

Alessandra Helen Magacho Vieira¹
Mylene Teixeira Ruiz¹
Valeska Vieira Camurça¹
Vanara Florêncio Passos¹
Lidiany Karla Azevedo Rodrigues²
Sérgio Lima Santiago²

Oral diseases epidemiology in the state of Ceará

| Epidemiologia das doenças bucais no estado do Ceará

ABSTRACT | *Introduction: The knowledge about prevalence and distribution of oral problems in a population is obtained from epidemiological studies. Epidemiological studies performed in the state of Ceará, Brazil are rare and frequently have used different methodologies, making the comparison among them very difficult. Objective: The aim of this study was to present and discuss the main data of epidemiological studies related to the local situation. Methods: A literature review about oral disease epidemiology in the state of Ceará, Brazil was carried out in national databases, books, thesis, dissertations and monographs. Results: High levels of prevalence and severity for dental caries, periodontal diseases, dental-facial anomalies and oral cancer were found in Ceará state. Conclusion: There are few epidemiologic surveys in oral health in the state of Ceará, Brazil and the data demonstrate a poor situation of oral health, and the need of expanding researches and to use information on activities by local health systems.*

Keywords | *Dental health surveys; Oral health; Epidemiology.*

RESUMO | *Introdução: O conhecimento da ocorrência e distribuição das doenças bucais de uma população é estabelecido por meio de estudos epidemiológicos. Os trabalhos realizados no Estado do Ceará, além de escassos, frequentemente, utilizam metodologias diferentes, o que dificulta uma avaliação precisa dos dados obtidos. Objetivo: Apresentar e discutir os principais dados dos levantamentos epidemiológicos que retratam a situação local. Metodologia: Foi realizada uma revisão da literatura acerca da epidemiologia das doenças bucais no Estado do Ceará, por meio de pesquisa em bases de dados nacionais, livros, teses, dissertações e monografias. Resultados: Altos índices de prevalência e severidade de cárie, doença periodontal, anomalias dentofaciais e câncer de boca foram registrados no Estado. Conclusão: Há poucos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Ceará e os dados obtidos ressaltam a precariedade da situação odontológica, a necessidade de ampliação das pesquisas e a utilização da informação na atuação pelos sistemas locais de saúde.*

Palavras-chave | *Levantamentos de saúde bucal; Saúde bucal; Epidemiologia.*

¹ Mestre em Odontologia, Universidade Federal do Ceará.

² Doutor em Odontologia; professor adjunto da disciplina Dentística Operatória Clínica I da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

INTRODUÇÃO |

A epidemiologia, no âmbito da Odontologia, pode ser definida como o estudo dos fatores que condicionam o surgimento e a distribuição dos determinantes relacionados com o estado de saúde e doença bucal, bem como o uso desse estudo para melhorar as condições de saúde da população^{20,22}. A partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), os modelos assistenciais estabelecidos no Brasil têm colocado a epidemiologia como eixo estruturante para suas estratégias de gestão, pela compreensão da necessidade de uma visão estratégica de planejamento¹⁹.

Para medir a extensão de um problema ou agravamento à saúde bucal de uma população, são utilizados os levantamentos epidemiológicos, que consistem em estudos do tipo transversal e se caracterizam como instrumentos metodológicos que geram dados no intuito de auxiliar o planejamento de ações¹⁷. No Ceará, os poucos dados epidemiológicos disponíveis em saúde bucal não têm sido submetidos a uma análise de caráter sistemático e periódico. Isso dificulta a definição de parâmetros epidemiológicos locais adequados e a respectiva atuação dos governos municipais e estadual¹⁴.

Dessa maneira, é fundamental que esses dados sejam conhecidos e divulgados para orientar as políticas públicas de saúde bucal no Estado. Este trabalho apresenta e discute a literatura acerca da epidemiologia das doenças bucais no Estado do Ceará e, dessa forma, contribui para a socialização do conhecimento da situação de saúde bucal da população.

REVISÃO DE LITERATURA |

Os dados epidemiológicos sobre a situação das doenças bucais no Estado do Ceará são muito escassos, quando comparados com os de outras regiões⁹. Além disso, a maioria dos levantamentos que gera essas informações origina-se de pesquisas isoladas, realizadas por uma ou outra instituição pública, e que muitas vezes não chegam a ser oficialmente publicadas¹⁴.

Cárie dentária

Crisóstomo *et al.*⁶ realizaram um estudo sobre a situação da cárie em oito municípios do Estado do Ceará (Fortaleza, Juazeiro do Norte, Aracati, Icó, Russas, Sobral, Quixeramobim e Acarau), a partir dos dados de um levantamento epidemiológico efetivado, em 1986, pela

extinta Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP). Observaram que o índice de dentes decíduos cariados, esfoliados e obturados (ceo-d), aos seis anos, variou de 1,3 a 2,1. Esse mesmo estudo calculou uma média desses dados e obteve, para o Estado do Ceará, índice ceo-d aos 6 anos de 1,6. O índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) aos 12 anos para essa população variou de 6,8 a 10,2. Para a cidade de Fortaleza, esse índice foi de 10,2 e a média encontrada para o Estado do Ceará foi 8,4.

Os resultados desse levantamento aproximaram-se dos índices nacionais obtidos pelo Ministério da Saúde no mesmo ano (ceo-d aos 6 anos de 2,68 e CPO-D aos 12 anos de 5,56)¹. O elevado número de dentes comprometidos por cárie nas dentições decídua e permanente evidenciou o grave estado de saúde bucal das crianças cearenses no que diz respeito à cárie dentária.

Goya¹⁰ publicou um estudo realizado nos municípios de Icó, Icapuí, Fortim, Quixadá e Iguatu, durante o ano de 1994, sob o acompanhamento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da empresa de assessoria Estação Saúde, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA). O índice ceo-d aos 5 anos, para esses municípios, variou de 0,1 a 0,7, enquanto o índice CPO-D aos 12 anos variou de 3,8 a 6,64.

Fluorose

A fluorose vem se tornando alvo de maior atenção devido ao acesso da população à água fluoretada e/ou outros meios de uso sistêmico do flúor. Cortes *et al.*⁵ realizaram um levantamento epidemiológico no município de Olho D'água (Ceará) sobre fluorose dentária e obtiveram o resultado de 91,7% das crianças entre 6 e 12 anos com a presença dessa alteração. Esse resultado, portanto, revelou-se preocupante em relação a esse problema de saúde pública.

Prótese

No SB Ceará, observa-se que os adolescentes apresentam necessidade de prótese superior e inferior de 15,26% e 34,97%, respectivamente. Em adultos, essa necessidade é maior tanto para prótese superior (49,65%) quanto para prótese inferior (78,79%). Considerando o uso de prótese em adultos, é maior o uso de prótese total (29,6%), embora próteses parciais (20,94%) também estejam bastante pre-

sentes. Com relação ao uso de prótese em idosos, 41,54% não usavam nenhum tipo de prótese superior (total e removível) e 56,65%, de prótese inferior. Quanto à necessidade de prótese (total e removível) detectada em idosos, 51,62% necessitavam de algum tipo de prótese superior e 62,97%, de prótese inferior⁴.

Doença periodontal

Doença periodontal é uma doença infectoinflamatória que acomete os tecidos de suporte (gingiva) e sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso) dos dentes. Caracteriza-se pela perda de inserção do ligamento periodontal e destruição dos tecido ósseo adjacente. A evolução desse processo leva à perda dos dentes, pois o comprometimento e a destruição, pela ação bacteriana, acúmulo de tártaro e inflamação dessas estruturas colaboram para a formação de bolsas periodontais que levam à mobilidade dentária.

Em relação à doença periodontal, de acordo com o SB Ceará, na faixa etária de 15 a 19 anos, cerca de 35% das pessoas pesquisadas têm ausência de problema periodontal e, no grupo de 35 a 44 anos, esse índice é reduzido para 15%⁴.

Câncer bucal

O câncer bucal é um tumor maligno que ocorre por alterações genéticas de uma célula. Essas alterações interferem na diferenciação, no crescimento e na morte celular. Dessa forma, a célula “defeituosa”, diferentemente das outras, passa a se multiplicar desordenadamente, transformando-se num corpo estranho ao organismo.

O câncer de boca engloba neoplasias de diferentes etiologias, e fatores sociais e ambientais têm contribuído para o aumento dessa ocorrência. A estimativa do INCA¹¹ para o Estado do Ceará, no ano de 2008, foi de 450 novos casos de câncer de boca, dos quais 120 seriam no município de Fortaleza. Ainda de acordo com esse instituto, no Ceará, a maior taxa de incidência de câncer da cavidade oral é no sexo feminino.

Anomalias dentofaciais

Segundo o SB Ceará⁴, com relação às anomalias dentofaciais, 42,66% das crianças de 5 anos apresentavam alguma má oclusão, e 21,22% delas foram consideradas severas. Aos 12 anos, esse percentual era de 62,63% e, dos

15 aos 19 anos, 57,73%. Nos adolescentes, 14,47% foram consideradas severas.

Segundo o SB Brasil, 38,49% das crianças de 5 anos apresentavam alguma má oclusão. Aos 12 anos, esse percentual foi 58,14% e, dos 15 aos 19 anos, 53,23%. Os resultados encontrados no SB Brasil foram, em todas as faixas etárias, menores que os observados no SB Ceará.

DISCUSSÃO |

Na revisão de literatura realizada, observou-se que os resultados, embora obtidos em municípios diferentes, refletem uma melhora da situação, quando comparados com o levantamento local de 1986. No entanto, relacionados com os dados nacionais (ceo-d aos 6 anos de 2,89 e CPO-D aos 12 anos de 3,06) e com os dados referentes ao Estado do Ceará (CPO-D aos 12 anos de 2,34) obtidos pelo Ministério da Saúde em 1996², observa-se que esses resultados se encontravam elevados e ainda distantes da meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (CPO-D aos 12 anos menor que 3,0) para o ano 2000.

Apenas em relação ao município de Icó, avaliado pelos dois estudos locais^{6,10}, foi possível obter uma comparação mais precisa dos dados ceo-d aos 6 anos e CPO-D aos 12 anos. No estudo de Crisóstomo *et al.*⁶, o índice ceo-d aos 6 anos foi 1,7 e CPO-D aos 12 anos foi 8,1 para a população desse município. Uma década depois, o estudo de Goya¹⁰ apresentou para Icó uma redução de 23,5% aos 6 anos (ceo-d 1,3) e de 53% aos 12 anos (CPO-D 3,8), o que sugere uma tendência de melhora referente à cárie dental nessa população.

Luz e Campos¹⁵ realizaram um levantamento epidemiológico em 334 escolares de cinco bairros do município de Fortaleza. Nesse estudo, foi observada prevalência de cárie de 70% e CPO-D aos 12 anos de 2,29.

Morais *et al.*¹⁶ examinaram 324 escolares do distrito Rafael Arruda, do município de Sobral, quanto à prevalência e severidade de cárie. O CPO-D aos 12 anos obtido foi de 2,9, o que representa um padrão de severidade moderado, segundo a OMS.

Durante os anos de 2003 e 2004, um estudo epidemiológico sobre doenças bucais em várias faixas etárias, intitulado Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará (Brasil -SB Ceará), foi realizado em 24 municípios do Ceará⁴. Ao utilizar uma metodologia padronizada, o SB Ceará disponibilizou informações epidemiológicas mais

confiáveis e seguras e permitiu melhor comparação com levantamentos futuros.

Observou-se, neste levantamento, para o grupo etário de bebês (18 a 36 meses), um ceo-d médio de 0,84, variando de 0,5 a 1,1 dependendo do porte municipal. Para a idade de cinco anos, o ceo-d médio encontrado foi de 3,17, variando de 2,6 a 3,4. Constatou-se que nas duas faixas etárias, mais de 90% do ceo-d era composto por dentes cariados⁴.

Houve um aumento no índice ceo-d aos cinco anos comparativamente aos estudos de Crisóstomo *et al.*⁶ e de Goya¹⁰ para a mesma faixa de idade. Isso pode ser explicado pelas diferenças metodológicas entre esses trabalhos, não refletindo, necessariamente, uma piora nas condições de saúde bucal dessa população.

Aos 12 anos, o CPO-D encontrado no SB Ceará foi de 3,04. Cerca de 70% eram compostos por dentes cariados. Observou-se uma variação importante com relação ao porte municipal, variando de 4,16 em cidades pequenas a 2,39 em municípios maiores⁴.

Os resultados desta investigação para a faixa etária de 12 anos sugerem uma melhora no comportamento da doença, quando comparados com os estudos de Crisóstomo *et al.*⁶ e de Goya¹⁰. Porém, qualquer tipo de análise entre esses trabalhos estaria facilmente equivocada, uma vez que eles foram realizados por instituições diferentes e adotaram metodologias distintas.

Por outro lado, observou-se que os valores do CPO-D aos 12 anos encontrados no estudo de Luz e Campos¹⁵ foram menores que o verificado no SB Ceará para a cidade de Fortaleza. Entretanto, a diferença observada no índice CPO-D entre esses estudos pode ocorrer devido ao fato de que as populações pesquisadas por Luz e Campos¹⁵ eram mais restritas que a focalizada pelo SB Ceará.

Em adolescentes (15 a 19 anos), o CPO-D encontrado no SB Ceará foi de 7,23, chamando a atenção para o crescimento do componente perdido nessa faixa etária em relação aos dados anteriores. Em adultos e idosos, o CPO-D encontrado foi bastante alto, 21,12 na faixa de 35 a 44 anos, e 28,35 no grupo de 65 a 74 anos. Nesse último, o componente perdido se destacou, com 27 dentes perdidos.

Sobre as doenças bucais na população brasileira, foi realizado um levantamento epidemiológico intitulado Saúde Bucal Brasil - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (Brasil-SB Brasil), pesquisando várias faixas etárias das cinco macrorregiões do País, durante os anos de 2002 e 2003³.

No SB Brasil, o índice nacional ceo-d aos cinco anos foi 2,8 e, para a macrorregião Nordeste, esse índice foi 3,21³.

O dado regional foi similar ao obtido no SB Ceará para a mesma faixa etária (3,17). O índice nacional CPO-D aos 12 anos foi 2,8, porém esse índice, para a macrorregião Nordeste, foi 3,19³. Observou-se que esse resultado também se assemelha ao dado encontrado no SB Ceará (3,04) e é maior que os resultados encontrados nos estudos de Luz e Campos¹⁵ e Morais *et al.*¹⁶. Para a faixa etária de 65 a 74 anos, o SB Brasil apresentou índice nacional CPO-D 27,79 e, para o Nordeste, CPO-D 27,27.

Gaião *et al.*⁹ realizaram um estudo epidemiológico no município de Fortaleza (CE) com 160 idosos institucionalizados (95,2% da população-alvo) com idade acima de 65 anos. Esse levantamento retratou a precária condição de saúde bucal nessa população, observando índice CPO-D de 29,73. O componente dente perdido foi o que mais contribuiu para o alto valor do CPO-D, com 28,42 dentes.

O índice CPO-D obtido no estudo de Gaião *et al.*⁹, para o grupo dos idosos, foi um pouco superior ao encontrado no SB Ceará e no SB Brasil para a Região Nordeste. Segundo Gaião *et al.*⁹, os resultados referentes ao CPO-D da população por eles pesquisada são similares aos obtidos em outros estudos realizados nos Estados de São Paulo, Paraná, Goiás e Santa Catarina. Isso reflete o caráter mutilador dos serviços de saúde em um passado recente e a necessidade de medidas preventivas em todo o País. A Tabela 1 faz uma descrição sucinta da cárie dentária presente no Estado do Ceará, em relação a dados obtidos pelo levantamento epidemiológico SB Brasil.

Tabela 1 - Índices de ceo-d e CPO-D no Estado do Ceará, em relação à situação brasileira

Referências	Índices	Idade (anos)	Localidades
Crisóstomo <i>et al.</i> , 1987	ceo-d: 1,3 a 2,1	6	Fortaleza, Juazeiro do Norte, Aracati, Icó, Russas, Sobral, Quixeramobim, Acarau
	CPO-D: 6,8 a 10,2	12	
Goya, 1996	ceo-d: 0,1 a 0,7	5	Icó, Icapuí, Fortim, Quixadá, Iguatu
	CPO-D: 3,8 a 6,64	12	
Luz e Campos, 1999	CPO-D: 2,29	12	Fortaleza
Morais <i>et al.</i> , 2001	CPO-D: 2,9	12	Sobral
Gaião <i>et al.</i> , 2005	CPO-D: 29,73	> 65	Fortaleza
	CEO-d: 3,7	5	
SB CEARÁ	CPO-D: 3,04	12	Ceará
	CPO-D: 28,35	> 65	
	CEO-d: 2,8	5	
SB BRASIL	CPO-D: 2,8	12	Brasil
	CPO-D: 27,79	> 65	

Ainda considerando o estudo de Gaião *et al.*⁹, e em relação aos dentes presentes, 44,6% necessitavam de algum tipo de tratamento, e 75,8% indicados foram para extração dentária. Do total de idosos pesquisados, 68,1% não possuíam nenhum dente hígido na boca, 58,1% eram totalmente desdentados e 35% apresentavam dentes com raízes expostas. Deve-se considerar a grande disparidade dos dados em relação à meta que tinha sido preconizada pela OMS para o ano de 2000 (50% dos indivíduos entre 65-74 anos com 20 ou mais dentes presentes).

França Filho⁸ entrevistou idosos atendidos no Centro Especializado de Odontologia (CEO-Centro de Fortaleza) e observou que a média das perdas dentárias era de 24 dentes por pessoa, e 9,52% perderam seus dentes de 6 a 14 anos; 16,67% de 15 a 19; 21,43% de 30 a 32; enquanto 25% de 25 a 29 e o maior percentual (27,38%) perdeu de 20 a 24 anos. Destes, a maior parte dos entrevistados (51,19%) perdeu seus dentes por cárie.

Outra doença bucal observada é a fluorose dentária. Morais *et al.*¹⁶ observaram uma prevalência de fluorose aos 12 anos de 89,5% nas crianças pesquisadas, no distrito Rafael Arruda, e 49,3% delas se enquadravam em graus moderado e grave de fluorose. Não foi observada associação entre a presença de fluorose e a ausência de cárie nesse estudo, uma vez que não houve benefícios na prevenção de cárie mesmo com alta concentração de flúor na água de abastecimento (atingindo 3,6 ppm de flúor).

No SB Ceará, a presença de fluorose dentária também foi pesquisada. Aos 12 anos, foi observada prevalência de fluorose 2,47%, e 1,73% dos pesquisados se encaixou na categoria de fluorose muito leve. Para grupo de 15 a 19 anos, foi observado que 0,95% da população apresentava o problema⁴.

O SB Brasil verificou prevalência nacional de fluorose de cerca de 9% em crianças de 12 anos. A Região Nordeste apresentou a menor prevalência (3,68%)³.

Em relação aos valores obtidos no SB Ceará e no SB Brasil para essa condição, a elevada discrepância da prevalência de fluorose em Olho D'água⁵ e em Rafael Arruda¹⁶ sugere uma condição endêmica do problema nessas localidades, no período descrito nos respectivos levantamentos.

Devido à perda dentária, o SB Brasil analisou o uso e a necessidade de prótese e constatou, de modo geral, que os indivíduos da Região Nordeste, juntamente com os da região Norte, apresentavam maior necessidade de prótese. Segundo o SB Brasil, para a região Nordeste, os adolescentes apresentam necessidade de prótese superior

e inferior de 12,96% e 30,80%, respectivamente. Em adultos a necessidade de prótese encontrada foi de 37,36% para prótese superior e 77,14% para prótese inferior. A necessidade de prótese superior e inferior na faixa etária de 65 a 74 anos para o Brasil foi 32,40% e 56,06%, e o resultado para o Nordeste foi de 46,36% e 66,64%. Os resultados encontrados no SB Brasil, referentes à região Nordeste, para todas as faixas etárias foi menor que no SB Ceará.

Gaião *et al.*⁹ observaram que 70% dos idosos pesquisados não usavam nenhum tipo de prótese superior (total e removível) e 81,3% de prótese inferior. Quanto à necessidade de prótese (total e removível) detectada, 84,4% necessitavam de algum tipo de prótese superior e 88,7% de prótese inferior. Os percentuais obtidos por Gaião *et al.*⁹ em idosos institucionalizados no município de Fortaleza foram maiores que os encontrados no SB Ceará.

Em outras partes do País, a precariedade da situação de saúde bucal dos idosos institucionalizados também é notória. Um estudo epidemiológico em instituições no município de Araçatuba (SP) mostrou que 69% dos idosos eram desdentados totais, 48% eram portadores de prótese total e 52% não usavam prótese²¹. No município de Araraquara (SP), 72% dos idosos institucionalizados eram edêntulos, cerca de 90% dos dentes já estavam perdidos e 61% dos examinados necessitavam de prótese dentária²³. Dos idosos asilados em Curitiba (PR), 56 eram edêntulos totais e 51 edêntulos parciais. Dos edêntulos totais, 79% faziam uso de pelo menos uma prótese total, e 21% não usavam nenhum tipo de prótese⁷. Na avaliação da percepção da saúde bucal por França Filho⁸, foi observado que, ao envelhecer, o idoso passa a valorizar a função mastigatória (86,90%) dos dentes, procurando o cirurgião-dentista para reabilitar sua cavidade bucal. Essa reabilitação repercute na estabilidade psicológica e autoestima do idoso, melhorando seus relacionamentos.

Com referência aos idosos, é digno de registro o fato de que a perda dos dentes muitas vezes é vista como natural com a chegada da velhice. É considerada como um processo inevitável decorrente do acúmulo de anos e parece ser encarada como algo tão natural como o branqueamento dos cabelos¹⁸.

Dado o exposto, a situação de saúde bucal dos idosos é preocupante e implica a implantação de medidas intervencionais também focalizadas nessa população que assume importância crescente com o aumento da expectativa de vida.

Um dos fatores que podem levar à perda dentária é a doença periodontal. Segundo o SB Brasil, a porcentagem de pessoas sem problemas periodontais nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos foi, respectivamente, 46,2%, 21,9% e 7,9%, e a porcentagem equivalente à Região Nordeste foi 36,73%, 17,24% e 6,85%³. Observamos que os resultados do SB Brasil são mais favoráveis que os encontrados no SB Ceará, porém os valores correspondentes à macrorregião Nordeste mostraram-se aproximados.

Em estudo realizado em idosos, Gaião *et al.*⁹ examinaram apenas 12% do total dos sextantes por causa do grande número de sextantes excluídos em decorrência do edentulismo. Foi observado que os poucos dentes presentes estavam livres de bolsas periodontais, porém, na maioria dos exames, verificou-se a presença de cálculo dentário. Dos 117 sextantes presentes nos 160 indivíduos, a maioria (83,8%) apresentava cálculo dentário.

Lopes¹² realizou uma investigação em 451 escolares de 6 a 12 anos provenientes de escolas públicas municipais de Fortaleza (CE) para verificar a presença de gengivite e condições de higiene bucal nessa população. A prevalência de gengivite nos escolares examinados foi de 96,9%. De modo geral, a severidade da gengivite detectada foi considerada discreta e a condição de higiene bucal foi regular de acordo com os índices utilizados.

França Filho⁸ verificou em seu estudo que 41,87% dos idosos perderam elementos dentários por doença periodontal. Avaliou dados em relação à orientação de higiene bucal e constatou que 51,19% dos idosos nunca tiveram orientação de higiene oral, enquanto 45,24% foram orientados, mostrando a necessidade de o cirurgião-dentista se voltar mais para a conscientização da importância de uma correta higienização oral, o que certamente diminuirá as perdas dentárias e proporcionará às pessoas envelhecer com suas unidades dentárias.

A partir dos estudos descritos sobre doença periodontal, podemos verificar que esse problema é bastante abrangente na população jovem e principalmente na adulta. Na população idosa, as dificuldades na realização dos exames devido aos sextantes excluídos podem mascarar os resultados e, dessa forma, tornar as conclusões mais complexas.

Para analisar o câncer de boca no Estado do Ceará, Lucena¹³ realizou um estudo transversal no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), a partir da análise de prontuários e laudos histopatológicos das biópsias orais de 1996 indivíduos que procuraram o IPCC entre os anos

de 1995 e 1999. A prevalência de lesões benignas foi de 89,6%, enquanto de lesões malignas foi de 10,4%. Dos 10,4% das lesões malignas encontradas, 25,7% localizavam-se na língua, seguidas de 20,4% no palato, e 85,8% foram lesões de carcinoma espinocelular, o que, segundo a autora, segue o perfil mundial relatado na literatura. Quanto ao sexo, a prevalência foi pouco maior em homens (53,8%) e, com relação à idade, 47,6% tinham entre 51 e 70 anos. Os pacientes portadores de lesões malignas se caracterizam como analfabetos ou semianalfabetos (61,6%), provenientes da zona não urbana (59,1%), portadores de prótese removível (56,2%), consumidores de tabaco (68,3%), porém não usuários de bebidas alcoólicas (61,7%), o que, segundo a autora, é contrário ao percentual encontrado na maior parte dos estudos.

Teixeira *et al.*²⁵ avaliaram, em um estudo transversal, o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de Carcinoma Espinocelular (CEC) atendidos na Santa Casa de Misericórdia, no município de Fortaleza-Ce, no período de 1999 a 2005. Os autores observaram maior prevalência no sexo masculino, semelhante a Lucena¹³, contudo discordando dos dados do INCA¹¹. Os dados do estudo também mostraram que os sítios mais acometidos foram o assoalho de boca (22,7%) e a língua (21,8%). Também foi verificado que 52,4% dos indivíduos pesquisados estavam em estágios avançados, o que compromete a sobrevida dos pacientes, já que o prognóstico de sobrevida depende do estágio do tumor.

Dessa forma, observamos que no Ceará ainda é necessária a implantação de uma política de prevenção e controle do câncer oral, objetivando reduzir o número de novos casos.

Em relação à má oclusão, Suliano *et al.*²⁴ realizaram um estudo transversal na área assistida por uma Unidade de Saúde da Família de Juazeiro do Norte (Ceará). Nesse levantamento, os padrões oclusal e funcional de 84 crianças com idade entre 6 e 12 anos foram clinicamente avaliados. As prevalências tanto de más oclusões (77,3%) quanto de alterações funcionais (72,6%) foram consideradas elevadas, e houve associação de ambas alterações em 59,52%.

Esses dados foram mais elevados que os dados reportados para anomalias dentofaciais no SB Ceará em crianças de 5 e 12 anos de idade. O critério utilizado na pesquisa de Suliano *et al.*²⁴ foi um índice de má oclusão mais detalhado do que o índice estabelecido para no SB Ceará. Portanto, podemos sugerir que os resultados encontrados em maior percentual no estudo da cidade de Juazeiro do Norte ocorreram em consequência do maior detalhamento das informações coletadas no exame.

Apesar do fato de as más oclusões serem consideradas o terceiro maior problema de saúde pública dentre as patologias bucais e da necessidade de se conhecer melhor a situação local em relação à prevalência de más oclusões, ainda existe uma grande carência em pesquisas sobre o assunto no Estado do Ceará. A complexidade de sua medição pode apresentar resultados controversos e difíceis de serem comparados.

Em geral, para os problemas de saúde bucal de uma população, a não padronização da metodologia e a falta da explicitação dos procedimentos metodológicos em cada estudo são importantes fatores que dificultam a comparação e análise da maioria dos levantamentos. Adicionalmente, isso ainda limita a reprodutibilidade de pesquisas epidemiológicas que possibilitem a obtenção de informações confiáveis e seguras. Nesse contexto, a metodologia utilizada no SB Ceará, a partir da proposta SB Brasil, beneficia muito a realização de estudos subsequentes por possibilitar a uniformização metodológica e viabilizar a comparação de estudos em nível mundial.

CONCLUSÃO |

Pode-se concluir que existem poucos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Estado do Ceará. Além disso, é indispensável a adoção de uma metodologia universal que possibilite melhor interpretação e discussão dos resultados.

Os dados apresentados, a partir desta revisão de literatura, ressaltam a precariedade da situação odontológica, a necessidade de ampliação das pesquisas e a utilização da informação na atuação pelos sistemas locais de saúde no Ceará.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal - Brasil, Zona Urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.
- 2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação de Serviços de Saúde Pública. Levantamento de epidemiológico em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 4 - Brasil. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará – SB Ceará. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 2004.
- 5 - Cortes SF, Ellwood RP, O’Mullane DM, Bastos JR. Drinking water fluoride levels, dental fluorosis and caries experience in Brazil (1996) apud Cangussu MCT, Narvai PC, Fernandez RC. A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:7-15.
- 6 - Crisóstomo FP et al. Projeto de saúde da boca para o Estado do Ceará; 1987 (mimeografado).
- 7 - Ditterich RG, Rodrigues CK, Hebling E. Atenção bucal ao idoso institucionalizado: uma lacuna na odontologia. In: *Medcenter.com Odontologia* [online]; 2004 [citado 2008 abr 14]. Disponível em URL: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=464>
- 8 - França Filho RP. Terceira idade e perdas dentárias: prevalência das perdas dentárias em idosos atendidos no Centro Especializado de Odontologia. Universidade Estadual do Ceará [Monografia]. Fortaleza: Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva Ceará; 2006.
- 9 - Gaiao IR, Almeida MEL, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:316-23.
- 10 - Goya N. O SUS que funciona em municípios do Ceará. Fortaleza: AMECE; 1996
- 11 - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2007.
- 12 - Lopes IR. Prevalência de gengivite em escolares do município de Fortaleza-CE [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza; 2005.
- 13 - Lucena RGR. Prevalência do câncer de boca e perfil epidemiológico dos pacientes em uma instituição de referência em câncer bucal do Ceará [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza; 2002.
- 14 - Luz AS, Campos AA. Epidemiologia: saúde bucal e

condições de vida. Fortaleza: Expressão Gráfica; 2003.

15 - Luz AS, Campos AA. Cárie e condicionantes sociais do processo saúde-doença em escolares de 12 anos do píci [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1999.

16 - Moraes IR, Vale VL, Albuquerque SHC. Prevalência de cárie sem escolares de 10-14 anos, residentes em comunidades rurais com altos teores de flúor natural na água de consumo. Rev de Medicina da UFC 2001; 41:55-60.

17 - Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva. São Paulo: Artmed; 2003.

18 - Pucca GA. Saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos. [on-line]; 2008. [citado 2008 mar 30]. Disponível em URL: <http://www.odontologia.com.br/artigos/saude-bucal-idoso.html>.

19 - Roncalli AG et al. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. Rev Bras Epidemiol 1998; 1:177-89.

20 - Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:105-14.

21 - Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. Rev Assoc Paul Cir Dent 1999; 53:279-82.

22 - Scliar M. Um olhar sobre a saúde pública. São Paulo: Scipione; 2003.

23 - Silva SRC, Valsecki Junior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. Rev Panam Salud Publica 2000; 8:268-71.

24 - Suliano AA et al. Prevalência de más oclusões e alterações funcionais entre escolares assistidos pelo Programa Saúde da Família em Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. R. Dental Press de Ortodon Ortop Facial 2005; 10:103-110.

25 - Teixeira AKM, Almeida MEL, Holanda ME, Sousa FB, Almeida PC. Carcinoma Espinocelular da cavidade bucal: um estudo epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Rev Bras Cancerol 2009; 55:229-36.

Correspondência para/ Reprint request to:

Dr. Sérgio Lima Santiago

Rua Monsenbor Furtado s/n

Fortaleza - CE

Email: sergiosantiago@yahoo.com