



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Classificação do risco individual em saúde bucal para organização do atendimento odontológico

Classification of individual risk in oral health for the organization of the dental care service

Hugo Vinícius Cotrim Fausto¹, Rodrigo Santos de Sousa², Cristiane Alves Paz de Carvalho³, Fábio Silva de Carvalho⁴

RESUMO

Este estudo objetivou classificar o risco individual em saúde bucal de usuários do serviço odontológico do distrito de Brejinho das Ametistas, Caetité-BA, para organização do atendimento odontológico. Participaram 207 usuários que procuraram atendimento odontológico na Estratégia de Saúde da Família do distrito. Realizou-se exame bucal e preenchimento de um formulário para classificação do risco. 58,5% dos usuários eram do sexo feminino, 87,4% estavam agendados para atendimento, 51,7% dos usuários classificados em alto risco pertenciam às microáreas distantes da Estratégia Saúde da Família, 61,5% foram atendidos por urgência e 57,0% apresentaram perda dentária. Os usuários classificados em médio e alto risco individual em saúde bucal apresentaram piores condições de saúde bucal e residiam em locais de difícil acesso ao serviço de saúde. O uso de critérios de risco poderá auxiliar na identificação de indivíduos com maior risco de adoecer e na priorização do atendimento odontológico.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família. Saúde bucal. Fatores de risco. Equidade.

ABSTRACT

This study aimed to classify the individual oral health risk of dental service users in the district of Brejinho das Ametistas, Caetité-BA, for the organization of dental

¹ Especialista em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Jequié/BA.

² Cirurgião-dentista - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Jequié/BA.

³ Professora Adjunta do Departamento de Saúde I, Área de Odontologia em Saúde Coletiva.

⁴ Professor Adjunto do Departamento de Saúde I, Área de Odontologia em Saúde Coletiva. E-mail: fscarvalho@uesb.edu.br

care service. 207 users who sought dental care in the district's Family Health Strategy participated in this research. Oral examination and the filling out of a risk classification form were performed. 58.5% of users were female, 87.4% were scheduled for care, 51.7% of users classified as high risk belonged to the microarea away from the Family Health Strategy, 61.5% were admitted to urgently and 57.0% had tooth loss. Users classified as medium and high individual risk in oral health had worse oral health conditions and lived in places with difficult access to health services. The use of risk criteria may help to identify individuals at greater risk of becoming ill and to prioritize dental care.

KEYWORDS: Family Health Strategy. Oral Health. Risk factors. Equity.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, abrangendo desde a promoção a manutenção da saúde da população e respeitando suas singularidades¹. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementada como uma proposta de reorientação da atenção primária e com o intuito de levar a saúde para a proximidade da família e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos².

A ESF propõe uma reorganização das ações, até então centradas no indivíduo e no processo saúde-doença, para o cuidado integral desse indivíduo dentro do contexto familiar. Dessa forma, exige que os profissionais tenham um olhar mais sensível para a identificação dos problemas, situações de risco e, conseqüentemente, definição das prioridades³.

O Ministério da Saúde (MS) propôs, como forma de ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal e reorganização das ações no nível primário de atenção, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, por meio da Portaria 1.444 de dezembro de 2000⁴. Como tentativa de mudança da situação de saúde bucal da população o MS instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, formada por medidas para garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, sendo estas ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

O cirurgião-dentista (CD), assim como os demais profissionais da ESF, atuam em território de abrangência com população cadastrada, o que permite um levantamento das condições socioeconômicas, culturais, ambientais e de saúde dos usuários⁶. As atribuições do CD, em nível da atenção básica, são direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. Além disso, sua atuação deve promover um equilíbrio entre prevenção e cura⁷.

Mesmo sendo a prática preconizada pela ESF outra, e devido à carga histórica de procura de serviços, o atendimento odontológico ainda tem sido baseado na prática hegemônica, orientada pelo paradigma flexneriano, com trabalho tecnicista e centrado

no profissional, voltado para uma abordagem individual e aplicação de tecnologias duras⁸, predominância de atividades curativas e preventivas sem abordagem coletiva e mantendo-se a prática tradicional da demanda espontânea⁹. Assim, é necessário estabelecer critérios levando em consideração as particularidades dos usuários e do núcleo familiar para que se possa organizar o atendimento, tais como o grau de vulnerabilidade e o risco de adoecimento, classificando, assim, os que possuem maior necessidade de assistência¹⁰.

A classificação de risco familiar tem sido utilizada para reorganizar a demanda de atendimento e planejar ações da ESF, priorizando os indivíduos e famílias com maior risco de adoecimento¹¹. Para organização do atendimento odontológico, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná propôs a avaliação do risco individual através de um formulário estratificado que se baseia em fatores biológicos, odontológicos, de autocuidado e critérios específicos para crianças de 0 a 5 anos para priorização do atendimento odontológico de acordo com as necessidades da população¹².

Estudos apresentam a relação e o impacto das condições socioeconômicas na saúde bucal, comprovando a importância de se organizar o atendimento em saúde bucal levando em consideração ferramentas de risco social e bucal^{13,14}. Nesse sentido, deve-se levar em consideração o princípio da equidade, como meio de amenizar as iniquidades provenientes das condições sociais desfavoráveis e priorizar o atendimento dos que mais necessitam¹⁵. Ante o exposto, o presente estudo tem como objetivos identificar e classificar o risco individual em saúde bucal de usuários do serviço odontológico do distrito de Brejinho das Ametistas, Caetité-BA, para propor a organização do atendimento odontológico.

MATERIAL E MÉTODOS

Esse estudo descritivo e de natureza quantitativa foi realizado no distrito de Brejinho das Ametistas, pertencente ao município de Caetité-BA, localizado a 636 quilômetros da capital Salvador. O distrito localiza-se a 28 quilômetros do município e a assistência à saúde é feita por uma única ESF.

De acordo com o último cadastramento realizado pela ESF, há 876 famílias, que correspondem a uma população de 2.489 habitantes, distribuídas em 9 microáreas. As microáreas 1 e 2 estão localizadas próximas à ESF, enquanto as demais distam em média 10,4 quilômetros da ESF. A distribuição das famílias de acordo com a microárea e a distância da microárea até a ESF podem ser visualizadas no Quadro 1. A fonte de renda da população é proveniente de trabalho agrícola, atividade mineradora, programas do governo e aposentadoria.

Quadro 1 – Distribuição das famílias de acordo com a microárea e distância em quilômetros até a ESF. Distrito Brejinho das Ametistas, Caetité-BA, 2018

Microárea	Famílias	Pessoas	Distância em quilômetros
1	195	557	-
2	198	548	-
3	65	187	10
4	98	259	9
5	47	102	12
6	81	253	12
7	61	157	5
8	86	273	12
9	43	153	13

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Caetité-BA

A amostra foi obtida por conveniência, abrangendo todos os usuários que procuraram atendimento odontológico na ESF, durante um período de seis meses de coleta dos dados do estudo. Como critério de inclusão foram considerados: usuários que residiam na área de abrangência da ESF e que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os exames clínicos foram realizados por um cirurgião-dentista, previamente treinado e padronizado, visando garantir a uniformidade de interpretação, compreensão, aplicação dos critérios adotados e a concordância intraexaminador. Os exames foram realizados no consultório odontológico da ESF, com iluminação artificial, utilizando-se sondas OMS e espelhos bucais planos.

Para a coleta de dados, procedeu-se ao exame bucal durante atendimento odontológico pelo cirurgião-dentista e preenchimento de um formulário estratificado, proposto pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná para Classificação do Risco Individual em Saúde Bucal. Esse formulário adota critérios biológicos, odontológicos e de autocuidado. Para crianças de 0-5 anos, além dos critérios mencionados, são acrescentados os critérios específicos para essa faixa etária¹² (Tabela 1).

Tabela 1 – Critérios de risco individual em saúde bucal

Item	Escore padrão
Critérios biológicos	
O usuário apresenta condição crônica: diabetes, hipertensão arterial, gestante ou idoso	2
Usuário com deficiência intelectual	3
Usuário acamado	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3
Criança de 6-11 anos ou adolescente de 12-19 anos	4
Critérios Odontológicos	

(Conclusão)	
Item	Escore padrão
O usuário teve dor de dente nos últimos 6 meses	2
O usuário apresenta mancha branca ativa	1
O usuário apresenta boca seca	2
O usuário apresenta lesão de cárie em até 3 dentes	2
O usuário apresenta lesão de cárie de 4 a 7 dentes	3
O usuário apresenta lesão de cárie em mais de 8 dentes	4
O usuário está com ferida na boca há mais de 15 dias	3
O usuário está com sangramento na boca	2
O usuário está com algum dente permanente mole	3
O usuário precisa de prótese total	2
O usuário precisa de prótese parcial	1
O usuário tem perda de 1 ou mais dentes	4
O usuário necessita de endodontia	30
O usuário necessita de periodontia	30
O usuário necessita de cirurgia complexa	30
O usuário necessita de diagnóstico de lesão	30
O usuário é portador de necessidade especial que precisa de atendimento odontológico no serviço especializado	30
Critérios de autocuidado	
O usuário, mãe ou cuidador com baixa escolaridade (até 4º ano do ensino fundamental)	3
O usuário come doce ou toma refrigerante diariamente	2
O usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3
O usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado	3
O usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	3
O usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3
Critérios para crianças de 0-5 anos	
A criança faz uso de mamadeira sem higiene posterior	3
A criança usa chupeta adoçada com açúcar ou mel	3
A criança tem comportamento não colaborador durante a higiene	3
A criança faz sua higiene sem a supervisão/complementação de um adulto	3
A criança apresenta dentes fusionados e/ou hipocalcificados e/ou hipoplasia e/ou defeito congênito	2

Fonte: Linha guia rede de saúde bucal. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016¹²

A partir da somatória dos escores, o indivíduo será estratificado de acordo com seu risco individual em baixo, médio ou alto. O número de consultas odontológicas necessárias para seu tratamento assim como a periodicidade para o seu monitoramento estão atrelados à estratificação do risco individual¹² (Tabela 2).

Tabela 2 – Estratificação de risco, recomendações de consulta por ano e frequência do monitoramento dos usuários do serviço de saúde bucal

Escore total	Risco	Recomendações	Monitoramento
0 a 10 pontos	Baixo	2 consultas	Anual
11 a 30 pontos	Médio	3 a 5 consultas	Semestral
Acima de 30 pontos	Alto	6 ou mais consultas	Trimestral

Fonte: Linha guia rede de saúde bucal. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016¹²

Para análise dos dados, os participantes foram categorizados de acordo com a distância do local de residência à ESF (microáreas próximas à ESF – referente às microáreas 1 e 2; microáreas distantes da ESF – referente às microáreas 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9), tipo de atendimento odontológico (agendado, urgência), sexo (feminino, masculino), faixa etária (menos de 18 anos, 18 a 24 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos, 55 a 66 anos)¹⁶, escolaridade (baixa – usuário/responsável/cuidador que estudou até o 4º ano do ensino fundamental; adequada – usuário/responsável/cuidador que estudou além do 4º ano do ensino fundamental)¹², perda dentária (dentes anteriores, pré-molares, molares) e relacionados à classificação de risco individual em saúde bucal (baixo, médio e alto).

Os dados foram tabulados na planilha do programa Office Excel 2016® e analisados de forma descritiva. Para comparação entre as microáreas de residência, tipo de atendimento odontológico, sexo e faixa etária de acordo com o risco individual, foram utilizados o teste do Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Para comparação entre a perda dentária e o risco individual em saúde bucal, foram adotados o teste Kruskal-Wallis e o teste Dunn para comparações múltiplas. Em todos os testes foi considerado nível de significância de 5,0% ($p < 0,05$).

Esse estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme resolução 466/2012 e autorização do participante mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Este estudo teve a participação de 207 usuários do serviço de saúde bucal que estiveram em tratamento odontológico no período de seis meses da coleta de dados e apenas nove usuários se recusaram em participar, sendo a taxa de resposta de 95,8%. A maioria dos indivíduos era do sexo feminino (58,5%), residia nas microáreas distantes da ESF (51,7%), agendou a consulta para o atendimento odontológico (87,4%) e 18,8% foram identificados com baixa escolaridade. A faixa etária mais prevalente foi de menos de 18 anos (33,8%) e 40,6% dos participantes foram classificados em alto risco individual em saúde bucal (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos usuários de acordo com o local de residência, tipo de atendimento, sexo, faixa etária, escolaridade e risco individual em saúde bucal. Distrito Brejinho das Ametistas, Caetité-BA, 2018

	n	%
Local de residência		
Microáreas próximas à ESF	100	48,3
Microáreas distantes da ESF	107	51,7
Tipo de atendimento		
Agendado	181	87,4
Urgência	26	12,6
Sexo		
Feminino	121	58,5
Masculino	86	41,5
Faixa etária		
Menos de 18 anos	70	33,8
18 a 24 anos	47	22,7
25 a 34 anos	31	15,0
35 a 44 anos	35	16,9
45 a 54 anos	16	7,7
55 a 66 anos	8	3,9
Escolaridade		
Baixa	39	18,8
Adequada	168	81,2
Risco individual em saúde bucal		
Baixo	66	31,9
Médio	57	27,5
Alto	84	40,6
Total	207	100,0

Fonte: elaborada pelos autores

A prevalência de indivíduos classificados em alto risco individual em saúde bucal foi similar entre as microáreas, no entanto, observou-se maior prevalência de usuários classificados em baixo risco (45,0%) nas microáreas mais próximas à ESF e em médio risco (39,3%) nas microáreas mais distantes da ESF ($p < 0,001$). Verificou-se associação do risco individual em saúde bucal com o tipo de atendimento odontológico ($p = 0,004$), sendo que 37,6% dos usuários agendados e 61,5% dos usuários atendidos por urgência foram classificados em alto risco individual em saúde bucal. A classificação do risco individual em saúde bucal foi similar entre os sexos. Houve associação entre a escolaridade e o risco individual em saúde bucal, sendo observada maior prevalência de indivíduos de baixa escolaridade em médio risco ou alto risco individual em saúde bucal. Em relação às faixas etárias, o baixo risco individual foi mais prevalente entre os usuários com menos de 18 anos, enquanto o alto risco individual foi mais prevalente para todas as faixas etárias acima de 25 anos (Tabela 4).

Tabela 4 - Classificação de risco individual de acordo com o local de residência, tipo de atendimento, sexo, escolaridade e faixa etária. Distrito Brejinho das Ametistas, Caetité-BA, 2018

	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Local de residência							
Microáreas próximas à ESF	45	45,0	15	15,0	40	40,0	<0,001*
Microáreas distantes da ESF	21	19,6	42	39,3	44	41,1	
Tipo de atendimento							
Agendado	65	35,9	48	26,5	68	37,6	0,004**
Urgência	1	3,9	9	34,6	16	61,5	
Sexo							
Feminino	40	33,1	31	25,6	50	41,3	0,758
Masculino	26	30,2	26	30,2	34	39,6	
Escolaridade							
Baixa	2	5,1	16	41,0	21	53,8	<0,001**
Adequada	64	38,1	41	24,4	63	37,5	
Faixa etária							
Menos de 18 anos	33	47,1	27	38,6	10	14,3	***
18 a 24 anos	18	38,3	13	27,7	16	34,0	
25 a 34 anos	9	29,0	2	6,5	20	64,5	
35 a 44 anos	6	17,1	6	17,1	23	65,8	
45 a 54 anos	-	-	6	37,5	10	62,5	
55 a 66 anos	-	-	3	37,5	5	62,5	
Total	66	31,9	57	27,5	84	40,6	

Legenda: * estatisticamente significativa (Teste do Qui-quadrado); ** estatisticamente significativa (Teste Exato de Fisher); *** Não foi possível considerar o valor de p devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas

Fonte: elaborada pelos autores

Os resultados apresentados na Tabela 5 demonstram que os indivíduos classificados em alto risco em saúde bucal apresentaram maior prevalência de dentes perdidos e maior média total de dentes perdidos (4,6) em comparação aos indivíduos classificados em baixo ou médio risco para todos os grupos dentários.

Tabela 5 – Prevalência, média e desvio padrão da perda dentária de acordo com a classificação de risco individual em saúde bucal. Distrito Brejinho das Ametistas, Caetité-BA, 2018

	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Valor de p
	%	Média (Dp)	%	Média (Dp)	%	Média (Dp)	
Perda dentária							
Dentes anteriores	9,6	0,2 (0,9) *	25,0	0,8 (2,2)	65,4	1,2 (2,0) *	*<0,001
Pré-molares	11,0	0,2 (0,9) *	23,2	0,8 (1,6) **	65,8	1,3 (1,5) *,**	*<0,001, **=0,002
Molares	15,0	0,5 (1,1) *	27,5	1,4 (1,8) *	57,5	2,1 (1,5) *	*<0,001
Total	14,1	1,0 (2,6) *	28,9	3,1 (5,3) *	57,0	4,6 (4,3) *	*<0,001

Legenda: Dp – desvio padrão; Teste de Kruskal-Wallis e teste de Dunn para comparações múltiplas

O * e ** demonstram entre quais grupos foi significativa a diferença

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

No presente estudo, a classificação de risco individual em saúde bucal se mostrou como uma alternativa viável para auxiliar na organização da demanda do atendimento odontológico, uma vez que permitiu identificar os usuários em situação de maior risco individual em saúde bucal, da mesma forma como foi observado em outros estudos que apontaram a classificação de risco como uma ferramenta complementar para a organização da demanda^{15,17,18}.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) dispõe que as ações e os serviços odontológicos devam levar em consideração a realidade de saúde de cada indivíduo e o contexto familiar em que está inserido, o que permite identificar a distribuição das doenças na área de atuação da equipe de saúde^{15,19}.

O presente estudo abordou todos os usuários que procuraram a ESF para atendimentos de Primeira Consulta Odontológica e Urgência Odontológica. Atualmente, a organização do atendimento odontológico na ESF acontece por agendamento prévio dos usuários, por demanda espontânea e/ou atendimento de urgência. Devido à vasta extensão territorial da área de atuação da equipe e por algumas localidades serem de difícil acesso, as vagas para o atendimento odontológico são distribuídas por microárea. Para organizar a demanda, é fundamental que o serviço responda às necessidades de saúde da população, incluindo o atendimento às demandas espontânea e programada, e que seja organizada a partir de decisões de todos os atores envolvidos nesse processo, gestores, profissionais e usuários¹⁹. Dessa forma, foi importante a classificação de

risco individual para propor a organização da agenda odontológica, identificando prioridades conforme a necessidade dos usuários.

Estudos apontaram o impacto das condições socioeconômicas na saúde bucal, bem como a importância de se utilizarem ferramentas que associem o risco social e o bucal como forma de se organizar a oferta de serviços odontológicos. Entretanto, muitas equipes vêm prestando atendimento baseado na livre demanda ou distribuição de fichas²⁰⁻²².

Entre os participantes do estudo, a maioria que utilizou o serviço de saúde bucal era do sexo feminino, assim como observado nos municípios de Santo André-SP¹⁷ e Recife-PE²³. O acesso e utilização dos serviços de saúde e de saúde bucal são mais comuns entre as mulheres²⁴ e supõe-se a baixa procura pelos homens devido à desvalorização do autocuidado, ao horário de funcionamento da unidade de saúde ser o mesmo de seu horário de trabalho, ao medo de ser diagnosticado com alguma doença e ao ato de cuidar ser visto como uma prática feminina^{23,25}.

O conceito de acesso ao serviço de saúde é muito complexo, geralmente está atrelado à entrada do usuário no serviço de saúde, à continuidade do seu tratamento e ao que pode interferir na obtenção do cuidado em saúde. A utilização do serviço de saúde sofre influência de alguns fatores como a necessidade de saúde, características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e a organização dos serviços de saúde^{26,27}. No presente estudo, a distância das microáreas à ESF pode ter sido um dos fatores que influenciou no acesso e utilização do serviço de saúde, visto que as microáreas próximas à ESF apresentaram mais usuários classificados em baixo risco individual em saúde bucal, enquanto o alto risco e o médio risco individual em saúde bucal foi mais prevalente entre os usuários que residem nas microáreas distantes da ESF, além de algumas características em comum, tais como: renda familiar proveniente de programas do governo e da agricultura, esgoto a céu aberto e ausência de serviço de água tratada. Concorda com este achado um estudo em que foi identificada a associação entre risco familiar e risco individual, em que se verifica que o aumento da vulnerabilidade social das famílias implica maior possibilidade de se encontrarem os maiores riscos individuais de problemas bucais¹⁵.

Ao associar faixa etária à classificação de risco, observou-se que os usuários acima de 25 anos foram identificados em alto risco individual em saúde bucal. Embora nos últimos anos tenha sido observada melhoria na qualidade de vida da população brasileira, no acesso aos serviços de saúde bucal, ampliação da cobertura de assistência à saúde, aumento de ações preventivas e educativas, no presente estudo as condições de saúde bucal contribuíram para a classificação dos indivíduos adultos e idosos em alto risco individual em saúde bucal. A cárie dentária e a doença periodontal são doenças crônicas e o aumento da idade pode ter contribuído para esse achado, assim como observado em outros estudos e nos dados do último levantamento epidemiológico brasileiro^{14,15,17,28}.

Quanto ao tipo de atendimento, constatou-se alto risco individual em saúde bucal tanto entre os usuários agendados quanto entre os atendidos por urgência. Isso acontece porque há maior procura pelo serviço de saúde em estágios avançados dos problemas bucais ou em situações de dor, optando-se muitas vezes pela extração dentária. Assim, desconsideram a manutenção da saúde bucal e controle das doenças por meio de ações de promoção e prevenção em saúde. Ao comparar os sexos, o feminino sobressaiu em relação ao masculino, nos grupos classificados como de baixo e alto risco individual em saúde bucal. No entanto, ambos tiveram a maior prevalência em alto risco comparados aos demais grupos.

Nesse sentido, infelizmente, muitos serviços ainda não valorizam a prática odontológica voltada para prevenção, e inúmeros serviços públicos odontológicos continuam oferecendo tratamentos mutiladores que comprometem a imagem e a saúde dos indivíduos. E ainda, com a limitada oferta dos serviços especializados, na maioria das vezes, o princípio da integralidade do cuidado não é respeitado²⁹.

Embora a prevalência de perdas dentárias de dentes anteriores e pré-molares tenha sido maior que a de molares, a média de molares perdidos foi maior nesse estudo. Os usuários de alto risco individual em saúde bucal apresentaram média de perda dentária maior quando comparados aos demais grupos, sendo essa diferença estatisticamente significativa. Observou-se que a perda dentária foi mais expressiva entre os indivíduos com idades mais avançadas, justificando-se pela ação mutiladora praticada por muitos profissionais em décadas anteriores quando a preocupação era conter a dor, sem levar em consideração aspectos funcionais e estéticos.

Adicionalmente, um estudo realizado em 2005 apontou que as causas para perdas dentárias foram a falta de informação e de condições financeiras para o tratamento, bem como assistência inadequada recebida. A perda dentária tem alto impacto na qualidade de vida dos indivíduos, interferindo em aspectos funcionais, como comer, mastigar ou falar, e sociais, como comportamento, percepção de aparência insatisfatória, diminuição da aceitação social e dificuldade de encontrar um emprego³⁰.

É necessário que a prática do cuidado à saúde bucal seja executada conforme as políticas de saúde, pois a perda dentária é responsável por influenciar no comportamento do indivíduo, causando intimidação e acanhamento, oriundos das alterações biológicas, físicas e emocionais²⁹.

Notou-se no presente estudo associação da escolaridade com o risco individual em saúde bucal, sendo observada a maioria dos indivíduos de baixa escolaridade em alto risco individual em saúde bucal. Tal achado corrobora com a literatura, ao se tratar da associação entre escolaridade e problemas de saúde, ou seja, quanto maior o nível de renda e de informação, melhor será a busca pelos serviços e, conseqüentemente, resolução dos problemas³¹.

Nesse sentido, o processo saúde-doença é multifatorial e sofre influência de diferentes determinantes sociais, o que torna imprescindível a priorização no

atendimento odontológico, por meio da utilização de ferramentas para identificar os usuários que estão mais susceptíveis aos riscos. Dessa forma, o uso dessas ferramentas pode contribuir para a atuação profissional de acordo com as necessidades e prioridades da população³².

As possíveis limitações deste estudo devem-se ao fato de a amostra corresponder aos usuários que realizaram tratamento odontológico na ESF e também por não terem sido investigados alguns determinantes sociais, como renda e ocupação, que podem ter influenciado os resultados encontrados.

CONCLUSÃO

Verificou-se maior prevalência de indivíduos em alto risco individual em saúde bucal entre os usuários que realizaram tratamento no serviço odontológico do Distrito de Brejinho das Ametistas de Caetité-BA. Os usuários que foram classificados em médio e alto risco individual em saúde bucal apresentaram piores condições de saúde bucal e residiam em locais de difícil acesso aos serviços de saúde. O uso de critérios de risco como proposta para organização da demanda poderá auxiliar na identificação de indivíduos com maior risco de adoecer e na priorização do atendimento odontológico.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [Citado em: 2018 mar 12] Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.
2. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2008 fev [Citado em: 12 mar 2018]; 13(1):35-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100008&lng=pt>.
3. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Rusch GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 mar [Citado em: 2018 mar 12]; 28(3):537-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=pt>.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [Citado em: 2018 mar 12]. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>.

5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [Citado em: 2018 mar 12]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf>.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Citado em: 2018 mar 16]. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>.
7. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2004 [Citado em: 2018 mar 16]; 9(1):131-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100013&lng=pt>.
8. Golsalves EMB, Oliveira AE. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS. Rev. Bras. Pesq. Saúde [Internet]. 2009 [Citado em: 2018 mar 22]; 11(3):44-51. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/376/277>>.
9. Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. Saúde debate [Internet]. 2015 mar [Citado em: 2018 mar 22]; 39(10):56-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100056&lng=pt>.
10. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2004 [Citado em: 2018 mar 22]; 1(2):19-26. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104/98>>.
11. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2012 [Citado em: 2018 mar 29]; 3(2):179-85. Disponível em: <https://app2.unasus.gov.br/UNASUSPlayer3/recursos/SE_UNASUS_0001_SAUDE_PESSOA_IDOSA/4/lib/docs/Coelho_e_Savassi_novo.pdf>.
12. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência da Atenção à Saúde. Linha guia rede de saúde bucal. Curitiba: SESA [Internet]; 2016 [Citado em: 2018 mar 29]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Linha_Guia_Nete_de_Saude_Bucal.pdf>.
13. Gesser HC, Peres MA, Marcenes W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. Rev Saúde Pública [Internet]. 2001 jun [Citado em: 2018 mar 29]; 35(3):289-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300012&lng=pt>.
14. Jensen T, Vieira M, Scutti CS. Comparação entre o risco social e o risco de cárie em famílias em situação de vulnerabilidade. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba [Internet].

- 2017 [Citado em: 2018 abr 14]; 19(1):33-7. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/26899/pdf>>.
15. Peres Neto J, Mendes KLC, Wada RS, Sousa MLR. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 jun [Citado em: 2018 abr 14]; 22(6): 1905-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601905&lng=pt>.
 16. Machado IE, Monteiro MG, Malta DC, Lana FCF. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [Citado em: 2020 jul 06]; 20(3): 408-22. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030005>>.
 17. Cheachire LA, Cortellazzi KL, Vazquez FL, Pereira AC, Meneghim MC, Mialhe FL. Associação entre risco social familiar e risco à cárie dentária e doença periodontal em adultos na Estratégia de Saúde da Família. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* [Internet]. 2013 jan-mar [Citado em: 2018 abr 19]; 13(1):101-10. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1457/952>>.
 18. Jesus JTA, Oliveira TZ, Carvalho CAP, Carvalho FS. Autopercepção em saúde bucal de acordo com risco familiar. *Arch Health Invest* [Internet]. 2020 [Citado em: 2020 jul 12]; 9(1):23-7. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21270/archi.v9i1.4671>>.
 19. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [Citado em: 2020 jul 20] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>.
 20. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Carie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, 1996. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2002 jun [Citado em: 2018 abr 14]; 18(3):755-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300019&lng=pt>.
 21. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela estratégia de saúde da família. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009 ago [Citado em: 2018 abr 14]; 43(4):595-603. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400005&lng=pt>.
 22. Goncalves VB. Percepções de profissionais e usuários com relação a odontologia na estratégia de saúde da família [dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas; 2011.
 23. Silva KC, Sousa AM, Carnut L, Rodrigues CS. Percepção sobre o acesso aos serviços de atenção primária à saúde bucal: uma perspectiva de gênero. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2010. [Citado em: 2020 jul 13]; 1(1):1-7. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/87>>.
 24. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande,

- Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 dez [Citado em: 2018 abr 19]; 24(12):2871-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001210016&lng=pt>.
25. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007. [Citado em: 2020 jul 13]; 23(3): 565-74. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>>.
26. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 [Citado em: 2020 jul 17]; 20(Suppl 2): S190-S198. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt>.
27. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [Citado em: 2020 jul 17]; 17(11): 2865-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=pt>.
28. Ministério da Saúde (Brasil). SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [Citado em: 2018 mai 06] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>.
29. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2006 Mar [Citado em: 06 mai 2018]; 11(1):211-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100030&lng=pt>.
30. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2005 dez [Citado em: 2018 mai 12]; 10(4):1015-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400024&lng=pt>.
31. Szpilmanet ARM, Martins FG, Jantorno C, Coutinho Junior EZ, Silva LR, Sylvestre NC, et al. Condição de saúde bucal de crianças de zero a dois anos de idade inseridas na estratégia saúde da família (ESF). Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2012 [Citado em: 2018 mai 12]; 14(1):42-8. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/3408/2669>>.
32. Silva RDR, Amaral RC, Sousa MLR. Relação entre risco de cárie individual e risco familiar da doença priorizando atendimentos. Rev Assoc Paul Cir Dent [Internet]. 2013 [Citado em: 2018 mai 12]; 67(2):141-5. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v67n2/a10v67n2.pdf>>.

Submissão: junho de 2018.

Aprovação: julho de 2020.