



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Aparecida CHEACHIRE, Leila; CORTELLAZZI, Karine Laura; de Lima VAZQUEZ, Fabiana; PEREIRA, Antonio Carlos; de Castro MENEHIM, Marcelo; MIALHE, Fabio Luiz
Associação entre Risco Social Familiar e Risco à Cárie Dentária e Doença Periodontal em Adultos na Estratégia de Saúde da Família
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 13, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 101-110
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63727892015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Associação entre Risco Social Familiar e Risco à Cárie Dentária e Doença Periodontal em Adultos na Estratégia de Saúde da Família

Association between Family Social Risk and Dental Caries and Periodontal Disease Risk in Adults in the Family Health Strategy

Leila Aparecida CHEACHIRE¹, Karine Laura CORTELLAZZI², Fabiana de Lima VAZQUEZ¹, Antonio Carlos PEREIRA³, Marcelo de Castro MENEZES³, Fabio Luiz MIALHE³

¹Cirurgiã-Dentista. Mestre em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba/SP, Brasil

²Professor Colaborador da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba/SP, Brasil.

³Professor do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba/SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: avaliar a associação entre risco social familiar (RSF), risco individual bucal, risco de cárie e de doença periodontal com variáveis demográficas de adultos de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Santo André, SP. **Método:** a amostra foi constituída por 253 famílias e 324 indivíduos adultos, correspondendo a 16,4% do total de famílias cadastradas na USF Jardim Santo Alberto, Santo André, SP. Os dados das famílias foram coletados por meio da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica e transferidos para o instrumento “Escore de Pontuação de Risco Familiar - Santo André” (EPFSA), classificando-as como de baixo, médio, alto e altíssimo RSF. Mediante esta classificação, todos os membros das famílias foram convocados para a avaliação bucal individual pela equipe de saúde bucal da USF, onde foram classificadas segundo os critérios de classificação de risco para cárie e doença periodontal, elaborados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva, teste de qui-quadrado ou exato de Fisher e regressão logística múltipla. **Resultados:** observou-se que o RSF teve associação somente com microárea, sendo que a maioria dos indivíduos da microárea 1 pertencia às famílias de alto risco social. Não houve associação significativa entre o risco de cárie e o risco individual bucal com variáveis demográficas, e os indivíduos do sexo feminino tiveram 2,290 vezes mais chance de apresentar baixo risco à doença periodontal do que aqueles do sexo masculino.

Conclusão: o instrumento e os critérios de risco utilizados neste programa devem ser re-estruturados e reavaliados em outras populações para que possam contribuir de forma mais efetiva para o planejamento das equipes de saúde bucal no PSF.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between family social risk (FSR), individual oral risk and caries and periodontal disease risk and demographic variables of adults from a Family Health Unit (FHU) in the city of Santo André, SP, Brazil.

Method: The sample consisted of 253 families and 324 adults, which corresponds to 16.4% of the families registered at the Jardim Santo Alberto FHU in Santo André, SP. The data of the families were collected using the Basic Attention Information System's A Form and transferred to the instrument “Family Risk Scoring System – Santo André”, being classified as low, medium, high and extra high FSR. After this classification, all members of the families were asked to attend for an oral examination by the FHU's oral health team, being classified according to the caries and periodontal disease risk criteria established by the São Paulo State Health Secretary. Data were subjected to descriptive analysis, Chi-square or Fisher's exact test, and multiple logistic regressions.

Results: The FSR was only associated with the microarea, and most individuals from the microarea 1 belonged to the high FSR classification. No significant association was found between caries risk and individual oral risk and the demographic variables. Women had 2.290 more chances than men of presenting low risk of periodontal disease.

Conclusion: The instrument and risk criteria used in this program should be restructured and reevaluated in other populations in order to achieve a more effective contribution for planning the work of FHU's oral health teams.

DESCRIPTORES

Saúde da Família, Medição de risco, Cárie dentária, Periodontia.

KEY-WORDS

Family health, Risk Assessment, Dental caries, Periodontics.

INTRODUÇÃO

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma das estratégias para a reorganização da atenção à saúde em nível da atenção primária, centrada em bases e critérios de vigilância à saúde, segundo a lógica da epidemiologia social¹. São atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes do PSF, conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, conhecendo os problemas de saúde e situações de risco mais comuns, identificando as pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade².

Para a consolidação de uma assistência equânime e integral, há necessidade de planejar as ações com prioridade nas famílias que apresentam maior risco e vulnerabilidade social. Para isso, é importante que os profissionais tenham ao seu alcance instrumentos objetivos, fidedignos, válidos e validados para avaliar o risco familiar em saúde, e desta forma planejar as ações e ofertar à população uma assistência equânime e integral.

Em relação à saúde bucal, vários autores têm apontado associação entre saúde bucal e desenvolvimento social, e as variáveis frequentemente utilizadas para medir a condição socioeconômica foram a ocupação, a renda e a escolaridade³⁻⁷. Entretanto, ainda existem poucos instrumentos construídos e validados para guiar o planejamento das ações em saúde e saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família⁸⁻¹⁰.

Desde a implantação do PSF em Santo André, em 1998, o município vinha adotando a estratégia de priorizar as famílias conforme grupos de risco já definidos, como gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, recomendação subjetiva dos agentes comunitários, ou simplesmente pela sequência numérica das famílias cadastradas.

Em 2008, com a implantação de mais seis equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família (ESF), além das duas já existentes, foi estabelecido um grupo técnico da Secretaria de Saúde de Santo André, composto por profissionais das coordenações da saúde da família, saúde bucal, saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde em atuação em unidades de saúde da família, a fim de se determinar uma maneira de classificar as famílias, no intuito de estabelecer prioridades no atendimento e na atenção à população adscrita, e instrumentalizar os profissionais para que estas prioridades não fossem determinadas de forma subjetiva. Depois de vários encontros e discussões, o grupo técnico elaborou o instrumento “Escore de Pontuação de Risco Familiar”, que teve a “Escala de Coelho”⁸ como base estruturante para a elaboração do mesmo. Além dos itens constantes na escala de Coelho, foram acrescentadas outras variáveis extraídas da ficha A do SIAB e dos indicadores do Pacto da Saúde, com a

finalidade de identificar as famílias de maior risco social na população assistida por cada uma das unidades de saúde da família de Santo André, e de priorizá-las para as diversas ações de saúde.

As equipes de saúde bucal nas unidades de saúde da família no município de Santo André vêm utilizando este instrumento para organizar sua demanda, convocando as famílias classificadas com os maiores escores primeiramente e, na sequência, as demais para avaliação do risco individual bucal, pela ficha de triagem, elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenação de Saúde Bucal¹¹.

Apesar de o instrumento ser utilizado para discriminar famílias com risco social, a fim de priorizá-las para as várias ações, inclusive as de saúde bucal, até o momento não foi realizado estudo algum para se verificar os resultados obtidos com este instrumento refletem as reais condições e necessidades de saúde bucal dos usuários assistidos pelas equipes de saúde da família de Santo André. Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre risco social familiar, risco individual bucal, risco de cárie e doença periodontal com variáveis demográficas em adultos da Unidade de Saúde da Família Jardim Santo Alberto, Santo André, SP.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com utilização de dados secundários. Estes foram coletados pela pesquisadora a partir dos prontuários das famílias cadastradas na USF Jardim Santo Alberto, Santo André.

Previamente ao início do estudo, o mesmo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde Municipal de Santo André, SP e foi aprovado sob o Parecer nº 081/2009-CEPSSA.

Local do estudo

O município de Santo André, situado na região do grande ABC, SP, apresentava, no ano de 2009, 18 Unidades de Saúde da Família e 8 equipes de saúde bucal.

Para o presente estudo foi selecionada a Unidade de Saúde da Família Jardim Santo Alberto, composta por duas equipes de saúde da família e uma equipe de saúde bucal. A seleção da mesma deveu-se ao fato de todas as famílias adscritas já estarem cadastradas na USF, conforme critérios de risco social familiar da Secretaria de Saúde de Santo André e por já terem sido convocadas pela equipe de saúde bucal da Unidade, segundo os critérios da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, fato que ainda não havia ocorrido nas outras USF com equipes de saúde bucal, no momento da pesquisa. Outro fator que levou a pesquisadora a selecionar esta unidade foi por considerar que os dados desta unidade eram fidedignos, pois todo o processo de classificação de risco social familiar realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi orientado e acompanhado pelas

equipes de enfermagem e bucal.

População do estudo e amostra

A população inicial do estudo constituiu-se de indivíduos adultos entre 20 e 59 anos cadastrados na USF. Na época da estruturação da USF, em 2008, 1.542 famílias foram cadastradas, totalizando 4.228 indivíduos adultos, sendo 1.959 (46,3%) do sexo masculino e 2.269 (53,7%) do sexo feminino.

Quanto à classificação de risco social, 730 (47,3%) famílias foram classificadas como de baixo risco pelos ACS; 769 (49,9%) como de médio risco e apenas 43 (2,8%) com alto e altíssimo risco.

Como critério de inclusão, selecionaram-se as fichas dos indivíduos adultos que foram classificados segundo o risco social familiar, avaliados pela equipe de saúde bucal para o risco de cárie e doença periodontal, e que apresentavam estes dados preenchidos corretamente nas fichas da USF.

Como nem todos os integrantes das famílias tiveram interesse, ou não puderam comparecer na avaliação bucal, quando da época da triagem, a população do estudo ficou substancialmente reduzida para um total de 253 (16,5%) famílias e 324 (7,8%) indivíduos adultos. Desta forma, a população final do estudo constituiu-se das fichas destes indivíduos.

Critérios e códigos

Quando da implantação da equipe de saúde bucal na USF e do instrumento de avaliação do risco social, os ACS pontuaram as famílias com dados coletados da Ficha A do SIAB, classificando-as de acordo com o risco social familiar em Baixo Risco (soma dos escores = 0 a 1); Médio risco (soma dos escores = 2 a 6); Alto Risco (soma dos escores = 7 a 9); Altíssimo Risco

(soma dos escores ≥ 10).

No Quadro 1 é apresentado o instrumento “Escore de Pontuação de Risco Familiar” desenvolvido pelos profissionais de Santo André, com suas variáveis e escores.

Os critérios de avaliação bucal individual adotado para cárie e doença periodontal foram os elaborados pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo¹¹, conforme apresentado nos Quadros 2 e 3. Tomando por base o índice de Russell modificado, é calculado o critério de risco para doença periodontal.

Para a elaboração do critério “risco individual bucal”, cruzaram-se os critérios de cárie e doença periodontal, conforme a pior condição. Desta forma, classificaram-se os indivíduos como alto risco biológico individual caso apresentassem os critérios D, E ou F para cárie e/ou 2 para doença periodontal; médio risco biológico individual (critérios B ou C para cárie e/ou 1 para doença periodontal); e baixo risco biológico individual (critérios A para cárie e/ou 0 para doença periodontal), conforme apresentado no Quadro 4.

Análise dos dados

Foi realizada análise bivariada pelo teste de qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis dependentes (risco de cárie, risco de doença periodontal e risco individual bucal) com as variáveis independentes (demográficas). Em seguida, as variáveis com valor de $p < 0,20$ foram testadas no modelo de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo final aquelas com nível de significância de 5%. Todos os testes estatísticos foram realizados pelo programa SAS (SAS User's Guide: Statistics, version 9.2).

Quadro 1. Escore de Pontuação de Risco Familiar. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.	
Variável	Escore
Criança menor de 1 ano	1
Criança menor de 1 ano, com baixo peso ao nascer	1
Criança menor de 4 meses, sem aleitamento materno exclusivo	1
Gestante	1
Gestação na adolescência (de 10 a 19 anos)	1
Óbito de mulher de 10 a 49 anos	2
Hipertenso	1
Diabético	1
Tabagismo	1
Etilismo	1
Tuberculose	2
Hanseníase	1
Acamados	3
Deficiência mental	3
Deficiências física e sensorial	3
Psiquiátrico	3
Idoso acima de 60 anos	1
Idoso acima de 60 anos e mora sozinho	3
Casa que não é de alvenaria	1
Número de moradores maior que o número de cômodos	3
Domicílio sem saneamento básico (água, esgoto e lixo)	3
Algum componente da família desempregado	2
Analfabetismo (qualquer idade)	1
Criança até 14 anos, fora da escola	2
Escova de dente comum na casa	1
Criança menor de 2 anos, com vacinação em atraso	2
Criança com menos de 5 anos, internada por IRA e/ou diarreia, no último ano	1
Internação por complicações de diabetes, no último ano	1
Recebe Bolsa-Família	1
TOTAL	48

Quadro 2. Critérios de classificação de risco para cárie dentária. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.		
Classificação	Grupo	Situação Individual
Baixo risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Risco moderado	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha ativa
Alto risco	D	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

Quadro 3. Critérios de classificação de risco para doença periodontal. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.		
Classificação	Códigos	Critérios
Baixo risco	0	Elemento com periodonto sadio
	X	Ausência de elementos no sextante
Risco moderado	1	Elemento com gengivite
	2	Elemento com cálculo supragengival
	B	Sequela de doença periodontal anterior
Alto risco	6	Elemento com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade
	8	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função

Quadro 4. Elaboração do risco individual bucal, a partir dos critérios utilizados para classificar risco de cárie e de doença periodontal. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.

Risco Individual Bucal	Risco de cárie						Risco periodontal		
	Baixo	Médio		Alto			Baixo	Médio	Alto
	A	B	C	D	E	F	0/X	1	2
Alto				x	x	x			x
Médio		x	x					x	
Baixo	x						x		

RESULTADOS

A partir da análise das fichas da amostra selecionada, observou-se que os eventos que mais contribuíram para a classificação de risco social das famílias estudadas foram “algum membro da família desempregado” (32,44%), “hipertenso” (19,15%) e “número de moradores maior que o número de cômodos” (8,24%).

Verificou-se que a idade média da amostra estudada foi de 39 anos, constituída predominantemente por indivíduos do sexo feminino e da microárea 1.

Na Tabela 1 são apresentadas as frequências absolutas e relativas do risco à doença cárie (RDC), periodontal (RDP) e risco individual bucal (RIB) dos indivíduos adultos cadastrados na USF, conforme os critérios da Coordenação de Saúde Bucal.

Em relação ao RDC, a maioria dos usuários (55,2%) foi classificada na categoria E, ou seja, de alto risco à cárie, pois apresentavam uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda no momento do exame. Outros 40,4% foram classificados na categoria B - risco moderado, pois apresentavam história de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.

O risco para doença periodontal, a maior

porcentagem da amostra foi classificada como de baixo risco (periodonto sadio) e moderado risco (gingivite, cálculo supragengival, doença periodontal anterior), sendo o quantitativo de usuários classificados em alto risco para doença periodontal bastante baixa (3,7%).

Em relação ao cálculo do índice “risco individual às doenças bucais” observou-se que a maioria (56,2%) da amostra estudada foi classificada como critério de alto risco e os outros 42,3% como moderado risco bucal.

Tabela 1. Frequências absolutas e relativas da variável risco à doença cárie e doença periodontal e risco individual bucal, conforme os critérios de classificação. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.

Índice	Categoria	n	%
RDC	A (baixo)	9	2,8
	B (moderado)	131	40,4
	C (moderado)	4	1,2
	D (alto)	1	0,3
	E (alto)	179	55,2
	F (alto)	0	0
RDP	0 (baixo)	145	44,8
	1 (moderado)	167	51,5
	2 (alto)	12	3,7
RIB	1 (baixo e moderado)	142	43,8
	2 (alto)	182	56,2

Para avaliar a associação entre os grupos de risco familiar (baixo médio e alto) e características de idade, sexo e da área e microárea, foi utilizado o teste de qui-quadrado, apresentado na Tabela 2. Observou-se que o risco social familiar teve associação somente com microárea, sendo que a maioria dos indivíduos pertencentes à microárea 1 pertencia às famílias de alto risco social.

Observou-se, pelos dados apresentados na Tabela 3, que não houve associação estatisticamente significativa entre os critérios utilizados para classificar os usuários/famílias como risco social e os critérios utilizados para avaliá-los, segundo risco para cárie, doença periodontal e doença bucal.

Nas Tabelas 4 e 5 é mostrada a associação entre o risco de cárie e o risco individual bucal (variáveis dependentes) e as variáveis demográficas. Observou-se que não houve associação significativa com nenhuma das variáveis demográficas ($p>0,05$). Além disso, o ajuste no modelo de regressão múltipla não foi significativo ($p>0,05$).

Para a variável dependente “risco de doença periodontal”, apenas o sexo permaneceu no modelo de regressão ($p<0,05$), ou seja, os indivíduos do sexo feminino tiveram 2,290 vezes mais chance de apresentar baixo risco à doença periodontal do que aqueles do sexo masculino (Tabela 6).

Tabela 2. Frequências absolutas e relativas das variáveis demográficas, segundo o grupo de risco social. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.

Variável	Risco Social							
	Baixo		Médio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	p	
Idade								
20-29	18	17,8	43	21,4	6	27,3	67	0,138
30-39	25	24,8	56	27,8	4	18,2	85	
40-49	41	40,6	57	28,4	10	45,4	108	
≥ 50	17	16,8	45	22,4	2	9,1	64	
Sexo								
F	64	63,4	145	72,1	18	81,8	227	0,134
M	37	36,6	56	27,9	4	18,2	97	
Área								
29	36	35,6	59	29,4	3	13,6	98	0,114
35	65	64,4	142	70,6	19	86,4	226	
Microárea								
1	22	21,8	79	39,3	16	72,7	117	< 0,001
2	17	16,8	55	27,4	2	9,1	74	
3	39	38,6	34	16,9	0	0,0	73	
4	23	22,8	33	16,4	4	18,2	60	

Tabela 3. Frequências absolutas e relativas dos riscos de cárie, doença periodontal e risco individual bucal, segundo o grupo de risco social. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.

Grupo de risco social: Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.							
Variável	Risco Social						p
	Baixo		Médio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
RDC							
Baixo	2	2,0	6	3,0	1	4,6	0,833
Moderado	40	39,6	86	42,8	9	40,9	
Alto	59	58,4	109	54,2	12	54,5	
RDP							
Baixo	40	39,6	95	47,2	10	45,5	0,375
Moderado	57	56,4	100	49,8	10	45,5	
Alto	4	4,0	6	3,0	2	9,0	
RIB							
Baixo	1	1,0	3	1,5	1	4,6	0,685
Moderado	41	40,6	87	43,3	9	40,9	
Alto	59	58,4	111	55,2	12	54,5	

Tabela 4. Análise bivariada pelo teste de qui-quadrado para associação entre risco individual bucal e variáveis demográficas. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.

Variável	Risco individual bucal				OR bruto	IC 95%	p
	Baixo*		Alto				
	n	%	n	%			
Área							
29	42	42,86	56	57,14	0,9450	0,5856-1,5249	0,8168
35	100	44,25	126	55,75	referência		
Microárea							
1	56	47,86	61	52,14	referência		0,6348
2	32	43,24	42	56,76	0,8299	0,4620-1,4908	
3	24	32,88	49	67,12	0,5335	0,2904-0,9803	
4	30	50,0	30	50,0	1,0893	0,5844-2,0303	
Idade							
≤40 anos	82	48,52	87	51,48	1,4923	0,9591-2,3221	0,0754
>40 anos	60	38,71	95	61,29	referência		
Sexo							
Feminino	104	45,81	123	54,19	1,3128	0,8090-2,1303	0,2700
Masculino	38	39,18	59	60,82	referência		
Risco social familiar							
Baixo	43	42,16	59	57,84	referência		0,7209
Moderado	87	45,08	106	54,92	1,1262	0,6936-1,8284	
Alto	12	41,38	17	58,62	0,9685	0,4194-2,2368	

*Nível de referência da variável dependente

Tabela 5. Análise bivariada pelo teste de qui-quadrado para associação entre risco de cárie e variáveis demográficas. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.

Variável	Risco de cárie				OR bruto	IC 95%	p
	Baixo*		Alto				
	n	%	n	%			
Área							
29	43	43,88	55	56,12	0,9676	0,6003-1,5597	0,8924
35	101	44,69	125	55,31	referência		
Microárea							
1	56	47,86	61	52,14	referência		0,6348
2	32	43,24	42	56,76	0,8299	0,4620-1,4908	
3	26	35,62	47	64,38	0,6026	0,3304-1,0990	
4	30	50,0	30	50,0	1,0893	0,5844-2,0303	
Idade							
≤40 anos	83	49,11	86	50,89	1,4872	0,9565-2,3124	0,0775
>40 anos	61	39,35	94	60,65	referência		
Sexo							
Feminino	105	46,26	122	53,74	1,2799	0,7900-2,0737	0,3156
Masculino	39	40,21	58	59,79	referência		
Risco social familiar							
Baixo	43	42,16	59	57,84	referência		0,5982
Moderado	89	46,11	104	53,89	1,1742	0,7234-1,9058	
Alto	12	41,38	17	58,64	0,9685	0,4194-2,2368	

*Nível de referência da variável dependente

Tabela 6. Análise bivariada seguida de regressão logística múltipla para associação entre risco de doença periodontal e variáveis demográficas. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.

Variável	Risco de doença periodontal				Análise bivariada			Regressão logística múltipla		
	Baixo*		Alto		OR bruto	IC 95%	p	OR ajustado	IC 95%	p
	n	%	n	%						
Área										
29	43	43,88	55	56,12	0,9504	0,5897-1,5319	0,8347			
35	102	45,13	124	54,87	referência					
Microárea										
1	54	46,15	63	53,85	referência					
2	36	48,65	38	51,35	1,1053	0,6170-1,9800	0,8511			
3	26	35,62	47	64,38	0,6454	0,3537-1,1776	0,2006			
4	29	48,33	31	51,67	1,0914	0,5852-2,0355	0,9077			
Idade										
≤40 anos	84	49,70	85	50,30	1,5229	0,9795-2,3677	0,0613			
>40 anos	61	39,35	94	60,65	referência					
Sexo										
Feminino	115	50,66	112	49,34	2,2932	1,3866-3,7924	0,0011	2,290	1,381-3,797	0,0011
Masculino	30	30,93	67	69,07	referência			referência		
Risco social familiar										
Baixo	40	39,22	62	60,78	referência					
Moderado	91	47,15	102	52,85	1,3828	0,8491-2,2521	0,2375			
Alto	14	48,28	15	51,72	1,4467	0,6310-3,3169	0,5087			

*Nível de referência da variável dependente

DISCUSSÃO

O enfoque da territorialização na Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo determinar as necessidades sociais e epidemiológicas da população adscrita, visando diminuir as iniquidades sociais em saúde. Para tanto, há necessidade de identificar o perfil da população assistida, por meio importantes marcadores de desigualdades entre as microáreas, tais como renda familiar, número de habitantes no domicílio, condição socioeconômica da família, entre outros, a fim de subsidiar a organização da assistência individual e coletiva, priorizando os indivíduos e grupos de alto risco^{12,13}.

Vários estudos apontam o impacto das condições socioeconômicas na saúde bucal¹⁴⁻¹⁹, corroborando a importância de se utilizar ferramentas para a triagem de risco social e bucal como forma de se organizar a oferta de serviços odontológicos no PSF^{9,12,13}. Entretanto, parece que ainda muitas equipes de saúde bucal apresentam dificuldades em identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde, prestando atendimentos baseados na livre demanda ou distribuição de fichas^{7,20-22}.

Dentre os eventos observados no instrumento “Escore de Pontuação de Risco Familiar” (Quadro 1), a variável de risco familiar mais frequente para a população estudada foi a “ocupação”. No caso das famílias em que essa variável teve maior peso na pontuação, observou-se que algum componente da família estava desempregado.

A renda é considerada um importante marcador

social, pois influencia o padrão alimentar, a vestimenta, a moradia, o acesso a conhecimento e a serviços, influenciando o grau de exposição a fatores de riscos e de proteção para várias doenças³. Assim, o desemprego, a precarização das relações de trabalho e a deterioração da renda familiar a expõe a eventos crônicos estressantes que podem interferir na qualidade da saúde bucal dos seus membros^{23,24}.

Verificou-se demanda majoritária de indivíduos do sexo feminino (70,1%) pelos serviços odontológicos. Este achado está em consonância com os de outros estudos, revelando que o sexo feminino tem predileção para o acesso aos serviços em saúde e saúde bucal²⁵⁻²⁸.

Uma baixa porcentagem da população estudada foi classificada como de baixo risco familiar (6,8%). Entretanto, em relação ao risco de cárie, 55,6% dos indivíduos foram classificados em alto risco (critérios D/E- presença de placa, gengivite e/ou de mancha branca ativa/ uma ou mais lesões de cárie aguda) e 41,6% em risco moderado e apenas 2,8% estavam livres de lesões cariosas. Várias hipóteses podem ser levantadas para explicar este fato, aparentemente contraditório. Em primeiro lugar, sabe-se que atualmente a cárie é considerada uma doença crônica e, portanto, de lenta progressão na maioria dos indivíduos, principalmente pela maior exposição das populações aos compostos fluoretados²⁹. Os dados do levantamento epidemiológico de 2010 - SB Brasil 2010³⁰ mostraram que as condições de saúde bucal da população adulta brasileira estão melhorando, com a redução de 19% no índice CPOD, passando de 20,1 em 2003 para 16,3 em 2010. Houve diminuição considerável do componente perdido, de 13,2 em 2003 para 7,3 em 2010. O levantamento

também mostrou que em 2003, 11,2 de todos os tratamentos eram extrações dentárias e, em 2010, houve redução para 5,2%.

A cárie é uma doença de etiologia multifatorial e é determinada por fatores comportamentais tais como a higiene bucal insatisfatória, alta frequência de consumo de produtos contendo sacarose, e também por alterações bucais e/ou sistêmicas que facilitam a estagnação e o desenvolvimento do biofilme cariogênico²⁹. Sobre o consumo de produtos que contêm açúcar, pesquisas têm indicado mudança no perfil nutricional do brasileiro, e dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 revelaram que o consumo de refrigerantes aumentou em até 400% na população, no período entre 1974 e 2003, e que sua participação na dieta foi cinco vezes maior na classe de maiores rendimentos do que na classe de menores rendimentos³¹. Em direção oposta, estudos verificaram que adultos permaneceram livres de cárie mesmo apresentando hábitos preventivos inadequados, corroborando a teoria multifatorial da doença^{29,32}.

O risco à cárie encontrado neste estudo demonstra que a população apresentava necessidades bucais acumuladas e sem tratamento. No Brasil, a cárie e a doença periodontal constituem os principais motivos de perda dentária em adultos e este fato ocorre pelo tratamento dessas doenças ser realizado tardiamente, em estágios avançados. A dor de origem dental tem sido o principal motivo da consulta entre adultos e idosos, mostrando uma tendência dos adultos procurem os serviços odontológicos majoritariamente por necessidades de urgência³³. Entretanto, segundo os dados do último levantamento epidemiológico nacional³⁰, houve uma melhora considerável no índice CPOD dos adultos brasileiros, principalmente a redução dos componentes perdidos e cariados, comparados com os dados de 2003, mostrando que o acesso e qualidade do tratamento vêm melhorando, não se concentrando apenas nos serviços de urgência.

O aumento do acesso da população adulta ao tratamento odontológico se deve também à crescente implantação de equipes de saúde bucal. Entre 2003 e 2010 houve aumento de quase cinco vezes no número de equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, passando de 4.261 para 20.300 equipes³⁰.

Já para a doença periodontal, 51,5% da população estudada apresentaram risco moderado, somando-se aos dados da população brasileira em geral, segundo dados do SB Brasil 2003³⁴, que apontou melhora no quadro das periodontais nos brasileiros.

Entretanto, quando se somou o risco periodontal e o risco de cárie, configurando o critério de classificação “risco às doenças bucais”, verificou-se que 55,6% da população estudada foram classificadas como de alto risco, pois a classificação se dava pela pior condição e a cárie foi a pior condição, enquanto que o risco à doença periodontal foi moderado.

De modo geral, a condição de saúde bucal com relação às doenças cárie e periodontal da população estudada, ou seja, adultos de 20 a 59 anos cadastrados

na Unidade de Saúde Jardim Santo Alberto, Santo André, seguiu a mesma tendência da população brasileira, com o risco à cárie alto e à doença periodontal moderado^{30,34}. Interessante notar que no modelo de regressão (Tabela 6), as mulheres tiveram 2,3 vezes mais chance de apresentar baixo risco à doença periodontal do que os homens, fato este corroborado por estudos na literatura, indicando a necessidade de maior atenção programática a este grupo^{35,36}.

Na literatura nacional, ainda são poucos os estudos que avaliam instrumentos para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na ESF.

O Indicador Comunitário em Saúde Bucal (ICSB) foi criado para permitir a obtenção de dados de saúde bucal da população pelos ACS, de maneira fácil e simples, de forma a dar agilidade à organização de um planejamento com vistas à equidade de melhorar a condição de saúde³⁷.

Outro índice criado, visando proporcionar maior equidade nas ações em saúde bucal, é o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB) que classifica as famílias das áreas adscritas ao Programa de Saúde da Família baseado nas informações da ficha A do SIAB, utilizando as informações: tipo de moradia e escolaridade materna³⁸.

A Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais estabeleceu também alguns critérios de risco a fim de definir a priorização para a atenção individual programada e para determinar as necessidades dos usuários, que avalia conjuntamente os fatores biológicos individuais e as necessidades percebidas pelos usuários, classificando-os em três níveis de risco³⁹.

Esta heterogeneidade de critérios para se avaliar riscos, provavelmente, advém de diferentes compreensões dos determinantes do processo saúde doença, mas também pode refletir uma necessária adaptação dos instrumentos a cada realidade social avaliada, visto que os contextos podem apresentar pessoas e condições com os mesmos critérios de risco, porém, distintos pesos no processo geral de vulnerabilidade⁴⁰.

No presente estudo, observou-se que não houve associação estaticamente significativa entre os critérios utilizados para classificar as famílias/usuários, segundo risco social e riscos à cárie, doença periodontal e doenças bucais. Portanto, o instrumento e os critérios utilizados para classificar o risco social familiar não se mostraram satisfatórios para guiar o planejamento em saúde bucal para a população estudada no presente estudo. É importante ressaltar, entretanto, que este fato pode ter ocorrido pela homogeneidade da população estudada, composta majoritariamente por pessoas de famílias classificadas como de baixo e moderado risco social.

CONCLUSÃO

Não houve associação estatisticamente significativa entre os critérios e escores utilizados para

classificar risco social familiar e os utilizados para classificar risco às doenças bucais, cárie e doença periodontal, quando se utilizaram os instrumentos e critérios estabelecidos pela Estratégia de Saúde da Família de Santo André para a amostra estudada.

Sugere-se que o instrumento seja reavaliado com uma amostra maior e mais heterogênea de usuários, provenientes de bairros e condições sociais distintas do presente estudo, visando proporcionar maior validade externa dos resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa saúde da família (PSF) e o programa agentes comunitários (PACS). Brasília, 2006
3. Boing AF, Peres MA, Kovaleski DF, Zangs SE, Antunes JL. Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3): 673-8.
4. Sheiham A. Impact of dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25(1): 104-12.
5. Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva*. 2000;1(1): 7-15.
6. Patussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med* 2001;53 (7): 915-25.
7. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, 1996. *Cad Saúde Pública* 2002;18(3): 755-63.
8. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Família Comum* 2004;2: 19-26.
9. Terreri ALM, Soler ZASG. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no programa saúde da família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(7): 1581-7.
10. Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias na unidade de saúde da família em Vitória, ES, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*,15 (5): 2465-2472, 2010
11. São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde, Coordenadoria de planejamento em saúde, Área técnica em saúde bucal. A organização das ações de saúde bucal na atenção básica: versão cidade de São Paulo. São Paulo; 2001. p. 14-42.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília; 2004. 16 p.
13. Roncalli AG. Epidemiologia das desigualdades em saúde bucal com foco em famílias. In: Moysés ST, Moysés SJ, Kriger L. Saúde bucal das famílias. São Paulo, Artes Médicas; 2008. 308 p.
14. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000;28(3):161-9.
15. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública* 2000;34 (4): 402-8.
16. Peres MAA, Gesse HC, Marcenes W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública* 2001;35(3): 289-93.
17. Antunes JLF, Peres MA, Frazão P. Cárie dentária. In: Antunes JLF, Peres MA (Orgs.). *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 470 p.
18. Sheiham A, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen PE, Spencer J, Watt RG, Weyant R. Global Oral Health Inequalities: Task Group-Implementation and Delivery of Oral Health Strategies. *Adv Dent Res* 2011; 23(2):259-67.
19. Marmot M, Bell R. Social determinants and dental health. *Adv Dent Res* 2011; 23(2):201-6.
20. Gonçalves VB. Percepção de profissionais e usuários com relação à Odontologia na Estratégia de Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2011. 102 p.
21. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1367-1377, 2009.
22. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):595-603.
23. Deinzer R, Granrath N, Spahl M, Linz S, Waschul B, Herforth A. Stress, oral health behaviour and clinical outcome. *Br J Health Psychol* 2005;10(Pt 2):269-83.
24. Deinzer R, Hilpert D, Bach K, Schawacht M, Herforth AJ. Effects of academic stress on oral hygiene—a potential link between stress and plaque-associated disease? *Clin Periodontol* 2001;28(5):459-64.
25. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):819-32.
26. Travassos C, Viacava F, Pinheiro RS, Brito AS. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* . 2002;11(5-6):365-73.
27. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(12):2871-2880, 2008.
28. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica* . 2006;40(3):436-43.
29. Fejerskov O. Changing Paradigms in Concepts on Dental Caries: Consequences for Oral Health Care. *Caries Res* 2004;38(3):182–191
30. Brasil. Ministério da Saúde. Apresentação SB Brasil 2010. Disponível em www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacaono_v28120.pdf.
31. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4):530-40.
32. Petry PC, Victora CG, Santos IS. Adultos livres de cárie: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(1):145-153.
33. Martins AMEBL, Melo FS, Fernandes FM, Sorte JAB, Coimbra LGA, Batista RC. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. *Unimontes Científica* 2005; 7(1): 55-66.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde

Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília; 2004. 52 p.

35. Shiau HJ, Reynolds MA. Sex differences in destructive periodontal disease: a systematic review. J Periodontol 2010;81(10):1379-89.

36. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: 2009 and 2010. J Dent Res. 2012;91(10):914-920.

37. Saintrain MVL. Proposta de um indicador comunitário em saúde bucal. Rev Bras Prom Saúde. 2007;20(3): 199-20.

38. Carnut L, Vilgueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Cienc Saúde Coletiva 2011, 16(7): 3083-3091.

39. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Linha Guia - Atenção em saúde bucal. Belo Horizonte: SAS/MG, 1ª ed. 2006. 290 p.

Recebido/Received: 04/03/2012

Revisado/Reviewed: 20/10/2012

Aprovado/Approved: 17/12/2012

Correspondência:

Fábio Luiz Mialhe

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Avenida Limeira, 901 - Areão

Piracicaba – São Paulo - Brasil

CEP: 13414-903

E-mail: mialhe@fop.unicamp.br