

Saúde bucal no contexto do programa de assistência odontológica de uma unidade básica de saúde do município de Araraquara, SP

*Camila PINELLI^a, Silvio Rocha Corrêa da SILVA^a,
Leonora de Castro Monteiro LOFFREDO^a*

*^aDepartamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, UNESP,
14801-903 Araraquara - SP, Brasil*

Pinelli C, Silva SRC, Loffredo LCM. Oral health inside the context of a Basic Health Unit programme of dental care in the city of Araraquara, SP. Rev Odontol UNESP. 2007; 36(1):85-90.

Resumo: Este estudo objetivou descrever as condições de saúde bucal de usuários do programa de assistência odontológica de uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Araraquara - SP. Os dados foram coletados em um período de 2 meses, em função da livre demanda pelo atendimento, com levantamento das condições de saúde bucal dos usuários do serviço. Foram examinados 44 adultos de 18 a 47 anos. Utilizou-se a ficha para levantamentos epidemiológicos proposta pela Organização Mundial da Saúde. A ficha foi pré-codificada e analisada por meio do Software Epi-Info versão 6.04. Os resultados mostraram que 47,6% dos examinados possuíam alguma alteração intrabucal em mucosa e 45,5% apresentavam alguma disfunção na articulação temporomandibular. A prevalência de sextantes com sangramento à sondagem foi alta em todas as faixas etárias, com a pior condição periodontal sendo estabelecida dos 38 aos 47 anos, quando 24,1% dos sextantes apresentavam bolsa. O valor do CPOD variou de moderado a alto, nas diferentes faixas etárias investigadas (CPOD = 9,6 dos 18 aos 27 anos, CPOD = 16,6 dos 28 aos 37 anos e CPOD = 19,0 dos 38 aos 47 anos), sendo também alta a perda dentária (19,8% dos 18 aos 27 anos, 27,7% dos 28 aos 37 anos e 51,6% dos 38 aos 47 anos). Grande necessidade protética foi observada principalmente para o arco inferior, com 54,6% dos examinados necessitando de alguma prótese. A alta prevalência de doenças bucais indica a necessidade de estratégias de tratamento e de promoção de saúde, visando a melhoria dos padrões epidemiológicos.

Palavras-chave: *Epidemiologia; saúde bucal; saúde pública.*

Abstract: The aim of this study was to describe oral health conditions of users inside the program of dental care assistance of a Basic Health Unit in the city of Araraquara, SP. Data were collected in a period of two months, in which oral health conditions of the users of the service were recorded according to the ordinary demand for treatment. A total of 44 patients aged 18-47 years were examined. The oral health assessment form proposed by the World Health Organization was used. The form was pre-coded and analyzed by means of Epi-Info Software version 6.04. The results showed that 47.6% of the examined patients had some intraoral alteration in the mucosal tissue, and 45.5% showed some temporomandibular joint dysfunction. High prevalence of bleeding was observed for all the age groups. The worst periodontal condition was verified in patients aged 38-47, who showed 24.1% of the sextants with periodontal pockets. The DMFT value ranged from moderate to high in the different age groups investigated (DMFT = 9.6 in the 18-27 age group, DMFT = 16.6 in the 28-37 age group and DMFT = 19.0 in the 38-47 age group), and so was dental loss (19.8% in the 18-27 age group, 27.7% in the 28-37 age group and 51.6% in the 38-47 age group). High prosthetic need was observed specially for the lower jaw, as 54.6% needed some prosthesis. The prevalence of oral diseases was high and indicates the need of strategies of treatment and oral health promotion with the aim of improving epidemiological patterns.

Keywords: *Epidemiology; oral health; public health.*

Introdução

As doenças bucais, como cárie dentária, doença periodontal, perda dentária e lesões de mucosa e de orofaringe, são problemas de saúde pública de grande relevância no mundo todo¹, podendo exercer um efeito deletério sobre a condição geral de saúde, com impacto na vida diária das pessoas e na qualidade de vida².

Em países em desenvolvimento, os serviços de saúde bucal geralmente são oferecidos em centros regionais de áreas urbanas¹, onde o grau de resolução das ações curativas é limitado e as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, muitas vezes, não recebem o enfoque merecido^{1,3}.

Soma-se ao fato a prática odontológica ter sido tradicionalmente fundamentada em um modelo de organização que concentra a oferta dos serviços junto aos grupos de alta e média renda, capaz de beneficiar apenas os setores economicamente favorecidos da população⁴.

Considerando que a desigualdade social faz com que haja descompasso entre as pessoas no que diz respeito ao acesso a bens essenciais e aos serviços de saúde⁵, o Ministério da Saúde, por meio dos princípios e das diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Lei Orgânica de Saúde⁶, criou uma forma de garantir a igualdade de assistência, sem discriminação, nem privilégios para os atendimentos médicos e odontológicos a serem realizados em todo o sistema público. Assim, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem-se a “porta de entrada” de pacientes para o SUS e sua importância está relacionada com a absorção de um contingente populacional que apresenta pouco ou nenhum acesso aos serviços odontológicos privados dada a situação econômica desfavorável⁷.

Como o conhecimento da epidemiologia das doenças bucais favorece o desenvolvimento de estratégias de planejamento e execução das ações em saúde bucal⁸ e auxilia no estudo do impacto dessas doenças sobre a qualidade de vida das pessoas², o presente estudo teve o objetivo de descrever as condições de saúde bucal de usuários de um programa de assistência de uma UBS em Araraquara-SP.

Metodologia

Tratou-se de um estudo piloto, descritivo, do tipo transversal, e o tipo de amostragem adotado foi não-probabilístico, com a seleção de voluntários segundo a livre demanda por atendimento, num período de 2 meses, no ano de 2002. Participaram do estudo 44 voluntários, representando 18% da demanda anual de utilização do serviço nessa unidade. O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP.

A unidade de atendimento escolhida foi a UBS “Rafael Sorbo”, por ser unidade de referência da rede municipal de Araraquara-SP para tratamento odontológico de adultos

(>18 anos). O acesso ao tratamento odontológico ocorre por meio de um primeiro atendimento, quando são tratadas as situações emergenciais, como alívio da dor, curativo intrapulpal, restaurações provisórias, e, posteriormente, as consultas são agendadas.

Previamente ao estudo, realizou-se a calibração do examinador quanto aos critérios da OMS⁹, bem como a familiarização com a ficha de avaliação em saúde bucal para levantamentos básicos⁹, preenchida pelo atendente de consultório odontológico da UBS.

Os exames foram realizados por um cirurgião-dentista, com sonda periodontal CPI⁹ e espelho bucal. Entre os itens considerados, foram incluídas a condição da articulação temporomandibular (ATM), a condição extrabucal e a intrabucal, a condição periodontal (índice periodontal comunitário – IPC e perda de inserção periodontal - PIP), a condição dentária (índice de dentes cariados, perdidos e obturados – CPOD), a condição e a necessidade protética e a necessidade de tratamento imediato/ encaminhamento para outro centro de referência por condição potencialmente fatal, dor, infecção ou outra condição. Além disso, dados como gênero, cor (branca, preta, parda, amarela e indígena) e idade foram registrados.

No cálculo da condição dentária, optou-se pela exclusão dos terceiros molares em função da dificuldade de se obter informação precisa sobre o motivo da ausência desses elementos dentários (por doença cárie, por outro motivo, ou pela ausência de erupção).

Para o cálculo dos índices IPC e PIP, foram calculadas as médias de sextantes excluídos, hígidos, com sangramento, com cálculo, com bolsa rasa (4-5 mm) e com bolsa profunda (≥ 6 mm) segundo a faixa etária.

A ficha de avaliação em saúde bucal foi pré-codificada para inserção no Software Epi-Info 6.04 e criou-se o banco de dados para posterior análise dos resultados, em tabelas. De modo a verificar a confiabilidade dos resultados, realizou-se o reexame de 10% do total da amostra, aplicando-se a estatística kappa (κ), segundo Light¹⁰, para a análise de dados qualitativos, e o coeficiente de correlação intra-classe (CIC), segundo Fermanian¹¹, para a análise de dados quantitativos. Os valores de reprodutibilidade obtidos mostraram concordância boa e ótima para as condições bucais avaliadas ($\kappa = 0,60$ para a condição da ATM e a condição periodontal e $\kappa = 0,81$ para a condição intrabucal; CIC = 0,98 para a condição dentária), comprovando a confiabilidade da avaliação clínica.

Resultado

Considerando a análise descritiva da amostra, houve predomínio do gênero feminino (68,2%); 45,4% eram de cor branca, seguida da preta (27,3%) e da parda (27,3%). Em função da livre demanda, a idade variou de 18 a 47 anos

e foi estratificada segundo a faixa etária de 18 a 27 anos, 28 a 37 anos e 38 a 47 anos.

Para a condição extrabucal, 95,4% dos examinados apresentaram ausência de alterações que quando presentes, eram linfonodos enfiados em cabeça-pescoço (2,3%) e inchaço na face (2,3%) devido à infecção dentária.

Em relação ao exame intrabucal, segundo condição e localização das lesões, 47,6% da amostra apresentaram alguma alteração, sendo um (2,3%) portador na faixa etária de 38 a 47 anos, de leucoplasia em rebordo alveolar; dez pacientes (22,7%) com ulceração aftosa/herpética/traumática em vermelhão dos lábios, três (6,8%) com ulceração em mucosa vestibular e outros dois (4,5%) com ulceração em palato duro. Diagnosticou-se um paciente com candidose e outro com abscesso intrabucal associado ao inchaço da face. Outras condições observadas em cinco pacientes (11,3%) distintamente foram: nódulo em palato duro, sialólito em ducto de glândula parótida, tórus mandibular e tatuagem por amálgama em rebordo gengival inferior.

Para a condição da ATM, 27,3% dos pacientes relataram alguma queixa, enquanto o cirurgião-dentista detectou, em

45,5% da amostra, alterações como estalido ao abrir e fechar a boca, sensibilidade à palpação de músculos masseter e/ou temporal e limitação na abertura da boca.

Para a condição periodontal segundo o IPC (Tabela 1), a maior prevalência foi de sextantes com sangramento à sondagem, em todas as faixas etárias. As piores condições foram observadas na faixa etária de 38 a 47 anos, com 24,1% de sextantes com bolsa periodontal (14,8% bolsa de 4-5 mm e 9,3% bolsa ≥ 6 mm) e 29,7% de sextantes excluídos por ausência de dentes-índice para o exame. Nessa faixa etária, apenas 1,8% dos sextantes eram hígidos.

Quanto ao índice PIP (Tabela 2), houve ausência de perda de inserção periodontal (0-3 mm) nas faixas etárias de 18 a 27 anos e de 28 a 37 anos, com porcentagens respectivamente iguais a 88% e 74,3%. Na faixa etária de 38 a 47 anos, essa porcentagem diminuiu para 46,3%, e foi quando ocorreram as maiores perdas de inserção.

Com relação ao índice CPOD (Tabela 3), obteve-se aos 18 a 27 anos um valor médio de 9,6, que aumentou com a idade, atingindo valor de 19 na faixa de 38 a 47 anos. Vale ressaltar que o componente cariado contribuiu para

Tabela 1. Número (n), média e porcentagem (%) de sextantes, segundo índice periodontal comunitário (IPC) e faixa etária. UBS, Araraquara, 2002

Códigos IPC	Faixa etária								
	18 - 27 anos			28 - 37 anos			38 - 47 anos		
	n	média	%	n	média	%	n	média	%
Hígido	14	0,7	10,6	10	0,8	12,8	1	0,1	1,8
Sangramento à sondagem	95	4,3	72,0	28	2,2	35,9	17	1,9	31,5
Cálculo	7	0,3	5,3	15	1,1	19,2	7	0,8	12,9
Bolsa 4 a 5 mm	7	0,3	5,3	15	1,1	19,2	8	0,9	14,8
Bolsa >6 mm	-	-	-	-	-	-	5	0,6	9,3
Excluído	9	0,4	6,8	10	0,8	12,9	16	1,7	29,7
Total	132	6,0	100,0	78	6,0	100,0	54	6,0	100,0

Tabela 2. Número (n), média e porcentagem (%) de sextantes, segundo índice perda de inserção periodontal (PIP) e faixa etária. UBS, Araraquara, 2002

Código PIP	Faixa etária								
	18 - 27 anos			28 - 37 anos			38 - 47 anos		
	n	média	%	n	média	%	n	média	%
0 mm-3 mm	116	5,3	87,9	58	4,4	74,3	25	2,8	46,3
4 mm-5 mm	7	0,3	5,3	9	0,7	11,6	7	0,8	13,0
6 mm-8 mm	-	-	-	1	0,1	1,3	2	0,2	3,7
9 mm-11 mm	-	-	-	-	-	-	4	0,5	7,4
12 mm	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Excluído	9	0,4	6,8	10	0,8	12,8	16	1,7	29,6
Total	132	6,0	100,0	78	6,0	100,0	45	6,0	100,0

Tabela 5. Distribuição do número (n) e da porcentagem (%) das necessidades protéticas para o arco superior (S) e o inferior (I), segundo faixa etária. UBS, Araraquara, 2002

Faixa etária		Necessidades protéticas									
		Nenhuma		Prótese unitária		Prótese de múltiplos elementos		Associação entre unitárias e múltiplos elementos		Prótese total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18 - 27	S	19	43,2	-	-	3	6,8	-	-	-	-
	I	16	36,3	1	2,3	5	11,3	-	-	-	-
28 - 37	S	5	11,3	1	2,3	4	9,0	2	4,5	1	2,3
	I	1	2,27	1	2,3	8	18,1	3	6,8	-	-
38 - 47	S	3	6,8	-	-	3	6,8	1	2,3	2	4,5
	I	3	6,8	-	-	6	13,6	-	-	-	-
Total	S	27	61,3	1	2,3	10	22,7	3	6,8	3	6,8
	I	20	45,4	2	4,5	19	43,2	3	6,8	-	-

Discussão

Os resultados do presente estudo limitam-se às informações advindas da UBS analisada no município de Araraquara – SP. Entretanto, há de se valorizar que são dados sobre a condição de saúde bucal de adultos, grupo que constitui a maioria da população que demanda por serviço odontológico¹² e influencia de modo decisivo o comportamento de seus dependentes⁷.

A importância de se caracterizar as condições de saúde bucal está relacionada com a avaliação dos serviços¹³, em termos de estratégias para a melhoria da cobertura dos casos, proporcionando adequação do atendimento, em busca de resolução dos agravos e principalmente de ações preventivas para esse grupo de adultos usuários do serviço público.

No Brasil, tradicionalmente, o acesso aos serviços odontológicos - definido como a capacidade de as pessoas obterem os serviços necessários - é limitado e desigual¹⁴ e contribui para o aumento da prevalência das doenças bucais de modo geral.

Além disso, em países em desenvolvimento, problemas de saúde pública relacionados à perda dentária e a danos funcionais têm expectativa de aumento, porque os dentes de pessoas adultas que sofrem por cárie severa são frequentemente deixados sem tratamento, ou são extraídos para aliviar a dor e o desconforto¹. Este fato vai ao encontro dos achados deste estudo, em que o CPOD variou de 9,6 (faixa de 18 a 27 anos) até 19 (faixa de 38 a 47 anos), indicando prevalência de cárie de moderada a alta. Estudo anterior¹² realizado na cidade de Rio Claro (SP) relatou CPOD de 22,86 para a faixa de 35 a 44 anos, com maior porcentagem para o componente restaurado (57%), seguida pela do perdido (40,54%). No estudo atual observou-se um CPOD de 19 na faixa de 38 a 47 anos sendo a maior porcentagem a do componente perdido (51,6%). Em termos de perdas

dentárias, a porcentagem do componente perdido (P) variou de aproximadamente 20% na faixa de 18 a 27, para cerca de 30% dos 28 a 37 anos e chegando a 52% na faixa de 38 a 47 anos, sendo considerada muito freqüente até entre os mais jovens da amostra.

A perda dentária na vida adulta pode também ser atribuída à precária saúde periodontal. A periodontite severa que pode resultar em perda dentária é encontrada em cerca de 5 a 20% da maioria da população adulta no mundo todo¹. No atual estudo, a porcentagem observada de sextantes com bolsa profunda (≥ 6 mm) que pode levar a perdas dentárias, foi de 9,3% na faixa etária de 38 a 47 anos. Quanto ao número médio de sextantes excluídos, foi de 0,40 aos 18 a 27 anos até 1,77 aos 38 a 47 anos. Esses resultados concordam com os de estudo anterior¹⁵, cujos valores mínimo e máximo de sextantes excluídos foram de 0,2 aos 20 a 24 anos e de 1,6 aos 35 a 44 anos, ainda que tenha havido limitação na comparação por diferença metodológica nas faixas etárias.

Dor ou infecção foi relatada por 54,5% da amostra que estavam associados à cárie dentária, semelhante aos achados de Matos et al.¹³, o que pode ser indicativo de que a procura pelo serviço de atendimento ocorreu ante o agravo da condição bucal, embora a necessidade de intervenção odontológica já existisse.

A demora na busca pela resolução do agravo, com consequente piora do quadro clínico, tem muitas vezes a causa relacionada ao “medo do dentista”, que exerce influência negativa e interfere na freqüência de visitas ao consultório odontológico, bem como na cooperação com o atendimento¹⁶. Por outro lado, quando a necessidade é sentida, as pessoas tendem a buscar assistência¹⁷, como pôde ser observado.

Outra questão a ser considerada refere-se à dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, cujo sistema de prestação de serviços não atinge a todos os que necessitam¹⁸,

causando agravamento das condições de saúde bucal, gerando necessidades de tratamento mais extensas e também perdas dentárias¹³, acarretando maior fluxo de atendimento em situação de emergência.

A modificação desse quadro epidemiológico na população adulta constitui um desafio constante para gestores de saúde, ao elaborarem os programas municipais de saúde bucal, como uma situação a ser revertida, envolvendo alteração dos padrões de educação em saúde bucal, a par do alto custo do atendimento propriamente dito, pois inclui a instalação de locais de atendimento, com infra-estrutura necessária de recursos humanos e materiais.

Por existir associação entre alto CPOD e alta frequência de necessidades de tratamento curativo, verificados anteriormente¹⁹, e ante os achados do estudo atual, em que se verificou alto valor para o CPOD, presença de dor ou infecção em mais da metade do grupo examinado, com ocorrência de perdas dentárias, reforça-se a relevância dos serviços públicos, capazes de atender a essa questão de saúde. Entretanto, mais importante do que o alívio da dor é a promoção da saúde bucal da comunidade, inclusive dos adultos, com uma proposta efetiva para inserir prevenção e educação para a manutenção da saúde dentro do sistema de atendimento.

A programação e o planejamento de ações devem estar baseados no diagnóstico das condições de saúde e das necessidades de tratamento da população adscrita e na avaliação do modelo de atenção em saúde bucal vigente, permitindo estabelecer prioridades e disponibilizar recursos para modificações positivas nas condições de saúde bucal²⁰.

Estudos voltados para a caracterização das condições de saúde bucal de outras UBS da cidade estão sendo planejados, visando traçar o perfil epidemiológico dos usuários e, posteriormente, inserir propostas de implementação da prevenção primária nessas comunidades.

Referências

- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005;83:661-9.
- Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res.* 1995;74:1408-13.
- Farias MAV, Moura ERF. Saúde bucal no contexto do Programa de Saúde da Família do município de Iracema, no Ceará. *Rev Odontol UNESP.* 2003;32:131-7.
- Pinto VG. Bases para uma saúde bucal de caráter coletivo. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva.* São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 1-8.
- Bellini H, Pinto VG. Delivery of oral health care and implications for future planning in Latin America. In: Pyne CM, editor. *Community oral health.* Oxford: Wright; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios.* Brasília; 1990.
- Pinto VG. Programação em saúde bucal. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva.* São Paulo: Livraria Editora Santos; 2000. p.99-138.
- Oliveira AGRC, Unfer B, Costa ICC, Arcieri RM, Guimarães LOC, Saliba NA. Influência de modificações nos critérios de diagnóstico de cárie nos levantamentos epidemiológicos. *Rev Cons Reg de Odontol Minas Gerais.* 1998;4:54-60.
- Organización Mundial de la Salud. *Encuestas de salud bucodental: métodos básicos.* 4ª ed. Genebra; 1997.
- Light RJ. Measures of response agreement for quantitative data: some generalizations and alternatives. *Psychol Bull.* 1971;76:365-77.
- Fermanian J. Measure de l'accord entre deux juges: cas quantitative. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 1984;32:408-13.
- Silva DD, Sousa M da L, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:626-31.
- Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública.* 2001;17:661-8.
- Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública.* 2005;39:930-6.
- Dini EL, Guimarães LOC. Periodontal conditions and treatment needs (CPITN) in a worker population in Araraquara, SP, Brazil. *Int Dent J.* 1994; 44:309-11.
- Cruz JS, Cota LOM, Paixão HH, Pordeus IA. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1997;4:307-13.
- César CLG, Narvai PC, Gattás VL, Figueiredo GM. "Medo do dentista" e demanda aos serviços odontológicos em municípios da zona oeste da região metropolitana São Paulo. *Odontol Soc.* 1999;1:39-44.
- Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde.* 2003;12:41-51.
- Doughan B, Kassak K, Bourgeois DM. Oral health status and treatment needs of 35-44-year old adults in Lebanon. *Int Dent J.* 2000;50:395-9.
- Mota E, Carvalho DM. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquaryol M.Z., Almeida Filho, N. *Epidemiologia e saúde.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.505-21.