

Estudos de Morbidade: Usos e Limites

Nilce Emy Tomita*

O diagnóstico coletivo em saúde bucal não tem recebido, da Odontologia, o mesmo tratamento que recebem as práticas clínicas cirúrgico-reparadoras, que registram avanços no seu desenvolvimento tecnológico e científico bastante significativos.

Hoje já é uma realidade a utilização do laser no tratamento de periodontites, da radiografia digital no diagnóstico de cárie dentária, do uso de simulador de imagens através de filmagem dos dentes com microcâmera e sua projeção em tela para prever o resultado final de um tratamento, dos implantes dentários na reposição de elementos perdidos, entre outros avanços tecnológicos. No entanto, tais avanços parecem não apresentar impacto ou repercussões sobre o quadro de saúde bucal das populações.

O componente preventivo tem sido contemplado com significativa parcela de investimentos em pesquisa e elaboração de programas de saúde bucal com enfoque em procedimentos coletivos e/ou individuais. Novamente, embora haja repercussões localizadas, em iniciativas pontuais bem sucedidas de controle de doenças bucais como a cárie dentária e doença periodontal, observa-se grande dificuldade em avaliar adequadamente o impacto destas medidas de prevenção sobre os perfis de saúde bucal das coletividades.

Isso decorre das deficiências apresentadas por estudos de morbidades no campo da saúde bucal.

NARVAI⁽¹²⁾ considera que ...

“Não dispomos, infelizmente, de um grande número de informações epidemiológicas confiáveis que permitam montar um bom quadro sobre a revalência de doenças ‘bucalis’. Isto vale para o Brasil como um todo e também para o Estado de São Paulo.

* Professora Assistente do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Bauru-SP - Secretária Executiva da Rede CEDROS.

De qualquer forma, vários estudos realizados nas últimas décadas permitem um razoável conhecimento sobre a distribuição das principais doenças 'bucalis' em nossa população. Essas informações foram suficientes, por exemplo, para que o quadro epidemiológico fosse considerado como 'caótico' na I Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasília, outubro de 1986)."

O Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CONFERÊNCIA)⁽⁴⁾ vai além, ao considerar a "inexistência de dados epidemiológicos fidedignos e outras informações sobre a Saúde Bucal da população", reiterando que "um diagnóstico epidemiológico de Saúde Bucal deve contemplar as relações com o social, o econômico e o político, não se restringindo apenas à compilação de dados".

Esta crítica é corroborada por MENA GARCIA & RIVERA⁽¹¹⁾, que, através da análise histórica acerca da epidemiologia bucal afirmam que "os estudos epidemiológicos sobre a saúde-enfermidade bucal realizados na América Latina nos últimos 25 anos poderiam ser classificados em dois grandes grupos (...). Em um grupo é possível concentrar aqueles estudos com enfoque predominantemente técnico-biológico limitados a descrever o dano causado na boca ou parte dela, por um ou mais processos buco-dentais. No segundo grupo, concentram-se aqueles estudos que objetivam estabelecer as relações que existem entre o processo objeto de estudo, ou seja, a saúde-enfermidade bucal, e os diferentes processos da vida social, com a transformação dessa problemática coletiva".

De acordo com o enfoque de determinação econômico-social da saúde, BREILH⁽²⁾ define a epidemiologia como "a disciplina que estuda os processos histórico-naturais de determinação e distribuição da saúde-enfermidade como um processo coletivo".

A epidemiologia, a fim de poder conhecer e transformar o processo saúde-doença em sua dimensão coletiva, requer conceitos, métodos e técnicas que permitam o desenvolvimento de suas funções fundamentais, da mesma forma que o método clínico requer "um conjunto de conceitos, métodos e formas de ação prática que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença na dimensão individual" (MENA GARCIA & RIVERA)⁽¹¹⁾.

Observações efetuadas por DOLAN et al.⁽⁵⁾ em estudo populacional de saúde sugerem que a saúde bucal representa uma dimensão separada da saúde, não completamente computada por outros indicadores de saúde, parecendo ser uma elaboração independente da mesma. Os autores indicam que a mensuração multidimensional da saúde bucal pode ser utilizada como método potencial para uma boa relação custo-benefício na coleta de dados epidemiológicos, bem como para avaliar a efetividade de intervenções odontológicas, provendo dados para planejamento e execução de políticas de saúde bucal.

SCHNEIDER FILHO⁽¹³⁾ avalia que, no campo das ações programáticas de saúde, "a epidemiologia é o instrumental fundamental para o estudo do proces-

so saúde-doença bucal em seus diversos aspectos, no sentido de orientar as diversas etapas do planejamento das políticas de saúde do distrito”. Para melhor compreensão desse enfoque da epidemiologia, o autor propõe uma adaptação da formulação de GONÇALVES⁽⁶⁾ para a área da saúde bucal, afirmando que “a epidemiologia não observa, explica e prevê o comportamento de uma coleção de lesões de cárie dentária, mas o comportamento de um objeto essencialmente coletivo, a cárie dentária do ponto de vista epidemiológico, que vem a ser um objeto singular e não plural”.

O autor considera que os objetos diferem fundamentalmente, sendo “para a odontologia a doença como alteração morfológica e funcional do corpo biológico individual, contraposta à noção do ‘normal’ como ausência de doença, e para a epidemiologia a doença como processo com dimensões biológicas, psicológicas e sociais e situado no coletivo”.

TOLEDO⁽¹⁴⁾ considera que os instrumentos privilegiados para a avaliação de doenças no espaço coletivo e da organização do trabalho odontológico segundo critérios de eficiência e eficácia de impacto, são as técnicas de quantificação em nível coletivo, ou seja, os índices que medem a ocorrência das doenças bucais na população.

Algumas limitações a esta quantificação, no entanto, estão presentes na prática epidemiológica em saúde bucal, relacionadas ao instrumental técnico utilizado, ao uso de sistemas de medida precários, à adoção de índices pouco precisos e práticos, que dão margem a aproximações e à subjetividade no julgamento e à própria definição de estados mórbidos como a doença periodontal (LOPES⁽¹⁰⁾).

No Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal da OMS (LEVANTAMENTO)⁽⁹⁾, considera-se que “a avaliação das doenças periodontais, especialmente, necessita de uma nova metodologia. Os níveis de variação intra e interexaminador, na mensuração da doença periodontal, têm sido insatisfatórios, e as medidas existentes não fornecem meios de se estimar as necessidades de tratamento e, conseqüentemente, de se calcular o número de pessoal necessário”.

Vale ressaltar que para este caso, em particular, a adoção, na maior parte dos levantamentos epidemiológicos de índices como o ICNTP (Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal), reflete a dificuldade de avaliação qualitativa e quantitativa de uma morbidade, optando-se por avaliar necessidades de atendimento por coletivos.

LESER et al.⁽⁸⁾ identificam, nos estudos de morbidades, restrições relacionadas com a exatidão do diagnóstico. “Além disso, especialmente para casos em que se pretenda comparar dados de morbidade em diferentes grupos populacionais, é necessário que seja considerada a possibilidade de diferenças nos critérios ou nos recursos propedêuticos para o diagnóstico”.

Quanto ao método epidemiológico, os estudos desenvolvidos no campo da saúde bucal carecem de padronização, incluindo desde o processo de amostra-

gem (que apresente alguma representatividade para a população em estudo), critérios diagnósticos (em decorrência do atual entendimento da evolução de doenças como a cárie dentária e a doença periodontal), calibração de examinadores, eleição do indicador ou coeficiente e definição de grupos etários, dificultando avaliações comparativas entre as informações obtidas em diferentes levantamentos.

A tradução do Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal da OMS (LEVANTAMENTO)⁽⁹⁾ pela Rede CEDROS insere-se, neste panorama, como uma iniciativa no sentido de fornecer alguns elementos para o enfrentamento das dificuldades aqui relatadas.

Ainda assim, a ausência de definição de parâmetros precisos para o diagnóstico epidemiológico em saúde bucal não fornece aos estudos de morbidade a fidedignidade necessária à avaliação do quadro epidemiológico. Termos de utilização genérica passam assim a figurar em documentos, como a traduzir empiricamente as situações com que a prática odontológica se depara em seu cotidiano.

E, para que não se banalize a utilização do diagnóstico bucal em coletivos, em última instância o ponto de partida para a transformação de realidades, é necessário que possam ser considerados novos e mais aprofundados estudos no terreno das morbidades, para que do “caótico”, possa chegar-se a níveis mais satisfatórios de saúde bucal.

Referências Bibliográficas/Indicação Bibliográfica

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal - Brasil, Zona Urbana*, 1986. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
2. BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo, UNESP/HUCITEC, 1991.
3. CHAVES, M.M. *Odontologia social*. 3.ed., Rio de Janeiro, Artes Médicas, 1986.
4. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1.a. Brasília-DF, 1986. *Relatório final*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
5. DOLAN, T.A. et al. Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment. *Community Dent. Oral Epidem.*, col.19:1-8, 1991.
6. GONÇALVES, R.B.M. et al. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: *Programação em saúde hoje*. São Paulo, HUCITEC, 1990 apud SCHNEIDER FILHO, D.A.13

7. INTERNATIONAL DENTAL FEDERATION. Goals for oral health in the year 2000. *Brit. Dent. J.*, 152:21-3, 1982.
8. LESER, W. et al. *Elementos de epidemiologia geral*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988.
9. LEVANTAMENTO epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. São Paulo, Santos, OMS, 1991.
10. LOPES, E.S. Comunicação pessoal/março de 1995.
11. MENA GARCIA, A.E. & RIVERA, L. *Epidemiologia bucal: conceptos basicos*. Venezuela, OFEDO/UDUAL, 1991/2.
12. NARVAI, P.C. *Saúde bucal e cidadania*. [Apresentado à 1a Conferência Estadual de Saúde, São Paulo, 1991]
13. SCHNEIDER FILHO, D.A. *A saúde bucal das crianças em idade escolar: perspectivas no Sistema Único de Saúde*. São Paulo, 1993./Mimeografado/
14. TOLEDO, J.P.G. de. *A saúde bucal no estado de São Paulo: das Ações Integradas de Saúde ao Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde, 1991./Mimeografado/
15. TOMITA, N.E. *Prevalência de cárie dentária em crianças na faixa etária de 0 a 6 anos e creches dos municípios de Bauru e São Paulo: Importância de fatores sócio-econômicos*. Bauru, 1993. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Odontologia de Bauru da USP].