



ciência plural

ÍNDICE CPOD E FATORES ASSOCIADOS DOS MORADORES DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO NORDESTE BRASILEIRO

DMF index and associated factors of residents in a small municipality in Northeast Brazil

Índice CPO y factores asociados de los residentes de un pequeño municipio en el noreste de Brasil

Rafael Bezerra Ribeiro • Secretaria Municipal de Saúde de Caicó – SMS/Caicó • Cirurgião-Dentista • E-mail: rafaelbribeiro@hotmail.com

Ana Luiza Oliveira • Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN • Professora do curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte - EMCM • E-mail: aluloli@gmail.com

Leonardo Thiago Duarte Barreto Nobre • UFRN • Professor do curso de Medicina da EMCM • E-mail: leo.dnobre@gmail.com

Sarah Betânia Santos de Medeiros • UFRN • Aluna do curso de Medicina da EMCM • E-mail: sarah_sanntos@live.com

Tiago Lameque de Sousa e Silva • UFRN • Aluno do curso de Medicina da EMCM • E-mail: tiago.lameque.silva.072@ufrn.edu.br

Maria Luiza Braz de Almeida • UFRN • Aluno do curso de Medicina da EMCM • E-mail: luiza.braz.118@ufrn.edu.br

Eudes Euler de Souza Lucena • UFRN • Professor do curso de Medicina da EMCM • E-mail: eudeseuler@hotmail.com

Autor correspondente:

Eudes Lucena • E-mail: eudeseuler@hotmail.com

Submetido: 20/12/2023

Aprovado: 10/06/2024

RESUMO

Introdução: A atenção à Saúde Bucal no Brasil foi qualificada a partir da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), através do Sistema Único de Saúde (SUS), fomentando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população. A avaliação da prevalência de cárie dentária em determinada comunidade, para Estudos Epidemiológicos em Saúde Bucal, pode ser realizada por meio do índice CPOD, que fornece a quantidade média de dentes cariados, perdidos e obturados.

Objetivo: O presente trabalho objetivou aferir o índice CPOD dos moradores de uma área coberta pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) de um município de pequeno porte, caracterizar seu perfil socioeconômico, verificar seu comportamento quanto ao uso de serviços odontológicos e identificar fatores associados ao índice. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de prevalência do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa em residentes de um município de pequeno porte com cobertura pela Equipe de Saúde Bucal. Foi utilizado um questionário de caracterização individual abordando identificação socioeconômica e comportamento relacionado à saúde bucal.

Resultados: Na análise do CPOD, a média de dentes perdidos (5,44) foi maior que a dos dentes obturados (4,31) e cariados (1,34). O desfecho CPOD foi associado positivamente com a idade e a necessidade do uso de prótese dentária. **Conclusões:** Observou-se uma média mais alta de dentes perdidos, seguida por dentes obturados, e uma média menor de dentes cariados. Verificamos que o índice CPOD individual foi mais elevado em pessoas com mais de 34 anos e naqueles que necessitavam de próteses dentárias.

Palavras-Chave: Saúde Bucal; Índice CPO; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Oral Health care in Brazil was qualified based on the National Oral Health Policy (PNSB), through the Unified Health System (SUS), promoting actions to promote, prevent and recover the oral health of the population. Assessing the prevalence of tooth decay in a community, for Epidemiological Studies in Oral Health, can be conducted using the DMFT index, which provides the average number of Decayed, Missing and Filled Teeth. **Objective:** This study aimed to measure the DMFT index of residents of an area covered by an Oral Health Team (ESB) of a small municipality, characterize their socioeconomic profile, verify their behavior regarding the use of dental services, and identify factors associated with this index.

Methodology: An exploratory and descriptive prevalence study was conducted with a quantitative approach in residents of a small municipality covered by the Oral Health Team. An individual characterization questionnaire addressing socioeconomic identification and behavior related to oral health was used. **Results:** The total sample was of 283 individuals with an average of 34 years of age. In the DMFT analysis, the average number of missing teeth (5.44) was higher than that of filled (4.31) and decayed ones (1.34). The occurrence of a DMFT index greater than 11 was significantly higher in individuals over 34 years of age (p value 0.000) and in subjects who needed dental prosthesis (p value 0.001). **Conclusions:** A higher average of missing teeth was observed, followed by filled ones, and a lower average of decayed teeth. The DMFT outcome was positively associated with age and the need to use dental prostheses.

Keywords: Oral Health; Prevalence; DMFT Index; Family Health Strategy; Oral Health Team.

RESUMEN

Introducción: La atención a la salud bucal en Brasil ha sido calificada por la Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a través del Sistema Único de Saúde (SUS), promoviendo acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal de la población. Para estudios epidemiológicos de salud bucal, la prevalencia de caries dental en una determinada comunidad puede ser evaluada utilizando el índice DMFT, que proporciona el número medio de dientes cariados, perdidos y obturados.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue medir el índice DMFT de los residentes de un área cubierta por el Equipo de Salud Bucal (ESB) de un pequeño municipio, caracterizar su perfil socioeconómico, verificar su comportamiento en cuanto al uso de servicios odontológicos e identificar factores asociados al índice. **Metodología:** Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo de prevalencia con abordaje cuantitativo en residentes de un pequeño municipio cubierto por un Equipo de Salud Bucal. Se utilizó un cuestionario de caracterización individual que abordaba la identificación socioeconómica y el comportamiento relacionado con la salud bucodental.

Resultados: La muestra total fue de 283 individuos con una edad media de 34 años. En el análisis de la DMFT, la media de dientes ausentes (5,44) fue superior a la de dientes obturados (4,31) y cariados (1,34). La incidencia de un DMFT superior a 11 fue significativamente mayor en los individuos de más de 34 años (valor $p < 0,000$) y en los que necesitaban un tratamiento dental. **Conclusiones:** Hubo un mayor número medio de dientes ausentes, seguido de dientes obturados, y un menor número medio de dientes cariados. El resultado del DMFT se asoció positivamente con la edad y la necesidad de prótesis dentales.

Palabras clave: Salud bucodental; prevalencia; índice DMFT; estrategia de salud familiar; equipo de salud bucodental.

Introdução

O modelo de assistência à saúde bucal no serviço público brasileiro foi importado dos Estados Unidos na década de 50, pautado no atendimento curativo que concentrava o tratamento das demandas de uma população definida. Assim, era priorizada a faixa etária de indivíduos até os 14 anos, tendo em vista a facilidade de acesso a intervenções no ambiente escolar, e os serviços oferecidos envolviam atendimentos clínicos e aplicação de flúor. Para adultos e idosos, apenas eram disponibilizados procedimentos odontológicos em caráter de urgência e extração dentária¹.

A Universalidade do Direito à Saúde no Brasil foi instituída com a criação da Constituição Federal de 1988², tendo em vista que o sistema público de saúde até então era um benefício, restrito aos contribuintes da Previdência Social³. Com a criação da lei 8.080 de 1990⁴, que consolidou as orientações constitucionais do SUS, o funcionamento da Atenção Básica foi reestruturado, sobretudo na Saúde Bucal⁵.

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB - Programa Brasil Sorridente)⁶, que qualificou a atenção à saúde bucal no SUS através da promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população. Nesse sentido, a política objetivava também a extinção do modelo mutilador vivenciado no passado e, para isso, precisou modificar o padrão de atendimento limitado ao consultório uma vez que o Programa Saúde da Família (PSF) tem como base o domicílio e a família⁷.

Os estudos de prevalência ou levantamentos epidemiológicos são ferramentas essenciais no campo da vigilância em saúde. Compõem um conjunto de métodos, elementos fundamentais na monitorização das condições de saúde e na atuação do sistema de saúde. Além disso, os estudos transversais têm relevante função na supervisão da equidade em saúde no país, haja vista a realidade de desigualdade econômica brasileira⁸.

O índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) de Klein e Palmer é mundialmente aceito para a pesquisa de prevalência de cárie dentária, pois atende os critérios de índice fidedigno e de simples aplicação. Esse indicador analisa a experiência de cárie em dentes permanentes através da média do total de números de dentes permanentes cariados e dentes permanentes obturados e perdidos. A média é obtida pela soma desses dois parâmetros, dividido pelo total de indivíduos examinados em uma parcela da população. A unidade “dente” é utilizada como denominador no cálculo porque oferece a maior riqueza de dados, uma vez que considera todas as 5 superfícies dentárias na avaliação⁹.

Este trabalho teve como objetivo aferir o índice CPOD dos moradores do bairro João XXIII, em Caicó/RN, caracterizar seu perfil socioeconômico, verificar seu comportamento quanto ao uso de serviços odontológicos e identificar fatores associados ao índice.

Metodologia

Tratou-se de um estudo de prevalência do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido com residentes do bairro João XXIII, em Caicó-RN. Essa população é coberta por uma Estratégia Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal (ESB).

Foram critérios de inclusão: residir no bairro há, no mínimo, 1 ano; ter idade superior a 12 anos; e ter dentição permanente. E critérios de exclusão: ter realizado o tratamento odontológico no setor privado, e pessoas com doenças sistêmicas.

Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário de caracterização individual abordando identificação socioeconômica e comportamento relacionado à saúde bucal no primeiro semestre de 2019. O questionário abordou as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, escolaridade, renda familiar, número de pessoas no domicílio, recebimento prévio de orientação de higiene bucal, visita anterior ao dentista, tempo decorrido desde a última visita e motivo dela, uso e necessidade de prótese dentária e índice CPOD. Na etapa seguinte, foi realizada avaliação clínica. Os resultados foram anotados conforme ficha elaborada considerando o modelo da Organização Mundial de Saúde - OMS¹⁰, adaptada à pesquisa atual.

As entrevistas foram realizadas na sala de reuniões da Unidade Básica de Saúde (UBS) Irmã Ana Dias do bairro João XXIII, com horário e data marcados, respeitando a privacidade e o sigilo das informações coletadas. O pesquisador responsável aplicou o questionário e realizou o exame clínico intra-bucal em seguida, na sala de atendimento clínico da UBS, utilizando material devidamente esterilizado para coletar os dados das condições bucais de cada participante. Utilizou-se sonda, pinça e espelho odontológico para diagnosticar os elementos dentários cariados, perdidos ou restaurados por meio do índice CPOD¹⁰, se é utilizada prótese dentária ou se há necessidade dela.

As entrevistas e exames clínicos foram realizados durante o horário de funcionamento da UBS. A demanda foi do sistema de marcação, no qual é feito agendamento semanal de pacientes de acordo com a microárea de cada Agente

Comunitário de Saúde (ACS). Assim, mensalmente as pessoas de todas as regiões do bairro são atendidas, refletindo numa amostragem de toda extensão da comunidade.

O cenário de pesquisa compreende uma comunidade de cerca de 2725 pessoas, divididas em sete microáreas que correspondem a um ACS cada. A equipe da Estratégia de Saúde da Família é composta por sete ACS, três técnicas de enfermagem, uma diretora, um enfermeiro, um dentista, uma auxiliar de serviços gerais e um médico.

Considerando o estudo prévio de Pereira et al.¹¹, no qual a consulta ao dentista em áreas com modelo tradicional ou sem cobertura foi de 27,1%, uma margem de erro de 20%, um efeito de desenho de 1,0 e uma taxa de não resposta de 20%, para uma população estimada na comunidade pesquisada de 2.725 pessoas, chegou-se a uma amostra final de 283 indivíduos.

Inicialmente foi feita uma análise descritiva da amostra, utilizando valores absolutos e relativos, contando também com parâmetros para variáveis quantitativas. Em seguida, foi feita a análise bivariada para verificar, através do teste qui-quadrado, a magnitude de associação entre as variáveis dependentes (índice CPO, uso de prótese, necessidade de prótese) e as variáveis independentes (idade, sexo, escolaridade, renda familiar, número de pessoas residentes no domicílio, se recebeu orientação de higiene bucal, visita ao dentista, tempo decorrido após a última visita ao dentista, motivo da última visita ao dentista). A variável dependente índice CPOD individual foi categorizada com base na sua mediana para análise inferencial. O valor considerado como significativo de P foi menor do que 0,05 e o índice de confiança foi de 95%.

A análise multivariada foi feita usando um modelo de regressão logística, através da análise hierárquica para estimar as razões de prevalência para CPOD > 11 ajustadas por idade, escolaridade e necessidade de prótese. O modelo foi iniciado pelas variáveis mais significativas, seguida das variáveis adicionadas individualmente, considerando o p valor crítico para entrada no modelo de 0,05. A permanência da variável no modelo foi baseada no Teste de verossimilhança, multicolinearidade, bem como pelo teste de Hosmer e Lemeshow. Para todos os testes, o nível de significância de 5% foi adotado.

Resultados

A amostra total foi de 283 indivíduos, 62,5% de mulheres e 37,5% de homens. Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes tinham ensino fundamental incompleto (39,2%), seguido por 31,1% que completaram o ensino médio, enquanto 3,9% concluíram o ensino superior. A renda familiar variou entre 80,00 e 5.300,00 reais, estando a maioria dos entrevistados (37,1%) na faixa de 80,00 a 954,00 reais. A média de idade dos sujeitos foi de 34 anos (usado para categorização da faixa etária).

Do total da amostra, 64,3% relataram ter recebido orientações de higiene bucal ao longo de sua vida. Todos (100%) os entrevistados visitaram o dentista pelo menos uma vez na vida, dos quais 39,9% compareceram ao atendimento odontológico num período de até 6 meses anteriores.

Quanto ao uso de prótese dentária, 81,3% dos participantes não utilizavam. Do total, 29% não necessitavam e 51,2% necessitavam de prótese nas arcadas superior e inferior.

Em relação ao índice CPOD, observou-se a maior média no componente perdido (5,44), seguido pelo componente obturado (4,31) e componente cariado (1,34) (Tabela 1).

Tabela 1. Média, desvio padrão, mediana, quartis 25 e 75, e mínimo e máximo das variáveis: componente cariado, componente perdido e componente obturado. Caicó-RN, 2024.

Variável	Média +/-DP	Mediana	Q25-Q75	Mínimo/Máximo
Componente cariado	1,34 ± 2,13	0,00	0,00-2,00	0,00-17,00
Componente perdido	5,44 ± 6,09	2,00	0,00-8,00	0,00-32,00
Componente obturado	4,31 ± 4,37	3,00	1,00-7,00	0,00-19,00

Legenda: DP: Desvio padrão; Q25-Q75: Distância interquartílica.

Fonte: Elaboração própria.

A ocorrência de CPOD maior do que 11 foi significativamente maior em indivíduos com a idade superior a 34 anos de idade (p valor <0,001) e nos sujeitos que com necessidade de prótese dentária (p valor 0,001) (Tabela 2).

Tabela 2. Frequências, teste Qui², p valor, razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança do desfecho CPOD individual associado a variáveis socioeconômicas. Caicó-RN, 2024.

Variável	CPO-D (≥ 11)							
	n	%	Qui ²	p valor _{naj}	RP _{naj}	IC (95%)	RP _{aj}	p valor _{aj}
Sexo								
Masculino	45	42,5	2,312	0,128	1,238	0,952- 1,609		
Feminino	93	52,5						
Idade								
- 33	38	25,5	66,189	<0,001	0,342	0,255- 0,457	1,480	0,001
+ 34	100	74,6						
Renda								
- 1.300	75	52,8	0,153	0,211	1,182	0,929- 1,504		
+ 1.301	63	44,7						
Escolaridade								
Analf. até Fund. Completo	80	59,3	10,593	0,001	1,512	1,184- 1,931	0,292	0,747
Médio Inc. até Sup. Compl.	58	39,2						
Número Pessoas Domicílio								
- 4	99	51,8	1,853	0,173	1,223	0,929- 1,609		
+ 5	39	42,4						
Orientação Higiene Bucal								
Sim	83	45,6	1,698	0,193	0,837	0,660- 1,063		
Não	55	54,5						
Tempo Última Consulta								
Até 1 ano	95	49,7	0,120	0,729	1,064	0,820- 1,381		
Mais de 1ano	43	46,7						
Motivo Última Consulta								
Rotina	92	51,4	1,080	0,162	1,428	0,897- 1,505		
Dor	46	44,2						

Necessidade de Prótese	n	%	Qui ²	p valor _{naj}	RP _{naj}	IC (95%)	RP _{aj}	p valor _{aj}
Sim	8	9,8						
Não	130	64,7	68,129	<0,001	0,151	0,077-0,294	2,154	0,001

Legenda: n: número; %: Percentual; Qui 2: Teste Qui Quadrado; p valor_{naj}: valor de p não ajustado; RP_{naj}: Razão de prevalência não ajustado; IC (95%): Intervalo de Confiança; RP_{aj}: Razão de prevalência ajustado; p valor_{aj}: valor de p ajustado.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

A perda dentária é um reconhecido e grave problema de saúde pública, constituindo uma boa medida da condição de saúde bucal populacional, possuindo grande influência na qualidade de vida dos indivíduos. Seus impactos causam diminuição das capacidades funcionais de mastigação e fonação, bem como prejuízos de ordem nutricional, estética e psicológica, com redução da autoestima e da integração social¹².

A ausência de políticas públicas de saúde bucal no passado, com foco em promoção e prevenção em âmbito universal, e a presença de modelos de atenção em saúde bucal voltados ao mercado, à mutilação e ao artificialismo protesista de outrora conduziram boa parte da população a mutilações falsamente reparáveis pela tecnologia do presente¹³.

Examinando a análise univariada pode-se observar maior prevalência de indivíduos do sexo feminino (62,5%) em relação ao sexo masculino (37,5%); no que tange o nível educacional, a escolaridade mais encontrada foi a de fundamental incompleto (39,2%); uma maior quantidade de indivíduos com renda na faixa de 80 a 954 reais (37,1%); 64,3% dos moradores do bairro disseram ter recebido orientações sobre higiene oral; o tempo decorrido da última visita ao dentista foi até 6 meses (39,9%); e o maior motivo de visita ao atendimento odontológico foi a rotina para tratamento (63,3%).

Considerando que o Ensino Fundamental se completa com 9 anos de estudo, em relação à escolaridade, estudos mostraram resultados condizentes com o que encontramos no nosso estudo (39,2% dos pesquisados com Ensino Fundamental

Incompleto); como de Moura et al.¹⁴, no qual 64,3% da amostra teve o Ensino Fundamental Incompleto; o de Santillo et al.¹⁵, na faixa de 1 a 8 anos de estudo obteve 73,2% da sua amostra; e o de Roberto et al.¹⁶, que teve 60,6% dos pesquisados numa faixa de estudo entre 5 e 11 anos; mostrando uma população com baixa instrução.

A renda de 37,1% indivíduos do estudo em questão variou entre 80 a 954 reais, resultado semelhantes encontrado nos estudos de Cangussu et al.¹⁷, no qual 81,27% dos participantes da sua pesquisa tinham até 2 salários mínimos e o de Roberto et al.¹⁶, em que 78,7% da sua amostra tinha uma faixa renda entre 0 a 400 reais, denotando uma população de estudo de baixa renda.

Com relação ao recebimento de orientação acerca de higiene oral, 64,3% moradores do bairro disseram ter recebido por profissional, corroborando com o estudo de Coimbra et al.¹⁸, em que a maioria das pessoas (80,7%) também relatou ter recebido as orientações.

A maior parte dos pesquisados respondeu que o tempo decorrido da última visita foi de até 6 meses (39,9%), em consonância com os trabalhos de Oliveira et al.¹⁹, até 1 ano: 61,0%; e de Moura et al.¹², menor que 1 ano: 45,8%.

No presente estudo tivemos uma maior média de dentes perdidos (5,44), seguido da média de dentes obturados (4,31) e uma menor média de dentes cariados (1,34), corroborando com os estudos de Coimbra et al.¹⁸, em que na faixa etária de 45 a 64 anos e acima de 65 anos, a média de dentes perdidos foi maior, seguido dos dentes obturados e cariados; de Oliveira et al.¹³, em que o componente perdido teve média de 22,94, obturado 3,69 e cariado 0,53; de Lacerda et al.²⁰, em que tiveram uma média de dentes perdidos: 11,0, obturados: 8,5 e cariados: 0,7; de Silva, Sousa e Wada²¹, que na faixa etária entre 64 e 75 anos tiveram uma média de perdidos de 28,8, obturados de 1,78 e cariados de 0,50; de Silva-Júnior et al.²², que na faixa etária de 45 a 64 anos tiveram uma média do componente perdido de 14,68, obturado 8,70 e cariado 1,10.

Entretanto, estudos que examinaram outras faixas etárias mostram que a média de dentes obturados foi maior que a média de dentes perdidos e cariados, tais como o de Coimbra et al.¹⁸, nas faixas etárias de 21 a 34 anos e 35 a 44 anos; Silva-Júnior et al.²² na faixa etária de 20 a 44 anos (obturados 8,66; perdidos 3,30; e cariados 0,99); Silva,

Sousa e Wada²¹, na faixa etária de 35 a 44 anos (obturados 13,03; perdidos 9,27; e cariados 9,27); Filgueira et al.²³, na faixa etária de 15 a 19 anos: obturados 2,31, perdidos 0,10 e cariados 0,93; e Cangussu et al.¹⁷, no qual a média de obturados foi 6,14, perdidos 3,38 e cariados 2,61.

De acordo com Coimbra et al.¹⁸, o número menor de dentes cariados numa população denota a priorização, durante décadas, da assistência odontológica aos escolares, tanto no maior acesso ao atendimento clínico nas ESF quanto nas atividades de promoção e prevenção desenvolvidas para esse público. Os autores salientam também que a redução do número de dentes cariados nos indivíduos acima de 34 anos aconteceu devido a migração do componenteariado para os obturados e perdidos, também como resposta da implementação das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária. Outro fator relevante destacado por eles é que, no município em que eles desenvolveram o estudo, há uma dificuldade no acesso a especialidades como periodontia e endodontia, o que contribuiu para uma elevação das perdas dentárias.

Nossos resultados de pesquisa revelaram um aumento significativo no número de dentes perdidos em comparação aos dentes obturados e cariados. Uma possível explicação para essa observação é a ausência do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) na rede de saúde pública do município de Caicó. Isso cria dificuldades no acesso a especialidades como endodontia e periodontia, especialmente para a população economicamente menos favorecida, que é o foco do nosso estudo. Em outras palavras, quando não há encaminhamentos adequados da Atenção Primária para a Atenção Secundária, há uma maior probabilidade de perda de dentes, pois a Atenção Primária possui limitações e, quando os problemas endodônticos e periodontais são mais graves, a extração dental acaba sendo a única solução disponível.

Nesse sentido, para garantir que os procedimentos não ofertados pela Equipe de Saúde Bucal da Atenção Primária sejam realizados pelas especialidades odontológicas, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe uma articulação entre toda a rede de serviços, sobretudo das ESF com o CEO, de acordo com os pressupostos da reorientação do modelo de Atenção em Saúde Bucal⁶.

Na pesquisa desenvolvida por Silva-Júnior et al.²², o componente preponderante na população mais jovem foi o de dentes obturados, tendo em vista que nos adultos mais velhos foi de perdidos, e nesses dois grupos etários o componente cariado obteve a menor média. De acordo com eles, a prevalência de dentes obturados pode ter sido maior por consequência da maior oferta e acessibilidade aos serviços odontológicos públicos, sobretudo pela criação da PNSB, com a incorporação das Equipes de Saúde Bucal nas ESF do país, o que evidencia a importância do cuidado em saúde bucal na APS e reflete as estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde desses indivíduos.

Em nosso estudo, foi observado que a média de componentes obturados foi menor do que o componente perdido e maior que o número de dentes cariados. O número de dentes cariados pode ser um reflexo das ações de prevenção e promoção à saúde bucal nas ações coletivas realizadas na comunidade, posto que influencia os usuários a terem melhores práticas de higienização bucal e a procurarem os serviços da ESF quando necessário, otimizando o tempo de resolutividade dos problemas de saúde oral. Menezes-Silva et al.²⁴ apontam que elevados índices de edentulismo e alta taxa de CPOD demonstram um modelo de saúde voltado mais para extração dos dentes do que para prevenção e promoção de saúde bucal, especialmente em adultos e idosos, que buscam atendimento em situações de urgências odontológicas. Entretanto, Oliveira et al.¹³ apontam que essa faixa etária sofre com as repercussões de um comportamento de riscos ao longo da vida e, por isso, observa-se sequelas da cárie ao longo dos anos, acarretando mais extrações, dentes perdidos e maior necessidade de próteses dentárias.

A necessidade de reabilitação ora por prótese dentária no estudo foi de 71%, mas quando avaliado a quantidade de pessoas que a usam são apenas 18,7%, o que demonstra uma grande quantidade de usuários não assistidos. Dentre os indivíduos que necessitavam de prótese dentária, 3,2% necessitavam de prótese apenas na arcada dentária superior e os que necessitavam apenas na arcada dentária inferior era de 16,6%, explicitando maior necessidade de reabilitação nesta região. No estudo de Cangussu et al.¹⁷, também foi encontrada uma alta necessidade de prótese dentária (50,66%), mas apenas 20,35% faziam uso dela. Esses resultados corroboram os dados

da pesquisa de Silva-Júnior et al.²², que obteve maior necessidade de prótese na arcada dentária inferior que na porção superior.

Silva-Júnior et al.²², também destacaram que o diagnóstico da necessidade e do uso de prótese dentária de uma população adulta é fundamental para o planejamento dos serviços odontológicos, sobretudo para ações da Atenção Secundária Especializada. Os autores também salientaram que a necessidade de reabilitação oral desses pacientes é reflexo da acumulação de extrações dentárias. Isso mostra a relevância das ações de reabilitação oral, que estão dispostas na Política Nacional de Saúde Bucal⁶ e consistem no restabelecimento total ou parcial das funções perdidas como resultado da doença, o que só é possível com a instalação do CEO no município, pois é o responsável pela Atenção Especializada.

Na população estudada nessa pesquisa, tivemos um CPOD individual maior na faixa etária acima de 34 anos de idade (p valor = 0,001) e em pacientes que necessitavam de prótese dentária (p valor = 0,001). Esses usuários fazem parte da parcela da população que teve o período da infância em um momento que precedeu a universalização da saúde pública por meio do SUS, porque mesmo após a sua criação, a organização do sistema de saúde pública demorou a acontecer, após a instituição do direito à saúde na Constituição Federal de 1988² e a lei 8.080 de 1990⁴, que foi responsável por reorganizar a atuação da Atenção Básica, especialmente na Saúde Bucal⁵.

O município de Caicó possui 20 Equipes de Saúde Bucal (17 urbanas e 3 rurais), compostas de Odontólogo e Técnico/Auxiliar de Saúde Bucal, ou seja, modalidade I. No entanto, percebe-se ainda um alto índice de exodontias de dentes permanentes e ausência de serviço especializado na média complexidade da rede de atenção à saúde.

Assim, as medidas recomendadas ao município foram a adoção de políticas de educação permanente para os profissionais da saúde bucal visando fortalecer as ações de promoção e prevenção aos agravos de saúde bucal nas comunidades, como parte integrante das ações curativas e reabilitadoras; e instituição de um Centro de Especialidades Odontológicas com a intenção de absorver a grande demanda

reprimida em relação aos procedimentos especializados em odontologia, sobretudo tratamentos endodônticos e reabilitadores.

Conclusões

Na comunidade onde foi realizado o estudo, observou-se uma média mais alta de dentes perdidos, seguida por dentes obturados, e uma média menor de dentes cariados. Verificou-se que o índice CPOD individual foi mais elevado em pessoas com mais de 34 anos e naqueles que necessitavam de próteses dentárias. Esses resultados destacam a necessidade de aprimorar os serviços de saúde bucal na rede pública do município de Caicó, especificamente através da implementação de um Centro de Especialidades Odontológicas. Essa medida seria crucial para apoiar os serviços da Atenção Primária, com o objetivo de reduzir a necessidade de extrações dentárias e aumentar as opções de reabilitação oral para a população. Além disso, seria uma maneira de estimular ações de promoção e prevenção de doenças bucais, conforme recomendado pela Política Nacional de Saúde Bucal.

Referências

1. Aquilante AG, Aciole GG. Oral health care after the National Policy on Oral Health - "Smiling Brazil": a case study. *Ciênc saúde coletiva*. 2015Jan;20(1):239-48. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21192013>
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
3. Júnior AP, Júnior LC. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Rev Espac Para Saude*. 2006;8(1):13-9.
4. Brasil. Lei N° 8.080, 19 set 1990. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
5. Corrêa GT, Celeste RK. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. *Cad Saúde Pública*. 2015Dec;31(12):2588-98. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00000915>

6. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde MS. DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
7. Cericato GO, Garbin D, Fernandes AP. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. Rev Fac Odontol UPF. 2010;12(3). <https://doi.org/10.5335/rfo.v12i3.1065>
8. Roncalli AG, Côrtes MI de S, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012; 28:s 58–68.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300007>
9. Pigozzo MN, Laganá LC, Campos TN, Yamada MCM. A importância dos índices em pesquisa odontológica: uma revisão da literatura. Rev Odontol Univ Cid São Paulo. 2008;20(3):208-7.
10. Moraes SNS, Arsenian MB, Tucci R. Avaliação clínica e utilização do índice CPO-D/"ceo-d" em crianças da Escola Municipal José Carlos Porto-Paraty/RJ. Health Sci Inst.; 2014 Jul; 32(3): p.235-240.
11. Pereira CR dos S, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. Cad Saúde Pública. 2012 Mar; 28(3): 449–62. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300005>
12. Nico LS, Andrade SSCA, Malta DC, Júnior GAP, Peres MA. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciênc Saúde Coletiva. 2016 Fev; 21(2): 389-398.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.25942015>
13. Oliveira EJP, Rocha VFB, Nogueira DA, Pereira AA. Qualidade de vida e condições de saúde bucal de hipertensos e diabéticos em um município do Sudoeste Brasileiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2018 Mar; 23 (3): 763-772.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00752016>
14. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2014 Mar; 30(3): 611-622.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00117012>
15. Santillo PMH, Gusmão ES, Moura C, Soares R de SC, Cimões R. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2014 Fev; 19(2): 581–90.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.20752012>

16. Roberto LL, Noronha DD, Souza TO, Miranda EJP, Martins AME de BL, Paula AMBD, et al.. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. Ciênc saúde coletiva. 2018Mar;23(3):823-35. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.25472015>
17. Cangussu MCT, Silva KMG da, Mello MV, Vianna MIP, Lima LS. Cárie dentária em trabalhadores da indústria atendidos pelo sesi no brasil e fatores associados. Rev. Saúde Col. UEFS; 6º de janeiro de 2017; 6(2):8-14. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v6i2.1157>
18. Coimbra MB, Vazquez F de L, Cortellazzi KL, Pardi V, Mialhe FL, Meneghim M de C, et al. Relação entre risco à cárie dentária e variáveis socioeconômicas e demográficas em usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, SP: um estudo longitudinal. Arquivos em Odontologia; 2012 Sep 1; 48(3):142-50. <https://doi.org/10.7308/aodontol/2012.48.3.04>
19. Oliveira RCN, Souza JGS, Oliveira C de C, Oliveira LFB de, Pelino JEP, Martins AME de BL, et al. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. Ciênc Saúde Coletiva; 2015 Jan; 20(1): 85-94. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.00032014>
20. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Rev Saúde Pública. 2016 Jun; 38(3): 453-458, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300017>
21. Silva DD da, Sousa M da LR de, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004 Mar; 20(2): 626-31. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200033>
22. Silva-Junior MF, Sousa ACC de, Batista MJ, Sousa M da LR de. Condição de saúde bucal e motivos para extração dentária entre uma população de adultos (20-64 anos). Ciênc saúde coletiva. 2017 Ago; 22(8): 2693-702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.22212015>
23. Filgueira ACG, Machado FCA, Amaral BA, Lima KC, Assunção IV. Saúde bucal de adolescentes escolares. Holos; 2016 Fev; 32(1): 161-172. <https://doi.org/10.15628/holos.2016.3577>
24. Menezes-Silva, R, et al. Inquérito epidemiológico em saúde bucal e fatores psicossociais em idosos – um estudo piloto. Sci Med; 2015 Set; 25(2): 1-8. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2015.2.20918>