



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Costa Pinheiro, Helder Henrique; Carnevali de Araújo, Izamir; de Aragão Araújo, Marizeli Viana;
França Costa, Alda; Feio Barroso, Regina Fátima
Prevalência de Cárie Dentária na População Infantil do Distrito de Mosqueiro, Belém - Pará
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 6, núm. 1, janeiro-abril, 2006, pp. 35-
41
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63760107>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Prevalência de Cárie Dentária na População Infantil do Distrito de Mosqueiro, Belém - Pará

DENTAL CARIES PREVALENCE IN THE CHILDREN OF THE DISTRICT OF MOSQUEIRO IN THE CITY OF BELÉM, STATE OF PARÁ, BRAZIL

Helder Henrique Costa PINHEIRO*

Izami Carnevali de ARAÚJO**

Marizeli Viana de Aragão ARAÚJO***

Alda França COSTA****

Regina Fátima Feio BARROSO*****

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência de cárie dentária na população infantil em todas as 58 microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde do Programa Saúde da Família do Distrito de Mosqueiro em Belém do Pará, com o propósito de subsidiar o planejamento das ações de promoção, prevenção e tratamento das equipes de saúde bucal. **Método:** Foram examinadas 887 crianças nas faixas etárias de 18 a 36 meses, 5 anos e 12 anos de idade de acordo com as normas recomendadas pela OMS, verificando os eventos da doença cárie na população estudada. **Resultados:** A prevalência de cárie na população do distrito de Mosqueiro aos 18-36 meses de idade foi de 31,68%, progredindo com o aumento da idade, chegando a acometer 63,69% das crianças de 12 anos. O índice de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados (índice ceo-d) aos cinco anos encontrado em Mosqueiro foi de 3,57 e o índice de dentes permanentes cariados, perdidos por cárie e obturados (índice CPO-D) aos 12 anos foi de 1,80. Em relação às metas propostas pela Organização Mundial de Saúde para o ano de 2000, a única alcançada foi na idade de 12 anos, em que o índice CPO-D igual a 1,80 foi menor que o valor preconizado (índice CPO-D igual a três). **Conclusão:** A prevalência de cárie na população de Mosqueiro demonstra que devem ser implementadas ações efetivas para o controle da doença neste território.

DESCRIPTORES

Cárie dentária; Epidemiologia; Infância.

ABSTRACT

Objective: The study had the objective to check the dental caries prevalence in the children attend by the communitarian agents of health of the Program Health of the Family of the District of Mosqueiro, City of Belém, State of Pará, Brazil, with the purpose of subsidizing the projection of the actions of promotion, prevention and treatment of the staff of oral health. **Method:** 887 children were examined in the age groups from 18 to 36 months, 5 years and 12 years of age in accordance with the standards recommended by the WHO, checking the events of the caries in the studied population. **Results:** The caries prevalence in the population of the district of Mosqueiro to 18-36 months of age was 31.68%, progressing in spite of passing the ages, brought near attacking 63.69% of the 12-year-old children. The decayed, to be extracted, filled index (DEF index) to five years found in Mosqueiro went of 3.57 and the decayed, missing, filled index (DMF index) to 12 years went of 1.80. Regarding the marks proposed by the World Health Organization for the year of 2000, the reached only one was in the age of 12-year-old children, in which the DMF index of 1.80 was less than three. **Conclusion:** The caries prevalence in the population of Mosqueiro is due to implement effective actions for the control of the disease in this territory.

DESCRIPTORS

Dental caries; Epidemiology; Childhood.

* Aluno do Curso de Mestrado em Odontologia, Concentração em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Pará (UFPA).

** Professor da Disciplina de Saúde Coletiva do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará. Mestre em Clínica Integrada pela FO-USP.

*** Profa. da Disciplina de Saúde Coletiva do Curso de Odontologia da UFPA. Mestre em Clínica Integrada pela FO-USP.

**** Profa. da Disciplina de Saúde Coletiva do Curso de Odontologia da UFPA. Mestre em Odontologia Preventiva e Social pela UFF.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da promulgação da Constituição Brasileira, em 1988, no período de redemocratização (pós-ditadura militar), fez com que o Brasil tivesse um dos sistemas de saúde mais avançados e democráticos do mundo inteiro, sendo garantido pelas instituições públicas o direito de receber atendimento para promoção, prevenção e reabilitação dos usuários, desde o mais simples procedimento até os serviços que requeiram uma maior complexidade de atenção e tecnologia para serem realizados.

Apesar do avanço na implementação do SUS que faz com que o Estado ofereça os serviços de saúde de forma universal a todos os brasileiros, mesmo contrário ao neoliberalismo vigente em países em desenvolvimento, como o Brasil, verifica-se que houve pouco impacto na saúde e na qualidade de vida da maioria da população, principalmente na atenção primária, devido a vários fatores, entre os quais: dificuldade e desorganização do acesso aos serviços de saúde, gestão local deficiente, financiamento escasso, pouca vontade política dos gestores (historicamente evidente), repercutindo nos altos índices epidemiológicos de doenças que podem ser controladas, como a cárie dentária.

A partir de 1994, o Ministério da Saúde adota uma estratégia de ação para melhorar o acesso e o impacto da saúde na atenção básica: o Programa Saúde da Família (PSF), incentivando a implantação de equipes de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essas equipes desenvolvem ações de promoção de saúde, com foco de atuação não mais individual, mas no núcleo familiar, analisando os fatores sociais, econômicos, culturais, políticos e sanitários que interferem nas condições de saúde das comunidades, com a finalidade de reorganizar a atenção básica e agir com bases nos princípios organizativos e doutrinários do SUS.

O PSF melhorou os índices de saúde das populações assistidas, porém a saúde bucal dos brasileiros necessitava de atenção especial, pois a concentração de pessoas desdentadas e com alta necessidade de serviços odontológicos é registrada através dos estudos epidemiológicos realizados contemporaneamente. Foi então incentivada a inclusão das equipes de saúde bucal com finalidade de desenvolver ações estratégicas. Para tanto, é necessário conhecer as condições de saúde bucal através de estudos epidemiológicos com o objetivo de planejar intervenções de saúde integral de forma coletiva e individual na população a serem assistidas pelas equipes e avaliar como foram implementadas e

desenvolvidas essas ações, nos diversos grupos populacionais e em faixas etárias que servem para comparação mundial da doença cárie.

A inclusão das primeiras equipes de saúde bucal no município de Belém ocorreu em meados de 2002, sendo destinadas a atuar no Distrito de Mosqueiro. O programa foi implantado de acordo com os princípios do SUS e de acordo com as normas operacionais de saúde, tendo em vista que o município de Belém encontra-se no modelo de gestão plena do sistema de saúde, apto para implantar e desenvolver programas de saúde em todos os níveis de atenção.

Neste contexto, este trabalho teve por objetivo realizar um levantamento epidemiológico de cárie dentária em todas as microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde do distrito supracitado, identificando os eventos e as necessidades de tratamento de acordo com as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. Este levantamento propõe-se subsidiar o planejamento das ações de promoção, prevenção e tratamento das equipes odontológicas do Distrito de Mosqueiro.

REVISÃO DE LITERATURA

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um marco na história da saúde pública brasileira. Foi concebida na constituinte de 1988, relatando no artigo 196 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Objetivando a mudança do modelo de atenção curativo, assistencial e hospitalocêntrico para um modelo descentralizado, de atenção básica e com resolutividade em todos os níveis de atenção na estrutura organizacional do SUS, o Ministério da Saúde incentivou a partir de 1994 a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). As ações das equipes do PSF são de caráter primário e de promoção de saúde, passando a desenhar um novo modelo assistencial de saúde (TRAD; BASTOS, 1998).

O Programa de Saúde da Família também objetiva a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional, orientado na assistência curativa, individualizada e hospitalocêntrica. Na nova proposta, a atenção está centrada no núcleo familiar, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família uma

compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (FRANCO; MERHY, 1999). Esta forma de atuação proporcionou uma melhora nos índices de saúde da população.

Por isso os levantamentos básicos de saúde bucal são necessários para o planejamento e avaliação de programas de intervenção de doenças no setor público, como a atuação das equipes de saúde bucal no programa saúde da família, sendo extremamente importantes para a determinação do estado de saúde de uma população. Deste modo, permite a proposta de uma política local, regional e/ou nacional de saúde bucal, além de contribuir para a análise de custos e auxiliar a produção de instrumentos para a formação, treinamento de pessoal profissional e planejamento das ações das equipes odontológicas nas comunidades (CHAVES, 1986).

Segundo Aboud e Pattussi (1998), a orientação epidemiológica é essencial para o planejamento, estruturação, execução e avaliação da atenção em saúde, devendo ser a base do exercício profissional e institucional. Entretanto, historicamente, não se tem dado a devida importância aos estudos epidemiológicos que exponham de maneira objetiva a distribuição dos principais problemas de saúde bucal na população e suas causas.

No primeiro estudo epidemiológico em saúde bucal de abrangência nacional, realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1988), foram examinadas 25.407 pessoas em 16 capitais brasileiras. Aos 6 anos de idade, verificou-se que 47,7% se apresentaram livres de cárie, caindo significativamente para 3,7% aos 12 anos. Detectou-se que a cárie dentária atingia um índice CPO-D (índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) de 6,7 aos 12 anos de idade, sendo a prevalência superior a 90% (BRASIL, 1988). Essa situação era distanciada da meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2000, onde o CPOD aos 12 anos de idade deveria ser menor ou igual a 3,0 (FDI/WHO, 1982).

Um estudo posterior, realizado em 1996 pelo Ministério da Saúde, apontou significativa queda de severidade de cárie aos 12 anos no País, apresentando um CPO-D médio de 3,1 e prevalência de 75% (SOUZA, 1996). Ambos os estudos foram realizados apenas em capitais, existindo dúvidas se o mesmo padrão ocorre em municípios do interior do país. A redução do índice de cárie na idade de 12 anos, entre o primeiro e o segundo levantamento foi da ordem de 53,22%.

O último levantamento nacional, denominado "Projeto SB Brasil 2003", realizado entre os anos de 2002 e 2003, teve um caráter mais abrangente e proporcional, não considerou as macrorregiões brasileiras, além de

porte populacional dos municípios, agregando municípios com menos de 5.000 habitantes até com mais de 100.000 habitantes (BRASIL, 2004). Os resultados demonstraram uma queda tímida do índice CPO-D aos 12 anos, que foi de 2,78. Entretanto é verificada diferença do CPO-D médio entre as macrorregiões, como entre as regiões Sudeste e Nordeste, que apresentaram índices CPOD de 2,30 e de 3,19, respectivamente. Também foram encontradas diferenças quando analisado o porte populacional do município, pois o CPO-D médio dos municípios com menos de 5.000 habitantes foi de 3,40 e com mais de 100.000 habitantes foi de 2,02.

METODOLOGIA

Este estudo fez parte da implantação das primeiras equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família em Belém do Pará. O Distrito Administrativo escolhido para a implantação foi o de Mosqueiro.

Foram utilizados os seguintes materiais: Ficha de Autorização para a realização do exame epidemiológico, ficha epidemiológica para coleta de dados sobre a situação dentária do examinados, espelhos clínicos, sondas clínicas (modelo preconizado pela OMS) e material de biossegurança.

A composição da amostra do estudo seguiu o que a Organização Mundial de Saúde sugere na 4ª edição do Manual "Levantamento Básico em Saúde Bucal" (WHO, 1997), distribuída nas seguintes idades/faixas-etárias: 18 a 36 meses, 5 anos e 12 anos. O tamanho da amostra no estudo foi estimado em 262 crianças de 18 a 36 meses de idade, 300 crianças de 5 anos e 325 crianças de 12 anos. Esta amostra foi distribuída entre as 58 microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) que dividem todo o distrito. Os exames epidemiológicos eram realizados na própria microárea. Foram realizadas reuniões com os agentes comunitários de saúde para programar a realização da pesquisa, definindo o número de pessoas por idade/grupo-etário a ser pesquisado. Os agentes comunitários também eram orientados a escolher um local na sua microárea que tivesse iluminação natural, com mesas e cadeiras em número razoável para acomodar tanto a equipe que fosse realizar os exames quanto à própria população a ser examinada. A pesquisa ocorreu em bares, igrejas, associações comunitárias e em casas particulares. Antes da realização da pesquisa, era solicitado aos responsáveis das crianças a autorização por escrito.

A pesquisa foi realizada por um cirurgião-

RESULTADOS

Os resultados foram avaliados de acordo com o objetivo do trabalho e das variáveis agrupadas para esta pesquisa, através de análise descritiva, média, percentual e desvio padrão.

A prevalência de cárie na população do distrito de Mosqueiro aos 18-36 meses de idade foi de 31,68%, progredindo com o passar das idades, chegando a acometer 63,69% das crianças aos 12 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição, em números absolutos e percentuais, da prevalência de cárie medida pelo CPO/ceo, segundo grupo etário no Distrito de Mosqueiro. Belém, 2002

Idade	CPO/ceo = 0		CPO/ceo ≥ 1		Total	
	n	%	N	%	n	%
18-36 meses	179	68,32	83	31,68	262	100,00
05 anos	88	29,33	212	70,67	300	100,00
12 anos	118	36,31	207	63,69	325	100,00

Nas Tabelas 2 e 3 estão apresentadas as médias e percentuais dos componentes do índice de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados (índice ceo-d) dos grupos de 18-36 meses e 5 anos, nos quais o índice ceo-d foram 1,34 e 3,57, respectivamente. Nota-se um alto percentual do componente cariado, chegando à cerca de 91,5% em bebês e 76% em

crianças de 05 anos.

A média e o percentual do índice CPO-D são descritos nas Tabelas 4 e 5, atentando para o índice CPO-D aos 12 anos, que foi de 1,80. Verifica-se o percentual do componente permanente cariado, de 50,34% nesta idade com o componente extraído/perdido em 16,27% dos dentes acometidos pela cárie.

Tabela 2. Média dos componentes do índice ceo-d na faixa etária de 18 a 36 meses e aos 5 anos no Distrito de Mosqueiro. Belém, 2002.

Idade	n	Hígidos	Cariado	Obt./Caria.	Obturado	Perdido	ceod	DP*
18-36 meses	262	16,58	1,23	0,02	0,09	0,01	1,34	2,62
05 anos	300	14,87	2,72	0,19	0,52	0,14	3,57	3,73

*Desvio Padrão

Tabela 3. Composição percentual do índice ceo-d na faixa etária de 18 a 36 meses e aos 5 anos no Distrito de Mosqueiro. Belém, 2002.

Idade	n	Cariado	Obt./Caria.	Obturado	Perdido	ceo
18-36 meses	262	91,48	1,14	6,82	0,57	100,00
05 anos	300	76,10	5,23	14,66	4,01	100,00

Tabela 4. Média dos componentes do índice CPO-D aos 12 anos de idade no Distrito de Mosqueiro. Belém, 2002.

Idade	N	Hígidos	Cariado	Obt./Cariado	Obturado	Perdido	CPO-D	DP*
12 anos	325	22,69	0,90	0,06	0,54	0,29	1,80	2,00

*Desvio Padrão

Tabela 5. Composição percentual do índice CPO-D aos 12 anos de idade no Distrito de Mosqueiro. Belém, 2002.

Idade	n	Cariado	Obt./Cariado	Obturado	Perdido	CPO
12 anos	325	50,34	3,42	29,97	16,27	100,00

DISCUSSÃO

Em levantamento epidemiológico realizado no município de Itatiba, em São Paulo, Cangussu, Coelho e Castellanos-Fernandez (2001) observaram que a prevalência de cárie dentária aos cinco anos foi alta (43,1%). No Projeto SB Brasil 2003, realizado em todo o Brasil (BRASIL, 2004), encontrou-se uma prevalência maior, igual a 59,37%. A prevalência encontrada em Mosqueiro foi maior, sendo observado um percentual de 70,67%.

Estudo realizado por Santos, Pordeus e Ferreira (2000), com usuários do SUS de Belo Horizonte, verificou uma prevalência de 35,8% de crianças livres de cárie na dentição decídua na faixa etária de 3 a 5 anos, bem próximo ao encontrado em Mosqueiro, que foi de 29,33%, bem aquém da meta proposta pela OMS para o ano de 2000, que seria de que 50% das crianças com 5 a 6 anos estivessem livres de cárie (FDI, 1982).

Nota-se então que a prevalência de cárie dentária na primeira dentição na população de Mosqueiro é elevada (70,67%), denotando uma deficiência da atenção precoce na atenção básica à saúde bucal, necessitando de uma atenção integral do bebê desde o período de Aleitamento Materno Exclusivo, passando por orientações de higiene pós-mamada, da dieta balanceada de açúcar, acompanhamento da erupção dos dentes decíduos, escovação e utilização de fio dental, além do acesso aos produtos fluoretados para a maturação dentária e prevenção da cárie.

No levantamento epidemiológico realizado por Cangussu, Coelho e Castellanos-Fernandez (2001), no município de Itatiba, em São Paulo, analisando-se a composição percentual do índice ceod em crianças de cinco anos, o componente cariado foi predominante, com 56% dos registros, acompanhado do componente obturado, que compreendeu o percentual de 44% dos dentes acometidos pela doença cárie, dados melhores que os encontrados em Mosqueiro, em que o percentual de dentes cariados nesta idade foi de 70,67%, com somente 14,66% dos elementos que foram acometidos por cárie na condição de obturados. Em relação ao levantamento realizado pelo Projeto SB Brasil 2003, o percentual de dentes acometidos pela cárie dentária aos cinco anos de idade foi maior que o encontrado em Mosqueiro, igual a 82,14% (BRASIL, 2004).

O índice ceo-d aos cinco anos encontrado em Mosqueiro foi de 3,57. Este valor é considerado alto, pois ele expressa que cerca de 18% dos dentes decíduos destas crianças já foram acometidos pela cárie dentária.

Aboud e Pattussi (1998) observaram o índice ceo-d igual a 2,19 em crianças de cinco anos no Distrito Federal. Este estudo, realizado em 1997, demonstra que este índice ficou bem abaixo ao encontrado no Distrito de

Mosqueiro, podendo estes dados serem compatíveis à cobertura da atenção de saúde bucal no Distrito Federal, pois desde a implantação do Programa Saúde da Família já havia a inclusão de equipes odontológicas atuando no Programa, que cobre 100% da população desde sua implantação.

O terceiro levantamento nacional de saúde bucal (Projeto SB Brasil 2003), apresentou o índice ceo-d aos cinco anos igual a 2,80, com valores variando de 2,50 para a região Sudeste e de 3,22 para a região Norte do país (BRASIL, 2004), sendo este resultado próximo ao encontrado por este estudo.

Constata-se um forte acúmulo de cárie dentária na dentição decídua de crianças residentes em Mosqueiro, verificando também uma dificuldade do acesso aos serviços odontológicos do distrito, verificado pelo alto percentual de elementos na condição cariados, necessitando organizar o acesso das crianças que possuem cárie em dentes decíduos às unidades de saúde para serem efetuados os tratamentos curativos neste grupo populacional.

Santos, Pordeus e Ferreira (2000) verificaram que o índice CPO-D em usuários do SUS de Belo Horizonte foi igual a 2,7 (2,3) aos 12 anos de idade, resultado satisfatório para o controle já na época do estudo para as crianças desta faixa etária.

Num levantamento epidemiológico realizado em uma escola de Florianópolis em 1997, Freysleben, Peres e Marcenes (2000) verificaram um índice CPO-D de 6,25, bastante alto quando comparado com os dados encontrados em Mosqueiro e em outros estudos realizados na época, como o levantamento epidemiológico realizado em Distrito Federal em 1997 (ABOUD; PATTUSSI, 1998), onde foi observado o índice CPO-D aos 12 anos igual a 2,72, com diferenças entre regiões com nível sócio-econômico diferentes, conferindo que os fatores sócio-econômicos são importantes no estabelecimento da doença cárie nas populações.

Borges, Zuanos e Rosa (1999) realizaram um estudo no município de Itumbiara, localizado no extremo sul do Estado de Goiás. Eles verificaram um índice CPO-D igual a 3,69, também acima do valor preconizado para os 12 anos de idade para o ano de 2000.

Em estudo realizado em Blumenau em 1998 (TRAEBERT; PERES; GALESSO; ZABOT; MARCENES, 2001), foi verificada a prevalência de cárie aos 12 anos igual a 54,7%, menor que o encontrado em Mosqueiro (63,69%). O índice CPO-D também foi menor que o encontrado em Mosqueiro (índice CPO-D igual a 1,80), sendo o valor encontrado igual a 1,46.

Já no estudo realizado por Silva e Maltz (2001), em 1999, observou-se o índice CPO-D em escolares de

12 anos de 2,22 (0,08), mostrando um controle eficiente em escolares de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, assim como no Distrito de Mosqueiro, em que o índice CPO-D foi de 1,80.

Em levantamento epidemiológico realizado no município de Itatiba, em São Paulo, Cangussu, Coelho e Castellanos-Fernandez (2001) observaram que o índice CPO-D aos 12 anos de idade igual a 2,3 (2,3), cumprindo a meta proposta pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000, com 34,4% dos indivíduos sadios, proporção semelhante ao encontrado em Mosqueiro para esta idade (36,31%).

Quando comparados os dados encontrados em Mosqueiro aos 12 anos e os dados do último levantamento epidemiológico nacional (BRASIL, 2004), verifica-se que as crianças de Mosqueiro nesta idade têm a condição dentária melhor que a média do Brasil, pois o índice CPO-D igual a 1,80 é menor que o resultado da pesquisa nacional, que foi de 2,78, e para os dados encontrados para a região Norte, que foi de 3,13. Em relação à prevalência da doença, em Mosqueiro 36,31% das crianças de 12 anos estavam livres de cárie, resultado melhor ao encontrado em média no Brasil (31,08%) e na região Norte (24,15%) (BRASIL, 2004).

Evidencia-se também a participação do componente perdido a partir da idade de 12 anos, duplicando este valor na faixa etária de adolescentes, demonstrando a dificuldade do acesso aos serviços odontológicos de qualidade e de forma precoce destes adolescentes, fazendo com que eles percam os dentes já nesta fase de vida.

Em relação às metas propostas pela Organização Mundial de Saúde para o ano de 2000, a única alcançada foi na idade de 12 anos, em que o índice CPO-D de 1,80 foi menor que três. Isso pode ser reflexo da atuação tradicional da prevenção em escolares no primeiro ciclo do ensino fundamental. Têm-se a base neste argumento quando verificamos os índices nos adolescentes, pois após a fase escolar primária, eles tornam-se "órfãos" do programa preventivo. Já em relação às crianças na dentição permanente, continuar melhorando a cobertura das ações odontológicas, com o enfoque no risco à doença cárie, conduzindo as ações de intervenção nas crianças que acumulam as necessidades odontológicas, fenômeno este denominado de polarização. Deve-se também continuar o monitoramento da saúde bucal no período da adolescência, para que haja controle da incidência da doença cárie e motive a efetivação de hábitos saudáveis de saúde bucal, com estímulo ao auto cuidado, colaborando na formação de adultos com a saúde bucal satisfatória.

Finalizando, é fundamental que os dados epidemiológicos sejam usados para subsidiar o

planejamento das ações de saúde bucal da população, principalmente quando essas serão assistidas por equipes odontológicas no Programa Saúde da Família, para que a intervenção na saúde bucal nas comunidades possa realizar o impacto necessário para controlar as nosologias bucais, promover saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

CONCLUSÃO

A análise e a discussão dos resultados obtidos no presente trabalho permitiram concluir que os dados da prevalência de cárie na dentição decídua e permanente de crianças no Distrito de Mosqueiro, em Belém do Pará, podem ser utilizados para o planejamento e implementações de ações de saúde bucal para controle efetivo da doença nesta população em todos os níveis de atenção de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Lei Orgânica da Saúde.

REFERÊNCIAS

- ABOUD, A. B.; PATTUSSI, M. P. Levantamento epidemiológico em saúde bucal - Distrito Federal, 1997. **Ação Coletiva**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 7-16, abr./jun. 1998.
- BORGES, R. L. N.; ZUANON, A. C. C.; ROSA, A. G. F. Prevalência de cárie e necessidade de tratamento odontológico em alunos de 06 a 14 anos, da rede municipal e estadual de ensino, urbana, Itumbiara-GO. **Ação Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 41-44, jul./set. 1999.
- BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Brasília, 1988. 292 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CANGUSSU, M. C. T.; COELHO, E. O.; CASTELLANOS FERNANDEZ, R. A. Epidemiologia e iniquidade em saúde bucal aos 5, 12 e 15 anos de idade no município de Itatiba, São Paulo, 2000. **Rev. FOB**, Bauru, v. 9, n. 1-2, p. 77-85, jan./jun. 2001.
- CHAVES, M. M. **Odontologia social**. 3. ed. Rio de Janeiro: Labor do Brasil, 1986. 448p.
- FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE. Global goals for oral health by the year 2000. **Int Dent J**, London, v. 32, n. 1, p. 74-77, mar. 1982.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2004.

Recebido para publicação: 07/12/05

Aceito para publicação: 04/04/06

FREYSLEBEN, G. R.; PERES, M. A. A.; MARCENES, W. Prevalência de cárie e CPO-D médio em escolares de doze a treze anos de idade nos anos de 1971 e 1997, região Sul, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 304-308, jun. 2000.

SANTOS, R. M.; PORDEUS, I. A.; FERREIRA, R. C. Distribuição da cárie dentária nos usuários do SUS em Belo Horizonte: um estudo de prevalência. **Rev Bras Odontologia em Saúde Coletiva**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 63-73, jan./jun. 2000.

SILVA, B. B.; MALTZ, M. Prevalência de cárie, gengivite e fluorose em escolares de 12 anos de Porto Alegre RS, Brasil, 1998/1999. **Pesqui Odontol Bras**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 208-214, jul./set. 2001.

SOUZA, S. M. D. CPO-D brasileiro aos 12 anos tem redução de 53,22%. **Jornal ABO Nac**, São Paulo, p. 8, 1996.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr./jun. 1998.

TRAEBERT, J. L.; PERES, M. A.; GALESSO, E. R.; ZABOT, N. E.; MARCENES, W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 283-288, jun. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4. ed. Geneva: ORH; EPID, 1997.

Correspondência:

Helder Henrique Costa Pinheiro

Av. Tavares Bastos, 1485, Bloco 12 - Apto. 103

Marambaia

Belém - PA

CEP: 66615-005

Telefones: (91) 3231-0708 / 8146-8846

E-mail: helder@ufpa.br