

## 1º INQUÉRITO NACIONAL EXPLORADOR DE PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS E NECESSIDADES DE TRATAMENTO NA CAVIDADE ORAL

César Mexia de Almeida\*, Manuel Clarimundo Emílio\*\*,  
Ingolf Moller\*\*\* Thomas Marthaler\*\*\*\*

**RESUMO:** No âmbito dos acordos de cooperação entre o Ministério da Saúde e o Secretariado Regional Europeu da Organização Mundial de Saúde, Os Autores realizaram um inquérito epidemiológico nacional explorador (pathfinder) sobre prevalência das doenças da boca e necessidades de tratamento. A amostragem por escolha regional de aglomerados de 25 indivíduos de cada sexo, incidiu em três grupos etários 6, 12 e 35-44 anos em 13 diferentes locais do país, compreendendo 6 zonas urbanas e 4 zonas rurais, tendo sido observados um total de 1 891 indivíduos, dos quais uma pequena fracção, em Lisboa e Porto, foi subdividida em três estratos sócio-económicos. Os resultados obtidos permitiram concluir que a prevalência da cárie aos 12 anos na população observada se situa num nível moderado (3,8 CPOD) com possível tendência para subir nas zonas rurais e estratos sócio-económicos mais desfavorecidos. Com base nestes dados e utilizando um modelo desenvolvido pela Unidade de Saúde Oral da OMS efectuaram-se também projecções quanto às necessidades e procura em dentistas e higienistas orais no ano 2000 em Portugal.

**Plavras-chave:** Prevalência, epidemiologia, inquérito, explorador, "pathfinder", recursos humanos.

**Key-Words:** Prevalence, epidemiology, survey, pathfinder, manpower

### NOTA DOS AUTORES

*Durante uma reunião recente pudemos constatar que o facto do 1º Inquérito Nacional Explorador de Prevalência das Doenças e Necessidades de*

*Tratamento na Cavidade Oral não ter sido publicado nas revistas que circulam entre nós, tem limitado a sua divulgação e conhecimento públicos.*

*Por este motivo propuzemos a sua publicação à Revista Portuguesa de Estomatologia de Cirurgia Maxilo-Facial, cujo interesse gostosamente agradecemos.*

*Já está, entretanto, concretizada a recolha de dados do 2º Inquérito Nacional Explorador, esperando-se que seja possível a publicação dos seus resultados durante o ano de 1991, o que torna mais importante a possibilidade de um acesso fácil aos resultados de ambos os inquéritos.*

*Dada a extensão do trabalho decidimos propor a sua publicação em três artigos que reproduzem*

\* Professor associado, regente da disciplina de Endodontia, ESMDL

\* Professor associado, regente da disciplina de Dentisteria Operatória, ESMDL

\*\*\* Secretário regional europeu para a saúde oral (OMS)

\*\*\*\* Professor de Medicina Preventiva. Serviço de Cariologia, Paradontologia e Medicina Dentária Preventiva, Instituto de Medicina Dentária da Universidade de Zürich. Consultor da OMS.

Recebido para Publicação em 26/6/90

*quase integralmente o texto da edição policopiada da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa (ESMDL), 1989, com a designação "Inquérito Nacional de Prevalência e Necessidade de Tratamento das Doenças da Cavidade Oral (fase 1). Conversão em Tempos de Trabalho e Recursos Humanos" e que constitui uma revisão, com pequenas correcções, do mesmo trabalho publicado também pela ESMDL em edição policopiada no ano de 1987. O primeiro artigo compreenderá o objectivo, análise da situação, material e métodos. No segundo incluir-se-ão os resultados, conversão e conclusões. Finalmente, no último artigo, desenvolver-se-ão os cálculos relativos à conversão dos dados de prevalência das doenças anais em tempos de trabalho e recursos humanos. Estes foram efectuados, na Unidade de Saúde Oral da OMS em Genebra. Posteriormente procedemos à sua revisão dado que as previsões demográficas da OMS não são coincidentes com os do Centro de Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística.*

*Finalmente, e como se pode constatar da comparação dos títulos da edição policopiada e do título que foi atribuído nestes artigos, decidimos adoptar definitivamente a designação de inquérito explorador para traduzir pathfinder survey.*

Os Autores

## INTRODUÇÃO

O 1º Inquérito Nacional Explorador (Pathfinder) de Prevalência das Doenças e Necessidades de Tratamento na Cavidade Oral, uma das componentes mais importantes do programa de cooperação a médio prazo acordado entre o Estado Português e o Secretariado Regional Europeu da Organização Mundial de Saúde (OMS) (ANEXO I), foi realizado em 1983-1984, mercê dos apoios do Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde e da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa (ESMDL). Desde os primeiros contactos, estas duas entidades sentiram a importância do desenvolvimento deste programa para a planificação do progresso da saúde oral em Portugal. Deve acentuar-se que constitui a primeira fase de uma observação que se espera que seja repetida com intervalos aproximados de 5-6 anos.

O protocolo que serviu de base à realização deste inquérito tem a designação de "enquête preliminaire" (1) ou "pathfinder survey" (2). A tradução para "inquérito preliminar" ou inquérito explorador não nos pareceu adequada porque poderia induzir que se trata de um inquérito piloto para ensaio do método. Daí que não tenhamos adoptado nenhuma das traduções das designações francesa ou inglesa sendo no entanto de acentuar que foi seguido integralmente o protocolo daquele tipo de inquérito.\*

Este protocolo tem vindo a ser progressivamente desenvolvido pela OMS ao longo das duas últimas décadas constituindo "um método económico e prático de obter os dados para a elaboração dos planos relativos aos Serviços de Saúde limitando, na medida do possível, o número de grupos etários, ou outros" (1).

Todo o trabalho de campo foi exclusivamente realizado pelos representantes da ESMDL, que tiveram também papel preponderante na selecção dos locais de observação e calendarização do inquérito.

As observações recolhidas sofreram tratamento informático na Unidade de Saúde Oral da OMS em Genebra, que também colaborou na elaboração dos cálculos relativos aos recursos humanos necessários para cobrir as necessidades de tratamento detectadas. Dada a sua importância, como complemento do inquérito, tendo em vista os seus objectivos, decidimos reproduzir estes cálculos em capítulo específico que constitui a terceira parte deste trabalho.

A primeira análise dos dados foi realizada em Lisboa de 2 a 8 de Janeiro de 1985, conjuntamente por Ingolf Moller, Thomas Marthaler, Manuel Clarimundo Emílio e César Mexia de Almeida, e constitui parte importante do relatório do Secretário Regional Europeu para a Saúde Oral (OMS) para o ano de 1985 (3). Este facto explica a quase omissão dos nomes dos co-autores portugueses neste mesmo relatório.

As despesas de realização do inquérito foram suportadas, exclusivamente, pelo PIDDAC do Ministério da Saúde, tendo a ESMDL prestado o apoio logístico complementar, nomeadamente cedência de pessoal e apoio de secretariado. O Ministério da Educação concedeu as autoriza-

\* Posteriormente viemos a adoptar efectivamente a designação de inquérito explorador. (Nota dos Autores)

# 1º INQUÉRITO NACIONAL EXPLORADOR DE PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS E NECESSIDADES DE TRATAMENTO NA CAVIDADE ORAL

## ANEXO 1

PROGRAMA DE COOPERAÇÃO A MÉDIO PRAZO ENTRE PORTUGAL E O SECRETARIADO REGIONAL EUROPEU DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Objectivo final	1984-1985		Entidade Responsável em Portugal	WHO	EURO staff Consultores	
	Duração	Custos				
6.1 Desenvolver serviços estruturados de saúde dentária integrados no sistema de serviços de saúde geral, incluindo formação de profissionais (POR/ORH 001)						
<u>Objectivos intermédios</u>	<u>Actividades</u>					
6.1.1 Normas essenciais para o desenvolvimento de serviços de saúde pública dentária estruturada em 1985 (ex 1983)	- Implementação do Inquérito Nacional Preliminar de Saúde Oral (1984) - Workshop com a finalidade de elaborar propostas para um sistema de serviços de saúde pública dentária estruturado (1984) - Análise dos dados obtidos no workshop (1984) - Desenvolvimento de um sistema de avaliação e monitorização (1985)	1 sem. Jan/Mar 84  1 sem. Abr/Jun 84  1 sem. 85	 \$ 1400  \$ 1500	DGS/ESMDL DGS/ESMDL DGS/ESMDL	ORH ORH ORH	EURO staff Prof. Marshall 1 consultor
6.1.2 Plano para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde oral em 1985 (ex 1984)	- Identificação das necessidades futuras dos diferentes tipos de profissionais de saúde oral, tendo como base o Inquérito Nacional Preliminar de Saúde Oral (1984)	1 sem. 85	\$ 1500	DEPS/DCS/ESMDL	ORH	1 consultor
<u>Objectivos intermédios</u>	<u>Actividades</u>					
6.1.1 Normas essenciais para o desenvolvimento de serviços estruturados de saúde pública dentária - em 1985	- Desenvolvimento de um sistema de avaliação e monitorização (1985)	1 sem. 86	\$ 1600	DGCS/ESMDL	ORH	1 consultor
6.1.2 Plano para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde oral em 1985	- Workshop nacional sobre a prevenção das doenças orais (1985) - Plano para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde oral (1986)	Nov. 85  1 sem. 86	 \$ 1500 \$ 1600	DGCS/ESMDL DEPS/DGCS/ESMDL	ORH ORH	1 consultor 1 consultor

ções necessárias para a realização das observações nos estabelecimentos de ensino.

### 1. Objectivo

Estimar a prevalência das doenças e anomalias da cavidade oral e consequentes necessidades de tratamento tendo em vista a elaboração de um programa para a sua prevenção e tratamento incluindo os recursos humanos necessários a médio prazo.

Para atingir aqueles objectivos finais determinaram-se:

- 1 — prevalência das doenças e anomalias da cavidade oral, nomeadamente cárie e periodontopatias;
- 2 — necessidades de tratamento das doenças e anomalias orais;
- 3 — atitudes e expectativas da população face à utilização dos serviços disponíveis;
- 4 — atitudes da população face aos cuidados pessoais de higiene oral.

### 2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

#### 2.1 Alguns dados demográficos e sócio-económicos\*

Portugal Continental ocupa a parte sudoeste da Península Ibérica, abrangendo uma área de 88 944 Km<sup>2</sup>.

Em 1983 a sua população foi estimada em 9 539 700 habitantes. A densidade populacional média é de 109.3 por Km<sup>2</sup>, verificando-se os valores extremos de 761.4 e 18.2 respectivamente nos distritos de Lisboa e Beja. Dedicam-se a actividades do sector primário, 23,5% da população activa civil com emprego.

A esperança de vida está estimada em 69 anos para os homens e 76 anos para as mulheres. Aproximadamente 23% da população tem idade inferior a 15 anos. As taxas de natalidade e mortalidade foram respectivamente de 14.4 e 9.6 por mil em 1983.

\* Fonte: Sinopses anuais do Instituto Nacional de Estatística, Portugal 1984 e Portugal 1986

A economia do país continua a ter uma base predominantemente agrícola, mas têm sido feitos esforços com a finalidade de reestruturar e desenvolver os sectores industrial e agrícola. Estes esforços serão provavelmente acelerados pela integração de Portugal na Comunidade Económica Europeia.

O produto interno bruto em 1984 foi de 19.3 biliões de dólares com uma capitação de 2 008 dólares (Continente).

## 2.2 Organização da assistência em saúde oral

O tratamento das doenças da boca encontra-se integrado no sistema público de assistência na doença embora com uma expressão muito limitada. Não dispõe de um organismo central de direcção e os locais de tratamento encontram-se praticamente limitados a consultas de estomatologia em alguns centros de saúde e às consultas de estomatologia e cirurgia maxilo-facial dos hospitais centrais e distritais. Estes, por sua vez, estão parcialmente orientados para a assistência aos doentes internados nas respectivas unidades hospitalares.

Algumas entidades públicas ou privadas possuem os seus próprios serviços de estomatologia (LNEC, SAMS, Caixa Geral de Depósitos entre outros), mas cobrem uma percentagem reduzida da população, por sua vez essencialmente sediada nos grandes centros urbanos.

Desta forma resulta que a maior parte da assistência às doenças da boca, em Portugal, é prestada em clínica privada por médicos estomatologistas, médicos dentistas, alguns clínicos gerais que prestam cuidados primários de saúde oral e odontologistas. Deve acrescentar-se que um número não determinado de dentistas estrangeiros se têm instalado em diferentes pontos do Continente e Madeira.

Não há dados precisos em relação ao número de "práticos dentários", indivíduos que sem qualquer preparação académica e de forma ilegal, exercem a sua actividade, mas as informações não oficiais parecem confirmar que constituem ainda um número significativo.

Em 1984, no âmbito da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, foi criada a Divisão de Saúde Oral com a finalidade "de orientar e avaliar a actuação dos serviços relacionados com a saúde oral" (4). A sua actividade tem-se orienta-

do fundamentalmente para a implementação de programas de profilaxia junto das camadas mais jovens da população.

## 2.3 Recursos humanos em saúde oral

Até 1975, a preparação académica dos profissionais de saúde oral esteve limitada à formação de estomatologistas. A sua educação tem por base um curriculum médico completo (6 anos), continuado por 2 anos de prática clínica seguidos de 4 anos de especialização em estomatologia. Actualmente, há 599 estomatologistas em Portugal Continental, segundo dados referentes a 1987. A sua distribuição por distritos, referentes ao ano de 1979, pode ser observada no QUADRO 1.

QUADRO 1

Estomatologistas por Distrito

Aveiro .....	32
Beja .....	10
Braga .....	13
Bragança .....	4
Castelo Branco .....	9
Coimbra .....	52
Évora .....	5
Faro .....	12
Guarda .....	13
Leiria .....	20
Lisboa .....	227
Portalegre .....	8
Porto .....	122
Santarém .....	22
Setúbal .....	18
Viana do Castelo .....	5
Vila Real .....	7
Viseu .....	15
<hr/>	
TOTAL .....	594

Fonte: INE, Estatísticas da Saúde, 1979

Número de estomatologistas nos Hospitais Centrais e Distritais: 66

A formação de médicos dentistas foi iniciada em 1975 com a sucessiva instalação de três cursos

de Medicina Dentária em Lisboa, no Porto e em Coimbra. O currículo actual inclui três anos de aprendizagem em ciências biológicas nas Faculdades de Medicina, seguido de três anos de aulas teóricas e práticas nas Escolas Superiores de Medicina Dentária (Lisboa e Porto) ou em Instituto específico da Faculdade de Medicina (Coimbra). O Ministério da Educação atribuiu aos novos licenciados a designação de "médicos dentistas".

Os 450 odontologistas portugueses oficialmente registados, não têm, na sua quase totalidade, formação académica formalizada. Não são equiparáveis aos médicos dentistas como se poderia inferir daquela designação profissional, visto que na nomenclatura internacional a designação odontologista é atribuída a licenciados com preparação académica equiparáveis à dos médicos dentistas. Esta última designação é sobretudo utilizada em países europeus (Suíça, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Noruega, Finlândia, Holanda, Portugal), enquanto que a designação odontologista é utilizada predominantemente nos países de língua espanhola e também no Brasil.

Para o odontologista português a designação mais correcta seria, possivelmente, a de "prático-dentário" visto possuírem apenas uma preparação baseada em aprendizagem profissional e uma autorização para exercício de actividades de tra-

tamento que lhes foi concedida na sequência de acções desencadeadas em 1975. Deve salientar-se que já não há nenhum país desenvolvido que aceite que os tratamentos na boca sejam feitos por pessoas sem preparação académica formal.

Tomando como base o débito actual das licenciaturas em medicina dentária e o número médio de especialistas em estomatologia que se formam em cada ano, pode prever-se a existência de 1 254 destes profissionais no ano de 1990 (QUADROS 2 e 3). Para os especialistas em estomatologia, se se mantiverem as condições actuais, admitimos uma estabilização do seu número, 598, até ao ano 2000.

No futuro, a assistência "dentária" especializada basear-se-á provavelmente nos serviços prestados por médicos dentistas. O número de odontologistas deverá começar a decair gradualmente. Numa previsão sem fundamento seguro, dado que não estudámos a sua distribuição etária, admitimos que no ano 2000 se encontrem em actividade cerca de 300 a 350 odontologistas.

Pode formular-se para o ano 2000 uma previsão de cerca de 2 984 "dentistas" prestando assistência no nosso país (QUADRO 3), incluindo-se neste número médicos estomatologistas, médicos dentistas e odontologistas.

Deve salientar-se que esta previsão pode pecar

QUADRO 2

	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Total acumulado em 1990	Previsão 1991 a 2000	Total acumulado no ano 2000
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9			
	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9			
	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			
— Porto	20	5	23	22	22	23	40	41	54	60	90	70	470	60/ano	1 070
— Lisboa	--	13	12	12	12	18	10	21	15	15	28	30	186	30/ano*	486
— Coimbra	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	48/ano	480
*** Estomatologista	10	10	10	15	15	15	15	15	15	15	15	15	** 598	**** 15/ano	598
Total por ano	30	28	45	49	59	56	65	77	84	90	133	115			
TOTAIS													1 254	153/ano	2 634

\* Primeiros licenciados no ano lectivo de 1990/91

\*\* Fonte: número de médicos estomatologistas inscritos na Ordem dos Médicos em 87-03-31

\*\*\* Valores anuais aproximados

\*\*\*\* Este número deve ser considerado como valor hipotético que permitirá a manutenção do número de estomatologistas actualmente em serviço

QUADRO 3

		1985	1990	1995	2000
Médicos estomatologistas		614	598	598	598
Médicos dentistas	Lisboa	77	186	336	486
	Porto	155	470	770	1 070
	Coimbra	—	—	240	480
Odontologistas		450*	440	400	350
TOTAIS		1 296	1 694	2 384	2 984

\* Número de odontologistas inscritos no Sindicato dos Odontologistas em 87-03-31

por defeito. Assim, a ESMDL tem proposto a expansão das suas instalações físicas visando condições para a preparação de 48 licenciados/ano. Acresce que se tem verificado a instalação em Portugal Continental e na Madeira de dentistas oriundos da Comunidade Económica Europeia, da Suécia e do Brasil, em número que se desconhece, mas que se admite poder ser de algumas dezenas por ano. Além de que foram apresentados ao Ministério da Educação vários pedidos de autorização para o funcionamento de escolas privadas de formação de médicos-dentistas. Desta forma aquelas previsões podem vir a ser largamente ultrapassadas.

O estabelecimento da licenciatura em Medicina-Dentária em Lisboa, Porto e Coimbra constituiu um passo importante nos esforços para desenvolver um sistema de serviços de saúde em medicina oral, baseado em princípios modernos. Para além da formação de médicos dentistas, iniciou-se, em 1983, em Lisboa, em instalações com estreita ligação física e pedagógica com a ESMDL, a preparação devidamente formalizada em termos curriculares de higienistas orais, técnicos laboratoriais de prótese dentária, assistentes dentários e técnicos de manutenção de equipamento médico-dentário. Foram tomadas em considerações as normas e recomendações publicadas num relatório do Conselho da Europa sobre o papel e formação do quadro de auxiliares dentários (5). A formalização da preparação destes técnicos, completando o espectro da equipa de medicina

oral, constitui um passo que consideramos de grande importância para o desenvolvimento da medicina oral em Portugal.

#### 2.4 Programas de prevenção em saúde oral

Desde 1962 decorre em Montemor-o-Novo uma experiência de fluoretação da água de abastecimento público. Segundo os resultados publicados em 1976, e não possuímos dados posteriores, após 13 anos de fluoretação verificou-se uma redução no número médio de cáries em dentes definitivos e dentes decíduos por criança, aos 6 anos de 2.9 para 0.02 (6). Não podemos traduzir aqueles valores em índice cpo\* (média do número de dentes decíduos cariados, extraídos por cárie e obturados) ou CPO\* (média do número de dentes permanentes cariados, extraídos por cárie e obturados) porque os dados publicados não permitem identificar as percentagens respectivas de dentes decíduos e de dentes permanentes atingidos, nem estão referidos os dentes ausentes ou dentes obturados.

Entre 1977 e 1981, com o apoio do programa de desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP) e OMS, desenvolveu-se um programa que visava o estudo comparativo dos efeitos da fluoretação da água (Covilhã) e da fluoretação do sal (Ole-

\* Ao longo de todo este trabalho os índices CPO e cpo referir-se-ão sempre a dentes, nunca a superfícies dentárias.

ros). Este programa não atingiu os seus objectivos finais por dificuldades de ordem técnica que impediram a concretização quer da fluoretação do sal destinado a Oleiros quer a fluoretação da água na cidade da Covilhã.

O relatório relativo a este programa (7) propôs o abandono da ideia de se introduzir sal fluoretado, e, em alternativa, de se concentrarem os esforços na implementação, generalizada da fluoretação da água de consumo.

Em 1985, a recém-criada Divisão de Saúde Oral, em cooperação com a Direcção de Serviços de Saúde Escolar, e as Divisões de Educação para a Saúde e de Documentação e Divulgação iniciam dois programas de âmbito nacional — “Educação em Saúde Oral” (8) e “Actividades de Saúde Oral em Saúde Escolar” (9) — com a finalidade de “contribuir para a redução da incidência e prevalência da cárie dentária e das periodontopatias”. Fizeram-no através de acções de esclarecimento da comunidade, da distribuição de comprimidos de flúor a todas as crianças dos ensinos infantil e pré-primário dependentes do ME e da SESS, assim como a aplicação quinzenal de bochechos com solutos fluoretados a todas as crianças da 1.ª fase do ensino primário oficial.

Ao longo das últimas dezenas de anos algumas outras actividades de prevenção primária de carácter mais limitado, mas talvez não menos importantes pela sua contribuição para a difusão duma atitude preventiva, foram-se desenvolvendo por iniciativa individual de médicos estomatologistas, de médicos dentistas ou de entidades públicas ou privadas: São de destacar, entre muitas outras, as acções desenvolvidas pelo Centro de Saúde de Lisboa (Francesinhas), pela Fundação do Bom Sucesso e mais recentemente pela Obra Social do Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações (OSMOP).

Ainda que não sejam consequência da implementação de um programa de prevenção assumido por qualquer entidade administrativa, assistiu-se nos últimos anos à difusão das pastas dentífricas fluoretadas. É geralmente aceite que constituíram um factor importante na redução da prevalência da cárie verificada na última década nos países industrializados (10).

## 2.5 Inquéritos epidemiológicos em saúde oral

Os dados epidemiológicos sobre o nível de

saúde oral da população portuguesa são relativamente escassos.

Num estudo de prevalência da cárie dentária realizada por BAÇÃO LEAL e FALCATO SIMÕES em 1960 (11) foram observadas 3.532 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos de idade. No grupo compreendido entre os 6 e os 9 anos, o índice CPO foi de 4.7 por indivíduo, enquanto que o nível de cáries dentárias na dentição permanente das crianças entre os 10 e os 13 anos revelou 2.3 CPO por indivíduo. De acordo com o critério da OMS esta prevalência de cárie dentária deverá ser considerada baixa\*.

No estudo elaborado por A. PEREIRA (1980) (12) em Viana do Castelo foram observadas 1 392 crianças entre os 6 e os 13 anos de idade. O índice CPO aumentou de 0.4 aos 6 anos para 3.4 aos 13 anos (moderado). A componente O do índice era pouco significativa, revelando que, praticamente, todos os dentes afectados eram dentes cariados ou tinham sido extraídos.

EMÍLIO e ALMEIDA (1980) (13) observaram, na Covilhã e Oleiros, 580 crianças cujas idades oscilavam entre os 6 e os 11 anos. O índice CPO das crianças das áreas rurais situava-se entre 0.4 aos 6 anos e os 3.3 aos 11 anos (moderado). Em crianças de áreas urbanas observou-se um índice CPO de 1.0 aos 6 anos e de 5.8 aos 11 anos (elevado).

No estudo feito por FURTADO e COL. (1983) (14), foram observadas 700 crianças de idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos no concelho de Sines. A prevalência da cárie dentária aumentou de 21% aos 6 anos de idade para 93% aos 12 anos, com um índice CPO de 0.3 e 4.7 respectivamente (elevado).

Este estudo mostra ainda que a higiene oral nas crianças entre os 6 e os 12 anos de idade era bastante deficiente na medida em que 70% das crianças apresentavam depósitos moles nos seus dentes, 12% tinham cálculos e 10% gengivite.

Em 1986, J. CRUZ (15), publica o resultado de um estudo efectuado em 348 crianças, com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos, originá-

\* Critério da OMS para a avaliação da prevalência da cárie dentária:

O — 1.1 CPO/pessoa — muito baixa  
1.2 — 2.6 CPO/pessoa — baixa  
2.7 — 4.4 CPO/pessoa — moderada  
4.5 — 6.5 CPO/pessoa — elevado  
6.6 CPO/pessoa — muito elevada

rias de diferentes províncias do continente e que iniciaram com aquela idade a frequência de um estabelecimento de ensino em Lisboa. O valor CPO encontrado foi 1.4.

Estes dados, que não serão completamente comparáveis, constituem referências que talvez permitam concluir que se tem verificado um crescimento, ainda que não muito intenso da prevalência da cárie nas crianças em idade escolar nas duas últimas décadas. Mas, deve salientar-se, o estudo de J. CRUZ apresenta uma tendência oposta.

Noutro trabalho, realizado por FREITAS e MEYEP (1981) (16), foi estudada a situação periodontal em jovens e adultos. O valor médio do índice periodontal de RUSSEL (IP) (17) cresceu de 0.5 no grupo etário 15-19 anos para 1.2 no grupo etário dos 20-29 anos e permaneceu praticamente constante neste nível para os grupos 30-34 e 35-44 anos. No grupo etário dos mais idosos manifestou-se uma tendência para um valor mais elevado nas áreas rurais relativamente às áreas urbanas. A determinação das necessidades de tratamento recorrendo ao índice comunitário periodontal de necessidades de tratamento (ICPNT) revelou que a totalidade dos 255 indivíduos, com excepção de 1, necessitavam de algum tipo de tratamento periodontal, essencialmente "educação em higiene oral e remoção de cálculos". Contudo, a proporção da amostra de população que apresentava bolsas periodontais profundas e necessidade de um "tratamento periodontal complexo" revelou-se surpreendentemente pequena (11%), tendo este facto sido interpretado como uma consequência de uma atitude pouco conservadora nos tratamentos dentários traduzida por uma proporção elevada de extracções de dentes atingidos por lesões periodontais.

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 Introdução

Do diálogo entre os representantes da OMS, do Ministério da Saúde e da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa, resultou a decisão de executar um inquérito tipo "pathfinder", de âmbito nacional, utilizando a metodologia adoptada na edição revista do guia para inquéritos de saúde buco-dentária da OMS (2) visto ter sido considerada a mais adequada à análise da preva-

lência e necessidades de tratamento das doenças da boca em Portugal.

Tendo em conta o facto de que são geralmente limitadas as disponibilidades em tempo e pessoal para a concretização de estudos epidemiológicos de amostra aleatória, este tipo de inquérito com amostragem em aglomerados por escolha racional (18) poderá ser utilizado como uma alternativa mais económica em recursos humanos e financeiros. Situações complexas ou exigências de um maior rigor poderão determinar uma metodologia com amostragem probabilística. Acresce que os índices combinados de saúde oral e necessidades de tratamento utilizados são adequados para qualquer nível de planeamento e traduzem não só o nível de doença mas também as necessidades de tratamento correspondentes.

#### 3.2 Amostragem e locais de observação

Amostragem por aglomerados de 50 indivíduos, 25 de cada sexo, perfazendo um total de cerca de 600 indivíduos em cada um dos grupos etários recomendados (6,12,35 - 44 anos) (QUADRO 4).

QUADRO 4  
NÚMERO DE PESSOAS EXAMINADAS

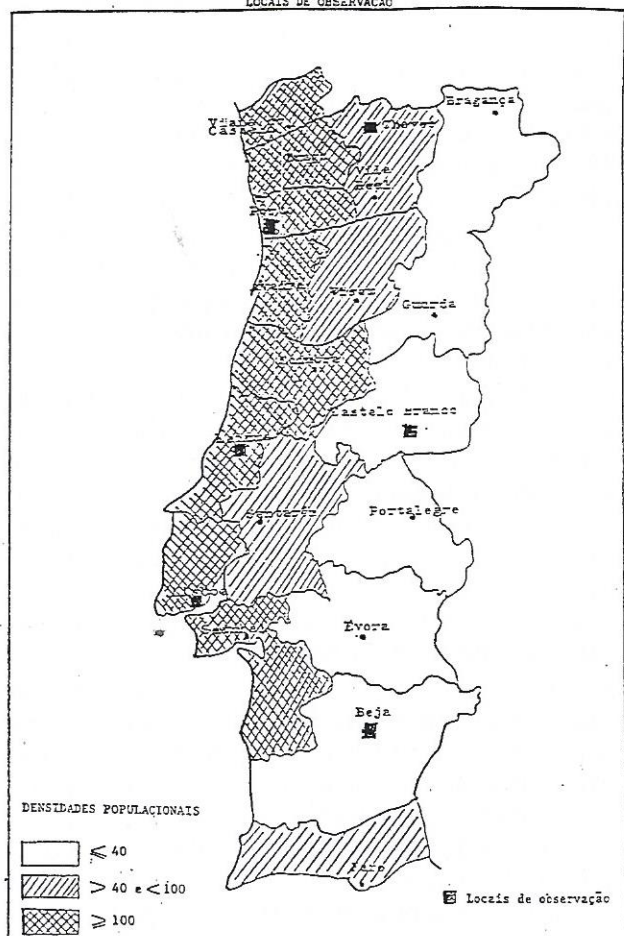
Idade em anos	Número de pessoas
6	642
12	630
35-44	619
TOTAL	1 891

Os aglomerados foram recolhidos em 3 áreas urbanas industrializadas do litoral (Lisboa, Porto e Leiria), em 3 áreas urbanas do interior (Chaves, Castelo Branco e Beja), e em 4 áreas rurais próximas destes últimos centros urbanos e de Leiria (MAPA 1).

Foram seleccionados tendo em conta a distribuição geográfica, o desenvolvimento económico e o grau de urbanização (QUADRO 5).



MAPA 1  
LOCAIS DE OBSERVAÇÃO



Para constituir os aglomerados representativos dos jovens de ambos os grupos etários — 6 e 12 anos —, foram seleccionadas crianças de estabelecimentos de ensino público com uma única excepção em Lisboa.

Na selecção dos aglomerados dos adultos optou-se pela escolha de locais de trabalho em que se pudesse completar o número de observações por conglomerado. No entanto esse objectivo nem sempre foi atingido pelo que, por vezes, se efectuaram observações em mais de uma empresa ou instituição. As maiores dificuldades verificaram-se nas zonas rurais visto que as condições habituais do trabalho rural não favorecem a concentração de indivíduos.

Nos dois maiores centros urbanos procedeu-se a uma estratificação adicional que se pretendeu representativa de diferentes grupos sócio-económicos. Assim, em Lisboa seleccionaram-se aglomerados nos três grupos etários, que se aceitaram como representativos de outros tantos grupos sócio-económicos. Para os grupos etários de 6 e de 12 anos, admitiram-se como representativos os aglomerados obtidos num estabelecimento de ensino privado, num grande estabelecimento de ensino público localizado num bairro de classe média, e num estabelecimento de ensino público de um bairro degradado da periferia. No grupo de adultos 35-44 anos, os aglomerados foram constituídos, respectivamente, por técnicos licenciados

QUADRO 5

DISTRITO	ÁREA URBANA	ÁREA RURAL
Lisboa (nível sócio-económico elevado)	1	
Lisboa (nível sócio-económico médio)	1	
Lisboa (nível sócio-económico baixo)	1	
Porto (nível sócio-económico médio)	1	
Porto (nível sócio-económico baixo)	1	
Chaves	1	1
Castelo Branco	1	1
Leiria	1	1
Beja	1	1

de uma empresa pública, por empregados médios de uma empresa de transportes públicos e por empregados indiferenciados de uma empresa privada da periferia de Lisboa.

No Porto procedeu-se de forma semelhante, mas só se seleccionaram aglomerados pretensamente representativos dos estratos sócio-económicos médio e baixo.

No conjunto foram observados 39 aglomerados de 50 indivíduos em 6 cidades, 12 vilas e 15 aldeias.

Cerca de 10% dos observados foram sujeitos a segunda observação.

### 3.3 Registos das observações e índices

As observações efectuadas visaram a detecção de fluorose, lesões da mucosa oral, anomalias dentofaciais, doenças do periodonto e cárie, segundo protocolo extraído do guia da OMS já referido.

Procedeu-se, também, a um interrogatório simples de todos os indivíduos observados sobre a utilização dos serviços e cuidados pessoais de higiene oral.

A ficha de registo das observações e o questionário estão reproduzidos no ANEXO 2 tal como o código utilizado no seu preenchimento.

As observações em cada um dos principais campos da patologia oral estão orientadas para a obtenção de índices combinados de saúde e necessidades de tratamento, nos quais a observação e o conseqüente valor registado fornecem uma imediata e simples quantificação, não só de alteração patológica observada como das necessidades de tratamento que determina.

Os critérios de diagnóstico e de necessidades terapêuticas adoptados são os expressos no guia da OMS. A pesquisa de cárie foi realizada com sonda dentária nova com ponta afiada, enquanto que na exploração periodontal se utilizou a sonda graduada TRS 621 (19). Além daqueles instrumentos só se utilizou um espelho dentário com a finalidade de auxiliar a visibilidade.

A avaliação da situação do periodonto foi feita segundo o índice comunitário periodontal de necessidades de tratamento (ICPNT), seguindo as normas reproduzidas no ANEXO 3. A prevalência da cárie foi determinada pela percentagem relativa de indivíduos atingidos pela cárie e pelos índices CPO e cpo. O índice CPO traduz a média

do número de dentes definitivos cariados, "perdidos" por cárie (ou outras causas nos indivíduos com idade superior a 30 anos) e obturados em cada indivíduo. Por sua vez o índice cpo, que é para a dentição temporária o correspondente ao CPO, compreende na componente p, neste inquérito, só os dentes "perdidos" antes dos 9 anos de idade admitindo-se, portanto, que todos os dentes perdidos ou ausentes antes desta idade o são por extracção ou perda prematura em consequência de cárie. Os dentes com indicação para extracção estão incluídos respectivamente nos componentes C e c.

A totalidade das observações foram realizadas por dois observadores apoiados por duas apontadoras, cabendo ao quinto elemento da equipa coordenar o fluxo dos observados, seleccionar os indivíduos sujeitos a dupla observação e orientar os cuidados de lavagem e esterilização do material.

A equipa foi submetida a treino prévio. Nomeadamente os dois observadores efectuaram duplas observações e observações cruzadas. Calibraram os seus critérios de diagnóstico com a colaboração de I. MOLLER, co-autor já com longa experiência na realização deste tipo de inquérito.

A colheita dos dados decorreu entre Fevereiro e Novembro de 1983 e o tempo útil de concretização foi de cerca de 30 dias, excluído o tempo dos contactos preliminares efectuados em todos os locais de observação antes da colheita dos dados.

A colaboração por parte dos observados, das entidades empregadoras e das administrações escolares foi excelente.

A despesa efectuada com o inquérito foi de 550 000\$00.

### SUMMARY

The cooperation between the portuguese Ministry of Health and the WHO European Regional Office lead to the accomplishment, in 1984, of a pathfinder survey on prevalence of oral diseases. The index ages where 6, 12 and 35-44 years observed in clusters of 50 individuals from 13 observation sites in six urban and four rural areas. In the two major urban areas a sub-estratification of three socio-economic levels was accomplished. Where observed 1891 individuals and the Authors concluded that the prevalence of caries in 12 year olds was moderate (3.8

DMFT) with possible evidence that might increase  
in the near future in rural and low socio-economic

groups Manpower needs in dentists and hygienists  
have also been estimated.

Anexo 2  
AVALIAÇÃO ASSOCIADA OMS DE SAÚDE ORAL  
E NECESSIDADES DE TRATAMENTO (COM ICPNT) 1983

(1) J 2 (5) Data....19 (6) (7) Nº de registo (8) (11) Nº da Obser-  
vação (para obser-  
vações du-  
plicadas) (12)

**INFORMAÇÃO PESSOAL E DEMOGRÁFICA**

Sexo M=1 F=2 .....(13)  Nome.....  
família próprio

Idade em anos .....(14)  (15) Localização geográfica.....(18)

Grupo étnico.....(16)  Examinador.....(20)

Profissão.....(17)

Fluorose.....(24)

0 = Normal 1 = Duvidosa  
2 = Muito ligeira 3 = Ligeira  
4 = Moderada 5 = Intensa

Mucosa oral.....(25)   
(especificar)

Outros.....(26)   
(especificar)

Anomalias dento-faciais.....(27)   
0=ausente 1=presente 2=necessitando tratamento

**PRÓTESES**

Utiliza (28)  Necessita (29)

0 = Nenhuma  
1 = Superior  
2 = Inferior  
3 = Ambas

**ÍNDICE COMUNITÁRIO PERIODONTAL DE NECESSIDADES DE TRATAMENTO (ICPNT)**

CÓDIGO: 0 = saudável 17/16 11 26/27  
1 = hemorragia (42)  (44)  
2 = cálculos (45)  (47)  
3 = bolsas de 4/5 mm banda preta parcial 47/46 31 36/37  
mente visível  
4 = bolsas ≥ 6 mm Banda preta não visível

Em cada sextante deverá haver 2 ou mais dentes pre-  
sentes e sem indicação para extracção

Cartão Nº (80)  1

**CÁRIES E TRATAMENTO DE DENTES**

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65  
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Cáries (13)  (28) Cáries  
Tratamento (29)  (44) Tratamento

D E

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75  
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Cáries (45)  (60) Cáries  
Tratamento (61)  (76) Tratamento

**Cáries Dentárias**

	Primário	Permanente	Tratamento	
Saudável	A	0	Nenhum	0
Cariado	B	1	Restaurações	
Obturado e sem cárie	C	2	1 superfície	1
Obturado e com cárie primária	D	3	2 superfícies	2
Obturado e com cárie secundária	E	4	3 superfícies	3
Dente temporário ausente por cárie (<9 anos)	M	-	+3 superfícies ou coroa	4
Dente permanente ausente por cárie (só <30 anos)	-	5	Extracção por	
Dente permanente ausente por outra razão além de cárie (<30 anos)	-	6	cárie	5
Dentes permanentes ausentes por qualquer razão (>= 30 anos)	-	7	doença periodontal	6
Dentes não erupcionados	-	8	prótese	7
Dentes excluídos	X	9	outra razão	8
			Outros (especificar)	9

Cartão Nº (80)  4

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

P.1 Recebeu tratamento dentário nos últimos 12 meses? NÃO = 0 <sup>(30)</sup>

SIM = 1

Se SIM P.1 (a) Por que motivo? <sup>(31)</sup>

P.1 (b) Quem o tratou? <sup>(32)</sup>

Se NÃO P.1 (c) Porque não? <sup>(33)</sup>

P.2 Tem algum problema actualmente, com os dentes,  
gingivas ou boca? <sup>(34)</sup>

NÃO = 0

P.2 (a) Quer algum conselho ou tratamento? <sup>(35)</sup>

SIM = 1

Se deseja P.2 (b) Que tipo de conselho ou tratamento  
deseja? <sup>(36)</sup>

**CUIDADOS PESSOAIS**

NÃO + 0

P.1 Escova os seus dentes? DE VEZ EM QUANDO = 1 <sup>(37)</sup>

*τοδὸσ ὁσ διασ* = 2

### CÓDIGOS UTILIZADOS DOS SERVIÇOS

<b>Caixa 80:</b>	não ..... 0	<b>Caixa 84:</b>	não ..... 0
	sim ..... 1		sim, dos dentes ..... 1
<b>Caixa 81:</b>	para "limpeza" ..... 1		sim, das gengivas ..... 2
	dor ..... 2		sim, dos dentes e gengivas ..... 3
	para obturações ..... 3		sim, outros (especificar) ..... 4
	para controlo ..... 4		não sabe ..... 9
	fui convocado ..... 5	<b>Caixa 85:</b>	não ..... 0
	outros motivos ..... 6		sim ..... 1
	não sabe ..... 9	<b>Caixa 86:</b>	preventivo ..... 0
<b>Caixa 82:</b>	médico ..... 1		observação ou limpeza ..... 1
	estomatologista ..... 2		remoção de cálculos ..... 2
	médico-dentista ..... 3		obturações; coroas e pontes ..... 3
	odontologista ..... 4		extracção; cirurgia ..... 4
	dentista ..... 5		próteses ..... 5
	outros (enfermeiras, técnicos) ..... 6		ortodontia ..... 6
<b>Caixa 83:</b>	sem motivo para o fazer ..... 1		tratamento vários ..... 7
	tenho medo dos dentistas ..... 2		outros (especificar) ..... 8
	não posso pagar/é muito caro ..... 3		não sabe ..... 9
	não quis gastar dinheiro ..... 4	<b>Caixa 87:</b>	não ..... 0
	não tive tempo ..... 5		de vez em quando ..... 1
	não há assistência dentária ..... 6		todos os dias ..... 2
	não tenho dentes/uso próteses ..... 7		
	outras razões (especificar) ..... 8		
	não sabe porquê ..... 9		

Anexo 3

**ÍNDICE COMUNITÁRIO PERIODONTAL DE  
NECESSIDADES DE TRATAMENTO (ICPNT)**

**1. Sextante**

Os sextantes são definidos pelos números 17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43 e 44-47. Um sextante só será examinado se estiverem presentes 2 ou mais dentes sem indicação para extracção.

**2. Dentes índice**

Os dentes a serem examinados são 

17	16	11	25	27
47	46	31	36	37

  
Os dois molares em cada sextante posterior são agrupados no registo, e no caso de um deles estar ausente, não há substituição. No caso de não estar presente nenhum dos dentes índice de um sextante qualificado para observação, todos os dentes restantes do sextante serão examinados.

**3. Sondagem**

O dente índice é sondado para determinar a profundidade das bolsas, detectar cálculos e resposta hemorrágica. A força usada na sondagem pode ser dividida em componente de trabalho para determinar a profundidade da bolsa, e em componente de sensibilidade afim de detectar cálculos subgingivais. A pressão da sondagem não deve exceder 25 gramas: um teste prático para estabelecer esta pressão consiste em colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar até se verificar o branqueamento. Para pesquisar cálculos subgingivais utilizar a menor força possível que permita o movimento da extremidade arredondada da sonda ao longo da superfície do dente.

Quando se introduz a sonda, a extremidade arredondada deve seguir a configuração anatómica da superfície radicular do dente. Dor duran-

te a sondagem é indicativo de excesso de pressão.

São dados quatro pontos da referência para identificar os locais da sondagem. Não há regra que especifique o n.º de sondagens individuais a serem realizadas, factor que dependerá da condição dos tecidos envolvendo o dente. Contudo é pouco frequente ter de exercer os 4 pontos de referência para a sondagem.

**4. Observação e registos:**

Quer os dois molares, quer o incisivo índice são sondados e a situação mais grave é anotada no respectivo quadro.

O código de gravidade por ordem decrescente é:

- 4 = bolsa  $\approx$  6 mm — a área negra da sonda não é visível
- 3 = bolsa de 4 a 5 mm — a margem situa-se na área escura da sonda
- 2 = sensação de existência de cálculos durante a sondagem
- 1 = hemorragia observada directamente ou usando um espelho após se ter completado a sondagem.

Quando não é observado nenhum dos dentes índice, é anotada no respectivo quadrado a condição mais severa encontrada no sextante.

**5. Necessidades de tratamento**

- 4 = tratamento completo
- 3 = instrução em higiene oral e remoção de cálculos
- 2 = instrução em higiene oral e remoção de cálculos
- 1 = instrução em higiene oral