

Avaliação do interesse dos pais pela saúde bucal de seus filhos pelo índice de comparecimento às consultas odontológicas de crianças em idade pré-escolar

Evaluation of parents interest for the oral health of their children, through the rate of attendance at dental consultations for children of preschool age

Darlene Siqueira¹; Anderson Sena Barnabé²; Rogério Barbosa de Deus³; Renato Ribeiro Nogueira Ferraz⁴

¹ Cirurgiã-dentista especializada em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família – Uninove; Pós-Graduada em Cirurgia Oral (Nível Aperfeiçoamento) – EAP-APCD Central - SP.

² Biólogo, Mestre e Doutor em Saúde Pública – Universidade de São Paulo; Professor de Saúde Coletiva – Uninove.

³ Médico pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFGM; Nefrologista pelo Hospital de Clínicas – UFMG; Mestre e Doutor em Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

⁴ Biólogo, Mestre e Doutor em Nefrologia – Ciências Básicas – Unifesp; Docente da Disciplina de Metodologia do Ensino e da Pesquisa, do Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva com ênfase em Programa de Saúde da Família (PSF) – Uninove.

Endereço para correspondência

Renato Ribeiro Nogueira Ferraz
Av. Pedro Mendes, 872 – Parque Selecta
09791-530 – São Bernardo do Campo – SP
renato@nefro.epm.br

Resumo

Este estudo teve por objetivo quantificar o índice de comparecimento às consultas odontológicas de crianças entre 4 e 5 anos de idade, frequentadoras de pré-escola, agendadas em um espaço coletivo predeterminado e encaminhadas para uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de suas residências. Após terem sido examinadas e classificadas, por meio de critérios específicos de risco para a doença cárie, como de alto risco, buscou-se relacionar esse índice obtido com o conhecimento dos pais sobre a prevenção e manutenção da dentição decídua. Os resultados indicaram a ausência de informações dos pais ou responsáveis sobre a importância da prevenção e manutenção da dentição decídua na arcada, fato observado pelo alto índice de falta às consultas agendadas, mesmo diante da gratuidade do tratamento.

Descritores: Comparecimento às consultas; Crianças; Interesse dos pais; Saúde bucal.

Abstract

This study aimed to quantify the rate of attendance of dental consultations for pre-school children between 4 and 5 years of age. These consultations scheduled in a collective space pre-determined and referred to a basic health unit closer to their homes. Children have been examined and classified as high risk by specific standards of risk of dental caries. We tried to relate this index with the knowledge of parents in prevention and maintenance of deciduous dentition. The results indicated the absence of information from parents or responsible persons about the importance of prevention and maintenance of deciduous teeth in the arcade, which is a fact observed by the high rate of absences to consultations scheduled, despite the free access to treatment.

Key words: Attendance at consultations; Children; Oral health; Parents' interest.

Introdução

A saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ como um estado de completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. A saúde bucal é parte indivisível da saúde geral e essencial para a qualidade de vida².

Ter saúde bucal não significa apenas possuir dentes, mas, sim, dentes e gengivas saudáveis. A boca é um meio pelo qual nos alimentamos e nos comunicamos. Ela deve proporcionar mastigação, deglutição e comunicação adequadas, propiciando a ligação entre os diversos sistemas do corpo. A saúde do indivíduo reflete o ambiente em que vive, o nível de informação que possui, o acesso ao tratamento e à educação².

A cárie dentária é, em termos de saúde pública, o principal problema de saúde bucal dos habitantes do Município de São Paulo³.

Os levantamentos epidemiológicos são instrumentos importantes para diagnosticar as condições de saúde bucal das populações, devendo contribuir para o planejamento dos serviços de saúde⁴.

Nas últimas décadas, tem-se verificado a tendência de queda nos índices de cárie dentária no Brasil. Entre 1980 e 1996, a estimativa de queda aos 12 anos de idade ficou em 57,8%. Nesse período, a redução desses valores é resultado da combinação de fatores como a fluoretação das águas de abastecimento público, a adição de compostos fluoretados aos dentífrícios e a descentralização do sistema de saúde brasileiro⁵.

De acordo com Nadanovsky⁶, mesmo com o crescente declínio da cárie dentária em diversos locais e em determinados grupos etários, uma significativa parcela da população ainda sofre de problemas odontológicos – 70% dos dentes cariados estão em 30% das crianças. Segundo Feitosa⁷, as prevalências de cárie encontradas nos diferentes estudos variam entre localidades e grupos etários.

A associação de variáveis, tais como escolaridade e ocupação dos pais, renda, moradia e

grupos socioeconômicos com a experiência de cárie na infância, mostra haver um processo em curso na busca de uma explicação para a ampla ocorrência dessa doença entre as populações e a variação no seu padrão⁸.

Esse fenômeno, em que a prevalência da patologia acomete, com maior frequência, grupos sociais menos favorecidos socioeconomicamente, definido como polarização da cárie dentária, fortaleceu mais intensamente as preocupações no controle e na prevenção da cárie em comunidades carentes e com as repercussões da cárie dentária na vida do paciente infantil⁶.

Diversos estudos epidemiológicos têm permitido o monitoramento da cárie em crianças no Brasil. A maioria desses estudos, contudo, descreve a prevalência e severidade da cárie em escolares⁹.

As condições de saúde bucal do pré-escolar não têm sido documentadas na mesma extensão que às do escolar. Isso provavelmente ocorre porque a dentição decídua, com frequência, não é considerada tão importante quanto a permanente^{8,9}. No entanto, é conhecida a relação entre história de cárie na dentição decídua e seus níveis na dentição permanente, em razão da transmissibilidade da doença⁸.

Segundo Nogueira et al.¹⁰, o dente decíduo é importante para o bom desempenho das funções mastigatórias, articulação, fonação e oclusão. De acordo com Alencar¹¹, a ocorrência de perda precoce desses dentes, além de ocasionar transtornos comportamentais, repercute fortemente no desenvolvimento da oclusão futura, tendo relação com a fonética e a função mastigatória do indivíduo.

Garcia¹² e Alencar¹¹ destacam que a deterioração dos dentes decíduos, além de interferir na função mastigatória, pode influenciar no crescimento corporal e craniofacial das crianças. Acrescenta-se ainda a participação de tais elementos durante os períodos do crescimento e desenvolvimento da altura dos arcos dentais, na respiração e na harmonia estética do corpo da criança, sendo, assim, fundamental a sua manutenção até a época normal de esfoliação¹¹. Além

disso, a dentição decídua é importante para o desenvolvimento dos maxilares e músculos da face, servindo de guia para os dentes permanentes irromperem em posição correta^{11,13}.

A perda precoce de dentes decíduos, além de resultar em problemas estéticos, ortodônticos e fonéticos, pode alterar a relação entre os maxilares, e a criança poderá desenvolver hábitos nocivos de postura de língua que também comprometem a fonação¹⁴.

Embora seja dito que, na maioria dos casos, as doenças bucais não se apresentam como ameaça à vida¹⁵, em casos extremos, as infecções odontogênicas, que têm origem nas estruturas que constituem os dentes e no periodonto^{16,17}, podem progredir para abscessos profundos cervicais, mediastinites e abscesso cerebral, entre outras patologias, sendo necessários uma terapêutica correta e um acompanhamento multidisciplinar do paciente. O diagnóstico preciso das infecções odontogênicas é imprescindível para definir a terapia adequada o mais rápido possível, evitando, dessa forma, mais complicações para o paciente, que, apesar de infrequentes, não devem ser desconsideradas em razão da sua morbidade¹⁷.

Focos bucais de infecção têm sido relacionados com o comprometimento da saúde geral do indivíduo, despertando o interesse de médicos e dentistas^{18,19}.

Como visto, a manutenção da saúde bucal é tão importante para as crianças quanto para os adultos, pois os processos cariogênicos ainda na dentição decídua podem trazer sérios transtornos, que poderão acompanhar essa criança durante toda a vida. Então, uma maneira de prevenir esse tipo de complicação futura seria avaliar e encaminhar para tratamento crianças com afecções dentárias, mesmo na dentição decídua, e ainda em idade pré-escolar. Todavia, empiricamente, não se tem notado progressão, no que se refere à redução da prevalência das patologias dentárias, entre crianças com essas características, mesmo com a existência de programas de diagnóstico bucal, realizados, periódica e gratuitamente, nas escolas. Nesse tipo de progra-

ma, as crianças são examinadas por profissional capacitado e, se necessário, encaminhadas para tratamento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de suas residências, para serem submetidas a tratamento das lesões cáries, visando limitar os danos e eliminar os focos infecciosos. Ou seja, o diagnóstico é realizado, mas, em boa parte dos casos, o tratamento, não, pois os responsáveis pelas crianças não estão acatando as sugestões de encaminhamento para tratamento bucal às unidades de saúde.

Determinar o índice de comparecimento às consultas odontológicas dos pré-escolares agendados para tratamento ajudou a quantificar a efetividade do programa e o interesse dos responsáveis pelas crianças, fornecendo dados reais que servem de base para a criação de novas estratégias, visando conscientizar a população sobre a importância dessa adesão e, assim, buscar reduzir o número de crianças em idade pré-escolar acometidas pela cárie.

Objetivo

Avaliar o interesse dos pais pela saúde bucal de seus filhos, por meio da observação do índice de comparecimento às consultas odontológicas de crianças em idade pré-escolar.

Metodologia

Trata-se de um estudo prospectivo e de natureza quantitativa, em que foram incluídas apenas crianças de 4 e 5 anos de idade, todas frequentadoras de pré-escola. A participação voluntária dessas crianças foi aceita somente após os pais ou responsáveis assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, configurando concordância com a metodologia e com o intuito desta pesquisa, registrada no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o nº 244487/2008, aprovada e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Nove de Julho, por estar de acordo com a reso-

lução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde quanto aos seus aspectos éticos e legais.

Numa primeira etapa, profissionais capacitados realizaram exames para avaliação da saúde bucal das crianças que atenderam ao critério de inclusão. Esses exames foram feitos antes do intervalo para o lanche e sem escovação prévia, sob luz natural e sem auxílio de secagem ou radiografias. Esses critérios foram identificados por letras. As crianças foram classificadas em Baixo Risco (Letra A), Médio Risco (Letras B e C) e Alto Risco (Letras D, E e F), de acordo com as descrições a seguir: Letra A: indivíduos com cárie zero, ausência de mancha branca ativa e de placa visível; Letra B: indivíduos com história pregressa de cárie tratada adequadamente, ausência de mancha branca e de placa visível; Letra C: indivíduos com cavidades de cárie crônica, ausência de mancha branca e de placa visível; Letra D: indivíduos com mancha branca ativa e/ou presença de placa visível, ausência de cavidades de cárie, com história pregressa de cárie ou não; Letra E: indivíduos com cavidades de cárie agudas, mancha branca ativa e/ou placa visível; Letra F: indivíduos com necessidades de tratamento de urgência com dor, abscesso ou fístula. As crianças classificadas como de alto risco (Letras D, E, e F) foram agendadas para tratamento dentário na UBS mais próxima de suas residências. Para cada criança encaminhada, foi criada uma ficha com dados individuais como sexo, idade e local de residência, e com a classificação obtida após o exame odontológico. Essas fichas foram encaminhadas à UBS e arquivadas, à espera do comparecimento das crianças. Numa segunda etapa, foi quantificado o índice de comparecimento das crianças encaminhadas para tratamento dentário. Essa quantificação foi feita, separando-se as fichas das crianças que compareceram ao tratamento daquelas que não o fizeram.

Este estudo foi desenvolvido em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, pela cirurgiã-dentista responsável pelo espaço coletivo em questão, fazendo parte das atividades preconizadas por essa Secretaria.

Nenhuma informação que possa identificar o local da realização do trabalho ou os pacientes envolvidos no estudo foi divulgada. Os dados individuais de cada criança atendida na consulta inicial e daquelas que retornaram para atendimento foram inseridos em planilha eletrônica, tabulados e apresentados pelos seus valores inteiros e percentuais com a aplicação de testes estatísticos, quando eles se mostraram pertinentes.

Resultados

No período citado, foram examinadas 159 crianças, sendo 86 (54,1%) do sexo masculino, e 73 (45,9%), do feminino. Dessas crianças, 112 (70,4%) tinham 5 anos de idade, e 47 (29,6%), 4 anos.

Do total de crianças examinadas, 114 (71,7%) foram classificadas como sendo de Baixo Risco (Letra A), 12 (7,5%) Médio Risco (Letras B e C) e 33 (20,8%) como Alto Risco para a doença cárie (Letras D, E e F).

No espaço coletivo em questão, foram agendadas para tratamento na UBS as 33 crianças (20,8%) classificadas como sendo de alto risco, que necessitavam de tratamento específico. Desse total, apenas 19 compareceram às consultas (57,6% das que foram agendadas). As outras 14 crianças (42,4%) não compareceram.

Discussão

Segundo os dados coletados, o número de crianças de alto risco (33, num total de 159 examinadas), o equivalente a 20,8%, demonstra ser expressivo, pois se trata de crianças de baixa idade, com dentes decíduos já necessitando de tratamento, em alguns casos com comprometimento pulpar e, em outros, com extração indicada, não deixando dúvidas da necessidade de orientar os pais quanto às formas de prevenção.

Segundo Bretz et al.²⁰, apenas 16% das crianças entre 3 e 6 anos de idade estão livres de cárie, indicando a falta de orientação²¹.

Em relação à prevenção, busca-se preservar o estado de saúde, pelo combate à doença cárie, e limitando o dano causado por ela. Entretanto, ainda que todas as medidas preventivas sejam adotadas como rotina na clínica, a cárie dentária que ocorre precocemente ainda é um problema relativamente comum na infância²².

De acordo com Lee et al.²³, o reconhecimento de lesões cáries em sua fase inicial, ou de aparentemente paralisadas, é um passo fundamental para a prevenção²⁴.

Apesar de ter sido identificada uma elevada prevalência da necessidade de tratamento odontológico no País como um todo²⁵ e alguns autores citarem a dificuldade dos serviços assistenciais em assegurar o completo atendimento às necessidades das crianças de 5 a 12 anos de idade³, no estudo em questão, não houve interesse pelo tratamento específico oferecido. Isso pôde ser observado pelo alto índice de ausência às consultas agendadas (42,4%), demonstrando a falta de informações sobre a importância dessa dentição na arcada.

Observa-se que a dentição decídua, por possuir como característica principal a transitoriedade, tem seu valor subestimado e o tratamento negligenciado, sendo dada pouca importância aos aspectos preventivos da doença cárie^{26,27}.

Muitas vezes, os fatores socioculturais apontam a lesão de cárie em dentes decíduos como uma fatalidade, um acontecimento comum e inevitável, pois muitas mães desconhecem que essa alteração constitui uma doença infecciosa transmissível, passível de prevenção e que pode ser controlada²¹.

Estudos têm demonstrado que grau de instrução elevado vem acompanhado de mais oportunidades de acesso à informação sobre saúde. Crianças que convivem com adultos, nessa condição, estão sujeitas a hábitos e condutas de saúde bucal mais saudáveis²⁸.

Experiências mostram que é interessante a coparticipação entre dentistas e professores do ensino fundamental na veiculação de informações sobre saúde e higiene bucal para as crianças. Essa associação beneficia a comunidade

infantil em uma faixa etária em que os hábitos alimentares e de higiene estão sendo formados²⁹.

Conclusão

Podemos concluir que o não comparecimento às consultas indica ou o desconhecimento da importância do tratamento, ou o descaso com a saúde, pois os responsáveis ignoram seus benefícios, demonstrando, assim, falta de informações. São famílias de baixa renda que, mesmo com a gratuidade do tratamento, não tiveram interesse em usufruí-lo.

O grande desafio, entretanto, é enfrentar essa carência de informações e permitir a construção e/ou a mudança de conceitos, para que a cárie dentária seja entendida como uma doença que pode e deve ser evitada e, quando já instalada, precisa ser tratada, independentemente de ocorrer em decíduos ou permanentes, pois ambas as dentições têm sua importância na arcada dentária.

Referências

1. Preâmbulo da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization).
2. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(11):2555-2564.
3. Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):196-200.
4. Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(2):247-53.
5. Narvai PC, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do Século XX. *Odontologia e Sociedade*. 1999;1(1/2):25-29.



6. Nadanovsky P. O declínio da cárie dentária. In: Pinto VG, organizador. Saúde bucal coletiva. 4ª Ed. São Paulo: Santos.2000:341-51.
7. Feitosa S, Colares V. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. Cad Saúde Pública.2004; 20(2):604-9.
8. Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. Rev Saúde Pública. 1996;30(5):413-20.
9. Barbosa APM, Kriger L, Moysés ST, Moysés SJ. Prevalência da doença cárie em crianças de cinco anos de idade na cidade de Curitiba - análise crítica. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2007;16(2):142-5.
10. Nogueira AJS. Perdas precoces de dentes decíduos e suas conseqüências para dentição futura - elaboração de propostas preventivas. Rev ABO Nac. 1998;6(4):228-233.
11. Alencar CRB, Cavalcanti AI, Bezerra Pkm. Perda precoce de dentes decíduos: Etiologia, Epidemiologia e conseqüências ortodônticas. Publ UEPG Ci. Biol. Saúde. 2007;13(1/2):29-37.
12. Garcia IF. Importancia de los dientes temporales. Su cronología de erupcion. Rev Pediatr Aten Primaria. 2003;5:439-45.
13. Pinto V. Prevenção da carie dental. In: _____. Saúde bucal coletiva. 4ªd. São Paulo: Santos.2000:371-84.
14. Coelho MLG. Perda precoce da dentição decídua: análise da percepção das mães de crianças de 2 a 6 anos de idade na sede do distrito de Jaibaras, Sobral. Sobral (CE). 54f. Monografia (Especialização). Universidade Estadual do Vale do Acaraú; 2003.
15. Melo EH, Freire EJ, Bastos HFBN. Ensino-aprendizagem de conceitos científicos em saúde bucal nas séries iniciais do Ensino Fundamental I à luz da análise da conversação. Rev Letra Magna-Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Lingüística e Literatura.1º Semestre de 2005;2(2) .
16. Allen CM, Bouquot JE, Damm DD, Neville BW. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1998.
17. Vasconcelos BCE, Cauás M, Albert DGM, Nascimento GJF, Holanda GZ. Disseminação de infecção odontogênica através das fâscias cervicais profundas – Relato de caso clínico. Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Facial. 2002; 2(1):21-5.
18. Wiliams R, Offenbacher S. Periodontal medicine: the emergence of a new branch of periodontology. Periodontology. 2000;23:9-12.
19. Storrer CM, Chambrone D, Pannuti C, Lotufo RF. Participação da microbiota subgengival nas infecções não-orais. Rev Periodontia. Sociedade Brasileira de Periodontia. 2002;13(5):43-50.
20. Bretz WA. Relationship of microbial and salivary parameters with dental caries in brasilian pre-school children. Community Dent Oral Epidemiol. 1992;20(5):261-4.
21. Guimarães MS, Zuanon ACC, Spolidório DMP, Bernardo LC, Campos AADB. Atividade de cárie na primeira infância fatalidade ou transmissibilidade? Cienc Odontol Brás.2004;7(4):45-51.
22. Lemos LVFM, Barbosa DL, Ramos CJ, Myaki SI. Influência do fator assiduidade à consulta odontológica na prevalência de cárie dentária em indivíduos atendidos na Bebê Clínica da Prefeitura do Município de Jacareí. São Paulo; 2008.
23. Lee C, Rezaiaimira N, Jeffcott E, Oberg D, Domoto P, Weinstein P. Teaching parents at WIC clinics to examine their high caries-risk babies. ASDC J Dent Chid. 1994;61(5/6):347-9.
24. Bardal PAP, Olympio KPK, Valle AAL, Tomita NE. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(1):161-67.
25. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(1):79-87.
26. Greene JC. A primeira dentição: base para saúde oral. Saúde do Mundo. 1973:6-9.
27. Schalka MMS, Rodrigues CRMD. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. Rev Saúde Pública. 1996;30(2):179-186.
28. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre Mrdo. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. Cad Saúde Pública. 2000;34(4):402-8.
29. Vasconcelos R, Matta ML, Pordeus IA, De Paiva SM. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos; 2001.