

Prevalência e Prevenção da Cárie Dental: Um relato de Experiência

Mateus Stoffel Machado¹

Simone Silva de Oliveira²

Renan Antonio Ceretta³

Resumo

O desempenho do programa de Saúde da Família, instituído em 1994 pelo Ministério da Saúde, e propõe uma estratégia de alinhar o sistema de atenção à saúde. Sendo que o cirurgião-dentista tenha sido inserido na proposta no ano de 2000, com a origem das equipes de Saúde Bucal. A conscientização da população quanto a hábitos saudáveis em saúde bucal é entendida como uma continuidade de educação fora do âmbito curativo do consultório odontológico, onde todas as orientações passadas devem ser processadas e a curto, médio e longo prazo, mudam-se os hábitos danosos, possibilitando a manutenção da saúde bucal. Tendo em vista que a cárie dental é uma doença multifatorial, e que depende do microorganismo, dieta, dente suscetível e o tempo, a doença bacteriana tem um relacionamento estreito com o biofilme dependente da presença e frequência de açúcares simples na dieta modificada pela presença de fluoretos e pela qualidade da composição salivar.

Palavras-chave: Flúor. Prevalência da cárie. Índice CPO-D.

¹Odontólogo. Residente do Programa Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: mateus_stoffel@hotmail.com.

²Odontólogo. Residente do Programa Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: simoneodonto1994@gmail.com

³Odontólogo. Tutor do Programa Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: rce@unesc.net.

Introdução

O surgimento de políticas e programas em saúde pública contribuiu com a busca de uma sociedade mais saudável e tendo o objetivo evitar desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes. Desde o estabelecimento da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, em 1978, o Brasil implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), melhorando acessos aos serviços e definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada e principal estratégia para alcançar a meta. Os conceitos de universalidade, descentralização e controle social da gestão orientam a ABS para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Ministério da Saúde, iniciada em 1994, que visa reorganizar a atenção básica através da ruptura do modelo assistencial de saúde, ainda hegemônico, caracterizado pela assistência à doença em detrimento da promoção da saúde, pela prática técnico-biológica, pelo individualismo, e pela baixa resolubilidade, que tem gerado, ao longo dos anos, um alto grau de insatisfação nos usuários dos serviços públicos de saúde.

As primeiras equipes multidisciplinares do Programa Saúde da Família compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde incorporaram e ampliaram a atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, com o intuito de transferir a atenção centrada no indivíduo, para uma lógica de abordagem familiar, dentro do seu ambiente físico e social (SANTANA; CARMAGNANI, 2001). Desta forma, o PSF busca a promoção da saúde através de um conjunto de ações individuais e coletivas.

No entanto, a inserção da odontologia no PSF só aconteceu em 2000, quando o Ministério da Saúde, diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde bucal para a população brasileira, estabeleceu incentivo financeiro para a formação de equipes formadas por cirurgiões-dentistas (CDs), atendentes de consultório dentário (ACDs) e técnicos de higiene dentária (THDs).

Fundamentação Teórica

A conscientização da população quanto a hábitos saudáveis em saúde bucal é entendida como uma continuidade de educação fora do âmbito curativo do consultório odontológico, onde todas as orientações passadas devem ser processadas por um período curto, médio e longo. Modificam-se os hábitos danosos, possibilitando a manutenção da saúde bucal. Quando se fala em melhorar a saúde geral dos pacientes, percebe-se que os atores realmente estão envolvidos em um processo que visa a integralidade da atenção, sendo consoante com os princípios e diretrizes legais e constitucionais de funcionamento do SUS.

Para Capistrano Filho (2000, p. 1), “[...] a incorporação das ações de saúde bucal no PSF foi um passo importante no sentido da observância de um dos princípios dos SUS – o da integralidade das ações em saúde [...]”. Ocorreu também uma mudança no modelo odontológico anterior, centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, pois o PSF tem como base o domicílio a família, deixando de lado os limites físicos, que eram a justificativa para a não efetivação do acesso.

Finalmente, tornar os pacientes agentes multiplicador e sem potencial, retrata o envolvimento destes atores com a comunidade, mostrando que eles estão realmente inseridos no contexto do trabalho do PSF ou como parte integrante desse processo, à medida que estes solicitam aos usuários uma responsabilização ou uma cooperação, para que o trabalho traga um resultado satisfatório para ambas as partes (BALDANI; VASCONCELOS; ANTUNES, 2004).

Tendo em vista que a cárie dental é uma doença multifatorial, e que depende do microorganismo, dieta, dente suscetível e o tempo, a doença bacteriana tem um relacionamento estreito com o biofilme dependente da presença e frequência de açúcares simples na dieta modificada pela presença de fluoretos e pela qualidade da composição salivar (LIMA, 2007).

A doença cárie é a destruição dos tecidos duros dos dentes causada pelas bactérias da boca e é formada quando não é feita uma boa higiene bucal. Os restos de alimentos se aderem às superfícies dos dentes formando a placa que se aproveita do açúcar que comemos. Eles produzem um ácido que vai dissolver o esmalte do dente, chegando a sua desnutrição.

Esta doença se manifesta como uma degradação localizada dos tecidos duros do dente. As lesões carióticas representam o resultado da dissolução mineral dos tecidos duros do dente, pelos produtos metabólicos finais de natureza ácida, resultante de ação de bactérias capazes da fermentação de carboidratos, basicamente açúcares. O tratamento da cárie dentária consiste na sua remoção mecânica, pelo preparo cavitário, e posteriormente restauração do elemento dentário. Entretanto, a cárie pode afetar a polpa antes que o tratamento tenha sido iniciado. A extensão da injúria pulpar causada pela cárie é o primeiro fator a ser considerado no tratamento da mesma.

Gushi et al. (2005) em um de seus trabalhos relatou que em 1986, o CPO-D aos 12 anos de idade foi de 6,65, ou seja, uma prevalência muito alta segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Já em 1996, um levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em todas as capitais brasileiras apontou um CPO-D médio de 3,06 aos 12 anos de idade, o qual estava bastante próximo da meta estabelecida para o ano 2000 pela OMS (CPO-D \leq 3,0), vinte anos antes. Atualmente, aproximadamente 70,0% dos países no mundo alcançaram a meta de CPO-D \leq 3,0 aos 12 anos de idade.

Em março de 2010, foi publicado nos Cadernos de Saúde Pública um editorial sobre o Projeto SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, entre os resultados mais significativos estão os relativos à cárie dentária (RONCALLI, 2011). Aos 12 anos, idade-índice utilizada internacionalmente para fazer comparações, o índice CPO (soma dos dentes cariados, perdidos ou obturados) apresentou uma média de 2,1, valor 25% menor do que o encontrado em 2003 (2,8). No componente relativo aos dentes não tratados (cariados), a redução foi de 29% (1,7 para 1,2). O percentual de crianças "livres de cárie" (CPO = 0) passou de 31% em 2003 para 44% em 2010, indicando que, em crianças de 12 anos, ocorreu significativa redução na prevalência e na gravidade da doença associada a um maior acesso a serviços odontológicos restauradores.

O último levantamento epidemiológico nacional, concluído em 2003, para as doenças bucais (denominado de SB – Brasil) apresentou o declínio do ataque à cárie na população infantil brasileira. Observou-se no estudo que cerca de 70% das crianças brasileiras de 12 anos têm pelo menos um dente permanente com experiência de cárie (RONCALLI, 2011).

Mesmo assim, o país alcançou a meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000 (CPO-D até 3,0) com um atraso de quatro anos, apresentando um índice CPO-D de 2,78 para a população de 12 anos de idade (TOBIAS, 2008). No Brasil, levantamentos epidemiológicos de abrangência nacional, realizados pelo Ministério da Saúde, em 1986 e 1996, sugerem a redução de 53,2% no índice CPO-D ao longo desses 10 anos.

A fluoretação das águas de abastecimento público é uma das medidas mais amplas de promoção de saúde na área de saúde bucal, pois associa ao benefício da água tratada o seu impacto epidemiológico na redução da prevalência e severidade da cárie dentária. A redução da severidade, medida pelo índice CPO-D, é em média de 50 a 60% porém de modo não isolado da exposição a outras fontes de flúor, como o dentifício (FRIAS, 2006).

No Brasil, após oito anos de iniciados os estudos em Grand Rapids, a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), do Ministério da Saúde, implantou em 31 de outubro de 1953, o primeiro sistema de fluoretação de águas no Brasil. O primeiro município brasileiro a adicionar flúor nas águas de abastecimento público foi Baixo Guandu, no Espírito Santo. O teor de flúor natural da água era de 0,15 mg/L e teor ótimo final foi estabelecido em 0,8 ppm. A implantação da fluoretação ocorreu um ano após a recomendação da mesma no X Congresso Brasileiro de Higiene. Mantido como piloto, foi o pioneiro a comprovar os benefícios obtidos em outros países na redução da cárie dentária. O índice CPO-D, das crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de idade, em 1967, após quatorze anos de iniciada a fluoretação das águas, apresentou uma redução de 67% (RAMIRES et al., 2007).

A partir de 1974, a fluoretação da água de abastecimento público passa a ser obrigatória no Brasil, onde existe Estação de Tratamento de Água (ETA), e é regulamentada por meio de legislação. A Lei Federal Nº 6.050, de 24 de maio de 1974.

Relato de Experiência

Observando os artigos lidos sobre a prevalência da cárie e prevenção da cárie, constatou-se que a prevenção e promoção de saúde são primordiais na

redução da severidade da prevalência da cárie. Com o resultado obtido e análise dos prontuários dos pacientes que procuraram o ESF do Bairro Linha Batista e do Bairro Renascer no município de Criciúma, no período de outubro de 2010 à junho de 2011, observado respectivamente pelos residentes Mateus Stoffel Machado e Simone Oliveira, ambos formados em odontologia.

Depois de verificarem os prontuários constataram que no bairro Renascer houve um índice de cárie superior ao índice de cárie do bairro Linha Batista, os residentes relacionaram, que a colonização, cultura e localização do bairro poderia influenciar na maneira em que os pacientes exerciam suas funções de higiene bucal, e se existia certa assiduidade. O bairro Linha Batista, foi colonizado por poloneses, tem infra-estrutura adequada e possui boa localização facilitando a segurança dos moradores, já o Bairro Renascer teve colonização feita através da invasão de grupos de moradores e não possui infra-estrutura adequada. Um dos pontos negativos é a visibilidade da água que eles utilizam para cozinhar e beber onde não se origina de uma rede de água tratada.

A água do bairro Renascer não possui tratamento sendo isenta de flúor sabendo disso, a prefeitura municipal de Criciúma faz três vezes ao ano, a semana do flúor, aonde os dentistas vinculados ao posto de saúde, se dirigem até as escolas municipais e estaduais, para fazer palestras, instrução de escovação e falar sobre importância da higiene bucal, que nesse ano de 2011 ocorreu nos dias 21,22,23,24 e 25 de abril. Os residentes também participam da mesma promoção de saúde e levam as informações até as escolas fazendo atividades educativas para os alunos de primeira a oitava série, com o intuito da prevenção da cárie.

Considerações Finais

Com relação à prevalência da cárie nos Bairros referenciados do artigo, podemos considerar que a fluoretação das águas de abastecimento público exercem uma das medidas de promoção de saúde, onde foi um dos pilares positivos na redução da prevalência da cárie. O resultado do artigo indica que no Bairro que possuía uma melhor infra-estrutura o índice de prevalência foi menor que no Bairro que não possui infra-estrutura inadequada.

Referências

BALDANI, Márcia Helena; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143-152, Fev. 2004.

CAPISTRANO FILHO, D. O. O cirurgião-dentista no PSF. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, Brasília, v.1, n.2, p.8, 2000.

FRIAS, Antonio Carlos et al. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso - Município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1237-1246, Jun. 2006.

GUSHI, Livia Litsue et al. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Out. 2005.

LIMA, José Eduardo de Oliveira. Cárie dentária: um novo conceito. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130. Dez. 2007.

RAMIRES, Irene; BUZALAF, Marília Afonso Rabelo. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1057-1065, Ago. 2007.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 4-5, Jan. 2011.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.10, n.1, p.33-53, Jul. 2001.

TOBIAS, Rodrigo; PARENTE, Rosana Cristina Pereira; REBELO, Maria Augusta Bessa. Prevalência e gravidade da cárie dentária e necessidade de tratamento em crianças de 12 anos de município de pequeno porte inserido no contexto amazônico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 608-618, Dec. 2008.