

CONHECIMENTO EM SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA E SUA APLICAÇÃO NA PRÁTICA DE MÉDICOS DE FAMÍLIA

Knowledge about children's Oral Health and its application in Family Physicians' practices

Luciana Bitello Firmino¹,
Ricardo Rahal Goulart², Caren Serra Bavaresco³

RESUMO

Introdução: O cirurgião-dentista é o profissional mais capacitado para trabalhar assuntos relativos à situação de saúde bucal. No entanto, algumas equipes de ESF ainda não possuem o profissional cirurgião-dentista presente. Muitas vezes, o profissional médico passa a ser o principal contato da equipe de saúde com a população. Assim, observa-se a necessidade do mesmo ter o conhecimento de práticas preventivas em relação à saúde bucal. **Objetivos:** Verificar o conhecimento em saúde bucal da criança dos médicos de família. **Material e Métodos:** Foi realizada uma entrevista semiestruturada com oito Médicos de Família do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). **Resultados:** Apenas 37,5% da amostra citaram que a dentição decídua deveria estar completa abaixo de 4 anos. Quanto à transmissibilidade da doença cárie, 50% dos médicos consideraram que esta não é transmissível de uma pessoa para outra. Todos os médicos entrevistados consideraram que o fator bacteriano não é o único capaz de desencadear o processo cariioso, necessitando de outras variáveis associadas. O período mais recomendado pelos médicos para a 1ª consulta odontológica da criança seria quando da erupção dos primeiros dentes (37,50%). Em relação à utilização de mamadeiras, 50% dos entrevistados orientam a higienização bucal após a mamada e 62,50% orientam mínima ou não utilização de açúcar nas mamadeiras. **Conclusão:** Diante do número reduzido de dentistas em atenção primária no Brasil, e das necessidades odontológicas apresentadas pela população, vê-se a necessidade de capacitação de profissionais médicos para atuação direcionada à prevenção em saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Criança; Prevenção Primária.

ABSTRACT

Introduction: The dentist is the most skilled professional for work on matters relating to oral health. However, some FHS (Family Health Strategy) teams still do not include a professional dental surgeon. Often, the medical professional will be the main health team contact with the population. Thus, it is necessary that this professional has an understanding of preventive practices in relation to oral health. **Objectives:** verify the knowledge of family physicians regarding children's oral health. **Material and Methods:** a semistructured interview was conducted with eight family physicians from the Community Health Service (CHS) of the *Grupo Hospitalar Conceição (GHC)*. **Results:** Only 37.5% of the sample stated that complete deciduous dentition should occur by 4 years of age. As to the transmissibility of the caries disease, 50% of the doctors felt that this is not transferable from one person to another. All the doctors interviewed considered that the bacterial factor is not solely capable of triggering the caries process, requiring other associated variables. Most doctors recommended that the first dental appointment of the child would be when the first tooth erupted (37.5%). In relation to the use of baby bottles, 50% of respondents recommended oral hygiene after feeding and 62.5% recommended little or no use of sugar in baby bottles. **Conclusion:** Considering the limited number of dentists participating in primary health care in Brazil, and the dental requirements of the population, there is a need to train medical professionals to act in preventative measures in oral health.

KEYWORDS: Family Physician; Oral Health; Child; Primary Prevention

¹ Grupo Hospitalar Conceição – GHC.

² Grupo Hospitalar Conceição – GHC.

³ Cirurgião-Dentista - SSC/GHC. Professora do Programa de Pós-Graduação Ulbra/Canoas. Mestre e Doutora Bioquímica/UFRGS. E-mail: c_bavaresco@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A atenção primária em saúde (APS) é o nível de um sistema de saúde, que é considerado a porta de entrada para todas as novas necessidades e problemas, uma vez que é o local mais próximo da residência do indivíduo. Além disso, a atenção é fornecida às famílias e não às enfermidades. Igualmente, apresenta também a função de coordenação da atenção.^{1,2}

Dessa forma, a APS forma a base do sistema de atenção à saúde e determina o trabalho de todos os outros níveis de complexidade. A APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação. Ela preconiza a integralidade da atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto, no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. Como os profissionais que trabalham em APS estão mais próximos do ambiente do paciente, estes estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde de cada indivíduo, uma vez que se tem o conhecimento do contexto histórico e do meio social do mesmo.^{1,2}

No Brasil, a APS está sendo estruturada com base na Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde a educação em saúde se constitui como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a ESF. Esta deve ser capacitada a trabalhar com a assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, voltadas à melhoria do autocuidado individual.²

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é composto por 12 unidades de APS, distribuídas na zona norte da cidade de Porto Alegre. Essas unidades oferecem o trabalho em saúde de maneira muito similar a ESF, todavia as equipes de trabalho são mais completas, estando quase todas compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos e assistentes sociais.

Apesar da estrutura oferecida, sabe-se que as necessidades em saúde não diferem muito das necessidades encontradas em outras regiões do município ou estado. Em saúde bucal, por exemplo, o último levantamento epidemiológico nacional realizado, em 2010, demonstrou que aos 5 anos de idade, a média do índice de cariados, perdidos e obturados (CPO-D/cpos) é de 2,43, sendo que o maior percentual está associado ao item cariado (80%). Essa proporção ainda não atinge a meta proposta pela OMS para o ano 2000, que seria 50% das crianças livres de cárie aos 5 anos de idade.³

Sabe-se que o cirurgião-dentista é o profissional mais

apto para trabalhar assuntos relativos à situação de saúde bucal, uma vez que em sua formação é capacitado para tal fim.^{4,5} No entanto, algumas equipes de ESF ainda não possuem o profissional cirurgião-dentista incluído na equipe. Dessa maneira, muitas vezes, o profissional médico passa a ser o primeiro e, em muitas situações, o único contato da área da saúde com a população.¹ Assim, observa-se a necessidade do mesmo ter o conhecimento de práticas preventivas em relação à saúde bucal, proporcionando um atendimento integral à população. Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento em saúde bucal da criança pelo profissional médico e a aplicação deste conhecimento em sua rotina diária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Este estudo teve como amostra aleatória, oito médicos de família e comunidade (MFC), contratados do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), representando cerca de 14 % total de médicos do quadro de funcionários do serviço. Para seleção dos entrevistados, dividiram-se as doze unidades em quatro perfis, a partir de suas semelhanças sociais. Destas, uma pessoa neutra em relação à pesquisa sorteou uma unidade de cada perfil, correspondendo a um total de quatro unidades.

Das unidades sorteadas, os médicos selecionados para participação na pesquisa foram também selecionados de forma aleatória, por meio de sorteio. Foram selecionados dois médicos de cada unidade sorteada, totalizando o número final de profissionais contemplados na amostra. Todos os médicos contatados aceitaram participar da pesquisa.

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário semiestruturado, previamente aplicado como teste-piloto em um médico do serviço de saúde comunitária do GHC.

A profissão médica foi selecionada para realização da pesquisa, uma vez que esta representa a forma de contato mais facilitado na unidade de saúde, entre a mãe ou cuidador e o serviço de saúde. O conteúdo das perguntas das entrevistas foi baseado nos assuntos abordados no Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança que é utilizado como referência para o acompanhamento do infante neste serviço de APS.⁶ Cabe ressaltar que a presente pesquisa foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética do GHC, estando protocolada como nº 186/07.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada uma entrevista semiestruturada pela pesquisadora (figura 1), contendo 18 questões, no

ambiente de trabalho do profissional contratado, numa sala reservada, estando presentes na mesma, somente a pesquisadora e o entrevistado, a fim de garantir a confidencialidade do processo. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas para avaliação dos dados coletados. Para a análise de dados, foi realizada categorização das respostas.⁷ Os resultados foram expressos em frequências relativas e absolutas. Os profissionais poderiam identificar mais de um item relevante nas respostas de múltipla escolha. Dessa forma, o cálculo da porcentagem utilizou como critério o número total de respostas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais que responderam ao questionário eram funcionários do GHC, no SSC, em um período que variava de três meses a 20 anos. Destes, 100% referiram conhecer e trabalhar baseados nos assuntos abordados pelo protocolo de atendimento à criança. Em relação a aspectos referentes à saúde bucal, cinco do total de entrevistados referiram conhecer e trabalhar, enquanto apenas um deles não conhece o que é abordado.

Em relação aos resultados da pesquisa, quando indagados sobre quando a dentição decidua deveria estar completa, apenas 37,5% da amostra citaram abaixo de 4 anos (tabela 1). Quanto à transmissibilidade da doença, 50% dos médicos consideraram que esta não é transmissível de uma pessoa para outra (tabela 1). Esta porcentagem está de acordo com o estudo de Cavazzola et al. (2003)⁸, o qual avaliou o conhecimento em saúde bucal de pediatras e demonstrou que 85,1% dos entrevistados consideraram a doença cárie infecciosa; no entanto, apenas 40,7% dos mesmos a considerou transmissível.

Este achado concorda com Lewis et al. (2000)⁹, o qual também avaliou o conhecimento de pediatras em saúde bucal, obtendo 39,5 % da amostra, considerando a cárie doença infecciosa transmissível. Todos os médicos entrevistados consideraram que o fator bacteriano não é o único capaz de desencadear o processo cariioso, necessitando de outras variáveis associadas, sendo as mais citadas a dieta cariogênica (87,5 % da amostra), a má higienização dental (75% dos entrevistados) e a redução de pH (62,5% dos entrevistados) (quadro 1). Cavazzola et al. (2003)⁸ também obtiveram uma correlação positiva em relação à dieta cariogênica e cárie dental. Freire et al. (2000),¹⁰ avaliando a relação estabelecida entre saúde bucal e a prática de pediatras, constataram em seu estudo a identificação da relação entre cárie e má higienização dental em 51,2% de sua amostra.

A orientação dietética faz parte da rotina de médicos comunitários, sendo estas orientações realizadas, normal-

mente, para obtenção de saúde geral (75% das respostas) e prevenção da cárie dentária (50%). Em relação à sacarose, a principal abordagem é em relação ao Diabetes Mellitus (37,5 % dos médicos) (tabela 1).

A característica do açúcar mais citada, referente ao estabelecimento da doença, foi a frequência de utilização do mesmo, mencionada por 87,5% dos integrantes do estudo. Quando questionados sobre a orientação da higienização, após a utilização da medicação pediátrica, 62,50% dos entrevistados referem a não orientação às mães e 25% orientam que esta medicação normalmente apresenta açúcares em sua composição (tabela 1).

A relação entre a utilização de flúor e a doença cárie foi estabelecida por todos entrevistados, os quais afirmaram que o flúor age como fator protetor à doença. Igualmente, 25% dos entrevistados citaram que o excesso em sua utilização pode ser prejudicial, podendo ocasionar fluorose (tabela 1). No estudo de Freire et al. (2000),¹⁰ a relação entre higiene oral e flúor foi encontrada em 27,1% da amostra, sendo apenas o flúor citado por 3,1% dos médicos.

A Academia Americana de Odontologia Pediátrica recomenda que a criança tenha sua primeira visita ao dentista em torno de 1 ano.¹¹ No entanto, frente à dificuldade de profissionais de saúde bucal presentes no serviço público, uma alternativa seria o treinamento de médicos e enfermeiros para identificação de problemas bucais mais expressivos, além de realização de atividades preventivas com as crianças. Segundo Pierce et al. (2002),¹² após 2 horas de treinamento em saúde oral da criança, profissionais de atenção primária adquiriram um adequado nível de acurácia na identificação de crianças com um ou mais dentes cariados. Sabe-se que a abordagem realizada com o bebê antes dos seis meses é de extrema importância para a introdução de hábitos preventivo-educativos, proporcionando um maior envolvimento dos pais nos cuidados com o bebê, relacionados à saúde bucal.¹³

Walter e Nakama (1992)¹⁴ afirmaram que a época ideal para o início do atendimento odontológico é por volta dos seis meses de idade, coincidindo, portanto, com o irrompimento dos primeiros dentes deciduos. Essa informação também é repassada pela Academia Americana de Odontologia Pediátrica, objetivando a prevenção de problemas bucais na criança.¹⁵

Contrastando com essas opiniões, Schalka e Rodrigues (1996)¹⁶ e Corrêa et al. (1998)¹⁷ recomendam que, se possível, o encaminhamento ao dentista deva ser feito antes da época de erupção dos dentes, para que o mesmo oriente sobre dieta e higiene bucal adequada e dê explicações necessárias às mães sobre outras medidas preventivas, como a realização de aplicações tópicas de flúor, utilização racional do flúor na forma de dentifrícios, a fim de

evitar a fluorose dentária.

Modesto e Camargo (1998)¹⁸ em estudo, avaliando a relação entre o hábito de chupeta e maloclusão, relatam que a sucção, realizada durante a amamentação e uso de bicos, não visa somente à nutrição, mas também à satisfação psicoemocional de forma que cada bebê apresenta a sua necessidade individual. A criança não deve dormir com a chupeta, a fim de criar uma memória muscular do contato entre os lábios enquanto dorme e favorecer a correta respiração pelo nariz.

Em relação à 1ª consulta odontológica no infante, o período mais recomendado pelos médicos para esta seria quando da erupção dos primeiros dentes (37,50%) (tabela 2). Estudo semelhante encontrou que 48% dos pediatras entrevistados concordam que a 1ª consulta odontológica deve ocorrer após a erupção dos primeiros dentes.⁸ Estudo desenvolvido por Schalka e Rodrigues (1996)¹⁶ relacionou o conhecimento de saúde bucal e médicos pediatras, encontrou que para 56,2% dos entrevistados a escovação deve ser iniciada com a erupção dos dentes. Na presente pesquisa, os principais motivos citados para realização desta consulta seriam para criação de hábitos saudáveis (37,50%) e prevenção de doenças bucais (37,50%) (tabela 2).

O principal motivo para início da higienização dental das crianças foi a internalização nas mães da necessidade de realizar a higiene bucal (37,5% das respostas); outras respostas citadas foram a manutenção de saúde bucal adequada (25%), erupção de dentes (25%), cavidade bucal muito contaminada (12,50%) e novos alimentos introduzidos na dieta da criança (12,50%). Apenas 12,5% dos entrevistados orienta a higienização a partir da erupção dentária. A principal época de início da higienização bucal relatada foi durante os 6 primeiros meses de vida, contando com 62,5% de médicos entrevistados (tabela 2).

Estes dados se aproximam dos resultados de Cavazzola et al. (2003)⁸, os quais encontraram em seu estudo que 67% dos médicos entrevistados orientam o início da higienização antes da erupção dos primeiros dentes, que normalmente inicia em torno dos 6 meses de idade.

Em relação à utilização de mamadeiras, 50% dos entrevistados orientam a higienização bucal após a mamada e 62,50% orientam mínima ou não utilização de açúcar na confecção das mesmas. Quanto à remoção do hábito mamadeira, a idade mais recomendada foi de 1 a 2 anos, sendo citada por 62,50% dos entrevistados, assim como a remoção do hábito de chupar bico, citada por 100% dos médicos (tabela 2). O hábito deve ser removido, entre 1 e 2 anos para 37% dos médicos e 7,4% data como idade limite de 3 a 4 anos, segundo Cavazzola et al. (2003).⁸

É importante ressaltar que os artigos que foram utili-

zados como evidência para o conhecimento em saúde bucal de médicos foram realizados com médicos pediatras. Não foram encontrados artigos desse gênero realizados com médicos de família e comunidade. Apesar disso, não houve grandes discordâncias entre os resultados encontrados nesta pesquisa e os artigos utilizados como referência sobre o conhecimento de médicos pediatras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliando a grande demanda em saúde bucal presente em nosso país, e considerando que o número de odontólogos, que faz parte da equipe de atenção primária no SUS ainda não contempla a totalidade das equipes; vê-se a necessidade de capacitação de profissionais médicos e enfermeiros para atuação direcionada à prevenção em saúde bucal, objetivando, assim, o trabalho em equipe, o que proporcionaria um atendimento mais integral e ágil à nossa população.

Sugere-se a necessidade de tornar o encaminhamento à odontologia, por meio das interconsultas ou consultas coletivas, uma das possibilidades de atuação em equipe na ESF, uma vez que possibilitaria uma maior motivação e engajamento da equipe na atenção à saúde da população, gerando maior satisfação do profissional e do paciente com a resolução da demanda.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO: Edição Brasileira; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde Bucal. Resultados do Projeto SBBrazil 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Aquilante AG, Almeida BS, Martins de Castro RF, Xavier CRG, Sales Peres SHC, Bastos JRC. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. Revista de Odontologia da UNESP. 2003; 32(1):39-45.
5. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contex-

- to do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(9):2131-214.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2006.
8. Cavazzola AS, Busato CA, Francischetto MFM, Machado MAAM. Nível de conhecimento de pediatras em relação à saúde bucal de crianças de 0 a 4 anos. *Revista da Aboprev*. 2003; 6(2):42-50.
9. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK. The Role of the Pediatrician in the Oral Health of Children: A National Survey. *Pediatrics*. 2000; 106(6):E84.
10. Freire MCM, Macêdo RA, Silva WH. Conhecimentos, atitudes e práticas de médicos pediatras em relação à saúde bucal. *Pesq Odont Bras*. 2000; 14(1):39-45.
11. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on Infant Oral Health Care. 2004; 37(6):15-16.
12. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF. Accuracy of Pediatric Primary Care Providers' Screening and Referral for Early Childhood Caries. *Pediatrics*. 2002; 109(5):E82.
13. Silva DDF, Ritter F, Nascimento IE, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um Centro de Saúde de Porto Alegre, RS. *Rev. Odonto Ciênc*. 2008; 23(4):375-379.
14. Walter LRF, Nakama L. Paciente de alto índice de cárie versus paciente de alto risco: qual a conduta? In: Botino MA, Feller C. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 1992.
15. Pereira AC, Fiorio FM. Alicerce para a promoção de saúde bucal: o início precoce. In: Pereira AC e colaboradores. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ARTMED; 2003.
16. Schalka MSS, Rodrigues CRMD. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. *Rev. Saúde Pública*. 1996; 30(2):179-186.
17. Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos; 1998.
18. Modesto A, Camargo MCF. Chupeta: bandida ou mocinha? *Jornal da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 1998; 32: 29.
19. Fernandes FBU. *Pensando no bebê: benefícios, técnicas e dificuldades do aleitamento materno*. [monografia]. Conclusão do Curso de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. CEFAC. Rio de Janeiro; 2000.

Submissão: março de 2017

Aprovação: abril de 2017
