

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE MORADORES DE UMA ÁREA RURAL:
estudo epidemiológico censitário de base domiciliar**

**ORAL HEALTH CONDITIONS OF RESIDENTS FROM A RURAL ZONE:
epidemiological census study**

CEZAR AUGUSTO CASOTTI

Professor Adjunto do Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

Rua José Moreira Sobrinho, s/nº - Jequiezinho, Cep: 45206-000 – Jequié – BA. E-mail: casottica@hotmail.com

KLÉRYSON MARTINS SOARES FRANCISCO

Professor Assistente do Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. kmartins@uesb.edu.br

ANDRÉIA ANTONIUK PRESTA

Professor adjunto do Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Oeste de Santa Catarina - UNOESC.

DOUGLAS LEONARDO GOMES FILHO

Professor Assistente do Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

NEMRE ADAS SALIBA

Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA/UNESP.

RESUMO

Estudos epidemiológicos tornam possível estimar a condição de saúde oral de grupos populacionais, para os quais é essencial propor ações adequadas para suas realidades.

O objetivo deste estudo é conhecer o perfil epidemiológico da cárie dentária nos residentes na localidade de Água Limpa, situada na zona rural de Araçatuba/SP. Utilizando-se metodologia proposta pela OMS, todos os moradores foram examinados, em domicílio para o diagnóstico da cárie dentária, utilizando espelho dental e sonda da OMS por 06 examinadores calibrados (Kappa inter 0.95 e intra 0.98). Foram avaliados 315 indivíduos, sendo 155 (49.2%) do sexo masculino. Os resultados evidenciaram que nos grupos etários de 3 a 6, 11 a 14 e 15 a 19 a proporção de indivíduos livres de cárie foi respectivamente 50%, 41% e 4%; o índice ceo para os grupos etários de 3 a 6 e 7 a 10 anos foi respectivamente 1.58 e 2.25; o índice CPOD para os grupos etários de 11 a 14, 15 a 19 e 20 a 34 foi respectivamente 2.25, 4.71 e 14.56; a perda dentária nos grupos etários de 35 a 44, 45 a 64, 65 a 74 e 75 anos ou mais representou 39%, 79%, 93% e 93% da composição do índice CPOD. Concluiu-se que a cárie dentária é um problema de saúde pública para esta população e a perda dentária representa um valor considerável nos adultos. Sugere-se, maior ênfase na adoção de estratégias que visem minimizar os danos causados pela cárie.

Palavras Chave: Cárie dentária, epidemiologia. Índice CPOD, saúde bucal

ABSTRACT

Epidemiological studies become possible to estimate the oral health condition of population groups, which is essential to propose adequate actions to their realities. This

study aimed to know the epidemiological profile of dental caries in residents of Água Limpa, situated in the rural zone of Araçatuba city, in the state of São Paulo. All residents were examined in their houses, with the method proposed by the World Health Organization, using a dental mirror and a WHO-probe, by 06 standardized examiners (Kappa inter 0.95 and intra 0.98). From the total of 315 individuals examined, 155 (49.2%) were male. The results showed that: in the age groups of 3 to 6, 11 to 14 and 15 to 19 the proportion of caries-free individuals was 50%, 41% and 4%; the DMFT of the age groups of 3 to 6 and 7 to 10 was 1.58 and 2.25; the DMFT for the age groups of 11 to 14, 15 to 19 and 20 to 34 years was 2.25, 4.71 and 14.56; the tooth loss in the age groups of 35 to 44, 45 to 64, 65 to 74 and 75 years or more, represented 39%, 79%, 93% and 93% of DMFT composition. The conclusion is that in this population dental caries is a public health issue and the dental loss represents a considerable proportion among the adults DMFT index. More emphasis in the formulation of strategies to minimize the damages caused by dental caries is suggested.

Key-words: dental caries, epidemiology, DMFT index, oral health

INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição de 1988, e posteriormente com as Leis Orgânicas da Saúde, 8080 e 8142, os municípios brasileiros passaram a ter sob seu controle a elaboração das ações de saúde dentro de um processo denominado de municipalização. Desde então, gestores do sistema de saúde de alguns municípios passaram a lançar mão de métodos epidemiológicos para orientar o planejamento e avaliação destas ações e assim aperfeiçoar a relação custo-efetividade dos programas implantados (TRAEBERT et al, 2001).

Em se tratando do setor odontológico, poucos foram os avanços conquistados pela população, uma vez que ainda hoje, na maioria dos municípios brasileiros, a saúde bucal constitui um grande desafio aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que se refere à universalização e à equidade do atendimento (GOMES et al., 2004).

Mesmo assim, nos últimos anos, têm-se observado uma tendência de declínio na prevalência e gravidade da cárie dentária (PITTS et al, 2002; NARVAI; CASTELLANOS; FRAZÃO, 2000) em países industrializados e em processo de desenvolvimento (OLIVEIRA; ASSIS; FERREIRA, 1995), sendo ainda esta tendência, observada na América Latina, Caribe e no Brasil, onde o CPO-D aos 12 anos de idade passou de 6.65, em 1986 para 3.06, em 1996 e 2.78 em 2003 (BÖNECKER; CLEATON-JONES, 2003; BRASIL, 1988; BRASIL, 1996; BRASIL, 2004). Ainda hoje, embora com menor magnitude, a cárie dentária continua sendo um importante problema de saúde bucal a ser equacionado. A OMS, preconiza aos países como metas para o ano de 2010 que 90% das crianças com idade de 5-6 anos não tenham cárie, aos 12 anos o CPOD seja < 1, aos 18 anos o número de dentes perdidos seja 0, aos 35 a 44 anos 90% dos indivíduos possuam 20 ou + dentes e aos 65-74 anos exista 5% de edentulos (FRAZÃO, 2003).

São fatores apontados como responsáveis pelo declínio da cárie dentária no Brasil: o aumento e a universalização da exposição ao flúor em suas variadas formas de aplicação, com destaque especial para a água de abastecimento e os dentifrícios fluoretados; a maior ênfase nas atividades de promoção e educação em saúde bucal; a melhoria nas condições globais de saúde e qualidade de vida e as mudanças ocorridas

nos critérios de diagnóstico (WINTER, 1990; OLIVEIRA, 1998; NARVAI; CASTELLANOS; CIPRIANO et al., 1999). Entretanto, este declínio não é homogêneo entre todas as regiões e classes sociais existentes do país, sendo lícito admitir que possa ser bem maior entre os segmentos de maior renda e escolaridade quando comparados com os demais (FRAZÃO, 2003), uma vez que a não universalização do fornecimento da água fluoretada, a falta de acesso a programas preventivos e o baixo nível sócio-econômico-cultural, tornam alguns grupos sociais mais suscetíveis à cárie dentária (CARDOSO et al., 2003).

No Brasil, em algumas regiões, os moradores da zona rural apresentam piores indicadores de renda, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde e níveis de escolaridade quando comparados aos da zona urbana. Entretanto, fatores como o isolamento dos grupos populacionais rurais, a distância dos centros urbanos, o menor acesso a produtos industrializados açucarados poderiam propiciar o registro de menor prevalência de cárie nestas populações, mesmo com a maior dificuldade de acesso a serviços de saúde bucal (MELLO; ANTUNES, 2004).

Como os levantamentos epidemiológicos possibilitam estimar o estado atual de saúde bucal de populações e tendo em vista a existência de poucos estudos em áreas rurais, principalmente em se tratando de adultos e idosos, foi objetivo desse estudo, conhecer o perfil epidemiológico da cárie dentária em todos os residentes no distrito de Água Limpa, situado na zona rural de Araçatuba/SP.

METODOLOGIA

A população de referência deste estudo epidemiológico, censitário, transversal, foi constituída da totalidade dos indivíduos residentes no distrito de Água Limpa, zona rural de Araçatuba, SP.

Inicialmente visitou-se a área para delimitá-la, mapear a localização dos domicílios e dividi-la em setores, com o objetivo de organizar o trabalho e facilitar o transporte dos pesquisadores.

A metodologia adotada para o levantamento das condições de saúde bucal foi a proposta pela 4ª edição do manual da Organização Mundial da Saúde e Projeto Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000 (OMS, 1999; BRASIL, 2001).

Foram realizadas oficinas com o objetivo de padronizar os códigos e critérios de diagnóstico da cárie dentária entre os pesquisadores, visando uniformizá-los e minimizar assim as variações intra e inter examinadores. Esta etapa do trabalho foi executada em diversas instituições (creche, pré-escola, escolas e asilo) da cidade de Araçatuba SP, de forma que contemplasse a todos os grupos etários que seriam examinados. A estatística *Kappa* inter e intra examinadores para a cárie dentária foi respectivamente 0,95 e 0,98.

Os exames foram realizados nos domicílios, com iluminação natural adequada, por 06 equipes de examinadores e anotadores, alunos do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social - FOA-UNESP. O instrumental utilizado foi o preconizado pela OMS (espelho bucal plano nº 05 e sonda OMS).

Após o término da coleta de dados, as fichas foram conferidas e em seguida digitadas e arquivadas num banco de dados do pacote de programas Epi-buco (*Microsoft Visual Profox*) e posteriormente analisadas no EPIBUCO.

Por se tratar de um senso, optamos por agrupar os indivíduos examinados nos seguintes grupos etários: 0 a 35 meses, 3 a 6, 7 a 10, 11 a 14, 15 a 19, 20 a 34, 35 a 44, 45 a 64, 65 a 74 e 75 ou mais anos.

Foram utilizados os seguintes índices: ceod e CPOD, que são obtidos pela somatória do número de dentes cariados, obturados e perdidos, dividida pelo número de exames, sendo utilizado para verificar o grau de severidade da ocorrência da cárie dentária; Índice de Cuidado (*Care Index*), que é obtido pela divisão do dentes obturados pelo CPOD x 100 e sendo utilizado para avaliar os cuidados restauradores que a população alvo esteve exposta (PITTS; EVANS; NUGENT, 2001; GOMES et al., 2004; CIPRIANO et al., 1999).

Nas fases de dentição mista utilizou-se a soma de dentes decíduos e permanentes obturados e o número total de dentes com experiência de cárie (ceod+CPOD) (GOMES et al., 2004).

Devido às diferenças entre a composição dos grupos etários deste estudo com as de outros, tornou-se difícil estabelecer comparações, mesmo assim os valores obtidos foram comparados com os de municípios da Região Sudeste¹⁰, de uma área rural de Itapetinga-SP¹⁶ e com as metas da OMS para os anos de 2000 e 2010 (BRASIL, 2004; FRAZÃO, 2003).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP – SP (processo nº 2025/2003).

RESULTADOS

Foram examinados 315 (93.75%) dos 336 moradores do distrito de Água Limpa, dos quais 160 (50.8%) eram do sexo feminino, conforme se pode observar na Tabela 1. Os indivíduos não examinados referem-se aos que no dia da visita domiciliar e nos três retornos programados, não foram localizados em suas residências e/ou não autorizaram a sua realização.

Tabela 1. Número e percentual de pessoas examinadas, segundo o sexo e grupo etário. Água Limpa, Araçatuba/SP, 2005.

Grupo etário	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 a 35 meses	4	1,19	2	0,59	6	1,79
03 a 06 anos	11	3,27	15	4,46	26	7,73
07 a 10 anos	13	3,86	19	5,65	32	9,52
11 a 14 anos	7	2,08	5	1,47	12	3,57
15 a 19 anos	13	4,16	11	3,57	24	7,74
20 a 34 anos	27	8,63	32	11,01	59	19,64
35 a 44 anos	30	9,82	19	5,95	49	15,77
45 a 64 anos	27	9,82	39	11,90	66	21,73
65 a 74 anos	19	5,65	13	4,16	32	9,82
75 anos ou +	4	1,19	5	1,47	9	2,68
Total	155	49,67	160	50,23	315	100,00

Tabela 2. Medidas de tendência central, desvio padrão, intervalos de confiança de 95% e valores máximos e mínimos do ceod e CPOD segundo o grupo etário. Água Limpa. Araçatuba/SP, 2005.

Índice	Grupo Etário	Média	DP	Inter. confiança		Median a	Valores		n
				LI	LS		Mín.	Máx.	

ceo	00 a 35 meses	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0	0	6
	03 a 06 anos	1,58	2,72	0,48	2,67	0,5	0	13	26
	07 a 10 anos	2,25	3,22	1,09	3,41	1,0	0	14	32
CPOD	07 a 10 anos	0,69	1,18	0,26	1,11	0,0	0	4	32
	11 a 14 anos	2,25	2,53	0,64	3,86	1,5	0	7	12
	15 a 19 anos	4,71	2,96	3,46	5,96	4,0	0	10	24
	20 a 34 anos	14,56	6,63	12,83	16,29	15,0	0	31	59
	35 a 44 anos	21,57	6,30	19,76	23,38	22,0	1	32	49
	45 a 64 anos	25,70	6,76	24,04	27,36	27,0	5	32	66
	65 a 74 anos	29,63	4,84	27,88	31,37	32,0	10	32	32
75 anos ou +	30,0	5,29	25,93	34,07	32,0	16	32	9	

Na tabela 3 pode-se verificar que o índice ceo-d, em crianças de 0 a 35 meses do distrito de Água Limpa foi 0.

Tabela 3. Distribuição numérica e percentual da população segundo o número de dentes decíduos e permanentes atacados por cárie dentária, segundo grupo etário. Água Limpa, Araçatuba/SP, 2005.

Dentes	Grupo etário	0		1 a 4		5 a 10		>11	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
decíduos	0 a 35 m	6	100.0	-	-	-	-	-	-
	3 a 6 anos	13	50.0	12	46.15	1	3.85	-	-
	7 a 10	10	31.25	18	56.25	2	6.25	2	6.25
permanentes	7 a 10	21	65.63	11	34.37	-	-	-	-
	11 a 14	5	41.67	5	41.67	2	16.66	-	-
	15 a 19	1	4.17	12	50.00	11	45.83	-	-
	20 a 34	1	1.70	3	5.08	12	20.34	43	72.88
	35 a 44	-	-	1	2.04	-	-	48	97.96
	45 a 64	-	-	-	-	3	4.54	63	95.45
	65 a 74	-	-	-	-	1	3.12	31	96.88
75 ou mais	-	-	-	-	-	-	9	100.0	

Em relação aos componentes do índice ceod observa-se uma progressão do ataque de cárie com a idade, mas esta tendência não se concretiza devido à substituição desta dentição pela permanente. Mas em se tratando dos componentes do índice CPOD, logo quando se inicia a erupção desta dentição, há um predomínio da condição restaurado, que no grupo etário de 7 a 10 anos representa 45% dos componentes do CPOD, até chegar aos 15 a 19 quando representa 84% dos componentes do índice (Tabela 4).

Tabela 4. Valores numéricos e percentuais dos componentes dos índices ceod e CPOD segundo grupo etário. Água Limpa, Araçatuba, SP, 2005.

Índice	Grupo etário	Cariado		Obt. cariado		Obturado		Perdido	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
ceo	0 a 35m	-	-	-	-	-	-	-	-
	3 a 6	15	36.6	2	4.9	21	51.2	3	7.3
	7 a 10	48	66.6	2	2.8	20	27.8	2	2.8
CPOD	07 a 10	8	36.3	4	18.2	10	45.5	-	-

11 a 14	4	14.8	-	-	22	81.5	1	3.7
15 a 19	15	13.3	1	0.9	96	84.9	1	0.9
20 a 34	77	9.0	25	2.9	635	73.9	122	14.2
35 a 44	88	8.3	15	1.4	535	50.6	419	39.7
45 a 64	57	3.3	10	0.6	284	16.8	1345	79.3
65 a 74	26	2.7	8	0.9	26	2.7	888	93.7
75 ou mais	1	0.4	-	0.0	16	5.9	253	93.7

No grupo etário de 20 a 34 anos, a condição restaurado ainda é o componente mais representativo do CPOD, entretanto uma análise mais acurada mostra o início da ascensão da condição perda dentária que passa a representar 14% do índice. Nos examinados com idade entre 35 e 44 anos, a perda dentária representa 40% da composição do CPOD, este percentual continua a progredir até chegar a 93% em indivíduos com 75 anos ou + (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição numérica e percentual da perda de dentes permanente por cárie dentária, segundo o grupo etário. Água Limpa, Araçatuba/SP, 2004.

Grupo etário	Perdas dentárias por cárie												Total
	zero		1-4		5-10		11-16		17-22		23-28		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
15 a 19	23	95.8	1	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24
20 a 34	20	33.9	33	55.9	4	6.8	2	3.4	0	0.0	0	0.0	59
35 a 44	5	10.2	18	36.8	11	22.4	7	14.3	3	6.1	5	10.2	49
45 a 64	0	0.0	7	10.6	8	12.2	9	13.6	6	9.0	3 6	54.6	66
65 a 74	1	3.1	0	0.0	1	3.1	2	6.2	0	0.0	2 8	87.6	32
75 e +	0	0.0	0	0.0	1	11.1	0	0.0	1	11.1	7	77.8	9

Um fato alarmante é que no grupo etário de 20 a 34 anos somente 34% dos pesquisados apresentam todos os dentes e no grupo de 35 a 44 anos, 90% dos indivíduos já perderam pelo menos um dente. O que também se observa é que além da diminuição do número de indivíduos com todos os dentes presentes na boca, o número de perdas dentárias por indivíduo também aumenta. Enquanto no grupo etário de 20 a 34 anos 56% dos indivíduos perderam de 1 a 4 dentes, no de 35 a 44 anos 53% perderam 5 ou mais dentes.

O índice de Cuidados mostra os procedimentos restauradores a que os indivíduos pesquisados estiveram expostos, uma vez que ele estabelece a relação entre o número de dentes obturados e o número de dentes atacados pela cárie dentária (CPOD).

Tabela 6. Distribuição percentual do Índice de Cuidados, segundo o grupo etário. Água Limpa, Araçatuba/SP, 2005.

Grupo etário	Índice de Cuidado (%)
3 a 6	51
7 a 10	32
11 a 14	82
15 a 19	84
20 a 34	73
35 a 44	50

45 a 64	16
65 a 74	2
75 ou mais	5.92

DISCUSSÃO

Estudos epidemiológicos transversais permitem estimar a situação de saúde bucal de uma população (BRASIL, 2004). Nos últimos anos houve um acréscimo no uso destes instrumentos devido ao baixo custo e pouco tempo necessário para a execução (PITTS et al, 2002). Nesse inquérito, optou-se por realizar um censo populacional, mesmo sendo mais dispendioso e necessitar de mais tempo, por permitir conhecer a real condição de saúde da população o que facilitaria planejar adequadamente as ações do setor saúde.

A totalidade das crianças com idade de 0 a 35 meses os dentes decíduos encontram-se livres de cárie, enquanto em municípios da Região Sudeste 76% apresentam esta condição (BRASIL, 2004).

Crianças da Água Limpa com idade entre 3 e 6 anos apresentaram ceod de 1.58. Na zona rural de Itapetinga/SP (MELLO; ANTUNES, 2004) e em municípios da Região Sudeste (BRASIL, 2004), aos 5 anos de idade o ceod foi respectivamente 2.63 e 2.50.

Em Água Limpa as crianças com idade entre 11 e 14 anos apresentaram CPOD de 2.25. Na zona rural de Itapetinga/SP (MELLO; ANTUNES, 2004) e em municípios da Região Sudeste (BRASIL, 2004), aos 12 anos de idade o CPOD foi respectivamente de 2.45 e 2.30.

Nos 3 estudos, aos 12 anos a meta proposta para o ano de 2.000 ($CPOD \leq 3$) foi alcançada, entretanto, medidas preventivas devem ser adotadas visando estabelecer a meta de 2010 ($CPOD=1$) (BRASIL, 2004; MELLO; ANTUNES, 2004; FRAZÃO, 2003).

Ao comparamos os dados dos grupos etários de 0 a 35 meses, 3 a 6 e 11 a 14 anos de Água Limpa com os de Itapetinga e da região Sudeste, percebemos uma variação pequena.

Nos demais grupos etários os valores do CPOD dos moradores de Água Limpa também estão muito próximos, não evidenciando diferenças entre os valores do ataque da cárie dentária entre a população rural de Água Limpa e municípios da Região Sudeste.

A meta da OMS para 2000 e 2010 em relação a crianças com idade entre 5 e 6 anos é que respectivamente 50% e 90% delas estejam com os dentes decíduos livres de cárie (FRAZÃO, 2003). Em municípios da Região Sudeste, 45% das crianças apresentam esta condição enquanto em Água Limpa, entre os 3 e 6 anos 50%.

No distrito de Água Limpa, nos grupos etários de 11 a 14 e 15 a 19 anos o número de indivíduos com dentes permanentes livres de cárie é respectivamente 41% e 4%. Em municípios da Região Sudeste (BRASIL, 2004) aos 12 e entre 15 e 19 anos o número de indivíduos com dentes permanentes livres de cárie é respectivamente 37% e 12%.

A partir do grupo etário de 11 a 14 anos o número de dentes permanentes atacados por cárie é superior aos de livres de cárie tanto em Água Limpa como em municípios da Região Sudeste (BRASIL, 2004), evidenciando que o risco de ataque por cárie aumenta com o avançar da idade. Os dados apresentados refletem a necessidade de implementar medidas de promoção de saúde capazes de reduzir o ataque da cárie dentária.

Dados epidemiológicos têm revelado expressivo incremento das perdas de órgãos dentais com a idade (FRAZÃO, 2003). Para a população com 18 anos a OMS recomenda para o ano 2.000 e 2010 que 85% e 100% dos indivíduos, respectivamente, estejam com todos os dentes presentes. Esta meta foi alcançada pela população da Água Limpa, já que 96% dos moradores ainda não perderam nenhum dente.

Ainda comparando os dados deste estudo, com as metas da OMS para 2000 e 2010, onde para a população com idade entre 35 a 44 é recomendado que 75% e 90% da população, respectivamente, tenham 20 ou mais dentes, o que se observa e que a meta não foi alcançada no ano de 2000.

Na população adulta há uma grande experiência de cárie, e esta na maior parte das vezes termina com a extração do elemento dental. No Brasil, a prática do desdentamento é instituída pelas instâncias de Saúde Bucal como cuidado sanitário. A culpa por esta prática vem sendo atribuída à cárie dentária e à doença periodontal, não sendo feita referência alguma à ausência de políticas públicas em saúde bucal (MENDONÇA, 2001), para adultos no país.

O modelo de atenção ainda hegemônico biológico não foi capaz de reduzir os danos causados pela cárie dentária, o que fez foi retardar a idade em que ela se inicia, e que mesmo assim ainda continua sendo precoce.

Mesmo com todo o progresso da ciência em relação à determinação dos fatores de risco para a cárie dentária, a perda dental continua sendo um dos grandes problemas que afetam a saúde bucal de adultos no país (PINTO, 1997). Este fato evidencia a necessidade de se implementar ações que visem a reduzir os danos provocados pela cárie dentária com a progressão da idade.

Os valores obtidos neste estudo foram comparados aos dos moradores do município de Paulínia/SP, onde este índice foi também utilizado. Para os grupos etários de 3 a 6 e 7 a 10 anos os valores aproximados em Paulínia (GOMES, 2004) foram respectivamente 65% e 78%, superiores aos da população rural de Araçatuba/SP onde os valores foram respectivamente 50% e 32%.

Para os grupos etários de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos os valores do índice de cuidado de Paulínia (GOMES, 2004) estão de acordo com os obtidos em água Limpa. Em Paulínia os valores aproximados foram respectivamente 80%, 55% e 4.5% enquanto na Água Limpa os valores obtidos foram 84%, 50% e 2%.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados neste estudo, foi possível concluir que a cárie dentária para esta população é um problema de saúde pública e a perda dentária representa um valor considerável do índice CPOD nos adultos. Sugere-se, portanto, maior ênfase na adoção de estratégias que visem minimizar os danos causados pela cárie dentária através do planejamento de um programa de saúde que venha a atender as necessidades dos moradores da localidade - Água Limpa, zona rural de Araçatuba/SP, deve-se levar em conta os valores deste índice para desta forma todos os moradores sejam beneficiados na mesma intensidade.

REFERÊNCIAS

BÖNECKER, M.; CLEATON-JONES. P. Trends in dental caries in Latin American and Caribbean 5-6 and 11-13-year-old children: a systematic review. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2003; 31, p.152-157.

BRASIL. Ministério da Saúde – Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. Ministério da Saúde: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Assistência e Promoção da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: 1ª etapa – cárie dental – projeto. Brasília. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARDOSO, L. et al. Polarização da cárie em município sem água fluoretada. **Cad. Saúde Pública**, jan./fev. 2003.19, (1), p.237-243.

CIPRIANO, S. et al. Saúde bucal de pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. **Rev. Saúde Pública** 2003; 37(2), p.247-253.

FRAZÃO, P. Epidemiologia em saúde bucal. In: PEREIRA, A.C.(Org.) **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003. p.64-82.

FRAZÃO, P.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade: Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2003; 6 (1), p.49-57.

GOMES, P.R. et al. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20 (3).p.866-870.

MELLO, T.R.C.; ANTUNES, J.L.F.A. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetinga, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20 (3), p.829-883.

MENDONÇA, T.C.S. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cad. Saúde Pública** 2001; 17(6), p. 1545-1547.

NARVAI, P.C.; CASTELLANOS, R.A.; FRAZÃO, P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Revista de Saúde Pública**. 2000. 34, p.196-200.

OLIVEIRA, A.G.R.C. **Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-1996**. Set. 1998.

OLIVEIRA, C.M.B.; ASSIS, D.F.; FERREIRA, E.F.E. Avaliação da fluoretação da água de abastecimento público de Belo Horizonte, MG, após 18 anos. **Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais**. 1995. 1, p.62-66.

OMS Organização Mundial de Saúde. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**. 4. ed., São Paulo: Santos, 1999.

PINTO, V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997 p.27-41.

_____. Identificação de problemas. In: PINTO, V.G. (Org.). **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos; 2.000. p.139-222.

PITTS, N.B.; EVANS, D.J.; NUGENT, Z.J. The dental caries experience of 5-years-old children in Great Britain: surveys coordinated by the British Association for the study of Community Dentistry in 1999/2000. **Comm. Dent Health** 2001;18, p.49-55.

PITTS, N.B. et al. The dental caries experience of 12-year-old children in England and Wales. Surveys coordinated by the British Association for the study of Community Dentistry in 2000/2001. **Community Dent Health** 2002; 19,p.46-53.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.149-170.

TRAEBERT, J.L. et al. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis a doze anos de idade. **Rev. Saúde Pública** 2001; 35. p.283-288.

WINTER, G.B. Epidemiology of dental caries. **Archives of Oral Biology**. 1990. 35, p.1-7.

Enviado em: março de 2011.
Revisado e Aceito: abril de 2011.