

# PROPOSTA DE PADRONIZAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA.

## *PROPOSED STANDARDIZATION CRITERIA FOR CLASSIFICATION OF RISK OF DENTAL CARIES.*

Henri Menezes Kobayashi\*  
Fábio Luiz Mialhe\*\*  
Rosana de Fátima Possobon\*\*  
Antonio Carlos Pereira\*\*  
Marcelo de Castro Meneghim\*\*  
Gláucia Maria Bovi Ambrosano\*\*

### RESUMO

**Objetivo:** Apresentar um histórico do desenvolvimento dos instrumentos de classificação de risco para cárie dentária utilizados no Estado e no Município de São Paulo, e propor uma padronização da classificação de risco para organização da demanda na atenção primária em saúde bucal baseada em recentes evidências científicas. **Métodos:** Foi realizado um levantamento bibliográfico entre os anos de 1997 a 2012, referente a documentos em que a classificação estava inserida como forma de organização de atendimento odontológico. **Resultados:** Observou-se que, com o passar dos anos, a classificação de risco de cárie sofreu modificações tanto nos códigos como nos critérios para avaliação do risco de desenvolvimento da doença cárie e, em alguns documentos, os mesmos códigos apresentavam critérios diferentes. **Conclusão:** A proposta de padronização dos critérios da classificação de risco de cárie dentária pode facilitar a compreensão desse instrumento e ajudar a organização da demanda na atenção primária em saúde bucal.

DESCRITORES: Cárie dentária • Risco • Saúde bucal • Atenção primária.

### ABSTRACT

**Objective:** To present the history and propose a standardization of the dental caries risk classification used in the state and city of São Paulo for organizing the demand on primary care in oral health based on recent scientific evidence. **Methods:** A literature review was performed from 1997 to 2012, referring to documents in which the classification had been inserted as a form of organization of dental care. **Results:** It was found that, over the years, the dental caries risk classification has changed in codes as well as in the criteria for assessment of caries. Some documents had the same codes with different criteria. **Conclusion:** The proposed standardization of dental caries risk classification can facilitate the understanding of this tool and help to organize the demand in primary oral health.

DESCRIPTORS: Dental caries • Risk • Oral health • Primary health care.

\* Cirurgião-Dentista do Programa Saúde da Família - Casa de Saúde Santa Marcelina, São Paulo, SP.

\*\* Professor do Departamento de Odontologia Social - Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Embora a cárie dentária tenha sofrido redução nas últimas décadas, principalmente nas faixas etárias escolares, e apesar do aumento da sua polarização, essa doença ainda se apresenta como a maior causa de morbidade em saúde bucal<sup>1</sup>. Tais evidências são comprovadas pelos dados do último levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal - SB 2010, que mostram uma queda na média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados nas crianças, aos 12 anos, de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010<sup>2</sup>.

Uma das principais preocupações dos serviços públicos de saúde é o acesso dos usuários ao cuidado odontológico na atenção primária, para o tratamento das sequelas da doença cárie. Devido à grande demanda pelo tratamento dessa doença, existe dificuldade em garantir a universalidade e a equidade da população assistida<sup>3-5</sup>.

A classificação de risco em saúde é um procedimento que vem sendo muito utilizado, principalmente em hospitais e ambulatórios de pronto-atendimento, para a organização da demanda nos casos de urgência e emergência. Tal classificação é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento<sup>6, 7</sup>. Na área de planejamento em saúde bucal coletiva no Estado de São Paulo, uma classificação de risco de cárie dentária voltada a organizar a demanda na atenção básica foi desenvolvida, primeiramente, pela Secretaria Municipal de Saúde de Diadema, em 1997, sendo que essa classificação propunha seis códigos para avaliação das condições de saúde bucal das crianças e adolescentes, durante a triagem para atendimento odontológico na atenção primária em saúde<sup>8</sup>.

No município de São Paulo, nessa época, ainda não havia iniciado a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois seus governantes optaram pela implantação de outro modelo assistencial, chamado de Programa de Atenção à Saúde (PAS), não recebendo recursos financeiros para a Atenção Básica (PAB) pelo

Ministério da Saúde<sup>8</sup>.

Portanto, em 1996, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo criou o Projeto Qualis (Qualidade Integral em Saúde) para iniciar a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em algumas regiões do município de São Paulo. Dessa forma, foram estabelecidas parcerias com entidades filantrópicas e a Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM) foi escolhida para administrar algumas regiões da Zona Leste de São Paulo, sendo, então, implantadas as primeiras equipes de saúde da família na cidade<sup>8,9</sup>.

Assim, em 1998, dois anos após a implantação das equipes de saúde da família, iniciou-se a implantação das primeiras equipes de saúde bucal na Zona Leste de São Paulo<sup>8,9</sup>. Como estratégia para organizar a demanda, a coordenação técnica em saúde bucal utilizou a experiência da classificação de risco de cárie aplicada em Diadema, sendo realizadas alterações para contemplar além de crianças e adolescentes, outras faixas etárias. Esta classificação de risco mostrou-se tão interessante que a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo a adotou como forma de organização da demanda na atenção primária em todo o Estado de São Paulo<sup>8-11</sup>.

A partir de 2001, com a mudança de gestão do município de São Paulo e a inserção do SUS nessa cidade, a secretaria de saúde do município também adotou a classificação de risco de cárie dentária, adotada em 1998 pela CSSM, como forma de organizar a população nas Unidades Básicas de Saúde em que as equipes de saúde bucal estavam inseridas<sup>8,9,12,13</sup>.

Atualmente, no Estado de São Paulo, com uma população de aproximadamente 39 milhões de pessoas e com 12.440 cirurgiões-dentistas que trabalham no Sistema Único de Saúde e, principalmente, no município de São Paulo, que tem uma população de cerca de 11 milhões de habitantes e 1.515 cirurgiões-dentistas atuando na rede pública, utilizam a classificação de risco de cárie dentária para organização da demanda<sup>11,13,14,15</sup>. Embora desenvolvida dentro do âmbito da secretaria estadual e municipal de São Paulo, a classificação de risco de cárie é um instrumento amplamente utilizado por pro-



SMS -Anexo 2 Campanha de prevenção de câncer bucal <sup>19</sup>	2012	Sem história atual ou progressiva.	Dentes restaurados, sem doença.	Cavidades crônicas, manchas brancas inativas, IRM, sem doença atual.	Presença de placa, mancha branca ativa.	Cavidade de cárie aguda.	Dor, abscesso.	Edêntulo.
Manual Atenção Primária à Saúde Bucal Santa Marcelina <sup>18</sup>	2010	Ausência de lesão de cárie e/ou sem mancha branca ativa.	História de dente restaurado e/ou sem mancha branca ativa.	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa.	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.	Presença de dor e/ou abscesso.	
Bourget, IMMM. Programa Saúde da Família – Saúde Bucal <sup>9</sup>	2006	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	Ausência de lesão de cárie, ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa.	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.	Presença de dor e/ou abscesso.	Edêntulo.
SMS – Área temática de saúde bucal – Diretrizes para a atenção em Saúde Bucal – “Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal” (Anexo 8 – Planilha de triagem) <sup>13</sup>	2005	Sem história atual ou progressiva.	Dentes restaurados, sem doença.	Cavidades crônicas, manchas brancas inativas, IRM, sem doença atual.	Presença de placa e mancha branca ativa.	Presença de cavidade de cárie aguda.	Dor, abscesso ou comprometimento pulpar visível.	Desdentados Totais.
SMS – Área temática de saúde bucal – Diretrizes para a atenção em Saúde Bucal – “Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal” <sup>13</sup>	2005	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	Ausência de lesão de cárie e/ou dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa.	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.	Presença de dor e/ou abscesso.	
SMS - 1 Caderno de apoio ao acolhimento - Orientações, rotinas e fluxo sob a ótica do risco/ vulnerabilidade <sup>12</sup>	2004	Ausência de lesão de cárie, ausência de manchas brancas ativas, sem presença de placa bacteriana dental envelhecida.	Ausência de sinais de cárie “em atividade”, apresentando sinais de doença progressiva, ou seja, cavidades adequadamente restauradas e/ou perdas dentárias adequadamente substituídas.	Ausência de lesão de cárie ativa, com presença de cárie crônica e/ou perdas dentárias não substituídas.	Presença de sinais de doença cárie – mancha branca ativa e presença de placa dental bacteriana envelhecida.	Presença de sinais de cárie ativa, caracterizada pela observação de lesão aguda.	Presença de dor referida e/ou abscesso.	
SES - Organização das ações de saúde bucal na atenção básica – Versão Cidade de São Paulo (Anexo -Impresso triagem) <sup>11</sup>	2001	Sem história atual ou progressiva.	Dentes restaurados, sem doença.	Cavidades crônicas, manchas brancas inativas, IRM, sem doença atual.	Muita placa, mancha branca ativa.	Cavidade de cárie aguda.	Dor, abscesso.	
SES - Organização das ações de saúde bucal na atenção básica – Versão Cidade de São Paulo <sup>11</sup>	2001	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	Ausência de lesão de cárie e/ou dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa.	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.	Presença de dor e/ou abscesso.	
SES – Recomendações sobre produtos fluorados no âmbito do SUS/ SP em função do risco de cárie dentária <sup>10</sup>	2000	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	Ausência de lesão de cárie e/ou dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa.	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.	Presença de dor e/ou abscesso.	
Impresso triagem Qualis Santa Marcelina <sup>9</sup>	1999	(A) Sem história atual ou progressiva.	(A) Dentes restaurados, sem doença.	(B) Cavidades crônicas, manchas brancas inativas, IRM, sem doença atual.	(C) Muita placa bacteriana, mancha branca ativa.	(D) Cavidade de cárie aguda.	(Du) Dor, abscesso ou comprometimento pulpar visível.	
Qualis Santa Marcelina – Programa Saúde da Família. <sup>9</sup>	1999	(A) Ausência de lesão de cárie, ausência de manchas brancas ativas, sem presença de placa bacteriana dental envelhecida.	(A) Ausência de sinais de cárie “em atividade”, apresentando sinais de doença progressiva, ou seja, cavidades adequadamente restauradas e/ou perdas dentárias adequadamente substituídas.	(B) Ausência de lesão de cárie ativa, com presença de cárie crônica e/ou perdas dentárias não substituídas.	(C) Presença de sinais de doença cárie – mancha branca ativa e presença de placa dental bacteriana envelhecida.	(D) Presença de sinais de cárie ativa, caracterizada pela observação de lesão aguda.	(Du) Presença de dor ou abscesso.	
Secretaria Municipal de Saúde Diadema <sup>8</sup>	1997	(A) Crianças que nunca tiveram lesões de cárie (Cárie zero), não apresentando portanto nenhuma restauração, e apresentam-se, na ocasião do exame, com o meio bucal em situação de equilíbrio. Podem apresentar sulcos escurecidos nos pré-molares e molares, ou ainda manchas brancas inativas, desde que sem cavitação.	(A) Crianças que já tiveram lesões de cárie, essas lesões estão adequadamente tratadas, não apresentam novas lesões e apresentam-se na ocasião do exame, com o meio bucal em situação de equilíbrio.	(B) Crianças que já tiveram lesões de cárie não tratadas, resultantes de desequilíbrio anteriores, cuja evolução resultou em cronicização (queir seja pelo acesso ao fluor ou mesmo por mudanças nos hábitos de alimentação ou de higiene bucal), apresentando-se na ocasião do exame com o meio bucal em situação de equilíbrio.	(C) Crianças que não apresentam lesões de cárie dentária, mas apresentam-se na ocasião do exame com o meio bucal em situação de desequilíbrio. Esse desequilíbrio pode se manifestar através de manchas brancas ativas, ou mesmo por grande acúmulo de placa bacteriana e inflamação gengival.	(D) Crianças que apresentam lesões de cárie de evolução aguda, com o meio bucal em situação de desequilíbrio.	(D) Crianças que apresentam lesões de cárie de evolução aguda e com sintomatologia dolorosa, tendo ainda o meio bucal em situação de desequilíbrio no momento do exame.	
Documento	Ano							
	Código							
A								
B								
C								
D								
E								
F								
X								
S/D								

Quadro 1: Códigos e Critérios da classificação de risco de cárie dentária nos documentos de atenção primária em saúde bucal no período de 1997 a 2012.

fissionais de municípios de todo o Brasil<sup>16</sup>.  
 17. Tal ferramenta consiste em classificar cada indivíduo pela sua situação clínica de saúde bucal, dividida em seis códigos (A, B, C, D, E e F), sendo o indivíduo classificado como F aquele com urgência e o indivíduo classificado como A aquele sem a presença da doença cárie, não apresentando nenhuma restauração.

Entretanto, de acordo com os diversos documentos em que essa classificação é descrita, observa-se que não há uma padronização nos critérios propostos, o que causa dúvidas aos profissionais de saúde no ato do exame clínico<sup>8-13,18,19</sup>.

Esta pesquisa tem como finalidade realizar um histórico do desenvolvimento dos instrumentos de classificação de risco para cárie dentária utilizada no Estado e no Município de São Paulo e propor uma padronização dessa ferramenta para organização da demanda na saúde bucal.

#### MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi aprovado conforme as normas preconizadas pela Comissão de Ética em Pesquisa através do protocolo n. 96/2010.

Para a avaliação dos códigos e critérios da classificação de risco de cárie dentária, realizou-se o levantamento dos documentos desde seu desenvolvimento inicial no município de Diadema, em 1997, até o último documento elaborado pela secretaria de saúde bucal no município de São Paulo em 2012 (Quadro 1)<sup>8-13,18,19</sup>.

#### RESULTADOS

Verificou-se que, quando a classificação de risco de cárie dentária foi criada, em 1997, pela secretaria técnica de saúde bucal em Diadema, os códigos apresentavam-se diferentes do que são atualmente utilizados (A1, A, B, C, D e D1)<sup>8</sup>. Naqueles critérios, a população-alvo era formada somente por crianças e, além da cárie dentária, observava-se a preocupação com a verificação do “*desequilíbrio do meio bucal*.” A palavra “*inflamação gengival*” aparecia somente no código D.

Após a classificação da cárie dentária ser inserida nas equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família, no Projeto Qualis, em 1998, houve alterações nos

códigos desse instrumento (Ao, A, B, C, D e Du)<sup>9</sup>. O termo *desequilíbrio do meio bucal* não aparece mais nos critérios, sendo substituído pelo termo *placa bacteriana dental envelhecida*. Além disso, verificou-se que, em nenhum dos códigos, há a presença da palavra *gengivite*, e no impresso de triagem da mesma instituição aparece a palavra *IRM* no código B e *comprometimento pulpar visível* no código Du.

Nos documentos da secretaria estadual de São Paulo (2000-2001), os códigos foram padronizados com letras que até hoje são utilizadas (A, B, C, D, E e F)<sup>10,11</sup>. Nos códigos A, B, C e D foi inserida a palavra *gengivite*. No código D, o termo *presença de placa dental bacteriana envelhecida* foi modificado por *presença de placa*. No código C, foi retirado o termo *perda dentária*, mas no anexo do impresso de triagem, ainda consta *muita placa* no código D e a palavra *IRM* no código C.

No 1º Caderno de Apoio ao Acolhimento do município de São Paulo (2004), pode ser verificado que os critérios são os mesmos presentes durante o Projeto Qualis – Santa Marcelina<sup>12</sup>. Na elaboração das diretrizes da secretaria municipal de saúde de São Paulo, foram utilizados os mesmos critérios preconizados pela secretaria estadual de saúde. Entretanto, no anexo da planilha de triagem do mesmo documento, ainda o código C apresenta a palavra *IRM*, no código F aparece o termo “*comprometimento pulpar visível*” e surge, também, um novo código X referente ao indivíduo “*desdentado total*”<sup>13</sup>.

No livro Programa Saúde da Família – Saúde Bucal (2006), observa-se, também, que os critérios são os mesmos utilizados pela secretaria estadual de saúde de São Paulo, com a exceção da inclusão de dois novos critérios: o código X para edêntulo e o código S/D (sem dentes) para bebês recém-nascidos<sup>8</sup>.

No mais recente Manual de Assistência em saúde bucal da Casa de Saúde Santa Marcelina (2010)<sup>18</sup>, foi retirada a palavra *gengivite* dos critérios A, B, C e D e, no último impresso da secretaria municipal de saúde (2012), utilizado na campanha de prevenção de câncer bucal (Quadro 1), como parte da campanha de vacina-







ção contra a gripe em idosos, no código C aparece a palavra IRM e também há a presença do código X (edêntulo)<sup>19</sup>.

## DISCUSSÃO

### TERMO CLASSIFICAÇÃO DE "RISCO" DE CÁRIE DENTÁRIA

Apesar de ser chamada de classificação de risco de cárie, essa ferramenta epidemiológica nominal apenas classifica a situação clínica da cavidade bucal do indivíduo no momento do exame, ou seja, sua atividade de cárie. A palavra "risco", segundo alguns autores, parece ser mais ampla, abrangendo outras variáveis além da situação clínica, tais como as condições sociais, econômicas e comportamentais, ou seja, todos os fatores clínicos e socioambientais para o desenvolvimento da doença<sup>20-22</sup>. Para Bensenõr e Lotufo, o termo "risco" é geralmente usado para indicar a probabilidade dos indivíduos que estão expostos a certos fatores de desenvolver doença, desfecho ruim ou negativo<sup>23</sup>. Dessa forma, a classificação de risco à cárie dentária se apresenta como um instrumento para organizar a demanda através de um "perfil" da situação atual em relação à doença cárie, sendo que dentro desses códigos e critérios há elementos que avaliam o "risco" em saúde bucal. A palavra perfil, no dicionário Aurélio, aparece como: descrição ou relato em que se faz a traços rápidos o retrato moral e físico de uma pessoa<sup>24</sup>. Por esse conceito, a forma mais correta de denomi-

nação seria a de classificação do "perfil" de cárie dentária e não a de classificação de "risco" de cárie dentária.

### PROPOSTAS DE PADRONIZAÇÃO DOS CRITÉRIOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA

Devido à não conformidade dos critérios dos códigos da classificação de risco de cárie dentária constantes dos diversos documentos apresentados na literatura, elaborou-se uma padronização dessa classificação utilizada até o momento, apresentada no Quadro 2.

#### CÓDIGO E CRITÉRIO A

O código A representa os indivíduos que, no momento do exame, não apresentam atividade da doença cárie e que não têm história da doença, ou seja, não apresentam restauração dentária e têm um bom controle de biofilme. Os recém-nascidos enquadram-se nesse código.

Para essas pessoas, serão disponibilizadas apenas orientações sobre saúde bucal, não necessitando a realização de fluoroterapia, segundo os princípios da racionalização do flúor em saúde pública<sup>10</sup>.

Retirou-se o critério gengivite, pois não há evidências de que gengivite seja fator de risco para cárie dentária<sup>25</sup>, embora alguns estudos mostrem essa associação<sup>26, 27</sup>. Além disso, para a avaliação da saúde periodontal, as secretarias de saúde bucal do Estado e do Município de São Paulo já utilizam o índice de Russel modificado<sup>11,13</sup>.

#### CÓDIGO E CRITÉRIO B

O código B representa os indivíduos

**Quadro 2:** Códigos e critérios da classificação de risco de cárie dentária.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA*	
Código	Critério
A	Ausência de lesão de cárie, ausência de dente restaurado, ausência de perda dentária e ausência de grande quantidade de biofilme.
B	Ausência da doença cárie em atividade, presença de dente restaurado, ausência de perda dentária e ausência de grande quantidade de biofilme.
C	Ausência da doença cárie em atividade, presença de lesão de cárie crônica, presença de material restaurador provisório (IRM, OZE ou ionômero em dente permanente), presença de perda dentária e ausência de grande quantidade de biofilme.
D	Presença de lesão inicial de cárie sem cavitação (mancha branca ativa) e presença de grande quantidade de biofilme.
E	Presença de uma ou mais cavidades de cárie dentária.
F	Presença de dor, abscesso, fístula, comprometimento pulpar visível e restos radiculares.

\* Critérios padronizados e modificados pelos autores.

KOBAYASHI HM  
 MIALHE FL  
 POSSOBON RF  
 PEREIRA AC  
 MENEGHIM MC  
 AMBROSANO GMB

PROPOSTA DE  
 PADRONIZAÇÃO  
 DOS  
 CRITÉRIOS DE  
 CLASSIFICAÇÃO  
 DE RISCO DE  
 CÁRIE DENTÁRIA.

que, no momento do exame, não apresentam atividade da doença cárie e têm bom controle de biofilme no momento do exame, mas apresentam história pregressa da doença, ou seja, restauração dentária. Coroas protéticas cimentadas na porção radicular do elemento dental são consideradas como restauradas. Para esses indivíduos, serão disponibilizadas, se necessário, apenas fluoroterapia e orientações de saúde bucal, não necessitando agendamento para tratamento. Cabe ressaltar que as recomendações de produtos fluorados nos diferentes critérios de risco de cárie dentária devem levar em consideração as condições de acesso à água fluoretada<sup>10</sup>.

Em relação à gengivite, procedeu-se tal como no código e critério A.

#### CÓDIGO E CRITÉRIO C

O código C representa os indivíduos que, no momento do exame, não apresentam lesão de cárie em atividade, mas sim lesões de cárie inativa, sem cavitação, como resultado da cronificação da lesão e/ou presença de perda dentária, mas com bom controle do biofilme. A perda dentária pode ter diversas causas: cárie, doença periodontal e traumas, dentre outras. Durante a triagem, que é um processo dinâmico, existe grande dificuldade em determinar a verdadeira causa da perda dentária.

Nesse critério também podem ser inseridas as pessoas com restaurações com material provisório tais como: IRM, OZE e ionômero em dente permanente. Indivíduos com implantes, próteses fixas e desdentados totais também se enquadram neste código.

Para esses indivíduos (excluindo-se os desdentados totais), também serão disponibilizadas fluoroterapia e orientações sobre saúde bucal, não necessitando agendamento para tratamento. Após o término do tratamento F, E e D, os pacientes que apresentem restaurações provisórias podem ser agendados para a realização das restaurações definitivas<sup>11,13</sup>.

#### CÓDIGO E CRITÉRIO D

O código D representa os indivíduos que são considerados de alto risco de cárie, ou seja, que não apresentam cavidade de cárie, mas sim os primeiros sinais da doença (mancha branca ativa) e grande

quantidade de biofilme.

Esses indivíduos receberão orientações sobre saúde bucal, procedimentos terapêuticos, tais como aplicação tópica de flúor gel e de vernizes fluoretados, aplicação de selantes e profilaxia dentária. Caso haja, na equipe de saúde, um técnico em saúde bucal (TSB), esses pacientes poderão ser atendidos por esse profissional.

Em relação à gengivite, procedeu-se tal como nos códigos e critérios A e B.

#### CÓDIGO E CRITÉRIO E

O código E engloba os indivíduos que apresentam uma ou mais cavidades de cárie. Retirou-se a palavra *aguda* pois, durante a triagem e no exame clínico, o profissional utiliza apenas espátula de madeira e não sonda exploradora, cureta de dentina, jato de ar e/ou profilaxia prévia. Nessas condições, o profissional pode ter dificuldade em diferenciar cavidade de cárie aguda da cavidade de cárie crônica, apenas pela coloração da lesão sobreposta ao biofilme dental. Ressalta-se que, na literatura atual, existe uma dificuldade de se conseguir um método padrão-ouro para o diagnóstico dessa doença<sup>28-30</sup>.

As pessoas classificadas pela letra E são atendidas posteriormente às classificadas pela letra F. Enquanto as pessoas F estão recebendo tratamento nas cadeiras odontológicas, caso haja a equipe auxiliar de saúde bucal (TSB e ASB) as E poderão receber procedimentos terapêuticos, como aplicação tópica de flúor, por exemplo, e orientações sobre saúde bucal.

#### CÓDIGO E CRITÉRIO F

O código F representa os indivíduos que serão os primeiros a receber o atendimento odontológico. São aqueles que possuem urgência odontológica (dor e/ou abscesso), ou necessitam de tratamento endodôntico ou cirúrgico imediato (comprometimento pulpar visível, fístula ou restos radiculares). Durante ou após a realização dos procedimentos odontológicos imediatos, esses pacientes poderão receber orientações sobre saúde bucal e fluoroterapia.

### CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a classificação de risco de cárie dentária, através dos anos, sofreu alterações nos seus códigos e critérios,



nos diversos documentos das secretarias de saúde. Observou-se que, em alguns documentos, o mesmo código se apresentava com critérios diferentes. Através desta conclusão, elaborou-se uma padronização dessa classificação, com base em recentes evidências científicas. Testes de acurácia e reprodutibilidade devem ser realizados para validação desse instrumento.

Através dessa padronização, essa ferramenta epidemiológica nominal, de fácil memorização, pode ser de grande ajuda na organização da demanda, no que se refere à doença cárie dentária, na atenção primária, tanto nas secretarias municipais

e estaduais de saúde, bem com no Ministério da Saúde e na Organização Mundial de Saúde, pois exige pouco recurso, com baixo custo, recomendada para ser utilizada em larga escala nas equipes de saúde bucal, utilizando-se o princípio da equidade.

#### AGRADECIMENTOS

A todos os técnicos responsáveis pela elaboração da classificação de risco de cárie dentária, em especial aqueles pertencentes às secretarias: Diadema, Casa de Saúde Santa Marcelina, Estado e Município de São Paulo, responsáveis pelo sucesso desse tão valioso instrumento.

#### REFERÊNCIAS

1. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2006 19(385-93).
2. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cadernos de Saúde Pública* 2011 27(4-5).
3. Brasil. MDS. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf).
4. Nickel DA, Lima FG, Silva BBd. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008 24(241-6).
5. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cadernos de Saúde Pública* 2011 27(s272-s83).
6. Brasil MDS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf).
7. Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine JP, et al. Triage with the french emergency nurses classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med* 2009 Apr.;16(2):61-7.
8. Bougert MM. Programa saúde da família: saúde bucal - o cotidiano do PSF. São Paulo: Martinari; 2006.
9. Sartori L. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
10. Secretaria ESSP. Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo; 2000.
11. Secretaria ESSP. A Organização das ações de saúde bucal na atenção básica: versão cidade de São Paulo. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo; 2001.
12. Secretaria MSSP. 1º Caderno de apoio ao acolhimento: orientações, rotinas e fluxo sob a ótica do risco/vulnerabilidade. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 2004.



KOBAYASHI HM  
 MIALHE FL  
 POSSOBON RF  
 PEREIRA AC  
 MENEGHIM MC  
 AMBROSANO GMB

PROPOSTA DE  
 PADRONIZAÇÃO  
 DOS  
 CRITÉRIOS DE  
 CLASSIFICAÇÃO  
 DE RISCO DE  
 CÁRIE DENTÁRIA.

•• 114 ••

13. Secretaria MSSP. Diretrizes para a atenção em saúde bucal: "crescendo e vivendo com saúde". São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 2009.
14. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press; 2010.
15. Secretaria MSSP. Boletim Ceinfo em dados 2012. 11. ed. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 2012.
16. Terrieri ALM, Soler ZASG. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. *Cadernos de Saúde Pública* 2008 24(1581-7).
17. Silva EA, Ferreira NP, Batista MJ, Tôres LHN, Meirelles MPMR, Grillo CM, et al. Risco e experiência de cárie em escolares inseridos em Programas de Saúde Bucal *Rev odontol UNESP (Online)* 2010 jul.-ago;41(4):
18. APS Santa Marcelina. Atenção primária à saúde: manual de assistência em saúde bucal. São Paulo: Santa Marcelina; 2010.
19. Secretaria MSSP. Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 2012.
20. Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002 5(28-42).
21. Burt BA. Concepts of risk in dental public health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005 Aug.;33(4):204-7.
22. Jamieson LM, Roberts-Thomson K, Sayers S. Dental caries risk indicators among Australian Aboriginal young adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010 Jan 4;
23. Benseñor IM, Lotufo PA. Epidemiologia: abordagem prática. São Paulo: Sarvier; 2005.
24. Dicionário Aurélio. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com>.
25. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health* 2004 Mar.;21(1 Suppl):71-85.
26. Campus G, Lumbau A, Lai S, Solinas G, Castiglia P. Socio-economic and behavioural factors related to caries in twelve-year-old Sardinian children. *Caries Res* 2001 Nov.-Dec;35(6):427-34.
27. Ramos-Gomez FJ, Crall J, Gansky SA, Slayton RL, Featherstone JD. Caries risk assessment appropriate for the age 1 visit (infants and toddlers). *J Calif Dent Assoc* 2007 Oct.;35(10):657-702.
28. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods. *J Dent Educ* 2001 Oct;65(10):960-8.
29. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of the performance of methods for identifying carious lesions. *J Public Health Dent* 2002 Fall;62(4):201-13.
30. Kassawara AB, Assaf AV, Meneghim MC, Pereira AC, Topping G, Levin K, et al. Comparison of epidemiological evaluations under different caries diagnostic thresholds. *Oral Health Prev Dent* 2007 5(2):137-44.

Recebido em 21/12/2012

Aceito em 17/06/2013

