

# Atitudes de cirurgiões-dentistas quanto à importância da avaliação do risco de cárie e adoção de medidas preventivas e de controle: análise da realidade na rede pública odontológica de Barbacena-MG

## Dentists' attitudes regarding the importance of the assessment of the risk of caries and the adoption of preventive and control measures: analysis of the reality of public health dentistry in Barbacena-MG

Janice Simpson de Paula<sup>1</sup>, Isabel Cristina Gonçalves Leite<sup>2</sup>, Sônia Sotto-Maior Fortes Garcia Rodrigues<sup>3</sup>

### RESUMO

A saúde bucal coletiva vem se expandido pelo país nos últimos anos. Em virtude desse crescimento, se faz necessário um serviço dinâmico, com profissionais integrados ao Sistema Único de Saúde, para alcançar o sucesso do atendimento. Em relação à doença cárie, observa-se que a avaliação do risco possibilita melhor diagnóstico, plano de tratamento e adoção de medidas de prevenção e controle. Para isso, é necessário conhecimento dos fatores de risco para cárie, sejam eles biológicos, socio-econômicos, ambientais, ou comportamentais. Devido a essa necessidade, o presente trabalho objetivou conhecer a realidade do atendimento público odontológico de Barbacena-MG. Para isto, foi realizado um levantamento do conhecimento de 15 cirurgiões-dentistas da rede pública quanto à avaliação do risco de cárie e adoção de medidas de prevenção e controle por meio de questionário. Dados referentes ao profissional, aos fatores e avaliação do risco e às medidas de prevenção e controle adotadas foram colhidos. Os resultados sugeriram que os profissionais consideram a avaliação do risco de cárie necessária, contudo observou-se a carência de conhecimentos quanto aos fatores de risco e motivação para prevenção, com visão interdisciplinar. Concluiu-se que há necessidade de educação permanente, para que o profissional esteja atualizado quanto à melhor maneira de atendimento do paciente, voltando seu pensamento para promoção de saúde, de forma que o serviço não seja somente tecnicista e curativista.

**Descritores:** Saúde pública. Cárie dentária. Prevenção. Controle.

### INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos o Brasil passou por mudanças significativas na saúde pública. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, observa-se crescente preocupação com a saúde dos brasileiros. A partir de 1995 ocorreu a expansão da Atenção Básica à Saúde, associada ao processo de municipalização e estabelecimento de

novas sistemáticas nas ações e serviços de saúde. Em seguida adotou-se o Programa Saúde da Família (PSF), visando a interação entre profissionais e comunidade, em busca de maior acesso e qualidade dos serviços<sup>1</sup>.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasil Sorridente, Política Nacional de Saúde Bucal, com o objetivo de ampliar e

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, SP, Brasil

<sup>2</sup>Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

<sup>3</sup>Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Contato: janicesimpsondp@yahoo.com.br / isabel.leite@ufjf.edu.br / s-sotto@uol.com.br

democratizar a cobertura odontológica do país. A participação de profissionais integrados aos princípios de promoção de saúde, voltados para a obtenção da qualidade de vida da população e não para a cura de doenças foi necessária<sup>2</sup>.

Tratamentos centralizados apenas em procedimentos operatórios e emergenciais revelaram-se insuficientes e totalmente ineficazes para estabelecer a saúde bucal. O serviço direcionouse, então, para promoção de saúde. Baseando-se em ações educativas e preventivas e no atendimento individual de cada paciente por meio de anamnese, diagnóstico, plano de tratamento e determinação do risco, almeja-se controlar as doenças, tratar as seqüelas, reabilitar e manter a saúde do indivíduo ao longo de sua vida<sup>3</sup>.

A saúde bucal coletiva insere como responsabilidade do profissional de saúde, em especial do cirurgião-dentista, a determinação dos riscos que os pacientes estão expostos, para então intervir de maneira eficaz na prevenção e controle das doenças. Entende-se por prevenção a aplicação de medidas a fim de impedir que o indivíduo sadio adoça, e o controle visa baixar a incidência da doença a níveis mínimos<sup>1</sup>.

O presente estudo teve como objetivo analisar a realidade da rede pública odontológica de Barbacena, Minas Gerais (MG), em relação à avaliação de pacientes quanto ao risco à cárie e à adoção de medidas de controle e prevenção, por meio da aplicação de questionário auto-manejável e semi-estruturado, contendo perguntas direcionadas aos profissionais cirurgiões-dentistas que trabalham na prefeitura da cidade de Barbacena<sup>4</sup>. Foram abordados os temas avaliação do risco de cárie e medidas de prevenção e controle na saúde bucal coletiva, investigando a realidade local do serviço público odontológico.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Barbacena se localiza no planalto da Serra da Mantiqueira, no eixo Rio de Janeiro/Belo Horizonte. De acordo com o último censo realizado, a população total é de 113.947, sendo 90,8% residente na área urbana. O desenvolvimento da economia local se baseia na agricultura e pecuária, e o setor terciário tem notável destaque dentro de um enfoque econômico local. A cidade possui abastecimento com água fluoretada desde 1976<sup>4</sup>.

De acordo com o Departamento Municipal de Saúde Pública<sup>4</sup>, as equipes de Saúde Bucal funcionam com cinco cirurgiões-dentistas efetivos e 12 contratados.

A pesquisa baseou-se em levantamento por meio de questionário, constituindo um estudo

descritivo transversal. O questionário foi distribuído a todos os 17 cirurgiões-dentistas da rede pública de Barbacena, contendo perguntas sobre a formação do profissional, a avaliação de pacientes quanto ao risco à cárie, e a adoção de medidas de prevenção e controle. Houve duas recusas, correspondendo a 1,2% dos profissionais da rede. A formulação do questionário foi baseada nos estudos de Krasse<sup>5</sup>, Kramer *et al.*<sup>6</sup>, Rodrigues<sup>7</sup>, Diniz e Martins<sup>8</sup>, Pereira *et al.*<sup>1</sup>, Martins *et al.*<sup>9</sup>, Burt<sup>10</sup>, Corrêa<sup>11</sup>, Rosa e Labate<sup>12</sup>, Selwitz *et al.*<sup>13</sup>. O questionário se baseou em perguntas de múltipla escolha, sendo auto-preenchido, anônimo e numerado para controle.

A comparação entre os grupos foi feita através do teste  $\chi^2$  e das médias através do teste ANOVA. Todo o tratamento estatístico foi realizado pelo programa Epi Info 3.4.3, versão 2007.

A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, através do parecer nº 007/2008.

## RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos, observou-se que existiu grande variação entre o ano de conclusão da graduação dos 15 cirurgiões-dentistas pesquisados que prestam serviços para Prefeitura de Barbacena, variando de 1973 a 2005. Quanto à especialização, oito cirurgiões-dentistas possuem especialização voltada para o atendimento clínico: um em prótese, três em odontopediatria, três em endodontia, e um em cirurgia oral menor. Existe ainda um dentista especializado em saúde pública e outro em saúde da família.

Quanto ao local de trabalho, foi observado que 11 dentistas (73,3%) trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades com Programa de Saúde da Família (UBSF). Os demais estavam envolvidos com programas como Bebê-clínica e Sorri-dente (dirigido a escolares e bebês, e pré-escolares, respectivamente), ou trabalhavam na policlínica de referência.

Dos cirurgiões dentistas avaliados, 12 deles contavam com a presença da auxiliar em seu consultório e nove auxiliares têm formação própria para o exercício de suas atividades, enquanto três auxiliares possuíam o ensino médio.

Observou-se variação estatisticamente significativa entre a população mensalmente atendida no PSF e nas unidades de saúde tradicionais ( $p=0,001$ ). Contudo, o mesmo não foi observado entre o PSF e o programa Bebê-Clinica ( $p=0,89$ ). A média total foi de 220 atendimentos (DP  $\pm 59,8$ ).

Ao serem questionados sobre a avaliação do risco de cárie, 11 dentistas (73,3%) consideraram

fundamental para efetivação do tratamento e quatro (26,7%) assinalaram que a avaliação é necessária, porém inviável na rede pública.

Ao classificar situações clínicas apresentadas quanto ao risco de cárie (Tabela 1), foram observadas algumas inconsistências com a literatura, como nos casos de uso do aparelho ortodôntico, alterações sistêmicas com repercussão

na cavidade bucal, e xerostomia, condições nas quais a maioria dos dentistas consideraram que os indivíduos eram de baixo risco. Constatou-se ainda que, para 40% dos cirurgiões-dentistas, lesões escurecidas e duras foram consideradas de alto risco, o que pode representar a dificuldade dos profissionais em detectar e diagnosticar as lesões levando a sobretratamento de lesões.

**Tabela 1 - Classificação de casos quanto ao risco de cárie**

CASOS	BAIXO RISCO	ALTO RISCO
lesões cariosas na oclusal de primeiro molar	2 (13,3%)	13 (86,7%)
lesões cariosas incipientes/cavitadas/ativas	1 (6,7%)	14 (93,3%)
uso de aparelho ortodôntico	9 (60%)	6 (40%)
dieta cariogênica, presença de placa bacteriana em mais de 1/3 da coroa	1 (6,7%)	14 (93,3%)
alterações sistêmicas com repercussão na cavidade oral	10 (66,7%)	5 (33,3%)
xerostomia (medicamentos, estress)	12 (80%)	3 (20%)
dentes posteriores em erupção, associado a má higiene e dieta incorreta	0	15 (100%)
lesões cariosas escurecidas e duras	9 (60%)	6 (40%)
lesões de mancha branca em superfície lisa, desenvolvidas em curto espaço de tempo	3 (20%)	12 (80%)
anatomia de fossas e fissuras profundas e retentivas, susceptíveis à cavitação, associado ao paciente que não controla os fatores primários (dieta/ higiene/ microbiota/ hospedeiro) da cárie	1 (6,7%)	14 (93,3%)

Dentre os fatores para determinação do risco de cárie (Tabela 2), a maioria foi considerada de grande relevância. Entretanto, o uso de evidenciador de placa obteve relevância média para 46,7% dos cirurgiões-dentistas e a contagem de microrganismos do biofilme foi também considerada de média importância para 60% dos profissionais.

Em relação à diferença entre biofilme

bacteriano cariogênico e não-cariogênico, um dos cirurgiões-dentistas (6,7%) afirmou que: “não acredita que existe/nunca ouviu falar”, contudo 11 cirurgiões-dentistas (73,3%) já ouviram referências sobre o assunto, mas não utilizam este procedimento de diferenciação do biofilme como rotina em seus atendimentos. Três entrevistados (20%) sabem que existe e usam como forma de avaliar o risco de cárie do paciente.

**Tabela 2 - Fatores para determinação do risco de cárie, classificados quanto a importância, considerando 1 de menor relevância e 10 de maior relevância**

FATORES	A 1 A 3	B 4 A 6	C 7 A 10
Anamnese	1 (6,7%)	2 (13,3%)	12 (80%)
Uso de evidenciador de placa	1 (6,7%)	7 (46,7%)	7 (46,7%)
Localização das lesões	0	3 (20%)	12 (80%)
Número de cavitações	2 (13,3%)	3 (20%)	10 (66,7%)
Aparência das cavitações (endurecida/amolecida)	1 (6,7%)	4 (26,7%)	10 (66,7%)
Número de lesão incipiente (em sulcos/ manchas brancas)	0	5 (33,3%)	10 (66,7%)
Consumo de carboidratos (tipo/freqüência)	0	4 (26,7%)	11 (73,3%)
Número de restaurações	2 (13,3%)	4 (26,7%)	9 (60%)
Recidiva de cárie	0	5 (33,3%)	10 (66,7%)
Contagem de microrganismos do biofilme	2 (13,3%)	9 (60%)	4 (26,7%)

Observou-se que a maioria dos dentistas respondeu que a anamnese apresenta grande número de

informações, abrangendo fatores sociais, variáveis biológicas, e preditores de risco (Tabela 3). Contudo,

alguns fatores associados à saúde sistêmica foram considerados por alguns participantes como fatores que não alteram o risco. Outros, como a atividade cariogênica, câncer, desnutrição, uso de fio dental e dentifrícios fluoretados, xerostomia e valor que o paciente atribui à escovação e ao tratamento odontológico foram assinalados como não constantes na anamnese.

Duas perguntas do questionário foram relacionadas à opinião do profissional quanto aos seus pacientes. A primeira sobre o fator responsável pelo surgimento

da doença cárie, considerado de maior dificuldade de alteração por parte do paciente. Neste questionamento, 12 cirurgiões-dentistas responderam que seria a dieta irregular. A segunda diz respeito à motivação da população atendida: a maioria dos profissionais (80%) considerou que a população atendida se interessa por prevenção, mas possui grande dificuldade em modificar hábitos. Três dentistas (20%) consideraram que a população não se interessa por prevenção e procura atendimento curativo exclusivamente.

**Tabela 3 -** Informações obtidas na anamnese e a importância na classificação de risco à cárie

INFORMAÇÃO	NÃO CONSTA NA ANAMNESE	CONSTA NA ANAMNESE E ALTERA O RISCO	CONSTA NA ANAMNESE E NÃO ALTERA O RISCO
Atividade cariogênica	6 (40%)	9 (60%)	0
Saúde Sistêmica/ História Médica	0	13 (86,7%)	2 (13,3%)
Diabetes	0	13 (86,7%)	2 (13,3%)
Câncer	2 (13,3%)	8 (53,3%)	5 (33,3%)
Desnutrição	4 (26,7%)	11 (73,3%)	0
Uso de fio dental	3 (20%)	12 (80%)	0
Uso de dentifrícios fluoretados	3 (20%)	12 (80%)	0
Uso de medicamentos	0	14 (93,3%)	1 (6,7%)
Xerostomia	4 (26,7%)	11 (73,3%)	0
Valor que paciente atribui à escovação e ao tratamento odontológico	7 (46,7%)	8 (53,3%)	0

Quanto aos procedimentos de prevenção executados, as ações foram quantificadas, e os resultados podem ser observados na Tabela 4. Dois itens foram acrescidos na opção outros: “orientação a diabéticos” e “orientação aos pais e orientação a pacientes o quanto antes (bebês a partir de 6 meses)”. Destaque para 33,3% dos profissionais que não aplicam procedimentos

preventivos às gestantes e que não distribuem dentifrícios fluoretados. Ao realizar a mesma quantificação, porém apenas entre os profissionais do PSF, observou-se que a orientação ao paciente e à gestante é realizada intensivamente, contudo medidas como aplicação de selante, flúor tópico e verniz fluoretado são pouco utilizadas, assim como a distribuição de dentifrícios fluoretados.

**Tabela 4 -** Procedimentos de prevenção e controle realizados

PROCEDIMENTO	NÃO SE APLICA	APLICA				
		MUITO POUCO	POUCO	MODERADAMENTE	ROTINEIRAMENTE	INTENSIVAMENTE
Profilaxias periódicas	4 (26,7%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	3 (20%)
Selante	4 (26,7%)	6 (40%)	1 (6,7%)	3 (20%)	1 (6,7%)	-
Flúor tópico	4 (26,7%)	-	2 (13,3%)	5 (33,3%)	3 (20%)	1 (6,7%)
Verniz fluoretado	7 (46,7%)	5 (33,3%)	2 (13,3%)	-	1 (6,7%)	-
Distribuição de dentifrícios fluoretados	5 (33,3%)	3 (20%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)
Orientação ao paciente	2 (13,3%)	-	-	1 (6,7%)	7 (46,7%)	5 (33,3%)
Orientação a gestantes	5 (33,3%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	3 (20%)	1 (6,7%)	3 (20%)

## DISCUSSÃO

Ao estudar a realidade da rede pública odontológica de Barbacena, constatou-se que existe consciência da necessidade da avaliação do risco de cárie entre os cirurgiões-dentistas. Contudo, foi observado que muitos apresentaram dificuldade de compreensão da diferença entre risco e atividade de cárie, quando associado a um paciente com a doença.

O atendimento público deve se fundamentar em mais acesso e qualidade, abrangendo políticas de prevenção. Para isso, são necessários profissionais com sólida formação clínica, que se integrem ao Sistema Único de Saúde, conhecendo-o e baseando seus serviços em epidemiologia, prevenção e resolutividade, envolvidos na educação permanente<sup>2,14,15</sup>.

É importante ressaltar que qualquer especialidade, ou mesmo a ausência dela, não impede que o profissional esteja atualizado, engajado e comprometido com o serviço público. O profissional deve estar voltado para os princípios estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988 e contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde, quais sejam: integralidade, equidade, universalidade e a participação popular<sup>3,15</sup>. Há necessidade que os programas de assistência estejam baseados em prevenção, com o emprego de pessoal treinado e motivado, que faça reciclagem periódica dos conhecimentos, para obter o êxito desses serviços<sup>7</sup>.

O Programa Saúde da Família (PSF) propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, aproximando os profissionais da comunidade, e assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva, através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que presta assistência de acordo com as reais necessidades da população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada<sup>3,12</sup>. A variação estatisticamente significativa entre a população mensal atendida no PSF e na UBS representa o diferencial do serviço do PSF, já que os profissionais se envolvem mais ao trabalhar 40 horas semanais e permitem maior acessibilidade ao serviço.

Ao serem questionados sobre a avaliação do risco de cárie, quatro (26,7%) profissionais assinalaram que a avaliação é necessária, porém inviável na rede pública. Martins *et al.*<sup>9</sup> enfatizaram a importância da avaliação do risco de cárie previamente à instituição do tratamento ou mesmo como uma estratégia de promoção de saúde bucal. De acordo com os mesmos autores, o Programa Saúde da Família (PSF), procura priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos

indivíduos, aproximando da realidade, avaliando fatores de risco para saúde geral, levando ações de saúde bucal diretamente à sociedade, porém este programa não inclui nenhum método diagnóstico que permita ao dentista avaliar e estabelecer o risco de cárie.

Burt<sup>10</sup> e Scheutz *et al.*<sup>16</sup> afirmaram que os modelos de avaliação de risco estão longe de serem precisos em níveis individuais, e há problemas práticos em tratar os indivíduos identificados com êxito. Burt<sup>10</sup> afirmou que identificar e em seguida separar os indivíduos de risco elevado não é uma estratégia recomendada na saúde pública. Para finalidade de saúde pública, segundo o autor, o raciocínio é voltado para a escolha de segmentos geográficos, isto é, identificação das áreas de privação social, considerada uma estratégia melhor em relação à avaliação individual.

Ainda em relação à avaliação do risco de cárie, 11 dentistas que participaram da pesquisa (73,3%) consideraram esta análise fundamental para efetivação do tratamento. Este resultado que condiz com a Política Nacional de Saúde Bucal lançada pelo Ministério da Saúde, que trabalha conceitos individuais e coletivos institucionais baseados no risco de adoecer e ampliando a assistência individual<sup>2</sup>. Petersen<sup>17</sup> afirmou a necessidade de uma sistemática avaliação dos fatores de risco nos programas de saúde pública, sendo instrumento para planejamento e vigilância de programas em promoção de saúde e intervenções nas doenças bucais. A avaliação do risco de cárie é uma importante parte da dentística moderna já que a doença cárie é endêmica e potencialmente prevenível e curável<sup>18</sup>.

Juntamente com a inclusão de ações de saúde bucal voltadas para promoção da saúde deve ser adotado um método de diagnóstico que permita ao dentista avaliar e estabelecer o risco de cárie, possibilitando individualizar e especificar o tratamento odontológico público<sup>8,9</sup>. O foco do trabalho deve ser o risco de adoecer, ou seja, a probabilidade que o indivíduo tem de vir a desenvolver certo número de lesões cariosas, resultado de uma exposição a fatores específicos ou da ausência de influências benéficas<sup>8,10</sup>. O processo saúde/doença dependerá do equilíbrio/desequilíbrio entre todos os fatores, por isso há necessidade de abordar o paciente como um todo para a manutenção da saúde bucal e estabelecimento do prognóstico<sup>1,9</sup>.

Na maioria dos casos, o risco de cárie é considerado “alto” ou “baixo” e sua avaliação está baseada na história, estado atual e exames complementares<sup>8</sup>. A identificação deste grupo de alto risco não é um problema simplesmente teórico na epidemiologia da doença, mas sim da maior

importância do ponto de vista clínico, particularmente no diagnóstico e plano de tratamento<sup>5</sup>.

Durante a anamnese é possível obter informações quanto à dieta e analisar o valor que o paciente dá à saúde bucal, avaliando se há necessidade de direcioná-lo a uma apropriada abordagem sobre este assunto<sup>1,10,11,19</sup>. De acordo com os resultados, 12 dos cirurgiões-dentistas pesquisados consideraram a anamnese de grande relevância para determinação do risco de cárie. Entre os profissionais, sete responderam que o valor que o paciente atribuiu à escovação e ao tratamento odontológico não constou na anamnese, enquanto oito consideraram que constou na anamnese e altera o risco.

Variáveis biológicas, como experiências passadas de cárie, presença de lesões incipientes e cavitadas, ou estado de atividade incerto<sup>8,10,13,16,20,21</sup> são também chamados de preditores de risco, pois, quando medidas adequadas são utilizadas para reduzir a atividade de cárie, perdem seu valor como instrumento para predição de cárie futuramente<sup>1,9</sup>.

Considerando os fatores biológicos, a maioria dos cirurgiões-dentistas considerou de alto risco pacientes com lesões cariosas incipientes/cavitadas/ativas. Casos de lesões cariosas escurecidas e duras foram classificados como de baixo risco por nove (60%) profissionais. Para determinar o risco de cárie, os fatores número de cavitações, aparência das cavitações (endurecida/amolecida), número de restaurações e recidiva de cárie foram considerados relevantes pela maioria dos pesquisados. A atividade cariogênica foi uma informação que constou na anamnese e altera o risco de cárie para 60% dos cirurgiões-dentistas avaliados.

Os fatores considerados de ordem geral associados ao hospedeiro, tais como os sócio-econômicos e demográficos, são considerados fatores não clínicos responsáveis pelo maior risco de cárie de forma indireta<sup>1,10,13,17,19,22,23</sup>. As variáveis sociais incluem a condição econômica, educação familiar, idade, consumo freqüente de sacarose e falta de acesso ao flúor<sup>8,18,24</sup>. A partir do estágio de desenvolvimento do país, considerando os fatores socio-econômicos, é possível estabelecer políticas para melhorar a saúde bucal da população<sup>25</sup>.

Para tratar um paciente classificando-o quanto ao risco de cárie, deve-se diferenciá-lo quanto ao fator de risco que ele está exposto, intervindo a partir de procedimento terapêutico específico<sup>1,22</sup>. Assim, ações preventivas e de controle específico podem ser dirigidas aos indivíduos que apresentam alto risco, antes mesmo que as lesões possam se desenvolver<sup>9,26</sup>.

De acordo com a literatura pesquisada, o

modelo assistencial hegemônico, predominantemente curativo, hospitalocêntrico, voltado para a doença, tende a ser substituído pelo modelo que trabalha a saúde como um indicador de qualidade de vida<sup>3,12,17</sup>. Como afirmam Martins *et al.*<sup>9</sup>, a saúde bucal é importante para a saúde geral do indivíduo e constitui um problema de saúde pública, devido sua alta prevalência e seu impacto a nível individual e comunitário, afetando a qualidade de vida (dor, desconforto, estética, limitações sociais e funcionais). A prevenção e o tratamento precoce das afecções que podem se desenvolver na cavidade bucal promovem facilidades para o profissional, redução de custos e benefícios em longo prazo para o paciente<sup>18,26,27</sup>.

O paciente, principalmente o que apresenta alto risco, que vai ao dentista para “tratar” a cárie precisa de orientação para não necessitar sempre de tratamento curativo, ou continuarão aparecendo novas lesões<sup>11,28</sup>. Entretanto, de acordo com Rindal *et al.*<sup>26</sup>, não há uniformidade entre as diretrizes para procedimentos preventivos direcionados para pacientes com elevado risco de cárie.

A educação para saúde bucal requer uma abordagem direta e diferenciada para cada indivíduo ou grupo de acordo com a faixa etária. Através dela, o paciente deve assimilar os métodos para controle do biofilme dental, como a escovação correta<sup>1,11,22,27,29</sup>. Cabe ao dentista supervisionar este controle mecânico no decorrer do tratamento e nas consultas de manutenção<sup>1</sup>. Juntamente com a higiene bucal, deve ser realizada a educação quanto ao consumo de sacarose, estabelecendo horários<sup>1,10,11</sup>.

Os resultados demonstraram que, dentro do atendimento no PSF, não há uma uniformidade dos atendimentos de prevenção e controle, contrariando os objetivos ditados pelo programa de priorizar a atenção primária à saúde em detrimento de ações nos níveis mais complexos do sistema. Apesar do Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais estar em funcionamento há mais de sete anos, muitos municípios ainda não conseguiram trabalhar dentro dos objetivos propostos, mantendo as ações voltadas para a cura da doença e não atuando na promoção da saúde e na prevenção da doença<sup>3</sup>.

Portanto, a avaliação dos fatores de risco auxiliam na obtenção de diagnóstico mais preciso e determina a necessidade de proteção específica que, quando aplicados corretamente, são considerados uma metodologia efetiva de prevenção da cárie dentária<sup>1,5,7-9,11,13,17,18,29,30</sup>.

## CONCLUSÕES

Constatou-se a carência de atualização, por meio da educação permanente, que tanto é

incentivada pelas políticas de saúde. Além da interdisciplinaridade, para que os profissionais possam se interagir melhor com seus pacientes e com a comunidade, conhecendo os diferentes determinantes de risco e condições sistêmicas.

Há necessidade de mudança na conduta dos profissionais de odontologia, para que se envolvam com a promoção de saúde, trabalhando em consonância com a realidade do trabalho atual, buscando respostas inadiáveis para as necessidades da maioria dos brasileiros e em sintonia com a Política Nacional de Saúde.

Portanto, estas ações se contrapõem ao tecnicismo que, em grande parte, norteia a prática odontológica. Não são só as políticas públicas e a gestão devem mudar, mas, também, a preparação e a atuação do cirurgião-dentista e dos outros profissionais de Odontologia, que estão na ponta do atendimento à população e são os responsáveis diretos por disseminar a saúde bucal. O ideal é mesclar o conhecimento científico e a técnica com o desenvolvimento de habilidades humanas mais refinadas.

## ABSTRACT

Oral Health Public has been expanding in Brazil in recent years. Due to this growth, a dynamic service thereby becomes necessary, with professionals directly linked to SUS (Brazilian Unified Health System), to achieve success in patient treatment. As regards caries disease, it could be observed that early risk assessment makes it possible for a better diagnosis, treatment plan, and adoption of measures for prevention and control. For this, it is necessary to understand the risk factors related to the formation of caries, be they biological, socioeconomic, environmental, and behavioral. Considering this need, the aim of the present study is to observe the reality of patient treatment within the public health dentistry sector in the city of Barbacena/MG. For this, 15 dentists from the public health dentistry sector completed a questionnaire on the risk assessment for caries and the adoption of preventive and control measures. The results suggest that the professionals consider the risk assessment for caries to be necessary, but a lack of knowledge concerning risk factors and the need for preventive measures could also be observed. In conclusion, there is a need for the continuing education of these professionals, so that they can receive a constant updating of information regarding proper patient treatments, thus allowing these professionals to concentrate more

effectively on health care in such a way that their services are not limited only to technical and curative methods.

**Uniterms:** Public health. Dental carie. Prevention. Control.

## REFERÊNCIAS

1. Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003.
2. Ministério de Saúde. Brasil Sorridente [Homepage na Internet]. 2004 [acesso em 2006 Jan 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
3. Programa saúde da família no estado de Minas Gerais [Homepage na Internet]. Belo Horizonte [acesso em 2006 Jan 12]. Disponível em: <http://aps.sld.cu/seminario2002/recursos/ver.php/Programma%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia%20no%20Estado%20e%20Minas%20Gerai?id=273>
4. Departamento Municipal de Saúde Pública [Homepage na internet]. [acesso em 2007 Set 07]. Disponível em: <http://www.demasp.com.br/index.html>
5. Krasse BO. Risco de cáries: guia prático para controle e assessoramento. 2ªed. São Paulo: Quintessence; 1988.
6. Kramer PF, Feldens CA, Romano AR. Promoção de saúde bucal em odontopediatria: diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie oclusal. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
7. Rodrigues JR. Sugestões para a implantação de serviços de assistência odontológica em saúde coletiva: prevenção da cárie com pessoal auxiliar. Rev Odontolol UNESP. 1997;26:219-33.
8. Diniz FVM, Martins MD. Análise comparativa de dois modelos de classificação de risco à cárie em faixas etárias distintas. Revista CROMG. 2002;8:69-78.
9. Martins AA, Santos AA, Barreto MAC, Oliveira CCC. Tabela dos fatores de risco à cárie aplicáveis à saúde pública. Odontologia Clínica e Científica. 2003;2:37-42.
10. Burt BA. Concepts of risk in dental public health. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33:240-7.
11. Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. 2ªed. São Paulo: Santos; 2005.
12. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latinoam Enferm. 2005;13:1027-34.
13. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. Lancet. 2007; 369:51-9.

14. Série D. Reuniões e Conferências. 3ª Conferência nacional de saúde bucal; 2005; Brasília.
15. Junqueira SR, Pannuti CM, Rode SM. Oral health in Brazil: part I: public oral health policies. *Braz Oral Res.* 2008;22:8-17.
16. Scheutz F, Matee MI, Poulsen S, Frydenberg M. Caries risk factors in the permanent dentition of Tanzanian children: a cohort study (1997-2003). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35:500-6.
17. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries: international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33:274-9.
18. Alian AY, McNally ME, Fure S, Birkhed D. Assessment of caries risk in elderly patients using the cariogram model. *J Can Dent Assoc.* 2006;72:459-63.
19. Perinetti G, Caputi S, Varvara G. Risk/Prevention indicators for the prevalence of dental caries in schoolchildren: results from the Italian OHSAR survey. *Caries Res.* 2004;39:9-19.
20. Peterson GH, Twetman S, Bratthal D. Evaluation of a computer program for caries risk assessment in schoolchildren. *Caries Res.* 2002;36:327-40.
21. Sakuma S, Nakamura M, Miyazaki H. Predictors of dental caries development in 1.5-year-old high-risk children in the Japanese public health service. *J Public Health Dent.* 2007;67:14-19.
22. Cook SL, et al. Dental caries experience and association to risk indicators of remote rural populations. *Int J Paediatr Dent.* 2008;18:275-83.
23. Oliveira LB, Scheiham A, Bönecker M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci.* 2008; 16:37-43.
24. Peres MA, et al. Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33:53-63.
25. Diehnelt DE, Kiyak HA. Socioeconomic factors that affect international caries levels. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29:226-33.
26. Rindal DB, Rush WA, Perrin NA, Maupomé G, Bader JD. Outcomes associated with dentists' risk assessment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34:381-6.
27. Oscarson N, Källestal C, Fjelddahl A, Lindholm L. Cost-effectiveness of different caries preventive measures in a high-risk population of Swedish adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31:69-78.
28. Ismail AI, et al. Risk indicators for dental caries using the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36:55-68.
29. Antônio AG, Maia LC, Vianna RBC, Quintanilha LELP. Preventive strategies in oral health promotion. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10:276-86.
30. Bader JD, Shugars DA, Kennedy JE, Hayden Jr WJ, Baker S. A pilot study of risk-based prevention in private practice. *J Am Dent Assoc.* 2003;134:1195-202.

Recebido em 14/11/2008 – Aceito em 03/03/2009