

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

PROJETO SB 2000

Condições de Saúde Bucal no Município  
de Campinas 2002

Dezembro 2002

## **Projeto SB2000 – Campinas**

Gastão Wagner de Souza Campos  
Secretario Municipal de Saúde

Maria do Carmo Cabral Carpintéro  
Diretora do Departamento de Saúde SMS

Isamu Murakami  
Apoio Técnico da área de Saúde Bucal SMS

Nadja Moscoso Abdalla  
Coordenadora de Saúde Bucal – DIR XII

### Equipe de levantamento

Rosana da Costa Selhi  
Coordenadora do levantamento

### Examinadores -

- Célia Cristina G. Martins
- Daise Batista da Silva Pereira
- Fernanda de Andrade
- Jorge Luís Marques Fernandes
- Marcos Roberto da Silva

### Anotadores

- Maria Cristina Jordão
- Regina Lúcia C. Silveira

- 01- INTRODUÇÃO
- 02- OBJETIVOS
- 03- AMOSTRA
- 04- CÁRIE DENTÁRIA
- 05- FLUOROSE
- 06- OCLUSÃO DENTÁRIA
- 07- CONDIÇÃO PERIODONTAL
- 08- USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE
- 09- ALTERAÇÕES EM TECIDOS MOLES
- 10- DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 1- INTRODUÇÃO

Com o intuito de gerar instrumentos de definição de estratégias na área de saúde bucal, a Área Técnica do Ministério da Saúde elaborou um amplo e extenso projeto – SB2000, envolvendo diferentes instituições e esferas de governo, tendo como intuito construir um referencial epidemiológico sobre as condições de saúde da população brasileira para o ano 2000, de acordo com as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI).

A Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo se inseriu neste processo, contando com o apoio do Ministério da Saúde, da Faculdade de Saúde Pública da USP e demais instituições de ensino e pesquisa deste Estado, além de 16 Regionais de Saúde e a da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas.

A Direção Regional de Saúde de Campinas (DIR XII) por sua vez realizou atividades e reuniões regionais com os coordenadores e técnicos dos diferentes municípios sorteados a fim de realizar o planejamento local. A seguir elaborou-se também um planejamento regional, que teve como objetivo principal orientar as atividades de campo dos municípios sorteados.

Desta forma, a DIR XII operacionalizou dois treinamentos de calibração, contando com o apoio e organização local da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. A primeira calibração foi realizada no período de 05 a 12 de abril de 2002, com a participação de 5 CDs examinadores de Várzea Paulista e 4 CDs examinadores de Vargem, totalizando 36 horas teórico-práticas. A segunda calibração foi realizada no período de 05 a 25 de abril de 2002, com a presença de 4 CDs examinadores de município de Campinas e 03 CDs examinadores do município de Pedreira, totalizando 32 horas de treinamento.

Após a realização da calibração, os municípios iniciaram a coleta dos dados (realização dos exames epidemiológicos em campo).

## **2- OBJETIVOS:**

### **Geral**

Consolidar as informações epidemiológicas das condições de saúde bucal do município de Campinas (DIR XII).

### **Específicos**

1-Estimar, para a população de 18 a 36 meses, 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade, a prevalência de cárie dentária.

2-Identificar na amostra correspondente às idades de 12 e 15 a 19 anos, a prevalência de fluorose dentária.

3-Identificar, na amostra correspondente às idades de 5, 12, 15 a 19 anos, a prevalência de oclusopatias.

4-Identificar, na amostra de 5 anos de idade, a prevalência de alterações gengivais e, na amostra de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade, a prevalência de doença periodontal.

5-Estimar a necessidade e o uso de prótese dentária nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade.

6-Identificar nas amostras de 18-36 meses, 5 anos, 12 anos, 15-19 anos, 35-44 anos e 65-74 anos as principais variações de tecido mole.

Subsidiar pesquisas que visem o estabelecimento de relações entre os dados encontrados e a realidade socio-econômica e demográfica da população.

Contribuir para o desenvolvimento da investigação epidemiológica a partir da construção de um referencial teórico metodológico.

Fornecer subsídios relativos à saúde bucal aos profissionais da área da saúde, educação, planejamento e administração.

### 3- AMOSTRA

Para possibilitar a produção de informações mais detalhadas e contemplar os objetivos do projeto, o País foi dividido em cinco macro-regiões e subdividido de acordo com o número de habitantes, de acordo com o porte dos municípios. Campinas está dentro do quinto extrato, pois possui mais de cem mil habitantes. A Organização Mundial de Saúde ( OMS ) sugere a composição da amostra em determinadas idades índices e grupos etários:

18 a 36 meses

5 anos

12 anos

15 a 19 anos

35 a 44 anos

65 a 74 anos

Os indivíduos foram avaliados com relação às seguintes doenças bucais, conforme a faixa etária:

Cárie Dentária

Doença Periodontal

Fluorose

Má-Oclusão

Necessidade de Prótese

#### Tamanho da amostra

Para definir o tamanho da amostra adequado para representar a população de referência, é necessário conhecer a estimativa da frequência e também a variabilidade do principal problema a ser investigado nessa população. Podem ser utilizadas estimativas encontradas em trabalho anteriores sobre a mesma característica ou em informações existentes para populações que possam ser consideradas semelhantes à população de referência do estudo, entre outros recursos.

No Projeto SB 2000, foi adotado como base para o cálculo do tamanho da amostra em cada idade/grupo etário, a variável **ataque de cárie dentária**, medida pelo índice **CPO** (número de dentes atacados pela cárie por indivíduo), tendo em vista que não há, até o presente momento, modelos amostrais para as outras doenças- objeto dessa investigação.

Para as idades de 5 e de 12 anos, o tamanho da amostra foi calculado para cada macrorregião, a partir das estimativas de ataque de cárie produzidas em 1996. Para os grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 e 65 a 74, o tamanho da amostra foi calculado para cada macrorregião a partir das estimativas de ataque de cárie produzidas em 1986

Para os municípios com mais de 100 mil habitantes, onde inclui-se Campinas, a amostra prevista deveria ser a seguinte:

18 a 36 meses	99 exames
05 anos	312 exames
12 anos	285 exames
15 a 19 anos	76 exames
35 a 44 anos	43 exames
65 a 74 anos	14 exames

Total de indivíduos a serem examinados: 829 exames.

### **Metodologia dos exames**

Definidos o número de indivíduos a serem examinados, foi necessário o sorteio das Unidades Amostrais Secundárias ( UAS ), que foram quadras para as áreas urbanas e estabelecimentos de ensino ( escolas e creches ), freqüentados por crianças de 05 e 12 anos de idade.

O Estado fez o sorteio de 10 mapas censitários, que uma vez encaminhados ao município, resultaram nas quadras que foram visitadas. Para a definição, foi realizado sorteio, com a presença de representantes das Secretarias de Educação Estadual e Municipal, da DIR XII, da Secretaria Municipal da Saúde, bem como dos examinadores do levantamento.

Dos 10 mapas censitários enviados, foram sorteadas 7 quadras que são descritas a seguir:

Quadra 22	R. Miguel Dias	São Quirino	Mapa 824
Quadra 28	R. Cinco	São Quirino	Mapa 824
Quadra 49	R. Laerte Meireles	Florence	Mapa 225
Quadra 59	R Vicente Stancato	Guará	Mapa 1001
Quadra 12	Av Almeida Garret	Taquaral	Mapa 521
Quadra 34	R. Amadeo Gardin	São Quirino	Mapa 824
Quadra 23	Rua Seis	São Quirino	Mapa 824

O sorteio das quadras foi realizado através da técnica de sorteio com reposição, conforme descrito pela Área Técnica do SB 2000.

A seguir foi realizado o sorteio das escolas e creches ( estabelecimentos de ensino ), correspondentes a cada idade. O sistema de referência que foi adotado foi a relação dos estabelecimentos de ensino das Secretarias Estaduais e Municipais da Educação.

Depois de identificadas as pré-escolas e escolas de Ensino Fundamental, foram sorteadas 20 escolas em cada domínio, compondo 40 unidades amostrais (UAS)..

As escolas sorteadas foram as seguintes:

## **Escolas de ensino fundamental**

- 01 – Traço Mágico
- 02 – E E Maria Izabel Cavalcanti
- 03 – Colégio Florestan Fernandes
- 04 – E E Maria de Lourdes Freire Marques
- 05 – E E Marechal Mallet
- 06 – E E Lais Bertoni Pereira
- 07 – E M E F Ciro Excel Magro
- 08 – E E Cristiano Volkart
- 09 – E E Coronel Mário Natividade
- 10 – E E André Fort
- 11 – E M E F Violeta Dória Lins
- 12 – E E Dom João Nery
- 13 – Emei Benevenuto Torres
- 14 – Emei José Narciso Ehremberg
- 15 – E E Vida Nova
- 16 – E M E F Humberto Castelo Branco
- 17 – E M E F Vicente Rao
- 18 – E E Rev. Eliseu Narciso
- 19 – E E Dep. Eduardo Barnabé
- 20 – E M E F Leão Valerie

## **Pré - escolas**

- 01 – Paraíso
- 02 – Bem me quer
- 03 – Emei Zuleika Novaes
- 04 – Emei Cantinho da Felicidade
- 05 – Emei José Vilagelin Neto
- 06 – Emei Prof. Rafael A Duarte
- 07 - Emei João Pires Neto
- 08 – Cemei Cristiano Olliveira
- 09 – Emei Maria Odete Mota
- 10- Cemei Aurora Santoro
- 11- Cemei Prof. Otávio Borghi
- 12- Cemei Cláudio Souza Novaes
- 13- Cemei Maria A Massussi
- 14- Cemei Nair Valente da Cunha
- 15- Emei Pezinhos descalços
- 16- Cemei Prof Zeferino Vaz
- 17- Emei Agostinho Pattaro
- 18- Emei Padre Anchieta II
- 19- Emei Prof Herminia Ricci
- 20- Instituto Educacional Imaculada

Depois de obtida a relação das escolas sorteadas, foi solicitado a essas UAS, a listagem dos alunos matriculados, para que fosse realizada a técnica de sorteio ponderado.

Após a obtenção do nome das crianças sorteadas, foi encaminhado um termo de consentimento aos pais, que foi anexado e arquivado às fichas de exame.

## **Recursos**

A equipe de Campinas contou com 05 examinadores, 05 anotadores e 01 coordenador local, formando assim 05 equipes de campo. Todo o material permanente, de consumo e de escritório foi fornecido pela Secretaria do Estado.

## **Coleta de dados**

O período da coleta foi durante o mês de maio de 2002. As cinco equipes de campo conseguiram visitar 40 escolas e 118 domicílios, nos quais foram examinados 544 indivíduos:

251 crianças de 05 anos

209 crianças de 12 anos

12 bebês em domicílios

34 adolescentes 15 – 19 anos em domicílios

26 adultos de 35 – 44 anos em domicílios

12 indivíduos de 65 – 74 anos em domicílios.

Devido à dificuldade operacional do trabalho no âmbito das residências, em algumas faixas etárias não se conseguiu obter a amostra inicialmente prevista.

## **Tabulação dos dados**

Foi desenvolvido um software específico para a tabulação dos dados do SB 2000, que após digitação dos dados levantados, resultou neste relatório final.

#### 4. CÁRIE DENTÁRIA

Os dados relativos à cárie dentária estão nas tabelas seguintes :

Tabela 4.1 - Número de dentes permanentes hígidos, cariados, perdidos e obturados segundo a idade ou o grupo etário. Campinas, 2002

IDADE	n	H	C	P	O	CPO
5	251	444	9	0	1	10
12	209	5171	113	1	167	281
15-19	34	832	23	9	96	128
35-44	26	354	14	199	207	420
65-74	12	42	22	227	81	330

Tabela 4.2 - Média dos componentes do índice CPO-D, segundo a idade ou grupo etário. Campinas, 2002

IDADE	n	C	P	O	CPO-D
5	251	0,04	0,00	0,00	0,04
12	209	0,54	0,00	0,80	1,34
15-19	34	0,68	0,26	2,82	3,76
35-44	26	0,54	7,65	7,96	16,15
65-74	12	1,83	18,92	6,75	27,50

Tabela 4.3 - Composição percentual do índice CPO-D, segundo a idade ou grupo etário. Campinas, 2002

IDADE	n	C	P	O	CPO
5	251	90,00	0,00	10,00	100,00
12	209	40,21	0,36	59,43	100,00
15-19	34	17,97	7,03	75,00	100,00
35-44	26	3,33	47,38	49,29	100,00
65-74	12	6,67	68,79	24,55	100,00

Tabela 4.4- Número de dentes decíduos hígidos, cariados, extraídos e obturados, segundo idade e grupo etário. Campinas, 2002

IDADE	n	h	c	e	o	ceo
18-36 m	12	195	6	0	0	6
5	251	4246	319	3	100	422

Tabela 4.5 - Composição percentual do índice ceo-d, segundo idade ou grupo etário. Campinas, 2002

IDADE	n	c	e	o	ceo
18-36 m	12	100,00	0,00	0,00	100,00
5	251	75,60	0,71	23,70	100,00

Tabela 4.6 - Média dos componentes do índice ceo-d, segundo a idade ou grupo etário. Campinas, 2002.

IDADE	n	c	e	o	ceo
18-36 m	12	0,50	0,00	0,00	0,50
5	251	1,27	0,01	0,40	1,68

Tabela 4.7 - Percentual de indivíduos livres de cárie segundo a idade. Campinas, 2002

IDADE	5	12	15-19
	56,17	49,76	32,35

## 5- FLUOROSE

Os dados sobre fluorose dentária na população de 12 e de 15 a 19 anos de idade estão apresentados nas tabelas a seguir :

Tabela 5.1- Número de escolares de 12 anos de idade segundo os graus de fluorose dentária. Campinas, 2002

CONDIÇÃO	12 anos	15-19 anos
NORMAL	98	10
QUESTIONÁVEL	59	10
COM FLUOROSE		
Muito leve	36	12
Leve	11	1
Moderada	2	0
Severa	0	0
SEM INFORMAÇÃO	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>34</b>

Tabela 5.2- Percentual de escolares aos 12 e 15 a 19 anos de idade, segundo os graus de fluorose. Campinas, 2002.

CONDIÇÃO	12 anos	15-19 anos
SEM FLUOROSE	<b>75,11</b>	<b>58,82</b>
Normal	46,88	29,41
Questionável	28,23	29,41
COM FLUOROSE	<b>23,45</b>	<b>38,23</b>
Muito leve	17,22	35,29
Leve	5,26	2,94
Moderada	0,97	0,00
Severa	0,00	0,00
SEM INFORMAÇÃO	<b>1,44</b>	<b>2,95</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

## 6- OCLUSÃO DENTÁRIA

Os dados sobre as características de oclusão dentária em crianças de 12 anos e de adolescentes de 15 a 19 anos são apresentados nas tabelas subseqüentes.

Tabela 6.1- Número e porcentagem de indivíduos de 12 e de 15 a 19 anos de idade segundo o índice de estética dentária (DAÍ). Campinas, 2002

CONDIÇÃO	12 anos		15-19 anos	
	n	%	n	%
NORMAL	134	64,11	17	50,00
MÁ OCLUSÃO	75	35,89	16	47,05
Definida	33	15,78	7	20,58
Severa	22	10,52	6	17,65
Muito severa	20	9,56	3	8,82
Não avaliado	0	0,00	1	2,95
TOTAL	209	100,00	34	100,00

## 7- CONDIÇÃO PERIODONTAL

Os dados relativos às condições periodontais, avaliados por meio do Índice de Alterações Gengivais, do CPI e do PIP, estão apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 7.1- Número e porcentagem de crianças de 5 anos de idade, segundo o Índice de Alterações Gengivais. Campinas, 2002.

IDADE	AUSÊNCIA		SANGRAMENTO PRESENÇA		S/ INFORMAÇÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
5	235	93,63	15	5,98	1	0,39	251	100,00

Tabela 7.2- Percentagem de sextante, segundo a perda de inserção periodontal e o grupo etário. Campinas, 2002.

PERDA DE INSERÇÃO PERIODONTAL	IDADE	
	35-44 anos	65-74 anos
0 ( 0-3 mm)	74,36	22,22
1 ( 4-5 mm )	8,97	13,89
2 ( 6-8 mm )	3,21	1,39
3 ( 9-11 mm)	0,00	4,17
4 ( 12 - + mm)	0,00	0,00
X ( Nulo )	2,56	12,50
Não examinado	10,90	45,83
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Tabela 7.3- Percentagem de sextante, segundo a condição periodontal e a idade ou grupo etário. Campinas, 2002.

CONDIÇÃO PERIODONTAL	IDADE			
	12 anos	15-19 anos	35-44 anos	65-74 anos
0 ( Sadio )	71,61	85,78	66,67	31,94
1 ( Sangramento)	19,86	7,35	8,33	5,56
2 ( Cálculo )	8,45	6,86	8,97	5,56
3 (Bolsa 4-5mm)	0,00	0,00	0,64	0,00
4 (Bolsa 6+ mm)	0,00	0,00	1,92	0,00
X ( Nulo )	0,00	0,00	2,56	12,50
Não examinado	0,08	0,00	10,90	44,44
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

## 8- USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE

Os dados relacionados ao uso e à necessidade de próteses dentárias estão apresentados nas tabelas seguintes.

Tabela 8.1- Número e porcentagem de indivíduos segundo o uso de prótese dentária superior, por grupo etário. Campinas, 2002.

GRUPO ETÁRIO	USO DE PRÓTESE				S/ INFORM.	TOTAL		
	NÃO USA		USA			n	%	
	n	%	n	%				
15-19	34	100,00	0	0,00	0	0,00	34	100,00
35-44	19	73,07	7	26,92	0	0,00	26	100,00
65-74	7	58,33	5	41,67	0	0,00	12	100,00
TOTAL	60	83,33	12	16,67	0	0,00	72	100,00

## 9- ALTERAÇÕES DE TECIDO MOLE

A tabela seguinte apresenta as informações sobre as alterações de tecido mole.

Tabela 9.1- Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo a classificação do índice de alterações de tecido mole e a idade ou grupo etário. Campinas 2002

IDADE	n	AUSÊNCIA		PRESENÇA	
		n	%	n	%
18-36 mês/	12	10	83,34	2	16,66
5 anos	251	233	92,83	18	7,17
12 anos	209	181	86,60	28	13,40
15-19 anos	34	27	79,41	7	20,59
35-44 anos	26	15	57,69	11	42,31
65-74 anos	12	8	75,00	4	25,00
TOTAL	544	474	87,13	70	12,87

## 10- Discussão e Considerações finais

Para o estudo da prevalência da cárie dentária, os índices utilizados foram CPO-D (C= cariados, P=perdidos, O=obturados) para dentes permanentes e ceo (c=cariados, e=extraídos, o=obturados) para dentes decíduos.

Foi observado que 83,3 % dos bebês de 18 a 36 meses estão livres de cárie (ceo= zero). Em relação ao ceo médio, este foi da ordem de 0,50; com os dentes atacados pela cárie representando 100 % da composição do índice.

Aos cinco anos, observou-se que 56,17 % das crianças estão livres de cárie e que Campinas atingiu a meta prevista pela OMS/FDI para o ano 2000 (50 % das crianças sem cárie). Em relação à composição interna do índice ceo nesta idade, 75,6 % dos dentes atacados pela cárie encontram-se na condição de cariados, 23,7 % obturados e 0,7 % extraídos.

Baseados nos dados dos bebês e das crianças de 5 anos, recomenda-se a intensificação no acesso à assistência odontológica e de ações preventivas para a população em idade pré-escolar.

Aos 12 anos, o índice CPO-D médio foi de 1,34, o que comprova que Campinas atingiu a meta prevista pela OMS/FDI para esta idade (CPO-D igual ou menor que 3,0). Ao se identificar este dado no total de municípios que compuseram a amostra estadual, vê-se que Campinas teve o segundo menor CPO-D médio nesta idade, só sendo superada por Santos (1,32).

Outro dado significativo é que 49,76 % das crianças de 12 anos apresentam-se livres de cárie. Em relação à composição interna, vê-se que do total de dentes atacados pela cárie, 59,4 % apresentavam-se obturados, 41,2 % cariados e 0,4 % extraídos.

Este dado reforça a importância de se assegurar o acesso desta população à assistência odontológica, uma vez que 41,2 % dos dentes atacados pela cárie encontram-se na condição de cariados. Muito embora Campinas tenha apresentado índices próximos aos recomendados pela OMS para 2010 nesta idade, isto significa que os programas preventivos dirigidos para esta clientela devam ser mantidos.

Em relação aos adolescentes e jovens de 15 a 19 anos, 32,3 % destes apresentam-se livres de cáries. Em relação à composição interna, 75 % dos dentes atacados pela cárie encontravam-se obturados, 18 % cariados e 7 % extraídos.

Em adultos de 35 a 44 anos, o CPO-D médio foi de 16,15, sendo que dos dentes atacados pela cárie, 49,3 % estavam na condição de obturados, 47,4 % perdidos e 3,4 % cariados. Este dado demonstra que na faixa etária adulta, a ocorrência da mutilação dentária começa a se expressar com maior gravidade, pois quase metade dos dentes atingidos pela cárie foram extraídos.

No que diz respeito aos idosos de 65 a 74 anos, acentua-se mais a participação do elemento P (perdido). Dentre os dentes atingidos pela cárie, 68,8 % já foram extraídos, o que confirma o agravamento da mutilação nesta faixa etária.

A presença de fluorose foi observada em 23,45 % das crianças de 12 anos e 38,23 % nos adolescentes de 15 a 19 anos. Quase a totalidade destes casos de fluorose são de grau muito leve e leve. Em relação ao grau moderado, 0,97 % dos examinados apresentaram esta condição e nenhum caso de fluorose severa foi constatada. Recomenda-se, entretanto, a adoção de ações educativas dirigidas à população e aos profissionais de saúde, alertando para o não-consumo de medicamentos fluoretados, águas minerais com alto teor de flúor e a adição de pequenas quantidades de cremes dentifrícios na escovação dental de crianças de até 6 anos de idade.

Em relação à oclusão dentária, 35,89 % das crianças de doze anos e 47,05 % dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam má-oclusão. Destaca-se que na idade de 12 anos, 20,8 % das crianças têm má-oclusão severa ou muito severa e que na faixa de 15 a 19 anos, 26,47 % apresentam estas duas condições. Tais dados reforçam a necessidade de educação em saúde, realizada pela equipe multiprofissional, e a criação de serviços de Ortopedia Funcional e Ortodontia. As alterações gengivais foram observadas em 6 % das crianças de 5 anos, que apresentavam sangramento gengival. Na idade dos 12 anos, o percentual de sangramento gengival atingiu 20 % das crianças. Na faixa etária de 35 a 44 anos, 8,4% dos sextantes examinados apresentavam sangramento gengival, 9 % cálculo e 2,6 % bolsa. Desta forma, recomenda-se a intensificação de ações preventivas, notadamente as de controle de placa e cálculo, e a criação de Serviço Especializado de Periodontia.

Em relação ao uso de prótese dentária, 27 % dos cidadãos de 35 a 44 anos usam prótese superior (fixa, removível ou total) e 19,2 %, prótese inferior. Na faixa etária de 65 a 74 anos, 41,6% usam prótese superior e 33,3 %, a inferior.

Em relação à necessidade de prótese, na faixa etária de 35 a 44 anos, 30,7 % dos examinados necessitam algum tipo de prótese, valor que alcança 33,3 % na faixa etária de 65 a 74 anos.

Desta forma, identifica-se a urgente necessidade de instalação de Serviço de Prótese Dentária, para enfrentar esta absurda situação sanitária.

Em relação às alterações de tecido mole, detectou-se que 42,3 % dos examinados na faixa de 35 a 44 anos apresentavam algum tipo de alteração e que entre idosos, este percentual foi da ordem de 25 %. Sugere-se, portanto, a criação de Serviço de Semiologia e Diagnóstico Bucal e que campanhas de prevenção ao câncer bucal sejam realizadas.

Outro aspecto importante do levantamento foi a análise do acesso a serviços odontológicos, estudado nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. Observa-se que 94,1 % dos jovens, 92,3 % dos adultos e 91,6 % dos idosos já tiveram acesso a serviços odontológicos em Campinas, valor superior à média nacional.

Ao se analisar a relação acesso a serviço/tempo de última consulta, vê-se que 64% dos jovens, 61,5 % dos adultos e 41,6 % dos idosos fizeram a última consulta há menos de um ano. A faixa etária dos idosos é a que concentra a parcela que há mais tempo não realiza consulta, pois 33,3 % não vai ao dentista há mais de três anos.

Em relação ao tipo de serviço responsável pelo último atendimento, vê-se que a rede pública foi responsável pelo atendimento de 41,1% dos adolescentes, 26,9% dos adultos e 25 % dos idosos. Este dado indica que, por mais que a cobertura da rede pública tenha sido ampliada nos últimos anos, o setor privado ainda é hegemônico na prestação de serviços às faixas etárias analisadas. Outro dado que pode explicar tal situação foi a histórica priorização dada ao atendimento às crianças em idade escolar na rede pública de Campinas, o que acabou por minimizar o acesso de outras faixas etárias.

Em relação ao motivo da última consulta, identifica-se que 55,8% dos adolescentes e 50% dos idosos tiveram como causa consultas de rotina. Já entre os adultos, 61,5 % tiveram como causas dor de dentes, cavidades e rosto inchado. A avaliação do atendimento recebido foi positiva. Os adolescentes classificaram que 73,5 % dos atendimentos foram bons e 17,6 % ótimos. Para os adultos, 50% dos atendimentos foram bons e 38,4 % ótimos e para os idosos, estes percentuais foram de 50% e 16,6%, respectivamente.

Outro dado considerável é que 79,4% dos adolescentes, 76,9% dos adultos e 50% dos idosos relatam ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais, o que reforça a preocupação crescente dos profissionais com as ações preventivas e educativas.

Em relação à avaliação de necessidade de tratamento, vê-se que 61,7% dos adolescentes, 88,4 % dos adultos e 75 % dos idosos relatam ter necessidade de tratamento atual. Este dado reforça a perspectiva de que mesmo com a população tendo uma alta percentagem de atendimentos realizados nos últimos anos, persiste a necessidade de acesso à assistência odontológica, identificada pela população.

O quesito de autopercepção em saúde bucal demonstra observações interessantes. A maior parte dos entrevistados têm uma autopercepção boa de sua própria saúde bucal ( 58,8 % dos adolescentes, 34,6% dos adultos e 58,3 dos idosos). Em relação à classificação da própria aparência em relação aos dentes e gengivas, 52,9% dos adolescentes classificaram como boa, 38,4% dos adultos como boa e 41,6% dos idosos como ruim.

Em relação à avaliação da mastigação, 61,7% dos adolescentes a classificam como boa. Já entre os adultos e idosos, 65,3 % e 58,3%, respectivamente, a classificam como regular, ruim e péssima.

No que diz respeito à avaliação da fala devido aos dentes e gengivas, 52,9% dos adolescentes, 57,6% dos adultos e 58,3% dos idosos a identificam como boa.

Em relação ao quesito de como a saúde bucal afeta o relacionamento com outras pessoas, 70,5% dos adolescentes reconheceram que não afetava. Já 34,6% dos adultos e 25% dos idosos entendiam que afetava muito.

Quanto à presença e grau de dor de dente ou gengiva sentida nos últimos três meses anteriores ao levantamento, 23,1% dos adultos relataram ter tido muita dor e 8,8% dos adolescentes, média dor.

Ao término deste relatório, julgamos pertinente a recomendação da realização de novos levantamentos epidemiológicos no âmbito dos distritos e das unidades de saúde, para um conhecimento mais detalhado de cada realidade local. Estes levantamentos devem ser precedidos de amplas campanhas de divulgação e esclarecimento da população, para evitar as dificuldades enfrentadas no presente

levantamento, no que diz respeito ao acesso às residências, para a realização dos exames domiciliares.

Recomenda-se também o envio de cópia do presente levantamento e, em especial da discussão e das considerações finais, para a Prefeita Municipal, para o Conselho Municipal de Saúde, para a Câmara Municipal e para os órgãos de imprensa e entidades representativas da área odontológica (ACDC, Sindicato, CROSP e FIO) e de outras categorias da saúde.

Sugere-se o seu debate no âmbito dos distritos e das unidades de saúde, pois a sua finalidade é propiciar o planejamento das ações a serem desenvolvidas pela SMS nos próximos anos, notadamente para a consolidação da mudança do modelo de atenção à saúde bucal propiciada pela implantação do Programa Paidéia de Saúde da Família.

Por fim, agradecemos a todos os profissionais que se envolveram no presente levantamento, enfrentando as dificuldades e adversidades com elevado senso de profissionalismo.