

Cárie dentária e necessidade de tratamento em uma população assistida pelo programa de saúde bucal/PSF: um instrumento auxiliar diagnóstico no programa saúde bucal/PSF/Eldorado-Londrina-PR

Dental caries and necessity of treatment in a population attended on the program of buccal health/PSF: an auxiliary diagnostic instrument in the buccal health program/PSF/Eldorado-Londrina-PR

Gilberto Seium Saida¹, Berenice Tomoko Tatibana²

Resumo

O Programa Saúde da Família procura a reorganização da assistência na saúde, de forma a possibilitar uma integração e organização de atividades dos serviços de saúde em um território definido. Para que essa estratégia se concretize é importante que a equipe conheça a realidade local, características sociais e epidemiológicas. Assim, o Programa de Saúde Bucal, inserido de forma multiprofissional ao Programa Saúde da Família, também observa estas características devendo desenvolver ações de promoção da saúde bucal, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos. No presente estudo nos propusemos a utilizar dados epidemiológicos bucais de uma amostra de conveniência de 141 usuários do grupo de priorizados para atendimento clínico, relacionados à cárie dentária e necessidade de tratamento da população atendida pela Equipe de Saúde Bucal/Programa

¹ Discente do Curso de Especialização em Saúde da Família, CCS, Universidade Estadual de Londrina (UEL)

² Mestre e Doutoranda em Microbiologia, Promotora Saúde Pública/ Autarquia Municipal de Saúde, Londrina, Paraná, Brasil. Autor para Correspondência: beretatibana@hotmail.com

Saúde da Família da Unidade Saúde da Família/Eldorado, Londrina (PR) como instrumento para contextualização da realidade epidemiológica bucal que possibilite uma visão do processo de saúde-doença bucal incentivando uma abordagem e intervenção social democrática e participante com fazeres concretos para resolver os problemas apresentados por essa população. Nossos resultados apontam uma participação maior do sexo feminino (73%), CPO-D geral de 14,6, havendo em média, três dentes cariados e dez restaurados e uma necessidade de rever o acesso ao serviço do grupo de priorizados.

Palavras-chave: Saúde bucal, Programa Saúde da Família, epidemiologia.

Abstract

The Family Health Program looks for the reorganization in the health assistance to make possible integration and organization of health services activities in a definite territory. For concretization of this strategy is important that the health team knows the local reality, social and epidemiologists characteristic. Thus, Buccal Health Program inserted in Family Health Program with multiprofessional form, also observes these characteristics having to develop action of promotion of the buccal health, prevention, treatment and reability of the aggravation. In the present study we considered use buccal epidemiologists data of a convenience sample of 141 prioritized users of clinical attendance, related to the dental caries and necessity of treatment the population whose is taken care for the Buccal Team / Family Health Program of the Family Health Unit/Eldorado, Londrina (PR) as instrument for contextualization of the buccal epidemiologist reality who makes possible a vision of the process of buccal health-illness and stimulate a social democratic intervention and make concretely approach with objective to resolute the problems presented for this population. Our results point mainly feminine sex participation (73%), general DMF-T of 14,6, having in average, three decay and ten filled teeth with a necessity to review the service access to the prioritized group.

Key words: Family Health Program, Buccal Health, epidemiology

INTRODUÇÃO

O objetivo do Programa Saúde da Família (PSF) é a reorganização da assistência na saúde, de forma a possibilitar uma integração e organização de atividades dos serviços de saúde em um território definido. A atenção busca focar um entendimento real do processo saúde/doença além das práticas

meramente curativas, mas, entendendo o usuário inserido em um contexto social e em seu ambiente físico ⁽¹⁾.

Assim, o Programa de Saúde Bucal (PSB), integrado de forma multiprofissional ao PSF, também observa estas características devendo desenvolver ações de promoção da saúde bucal, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos. Conscientes de que, com a inclusão então, do Programa de Saúde Bucal (PSB) no PSF, espera-se que ocorram as mudanças no perfil epidemiológico e um melhor acesso às ações que promovam a Saúde Bucal visto que o programa articulado objetiva uma atuação mais próxima da realidade, identificação de fatores de risco e as famílias a eles expostas com priorização de demandas assistenciais e preventivas diretas na comunidade ^(1, 2, 3).

Diante desse cenário, ocorreu, em Londrina (PR), através da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina (AMSL), que, procurando fazer frente às novas práticas, a inserção do PSB/PSF. Houve a contratação inicial de oito equipes, no ano de 2003. A ESB é composta por uma auxiliar de consultório dentário (ACD) e um cirurgião-dentista (CD) – modalidade tipo I ⁽²⁾. Isso demonstra uma mudança, um “fazer” frente a uma realidade – que já difere da nacional por possuir um programa municipal de atendimento odontológico que atende a população de zero até vinte e um anos e gestantes de qualquer idade – buscando um enfoque da Saúde Bucal na Saúde Pública de Odontologia Social Preventiva para Saúde Bucal Coletiva ^(4, 5).

Por entendermos que a epidemiologia é um importante instrumento no campo do planejamento em saúde acreditamos que a definição das estratégias passa primeiramente pelos resultados dos estudos epidemiológicos. Quando criteriosos, realizados periodicamente a nível local, em condições homogêneas, permitem identificar, avaliar e monitorar a distribuição e tendências da prevalência e severidade das doenças

e; diante do quadro epidemiológico alarmante apontado no último levantamento a nível nacional, onde a faixa etária adulta (35 a 44 anos) e entre os idosos (65 a 74 anos), apresentou CPO-D com valores médios de 20,1 e 27,8 respectivamente; está demonstrada a necessidade de, além de ações sobre os determinantes da incidência, a apresentação de um desafio que é a adequação dos serviços de saúde ao quadro epidemiológico⁽⁶⁾.

No presente estudo nos propusemos a utilizar dados epidemiológicos bucais relacionados à cárie dentária e necessidade de tratamento (utilizando o Índice de Condição Dentária e Necessidade de Tratamento – ICDNT) da população atendida pela equipe de saúde bucal (ESB) do Programa Saúde da Família (PSF) Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade Saúde da Família (USF) Eldorado, Londrina (PR) – uma das primeiras equipes ligadas ao PSB/PSF Londrina – como instrumentos para contextualização da realidade epidemiológica bucal que possibilite uma visão do processo de saúde-doença bucal incentivando uma abordagem e intervenção social democrática e participante com fazeres concretos para resolver dos problemas apresentados por essa população.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi utilizado equipamento odontológico completo e material clínico de rotina da Clínica Odontológica da UBS/USF Eldorado, esterilizada e acondicionado em bandejas cirúrgicas empacotados individualmente, dentro das normas de biossegurança preconizadas pelo Ministério da Saúde. Outros materiais utilizados foram as fichas para levantamento epidemiológico bucal, Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Equipamentos de Proteção Individual (gorros, máscaras, luvas descartáveis).

A coleta de dados foi realizada num período pré-determinado de 03 meses por meio de levantamento epidemiológico que incluiu exame clínico e questionário (para idade e sexo). Esses procedimentos foi realizado por um único examinador (um CD, responsável pela pesquisa) e um anotador (uma ACD). A calibração do examinador foi realizada intra-examinador por concordância simplificada⁽⁷⁾.

A coleta respeitou critérios de inclusão e exclusão, em que os critérios gerais de participação foram: 1) Residência na área de abrangência da UBS/USF Eldorado Londrina (PR); 2) Não ser desdentado total, possuir dente índice; 3) Possuir idade superior a 15 anos; 4) Ser usuário do PSB/PSF Eldorado e inserido dentro de programas específicos (controle hipertensão artéria, diabetes, idoso, gestante). Essa amostragem abrangeu então, somente usuários que eram “priorizados” pelo PSB/PSF deixando de fora os pacientes do “Pronto Atendimento” e os das “Visitas Domiciliares”.

Os instrumentos de coleta de dados relacionados à odontologia, seus critérios e códigos para ICDNT seguiram o preconizado pela OMS (1997) e BR (2002), excluindo-se o critério de estudo para as faixas etárias.

Os dados foram tabulados e submetidos à análise descritiva com distribuição de média e frequência.

O projeto foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não houve recusa em participar da pesquisa. A amostra totalizou 141 participações, constituindo um universo composto de 27% masculino (n=38) e 73% feminino (n=103), portanto, predominantemente feminina na faixa etária de 20 a 34 anos (48%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição em percentual e números absolutos segundo faixa etária e sexo de 141 usuários examinados na USF Eldorado (2006).

Idade (anos)	Masculino	Feminino	%
15-19	4	3	5
20-34	10	57	48
35-44	6	13	13
45-64	5	18	16
65-74	8	9	12
≥75	5	3	6
TOTAL	38	103	100

O índice CPO-D geral da amostra foi de 14,6; sendo por sexo, 14,7 para o masculino e 14,6 para o feminino. Com relação à cárie dentária, em média, constataram-se três dentes cariados, dez dentes restaurados sendo que destes, menos de uma restauração necessitava ser refeita. A categoria dos dentes perdidos foi prevalente com seis dentes em média, prevalecendo os perdidos pela cárie. A presença de apoio de ponte ou coroa foi menor que um dente (Tabela 2).

Tabela 2. Dados da condição dentária permanente segundo sexo em média e percentual nos 141 usuários examinados na USF Eldorado (2006).

Condição	Masculino		Feminino	
	Média	%	Média	%
Dentária				
Hígido	12,4	44,2	12,8	45,6
Cariado	303	11,7	2,8	9,8
*Rest. com cárie	0,4	1,4	0,6	2,2
*Rest. sem cárie	3,7	13,1	5,5	19,6
Perdido (cárie)	5,5	19,7	4,5	16,2
Perdido (outras causas)	1,8	6,6	1,2	4,3
Selado	0,85	3,1	0,4	1,6
Apoio de prótese ponte/coroa	0,05	0,2	0,2	0,7
Não erupcionado	0	0	0	0
Trauma	0	0	0	0
Dente excluído	0	0	0	0
Total	28	100	28	100

*Rest.=restauração

A necessidade de tratamento (Tabela 3) predominante foi para a cárie dentária no grupo restauração, em média com três dentes, somando uma face e duas faces ou mais. A necessidade de tratamento pulpar e restauração foi menor que um, assim como a extração, coroa por qualquer razão e o selante. As outras necessidades foram nulas. A categoria sem informação foi de seis dentes. Em média, 17 dentes não necessitavam de nenhuma intervenção. O número de sem informação foi de seis dentes, a maioria por considerar-se perdido.

Tabela 3. Distribuição dos dentes expostos em percentual e média, segundo a necessidade de tratamento, pelo ICDNT por sexo em 141 usuários examinados na USF Eldorado (2006).

Necessidade de Tratamento	Masculino		Feminino	
	Média	%	Média	%
Nenhuma	16,2	57,8	18,3	65,2
Restauração 1 face	1,9	6,8	1,9	6,8
Restauração 2 faces ou mais	1,2	4,4	1,2	4,3
Coroa por qualquer razão	0,05	0,2	0	0
Faceta estética	0	0	0	0
Tratamento pulpar e *rest.	0,25	0,9	0,2	0,8
Extração	0,85	3	0,3	1,2
Remineralização	0	0	0	0
*rest.=restauração Selante	0,05	0,2	0,3	1,2
Sem informação	7,5	26,7	5,8	20,5
TOTAL	28	100	28	100

Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal proporcionam uma base para se estimar as condições da saúde bucal e as necessidades de tratamento que a população possui. No Brasil, os principais problemas bucais são a cárie e a doença periodontal com 15% de sua população apresentando edentulismo⁽⁹⁾.

Os nossos resultados demonstraram uma população que apresenta condição bucal não tão preocupante quando comparados aos dados como os apresentados em um trabalho de Cazeta e Oliveira (2004) realizado na USF/PSB Maracanã (anterior USF Panissa, Avelino Antonio Vieira) Londrina-PR, onde o CPO-D médio ficou em 20,3 para a população adulta; ou dados dos projetos pilotos, realizados em Canela-RS, que indicou, na faixa de 35-44 anos, um CPO-D de 22,3 e de

18,97 em Diadema-SP, para o SB-Brasil 2000^(11, 12). Isso pode ser devido às características dos participantes da nossa amostragem, um grupo de conveniência, atendidos na USF em outros programas, sendo mais conscientes com a importância de se manter a saúde de forma geral e, pela predominância feminina, mais preocupada com sua condição bucal. Além do mais, temos o viés da calibração, feita através da concordância simplificada.

Com relação à amostra de conveniência, na lida clínica, podemos notar diferenças entre os pacientes “priorizados” e os da livre-demanda e isso pode interferir na condição bucal. Os priorizados são notadamente de um poder aquisitivo melhor, oriundos provavelmente de bairros com infra-estrutura diferenciada pois a USF Eldorado atende desde bairros como Aeroporto, de classe média-alta ao Bairro Morar Melhor, um conjunto de favelas. Na livre-demanda a procura por procedimentos curativos (exodontias, necessidades endodônticas, etc) é feito, em sua maioria, pelos de bairros mais carentes. Esse quadro epidemiológico pode estar indicando então, uma dificuldade de acesso dos mais necessitados ao atendimento priorizado já que é sabida a demanda apresentada por esta população na livre-demanda e com isso provavelmente seria de se esperar uma condição bucal não condizente com o quadro epidemiológico encontrado. Nosso quadro aproximou-se do encontrado por Alekseuniene, Eriksen e Holst (2000), estudo realizado na Lituânia, com CPO-D de 14,2 e com mais cárie não tratada do que tratada.

Sendo assim, coadunando com Roncalli (2006), que insere a epidemiologia como um instrumento para melhorar as condições de saúde da população, com seu uso voltado para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, suportada pela lei 8080/90, capítulo II, artigo sete, que preconiza o uso da epidemiologia nos

serviços de saúde, também defendemos a epidemiologia para ser inserida dentro das estratégias globais de planejamento e avaliação nos serviços de saúde. Como no caso do presente estudo que levanta a necessidade de rever o atendimento dos “priorizados” em detrimento aos da livre-demanda e uma possível dificuldade de acesso ao atendimento pelos mais necessitados.

Trabalho de Cazeta e Oliveira (2004) já apontava que a população que procura atendimento no serviço de livre demanda ou pronto atendimento, o faz basicamente em situação emergencial e esporádica e que isto possui uma correlação com um gradiente social no uso de serviços odontológicos. Apesar de os grupos menos favorecidos apresentarem uma proporção maior de dentes cariados não tratados e um maior número de dentes perdidos, eles têm pior acesso e consomem menos os serviços de saúde de maneira geral⁽¹⁵⁾.

Quanto à predominância de pessoas do sexo feminino na procura pelo atendimento pode ser explicada pelo fato da mulher ser naturalmente usuária de outros programas de atenção à saúde, como já observado por Unfer e Saliba (2000), e de haver programas próprios para as usuárias, como a prevenção do câncer ginecológico, grupo de planejamento familiar e principalmente um programa de pré-natal multidisciplinar com atendimento odontológico. Por estarem mais em contato com a ESF e possivelmente mais conscientizadas e preparadas preocupam-se mais com a saúde de forma geral. Isso é importante já que essa mulher pode tornar-se uma forte aliada para o PSB, conquanto agente multiplicadora de informações no seio familiar e comunitário⁽¹⁰⁾.

Sabemos que o declínio acentuado da cárie em crianças e adolescentes não tem sido observado em adultos e idosos e, portanto, é uma população que necessita de atenção pelos serviços odontológicos⁽¹⁷⁾. Por outro lado, percebemos que o PSB/PSF, para atender a grande demanda, necessita de

definição de uma política de saúde bucal local onde a questão de equidade não deve ser tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde de forma linear e simplesmente como uma garantia de universalidade da cobertura e do atendimento, com o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades não respeitando os diferentes perfis sócio-epidemiológicos. Isso porque, a sustentabilidade desse sistema, depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor.

Sendo assim, ao acrescer de dados epidemiológicos como o presente, esperamos auxiliar a construção e instrumentalização da ESB/PSB/PSF Eldorado no planejamento de estratégias a nível local de forma coerente e consciente não esquecendo que o programa deve firmar-se principalmente na promoção da saúde desta população. A promoção da saúde, como nos coloca Pereira, Penteadó e Marcelo (2000) – e nisso podemos incluir a saúde bucal – representa um paradigma por sua necessidade de uma nova maneira de interpretar as dificuldades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica, mas numa perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Com uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, volta-se para eleger metas para a ação política para a saúde, direcionadas também ao coletivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília, 2001. 36 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal / Ministério da Saúde*. Brasília. 2002. 24 p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm>>. Acesso em: 27 out. 2003.
4. Narvai PC. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 1994, 113p.
5. Tatibana BT, Silva MFS. A Saúde Bucal faz parte do Programa Saúde da Família (PSF) USF Avelino A. Vieira – Londrina-PR. In: MOSTRA DE EXPERIÊNCIAS/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE, 4, 2003, Londrina, *Painel*.
6. Marcenes W, Bönecker MJS. *Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais*. In: Buischi YP. (org.) *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes médicas, 2000, cap. 4, p. 75-98.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. *Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador*. Brasília: 2001. 49 p.
8. OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). *Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal – manual de instruções*. 4. ed., São Paulo: Editora Santos, 1997.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. *Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000*. Brasília: 2001. 43 p.
10. Cazeta LO, Oliveira RAS. *Programa saúde bucal numa unidade saúde da família: uma análise para avançar na busca de padrões de*

saúde oral numa comunidade contextualizada em sua realidade. 2004. 40p. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva por mídias interativas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. *Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000: estudo piloto em Canela-RS*. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília. 2000. 34 p.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. *Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000: estudo piloto em Diadema-SP*. Brasília. 2000. 35 p.

13. Aleksejuniene J, Eriksen HM, Holst D. Variation in caries and treatment experience in 35-44-year-old Lithuanians. *Community Dental Oral Epidemiology*, 28(5): 356-364, 2000.

14. Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(1): 105-114, 2006.

15. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento), p. 77-87, 2002.

16. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev. Saúde Pública*, 34 (2): 190-5, .2000.

17. Reich E. Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe. *International Dental Journal*; 51(6 Suppl 1): 392-8, 2001.

18. Pereira IMTB, Penteadó RZ, Marcelo VC. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *O mundo da saúde*, 24(1): 39-44, 2000.