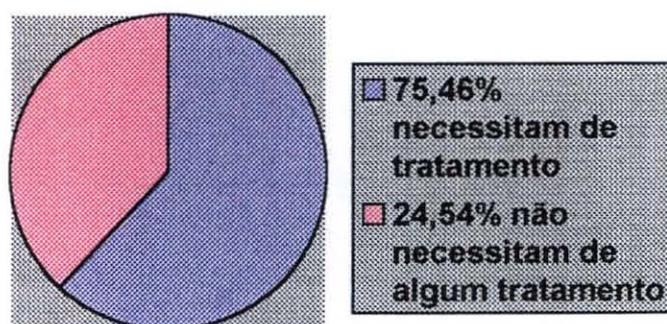
O componenteariado foi o mais representativo no Índice CPO, portanto indicando, que pouca assistência odontológica curativa tem sido prestada à esta população de crianças da Barra do Ribeira. Apenas, 0,65% dos dentes permanentes haviam recebido tratamento. Apenas uma criança apresentava selantes nos dentes.

Comparando-se os valores do Índice CPO –D encontrados neste trabalho com os dados obtidos no Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal de 1996, em São Paulo, para as idades de 6 a 12 anos respectivamente (0,12; 0,46; 0,89; 1,12; 1,34, 1,85, 2,28), percebe-se que em todas as idades o CPO foi maior na população da Barra do Ribeira, ou seja, as crianças caiçaras da região da Juréia, apresentam hoje, uma condição de cárie pior, que as das crianças da região urbana da capital de São Paulo há 6 anos atrás.

Considerando que esta população apresenta uma situação limítrofe de cárie nos dentes permanentes em relação a meta do ano 2000 da OMS, um considerável número de cárie dentária nos dentes deciduos; uma grande quantidade de alterações periodontais; hábitos de higienização deficientes e hábitos alimentares de ingestão de alimentos cariogênicos durante e entre as refeições, conclui-se que esta população não tem um adequado grau de saúde bucal, o que não muito futuramente, irá lhes trazer conseqüências de efeito local e de saúde geral, como dores, má oclusões, mal funcionamento do aparelho estomatognático, além de comprometimentos sociais.

De acordo com as condições coronárias encontradas foram determinadas as necessidades de tratamentos clínicos desta população, que compreende o grupo etário de prioridade no serviço odontológico na rede básica de saúde do Município.

GRÁFICO 12 - Porcentagem de crianças de 5 a 12 anos de idade da Barra do Ribeira, com e sem necessidade de tratamento odontológico, Juréia, São Paulo, 2002.



Das 163 crianças examinadas, 24,54% não necessitam de nenhuma ação preventiva, nem curativa em nenhum de seus dentes erupcionados. Mas, a necessidade de educação em saúde bucal continua se fazendo necessária, pois, a preocupação com a saúde bucal deve ser constante e sedimentada.

Dos 3.780 dentes decíduos e/ou permanentes observados, destas 163 crianças estudadas, 3.105 estão hígidos ou já receberam algum tratamento odontológico. Entretanto, 675 elementos dentários, ou 17,86%, necessitam de algum tratamento, seja preventivo ou curativo, como descrito na Tabela 19.

A tabela 19 também registra a necessidade de tratamentos de especialidades como tratamento endodônticos e protético/ortodôntico, como mantenedores de espaço (outros tratamentos).

Tabela 19 – Número e porcentagem de dentes com necessidades de tratamento odontológico, das crianças de 5 a 12 anos de idade da Barra do Ribeira, Juréia, São Paulo, 2002.

PROCEDIMENTOS	N	%
<i>Ações Preventivas</i>		
Tratamento preventivo – Controle de cárie	15	2,22
Selante de fissuras	62	9,18
<i>Ações Curativas</i>		
Restaurações em uma face do dente	293	43,41
Restaurações em duas ou mais faces	159	23,56
Tratamento pulpar e restauração	103	15,26
Exodontia	33	4,89
Outros tratamentos	10	1,48
<b>TOTAL</b>	<b>675</b>	<b>100,00</b>

Em um trabalho realizado por NAVARRO et al, 1996, ficou demonstrada a eficácia e a validade de um programa preventivo com palestras de higiene bucal, motivação e escovação supervisionada, destacando a idade escolar como favorável, devido a disposição dos estudantes, em adquirir novos conhecimentos e responder com eficiência ao treinamento.

Estas informações sobre tratamento odontológico dizem respeito às condições das coroas quanto à cárie dentária, considerando a condição do periodonto, especificamente da gengiva, reafirma-se a necessidade de trabalhos de educação, uma vez que, deste total de crianças estudadas, apenas 38 apresentam todos os sextantes examinados sem nenhuma alteração periodontal, e destas crianças, somente 16 estão livres de necessidade de tratamento coronários e livres de alterações periodontais, ou seja, apresentando a saúde bucal esperada.

Para a adequação da saúde periodontal seriam necessários procedimentos de limpeza/raspagem em 125 das crianças examinadas, além de um contínuo esforço em orientá-las para que realizassem corretamente a higienização bucal.

## Vila Itinguçu

Nesta vila moram aproximadamente 70 pessoas caiçaras sob a responsabilidade do Município de Iguape. Tem características peculiares de zona rural, com poucos recursos, por viverem bem afastados dos centros urbanos do Município de Iguape e do Município vizinho de Peruíbe.

O exame foi realizado na escola local, contando com a presença da população, que se dispôs a ser examinada. Não se optou por ir até as casas, ao encontro dos moradores, devido a distância e dificuldade de acesso. Apenas 32 moradores foram examinados o que representa, 45,71% do total da população. Dentre estes, 22 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino (Tabela 20), sendo que aproximadamente 38% eram pardos, 31% brancos e 31% negros (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Percentual de moradores examinados da Vila Itinguçu, segundo a cor, Juréia, São Paulo, 2003.

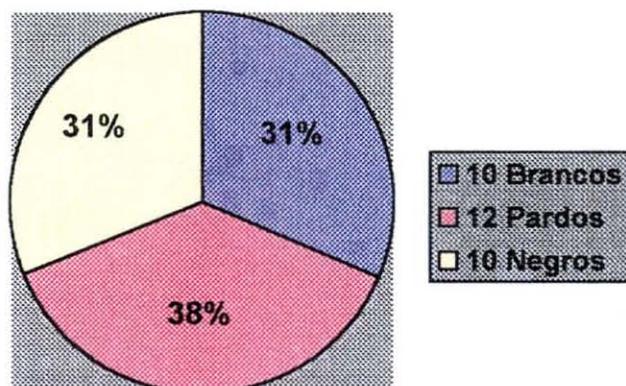
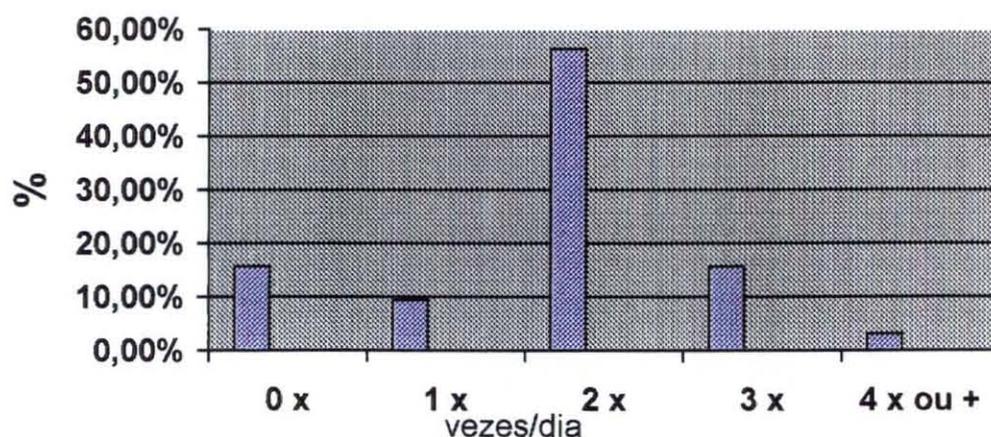


TABELA 20 – Número e porcentagem de indivíduos residentes na região da Vila Itinguçu examinados, segundo idade e sexo, Juréia, São Paulo, 2003.

IDADES	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	
			n	%
3	1	-	1	3,125
7	1	-	1	3,125
8	-	1	1	3,125
9	1	1	2	6,250
10	1	-	1	3,125
11	1	-	1	3,125
12	1	-	1	3,125
13	1	-	1	3,125
14	1	1	2	6,250
15	-	1	1	3,125
17	4	-	4	12,500
18	2	1	3	9,375
19	-	1	1	3,125
21	1	-	1	3,125
23	1	-	1	3,125
26	1	-	1	3,125
35	-	1	1	3,125
37	-	1	1	3,125
40	1	-	1	3,125
45	1	-	1	3,125
53	1	1	2	6,250
55	1	1	2	6,250
58	1	-	1	3,125
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	
<b>%</b>	<b>68,75</b>	<b>31,25</b>		<b>100,00</b>

De acordo com o questionário aplicado foi possível descrever a frequência das seguintes variáveis:

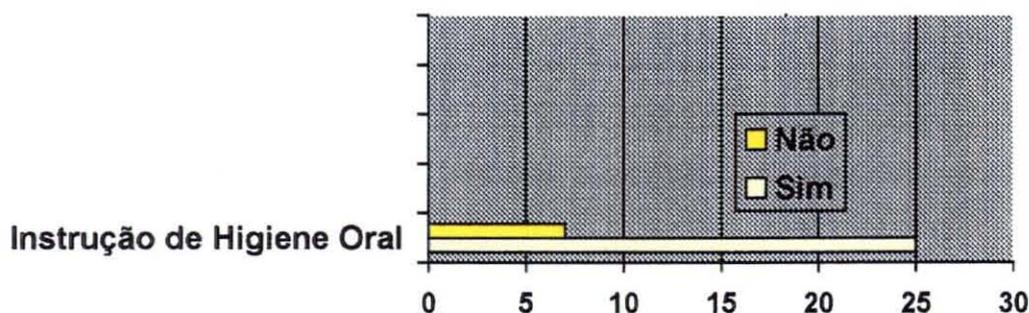
Gráfico 14 - Percentual de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo frequência de escovação dental, Juréia, São Paulo, 2003



O Gráfico 14, mostra que 15,63% dos residentes nesta vila não realizam a escovação dentária, 10% escovam apenas uma vez ao dia, sendo que a maioria, 56,25% escova somente duas vezes. O preconizado de escovar ao menos 3 vezes ao dia, só é realizado segundo seus relatos, por seis moradores, 18,75%.

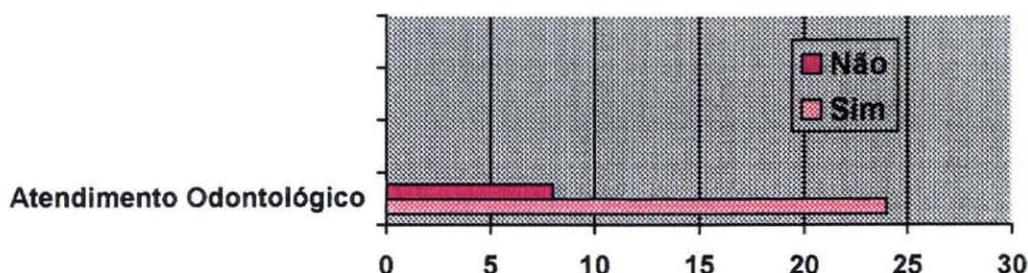
Dos 32 moradores examinados, 4 adultos e 6 crianças não possuíam escova de dente própria, sendo que dentre estes, 2 adultos e 3 crianças dividiam a mesma escova com seus familiares e os outros, não possuíam escova em suas casas.

Gráfico 15 - Número de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo a variável Instrução de Higiene Oral, Juréia, São Paulo, 2003



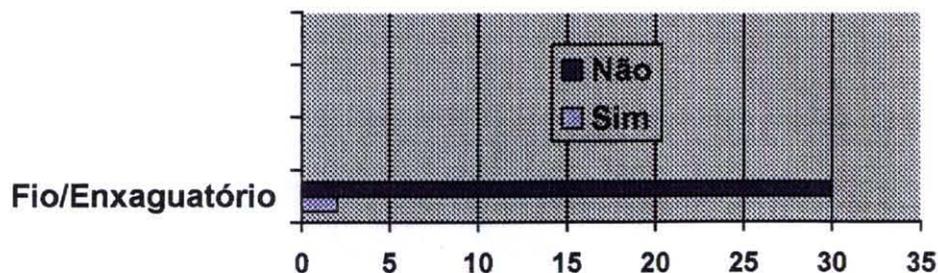
Das pessoas examinadas, pôde-se notar no Gráfico 15 que 78% já receberam instrução sobre higiene bucal em algum momento de suas vidas. Sete moradores, com 3, 10, 13, 45, 53, 55, 58 anos de idade nunca receberam orientações sobre higiene bucal.

Gráfico 16 - Número de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo a variável Atendimento Odontológico, Juréia, São Paulo, 2003



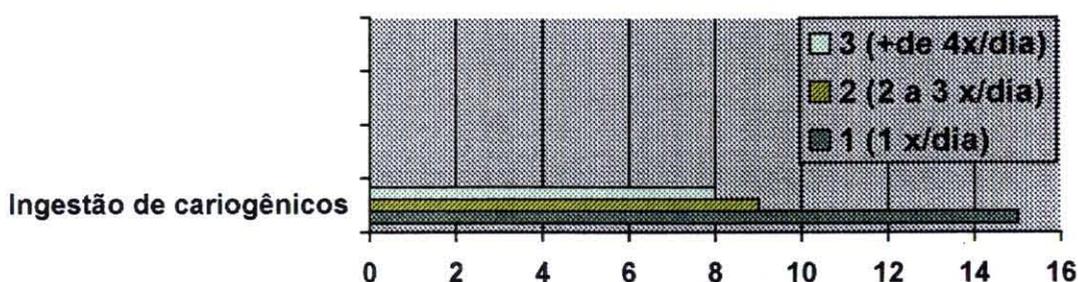
No Gráfico 16, observa-se que 24 pessoas já receberam em algum momento atendimento odontológico, ao menos para uma extração dentária, o que representa 75% desta população examinada. Tais atendimentos foram realizados em postos de saúde no Município vizinho (Peruíbe), ou em consultórios odontológicos particulares, uma vez que o posto de saúde com atendimento odontológico do Município de Iguape, localiza-se muito longe desta vila, e as poucas vezes em que um dentista da prefeitura se deslocou até a Vila Itinguçu, fora somente para trabalho de prevenção com as crianças da escola local.

Gráfico 17 - Número de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo Uso de Fio Dental e ou Enxaguatório Bucal, Juréia, São Paulo, 2003



Outra variável estudada (Gráfico 17), foi o uso de fio dental e/ou enxaguatório bucal, apenas duas pessoas relataram usar fio dental de vez em quando.

Gráfico 18 - Número de moradores examinados da Vila Itinguçú, segundo Frequência de ingestão de alimentos cariogênicos, Juréia, São Paulo, 2003



Ao serem questionados quanto aos hábitos alimentares, 8 moradores, ou seja, 25% relataram ingerir alimentos cariogênicos quatro vezes ou mais por dia, 28% ingerem duas vezes ao dia e 47%, ou seja, a maioria dos examinados, ingerem apenas uma vez.

Durante o período de coleta de dados, por meio de conversas com a população, pôde ser observado que a maioria destes moradores não fazem três refeições por dia, e ao menos tem condições financeiras para comprarem alimentos “supérfluos”. Portanto, os produtos cariogênicos vem mais da ingestão de amidos, farináceos e alimentos ou bebidas com açúcares industrializados, que são alimentos com carboidratos, que se degradam em glicose e que serão metabolizados pelas bactérias das placas dentais, com conseqüente aumento das patologias bucais estudadas.

Apesar da freqüência de ingestão de cariogênicos ser baixa, da maioria dos moradores escovarem pelo menos duas vezes por dia seus dentes, assim como a maioria já ter recebido orientações sobre higiene bucal, além de já terem passado por atendimentos odontológicos, não se pode afirmar que a condição de saúde bucal deva ser boa, pois, outros fatores como a susceptibilidade individual, a técnica de higienização utilizada e a qualidade das informações recebidas por esta população, não pode ser avaliada. Portanto, mesmo sem podermos realizar uma associação direta destas variáveis descritas com a condição bucal encontrada, espera-se que os dados a seguir possam valer como descrições pilotos para futuros trabalhos científicos e para a realização de ações preventivas.

Analisando as tabelas 21 e 22, teremos o perfil da condição periodontal desta população.

TABELA 21 – Número e porcentagem de sextantes examinados segundo o grau de condição periodontal observado, em indivíduos da Vila Itinguçu, Juréia, São Paulo, 2003.

Condição Periodontal	n	%
0 (Sadios)	35	18,23
1(Sangramento)	31	16,14
2 (Cálculo)	87	45,31
3 (Bolsa 4-5mm)	9	4,69
9(Sem informação)	7	3,65
X (Nulo)	23	11,98
TOTAL	192	100,00

Dos 192 sextantes, apenas, 18% apresentavam-se sadios, e 66% dos sextantes encontravam-se com alterações periodontais (Tabela 21).

TABELA 22 - Distribuição das condições periodontais por sextantes segundo índice CPI e idade, na população da Vila Itinguçú, Jureia, São Paulo, 2003.

IDADES	n	0	1	2	3	9	X
3	1	-	-	-	-	6	-
7	1	-	5	-	-	1	-
8	1	-	1	5	-	-	-
9	2	7	2	3	-	-	-
10	1	-	1	5	-	-	-
11	1	2	-	4	-	-	-
12	1	-	1	5	-	-	-
13	1	-	1	5	-	-	-
14	2	-	2	10	-	-	-
15	1	4	2	-	-	-	-
17	4	13	1	10	-	-	-
18	3	5	5	8	-	-	-
19	1	2	2	2	-	-	-
21	1	1	2	3	-	-	-
23	1	-	2	4	-	-	-
26	1	-	-	6	-	-	-
35	1	-	-	4	-	-	2
37	1	-	-	5	-	-	1
40	1	1	1	3	1	-	-
45	1	-	2	-	-	-	4
53	2	-	-	1	6	-	5
55	2	-	-	1	2	-	9
58	1	-	1	3	-	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>35</b>	<b>31</b>	<b>87</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>23</b>
<b>%</b>	<b>100,00</b>	<b>18,23</b>	<b>16,14</b>	<b>45,31</b>	<b>4,69</b>	<b>3,65</b>	<b>11,98</b>

0 = sextantes hígidos; 1 = com sangramento; 2 = com tártaro; 3 = com bolsas periodontais de 4 – 5mm; 9 = não registrados; X = nulos

Dos indivíduos examinados, somente 2 (17 e 9 anos de idade) apresentaram todos os seis sextantes sem nenhum tipo de alteração periodontal.

A maioria dos indivíduos tinha ao menos um sextante com cálculo dental, somente 3 dos moradores em que o índice CPI foi aplicado, não apresentaram tártaro, porém apresentaram sangramento gengival. Ou seja, a maioria apresentou algum tipo de alteração periodontal.

Dos cinco indivíduos com faixa etária acima dos 40 anos, 3 apresentavam bolsas de 4 - 5 mm de profundidade.

Bolsas periodontais profundas de 6mm ou mais não foram encontradas, possivelmente, os dentes que apresentariam esta situação já foram extraídos devido sua mobilidade e provável infecção, como sugerido em relatos.

Embora estes dados não sejam passíveis de comparações diretas com outros estudos pelo pequeno tamanho desta população de estudo e, impossibilidade de se padronizar estas populações para compará-las, ao analisar um dos estudos sobre condição periodontal, como o realizado pela Secretaria Estadual de Saúde e Faculdade de Saúde Pública – USP, em São Paulo, no ano de 1998 ( MARQUES 2000), observa-se que aos 18 anos por exemplo, 76% dos sextantes examinados estavam sadios e aproximadamente, 24% apresentavam algum tipo de alteração periodontal. Na população da Vila Itinguçu, aos 18 anos, somente 28% dos sextantes examinados estavam sadios, contrapondo-se a 72% dos sextantes com alterações periodontais.

Portanto, mesmo se tratando de dados estatisticamente não comparáveis, vê-se uma disparidade muito grande nesta pequena população, com um perfil periodontal preocupante.

Em relação à cárie dentária, os índices CPO e ceo evidenciam que, da população examinada, só 1 indivíduo, com 3 anos de idade, está livre de cárie.

Os índices ceo e o CPO estão apresentados na tabela 23 apenas como números absolutos, sem médias, pois, os grupos etários eram muito pequenos. Ainda assim, é possível observar que os indivíduos desta população apresentaram valores de dentes cariados, perdidos e obturados nos dentes decíduos e permanentes muito altos, com exceção do indivíduo com 13 anos, um com 14 anos e um com 17 anos que possuíam CPO = 3.

TABELA 23 – Número de indivíduos e de dentes hígidos, cariados, perdidos e obturados, decíduos e permanentes, da população residente na Vila Itinguçú, Juréia, São Paulo, 2003.

IDADES	n	A	c	e	o	H	C	P	O
3	1	20	0	0	0	0	0	0	0
7	1	8	9	0	0	5	1	0	0
8	1	5	8	0	0	8	1	0	0
9	2	6	9	0	1	24	5	0	2
10	1	1	0	0	0	17	6	0	0
11	1	0	1	0	0	14	9	0	0
12	1	0	0	0	0	18	2	3	4
13	1	0	0	0	0	25	3	0	0
14	2	0	0	0	0	46	10	0	0
15	1	0	0	0	0	8	6	2	12
17	4	0	0	0	0	95	3	4	13
18	3	0	0	0	0	60	17	2	5
19	1	0	0	0	0	20	0	0	12
21	1	0	0	0	0	24	5	0	3
23	1	0	0	0	0	18	9	1	2
26	1	0	0	0	0	8	16	8	0
35	1	0	0	0	0	10	2	16	4
37	1	0	0	0	0	11	8	13	0
40	1	0	0	0	0	21	3	2	6
45	1	0	0	0	0	10	1	21	0
53	2	0	0	0	0	14	15	34	0
55	2	0	0	0	0	11	2	51	0
58	1	0	0	0	0	15	3	14	0
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>40</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>482</b>	<b>127</b>	<b>171</b>	<b>63</b>

A= dentes decíduos hígidos; H = dentes permanentes hígidos; c = decíduos cariados; C = permanentes cariados; e = decíduos perdidos; P = permanentes perdidos; o = decíduos obturados; O = permanentes obturados

Com a ressalva do tamanho da população, ao comparar-se o resultados destes índices com as metas da OMS (ver em anexo), percebe-se que esta população está longe do esperado, o que indica a necessidade de atenção à saúde preventiva e curativa, pois, são cidadãos iguais perante a lei e tem direitos a serem assistidos.

Como exemplo, para o ano de 2000, a OMS, para a idade de 12 anos, preconizava o CPO = < 3, e, para 2010 esta meta é de CPO < 1. Na Vila Itinguçu uma criança examinada com 12 anos de idade apresenta valor de CPO = 9.

Para faixa etária de 35 – 44 anos, no ano de 2000 esperava-se encontrar 20 ou mais dentes presentes na boca, ou seja 75% da dentição, e, no ano de 2010, espera-se encontrar 90% da dentição na boca. Na população da Vila Itinguçu, nos indivíduos que compreendem esta faixa etária, estavam presentes na boca somente 55% da dentição.

Aproximadamente 42% dos 843 dentes permanentes observados na Tabela 2.4 indicaram um histórico de doença cárie dentária, sendo que 15,07% estavam cariados; 20,28% perdidos e 7,47% obturados.

Dos 15 indivíduos acima de 18 anos, em que se poderia examinar as condições radiculares, 11, apresentavam grande quantidade de tártaro, o qual dificultava a visualização da porção radicular, os outros 4 habitantes, não tinham muitas exposições radiculares, por esses motivos, as condições de raízes destes adultos não foram contabilizadas.

Nota-se que, a saúde bucal da população desta Vila não se encontra em um bom nível. A condição periodontal em geral, é precária, há muita presença de tártaro e apesar da “pequena” quantidade de bolsas periodontais observadas, é questão de tempo para que a presença dos tártaros nos dentes examinados evoluam para um estágio de perda de inserção e conseqüentemente, formação das bolsa periodontais. Bolsas mais profundas não foram observadas, por ausência de dentes e/ou de exames em indivíduos com mais idade.

Assim como, quanto à condição coronária, há um grande número de dentes que sofreram com o agravo cárie dentária. Muito precisa ser feito para adequar a saúde periodontal desta população.

A Tabela 24 mostra as necessidades de tratamento que têm esta população. Dos 911 espaços dentários dos dentes permanentes e decíduos observados, 349 necessitam de intervenção odontológica, curativa e/ou preventiva. Este total

representa 38,31% dos dentes desta população. Sendo que a maior parte destas necessidades se encontra dentro da categoria de outros tratamentos, que representam a indicação de próteses removíveis ou fixas para a substituição dos 171 dentes perdidos.

Apenas dois moradores não tem necessidades de tratamento odontológico devido à cárie dentária, porém apresentam alterações periodontais, necessitando de procedimentos de limpeza, raspagem, e assim como todos, um grande esforço em educação em saúde bucal.

TABELA 24 – Número e porcentagem de dentes com necessidades de tratamento odontológico das coroas dentais erupcionadas, da população da Vila Itinguçú, Juréia, São Paulo, 2003.

PROCEDIMENTOS	N	%
<i>Ações preventivas</i>		
Selante de fissuras	9	2,58
<i>Ações Curativas</i>		
Restaurações em uma única face do dente	95	27,22
Restaurações em duas ou mais faces	52	14,90
Coroas protéticas	3	0,86
Tratamento pulpar e restauração	7	2,00
Exodontia	12	3,44
Outros tratamentos	171	49,00
<b>TOTAL</b>	<b>349</b>	<b>100,00</b>

## Aldeia Paraíso

Na fase de planejamento desta pesquisa sabia-se que nesta aldeia moravam 51 índios e que estes, inicialmente, mostraram-se entusiasmados para a realização da pesquisa.

Porém, o número de pessoas encontrado pode-se dizer que foi frustrante. Na fase de coleta dos dados, encontravam-se morando nesta aldeia apenas 35 índios. Devido a sua característica nômade, alguns haviam migrado temporariamente para outras aldeias.

Entre os índios que ainda residiam nesta aldeia, alguns não demonstraram interesse em participar da pesquisa permanecendo isolados. E outros, nas três visitas que foram feitas à aldeia estavam ausentes, tinham ido para a cidade vender seus produtos em feiras livres. Portanto, por respeitar suas posturas e atividades, foram examinados somente os indivíduos que neste período de contato, aceitaram livremente participar da pesquisa.

Para o índio, segundo relata FORTES (1994), no caso da dentição, é usual ter problemas com os dentes e esses evoluírem até todos os dentes serem perdidos, até porque secularmente padeceram tradicionalmente sem tratamento. Talvez, por estas razões alguns índios não fizeram questão de ser examinados e não anseiam cuidar de seus dentes.

A população a ser estudada já era pequena, se tornou ainda menor, pois, somente 17 índios participaram da pesquisa.

Apesar de representarem 48,57% da população presente, este número é muito pequeno inviabilizando comparações e as conclusões não podem ser generalizadas. Mesmo ciente disso, optou-se por descrever a situação de hábitos e saúde bucal encontrada, em respeito a estes moradores e à ciência, pois, apesar de o número ser pequeno, formam um grupo populacional que tem ou deveriam ter, direitos de acesso à saúde como os outros grupos sociais carentes. E acredita-se que embora seja uma contribuição pequena, o seu conhecimento irá ajudar o Município, para futuro planejamento de ações.

Segundo ARANTES (1998), as informações sobre ocorrência e distribuição de cárie são limitadas e restritas em grande parte à populações urbanas. Estudos com populações indígenas brasileiras são esporádicos, restringindo-se a trabalhos transversais e amostras pequenas. Desse quadro resulta uma grande escassez de informações sobre o estado de saúde bucal das populações indígenas brasileiras.

Será apresentada uma simples análise descritiva, pioneira no que diz respeito aos índios tupi-guaranis desta aldeia, e que esperamos possa servir de base para próximos estudos e avaliações, indicando as necessidades de ações preventivas e curativas, assim como para os demais grupos estudados.

Por razões já explicitadas, não foram calculadas médias e nem foram feitas associações, apenas, apresentamos os números absolutos e percentuais:

TABELA 25 – Distribuição de frequência de índios residentes na Aldeia Paraíso, que participaram do estudo, segundo idades e sexo, Juréia, São Paulo, 2003.

IDADES	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
1	1	-	1
2	1	-	1
10	-	1	1
12	-	1	1
14	2	-	2
17	1	-	1
19	1	1	2
23	1	-	1
29	-	1	1
33	-	1	1
38	-	1	1
41	1	-	1
43	1	1	2
47	1	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>17</b>

Até o planejamento desta pesquisa estes índios realmente não haviam tido contato com um dentista, porém, no decorrer dos tramites para sua realização, a FUNASA disponibilizou uma dentista para realizar alguns procedimentos clínicos curativos nesta aldeia, assim, felizmente encontrou-se algumas situações diferentes do esperado.

QUADRO 1 – Número de indivíduos segundo as variáveis em estudo, na população indígena examinada da Aldeia Paraíso, Juréia, São Paulo, 2003.

VARIÁVEIS	n
Atendimento Odontológico	Sim= 12 e Não= 5
Instrução de Higiene Oral	Sim= 9 e Não= 8
Frequência de Escovação	0x=11; 1x=3; 2x=2; 3x=1
Uso de Fio/Enxaguatório Bucal	Nunca usaram
Frequência de Ingestão de Cariogênicos	1 x ao dia

Esperava-se encontrar quanto a variável, atendimento odontológico, que a resposta fosse negativa, porém, na data da pesquisa 70,59% da população examinada já tinha passado por uma consulta com a referida dentista.

Dentre os examinados somente 52,94% relatou ter recebido instrução de higiene bucal.

Em nosso contato inicial com a aldeia para o esclarecimento e consentimento da pesquisa, o cacique havia informado que nunca haviam tido contato com dentista e que ninguém da sua tribo escovava os dentes ou possuía uma escova de dentes. Na ocasião da realização da pesquisa propriamente, estes dados já eram outros, os índios haviam ganho escovas da FUNASA, e alguns passaram a realizar a escovação.

Dos examinados, 11 relataram continuar não escovando os dentes, 3 disseram que escovavam uma vez ao dia, 2 afirmaram escovar duas vezes ao dia e um deles, assegurou estar escovando três vezes ao dia.

Em um estudo sobre condições de saúde bucal realizado com índios Guaranis na cidade de São Paulo, FRATUCCI (2000), relata que mesmo conhecendo sobre a escovação dentária, apenas 49,9% da população examinada escovava seus dentes.

Quanto à variável, uso de fio dental, como esperado de acordo com seus costumes e condições, nunca usaram o fio. Mas, foi relatado como hábitos de limpeza de boca por alguns índios, bochecho com água e com limão, e limpeza dos dentes com dedo e/ou pano.

Ao se questionar sobre hábitos alimentares, observou-se que em média estes índios ingerem alimentos cariogênicos, apenas, uma vez ao dia. Tendo sido considerado como cariogênicos, o amido proveniente do arroz ou derivados da farinha que eles se alimentam na única refeição diária. Eles não têm hora fixa para se alimentarem. Pela manhã, as mulheres de cada casa preparam a refeição, e conforme a possibilidade ou fome de cada um e eles vão se alimentando. No restante do dia eles comem frutas ou frutos que colhem pela mata. O açúcar não faz parte de suas rotinas. As bebidas preparadas por eles não são adoçadas. Não comem doces industrializados por morarem afastados de vendas e por não terem condições financeiras de estarem consumindo. Somente às vezes, quando vão à cidade para vender artesanatos e palmitos que tiram da mata, recebem algum dinheiro, o qual vai servir para comprar alimentos como, arroz, feijão, óleo, sal, café e algumas vestimentas, e então compram alguns doces (balas, chocolates e salgadinhos) para as crianças que sabem que comerão estes produtos industrializados, só nestas ocasiões.

Como se nota, estes índios já perderam algumas de suas características alimentares. Porém, os alimentos cariogênicos industrializados são pouco consumidos na aldeia. Em contrapartida, os hábitos de higiene bucal estão apenas no início de sua modificação, precisam ser mais amplamente embasados e de um trabalho mais freqüente de esclarecimento para mudar paradigmas. Um trabalho de conscientização, de prevenção, precisa ser implementado e alimentado, uma vez que a saúde bucal é parte inseparável e necessária para que haja saúde geral do organismo como um todo, individual e coletivo.

A promoção de saúde deve trabalhar com as pessoas para a remoção de barreiras para implementação do conceito de saúde, como estas barreiras não são as mesmas para todas as culturas, é necessário que os programas de saúde sejam sensíveis para as diversidades culturais (HARISSON RL, 2003).

Um trabalho de cuidados com a saúde “geral” é feito pela FUNASA que leva até a aldeia, médicos, e treinou uma agente de saúde dentro da aldeia para lhes dar assistência, porém, sua integração com a saúde bucal precisa ser feita e sustentada, por que bastante ainda pode ser feito para melhorar as condições dentárias e gengivais encontradas no exame deste pequeno grupo populacional.

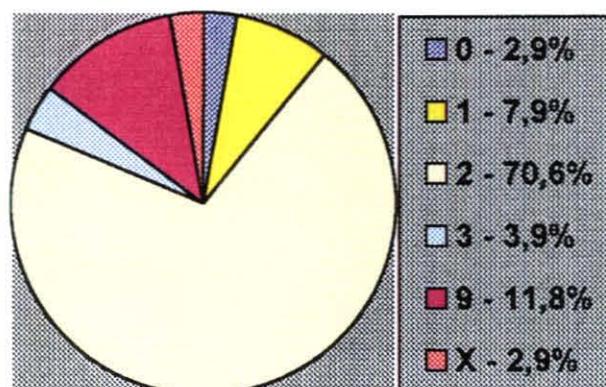
TABELA 26 – Distribuição das condições periodontais observadas (índice CPI) segundo idades, de cada índio examinado da Aldeia Paraíso, Juréia, São Paulo, 2003.

IDADE	0	1	2	3	X	9	TOTAL
1	-	-	-	-	-	6	0
2	-	-	-	-	-	6	0
10	-	3	3	-	-	-	6
12	-	1	5	-	-	-	6
14	-	-	6	-	-	-	6
14	2	-	4	-	-	-	6
17	1	-	5	-	-	-	6
19	-	-	6	-	-	-	6
19	-	-	6	-	-	-	6
23	-	-	6	-	-	-	6
29	-	3	2	-	1	-	5
33	-	-	3	1	2	-	4
38	-	-	4	2	-	-	6
41	-	-	6	-	-	-	6
43	-	-	6	-	-	-	6
43	-	-	6	-	-	-	6
47	-	1	4	1	-	-	6
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>72</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>87</b>

0 = sextante sadio; 1 = sextante com sangramento; 2 = sextante com cálculo; 3 = sextante com bolsas periodontais de 4-5 mm; X = sextante nulo; 9 = sextante não registrado.

Segundo a análise periodontal que pôde ser feita pelo Índice CPI, com exceção dos índios de 1 e 2 anos de idade, observou-se que todos os índios examinados apresentam pelo menos 2 sextantes com tártaro, ou seja, todos apresentam alterações periodontais devido a falta de escovação dental por muitos anos. Porém, estas alterações não estavam ocasionando ainda, um grau acentuado de perda de inserção óssea com conseqüente mobilidade dos elementos dentais, pois, apenas 4 sextantes de indivíduos acima de 30 anos, possuíam bolsas periodontais de 4 a 5 mm de profundidade. Nenhum dos índios examinados apresentaram bolsa periodontais de 6 mm ou mais. (Tabela 26).

GRÁFICO 19 - Porcentagem dos sextantes examinados segundo as condições periodontais observadas, nos índios da Aldeia Paraíso, Juréia, São Paulo, 2003.



No estudo de FRATUCCI (2000), ficou evidenciado que os índios Guarani daquela aldeia, apresentavam alterações periodontais significantes. Aos 12 anos, apenas 28,6% dos indivíduos apresentavam condições periodontais com todos os

sextantes sadios e aos 5 anos 33,3% apresentavam algum tipo de alteração periodontal. Contudo, nas faixas etárias acima de 20 anos, não verificou-se presença de bolsas acima de 6 mm.

ARANTES (1998), em um estudo que realizou sobre a condição de saúde bucal de uma tribo de índios Xavantes no Xingu, afirmou que, em relação a doença periodontal, é interessante observar que apesar de não haver uma forma de higienização difundida na população, o índice ICNTP (hoje chamado de CPI) mostrava que não havia doença periodontal nos estágios avançados. Era muito pequena a presença de bolsas periodontais e quase inexistente a presença de dentes com mobilidade, em ambos os sexos.

Diante da situação encontrada na Aldeia Paraíso, mesmo com estes índios tendo passado a escovar os dentes recentemente, como o tártaro já formado não é removido pela ação da escova, estes indivíduos necessitariam ser submetidos a procedimentos clínicos de curetagem por um profissional e, uma boa e reforçada instrução de higiene bucal, para que adquirissem uma técnica de escovação que fosse eficiente para não haver mais acúmulo de tártaros, e que assim, estes dentes fossem preservados por todas suas vidas, sem perderem mais sustentação óssea.

Sobre as condições das coroas em relação à cárie, os resultados são expressos na Tabela 27:

Apenas um dos índios examinados está livre de cárie, uma criança com 1 ano de idade que se alimenta somente de leite materno.

Como não foi possível calcular médias, não foi possível estabelecer uma comparação direta com outros grupos estudados, nem com as metas propostas pela OMS relativas à cárie dentária (ver em anexo). Porém, pode-se afirmar que poucos destes índios examinados apresentaram uma condição aceitável, quanto à cárie dentária. Os índios com 12, 19, 38 e um dos índios com 43 anos de idade tem poucos dentes cariados, perdidos e/ou obturados. A criança com 10 anos tem uma condição limite, considerando seus dentes permanentes e decíduos. Os demais apresentam uma grande prevalência da doença cárie.

Assim sendo, mesmo estando sob um fator de proteção dado pela pequena frequência de ingestão de alimentos cariogênicos, o fato de não promoverem a higienização dentária adequadamente, não está permitindo que sua susceptibilidade ao ataque da cárie seja menor.

TABELA 27 – Número de dentes decíduos e permanentes hígidos, cariados, com extração indicada, perdidos e obturados (ceo e CPO), segundo idades dos índios da Aldeia Paraíso, Juréia, São Paulo, 2003.

IDADES	hígidos	c	e	o	C	P	O
1	8	-	-	-	-	-	-
2	16	4	-	-	-	-	-
10	17	2	-	-	1	-	1
12	20	-	-	-	2	-	1
14	20	-	-	-	8	-	-
14	21	-	-	-	2	-	6
17	23	-	-	-	7	-	-
19	28	-	-	-	2	-	-
19	30	-	-	-	1	-	-
23	24	-	-	-	6	1	-
29	9	-	-	-	13	8	-
33	11	-	-	-	5	16	-
38	27	-	-	-	2	3	-
41	15	-	-	-	9	8	-
43	17	-	-	-	4	10	-
43	21	-	-	-	8	3	-
47	13	-	-	-	3	10	6
<b>TOTAL</b>	<b>320</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>73</b>	<b>59</b>	<b>14</b>

c = dentes decíduos cariados; o = decíduos obturados; e = decíduos perdidos; C = dentes permanentes cariados; O = permanentes obturados ; P = permanentes perdidos

O componente Obturado (O) em dentes permanentes foi encontrado em 4 índios, por recentemente terem recebido tratamento odontológico. O componente P (dentes perdidos) é significante a partir dos 29 anos de idade, e ainda há um número grande de dentes permanentes cariados, indicando a necessidade de um continuado trabalho pela FUNASA ou pelo serviço de saúde do Município.

Ao associar a condição de coroa e gengiva, pôde-se diagnosticar que este grupo populacional não apresenta um bom nível de saúde bucal. Mesmos nos indivíduos com baixa prevalência de cárie dentária, não é boa a condição de gengiva, com presença de sangramento, tártaro e até bolsas periodontais. Condição prejudicada pelo insuficiente hábito de higienização.

As condições radiculares não foram contabilizadas, devido a grande presença de tártaro que estava inviabilizando o seu exame.

Ao considerarmos outros trabalhos em populações de outros grupos indígenas, como os do Parque do Xingu, descrito por FORTES em 1994, em cinco aldeias do povo Kayabi, ou estudos como o de ARANTES, em 1998, sobre índios Xavantes, encontramos uma situação semelhante, com um relevante número CPO, evidenciando o alto grau de ataque de cárie que sofre esta população, por causas culturais e sociais.

As necessidades de tratamento detectadas para suprir a condição diagnosticada na Aldeia Paraíso, estão expressas na Tabela 28.

TABELA 28 – Número e porcentagem de dentes com necessidades de tratamento odontológico, dos índios residentes na Aldeia Paraíso, Juréia, São Paulo, 2003.

PROCEDIMENTOS	N	%
<i>Ações Preventivas</i>		
Tratamento preventivo – Controle de cárie	6	4,14
Selante de fissuras	2	1,38
<i>Ações Curativas</i>		
Restaurações em uma face do dente	50	34,48
Restaurações em duas ou mais faces	16	11,03
Tratamento pulpar e restauração	7	4,83
Exodontia	5	3,45
Outros tratamentos	59	40,69
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>100,00</b>

Dos 472 espaços dentários observados, 145 apresentam necessidade de tratamento curativo e/ou preventivo, o que representa 30,72% do total de dentes. Existe grande necessidade de restaurações dentárias, assim como a de substituição dos elementos dentários perdidos por próteses (descrito na Tabela 27, como outros tratamentos).

Apenas aquela criança com um ano de idade ainda está livre de cárie, e portanto, não tem necessidade de tratamento coronário e periodontal; todos os outros moradores examinados necessitam de procedimentos terapêuticos coronários e também de procedimentos de limpeza, raspagem e educação em saúde bucal para tratamento das alterações periodontais.

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A saúde é direito de todos, e o governo, nas suas devidas esferas tem responsabilidades e deve ter a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um, justifica-se com isto, o estudo de um grupo tão pequeno de cidadãos, cuja existência talvez nem é imaginada por alguns, porém, com a mesma importância que deveriam ter todos os moradores deste país.

Estes grupos foram estudados pela primeira vez em relação à sua saúde bucal. Os dados obtidos exemplificam a precariedade da saúde dessas pessoas e constituem um início de um trabalho de conscientização, da própria população e das autoridades locais responsáveis pelo sistema de saúde.

Foram coletados, analisados e diagnosticados a ocorrência da doença cárie dentária e a doença periodontal. Alguns hábitos de higienização bucal e a frequência de ingestão de alimentos cariogênicos como fatores de risco para as patologias acima, serviram de indicadores da saúde bucal de três grupos populacionais residentes da região da Juréia.

Resumimos a seguir para cada grupo estudado, as conclusões que a pesquisa permitiu tecer e também os nossos comentários a respeito.

## Barra do Ribeira

- Aproximadamente, 22% das crianças escovam seus dentes, menos que o tido recomendado de se escovar após cada refeição.
- 34% das crianças nunca receberam assistência odontológica.
- Dos escolares examinadas, apenas 11% ainda não receberam instruções sobre higiene bucal, apesar de serem crianças que ingressaram recentemente na escola. Considerando que há algum tempo, dentistas da rede pública de serviço do Município, estão fazendo procedimentos coletivos, palestras e escovação supervisionada, pode-se concluir que o trabalho de educação que vem sendo feito, tem abrangido a maior parte da população de idade prioritária no sistema de saúde do Município.
- 70% das crianças relataram não usar fio dental e/ou enxaguatórios para complemento da higienização bucal. Este dado indica a necessidade de melhorar o alcance da orientação. Uma vez que, a condição financeira desta população é precária e por isso têm outras prioridades na aquisição de seus recursos materiais.
- Considerando que a maioria das crianças comem alimentos cariogênicos 4 ou mais vezes ao dia, e que, escovam os dentes de 2 a 3 vezes ao dia, esta população está sob o risco de acúmulo de placa dental, e conseqüentemente, formação de cárie e/ou doença periodontal.

Levando-se em conta a importância dessas variáveis na saúde bucal das pessoas, podemos dizer que:

- Apenas, 20% das crianças estão livres de cárie.
- Aproximadamente, 50% dos sextantes tem alguma alteração periodontal: gengivite e/ou tártaro. Portanto, necessitando de grande atenção à saúde periodontal, por meio, de educação em saúde e de profilaxia profissional.
- O Índice ceo-d apresenta-se com números preocupantes, principalmente, se comparado com suas devidas restrições, aos dados do Levantamento em Saúde Bucal Nacional de 1996, em São Paulo, o que denota a necessidade de trabalhos de prevenção e aumento de programas curativos, para diminuição do agravo cárie.

- O índice para dentes permanentes, CPO-D, apresenta valores limítrofes, em relação as metas propostas pela OMS para o ano de 2000.
- Os valores do componente obturado, nos dentes decíduos e permanentes, foi muito pequeno (2,93% e 0,65%), o que pressupõe pouca assistência curativa prestada pelo Município ou, que a comunidade não procurou esta assistência.
- Uma grande parcela da população estudada da Barra do Ribeira, aproximadamente 75%, necessita de algum tratamento odontológico, o que indica que existe uma grande demanda potencial para o serviço de saúde do Município, e que tende a aumentar se o tratamento não for realizado. Estas condições ainda refletem a maior necessidade que deve ter a população com mais idade, uma vez que, esses fatores são cumulativos e provavelmente tiveram quando jovens menos informação e educação em saúde bucal.

Contudo, percebe-se que o serviço de saúde do Município tem tentado trabalhar preventivamente, nas escolas da região. Porém, tais programas aplicados, precisam ser intensificados e melhorados, pois a prevenção, além de implicar em gastos menos onerosos para o Município, traz mais benefícios à população, respeitando o princípio de equidade. Seria necessário também, um aumento da condição instalada do serviço de saúde, mais consultórios odontológicos e recursos humanos, para assistir com procedimentos curativos, a demanda, que se não tratada, será cada vez mais elevada.

### **Vila Itinguçú**

Quanto aos hábitos de higiene e alimentares, concluí-se:

- A escovação dental recomendada, de 3 ou mais vezes por dia, só é realizada por, aproximadamente, 19% da população.
- A maioria dos moradores desta região, (78%), já receberam instrução de higiene bucal, em algum momento de suas vidas.
- 75% da população estudada já recebeu algum tipo de assistência odontológica, por serviço público ou privado, prestado no Município vizinho, uma vez que esta vila está localizada muito afastada da região urbana de Iguape, e conseqüentemente, da Unidade de Saúde.

- No geral, não fazem uso de fio dental e/ou enxaguatórios bucais.
- Apesar de escovarem os dentes poucas vezes por dia (56% escovam 2 x/dia), ingerem alimentos cariogênicos, em pequena frequência (47% ingerem 1 x/dia). Porém, se a escovação não for eficiente, com qualidade, o acúmulo de placa dental vai ocorrer, e a consequente, doença periodontal e a cárie dentária irão estar sob risco de ocorrência.

De acordo com estes fatores de risco, entre outros, diagnosticou-se:

- 66% dos sextantes examinados, apresentavam alterações periodontais: gengivite e/ou tártaro, Sendo que 94% das pessoas examinadas necessitam de algum tratamento periodontal, pois, apresentavam ao menos um sextante com alterações.
- Somente 1 indivíduo estava livre de cárie, portanto, 97% da população examinada necessita de atenção curativa ou reabilitadora pela condição coronária.

Assim, verifica-se que a saúde bucal desta população está precária, com muitas necessidades.

E são muitas as necessidades desta população: saneamento, acesso aos serviços, educação, melhores condições de moradia e transporte, mas, “se tiver saúde, está bom”. como popularmente se diz. Com saúde, se consegue ter uma expectativa de vida maior, e é possível que se tenham esperança de que algo mude para melhor em suas vidas.

Sugere-se ao Município que, mesmo se não for possível aumentar a capacidade instalada dos serviços de saúde prestados, que pelo menos sejam revistos e capacitados mais recursos humanos, pessoal especializado e técnico, para que um esforço crescente e qualitativo, seja feito em educação e prevenção.

Sabe-se das prioridades de um Município, como Iguape, com recursos financeiros restritos e com grande extensão territorial, grandes diferenças sociais e educacionais e grande quantidade de população com baixa renda. Por essa razão, é que incentiva-se o replanejamento das ações programadas em saúde bucal, pela sua Secretaria de Saúde, justificado pelo ganho econômico, e principalmente social, se maiores e melhores trabalhos de prevenção forem realizados.

## **Aldeia Paraíso**

Na aldeia Paraíso, os dados encontrados sobre hábitos de higiene e condição de coroa e gengiva foram um pouco melhores do que o esperado, graças a assistência prestada pela FUNASA aos índios dessa aldeia alguns meses antes da realização desta pesquisa, estabelecendo um primeiro contato com a odontologia.

Dentre os índios examinados encontramos os seguintes resultados:

- 70% tinham recebido assistência odontológica, uma vez na vida.
- Alguns deles relataram ter recebido, instrução em higiene bucal.
- Grande parte continuava a não escovar seus dentes, mesmo com a orientação que lhes foi dada, e com as escovas que lhes foram doadas.
- Todos os índios apresentavam pelo menos 2 sextantes com tártaro, ou seja, com alterações periodontais, consequência de anos sem a prática da escovação dental.
- Todos apresentaram uma quantidade significativa de cárie dentária.

Como este grupo populacional fica afastado, por razões geográficas e culturais, da região urbana de Iguape, onde se localiza a Unidade de Saúde de Iguape, propõem-se ações básicas de educação e prevenção, a serem feitas em alguns momentos pré-determinados, de acordo com as condições de trabalho das equipes de saúde bucal do Município, tanto para esta população indígena, como para os demais grupos estudados. Ações estas que poderiam ser realizadas na aldeia ou e/ou nas escolas:

- ✓ Aplicação de selantes de fôssulas e fissuras, em dentes molares e pré-molares com alto risco de cárie.
- ✓ Aplicação de flúor gel acidulado, em crianças, pela técnica da escova ou através de moldeiras, trimestral ou semestralmente.
- ✓ Aplicação de verniz de flúor em pacientes de alto risco de cárie ou com sensibilidade, em crianças com pouca idade e/ou em adultos.
- ✓ Adequação do meio bucal com materiais restauradores intermediário ou ionômero de vidro.
- ✓ Atividades educativas para orientação da higiene bucal, hábitos alimentares, valorização da manutenção da saúde bucal, assim como, da sua importância para a saúde geral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-Infirri J.. Development of the World Health Organization (WHO). Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN). **Int Dent J** 1982; (32): 281-91.
2. Arantes R. **Saúde bucal de uma comunidade indígena Xavante do Brasil Central: uma abordagem epidemiológica e antropológica**. Rio de Janeiro; 1998. [Dissertação de mestrado – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública].
3. Arantes R, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2001, 17 (2): 375-384.
4. Araújo ME. **A saúde bucal no Estado de São Paulo com a implantação do Sistema Único de Saúde**. São Paulo; 1994. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo].
5. Athias R & Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad Saúde Pública** 2001, 17 (2): 425-431.
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/1996**. [Apostila do curso de especialização de Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2000]
7. Brasil. Conferência Nacional de Saúde II. **Relatório Final de 25 a 27 de setembro de 1993**. Apostila do curso de especialização de Odontologia

em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2000]

8. Brasil. **Estudo epidemiológico sobre prevalência da cárie dental em crianças de 3 a 14 anos, Brasil, 1993**. Brasília, 1996. Editora SESI, 1996.
9. Brasil. Conferência Nacional de Saúde Bucal II. **Relatório Final**. Conselho Federal de Odontologia. Disponível em < URL <http://www.cfo.br> > (1999).
10. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em <URL <http://www.adv.br> > (2002 2 28)
11. Campos Jr A, Passanezi E, Gregghi SLA, Nahás D, Ponce CG, Vieira LCC, Navarro MFL.. Análise da influência de variáveis explanatórias conjunturais e individuais na situação de saúde periodontal medida pelo CPITN. **Rev. Periodontia** 1992; 1 (1) abr/set: 28-36.
12. Carranza FA. **Periodontia Clínica**. 7ª Ed. Rio de Janeiro. Editora Guaabara Koogan; 1992.
13. Carranza FA, Newman MG. **Periodontia clínica**. 8ª Ed. Cidade do México. Editora W.B. Saunders Company; 1997.
14. Chaves MM. **Odontologia social**. 3ª Ed. São Paulo. Editora Artes Médicas; 1986.
13. Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Município de Osasco, Estado de São Paulo, 1999**. São Paulo, 1999. [Relatório final apresentado a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

14. Eriksen HM, Bjertness E. Concepts of health and disease and caries prediction: a literature review. **Scand J Dent Res** 1991 (99): 476-83.
15. Ferreira CP. **Bioquímica Bucal – Ênfase em Cárie & Cariologia**. São Paulo. Editora MNP; 2000.
16. Fortes MCF. De volta às origens. **Rev. ABO. Nacional** 1994; vol. 2 (3), jun-jul: 138-148.
17. Fratucci MVB. **Levantamento da condição de saúde bucal de uma população indígena guarani no município de São Paulo**. São Paulo, 2000. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
18. Frias AC. **Estudo de Confiabilidade do levantamento epidemiológico de saúde bucal do Estado de São Paulo, 1998**. São Paulo, 2000. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
19. Fundação Nacional do Índio (FUNAI). **Legislação. Lei Nº 6001 de 19 de dezembro de 1973. Estatuto do índio**. Disponível em < URL <http://www.funai.gov.br/> > (2002 2 24)
20. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde indígena**. Disponível em < URL <http://www.funasa.gov.br/> > (2002 2 24)
21. Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (FSEADE). **Dados demográficos**. Disponível em < URL <http://www.seade.gov.br/> > (2002 2 24)

22. Harrison RL & Wong T. An oral health promotion program for an urban minority population of preschool children. **Community Dentistry and Epidemiology**, 2003; 31:392-9.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados censo 2000**. Disponível em < URL <http://www.ibge.gov.br/> > (2002 2 26)
24. Keys PH. Recent advances in dental caries. Bacteriological finding and biological implication. **Int Dent J** 1962, 12: 443-64.
25. Leão ATT, Cidade MC, Varela JR.. Impactos da Saúde Periodontal na vida diária. **Rev. Brasileira de Odontologia** 1998; 55 (4) jul/ago: 238-4.
26. Maltz M & SILVA BB. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. **Rev. Saúde Pública** 2001; 35(2): 170-176.
27. Marcos B. **Periodontia: Um conceito clínico – preventivo**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro; 1977.
28. Marques RAA. **Condição de Saúde Periodontal no Município de São Paulo em 1986 e 1998**. São Paulo, 2000. 190 pág.[Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
29. 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. Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.
30. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Programas e Projetos. Saúde Bucal – Linhas de Ação**. Brasília. Brasil. Disponível em < URL <http://www.saude.gov.br/>, > (1998).

31. Narvai PC. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2ª Ed. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2002.
32. Navarro RS, Esteves GV, Youssef MN. Estudo clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada e motivação no controle da placa bacteriana. **Rev. Odontol. Univ. de São Paulo** 1996; 10 (2): 153-57.
33. Normando ADC & Araújo IC. Prevalência de cárie dental em uma população de escolares da Região Amazônica. **Rev. Saúde Pública** 1990; 24 (4): 294-99.
34. Ooshima T, Nishiyama N, Hou B, Tamura K, Amano A., Kusumoto A, Kimura S. Occurence of periodontal bactéria in healthy children: a 2-year longitudinal study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 2003; 31:417-25.
35. Organização Mundial de Saúde. **Documentos básicos**. 12ª Ed. Genebra; 1961.
36. Organização Mundial da Saúde. **Dia Mundial da Saúde, 7 de abril de 1994**. Boletim Informativo. Genebra; 1994.
37. Organização Mundial de Saúde. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. 4ª Ed. WHO/Livraria Santos Editora; 1999.
38. Pereira AC. **Estudo comparativo de diferentes métodos de exame, utilizados em odontologia, para o diagnóstico da cárie dentária**. São Paulo, 1993. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

39. Peres KGA. **Prevalência de cárie dentária e sua relação com aspectos sócio-comportamentais**. São Paulo, 1998. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
40. Peres KGA, Bstos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. Saúde Pública** 2000; 34 (4):402-8.
41. Pinto VG. **Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva**. 3ª Ed. Livraria Editora Santos; 415 pág.; 1994.
42. REBRAF – Rede Brasileira Agroflorestal. **“Projeto Iguape-Juréia” Desenvolvimento comunitário e conservação dos recursos naturais na região de Iguape-Juréia**. Programa da Terra, Relatório Técnico de Atividades. Abril de 1995 a abril de 1996.
43. Rong WS, Bian JY, Wang WJ, Wang JD. Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in kindergartens in China. **Community Dentistry and Oral Epidemiology** 2003; 31:412-6.
44. Rosa AGF , Souza DS, Lopes EF, Uchôa HW, Toledo JPG, Narvai PC, Castellanos FRA et al. **Saúde Bucal: o que fazer nos municípios?** Rio de Janeiro. Rede Cedros, Série Cadernos de Saúde Bucal 1, 1992.
45. Rouquayrol MZ. **Epidemiologia & Saúde**. 4ª Ed. São Paulo. Editora Médica e Científica; 1994.
46. Souza VF, Alcântara DSM, Oliveira AM, Pires DM, Rocha MCBS, Cangassu MCT et al. Estudo da prevalência da cárie dentária e outras condições de saúde em escolares de 6 a 14 anos de Coutos – Salvador/Bahia. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA** 1999; 18 jul-ago: 19-24.

47. Stiz AL: **Prevalência da doença periodontal e da má oclusão dentária em escolares de 5 a 12 anos de idade de Camburiú, Santa Catarina, 2000.** São Paulo, 2001.[ Dissertação de mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]
  
48. World Health Organization – WHO. Collaboration Center for Oral Health Services Research. University of Groningen, Gieten, The Netherlands. The Periodontal Disease Problem. A comparison between industrialized and developing countries. **Int Dent J** 1998, 48 (3 Suppl. 1): 221-32.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Solicito sua colaboração para a pesquisa que estou realizando em seu município que tem como título: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA E CAIÇARAS RESIDENTE NA REGIÃO DA RESERVA ECOLÓGICA JURÉIA-ITATINS, MUNICÍPIO DE IGUAPE. Sou aluna do curso de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e pretendo estudar a condição dos dentes e gengiva da população. Esta pesquisa consiste em um exame simples da boca, que ocorrerá dentro de um carro da prefeitura que possui um consultório odontológico e de um breve questionário para você (ou seu filho) responder sobre hábitos de higiene bucal e alimentar. O estudo não causará nenhum dano à pessoa examinada e a participação na pesquisa é voluntária, podendo o consentimento ser retirado a qualquer momento, sem prejuízo para o Sr (a) ou para seu filho. É importante lhe assegurar que o nome das pessoas examinadas será mantido em sigilo. Infelizmente, não posso garantir que será realizado um tratamento odontológico, e sim que será encaminhado ao sistema de saúde do município, caso haja necessidade. Espero com esta pesquisa poder contribuir com a população ao diagnosticar o nível de saúde bucal e que isto possa ajudar na instalação de futuros programas para atenção à saúde bucal dos moradores desta região.

Se você concordar em participar do estudo, peço que coloque o seu nome e assinatura no espaço abaixo. Caso queira mais informações sobre a pesquisa, os telefones para contato estão abaixo.

Autorizo a realização do exame e do questionário para a pesquisa mencionada acima

\_\_\_\_\_ (nome)

Iguape, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

assinatura (se menor, assinatura dos pais ou responsável)

(Índia).

## ANEXO 2

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Solicito sua colaboração para a pesquisa que estou realizando em seu município que tem como título: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA E CAIÇARAS RESIDENTE NA REGIÃO DA RESERVA ECOLÓGICA JURÉIA-ITATINS, MUNICÍPIO DE IGUAPE. Sou aluna do curso de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e pretendo estudar a condição dos dentes e gengiva da população. Esta pesquisa consiste em um exame simples da boca que ocorrerá dentro de um carro da prefeitura que possui um consultório odontológico e de um breve questionário para as pessoas responderem sobre hábitos de higiene bucal e alimentar. O estudo não causará nenhum dano à pessoa examinada e a participação na pesquisa é voluntária, podendo o consentimento ser retirado a qualquer momento, sem prejuízo para o Sr ou para as pessoas da aldeia. É importante lhe assegurar que o nome das pessoas examinadas será mantido em sigilo. Infelizmente, não posso garantir que será realizado um tratamento odontológico, e sim que será encaminhado ao sistema de saúde do município, caso haja necessidade. Espero com esta pesquisa poder contribuir com a população ao diagnosticar o nível de saúde bucal e que isto possa ajudar na instalação de futuros programas para atenção à saúde bucal dos moradores desta região.

Se concordar com sua participação e de sua aldeia neste estudo, peço que coloque o seu nome e assinatura no espaço abaixo. Caso queira mais informações sobre a pesquisa, os telefones para contato estão abaixo.

Autorizo a realização do exame e do questionário para a pesquisa mencionada acima

DAVI HONÓRIO CARDOSO (nome)

Iguape, 01 / 11 / 2002

Davi Honorio Cardoso

assinatura do Cacique da Aldeia Paraíso

## ANEXO 3



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

## PARECER N° 708/2002

Registro CONEP = 4003; Este nº de parecer diz-se nas correspondências referentes a este projeto

Registro CEP = 735

Processo nº 2009. 040813/2002-20

Projeto: "Pesquisa: Levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal da População Caiçara e indígena residente na região da estação ecológica Juréia-Itatins, município de Iguape, Estado de São Paulo".

Pesquisador Responsável: Cintia Bianchi Galati

Instituição: Faculdade de Saúde Pública / USP

Área Temática Especial: pesquisa envolvendo população indígena

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado, apresentado ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É estudo transversal a ser realizado em área geográfica sob responsabilidade da prefeitura do município de Iguape-SP, tendo como objetivos: Realizar levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal, da população residente na Região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, no município de Iguape, São Paulo; detectar hábitos de higiene bucal, alimentares e culturais relacionados; medir necessidade de tratamento específica; obter dados de demanda e procedimentos coletivos necessários para esta população; comparar dados coletados com outros obtidos em população indígena guarani no município de São Paulo; fornecer dados de referência para avaliação de programas que vierem a ser instalados. Será medida a condição das estruturas dentais submetidas ou não aos agravos, cárie e doença periodontal, que decorrem direta ou indiretamente da condição de higiene, dieta e grau de assistência aos serviços de saúde prestados à população. Os resultados servirão de base para orientação no planejamento e na demanda dos serviços preventivos e curativos de saúde bucal prestados pelo município, com o intuito de incentivar a atenção e o atendimento a esta população.

Será utilizada metodologia preconizada pela OMS associada a breve questionário sobre condição alimentar e de higiene. Os exames serão realizados em trailer Odontológico Móvel da Prefeitura local e parte do material será fornecida pela prefeitura do município e o restante adquirido pela examinadora autora do projeto.

A pesquisadora revela a preocupação de não gerar expectativas impossíveis e em não prejudicar a rotina dos envolvidos. Informa que já foi realizado contato com as autoridades municipais e escolares assim como com as comunidades envolvidas que demonstraram interesse na realização da pesquisa. Após concluir o estudo, será entregue uma cópia ao município.

Com. Relator: CONEP/MS/2002

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, cabem as seguintes considerações:

a) o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da instituição supracitada;

b) as informações enviadas atendem, de modo geral, aos aspectos formais das Resoluções CNS 196/96 e 304/00 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto com as seguintes recomendações a serem acompanhadas pelo CEP:

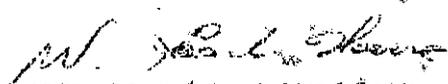
1) antes do início da pesquisa, deve ser apresentado ao CEP da instituição supracitada, o termo de consentimento livre e esclarecido com a anuência do Chefe da aldeia, bem como o documento de assite, por parte da Prefeitura Municipal, da realização do projeto;

2) devem ser preenchidos na Folha de Rosto (FR), os campos que dizem respeito à instituição onde se originou o estudo e o Termo de Compromisso deve conter a assinatura do responsável pela instituição; os campos 49 e 53 também deverão ser preenchidos;

3) deve ser solicitado comprometimento da Secretaria de Saúde para promover e oferecer retorno à comunidade estudada, planejando o oferecimento de ações de saúde, por atendimento às doenças detectadas.

Situação: Projeto aprovado com recomendações

Brasília, 23 de maio de 2002

  
WILLIAM SAAD HOSSNE  
Coordenador da CONEP-MS

## ANEXO 4

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

*Levantamento da Condição de Saúde Bucal da População Caiçara e Indígena Residente na Região**da Estação Ecológica Juréia-Itatins, Município de Iguape, S.P.*

## FICHA PARA ANÁLISE DA CONDIÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Nome	Local	Idade	Sexo	Etnia

## CPO

C															
NT															

C															
NT															

## CPI

--	--	--	--	--	--

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 4

**Hábitos higiene bucal**

Já recebeu atendimento dentário? \_\_\_\_\_

Já lhe ensinaram como escovar os dentes? \_\_\_\_\_

Escova os dentes regularmente? Quando? \_\_\_\_\_

Tem escova de dentes própria? \_\_\_\_\_

Usa mais algum produto para higiene da boca? O quê? \_\_\_\_\_

**Hábitos alimentares**

O que costuma comer:

Manhã \_\_\_\_\_

Almoço \_\_\_\_\_

Jantar \_\_\_\_\_

Costuma comer fora destes horários? O quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 5

Os critérios para o diagnóstico e codificação (código dos dentes decíduos entre parênteses) são:

- 0 (A) *Coroa hígida*. Uma coroa é considerada hígida caso ela não apresente evidências de cáries clínicas tratadas ou não. Os estágios de cáries que precedem a cavitação, bem como outras condições semelhantes aos estágios precoces da cárie, são excluídos pois não podem ser confiavelmente diagnosticados. Assim, uma coroa com os seguintes defeitos, na ausência de outros critérios positivos, deveria ser codificada como hígida:
- manchas brancas ou porosas;
  - manchas com alteração de coloração ou rugosidade que não sejam amolecidas ao toque por uma sonda IPC metálica;
  - fôssulas ou fissuras pigmentadas no esmalte sem sinais visíveis de esmalte socavado, ou amolecimento do assoalho ou paredes detectáveis com a sonda IPC;
  - áreas escuras, brilhantes, duras, pontilhadas de esmalte em um dente apresentando sinais de fluorose moderada à severa;
  - lesões que, baseando-se em sua distribuição ou história clínica, ou ao exame visual/tátil, parecem ser devidas à abrasão.
- 1 (B) *Coroa cariada*. A cárie é considerada presente quando uma lesão em uma fôssula ou fissura, ou em uma superfície dentária lisa, tem uma cavidade inconfundível, esmalte socavado, ou um assoalho ou parede detectavelmente amolecido. Um dente com uma restauração provisória, ou que está selado [código 6 (F)], mas também cariado, também deveria ser incluído nesta categoria. Nos casos em que a coroa tenha sido destruída por cáries, e somente a raiz tenha restado, a cárie é considerada como tendo originado-se na coroa, e portanto somente classificaremos como cárie coronária. A sonda IPC deveria ser utilizada para confirmar as evidências visuais de cárie nas faces oclusal, vestibular e lingual. Quando houver qualquer dúvida, a cárie deveria ser registrada como presente.
- 2 (C) *Coroa restaurada, com cárie*. Uma coroa é considerada restaurada, com cárie, quando tiver uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas que estão com cáries. Não é feita qualquer distinção entre as cáries primárias e secundárias (ou seja, o mesmo código aplica-se caso as lesões por cárie sejam ou não associadas especialmente com as restaurações).

3 (D) *Coroa restaurada, sem cárie.* Uma coroa é considerada restaurada, sem cárie, quando uma ou mais restaurações permanentes estão presentes e não existe cárie em ponto algum da coroa. Um dente que tenha recebido uma coroa protética devido à cárie prévia, é classificado nesta categoria. (Um dente que tenha recebido coroa protética por razões outras que não a cárie, por exemplo, um dente suporte de prótese fixa, é codificado como 7 (G).)

4 (E) *Dente ausente como resultado de cárie.* Este código é utilizado para os dentes permanentes ou decíduos que tenham sido extraídos devido à cárie e é registrado na condição coronária. Para os dentes decíduos ausentes, esta classificação somente deveria ser utilizada caso o indivi-

Em alguns grupos etários, pode ser difícil distinguirmos entre os dentes não erupcionados (código 8) e os dentes ausentes (código 4 ou 5). O conhecimento básico dos padrões de erupção dentária, a aparência do rebordo alveolar na área do espaço dentário em questão e as condições de cárie dos outros dentes na boca fornecem informações úteis para a realização de um diagnóstico diferencial entre os dentes não erupcionados e aqueles extraídos. O código 4 não deve ser utilizado para os dentes considerados ausentes por outras razões que não a cárie. Por uma questão de conveniência, nas arcadas desdentadas totais, um único código "4" deve ser colocado nos campos 66 e 81 e/ou 114 e 129, quando adequado, e os dois números respectivos devem ser ligados com linhas retas.

5 (-) *Dente permanente ausente, por qualquer outra razão.* Este código é utilizado para os dentes permanentes considerados congenitamente ausentes, ou aqueles extraídos por razões ortodônticas, ou devido às doenças periodontais, traumatismo etc. Assim como para o código 4, dois códigos 5 grafados podem ser unidos por uma linha nos casos de arcadas desdentadas totais.

6 (F) *Selante de fissura.* Este código é utilizado para os dentes nos quais foi colocado um selante de fissuras na superfície oclusal; ou para os dentes nos quais a fissura oclusal foi amplamente aumentada por uma broca esférica ou "em chama de vela", com a aplicação de resina composta. Caso um dente com selamento esteja cariado, ele deveria ser codificado como I ou B.

7 (G) *Dente suporte de prótese, coroa protética ou faceta.* Este código é utilizado para a condição coronária, a fim de indicar que um dente faz parte de uma prótese parcial fixa, isto é, é um dente suporte de prótese. Este código também pode ser utilizado para coroas protéticas colocadas por outras razões que não a cárie e para recobrimentos facetados e laminados na face vestibular de um dente no qual não existam evidências de cáries ou de uma restauração.

*Observação:* Os dentes ausentes substituídos por pânticos de próteses são codificados como 4 ou 5 quanto à condição coronária, enquanto a condição radicular é codificada como 9.

*Implante.* Este código é utilizado para a condição radicular, a fim de indicar que um implante foi usado como suporte de prótese.

8 (-) *Coroa não erupcionada.* Esta classificação está restrita aos dentes permanentes e é utilizada somente para um espaço dentário com um dente permanente não erupcionado mas sem um dente decíduo. Os dentes classificados como não erupcionados são excluídos de todos os cálculos relativos à cárie dentária. Esta categoria não inclui os dentes com ausência congênita, nem os dentes perdidos por traumatismo etc. Para um diagnóstico diferencial entre os dentes ausentes e não erupcionados, ver o código 5.

T (T) *Traumatismo (fratura).* Uma coroa é classificada como fraturada quando parte de sua superfície está ausente como resultado de um traumatismo mas sem evidência de cáries.

9 (-) *Não registrado.* Este código é utilizado para quaisquer dentes permanentes erupcionados que não possam ser examinados por qualquer razão (por exemplo, devido à presença de bandas ortodônticas, hipoplasias severa etc.).

*Necessidade de tratamento dos dentes individuais.* A capacidade da profissão odontológica ir ao encontro das demandas do tratamento de saúde bucal e as atitudes profissionais e técnicas de tratamento, variam de país para país. Portanto, pode haver grandes variações nos achados dos profissionais que realizam os exames nas diferentes áreas, e até mesmo numa mesma área, quanto às necessidades de tratamento. Os profissionais que realizam os exames são encorajados a utilizar seu próprio critério clínico quando da tomada de decisões sobre o tipo de tratamento que seria o mais adequado, baseando-se em qual seria o tratamento provável para uma pessoa média na comunidade ou país. Este poderia estender-se ao código "0", muito embora a condição dentária tenha recebido uma codificação diferente.

Os dados sobre a necessidade de tratamento são de grande valor ao nível local e nacional, pois eles fornecem uma base para a estimativa dos requisitos de recursos humanos e os custos de um programa de saúde bucal sob as condições locais prevaletentes ou previstas, dado que os níveis de demanda para aquelas necessidades são levados em consideração.

Os requisitos de tratamento deveriam ser avaliados para todo o dente, incluindo tanto as cáries coronárias quanto radiculares. Imediatamente após o registro da condição dentária, e antes de prosseguirmos para o próximo dente, o tipo de tratamento necessário, se houver, deveria ser registrado (campos 98-113 e 146-161). Caso não seja necessário qualquer tratamento, o código "0" deveria ser grafado no campo de tratamento adequado. (Caso isto não seja feito, será impossível determinar mais tarde, quando os dados são processados, se não havia necessidade de tratamento, ou se o profissional ou o encarregado do registro esqueceu de fazer a anotação adequada.)

Os códigos e critérios para a necessidade de tratamento são:

- 0. *Nenhum* (Sem tratamento). Este código é utilizado caso uma coroa e uma raiz estejam ambas híidas, ou caso decidamos por não realizar qualquer tratamento naquele dente.
- P. *Tratamento preventivo, para controlar a cárie.*
- F. *Selante de fissuras.*
  - 1. *Restauração em uma única face.*
  - 2. *Restaurações em duas ou mais faces.*

Um dos códigos P, F, 1 ou 2 devem ser utilizados para indicar o tratamento necessário para:

- tratar cárie inicial, primária ou secundária;
- tratar descoloração de um dente, ou um defeito de desenvolvimento;
- tratar lesões devidas a traumatismo, abrasão, erosão ou atrito;
- substituir restaurações ou selantes insatisfatórios.

Um selante é considerado insatisfatório caso sua perda parcial tenha se estendido expondo uma fissura, fôssula, junção ou superfície de dentina a qual, na opinião do profissional que realiza o exame, necessite de um novo selamento.

Uma restauração é considerada insatisfatória caso uma ou mais das seguintes condições estejam presentes:

- *Uma margem deficiente* de uma restauração existente tenha sofrido infiltração ou tenha a probabilidade de permitir a infiltração na dentina. A decisão quanto a esta margem ser ou não deficiente deveria estar baseada no critério clínico do profissional que realiza o exame, em evidências obtidas a partir da inserção de uma sonda IPC na margem, ou pela presença de manchas severas na estrutura dentária.
- *Uma margem* de uma restauração existente apresentando excesso, causando irritação local óbvia para a gengiva e que não possa ser removida pelo desgaste da restauração.
- *Uma fratura em uma restauração existente*, causando sua mobilidade ou permitindo infiltração na dentina.
- *Alteração na coloração.*

3. *Coroa protética por qualquer motivo.*

4. *Restauração facetada ou laminada* (pode ser recomendada por razões estéticas).

5. *Tratamento pulpar e restauração.* Este código é utilizado para indicar que um dente provavelmente necessita de tratamento pulpar antes da restauração simples ou protética, devido a uma cárie profunda ou extensa, ou devido à mutilação ou traumatismo do dente.

*Observação:* A sonda nunca deve ser inserida na profundidade da cavidade a fim de confirmar a presença de uma exposição pulpar suspeita.

6. *Exodontia.* O dente é classificado como “indicado para exodontia” *dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis*, quando:

- a cárie destruiu tanto o dente que ele não pode ser restaurado;
- a doença periodontal evoluiu tanto que o dente tem mobilidade, dor ou problemas funcionais, e no critério clínico do profissional que realiza o exame seu estado funcional não pode ser resgatado;
- um dente necessita de exodontia para criação de espaço para uma prótese; ou
- a exodontia é necessária por motivos ortodônticos ou estéticos, ou devido à impacção.

7/8. *Necessidade de outros tratamentos.* O profissional que realiza o exame deve especificar os tipos de tratamento e para os quais os códigos 7 e 8 são empregados. A utilização desses dois códigos deve ser reduzida ao mínimo.

9. *Não registrado.*

# UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

## Faculdade de Saúde Pública

OMS/FDI - Metas em Saúde Bucal relativas à cárie dentária nos Anos 2000 e 2010.

ANO	IDADE				
	5 ANOS	12 ANOS	18 ANOS	35-44 ANOS	65-74 ANOS
2000	50% SEM CD	CPO =< 3	85% P = 0	20 OU + DENTES = 75%	20 OU + DENTES = 50%
2010	90% SEM CD	CPO < 1	100% P = 0	20 OU + DENTES: 90% ATÉ 2% DESDENTADOS	- ATÉ 5% DESDENTADOS

Fonte: FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. *Int.Dent.J.*, **32** (1): 74-7, 1982.

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. Umca, Suécia, 3-5 set. 1993.

Tabelas anexas: Barra do Ribeira

TABELA 7.1 – Número e porcentagem de crianças de 5 a 12 anos residentes na região da Barra do Ribeira, segundo idade e sexo. Juréia, São Paulo, 2002.

IDADES (anos)	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	n	%	n	%		
5	11	6,75%	7	4,29%	18	11,04%
6	10	11,66%	9	5,52%	19	11,66%
7	10	6,13%	11	6,75%	21	12,88%
8	13	7,98%	8	4,91%	21	12,88%
9	12	7,36%	15	9,20%	27	16,57%
10	12	7,36%	10	6,13%	22	13,50%
11	8	4,91%	10	6,13%	18	11,04%
12	6	3,68%	11	6,13%	17	10,43%
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>50,31%</b>	<b>81</b>	<b>49,69%</b>	<b>163</b>	<b>100,00%</b>

TABELA 7. 2 – Distribuição de Frequência (absoluta e relativa) das crianças examinadas da Barra do Ribeira segundo idades e cor, Juréia, São Paulo, 2002

IDADES (anos)	COR								TOTAL	
	BRANCOS		PARDOS		NEGROS		AMARELOS		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
5	6	3,68	12	7,36	-	-	-	-	18	11,04
6	7	4,29	11	6,74	1	0,61	-	-	19	11,66
7	11	6,74	9	5,52	1	0,61	-	-	21	12,88
8	5	3,07	14	8,59	1	0,61	1	0,61	21	12,88
9	8	4,91	19	11,66	-	-	-	-	27	16,56
10	9	5,52	12	7,36	1	0,61	-	-	22	13,50
11	3	0,61	14	8,59	1	0,61	-	-	18	11,04
12	5	3,07	9	5,52	3	1,84	-	-	17	10,43
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>33,13</b>	<b>100</b>	<b>61,35</b>	<b>8</b>	<b>4,91</b>	<b>1</b>	<b>0,61</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

TABELA 7.3 – Frequência de escovação diária das crianças de 5 a 12 anos da Barra do Ribeira segundo sexo, Juréia, São Paulo, 2002.

FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
0	1	1	2
1	11	2	13
2	21	15	36
3	39	47	86
4	10	16	26
<b>N TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>81</b>	<b>163</b>

TABELA 7.4 – Frequência de escovação diária das crianças da Barra do Ribeira segundo idade, Juréia, São Paulo, 2002.

IDADE (anos)	FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO					TOTAL
	0	1	2	3	4	
5	1	2	5	10	-	18
6	-	1	4	9	5	19
7	-	2	3	13	3	21
8	1	1	3	14	2	21
9	-	3	4	10	10	27
10	-	-	7	12	3	22
11	-	2	7	8	1	18
12	-	2	3	10	2	17
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>36</b>	<b>86</b>	<b>26</b>	<b>163</b>

## Tabelas anexas: Vila Itinguçu

TABELA 7.5 – Distribuição da população examinada da Vila Itinguçu, segundo idade e cor, Juréia, São Paulo, 2003.

IDADES	COR		
	BRANCOS	PARDOS	NEGROS
3	-	1	-
7	-	-	1
8	-	-	1
9	-	1	1
10	-	-	1
11	-	1	-
12	-	1	-
13	-	1	-
14	-	1	1
15	-	1	-
17	1	1	2
18	1	-	2
19	-	1	-
21	1	-	-
23	-	1	-
26	1	-	-
33	-	1	-
37	-	1	-
40	-	-	1
45	1	-	-
53	2	-	-
55	2	-	-
58	1	-	-
<b>TOTAL (32)</b>	<b>10 31,25%</b>	<b>12 37,50%</b>	<b>10 31,25%</b>

TABELA 7.6 – Distribuição da população examinada da Vila Itinguçu, segundo idade e frequência de escovação, Juréia, São Paulo, 2003.

IDADES	FREQ. DE ESCOVAÇÃO				
	0	1	2	3	4
3	-	-	1	-	-
7	-	-	1	-	-
8	1	-	-	-	-
9	-	-	1	1	-
10	-	1	-	-	-
11	-	-	-	-	1
12	1	-	-	-	-
13	-	-	1	-	-
14	-	1	1	-	-
15	-	-	-	1	-
17	-	-	4	-	-
18	-	-	3	-	-
19	-	-	1	-	-
21	-	1	-	-	-
23	-	-	1	-	-
26	-	-	1	-	-
33	-	-	1	-	-
37	-	-	1	-	-
40	-	-	-	1	-
45	1	-	-	-	-
53	1	-	-	1	-
55	1	-	-	1	-
58	-	-	1	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>%</b>	<b>15,63</b>	<b>9,37</b>	<b>56,25</b>	<b>15,63</b>	<b>3,12</b>

TABELA 7.7 – Número e percentual da população examinada da Vila Itinguçu segundo Instrução de Higiene Bucal, Atendimento Odontológico e Uso de Fio Dental/Enxaguatório Bucal, Juréia, São Paulo, 2003.

VARIÁVEIS	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
INSTRUÇÃO DE HIGIENE BUCAL	25	78,13	7	21,87	32	100,00
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	24	75,00	8	25,00	32	100,00
USO DE FIO E ENXAGUATÓRIO BUCAL	2	6,25	30	93,75	32	100,00

TABELA 7.8 – Frequência (absoluta e relativa) de Ingestão de Alimentos Cariogênicos por dia, na população da Vila Itinguçu, Juréia, São Paulo, 2003.

FREQ. CARIOG.	1	2	3	TOTAL
n	15	9	8	32
%	46,88	28,12	25,00	100,00

TABELA 7.9 – Número de indivíduos examinados da Vila Itinguçú, segundo valores do índice CPO, Juréia, São Paulo, 2003.

CPO	n
0	1
1	2
2	1
3	4
4	1
5	2
6	1
7	2
8	2
9	2
11	1
12	2
14	1
17	1
20	1
21	2
22	3
24	1
27	1
32	1
TOTAL	32