

**LABORO EXCELÊNCIA EM CONSULTORIA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCISCA DE FÁTIMA CRAVEIRO LEITE

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA
EM ESCOLARES (FAIXA ETÁRIA DE 7 – 12 ANOS) DA REDE MUNICIPAL DO
BAIRRO PONTA DA AREIA EM SANTA HELENA – MA**

**SÃO LUÍS
2006**

FRANCISCA DE FÁTIMA CRAVEIRO LEITE

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA
EM ESCOLARES (FAIXA ETÁRIA DE 7 – 12 ANOS) DA REDE MUNICIPAL DO
BAIRRO PONTA DA AREIA EM SANTA HELENA – MA**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família – Gerenciamento de Programas Comunitários de Saúde da Laboro – Excelência em Consultoria e Pós Graduação para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Márcia Cuenca Campos Mendes.

SÃO LUÍS
2006

FRANCISCA DE FÁTIMA CRAVEIRO LEITE

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA
EM ESCOLARES (FAIXA ETÁRIA DE 7 – 12 ANOS) DA REDE MUNICIPAL DO
BAIRRO PONTA DA AREIA EM SANTA HELENA – MA**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família – Gerenciamento de Programas Comunitários de Saúde da Laboro – Excelência em Consultoria e Pós Graduação para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Márcia Cuenca Campos Mendes.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Mestre Márcia Cuenca Campos Mendes - Orientadora

Prof^ª Mestre Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

À Deus, fonte de toda minha inspiração,
pelo Dom do conhecimento e da
perseverança.

À minha Família pelo apoio e motivação.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Edmundo Leite Filho e aos meus filhos Lia Craveiro Leite, Juliana Craveiro Leite e Léo Craveiro Leite por toda dedicação, amor e credibilidade.

Aos meus pais Raimundo Moreira de Souza e Hirtes Maria Craveiro Moreira e demais familiares e amigos que acreditaram no meu potencial.

Aos meus professores da Laboro que muito me ajudaram.

A minha orientadora Márcia Cuenca Campos Mendes, por sua dedicação e atenção à minha causa, demonstrando interesse no desenvolvimento do meu trabalho concluído com êxito.

“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza dos seus sonhos”.

Eleanor Roosevelt

RESUMO

Realizou-se o levantamento epidemiológico da cárie dentária em escolares (faixa etária de 7-12 anos de idade) da Rede Municipal do bairro Ponta da Areia em Santa Helena no Estado do Maranhão. Trata-se de estudo de corte transversal para análise da prevalência da cárie dentária nas crianças avaliadas, capaz de expressar o comportamento desta prevalência em ambos os sexos. Os dados obtidos foram comparados aos resultados obtidos aos 12 anos de idade no SB Brasil 2003. Assim, usando metodologia recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foram examinadas, no mês de maio de 2006, 240 crianças da rede de ensino municipal. Observou-se um aumento progressivo do CPO de acordo com o aumento da idade das crianças, sendo que aos 12 anos o índice CPO encontrado foi 5, 8, apontando alta prevalência de cárie dentária com referência às metas estabelecidas pela OMS para o ano 2000 em termos de Saúde Bucal.

Palavras-chave: Prevalência. Cárie. Crianças.

ABSTRACT

Epidemiological study of cavities in students ages 7-12 in public schools of the Ponta de Areia neighborhood in Santa Helena, Maranhão, shows the study of cavity predominance in the studied children describing the behavior of this predominance in both sexes and comparing the obtained result to those 12 years of age with the result from SP Brasil 2003. For such, using recommended methodology by the World Health Organization in May 2006, 240 children were examined from the public teaching network. Observed was a progressive increase of the CPO according to the increase of the childrens' age being that of 12 years the CPO Index found was 5.8 showing high predominance of cavities according to the preconceived categories by the OMS for this age.

Keywords: Predominance. Cavity. Children.

LISTA DE SIGLAS

ABNT	- Associação Brasileira de Normas e Técnicas.
C	- Cariado.
CPO-D	- Dentes Cariados, perdidos ou obturados.
DATASUS	- Departamento de Informação e Informática do SUS
DTMF	- Decayed, missing or filled teeth.
E	- Extraído.
Ei	- Extração indicada.
ESB	-Equipe de Saúde Bucal.
M.S	- Ministério da Saúde.
O.M.S	- Organização Mundial de Saúde.
PSF	- Programa de Saúde da Família.
SB	- Saúde Brasil.
SUS	- Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

	P.
LISTA DE SIGLAS.....	08
1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Geral.....	14
3.2 Específicos.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 RESULTADOS.....	17
6 DISCUSSÃO.....	22
7 CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXOS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A cárie dentária é um dos problemas de saúde bucal mais comum em todo o mundo. Para medir a ocorrência da cárie dentária, por exemplo, foi criado um método de avaliação que é aceito por toda a comunidade científica internacional como indicador do perfil da saúde bucal, denominado DMFT em inglês (decayed, missing or filled teeth)¹³ ou em português “CPO – D” (dentes cariados, perdidos e obturados, para dentes permanentes) e “ceo-d” (dentes cariados, extraídos e obturados, para dentes decíduos). Esta sigla é uma representação numérica que indica a prevalência de cárie dentária no indivíduo (ou em uma determinada população estudada) e é calculada a partir da quantidade de dentes cariados (C), dentes perdidos (P) e dentes obturados (O)¹¹.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 1986 foi realizado no Brasil o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional em saúde bucal, sendo levantados dados referentes à cárie dentária, doença periodontal e necessidade de próteses. Tal estudo mostrava que a criança brasileira aos 12 anos apresentava em média 7 a 8 dentes comprometidos pela doença cárie (portanto, um índice de CPO-D entre 7 e 8).¹⁰

Em 1996, outro levantamento nacional foi realizado pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras, pesquisando somente a cárie dentária em escolares de 6 a 12 anos. Observou-se que aquele índice de CPO-D aos 12 anos obtidos em 1986 (7,76) teve uma redução da ordem de 53,9% (de 7,76 para 3,06) na população estudada, atingindo praticamente os parâmetros da OMS para o ano 2000 que foi de CPO-D menor ou igual a 3,0. Mas em algumas capitais ainda persistiam índices elevados de cárie dentária¹⁰. É o caso de São Luís, capital do Estado do Maranhão. Informações obtidas pelo DATASUS indicam que o índice CPO-D, nesta capital, no período de 1996, foi de 3,51 em crianças de 12 anos. ⁶

Nos últimos anos, tem sido relatado uma significativa melhoria dos níveis de saúde bucal das populações evidenciadas, sobretudo pelo declínio da cárie dentária em diferentes países, inclusive o Brasil. Apesar disso, esta doença ainda não é considerada controlada, pois sua redução foi acompanhada de um fenômeno conhecido como “polarização da doença”, caracterizado pela concentração dos mais altos índices de cárie em grupos populacionais específicos dentro de um mesmo país ou região, sendo que, quanto mais desfavorável a situação socioeconômica, maior o número de dentes afetados e maior a severidade da doença. Na verdade hoje temos “menos doentes com mais doenças”¹². Os dados do SB Brasil (último levantamento epidemiológico da cárie dentária realizado no Brasil em 2003) confirmam esta afirmação ao identificar diferenças regionais nos níveis de saúde bucal relacionadas ao grau de desenvolvimento dessas regiões. Observa-se que crianças brasileiras de 12 anos apresentam em média 2,8 dentes cariados nas regiões Sul e Sudeste, enquanto médias mais elevadas foram encontradas nas regiões norte e centro oeste. Observa-se que as regiões Norte e Nordeste possuem médias altas de dentes cariados e perdidos quando comparados com as outras regiões brasileiras. Observa-se que, de uma maneira geral, a situação brasileira não está muito boa e que o Brasil atingiu as metas da OMS para o ano 2000 somente na idade de 12 anos, e, em parte, isso somente aconteceu devido às crianças das regiões Sul e Sudeste⁷.

Segundo o SB Brasil 2003, 59,37% das crianças brasileiras têm pelo menos 1 dente cariado e aos 12 anos esse percentual chega a 68,92%.

A OMS propõe novas metas para 2010, que seria o índice CPO menor de 1, 00, para esta idade (12 anos).¹¹

A idade 12 anos (fase em que a dentição permanente, em média, já está completa) é especialmente importante e foi escolhida como a idade de monitoramento global da cárie para comparações internacionais e acompanhamento das tendências da doença.⁷

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É de suma importância que se conheça a real distribuição da doença cárie numa população, para se ter parâmetro do impacto das ações preventivas sobre esta população, verificar-se o quanto que determinada condição realmente é responsável por perdas dentárias, assim como analisar fatores diversos que também podem estar relacionados à doença.

Estudos epidemiológicos em níveis nacionais sobre os padrões de saúde bucal da população foram realizados em 1986, 1996 e 2003, pelo Ministério da Saúde. Em 1986, foram levantados dados referente à cárie dentária, doença periodontal e necessidade de prótese. Já em 1996, o Ministério da Saúde em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia Nacional, Conselho Federal de Odontologia e Secretarias Estaduais de Saúde pesquisou somente cárie dentária em criança da faixa etária de 06 a 12 anos de escolas públicas e privadas, visando um referencial para desenvolvimento das ações preventivas do Sistema Único de Saúde (SUS). No ano 2004, foram publicados os resultados do terceiro levantamento epidemiológico em nível nacional (SB Brasil, condições de saúde bucal da população brasileira). Foram examinadas 108.921 pessoas, no total, das quais 12.117 eram crianças na faixa etária de 18 a 36 meses; 26.641, com cinco anos; 34.550, com 12 anos; 16.833 adolescentes de 15 a 19 anos; 13.431, adultos de 35 a 44 anos e 5.340 idosos de 65 a 74 anos, em escolas, creches e domicílios.

Foram obtidos dados relativos à presença de cárie dentária e da doença periodontal e referente também ao uso e a necessidade de prótese, à má oclusão, à situação socioeconômica, à autopercepção e ao acesso aos serviços de saúde e à água fluoretada.

Foram observadas nas macrorregiões brasileiras as seguintes médias de CPO-D aos 12 anos: Norte, 3,1; Nordeste, 3,2; Sudeste, 2,3; Sul, 2,3; Centro-Oeste; 3,1. A média nacional correspondeu a um CPO-D de 2,8, na referida idade.

Desde sua publicação por Klein e Palmer, em 1938, o CPO-D tornou-se o mais utilizado entre os índices odontológicos mantendo-se hoje como ponto básico de referência para diagnóstico de cárie em populações e avaliação de programas de saúde bucal. Sua unidade de análise é o dente, de modo que o total de dentes afetados expressa o grau de ataque da carie dentária aos indivíduos e às populações. É, portanto um indicador da severidade da doença, e, quanto maior o seu valor, maior é a experiência de cárie.

O valor do CPO não deve ser interpretado como a presença de cárie no indivíduo. É possível ter um CPO alto, composto totalmente de dentes obturados e extraídos, o que neste caso indica ausência da doença naquele momento. Assim, o CPO expressa o modo como a cárie afetou ou está afetando a dentadura das pessoas.

O total de dentes cariados obtidos em cada indivíduo representa sua experiência de cárie e é sempre expresso por um número inteiro entre 0 – 32. Quando se trabalha com populações, usa-se o CPO-D médio, que é a soma de todos os valores individuais examinados. Neste caso, números não inteiros podem ser obtidos.

Hoje, o CPO, devido à grande facilidade na obtenção e à riqueza de dados que fornece é utilizado internacionalmente, permitindo comparação entre países e regiões. ³

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Descrever o comportamento da experiência de cárie na faixa etária de 7 – 12 anos (masculinos e femininos) no bairro da Ponta da Areia no Município de Santa Helena – Maranhão.

3.2 Específicos

- Levantar a experiência de cárie nas crianças de 7 – 12 anos no bairro da Ponta da Areia no Município de Santa Helena – Maranhão.
- Comparar os resultados obtidos aos 12 anos com os do SB – Brasil.
- Estimar o número médio de dentes perdidos em escolares de 7 – 12 anos no bairro da Ponta da Areia no Município de Santa Helena – Maranhão.
- Avaliar a média de dentes restaurados (obturados) nas crianças de 7 – 12 anos no bairro da Ponta da Areia no Município de Santa Helena – Maranhão.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado seguindo e respeitando todas as exigências metodológicas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT).

Trata-se de um estudo descritivo sobre o levantamento epidemiológico de cárie dentária em crianças da faixa etária de 7 – 12 anos (masculinos e femininos), realizado pela ESB (Equipe de Saúde Bucal) do PSF (Programa de Saúde da Família) de Santa Helena, Maranhão.

Utilizando metodologia recomendada pela Organização Mundial de Saúde, foram examinados 240 escolares da rede de ensino municipal do bairro da Ponta da Areia no município de Santa Helena estado do Maranhão. Constituiu-se uma amostra de 40 crianças (20 de cada sexo para cada idade) na faixa etária de 7 a 12 anos de idade, escolhidas aleatoriamente, totalizando 240 crianças.

Os exames foram realizados com algumas modificações, seguindo uma variação da metodologia preconizada pela OMS, o exame foi feito com luz natural e ajuda de uma espátula de madeira descartável. Não foi utilizada a sonda exploradora, pois essa sondagem não é confiável para diagnosticar lesões de superfícies oclusais de esmalte (PENNING e colab., 1992)¹¹. A não utilização da sonda convencional evita ainda a transferência de microorganismos de uma superfície para a outra, assim como a possibilidade de danificar a integridade da superfície desmineralizada do esmalte, favorecendo desse modo o aparecimento de lesões (MALTZ, 1994).⁵

Apenas um examinador realizou o exame clínico para a execução do levantamento epidemiológico, evitando os problemas relativos à variabilidade entre examinadores diferentes, salvaguardando a integridade dos exames realizados.

O instrumento utilizado para aferir a condição dentária foi o índice CPO, empregando-se os códigos e critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

5 RESULTADOS

Na Tabela 1 e Gráfico 1 verifica-se que na idade de 7 anos há um equilíbrio entre o componente “C” e o “Ei”. A partir dos 8 anos há predomínio do componente “C” sobre os demais componentes.

Cabe destacar a participação muito expressiva dos componentes “Ei” e “E” em todas as idades.

Verifica-se a ausência do componente “O” em todas as idades, evidenciando a situação geral do não acesso aos serviços de assistência curativa.

Observa-se que o CPO aumenta progressivamente com a idade.

Cabe destacar que o maior valor do CPO foi observado aos 12 anos.

TABELA 1: Resumo Geral do índice CPO e seus componentes em 240 crianças de ambos os sexos na faixa etária de 07 a 12 anos de idade das Escolas Municipais do Bairro da Ponta da Areia - Santa Helena MA.

Idade	Nº de crianças			C			Ei			E			O			CPO		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
7 anos	20	20	40	3	2	5	1	4	5	1	0	1	0	0	0	5	6	11
8 anos	20	20	40	5	5	10	1	0	1	1	2	3	0	0	0	7	7	14
9 anos	20	20	40	6	10	16	0	1	1	0	1	1	0	0	0	6	12	18
10 anos	20	20	40	30	23	53	2	2	4	3	4	7	0	0	0	35	29	64
11 anos	20	20	40	31	7	38	3	11	14	6	4	10	0	0	0	40	22	62
12 anos	20	20	40	47	43	90	6	6	12	7	7	14	0	0	0	60	56	116
TOTAL	120	120	240	122	90	212	13	24	37	18	18	36	0	0	0	153	132	285

Gráfico 1: Resumo geral do índice CPO e seus componentes em 240 crianças de ambos os sexos na faixa etária de 07 a 12 anos de idade das Escolas Municipais do Bairro da Ponta da Areia - Santa Helena MA.

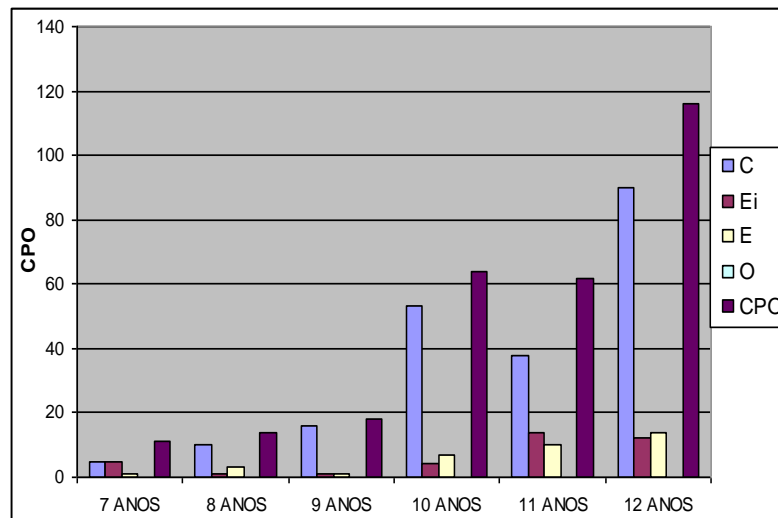
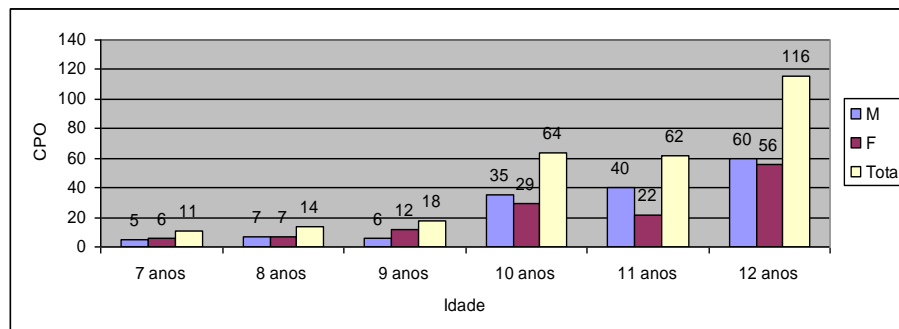


Gráfico 2: Resumo geral do índice CPO (segundo sexo) em 240 crianças de ambos os sexos da faixa etária de 07 a 12 anos de idade do bairro da Ponta da Areia – Santa Helena – Maranhão.

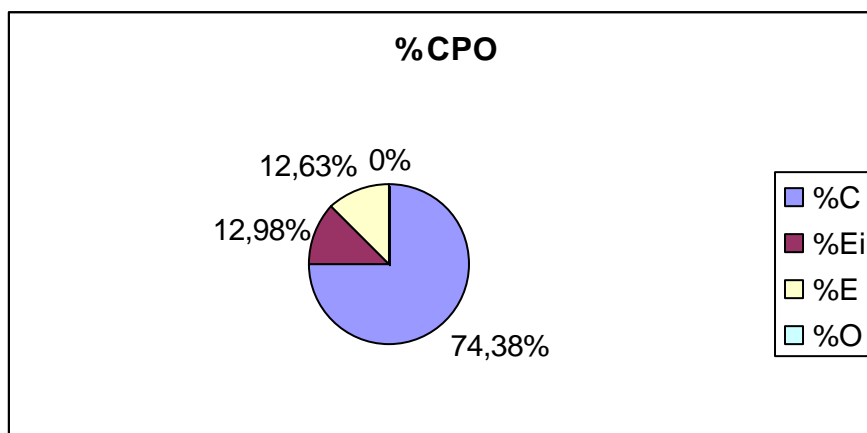


Na Tabela 2, em relação ao percentual de dentes permanentes cariados, restaurados (obturados), extraídos ou com extração indicada e o número CPO, verifica-se os seguintes resultados respectivamente 74,38% C, 0% O, 12,63% E e 12,98% Ei.

TABELA 2: Composição percentual do índice CPO e seus componentes em 240 crianças de ambos os sexos na faixa etária de 07 a 12 anos de idade das Escolas Municipais do Bairro da Ponta da Areia - Santa Helena - MA.

Idade	Nº de Crianças			%C			%Ei			%E			%O			%CPO		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
7 anos	20	20	40	60	33,33	45,45	20	66,66	45,45	20	0	9,09	0	0	0	45,45	54,54	100
8 anos	20	20	40	71,42	71,42	71,42	14,28	0	7,14	14,28	28,57	21,42	0	0	0	50	50	100
9 anos	20	20	40	100	83,33	88,88	0	8,33	5,55	0	8,33	5,55	0	0	0	33,33	66,66	100
10 anos	20	20	40	87,71	79,31	85,93	5,71	6,89	6,25	8,57	13,79	10,93	0	0	0	54,68	45,31	100
11 anos	20	20	40	77,5	31,81	61,29	7,5	50	22,58	15	18,18	16,12	0	0	0	64,51	35,48	100
12 anos	20	20	40	78,33	80,35	77,58	10	10,71	10,34	11,66	12,5	12,06	0	0	0	51,72	48,27	100
TOTAL	120	120	240	79,73	68,18	74,38	8,49	18,18	12,98	11,76	13,83	12,63	0	0	0	53,68	46,37	100

Gráfico 3: Composição percentual do índice CPO e seus componentes em 240 crianças de ambos os sexos na faixa etária de 07 a 12 anos de idade das Escolas Municipais do Bairro da Ponta da Areia - Santa Helena - MA.

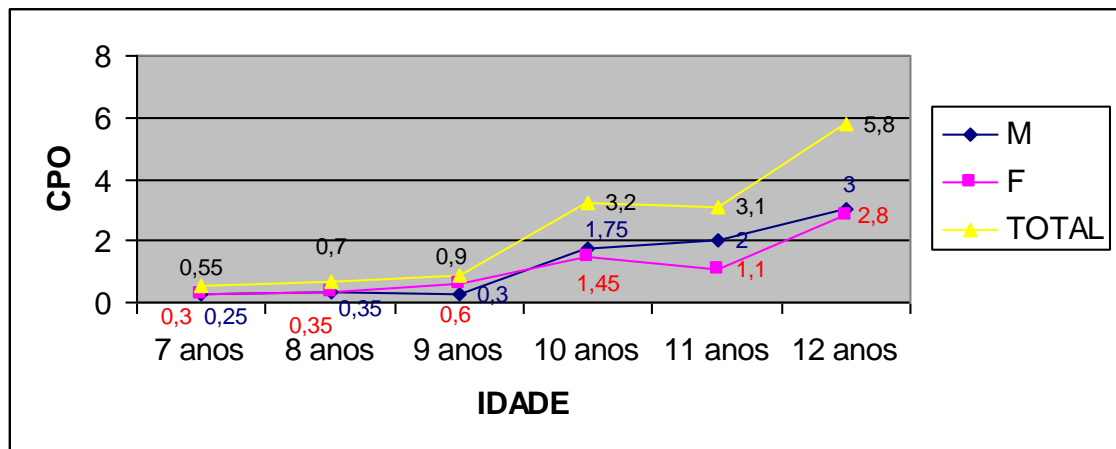


Na Tabela 3 observa-se que a cárie dentária apresenta uma prevalência alta na idade de 12 anos, de acordo com as metas estabelecidas pela OMS para o ano 2000.

Tabela 3: Número médio do índice CPO em 240 crianças de ambos os sexos na faixa etária de 07 a 12 anos de idade das escolas municipais do bairro da Ponta da Areia – Santa Helena – Ma.

Idade	Nº de Crianças			C			Ei			E			O			CPO		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
7 anos	20	20	40	0,15	0,1	0,25	0,05	0,2	0,25	0,05	0	0,05	0	0	0	0,25	0,3	0,55
8 anos	20	20	40	0,25	0,25	0,50	0,05	0	0,05	0,05	0,1	0,15	0	0	0	0,35	0,35	0,7
9 anos	20	20	40	0,3	0,5	0,8	0	0,05	0,05	0	0,05	0,05	0	0	0	0,3	0,6	0,9
10 anos	20	20	40	1,9	1,15	2,65	0,1	0,1	0,2	0,15	0,2	0,35	0	0	0	1,75	1,45	3,2
11 anos	20	20	40	1,55	0,35	1,9	0,15	0,55	0,7	0,3	0,2	0,5	0	0	0	2	1,1	3,1
12 anos	20	20	40	2,35	2,15	4,5	0,3	0,3	0,6	0,35	0,35	0,7	0	0	0	3	2,8	5,8
TOTAL	120	120	240	6,1	4,5	10,6	0,65	1,2	1,85	0,9	0,9	1,8	0	0	0	7,65	6,5	14,25

Gráfico 4: Representativo do número médio do índice CPO em 240 crianças de acordo com a idade, das escolas municipais do bairro da Ponta da Areia – Santa Helena – Ma.



No gráfico 5 verifica-se que há uma grande disparidade entre os resultados encontrados nas crianças de 12 anos (CPO-D 5,80)_do Bairro Ponta da Areia comparando-se com os resultados obtidos aos 12 anos no SB Brasil 2003 (CPO-D 2,80).

Gráfico 5: Média de CPO aos 12 anos de idade nas Escolas Municipais da Ponta da Areia, Santa Helena, Ma, comparada com as médias de CPO aos 12 anos das Macrorregiões do Brasil, segundo SB Brasil 2003.

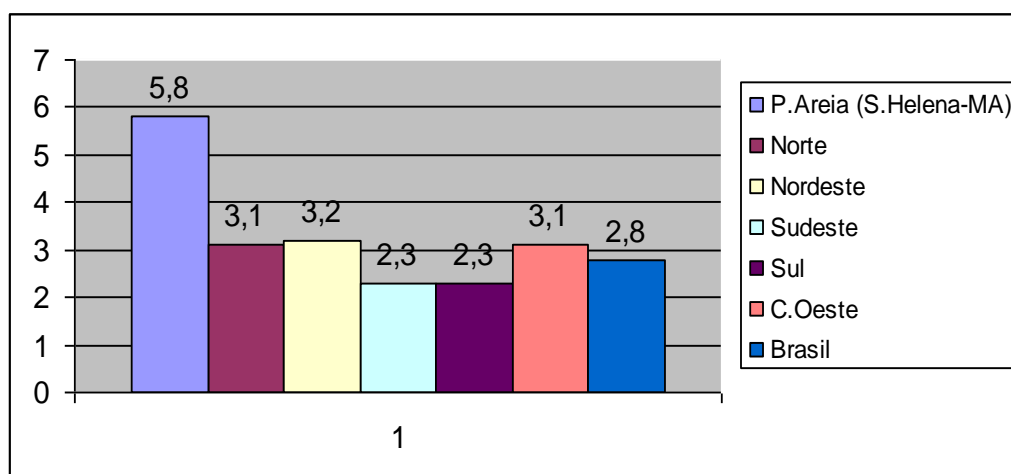
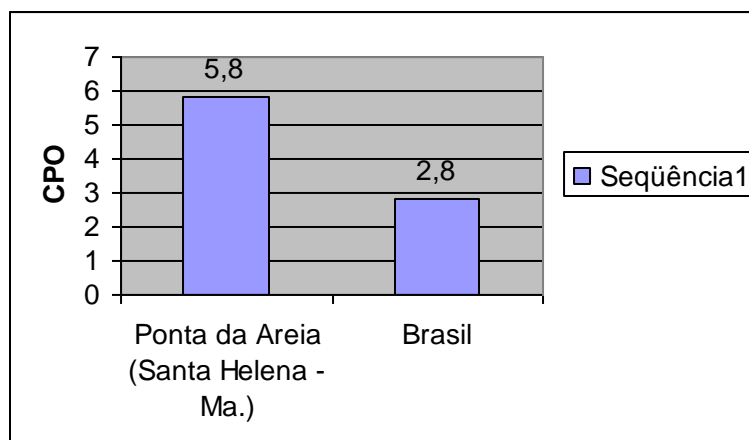


Gráfico 6: Média de CPO aos 12 anos de idade nas Escolas Municipais da Ponta da Areia, Santa Helena, Ma, comparada com as médias de CPO aos 12 anos no Brasil, segundo SB Brasil 2003.



6 DISCUSSÃO

O levantamento epidemiológico da cárie dentária das crianças de 7 a 12 anos de idade do bairro Ponta da Areia, Santa Helena, Maranhão, indica uma prevalência de cárie “alta”, segundo classificação proposta pela OMS (Murray, 1992).⁸

Observa-se diferenças relativas quando se analisam os valores dos componentes do índice CPO. Os dentes cariados apresentam percentuais bem maiores do que os outros componentes. A situação se inverte quando se considera o componente dente restaurado ou obturado (“O”), que de acordo com os dados foi 0%, evidenciando aqui a dificuldade dos serviços assistenciais em assegurar o completo atendimento às necessidades das crianças de 7 a 12 anos.

Destaca-se a participação expressiva dos componentes “Ei”, indicando necessidade de “mutilação acumulada”, ou seja, muitos dentes ainda precisam de assistência, assim como um número alto de “E”, indicando que quando se presta assistência é para “mutilar”, ou seja, extrair os elementos dentários comprometidos.

Observa-se que 12,98% do CPO-D total é representado pelo componente “Ei” e 12,63% do CPO-D total é representado pelo componente “E”, tendo destaque maior o componente “C” :74,38% do CPO-D total.

Destaca-se o CPO 5,8 aos 12 anos de idade neste bairro, muito acima do valor definido pela OMS como meta que deveria ser atingida no ano 2000 (CPO-D menor ou igual a 3).

Comparando-se os resultados obtidos aos 12 anos com os resultados do SB Brasil 2003 observa-se que, neste estudo, o resultado foi bastante desanimador, indicando grande experiência de cárie nesta localidade.

Analisando este fato, Narvai (1996)⁹ menciona o modelo das três vertentes, desenvolvido a partir dos conhecimentos sobre a evolução e as possibilidades de prevenção da cárie dentária (Chaves, 1977)² e afirma que não há uma causa única para a diminuir a prevalência da doença, mas múltiplos fatores, entre os quais identifica a fluoretação das águas de abastecimento, os dentifrícios fluorados e os programas preventivos.

Vale lembrar que, a OMS preconizou como metas para o ano 2000 as seguintes categorias aos 12 anos: CPO-D (0,0 – 1,1) “muito baixa”, CPO-D (1,2 – 2,6) “baixa”, CPO-D (2,7 – 4,4) “moderada”, CPO-D (4,5 – 6,5) “alta”, CPO-D ($\geq 6,6$) “muito alta”. Para o ano 2010 (índice CPO-D aos 12 anos menor que 1 e 90% das crianças de 5 anos de idade livres de cárie), surge uma preocupação e um desafio para as autoridades públicas e privadas com responsabilidade nesta área.

De acordo com os resultados obtidos, observa-se a necessidade da instalação de serviços de assistência odontológica curativa nesta área.

7 CONCLUSÃO

Observa-se um aumento progressivo do CPO-D de acordo com o aumento da idade, sendo que o sexo feminino apresenta maior prevalência nas faixas etárias de 7 a 9 anos e nas faixas etárias de 10 a 12 anos o sexo masculino apresenta maior prevalência da cárie dentária no estudo realizado .

Os dados obtidos neste trabalho mostram que o CPO-D das crianças aos 12 anos foi 5, 8, portanto, muito acima do valor definido pela OMS. Os responsáveis pela saúde bucal do Município de Santa Helena - MA tenham conhecimento desta realidade epidemiológica para o estabelecimento de uma melhor dinâmica na rotina de trabalho a fim de trabalharem firmemente para o declínio do índice CPO-D na população estudada.

REFERÊNCIAS

1. CASTELLANOS, PL. A epidemiologia e a organização dos sistemas de saúde. In: Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993. p. 477-84.
2. CHAVES, MM. **Odontologia social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Labor do Brasil, 1977.
3. CHAVES, Mário Magalhães. **Odontologia Social**. 3. ed. Artes Médicas, 1986.
4. DATASUS Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Notícias, produtos e serviços, dados sobre a saúde do Brasil e muito mais. <<http://www.datasus.gov.br/>> Acesso em 12 dez. 2005.
5. MALTZ, M. - Diagnostico e Tratamento da Lesão de Superfície Oclusal - da ABOPREV outubro(5):4-5, 1994.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1988.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 – 2003. Resultados Principais. Brasília, DF, 2004.
8. MURRAY, JJ. **O uso correto de fluoretos na saúde pública**. São Paulo: Organização Mundial da Saúde, Santos; 1992.
9. NARVAI, PC. Está ocorrendo um declínio de cárie no Brasil? *Jornal da ABOPREV* 1996;7:12.
10. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS – OMS)- Brasil. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>.> Acesso em 12 set. 2005.
11. PENNING, C. e colab - Validity of probing for fissure caries diagnosis - *Carie Research* 26:445-9, 1992.

12. WEINE, S. C. A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – Um desafio às novas gerações. In: KRIGUER, L. (Coor): ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

13. WHO Oral Health Country/ Area Profile Programme. Disponível em: <<http://www.whocollab.od.mah.se/expl/orhdmft.html>.> Acesso em 23 dez. 2005.

ANEXOS

ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: Levantamento Epidemiológico de Cárie Dental em Crianças da faixa etária de 7 – 12 anos das escolas municipais do Bairro da Ponta da Areia do Município de Santa

Helena / Ma.

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu,, portador da Cédula de identidade, RG, e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em ____ / ____ /____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “Levantamento Epidemiológico de Cárie Dental em Crianças da faixa etária de 7 – 12 anos”.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo é capaz de mostrar o número de dentes acometidos por cárie;

- II) Para que ele aconteça é necessário que os dentes da minha boca sejam apenas examinados.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Santa Helena, de de 2006

() Paciente / () Responsável

Testemunha 1 : _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

Prof. RESPONSÁVEL (NOME , ESPECIALIZAÇÃO, NÚMERO DO REGISTRO NO CONSELHO

Telefone para contato:

ANEXO B: Tabela I: Indicadores obtidos no Projeto SB Brasil e metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000. Brasil, 2003.

Proporção de crianças (5 anos) que nunca tiveram cárie	CPO nas crianças (12 anos)	Proporção de adolescentes com todos os dentes		Proporção de adultos com 20 ou mais dentes	Proporção de idosos com 20 ou mais dentes
Meta da OMS	50	Menor que 3	80	75	50
Brasil	40,6	2,8	55,1	53,9	10,2
Norte	35,0	3,1	39,1	46,3	8,6
Nordeste	34,9	3,2	45,1	50,0	11,1
Sudeste	44,9	2,3	66,5	62,3	9,3
Sul	43,3	2,3	66,5	55,1	10,4
Centro-Oeste	41,7	3,1	65,7	58,4	11,2

Fonte: BRASIL. (2004). Projeto SB Brasil: resultados principais.