

Relação entre risco de cárie individual e risco familiar da doença priorizando atendimentos

Recebido em: Dez/2012

Aprovado em: Fev/2013

Association between individual and familial risk of the caries to prioritize attendances

Rafael David Reco da Silva

Aluno de Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas - FOP- UNICAMP

Regiane Cristina do Amaral

Doutoranda do programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas - FOP- UNICAMP

Maria da Luz Rosário de Sousa

Professora Titular do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas - FOP- UNICAMP

Autor para correspondência:

Maria da Luz Rosário de Sousa

Depto. de Odontologia Social

Av. Limeira, 901

Piracicaba-SP.

13414-903

luzsousa@fop.unicamp.br

RESUMO

A saúde bucal deve ser avaliada dentro de um contexto maior, pois ela é multicausal e, assim, deve ser contextualizada. Objetivo: Avaliar a relação entre o risco de cárie individual e risco familiar da doença em crianças de Piracicaba - SP. Materiais e métodos: No ano de 2010 foi realizado um levantamento epidemiológico (feito pelos dentistas das Unidades de Saúde da Família USF) com crianças de 1ª a 5ª série (5 a 10 anos) que frequentavam as escolas municipais e estaduais de Piracicaba, localizadas próximas às respectivas USF. Para obter o risco de cárie individual, estas crianças examinadas foram classificadas de acordo com risco de cárie segundo critérios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e para obtenção do risco familiar da doença foram consultados dados da ficha A (SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica) das famílias destes estudantes. Assim, os dados da mesma criança foram comparados com a finalidade de buscar possíveis relações entre o risco familiar e individual da doença em cada criança. Resultados: A relação entre risco familiar alto e risco individual alto foi encontrada em 83,3% das crianças avaliadas. Conclusão: No presente estudo, houve relação entre o risco familiar e individual da doença cárie, indicando ser uma possibilidade de uso prático para priorizar atendimento odontológico em saúde coletiva. Relevância clínica: Nova abordagem de avaliação de saúde bucal para priorizar atendimentos odontológicos em saúde bucal coletiva. Aplicação clínica: Priorizar atendimentos de acordo com o risco.

Descritores: Cárie Dentária; Fatores de Risco; Saúde da Família

ABSTRACT

Oral health must be evaluated within a larger context, because problems affecting it are multicausal. Objective: To evaluate the relationship between individual caries risk and familial risk of the disease in children in Piracicaba - SP. Methods: In 2010 an epidemiological survey was conducted (by dentists in the Units Family Health FHS) with children from 1st to 5th grades (5 to 10 years) who attended public schools in Piracicaba, located near the respective FHS. For individual caries risk, these children were examined and classified according to caries risk criteria (Ministry of Health of São Paulo) and familial risk (record A - ISBA - Information System of Basic Attention of these students' families). Thus, data from the same child were compared, in order to look for possible relationships between the family and individual risk for disease in each child. Results: The relationship between familial high-risk and individual high-risk was found in 83.3% of the children. Conclusion: In this study there was a relationship between the family and individual risk for dental caries, indicating a possibility of practical use to prioritize dental care in public health. Clinical Relevance: A new approach to evaluating oral health to prioritize dental care in public health dentistry. Clinical application: Prioritize care according to risk.

Descriptors: Dental Caries; Risk Factors; Family Health

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Nova abordagem de avaliação de saúde bucal para priorizar atendimentos odontológicos em saúde bucal coletiva.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma estratégia de reestruturação da atenção primária, sendo sua principal proposta levar a saúde para a proximidade da família, e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população¹. Assim, tornam-se importantes os estudos dos determinantes das doenças bucais associados a fatores de risco à saúde, visto que estes são verificados pelos dados coletados junto às famílias, através das Agentes Comunitárias de Saúde que fazem parte das USF, e tais dados nem sempre são relacionados diretamente à saúde bucal, sendo a análise de riscos para cárie dental tratados de forma separada do contexto familiar e, assim, obtendo-se uma visão parcial do problema e restringindo-se as possibilidades de abordagem desta doença.

A Odontologia, por meio de seus recursos humanos específicos, se enquadra nessa nova modalidade de atenção à saúde, visto que tais profissionais cultivam uma relação com a comunidade baseada na atenção, na confiança, no respeito e no cuidado².

Dentre os principais problemas relacionados à saúde bucal está a cárie dentária que, apesar do declínio, ainda é observada em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sobretudo entre os grupos pobres e desfavorecidos³. Mesmo nos países mais desenvolvidos, a cárie dentária é considerada um grave problema de saúde pública, afetando 60-90% dos escolares e a grande maioria dos adultos⁴. Os determinantes sociais dos níveis de saúde bucal são universais, e os mecanismos e vias relacionados são complexos e interligados à saúde. O desenvolvimento econômico e psicossocial e todos os fatores comportamentais, bem como fatores mais específicos, tais como acesso a serviços de saúde bucal, acesso à água potável e instalações sanitárias, exposição ideal a fluoretos, disponibilidade de produtos de saúde bucal e oferta de alimentos saudáveis, exercem influências nos mais variados desfechos em saúde, incluindo a saúde bucal^{5,6}, e assim devem ser avaliados. Dentre estes determinantes, estão presentes na ficha A do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) a escolaridade dos pais, número de cômodos na residência, número de residentes por cômodo, e acesso à água e esgoto, ou seja, parâmetros nos quais se podem avaliar os riscos a qual a família está exposta.

São necessárias ações que integrem diferentes áreas do conhecimento, como intervenções para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetem a saúde coletivamente e que possam conduzir a ambientes saudáveis, ações que visem o fortalecimento dos indivíduos e das comunidades no processo de definição de prioridades, tomada de decisões, desenvolvimento de redes sociais, planejamento e implantação de estratégias que levem a obtenção de saúde⁷, como a integração dos meios de avaliação de saúde bucal (risco individual) e saúde familiar (risco familiar) do indivíduo.

Para que tais mudanças possam ocorrer, é necessário que se avalie a possível relação entre os riscos individual e familiar, pois o risco social é um determinante de saúde e isso se reflete na saúde bucal, entretanto não se localizou na literatura esta avaliação.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre o risco de cárie individual e risco familiar da doença em crianças de 5-10 anos de idade, que estudavam em escolas municipais ou estaduais de Piracicaba (2010), e cujas famílias eram cadastradas nas Unidades de Saúde da Família, verificando uma possível relação entre tais riscos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo realizado no município de Piracicaba no qual se buscou relação entre o risco de cárie individual e risco familiar da doença em crianças de 5-10 anos de idade, através de dados secundários.

Foi realizado um levantamento epidemiológico recente (2010) em crianças de 5-10 anos que estudavam nas escolas vinculadas as seis USFs (Unidade de Saúde da Família) as quais a Faculdade de Odontologia de Piracicaba mantém um convênio. Este levantamento foi realizado utilizando os critérios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, resolução SS-95, de 27/06/2000, visto que o mesmo foi proposto com a finalidade de atualizar os fundamentos científicos que embasam a prática dos serviços de saúde bucal, possibilitando a identificação dos indivíduos segundo níveis de vulnerabilidade à cárie dentária. Este levantamento foi realizado por 10 cirurgiões-dentistas (que trabalham nas USF), calibrados por um examinador padrão "Gold standard", utilizando os critérios segundo a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Os procedimentos de treinamento e calibração dos dentistas que atuaram como examinadores apresentavam dados de precisão intra e inter observador, que garantiram a confiabilidade, sendo 0,7 (concordância substancial) o valor mínimo encontrado para a estatística kappa de avaliação de condição dentária⁸.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP Unicamp, sob o número 028/2011.

Foram incluídas no estudo todas as crianças (5 a 10 anos, ambos os sexos) aos quais participaram do levantamento epidemiológico e cujas famílias estavam cadastradas nas USF próximas à escola a qual a criança estudava.

Classificação	Grupo	Situação Individual
Risco Baixo	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou mancha branca ativa
Risco Moderado	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou mancha branca ativa
	C	Uma ou mais cavidades em situação de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou mancha branca ativa
Risco Alto	D	Ausência de lesão de cárie e/ou dente restaurado, mas com presença de placa, sem gengivite e/ou mancha branca ativa
	E	Uma ou mais cavidades em situação de cárie
	F	Presença de dor ou abscesso

QUADRO 1

Classificação de risco de cárie segundo a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

A ficha A do SIAB é uma ficha preenchida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que identificam e acompanham os indivíduos da comunidade, sendo que cada família tem um número de identificação e nestas fichas há a descrição de cada indivíduo pertencente àquela família.

Nesta ficha há informações sobre as condições socioeconômicas da família, como número de cômodos na residência, se há saneamento básico, recolhimento do lixo, tipo de casa, número de cômodos, quantas pessoas residem, além do grau de escolaridade do chefe da família. A visita domiciliar realizada pelos profissionais, a partir de prioridade pré-definida, contribui para uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais. A definição do território de adstrição das unidades básicas permite que as equipes se organizem para realização da atenção domiciliar dentro das necessidades da comunidade⁷.

As famílias são divididas de acordo com risco familiar segundo critérios de Coelho e et al., 2004¹⁰. A escala de Coelho e et al., 2004¹⁰ é composta por escores (números), classificados por alguns itens presentes na família, como a presença de acamados, deficiência física, desemprego e analfabetismo, sendo estes somados e, através desta soma, a família é então classificada em alto, médio ou baixo risco.

Assim, os itens apresentados na ficha A do SIAB que estavam de acordo com os critérios de Coelho e et al., 2004¹⁰ foram somados para cada família, dividindo-se, então, as mesmas de acordo com o risco familiar.

Para tanto, os dados foram digitados em planilha do Excel e foram verificadas as frequências e possíveis erros de digitação, sendo os dados analisados em forma descritiva.

Dados Ficha A	Escore
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição (grave)	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Menores de 6 meses	1
Maior de 70 anos	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes <i>Mellitus</i>	1
Relação morador/cômodo	
Maior que 1	3
Igual a 1	2
Menor que 1	1

QUADRO 2

Dados da ficha A do SIAB e classificação de risco familiar por escore

A partir da pontuação, as famílias são classificadas em R1 (baixo risco) escores entre 5 e 6, R2 (moderado risco) escores entre 7 e 8 e R3 (alto risco) escores maiores que 9, sendo o R1 risco menor e R3 risco máximo. No presente estudo, famílias em que o escore apresentou-se menor que 5 foram consideradas R1 (baixo risco).

Desta forma, os dados foram divididos em Risco Individual para saúde bucal, sendo estes Baixo (A), Moderado (B e C) e Alto (D, E e F), presentes no levantamento epidemiológico e os mesmos foram associados com o Risco Familiar, (R1, R2 e R3), de acordo com a classificação da família, seguindo critérios de Coelho e et al., 2004¹⁰ a fim de verificar se a condição familiar (discutida como determinante de saúde) estaria relacionada à condição de risco em saúde bucal.

RESULTADOS

Foi realizado um levantamento epidemiológico em seis escolas sendo: 123 crianças na Unidade Boa Esperança II; 268 crianças na Unidade IAA; 188 crianças na Unidade Jardim Oriente; 164 crianças na Unidade Jardim Vitória; 284 crianças na Unidade Mario Dedini II; e 144 crianças na Unidade Melita São José. Dentre elas, foram analisadas 171 fichas das crianças que tinham suas famílias cadastradas nas respectivas Unidades de Saúde da Família, sendo estas: 18 fichas referente à Unidade Boa Esperança II, 56 fichas da Unidade IAA, 39 fichas da Unidade Jardim Oriente, 35 fichas referente à Unidade Jardim Vitória, 11 fichas relacionadas à Unidade Mario Dedini II e 12 fichas a Unidade Melita São José.

Risco Individual de Cárie				
Risco Familiar	Baixo	Moderado	Alto	Total
Baixo	42 (24,561%)	15 (8,771%)	89 (52,046%)	146 (85,380%)
Moderado	6 (3,508%)	1 (0,584%)	12 (7,017%)	19 (11,111%)
Alto	1 (0,584%)		5 (2,923%)	6 (3,508%)
Total	49	16	106	171

TABELA 1

Número e percentual de indivíduos analisados segundo risco individual de cárie e familiar da doença em Piracicaba, 2010

Das crianças entrevistadas, 106 (62%) pertenciam ao alto risco à cárie, porém apenas 5 (2,9%) delas encontravam-se com alto risco familiar. Entretanto, observa-se que o Risco Individual Alto apresenta também o Risco Familiar Alto em maior número,

ou seja, de 6 estudantes que pertenciam à família considerada de Alto Risco, 5 deles apresentavam Risco Individual para cárie dental considerado Alto.

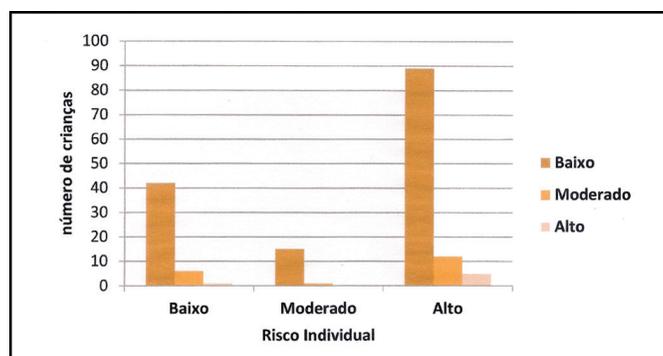


FIGURA 1

Número de indivíduos analisados segundo risco individual de cárie (baixo, moderado e alto risco) e familiar (baixo, moderado e alto risco) da doença em Piracicaba, 2010

DISCUSSÃO

Em Piracicaba, foi inserido o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), elaborado em 2005, a partir de uma integração entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), tendo como perspectiva desencadear processos de mudança na formação do profissional em saúde, tendo como diretrizes firmar a formação do profissional generalista no âmbito da atenção básica, a articulação entre os órgãos formadores e a rede local de serviços e o controle social do projeto através do conselho municipal de saúde¹¹. Sendo os objetivos do programa reorientar a formação para oferecer à sociedade profissionais habilitados, e estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, torna-se importante incorporar a abordagem do processo saúde-doença e da promoção de saúde e ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde¹¹, compreendendo-se os instrumentos de diagnóstico e avaliação utilizados nestas instâncias.

A Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP Unicamp está inserida neste programa, visto que a mesma oferece aos seus alunos a oportunidade destes realizarem estágios extramuros em USF. Entre as atividades dos alunos estão o levantamento epidemiológico, verificação do funcionamento da Unidade, como o acompanhamento das equipes da Saúde da Família, preenchimento de fichas, entre elas a do SIAB, além do método como são organizados os atendimentos à população.

Assim, ao se organizar o atendimento da saúde nas USF, devido à alta demanda, priorizam-se atendimentos obser-

vando-se os critérios de risco familiar, seguindo critérios da escala de Coelho¹⁰, estes denotados na ficha A do SIAB. Dessa forma, dão-se prioridades ao atendimento àqueles cujas necessidades são urgentes, utilizando-se na prática o princípio da equidade.

Para o atendimento odontológico há também um critério estabelecido em relação ao risco individual de cárie para que o atendimento também seja priorizado por necessidade. Este critério é o da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo⁹. O mérito do presente estudo foi avaliar, em conjunto, estas 2 ferramentas e verificar possíveis relações entre a saúde bucal e saúde geral no contexto em que as crianças vivem.

Em todos os estágios de Risco de Cárie Individual, o Risco Familiar baixo (R1) esteve presente em maior número. Entretanto, o Risco Familiar Alto esteve presente em maior número apenas quando se associou ao Risco de Cárie Individual Alto, ou seja, uma criança que está inserida em uma família com risco familiar alto possui maiores necessidades odontológicas.

No presente estudo foi verificado que as famílias consideradas como Risco Alto familiar (R3) 83,3% apresentavam Risco de Cárie Individual Alto, ou seja, eram crianças que precisariam ter prioridade no atendimento odontológico, devido ao contexto de alto risco ao qual esta criança estava exposta.

Afinal, uma criança que possui Alto Risco de Cárie Individual, porém está inserida em uma família que possui Baixo Risco Familiar (R1), tem maiores chances de reverter a doença, pois está amparada de melhores cuidados e porque entende-se que a família tenha condições de dar um suporte mais adequado, diferente do que acontece com uma família cujo risco é Alto.

Alguns estudos, como o de Peres et al., 2003¹² e Alcântara et al., 2011¹³, associam fatores como baixa escolaridade da mãe e renda familiar ao risco à cárie dental. Já outros, como o de Mello et al., 2011¹⁴, conceituam que quanto maior o número de moradores no domicílio, falta de abastecimento de água, tempo de moradia, escolaridade do cuidador, uso de pré-escola pública, procura por serviço de saúde bucal e padrão de consumo de açúcar como fatores associados à cárie dental. Há ainda outro estudo que associa, além do nível socioeconômico, o acesso aos serviços e a auto percepção com experiência de cárie¹⁵.

Entretanto, são estudos em que as variáveis foram comparadas separadamente, diferentemente do que acontece com a escala de Coelho em que as variáveis são agrupadas e obtém-se o risco familiar ao qual a criança está inserida.

Desta forma, uma maneira para otimizar os recursos públicos seria de grande interesse que estas ferramentas de avaliação pudessem ser usadas em conjunto, de forma a priorizar os atendimentos à população e dar realmente prioridade aos que são considerados de alto risco em ambas as escalas, pois a cárie, assim como outras doenças, são multifatoriais e ocorrem dentro de contextos que apresentam determinantes sociais diversificados.

CONCLUSÃO

No presente estudo houve relação entre o risco familiar e individual da doença cárie, indicando ser uma possibilidade de uso prático para priorizar atendimento odontológico em saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(1): 35-41.
- Sanchez EF, Drumond MM, Vilaca EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(2):523-531
- Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 319-21.
- WHO (World Health Organization). Equity, social determinants and public health programs, 2010. Edited by Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup.
- WHO (World Health Organization). The World Oral Health report 2010. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>
- Melo MMDC, Frazão P, Jamelli S. Saúde bucal e as doenças crônicas não transmissíveis: Determinantes e fatores de risco que exigem ação articulada no contexto de construção do sistema de vigilância à saúde. In: Eduardo Freese. (Org.). *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco, 2006: 231-266.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção básica – Saúde bucal* n 17, 2006.
- Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; (22)4:279-85.
- Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo: disponível em URL: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.maio.07/iels97/E_RS-159_230507.pdf
- Coelho FLG, Savassi LCM Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2004; 1(2): 19-26.
- Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em URL: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848.
- Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham AP, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, Maas AMN, Romano AR, Victora CG. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol* 2003; 6(4): 293-306.
- Alcântara TL, Batista MJ, Gibilini C, Ferreira NP, Sousa MLR. Fatores associados à saúde bucal de pré-escolares inseridos em programa educativo preventivo no município de Piracicaba/SP. *RPG Rev Pós Grad* 2011; 18(2): 102-7.
- Melo MMDC, Souza WV, Lima MLC, Braga C. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(3): 471-485.
- Cypriano S, Hugo FN, Sciamarelli MC, Tôres LHN, Sousa MLR, Wada RS. Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência

Nova escova Sanifill Ortodôntica Dupla Ação.

**Eficaz contra a placa,
suave com as gengivas.**



Condutor de fio dental
Facilita a utilização do fio dental de modo correto para a manutenção da saúde bucal.

**NOVA**

Dupla ação
Cerdas macias para as gengivas nas laterais e médias para os braquetes no centro.



Cerdas em V
Facilitam a higienização dos dentes e braquetes.



Cabo emborrachado
Mais firmeza e segurança na escovação.



Desenvolvidos especialmente para usuários de aparelhos ortodônticos fixos.

www.sanifill.com.br

Sanifill Sorriso para todas as gerações.