

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS ALTERAÇÕES BUCAIS NA POPULAÇÃO BRASILEIRA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

## EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ORAL DISORDERS IN THE BRAZILIAN POPULATION: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Glenda Santos Silva<sup>1</sup>  
Taise Carvalho dos Santos<sup>1</sup>  
Matheus dos Santos Fernandez<sup>2</sup>  
Jamille Alves Araujo Rosa<sup>3,1</sup>  
Guadalupe Sales Ferreira<sup>4,1</sup>

<sup>1</sup> Curso de Graduação de Odontologia, Universidade Tiradentes, Aracaju, Brasil

<sup>2</sup> Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, Aracaju, Brasil

<sup>4</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil

**\*Autor correspondente:**

**Jamille Alves Araujo Rosa**

PPG Saúde e Ambiente (UNIT)

Rua Siriri, 263 – 52 – CEP: 49010-390 Aracaju/SE

E-mail: [jamillealves@hotmail.com](mailto:jamillealves@hotmail.com)

### DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

### TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Todos os autores aprovam a versão final deste manuscrito. Garantimos o fornecimento de todos os direitos autorais a Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde

### RESUMO

O objetivo deste estudo é identificar o perfil epidemiológico das condições orais da população brasileira a partir dos dados do último Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal realizado em 2010 (SB BRASIL 2010), tendo-se também, como base comparativa, os levantamentos realizados nos anos anteriores (1986, 1996 e 2003). Realizou-se a estratégia de busca nas bases de dados de periódicos científicos no Scielo, PubMed, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com palavras-chave devidamente cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde. Os resultados observados em relação às

doenças bucais e regiões se caracterizam pela maior prevalência de cárie e edentulismo (necessidade de prótese) nas regiões Norte e Nordeste, em crianças e idosos, respectivamente; sobre a doença periodontal, a maior prevalência é nas regiões Norte e Sudeste, em adultos; a fluorose, no Sudeste; a má-oclusão, nas regiões Nordeste e Sul, aos 5 anos; o traumatismo dentário, nas regiões Norte e Centro-Oeste e o câncer bucal nas regiões Sul e Sudeste, em adultos e idosos. Levantamentos epidemiológicos que englobam a manifestação clínica das desordens bucais mais prevalentes estabelece subsídios para ações específicas ao público-alvo, sedimentando a promoção

de saúde bucal na população brasileira.

**Palavras-Chave:** Saúde bucal. Doenças da Boca. Inquéritos de Saúde Bucal.

#### ABSTRACT

The objective of this study is to identify the epidemiological profile of oral conditions of the Brazilian population based on data from the last National Epidemiological Survey of Oral Health carried out in 2010 (SB BRASIL 2010), also taking, as a comparative basis, the surveys carried out in the years previous (1986, 1996 and 2003). The search strategy was carried out in the databases of scientific journals in Scielo, PubMed, LILACS and Virtual Health Library (VHL), with keywords duly registered in the Health Sciences Descriptors. The

results observed in relation to oral diseases and regions are characterized by a higher prevalence of caries and edentulism (need for prosthesis) in the North and Northeast regions, in children and the elderly, respectively; regarding periodontal disease, the highest prevalence is in the North and Southeast, in adults; fluorosis, in the Southeast; malocclusion, in the Northeast and South, at 5 years; dental trauma in the North and Midwest and oral cancer in the South and Southeast in adults and the elderly. Epidemiological surveys include the clinical manifestation of the most prevalent oral disorders establishes subsidies for specific actions to the target audience, consolidating the promotion of oral health in the Brazilian population.

**Keywords:** Oral Health. Mouth Diseases. Oral Health Surveys.

Enviado: Maio 2020  
Revisado: Julho 2020  
Aceito: Outubro 2020

#### INTRODUÇÃO

Muito mais do que conhecer os dados primários das morbidades das doenças, os profissionais cirurgiões-dentistas necessitam compreender a relação destes com as condições socioeconômicas e demográficas, para assim promover saúde, uma vez que, com base na literatura, existe a influência desses fatores no desenvolvimento de doenças bucais em sua prevalência e incidência.

A saúde bucal afeta a qualidade de vida por fazer parte da saúde geral, acarretando assim, danos de ordem social. Logo, quando esta é prejudicada, compromete no convívio social, dificultando a fonética, como também desordens na mastigação, alterações no padrão alimentar e danos sistêmicos na saúde geral, tais como as doenças crônicas, má nutrição, alterações cardiovasculares e obesidade. De tal forma que, há um estreitamento entre a expectativa de vida

com as condições de saúde e, diversas doenças têm suas primeiras manifestações na cavidade oral, sendo fundamentais para o diagnóstico e tratamento precoce<sup>1,2</sup>. Segundo Nico et al. (2015)<sup>3</sup>, os agravos relacionados à saúde bucal dos brasileiros representam importante problema de saúde pública devido a sua prevalência e magnitude na população.

Neste sentido, a proposta de inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde ocorreu em 1986 na I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB)<sup>4</sup>. Posteriormente, em 1993, na II CNSB, foi ressaltado que, a saúde bucal, por ser parte constituinte da saúde humana individual e coletiva, possui uma relação complexa ao contexto biológico, social e psíquico que variam ao longo do tempo e do espaço<sup>5</sup>.

Historicamente, como consequente, em 2000, foi publicada a Portaria GM/MS de nº 1444 que impulsionou financeiramente a reorganização da Atenção em Saúde

Bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Além disso, outro marco fundamental deu-se através da Portaria de nº 267 no ano de 2001, sendo a responsável pela regulamentação da Portaria nº 1444 e aprovação das normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, proporcionando assim, melhorias aos serviços públicos de saúde no Brasil, com ações, além de assistenciais, de prevenção aos agravos bucais e educação em saúde em todo país<sup>6,7</sup>.

Dentro desta perspectiva, em 17 de Março de 2004, foi criada, pelo Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também conhecida como Programa Brasil Sorridente, é considerada atualmente como a maior política pública de saúde bucal, a qual é norteada pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade<sup>2,6,8</sup>.

Neste contexto, é importante destacar que os levantamentos epidemiológicos como instrumentos de vigilância em saúde possibilitam orientações para a investigação e distribuição dos agravos de saúde na população, compreendendo assim, o impacto das doenças bucais, como também, permitem a compreensão de determinantes sociais que estão intimamente ligados ao processo saúde-doença. Eles oferecem elementos para organização estratégica situacional de um determinado tempo e local<sup>1,9</sup>. Desta forma, é possível observar que os indicadores sociais e econômicos são fundamentais para o monitoramento e avaliação da situação de saúde da população, pois permitem conduzir metas para fundamentar a análise criteriosa dos resultados obtidos pelos levantamentos epidemiológicos e auxiliar na tomada de decisão no Serviço Único de Saúde (SUS)<sup>4</sup>.

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo, identificar por meio de uma revisão integrativa, o perfil epidemiológico das doenças bucais, a partir dos dados do último levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal realizado em 2010, tendo-se também, como base comparativa, os levantamentos realizados nos anos anteriores (1986, 1996 e 2003).

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, de forma que, fornece informações sobre determinado assunto ou problema, auxiliando assim, na melhor compreensão de profissionais, acadêmicos e pesquisadores<sup>10</sup>.

A pergunta norteadora do presente trabalho foi: "Qual o perfil epidemiológico das doenças bucais da população brasileira?". Com isso, realizou-se uma estratégia de busca nas seguintes bases de dados: Scielo, PubMed, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizou-se a combinação dos termos indexados (DeCS/MeSH) e dos operadores booleanos "OR" e "AND": "Saúde Bucal", "Doenças Bucais" e "Inquéritos Epidemiológicos", em português e inglês.

Como critério de exclusão, foram descartados (i) artigos de monografias, dissertações e teses, (ii) estudos em que o resumo não condizia com o objetivo dessa revisão, bem como (iii) aqueles que não avaliaram as populações brasileiras.

Foram selecionados 40 artigos, dos quais foram excluídos 11 por não preencherem os critérios de inclusão. Desta forma, a revisão integrativa de literatura foi constituída de 25 artigos e 04 relatórios finais de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, que seguiram os critérios de elegibilidade pré-estabelecidos.

Posteriormente, a análise adotou dois procedimentos, sendo um relacionado à avaliação dos índices de cárie dentária, fluorose, traumatismo, má oclusão, condição periodontal, uso e necessidade de prótese e câncer bucal nos grupos etários de 5 a 12, 15 a 19, 35 a 44, 50 a 59 e 65 a 74 anos, em 1986, 1996, 2003 e 2010 em relação às cinco macrorregiões brasileiras; e, em sequência, os índices foram analisados e representados graficamente em tabela descritiva. Para a interpretação das variáveis dos índices, utilizou-se a média aritmética como meio de obtenção dos resultados gerais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cárie dentária é o principal problema de saúde bucal em vários países do mundo e considerada uma das causas preponderantes de perda dentária<sup>11</sup>. Diante do exposto, vale mencionar que o Brasil não se diferencia dos demais países, pois a cárie também é o principal problema de saúde bucal, tendo maior prevalência em crianças e adolescentes<sup>12</sup>.

Segundo Agnelli (2016)<sup>7</sup>, ao considerar as diferentes regiões brasileiras e a prevalência da cárie, os números obtidos em levantamentos regionais revelam grandes diferenças entre as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em relação aos índices do Sul e Sudeste no período que vai de 1986 até 2003. As regiões Sul e Sudeste apresentam os menores índices tanto no ano de 1986 como no ano de 2003. Já no período que vai de 2003 a 2010 respectivamente, em quatro das cinco macrorregiões, houve redução do índice de cárie em relação a todas faixas etárias, sendo elas: Nordeste (3,1 - 2,7); Centro-Oeste (3,1 - 2,6); Sudeste (2,3 - 1,7) e no Sul (2,3 - 2). Na região Norte, porém, não se verificou redução (3,13-3,37).

Um estudo de Oliveira et al. (2015)<sup>13</sup>, realizado em crianças de 12 anos no Centro-Oeste, teve como resultado um CPO-D (índice bucal que mede unidades dentárias cariadas, perdidas por cárie ou restauradas/ obturadas) em dentição permanente, num valor de 1,51, sendo este classificado como baixo, discordando dos resultados encontrados no levantamento epidemiológico de 2010 para essa mesma faixa etária e região, em que se teve como resultado um CPO-D de 3,0. Silva et al. (2019)<sup>14</sup> desenvolveu uma pesquisa para a mesma idade no Nordeste brasileiro e obteve resultados de CPO-D maiores que a média nacional encontrada no SB Brasil (2010)<sup>15</sup>. Neste estudo, o valor do CPO-D foi de 2,6, enquanto a média nacional foi de 2,07 em 2010. Corroborando com Peixoto, Cassotti e Meira (2014)<sup>16</sup>, que ao desenvolver um estudo censitário de corte transversal, encontrou resultados de CPO-D de 2,11.

Segundo Silveira et al. (2014)<sup>12</sup>, de acordo com os inquéritos epidemiológicos

de Saúde Bucal, a prevalência de cárie na adolescência, atinge o dobro dos valores encontrados na idade de 12 anos, entretanto, ao realizar um estudo no Norte de Minas Gerais, constatou um percentual de 36,5% de adolescentes com pelo menos um dente cariado na boca, sendo controverso ao cenário nacional (53,3% e 90,3%), contribuindo assim, com um percentual inferior para futuros estudos epidemiológicos.

Em virtude do declínio no CPO-D nacional entre os anos de 1986 a 2003, Agnelli (2016)<sup>7</sup> afirma que isto ocorreu devido ao novo cenário de saúde pública no Brasil com a implantação, em 1994, do Programa de Saúde da Família do SUS, bem como, segundo Nascimento et al. (2013)<sup>17</sup>, mudanças nos critérios de diagnóstico de avaliação, de 1986 para 2003 e 2010. É importante ressaltar também, da implantação do flúor nas águas e nos dentifrícios, e o maior acesso aos serviços públicos de saúde bucal foi fator condicionante na mudança no cenário da cárie no Brasil. Além disso, de acordo com Motta et al. (2016)<sup>1</sup>, houve aumento do PIB per capita que também influenciou na redução do CPO-D, tanto na infância como na fase adulta, o que confirma a influência socioeconômica na doença bucal.

Por conseguinte, o segundo e mais prevalente problema de saúde pública é a doença periodontal. Nos anos de 1986, 2003 e 2010 foram realizados inquéritos epidemiológicos para avaliar este índice. Ao comparar os inquéritos conforme as faixas etárias e regiões, no grupo de 15 a 19 anos, foi observado uma maior prevalência de doença periodontal nas regiões Sul (36,87%) e Nordeste (23,95%) em 1986. No entanto, em 2003, houve maior prevalência nas regiões Norte (16,43%) e Nordeste (15,74%). De forma semelhante, no levantamento epidemiológico nacional de 2010, houve maior predomínio da doença periodontal nas regiões Norte (32,87) e Nordeste (22,42%)<sup>18-20</sup>.

Ademais, na faixa etária de 35 a 44 anos, a maior prevalência da doença periodontal no ano de 1986 foi encontrada nas regiões Sul (28,64%) e Nordeste (26,06%). Em contrapartida, os piores resultados obtidos

em 2003 foram encontrados nas regiões Norte (17,22%) e, de forma coincidente com o estudo de 1986, na região Nordeste (17,87%). Em 2010, na mesma faixa etária, as regiões que apresentaram os maiores índices de doença periodontal foram: Norte (40,3%), Sudeste (37,5%) seguida da região Centro-Oeste (35,2%)<sup>18-20</sup>.

No grupo de 65 a 74 anos, em 1986, os piores resultados de doença periodontal foram encontrados nas regiões: Sul (14,25%) e Nordeste (13,99%), assim como em 2003, que continuou prevalecendo às regiões Nordeste (9,28%) e Sul (7,99%). Entretanto, em 2010 as regiões que prevaleceram com maiores índices de doença periodontal foram Centro-Oeste (17,17%) e Norte (17,12%)<sup>18-20</sup>.

Assim, é importante enfatizar que quando a cárie e a doença periodontal não são tratadas precocemente, podem gerar, como sequela máxima, na perda dentária. O edentulismo é prevalente principalmente em adultos e idosos de todas as regiões do Brasil, em índices elevados, o que resultou para o Brasil uma característica de população de desdentados<sup>21</sup>. Tendo em vista ao exposto, o uso de prótese dentária na faixa etária de 15 a 19 anos, nos anos de 1986 e 2003 respectivamente, houve maior prevalência na região Norte (0,39% - 1,69%), seguida da região Nordeste (0,18% - 1,46%), onde também é possível observar um aumento no uso de prótese em ambas as regiões, entre os anos. Entretanto, no último levantamento epidemiológico (2010), a maior prevalência de uso/posse de prótese foi na região Sudeste (0,5%), seguida das regiões Centro-Oeste (0,47%) e Nordeste (0,4%)<sup>18-20</sup>.

No grupo etário de 35 a 44 anos o uso/posse de prótese dentária em 1986 foi maior nas regiões Norte (14,9%), Centro-Oeste (16,96%) e Sudeste (14,38%). No estudo de 2003 e 2010 os maiores valores foram encontrados no Sul (34,97% - 4,68%), Centro-Oeste (32,44% - 4,63%) e Norte (31,91% - 4,92%)<sup>18-20</sup>.

Na faixa etária de 50 a 59 anos em 1986 as regiões Sudeste (35,69%), Sul (31,7%) e Centro-Oeste (30,60%) tiveram um maior resultado em relação ao uso da prótese. No

entanto, no estudo de 2003 e 2010 a faixa etária era 65 a 74 anos as regiões que apresentavam a maior prevalência foram: Sul (66,83% - 12,8%), Sudeste (58,93% - 13,18%), seguido da região Centro-Oeste (57,98% - 11,72%). Já, em relação à necessidade de prótese dentária nos anos de 1986, 2003 e 2010 obteve maior prevalência nas regiões Norte e Nordeste em todas as faixas etárias<sup>18-20</sup>.

Segundo Silva, Oliveira e Leles (2015)<sup>6</sup>, com base nos dois últimos levantamentos epidemiológicos (2003 e 2010), o uso de prótese foi mais prevalente na região Sul, assim como houve também maior necessidade de reabilitação protética nas regiões Norte e Nordeste, seguida da região Centro-Oeste.

De acordo com, Azevedo et al. (2017)<sup>22</sup>, uma possível explicação para o maior uso de prótese encontrado na Região Sul do país pode estar relacionada à região onde há maior nível de desenvolvimento socioeconômico e a população tem maior poder de compra por estes serviços. Em contraste, Melo et al. (2015)<sup>21</sup>, a partir do seu estudo em uma cidade do Nordeste, trouxe piores resultados quando comparados ao SB Brasil 2010, com o percentual de 66,9% que necessitavam de prótese total em pelo menos 01 dos maxilares.

Considerando os mesmos estudos epidemiológicos de saúde bucal, realizados nos anos de 2003 e de 2010, os dados revelam um aumento na fluorose dentária. A qual está presente em diferentes países, e no Brasil se apresenta num valor de 16,7% de sua população<sup>13, 16</sup>. Comparando os resultados regionais dos últimos levantamentos epidemiológicos para a idade de 12 anos, entre 2003 e 2010 respectivamente, a fluorose teve os maiores resultados em 2003 nas regiões: Sudeste (13,45%), Sul (10,75%) seguido da região Norte (9,7%). Entretanto, em 2010, a maior prevalência estava nas regiões: Sudeste (19,1%), Sul (14,8%) e Nordeste (14,5%)<sup>18, 19</sup>.

No que se refere a faixa etária de 15 a 19 anos, no inquérito realizado em 2003, o maior predomínio de fluorose foi encontrado nas regiões Norte (8,22%) e Sudeste (6,72%); as demais regiões apresentaram valores como, (2,94%) Nordeste; (4,41%) Sul, (2,61%) Centro-Oeste e, de forma geral, (5,14%)

Brasil<sup>20</sup>. Por conseguinte, em 2003, para a idade de 12 anos, a maior prevalência esteve nas regiões Sudeste e Sul (em torno de 12%), enquanto a menor esteve nas regiões Centro-Oeste e Nordeste (cerca de 4%)<sup>20</sup>. Desta maneira, de acordo com o SB Brasil 2010, os maiores valores de fluorose foram observados na região Sudeste e o menor valor na região Norte, corroborando com o estudo de Oliveira et al. (2015)<sup>13</sup>, que apresentou resultados preocupantes de 39,6%, valor superior registrado nas crianças brasileiras de 12 anos (16,7%), bem como, apresentou nível severo de fluorose, este sendo considerado nulo no país, conforme o SB Brasil 2010.

Bauman et al. (2016)<sup>23</sup> verificou outros problemas bucais, com destaque para a má oclusão, a qual teve prevalência bastante elevada dentre as crianças brasileiras. Em 2003, a prevalência de problemas oclusais na idade de 5 anos trouxe resultados preocupantes nas regiões: Sul (20,59%) e Nordeste (20,04%). Assim como, o inquérito realizado em 2010 mostrou que, nesta mesma faixa etária, a maior prevalência foi também nas regiões Sul (15,23%) e Nordeste (12,95%)<sup>18, 20</sup>.

Aos 12 anos, no levantamento realizado em 2003, a maior prevalência de problemas oclusais foi encontrada nas regiões: Sudeste (21,37%) e Sul (20,95%). Em contrapartida ao levantamento de 2010, que apresentou piores números no Centro-Oeste (13,6%), e Nordeste (12,93%). Entre as idades de 15 a 19 anos, em 2003, apresentaram um maior predomínio as regiões: Sudeste (18,07%) e Sul (17,94%). Contudo, em 2010, as regiões com maior prevalência foram: Norte (13,56%) e Nordeste (12,46%)<sup>18, 20</sup>.

No estudo de Bauman et al. (2016)<sup>24</sup>, a maior prevalência de problemas oclusais foi identificada nos pré-escolares, assim como nos adolescentes brasileiros, concordando com o SBBrasil2003, e nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, quando comparados à região Norte do país. Bauman et al. (2016)<sup>24</sup>, também concluiu que a má oclusão tem variado de 28% a 80% conforme a localidade da realização dos estudos, sendo associada aos determinantes de cada região.

Nesse aspecto, é preciso destacar sobre o traumatismo dento alveolar que é uma das principais causas de urgências odontológicas nos serviços de saúde, o que culminou num verdadeiro problema de saúde pública. De acordo com o último levantamento epidemiológico de saúde bucal (2010), a prevalência de pelo menos um dente afetado por traumatismo em crianças de 12 anos é frequente nas regiões: Norte (6,32%), Centro-Oeste (6,15%), seguido da região Nordeste (5,6%). De forma geral, no Brasil, a prevalência do traumatismo foi de 20,5%, sendo fratura de esmalte a mais frequente, com 16,5% ou 80% dos casos, seguida da fratura de esmalte e dentina com 19,0% dos casos de trauma, não havendo diferença significativa entre as regiões<sup>15</sup>.

Conforme Martins et al. (2014)<sup>25</sup>, por conseguinte e não menos importante, o câncer bucal é um problema de saúde pública em todo o mundo devido à sua alta letalidade, impactando negativamente na qualidade de vida da população. No Brasil, no ano de 2004, foram descobertos, aproximadamente, 11,54 casos por 100.000 homens e 13,92 por 100.000 mulheres, sendo considerada a distribuição como heterogênea entre as regiões, com maior concentração na região Sudeste e Sul<sup>25</sup>.

Segundo Domingos, Passalacqua e Oliveira (2014)<sup>26</sup>, em 2012, o perfil epidemiológico do câncer bucal teve sua maior prevalência relacionada ao gênero masculino, entre a faixa etária de 50 e 70 anos, e na raça leucoderma. Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca com base na literatura são: uso do tabaco sendo associado a 90% do desenvolvimento da doença, bebidas alcoólicas, exposição solar, má alimentação e traumas causados por próteses mal adaptadas<sup>27</sup>.

Diante do exposto neste estudo de revisão integrativa, a tabela abaixo demonstra o perfil epidemiológico da população brasileira conforme as faixas etárias, índices e regiões a partir de recorte anual do levantamento epidemiológico de Saúde Bucal de 2010 no Brasil.

## CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, pôde-se concluir que o perfil epidemiológico das doenças bucais da população brasileira em relação às diferenças regionais e às faixas etárias apresentou maior prevalência de cárie dentária em crianças, e o edentulismo (necessidade de prótese) em idosos, ambas nas regiões Norte e Nordeste. É possível que isto se deva às características socioeconômicas e de menor acesso a bens e serviços básicos de saúde bucal. Já a doença periodontal apresenta-se com maior prevalência em adultos nas regiões Norte e Sudeste, podendo ser atribuída aos fatores sociodemográficos e a diversidade dos seus determinantes de cada região, assim como, o tipo de método utilizado para avaliar a doença periodontal.

É de conhecimento que a fluorose aos 12 anos apresenta maior prevalência na região Sudeste, sendo decorrente do excesso de fluoretos nas águas de abastecimento público, nos alimentos industrializados e nos dentifrícios. No que se refere à má oclusão, esta resultou em sua maior prevalência na infância nas regiões Nordeste e Sul, em decorrência, substancialmente, dos hábitos para funcionais da população. Sobre o traumatismo dentário, este teve o seu maior predomínio aos 12 anos, no Norte e no Centro-Oeste, uma vez que, essas regiões apresentam menor cobertura de ESB, responsáveis no diagnóstico precoce para a predisposição ao traumatismo dentário. Ademais, o câncer bucal é mais prevalente em adultos e idosos nas regiões Sul e Sudeste por consequência, como fator primário, da composição racial dessa população, essencialmente de leucodermas.

## REFERÊNCIAS

1. Motta LJ, da Silva Pissinato AV, Pinto MM, Monken SF. Análise dos índices de saúde bucal associados a indicadores sociais e econômicos no Brasil de 1986 a 2010. *Revista Economia & Gestão*. 2016;16(42):138-52.
2. Bueno RE, Moysés ST, Bueno PAR, Moysés SJ. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014;36:17-23.
3. Nico LS, Andrade SSCdA, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21:389-98.
4. Silva DRB, de Lucena CDRX, da Cruz DF, Figueiredo N, de Goes PSA, de Lucena EHG. Análise do indicador de extração dentária a partir do contexto municipal. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2018;6(2):220-7.
5. Silva JVD, Machado FCdA, Ferreira MAF. Social inequalities and the oral health in Brazilian capitals. *Ciencia & saude coletiva*. 2015;20:2539-48.
6. Silva ET, Oliveira RT, Leles CR. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. 2015.
7. Agnelli PB. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2016;72(1/2):10.
8. Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11:243-6.
9. Vasconcelos FGG, Gondim BLC, Rodrigues LV, Neto L, de Andrade E, Valença AMG. Evolução dos Índices CEO-D/CPO-D e de Cuidados Odontológicos em Crianças e Adolescentes com Base no SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010. *Rev bras ciênc saúde*. 2018:333-40.
10. Souza MTd, Silva MDd, Carvalho Rd. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102-6.
11. Frazão P, Santos CRId, Benicio

DEDA, Marques RAdA, Benício MHDA, Cardoso MA, et al. Cárie dentária em escolares de 12 anos de idade em município sem água fluoretada na Amazônia Ocidental brasileira, 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016;25:149-58.

12. Silveira MF, Freire RS, Nepomuceno MO, Martins AMEdB, Marcopito LF. Cárie dentária e fatores associados entre adolescentes no norte do estado de Minas Gerais, Brasil: uma análise hierarquizada. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:3351-64.

13. Oliveira LBd, Moreira RdS, Reis SCGB, Freire MdCM. Dental caries in 12-year-old schoolchildren: multilevel analysis of individual and school environment factors in Goiânia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015;18:642-54.

14. da Silva CHF, Lima HT, Benedito FCS, Rodrigues JC, Joaquim DC, de Melo Leite ACR. Levantamento epidemiológico de CPO-D em escolares de 12 anos do município de Pedra Branca, Ceará. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*. 2019;9:16-22.

15. BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. 2010.

16. Peixoto TP, Casotti CA, Meira SS. Prevalência Das Doenças Cárie E Fluorose Dentária Em Escolares. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2014;2(4):182-7.

17. Nascimento Sd, Frazão P, Bousquat A, Antunes JLF. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47:69-77.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal 1996: Cárie dental. Brasília, 1996.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde Bucal, Relatório Final. Brasília, 1986.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde, 52p., 2004.

21. Melo LAd, Sousa MdM, Medeiros AKBd, Carreiro AdFP, Lima KCd. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21:3339-46.

22. Azevedo JS, Azevedo MS, Oliveira LJcd, Correa MB, Demarco FF. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33:e00054016.

23. Bauman JM, Souza JGS, Bauman CD, Flório FM. Padrão epidemiológico da má oclusão em pré-escolares brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;23:3861-8.

24. Bauman JM, Souza JGS, Bauman CD, Flório FM. Aspectos sociodemográficos relacionados à gravidade da malocclusão em crianças brasileiras de 12 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;23:723-32.

25. Martins AMEdB, Barreto SM, Santos-Neto PEd, Sá MABd, Souza JGS, Haikal DSA, et al. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:2239-53.

26. Santos Domingos PA, da Costa Passalacqua ML, de Oliveira ALBM. Câncer bucal: um problema de saúde pública. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2017;26(1):46-

27. Neville B. Patologia oral e maxilofacial: Elsevier Brasil; 2011.

**Tabela 1.** Resultados do levantamento epidemiológico de 2010 conforme a prevalência das diferentes doenças bucais, de acordo com a faixa-etária e as macrorregiões do Brasil. 2020

DOENÇAS	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE
<i>Cárie</i>					
5 anos	90,2%	88,2%	75,7%	80,7%	81,0%
12 anos	67,4%	68,8%	45,3%	54,9%	57,8%
15 a 19 anos	56,2%	47,9%	29,5%	29,2%	37,4%
35 a 44 anos	14,8%	12,0%	8,1%	6,5%	11,6%
65 a 74 anos	2,9%	3,1%	1,6%	2%	2,4%
<i>Doença Periodontal</i>					
12 anos	21,7%	13,7%	11,0%	14,7%	12,4%
15 a 19 anos	32,8%	22,4%	17,9%	19,2%	19,3%
35 a 44 anos	40,3%	34,2%	37,5%	31,1%	35,2%
65 a 74 anos	17,1%	16,6%	15,2%	16,9%	17,1%
<i>Edentulismo (Necessidade de Prótese)</i>					
15 a 19 anos	5,8%	3,3%	2,4%	1,8%	2,3%
35 a 44 anos	16,6%	17,7%	13,3%	12,6%	14,6%
65 a 75 anos	19,4%	19,2%	18,5%	12,8%	18,9%
<i>Má Oclusão</i>					
5 anos	8,8%	12,9%	12,7%	15,2%	10,0%
<i>Má Oclusão (DAI)</i>					
12 anos	12,2%	12,9%	12,5%	11,7%	13,6%
15 a 19 anos	13,5%	12,4%	12,0%	10,0%	11,3%
<i>Traumatismo Dentário</i>					
12 anos	6,3%	5,6%	4,7%	5,2%	6,1%
<i>Fluorose Dentária</i>					
12 anos	10,4%	14,5%	19,1%	14,8%	11,3%

Fonte: Ministério da Saúde, Brasil, 2010.