



ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE ORAL

Thais Soares Vieira, Claudiojanes dos Reis, Stéfanie Alves Rocha, Lucyana Conceição Farias, Andrea Maria Eleutério de Barros Lima Martins, Cleytojanes Reis, Andre Luíz Sena Guimarães

Introdução

A complexidade das doenças bucais ainda não permite um efetivo conhecimento sobre os fatores associados e com isso dificulta o processo de gestão dessas doenças. Tomando por exemplo a cárie, mesmo com toda evolução o conhecimento do papel dos fatores de risco o processo de avaliação da predição dessa doença não é tão preciso. Observando-se fatores de risco clássicos, como contagem de estreptococos mutans, sabe-se que este é capaz de prever a experiência de baixa cárie. No entanto, também apresenta baixo valor preditivo positivo, o que significa que muitas pessoas com altos níveis de estreptococos mutans não desenvolvem cáries [1]. Quanto ao consumo de açúcares ou de outros carboidratos fermentáveis, definidos como fator etiológico da cárie ao longo de décadas, observa-se evidências, em estudo de revisão sistemática, onde a relação entre o consumo de açúcar e experiência de cárie não apresenta consistência, tendo uma relação direta com a exposição frequente ao flúor [1, 2]. Considerando a etiologia multifatorial da doença cárie, uma avaliação de risco deve avaliar todos os fatores envolvidos com a doença, e essa avaliação deve ser considerada um elemento necessário no processo de tomada de decisão clínica [3, 4]. Dentre os fatores de risco, o conhecimento da influência do gradiente social em saúde bucal é importante para melhor compreensão da saúde oral permitindo assim uma maior compreensão da natureza, causas e implicações, o que resultaria em maior efetividade das ações com redução das desigualdades em saúde bucal [5]. Diante disso, esse estudo objetiva analisar os critérios de avaliação de risco em saúde oral em diferentes municípios da região norte de Minas Gerais.

Material e métodos

O presente estudo tem natureza transversal, descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa, para o qual foram selecionados, Cirurgiões Dentistas, Coordenadores do serviço de saúde bucal dos municípios da região Norte do Estado de Minas Gerais. Foi aplicado 01 questionário com questões predominantemente fechadas, contendo questões relacionadas às características da instituição, perfil do participante, e critérios utilizados no processo de avaliação do risco de saúde oral, bem como as facilidades e dificuldades nesse processo. O questionário foi aplicado via online seguindo instruções padronizadas, visando responder os objetivos propostos no estudo. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sendo tomados todos os preceitos éticos necessários.

Resultados

O resultado parcial da pesquisa destaca uma maior proporção de entrevistados do sexo feminino 91,7%, com faixa etária entre 25 e 30 anos (41,7%). Dentre os entrevistados, aqueles que possuem especialização somam 58,3%, 83,3% trabalha com carga horária de 40 horas, sendo 41,7% contratados (Tabela 1).

Sobre a influência do município no processo de trabalho, de acordo com 41,7% dos entrevistados, a gestão municipal facilita um pouco o desenvolvimento do trabalho. É apontado como o principal fator dificultador do processo de trabalho a falta de interesse da gestão municipal, enquanto o principal facilitador é o apoio da Secretaria Municipal de Saúde-SMS (Tabela 2).

Em relação à priorização do atendimento, 63,6% disponibilizam atendimento a grupos prioritários, sendo estes representados por gestantes (87,5%), crianças de quatro a seis anos (62,5%) e os demais grupos tais como criança de sete a doze anos, idosos de 60 anos ou mais, grupos com doenças crônicas e portadores de necessidades especiais totalizando 50% cada (Tabela 3).

No que concerne à organização do agendamento pôde-se notar que 58,3% realizam o agendamento na unidade através do Auxiliar do Cirurgião Dentista (ACD) ou pelo Técnico de Higiene Dental (THD); 33,3% nas residências pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS); através do critério da livre demanda (25,0%), na unidade pelo cirurgião dentista (25,0%); 16,7% pela triagem com classificação de risco; representando 8,3% cada, tem-se a distribuição de fichas, o agendamento na unidade pela recepcionista e pela classificação de risco (Tabela 4).

Discussão

Destaca-se maior prevalência, por parte dos entrevistados, do critério de agendamento executado pelos profissionais



da saúde, sendo que de acordo com Ramos e Lima [6], esse critério consiste na asseguuração antecipada do acesso, promovendo uma humanização do apoio e culminando com a prestação de serviços de qualidade. Há uma definição de prioridades por maior parte dos entrevistados, no entanto, não é definido um critério de avaliação de risco, o que poderia permitir maior compreensão da natureza, causas e implicações das doenças bucais, podendo resultar em maior efetividade das ações com redução das desigualdades em saúde bucal [5].

Considerações finais

Conhecer o histórico e os princípios que alicerçam o desenvolvimento da área da saúde, somados a diversidade de critérios utilizados pelos sistemas, torna-se, portanto, uma ferramenta fundamental na construção de um modelo de atendimento eficaz, visando à figura do paciente como o centro condicionante ao funcionamento do sistema. O processo de avaliação de risco, talvez possibilite aos serviços o favorecimento da compreensão dos fatores relacionados ao processo de adoecer em saúde bucal, permitindo maior eficácia no atendimento as necessidades dos usuários, tornando o serviço resolutivo.

Referências

- [1] BURT, B.A., Concepts of risk in dental public health. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.33, n.4, p. 240-247, 2005.
- [2] BURT, B.; PAI S. Sugar consumption and caries risk: a systematic review. **Journal of Dental Education**, v.65, n.10, p. 1017-1023, 2001.
- [3] ZERO, D.; FONTANA, M.; LENNON, A. M. Clinical applications and outcomes of using indicators of risk in caries management. **Journal of Dental Education**, v.65, n.10, p.1126-1132, 2001.
- [4] FONTANA, M.; ZERO, D.T. Assessing patients' caries risk. **The Journal of the American Dental Association**, v.137, n.9, p.-1231-1239, 2006.
- [5] WATT, R.G.; SHEIHAM, A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.40, n.4, p289-296, 2012.
- [6] RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 27-34, 2003.

Tabela 1. Perfil dos profissionais

Caracterização dos Usuários		n	%
Sexo	Masculino	1	8,3%
	Feminino	11	91,7%
Faixa etária	25-30	5	41,7%
	30-35	3	25,0%
	35-40	3	25,0%
	>40	1	8,3%
Ano de conclusão da graduação	<2000	1	8,3%
	2000-2005	3	25,0%
	2005-2010	4	33,3%
	>2010	4	33,3%
Possui especialização	Sim	7	58,3%
	Não	5	41,7%
Tempo de trabalho no município	< 1 Ano	3	25,0%
	1 - 3 anos	4	33,3%
	4 - 7 anos	2	16,7%
	8 - 11 anos	2	16,7%
	>11 anos	1	8,3%
Carga horária no município	20 horas	2	16,7%
	40 horas	10	83,3%
Vínculo empregatício	Efetivo	3	25,0%
	Processo Seletivo	3	25,0%
	Comissionado	1	8,3%



FÓRUM ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO

FEPEG

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos • Apresentações artísticas
e culturais • Debates • Minicursos e Palestras



24 a 27
setembro

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

Contratado 5 41,7%

Tabela 2. Processo de trabalho

Variáveis	n	%
Influência do município no processo de trabalho		
Facilita um pouco	5	41,7%
Facilita muito	4	33,3%
Nem dificulta, nem facilita	2	16,7%
Dificulta um pouco	1	8,3%
Principal fator dificultador		
Não há dificuldade	1	20,0%
Falta de interesse da gestão municipal	2	40,0%
Formação incompleta de RH	1	20,0%
Conciliar atividade preventiva e curativa	1	20,0%
Principal fator facilitador		
Conhecimento técnico do gestor	2	18,2%
Reuniões para discutir e resolver os problemas	1	9,1%
Apoio da SMS	4	36,4%
A liberdade de planejar as atividades	3	27,3%
Diálogo e trabalho em equipe.	1	9,1%

Tabela 3. Priorização do atendimento

Variáveis	n	%
Há definição de grupos prioritários		
Sim	7	63,6%
Não	4	36,4%
Quais grupos são priorizados		
Gestantes	7	87,5%
Crianças(0-3 anos)	2	25,0%
Crianças(4-6 anos)	5	62,5%
Crianças(7-12 anos)	4	50,0%
Adolescentes (13-19 anos)	3	37,5%
Adultos (20-59 anos)	2	25,0%
Idosos (60 anos ou +)	4	50,0%
Grupos com doenças crônicas	4	50,0%
Portadores de necessidades especiais	4	50,0%

Tabela 4. Organização do agendamento

Variáveis	n	%
Livre demanda	3	25,00%
Na unidade pelo ACD/THD	7	58,33%
Na Unidade pelo Dentista	3	25,00%
Triagem com Classificação de risco	2	16,67%
Distribuição de fichas	1	8,33%
Na Unidade pela recepcionista	1	8,33%
Nas residências pelo ACS	4	33,33%
Classificação de risco	1	8,33%