

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

HUGO DE MELO SANCHES

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA: Sistema para
controle da saúde bucal na Faculdade Patos de
Minas - FPM em pacientes de 8 a 12 anos**

**PATOS DE MINAS
2015**

HUGO DE MELO SANCHES

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA: Sistema para
controle da saúde bucal na Faculdade Patos de
Minas - FPM em pacientes de 8 a 12 anos**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de
Minas como requisito parcial para a
conclusão do Curso de Odontologia.

Orientador: Prof.^o. Esp. Roberto Góes

**PATOS DE MINAS
2015**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA: Sistema para controle da saúde bucal na Faculdade Patos de Minas - FPM em pacientes de 8 a 12 anos

Hugo de Melo Sanches*

Roberto Góes**

RESUMO

Este trabalho visa apresentar um sistema de controle da saúde bucal em crianças na faixa etária de 8 a 12 anos à Faculdade Patos de Minas – FPM e criar mais um meio de aprendizado aos acadêmicos, que possibilite além do treinamento técnico para a execução de um diagnóstico que diferencie a necessidade de tratamento restaurador ou preventivo dentro de um modelo de atenção direcionado a promoção da saúde. Permitirá que os estudantes possam identificar e tratar o mais precocemente possível problemas relacionados ao meio bucal, promovendo um serviço educativo e preventivo com as crianças. É importante que os acadêmicos identifiquem e entendam os fatores que determinam o retorno ou não dos pacientes para as consultas de manutenção da saúde bucal. O foco principal serão crianças que receberam alta das clínicas de Odontopediatria, Saúde Coletiva IV e os pacientes triados pelos alunos de Saúde Coletiva II nos Levantamentos Epidemiológicos que ocorrem nas escolas públicas do município. O sistema consiste em retornos periódicos do paciente, em que a cada consulta, inicialmente, é realizada a reavaliação clínica, com o objetivo preventivo dos cuidados ao paciente, e atendimento terapêutico caso seja necessário.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Atendimento, Prevenção.

*Aluno do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM). hugostepa@hotmail.com

**Professor de Saúde Coletiva no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família NESCON – Núcleo de Estudo em Saúde Comunitária da UFMG. robertolpgoes@yahoo.com.br

ABSTRACT

This paper presents an oral health control system in children aged 8-12 years at the School of Patos de Minas - FPM and create more a means of learning the academics, which allows in addition to technical training for running a diagnosis that differentiates the need for restorative or preventive treatment within a care model aimed at health promotion. It will enable students to identify and treat as early as possible problems related to the oral environment, promoting an educational and preventive service with children. It is important that students identify and understand the factors that determine whether or not the return of patients to the maintenance of oral health consultations. The main focus will be children who were discharged from pediatric dentistry clinics, Public Health and IV patients screened by the students of Public Health II in Health Surveys taking place in public schools in the city. The system consists of periodic patient returns, in which each consultation, initially, clinical reassessment is carried out with the preventive purpose of patient care, and therapeutic care if necessary.

Keywords: Oral Health, Care, Prevention.

1 INTRODUÇÃO

A saúde e o bem estar das pessoas estão fortemente ligados à saúde bucal. Ter uma saúde bucal satisfatória ocasiona uma melhor convivência social, ajuda na mastigação, gera uma autoconfiança social, proporcionando qualidade de vida (1).

O desconforto gerado pelas doenças bucais vão de dor, incômodo, noites de insônia causadas por cárie, patologias periodontais, entre outras. Tais eventos afetam a saúde e podem comprometer na frequência escolar e prejudicar a produtividade. Grande parte dos problemas bucais podem ser prevenidos através de medidas simples (1).

Até no final do século XX, o atendimento odontológico brasileiro no setor público sempre esteve voltado a procedimentos que visavam o alívio da dor, na maioria das vezes com meios mais invasivos como a exodontia. Esse atendimento era focado apenas aos operários segurados pela previdência social e a grande maioria da população dependia dos serviços odontológicos privados, que tinham um alto custo e conseqüentemente pequena parte da população tinha acesso à saúde bucal. Visto esse déficit no atendimento odontológico, foi importante ter conhecimento da condição de saúde bucal da população dos estados e municípios brasileiros, fazendo levantamentos epidemiológicos de saúde bucal que geraram

dados primários, que quando tratados estatisticamente forneceram informações para incorporar ações direcionadas à saúde bucal, reforçando o plano de atividades preventivas e fortalecendo o atendimento curativo (2).

Os levantamentos epidemiológicos são importantes para medir a prevalência de doenças bucais e estimar as necessidades de tratamento. Com essas informações coletadas, ações são planejadas, executadas e avaliadas com o objetivo de melhorar a eficácia dos serviços prestados a comunidade, além de poder comparar a prevalência em diferentes períodos em variadas regiões. Para serem feitos esses levantamentos é estabelecido um padrão metodológico que facilita a viabilização de serem reproduzidos sempre nas mesmas condições, indiferente da situação ou lugar, assim sendo válido e confiável (3).

No Brasil foram realizados três importantes levantamentos epidemiológicos, em 1986, 1996 e 2003. Cada um gerou dados para novos conhecimentos na saúde bucal coletiva, levando a avanços políticos e sociais no setor odontológico (2).

Com base no levantamento epidemiológico feito em 2003, o Ministério da Saúde apresentou as diretrizes para uma organização do SUS voltada à atenção da saúde bucal, representado pela Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB. Inicialmente, duas importantes ações foram expandidas em âmbito nacional: a fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), com a inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (4, 5).

Com o objetivo de avaliar as ações determinadas pela PNSB, o Ministério da Saúde junto com o Departamento de Atenção Básica (DAB) realizou a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010. Provavelmente, os próximos levantamentos epidemiológicos no Brasil deverão ser periódicos a cada 10 anos, com colaboração dos municípios e estados brasileiros, para serem atualizados os dados e sempre aperfeiçoando o sistema de saúde bucal no país (2).

Uma das mais importantes conquistas da saúde pública no Brasil é a fluoretação da água de abastecimento público. Toda população que tem acesso a água fluoretada, bebendo ou usando no preparo de alimentos, já são beneficiadas. A fluoretação da água é reconhecidamente eficaz e está em uso no Brasil a mais de

30 anos, sendo a principal estratégia na redução da prevalência da cárie dentária. (5).

Infelizmente no Brasil existem algumas regiões como a Norte e Nordeste que ainda sofrem extensa restrição no acesso à água fluoretada, com evidente prejuízo à saúde bucal daquela população. Levantamentos epidemiológicos de amplitude nacional das últimas décadas mostrou que nessas regiões o declínio da prevalência de cárie dentária foi em menor grau que nas demais regiões (5).

Após a criação do SUS na Constituição de 1988, foi iniciado o atendimento odontológico constante e em larga escala na rede pública de saúde. A cada ano, uma maior parte população tem acesso ao atendimento odontológico, mas continua bem abaixo dos atendimentos de saúde não-odontológicos feitos pelo SUS, que principalmente por falta de recursos, não são suficientes para atender toda população. Pela limitação no atendimento, implantou-se uma estratégia de direcionar recursos e estipular metas prioritárias. A prioridade foi o atendimento de crianças, gestantes e casos de urgências odontológicas nas unidades básicas de saúde (5).

Em 2000, foi incorporada a equipe de saúde bucal junto com a Estratégia de Saúde da Família ampliando o acesso na atenção primária. Junto com a Política Nacional de Saúde Bucal de 2003, foi implantado o programa Brasil Sorridente, que constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Em 2004 foram implantados Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), aumentando para a população a oferta de atendimento odontológico especializado, possibilitando um atendimento mais ativo na atenção odontológica secundária. Posteriormente foram criados os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), para resolver uma demanda crescente de pacientes com perdas dentárias. (4, 5, 6,).

Levando-se em consideração a importância da prevenção no controle da doença carie, e conseqüente diminuição do CPOD, o objetivo deste trabalho foi estruturar e apresentar à coordenação acadêmica da FPM a implantação de um sistema de controle e acompanhamento da doença cárie, em pacientes de 8 a 12 anos na clínica odontológica da referida faculdade.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O atendimento público odontológico ultimamente está focado na comunidade, em todas as condições e faixas etárias, com ações preventivas de educação em saúde com a promoção de saúde bucal em nível nacional (4, 5).

Mesmo existindo no Brasil uma política pública de saúde bucal, a doença cárie continua sendo a principal doença que aflige a população.

O modo que conceituamos a cárie dentária e sua etiologia é extremamente importante para estipularmos uma estratégia preventiva para o diagnóstico e tratamento (7).

A cárie dentária é universalmente conhecida como uma doença infecciosa, multifatorial que progride de forma muito lenta na maioria dos indivíduos, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária (7, 8).

As lesões de cárie em seu estágio inicial, quando visíveis clinicamente, podem apresentar lesões de mancha branca ativa em esmalte ou no seu estágio mais avançado como as cavitações dentárias, podendo manifestar de forma mais agressiva ou não dependendo dos fatores etiológicos que afetam o indivíduo (7, 8).

Compreender os fatores etiológicos da cárie dentária é importante para ser feito a prevenção e o tratamento. Se simplesmente focarmos nas lesões, restaurando as cavidades e não atuarmos na etiologia da doença, o paciente rapidamente voltará apresentar novas lesões ou recidivas no mesmo elemento dentário (7, 8).

A etiologia da cárie foi inicialmente fundamentada na relação de fatores como dente suscetível, microrganismo, dieta proposto em 1960 por Keyes. Foi acrescentado o tempo em 1978 por Newbrun em um processo crônico determinando a doença cárie, que pode ser ilustrada pelo Diagrama de Newbrun (fig.1) (7, 8).

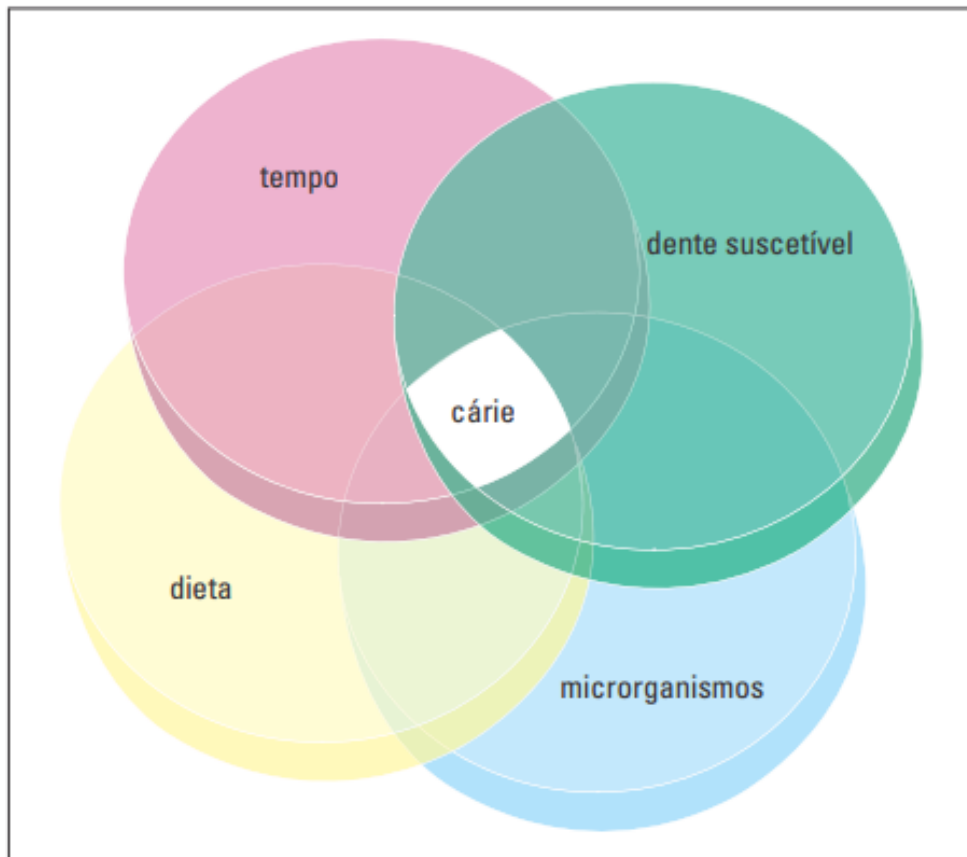


Figura 1: Diagrama proposto por Newbrun (1978) (7)

Mas somente esses fatores descritos acima não eram capazes de explicar a etiologia da cárie no paciente, que é bem mais complexa e é afetada pelo comportamento do indivíduo e vários outros fatores. Para tanto Manji & Fejerskov, em 1990 propuseram o diagrama que acrescentava junto com os fatores etiológicos, fatores determinantes como fluxo de saliva, flúor, dieta, higiene e microrganismos cariogênicos; fatores modificadores como atitudes, conhecimento, comportamento, escolaridade, renda (fig. 2) (7, 8).

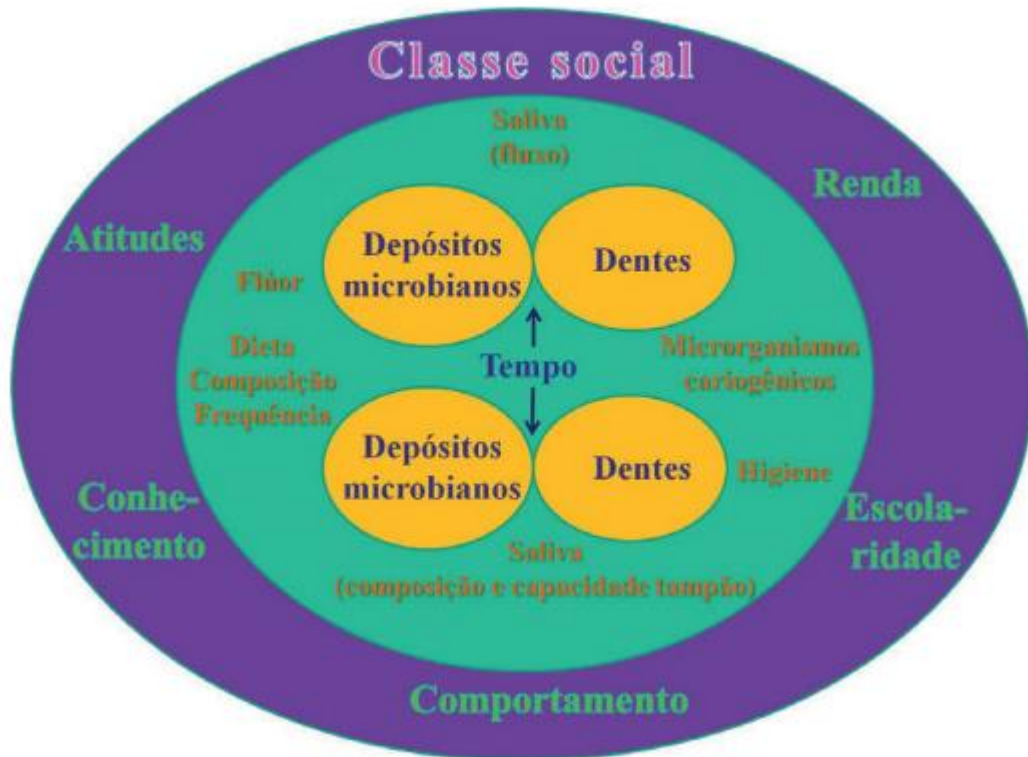


Figura 2: Diagrama adaptado de Manji & Fejerskov (1990) para explicar os fatores etiológicos determinantes (círculo interno) e modificadores (círculo externo) da doença cárie. (8)

Uma das maneiras mais eficientes de conter o início e o avanço da cárie nos pacientes são a regularidade e frequência de atendimentos preventivos. (9) O tratamento da doença cárie tem como objetivo equilibrar a saúde bucal do paciente controlando os fatores etiológicos, removendo o biofilme, fornecendo orientações verbais sobre a dieta, escovação e uso do fio dental, fazendo aplicação de soluções para bochechos e gel fluoretados (9)

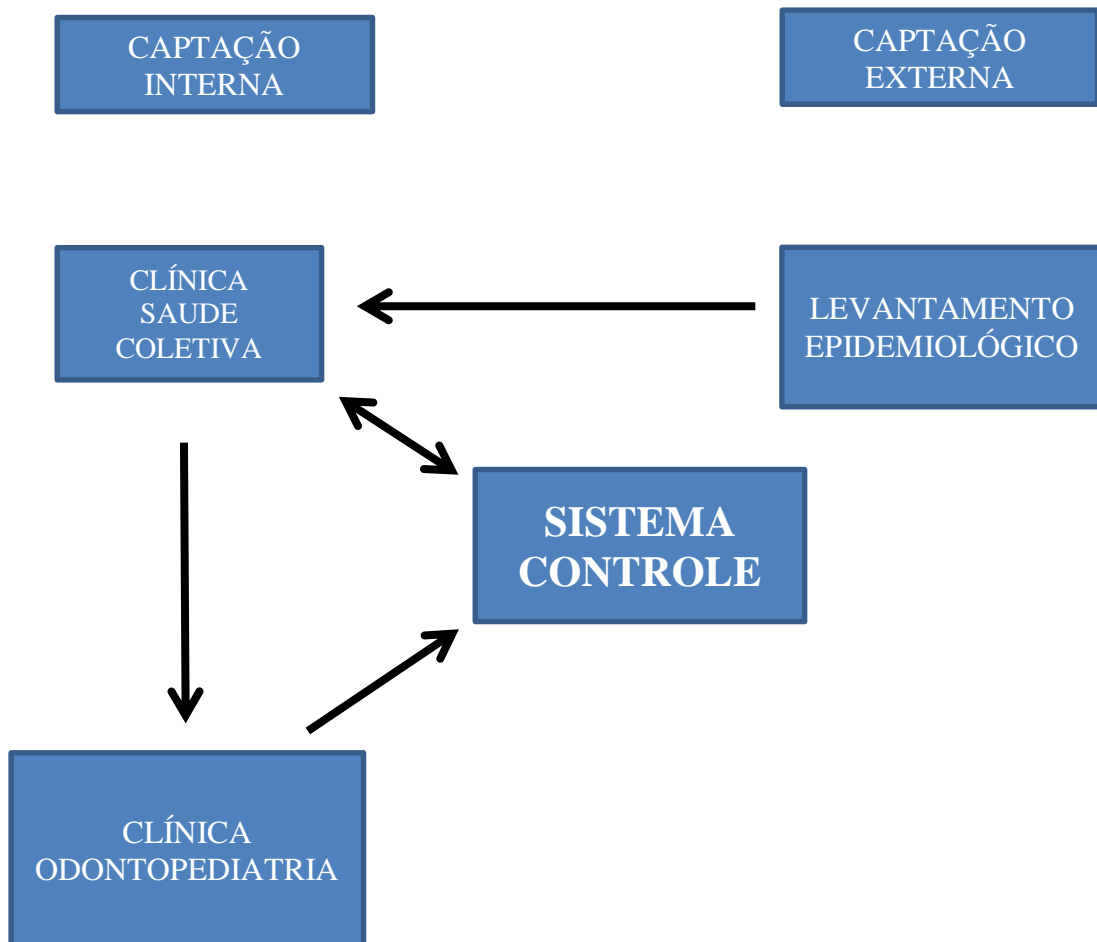
O diagnóstico precoce e tratamento imediato da doença cárie no seu estágio inicial evita uma intervenção mais invasiva, proporcionando um atendimento rápido e menos traumático para o paciente.

3 SISTEMA DE CONTROLE

O sistema visa atender inicialmente os pacientes que finalizaram o tratamento odontológico nas clínicas de Odontopediatria e de Saúde Coletiva IV. Posteriormente, serão inseridos ao sistema, os pacientes triados pelos alunos de Saúde Coletiva II nos Levantamentos Epidemiológicos que ocorrem nas escolas públicas do município.

Para o sistema proposto, a porta de entrada será definida por pacientes de captação interna e externa. Considera-se captação interna, os pacientes que receberam alta da clínica de odontopediatria e clínica de Saúde Coletiva IV e captação externa, novos pacientes dos levantamentos epidemiológicos. O sistema será definido de acordo com o fluxograma a seguir.

FUXOGRAMA DA PORTA ENTRADA DO SISTEMA CONTROLE



Os pacientes cadastrados no sistema serão chamados periodicamente pela clínica de saúde coletiva para uma reavaliação clínica, adequação do meio bucal e caso o paciente tenha problemas bucais mais complexos, será encaminhado para a clínica de odontopediatria.

O sistema é definido por um banco de dados onde as crianças recebem uma classificação de risco segundo o cálculo do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). A obtenção do índice de placa é feito através da somatória da quantidade de placa, somados. (10) No IHOS é avaliado somente as superfícies vestibular dos dentes 16, 11, 26 e 31 e lingual dos dentes 36 e 46, representando todos os segmentos posterior e anterior da cavidade bucal (Figura 3). (10) O cálculo do índice é obtido com base em valores que variam de 0 a 3 (Figura 4) em que a soma da quantidade de placa por superfície de dentes é dividida pelo número de superfícies examinadas. O índice é classificado como: bom (0,0 - 0,6), regular (0,7 - 1,8) e fraco (1,9 - 3,0) (10).

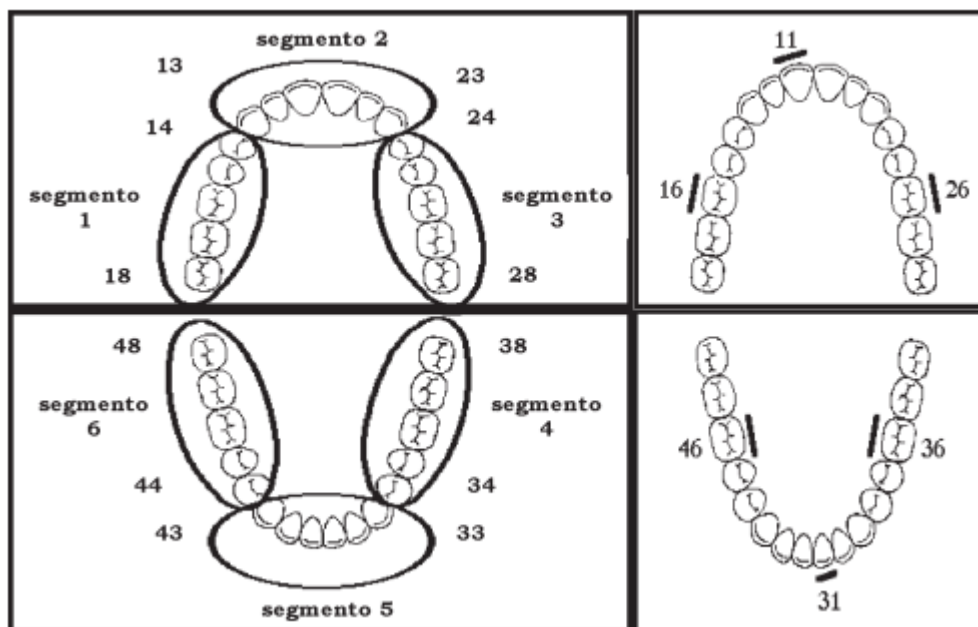


Figura 3 Índice de Higiene Oral Simplificado(IHOS), dentes índices.(10)

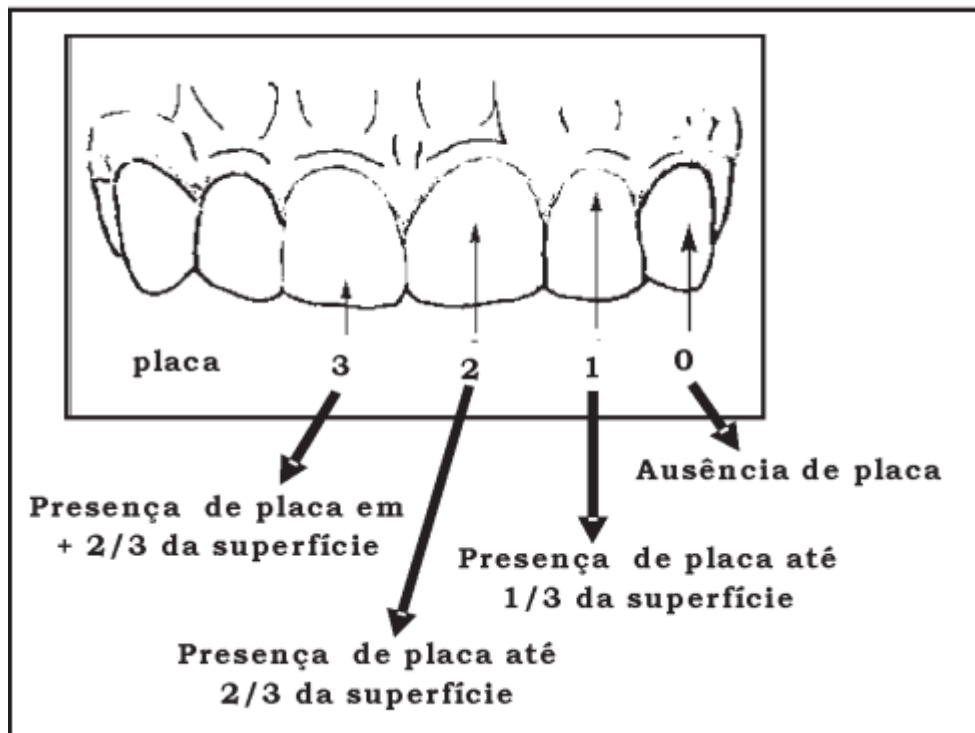


Figura 4: IHOS, critérios quantitativos. (10)

Com base no resultado do IHOS será determinado o risco quanto à doença cárie e o plano de conduta com o paciente. Pacientes com índice de IHOS bom e regular serão atendidos a cada 1 ano e os pacientes com o índice considerado fraco serão atendidos a cada 6 meses.

Os pacientes triados através do levantamento epidemiológico e pelo sistema serão encaminhados para a clínica de saúde coletiva receberão adequação do meio bucal com procedimentos menos invasivos como: profilaxia utilizando pedra pomes e pasta profilática, aplicação de selante, orientações para o autocuidado, motivação e educação individualizadas.

Pacientes com necessidades de procedimentos com maior complexidade serão encaminhados para as clínicas de odontopediatria I e II.

Tanto o paciente de alta da Saúde Coletiva quanto o de odontopediatria serão reintegrados no banco de dados para serem chamados novamente a fins preventivos, com periodicidade determinada pelos alunos da FPM de acordo com o grau de risco de cada paciente.

Acreditamos assim possibilitar o controle em saúde bucal dos pacientes de 8 a 12 anos de idade que frequentam as clínicas da FPM.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado, ressalta-se a importância do acompanhamento constante do paciente, promovendo a saúde bucal, motivando o paciente, diminuindo a doença cárie a médio e longo prazo.

O paciente será beneficiado pelo monitoramento periódico, incentivo com o autocuidado e controle da placa bacteriana, evitando o aparecimento da doença cárie, alterações dentárias, doenças gengivais e periodontais.

Espera-se que este estudo possa contribuir na formação de profissionais com foco na manutenção da saúde das pessoas. Ajude na organização do acesso de novos pacientes aos serviços de saúde bucal da instituição e que os alunos tenham acesso facilitado com a forma de agendamento dos pacientes de odontopediatria.

Vale também ressaltar a possibilidade do sistema proposto criar um banco de dados atualizado, que serviria de pesquisa para os acadêmicos da faculdade.

REFERÊNCIAS

- 1- Brega JRF, Lauris JRP, Moreira PRC, Pereira RCP [homepage na Internet]. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal Utilizando Ferramentas Móveis [acesso em 13 abril 2015]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/814.pdf>

- 2- Azevedo AC. Levantamento epidemiológico em saúde bucal no Município de Bayeux-PB: Modelos de regressão logística para tomada de decisão [Dissertação]. Joao Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2010

- 3- Oliveira AGRC, Unfer B, Costa ICC, Arcieri RM, Guimarães LOC, Saliba NA. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde. Rev. Bras. Epidemiol. 1998;1(2):177:189.

- 4- Ministério Da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília; 2004. [acesso em 10 abril 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

- 5- Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saúde Pública. 2010;44(2):360-365.

- 6- Ministério Da Saúde. Passo a passo das ações do Brasil sorridente. Brasília; 2013. [acesso em 10 abril 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf

- 7- LIMA JEO. Cárie dentária: um novo conceito. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2007;12(6):119-130

- 8- Una Sus Saúde Da Família. Fundamentação Teórica: etiologia e epidemiologia da cárie dentária. São Paulo.

9- Bardal PAP, Olympio KPK, Bastos JRM, Henriques JFC, Buzalaf MAR. Educação e motivação em saúde bucal: prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico. Dental Press J Orthod. 2011;16(3):95-102.

10- Gomes VE, Silva DD. A importância do controle de placa dental na clínica odontológica. Arq Odontologia. 2010;46(1):22-27.

AGRADECIMENTOS

Dediquei este trabalho a minha Mãe (*in memoriam*), e aproveito para agradecer-lhe, esteja onde estiver. Quero agradecer ao meu Pai que não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida, pois sem ele nada disso seria possível. A minha irmã e parentes próximos, obrigado pelo apoio. Agradeço também ao Prof.^o Esp. Roberto Góes pela paciência na orientação e pelo incentivo, que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

A todos os professores que tive a honra de encontrar durante o curso, meu muito obrigado pelo carinho e dedicação, Aos meus colegas e amigos que estiveram sempre comigo, vocês foram muito importantes. E a todos que sempre torceram por mim, muito obrigado!