



*Perceção dos pais/encarregados de educação
sobre saúde oral infantil e necessidade de
tratamento*

Ana Luísa da Silva Gomes Esperança

Porto 2013

*Perceção dos pais/encarregados de educação
sobre saúde oral infantil e necessidade de
tratamento.*

Unidade Curricular

“Monografia De Investigação/ Relatório De Atividade Clínica”

Dissertação de investigação médico-dentária

Ana Luísa da Silva Gomes Esperança

Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de
Medicina Dentária da Universidade do Porto

Orientador: Prof. Doutora Cristina Lopes Cardoso da Silva

Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de
Medicina Dentária da Universidade do Porto

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, porque me deram a oportunidade, o suporte e a força para atingir metas que eu julgava inalcançáveis.

Aos meus amigos, aqueles que de forma mais ou menos presente contribuíram para o meu equilíbrio e nunca me deixaram desistir.

À minha orientadora, Prof. Doutora Cristina Lopes Cardoso da Silva, sem a qual não seria possível a realização do estudo.

Às funcionárias da clínica da Faculdade de Medicina Dentária que voluntariamente me ajudaram na recolha da amostra.

A Deus, porque sem ele eu não teria esperança nem haveria sentido na minha vida.

ÍNDICE

RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO.....	3
MATERIAL E MÉTODOS.....	5
RESULTADOS	6
DISCUSSÃO.....	13
CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS	20
ANEXOS	23

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os encarregados de educação são os responsáveis pela saúde oral das crianças. A falta de conhecimentos por parte dos pais sobre prevenção e cuidados de saúde oral será um obstáculo na toma de decisões corretas no que toca à prevenção de doenças da cavidade oral, bem como tratamentos adequados.

OBJETIVOS: Quem mais se responsabiliza por levar as crianças ao dentista, qual a idade da primeira consulta, a prevalência de cáries com necessidade de tratamento e os principais motivos de consulta referidos pelos pais bem como os tratamentos efetuados, são motivo de pesquisa e interesse no presente estudo.

METODOLOGIA: A amostra foi constituída por 1223 fichas clínicas de pacientes odontopediátricos atendidos na clínica Dr. Fernando Peres, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, entre os anos de 2007 a 2012. Para a coleta dos dados foram analisados os processos clínicos e preenchidas fichas de recolha de dados. Os dados foram analisados estatisticamente usando o programa IBM® SPSS ® Statistics21.

RESULTADOS: Na primeira consulta de Odontopediatria, verificou-se uma média de idade de 9 anos. Apenas 0,5% realizaram a primeira consulta de Odontopediatria até completarem 1 ano de idade.

Foram as mães que mais acompanharam as crianças à consulta.

A média de cáries observadas foi igual a 3 e 72% das crianças consultadas apresentavam necessidade de realizar tratamento de cárie.

A maioria dos encarregados de educação referiu como motivo da primeira consulta rotina (39,7%), seguindo-se cárie (24%), dor (13,3%), ortodontia (6,8%), fratura (4,3%), alterações erupção/ esfoliação (4,2%), motivo periodontal (1,6%), colocação de selantes de fissura (1,7%) e outro motivo (2,2%). O primeiro tratamento efetuado foi, maioritariamente, tratamento da cárie dentária (40,4%), seguindo-se a colocação de selantes de fissura (19,7%), tratamento da dor (10,3%), consulta de rotina (9,4%), tratamento periodontal (7,8%), tratamento das alterações esfoliação/ erupção (5,6%), tratamento de fratura (2,8%), outros tratamentos (2,3%) e tratamento ortodontico (1,5%). No que refere à relação entre motivo de consulta e primeiro tratamento efetuados, houve muita discordância sendo que muitas das vezes a necessidade primária de tratamento não coincidiu com a queixa principal.

CONCLUSÕES: Os conhecimentos dos encarregados de educação na prevenção de saúde oral revelam-se baixos, bem como na identificação de problemas orais.

PALAVRAS-CHAVE: Perceção pais; Motivos para consulta, Primeira consulta Odontopediatria;

ABSTRACT

INTRODUCTION: Carers are therefore responsible for the children's oral health. The parent's lack of knowledge about prevention and oral health care is an obstacle in taking right decisions regarding the prevention of oral diseases and appropriate treatments.

OBJECTIVES: Who else is responsible for taking children to the dentist, how old should the children be to attend the first appointment, the prevalence of caries in need of treatment and the main reasons for visits referred by parents as well as the treatments applied, are the reason research and interest in this study .

METHODS: The sample consisted of 1223 medical records of odontopediatric patients attending the clinic Dr. Fernando Peres, School of Dental Medicine, University of Porto, between the years 2007 and 2012. To collect the data clinical processes were analyzed and data collection forms were filled. Data were statistically analyzed using the IBM ® SPSS ® Statistics21.

RESULTS: In the first Odontopediatric appointment, a 9 years old children average was verified. Only 0.5% performed the first Odontopediatric appointment until they complete 1 year old.

Were mainly the mothers that accompanied children to this Odontopediatric appointment. The average of caries observed was equal to 3 and 72% of the consulted children presented need to conduct treatment of caries.

Most guardians referred routine as the main motive of first appointment (39.7%), followed by caries (24%), pain (13.3%), orthodontics (6.8%), fracture (4.3 %), changes eruption / exfoliation (4.2%), periodontal reason (1.6%), placement of cleft sealants (1.7%) and other reason (2.2%). The first treatment made was, mostly, dental caries treatment (40.4%), followed by the placing of cleft sealants (19.7%), treatment of pain (10.3%), routine consultation (9.4%), periodontal treatment (7.8%), treatment of changes exfoliation / eruption (5.6%), treatment of fracture (2.8%), other treatments (2.3%) and orthodontic treatment (1.5%).

In what refers to the relationship between complaint and first treatment performed, there was much disagreement, because often the primary need of treatment do not coincide with the main complaint.

CONCLUSIONS: The knowledge of parents in preventing oral health are revealed low as well as in the identification of oral problems.

KEYWORDS: Perception of parents about oral health; Reasons for Odontopediatric consultation, First Odontopediatric appointment; Odontopediatric treatments.

INTRODUÇÃO

Uma tarefa fundamental que compete à família consiste na prestação de cuidados que satisfaçam as necessidades físicas e afetivas de cada um dos seus elementos, assegurando a sua proteção e socialização, que os inicia nos papéis e valores da sociedade em que se integram, permitindo a adaptação à cultura que os rodeia, bem como a sua transmissão às gerações futuras¹.

A família deve ser responsável por proteger a saúde dos seus membros, dando resposta às necessidades básicas relacionadas com a saúde². É da sua responsabilidade assegurar à criança cuidados de saúde oral que permitam manter ou recuperar uma boca sã. No caso de existirem falhas em prover o bem-estar e as necessidades básicas da criança, estaremos perante negligência infantil. A negligência é a forma mais comum de maus tratos infantis. De entre os fatores contribuintes, encontra-se a falta de conhecimento das necessidades da criança³.

Neste caso, os pais precisam ser orientados quanto à importância da saúde bucal e sua manutenção⁴.

No período de socialização primária da criança erupcionam os dentes decíduos, concomitantemente com o rápido desenvolvimento da capacidade de comunicação que faz com que a criança seja capaz de interiorizar as rotinas de comportamento que lhe são transmitidas⁵.

Assim, torna-se importante uma abordagem integrada incluindo meios de comunicação social e profissionais de saúde geral e oral, para consciencializar e orientar os cuidadores da criança, sobre cuidados preventivos, hábitos dietéticos, higiene oral, uso de flúor e deteção precoce de cárie⁵.

Os cuidados de saúde oral infantil devem iniciar-se no período pré-natal, informando adequadamente os pais e sensibilizando-os para a importância e impacto de uma boa saúde oral.

A primeira visita ao médico dentista deverá ocorrer no primeiro ano de vida para que sejam fornecidas instruções sobre a higiene oral, bem como avaliar o grau de risco e programar as consultas de controlo conforme a necessidade individual de cada criança⁶.

Os pais são os principais tomadores de decisões em relação à saúde dos seus filhos, no entanto, a medida em que compreendem os efeitos dos problemas de saúde na vida das crianças contínua sem resposta^{7,8}.

Alguns estudos revelam que os conhecimentos dos pais sobre saúde oral, são baixos, e outros mostram que, apesar de os pais possuírem informações corretas, a sua transmissão não se revela eficaz, pois não são colocadas em prática^{9, 10}.

Verifica-se que as cáries rompantes da infância continuam a ser a doença crónica mais comum em crianças¹¹. Em Portugal, a prevalência de cárie varia de região para região, estando descrita na literatura em percentagens que variam entre 23 e 33%, em crianças com seis, doze e quinze anos¹².

As doenças orais afetam as pessoas física e psicologicamente e influenciam a qualidade de vida, aspetto, fala, alimentação, socialização, e sentimentos de bem-estar social^{13,14,15}.

Receber informação correta e precocemente é fundamental, pois será a partir dos conhecimentos adquiridos que os pais poderão agir da forma mais correta possível. Os níveis de educação dos pais estão associados à experiência de cáries por parte das crianças. A maioria da informação sobre saúde oral recebida pelos pais é fornecida pelo pediatra e médico dentista sendo importante a sua incorporação como público-alvo de programas para construção de conhecimentos em saúde oral^{4,5,9}.

Reconhecer o público-alvo e as suas necessidades para promover programas educativos permite fornecer elementos que os capacitem a adquirir autonomia e conhecimento na escolha de condições saudáveis das crianças⁹.

O presente trabalho tem como objetivo estudar a percepção que os pais têm sobre a saúde oral infantil e a necessidade de tratamento, recorrendo à informação presente nas fichas clínicas de Odontopediatria preenchidas na primeira consulta, na Clínica Dr. Fernando Peres, na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, e identificar a necessidade de informar os cuidadores das crianças sobre saúde oral infantil.

MATERIAL E MÉTODOS

Previamente à realização deste estudo foi obtida a autorização da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) (Anexo 1).

A presente investigação foi realizada a partir da análise de fichas clínicas de pacientes pediátricos, atendidos na Clínica Dr. Fernando Peres, da FMDUP, sendo portanto um estudo transversal observacional. Foram avaliadas as fichas clínicas de pacientes entre os 0 e os 18 anos de idade.

De um total de 1427 fichas clínicas foram selecionadas 1223. Foram excluídas todas as fichas clínicas cuja declaração de consentimento informado institucional não se encontrasse assinada, fichas clínicas preenchidas de forma incompleta, sendo impossível aferir dados relevantes para o presente estudo e fichas clínicas que se encontrassem no departamento de Ortodontia da FMDUP.

Os dados obtidos na avaliação das fichas clínicas foram coletados numa Ficha de Recolha de Dados elaborada para esta investigação (Anexo 2). Na avaliação de cada ficha clinica foram registados os seguintes dados: idade da criança, número de cáries, relação de parentesco do encarregado de educação, motivo da consulta e primeiro tratamento efetuado.

A idade da criança foi considerada tendo em conta o ano de nascimento e o ano em que foi realizada a primeira consulta.

O encarregado de educação era referido como sendo pai, mãe ou outro, que neste caso se referia a qualquer acompanhante responsável pela criança que não fosse o pai ou a mãe.

O motivo de consulta referido pelo encarregado de educação foi agrupado e classificado segundo a seguinte denominação: dor, selantes de fissura, reencaminhado por outro profissional de saúde, cárie, fratura dentária, ortodontia, alteração esfoliação/ erupção e problema periodontal.

O primeiro tratamento efetuado foi distribuído pela mesma denominação sendo que, quando o motivo da consulta era “dor” e o primeiro tratamento visava eliminar a sintomatologia, mesmo que se enquadrasse em outras denominações era considerado com classificação “dor”, ou seja, apesar do tratamento da dor ser realizado como tratamento de cárie ou tratamento periodontal, por exemplo, não era considerado segundo esta denominação se no processo clínico se pudesse concluir com certeza que o tratamento foi efetuado com o objetivo de eliminar a dor. Nos casos em que, no decorrer da primeira

consulta apenas fosse realizado um exame clínico, sem indicação de vigiar alterações posteriores de erupção e esfoliação, o primeiro tratamento efetuado era classificado como “rotina”. O tratamento da cárie foi considerado como primeiro tratamento, sempre que uma restauração provisória foi substituída, quando foram feitas aplicações tópicas de flúor, pulpotorias, tratamentos endodônticos, exodontias de dentes cariados ou tratamentos restauradores. Entendeu-se como tratamentos de alterações de erupção ou esfoliação as situações em que um dente foi extraído por não ter esfoliado na altura correta ou quando constava na ficha clínica a necessidade de vigiar a erupção/esfoliação devido à existência de anomalias da cronologia das mesmas. Apesar de, este último caso não ser um tratamento, nada foi feito apenas diagnosticado, é um diagnóstico importante e por isso foi incluído na investigação e colocado na classificação juntamente com os primeiros tratamentos por facilitar a análise dos dados.

O tratamento ortodôntico foi considerado quando, na primeira consulta não foi efetuado nenhum tratamento nem existia necessidade para tal e a criança tinha indicação de ser reencaminhada para o serviço de ortodontia devido há existência de problemas ortodônticos. Mais uma vez trata-se de um diagnóstico e não de um tratamento, mas para facilitar a análise dos dados foi colocado na classificação “Primeiro tratamento efetuado”. O tratamento de fraturas dentárias incluiu todos os dentes que estavam fraturados devido a trauma e foram restaurados na primeira consulta para solucionar este problema.

Os casos em que o motivo da primeira consulta e primeiro tratamento efetuado não corresponderam a nenhum item da classificação foram assinalados como “outro”.

Quanto ao número de cárries, considerado em valor absoluto, apenas foram consideradas as cárries que apresentavam necessidade de tratamento ou restaurações provisórias. Foram considerados dentes cariados independentemente do número de lesões de cárie em cada dente, ou seja, um dente com cárie em mais do que um local foi considerado em termos quantitativos como um dente cariado.

Após recolhidos, os dados foram inseridos e analisados no programa *IBM® SPSS Statistics21*.

RESULTADOS

Idade

A distribuição de idades dos indivíduos pertencentes à amostra estudada, no momento da primeira consulta, encontrava-se entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 18 anos de idade (Figura 1).

Na presente amostra, na primeira consulta de Odontopediatria, verificou-se uma média de idade de 9 anos e uma moda de 7 anos.

Das crianças pertencentes à amostra estudada apenas 0,5% realizaram a primeira consulta de Odontopediatria até completarem 1 ano de idade.

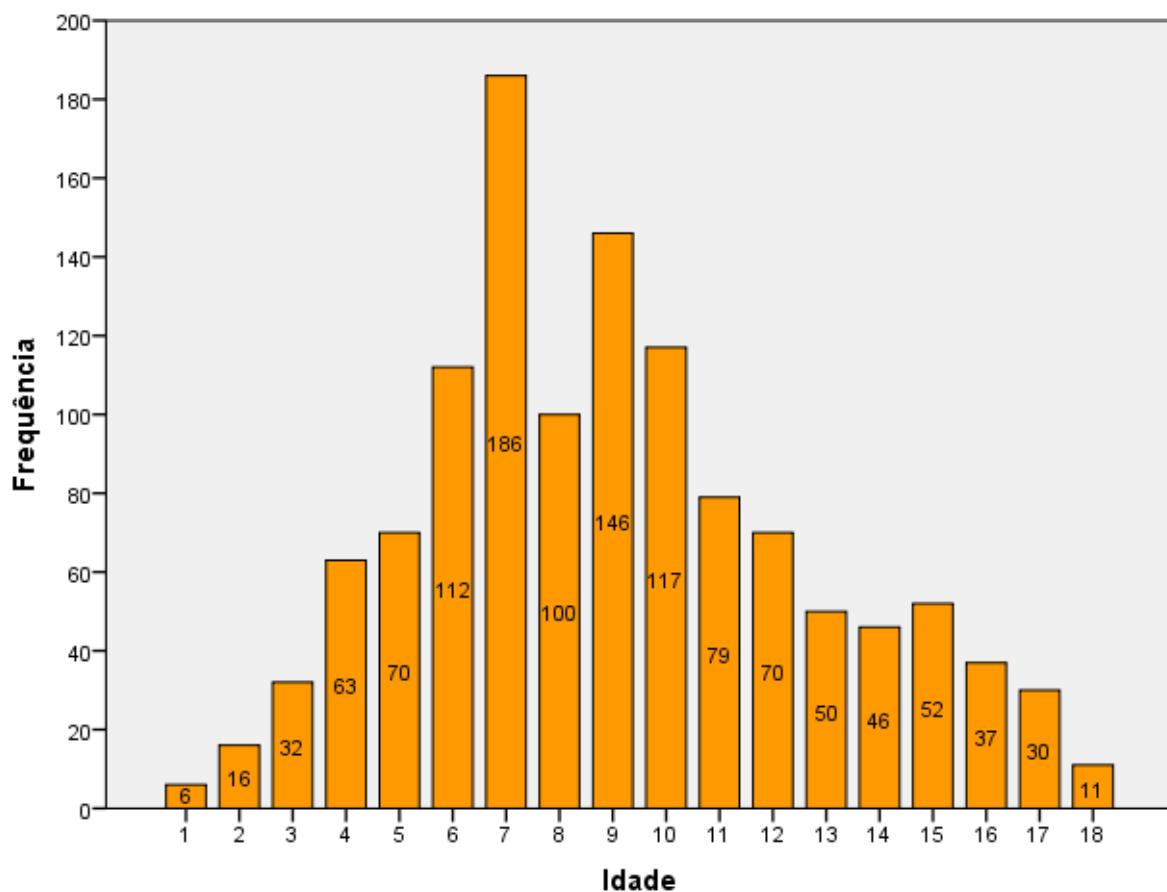


Figura 1: Distribuição da frequência de idades das crianças pertencentes à amostra estudada no momento da primeira consulta realizada na disciplina de Odontopediatria.

Encarregado de educação

Na maioria dos casos, foram as mães que acompanharam as crianças à consulta de Odontopediatria, seguindo-se os pais e por último outras pessoas como, avós, tios, irmãos, responsáveis de crianças que estão em lares de acolhimento ou instituições de caridade, entre outras situações.

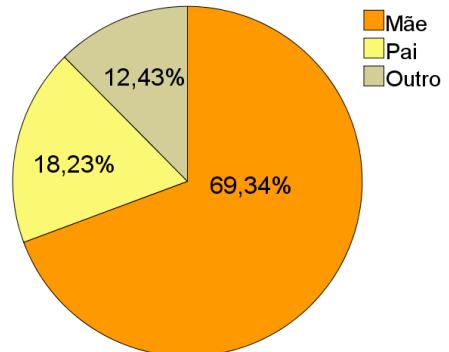


Figura 2: Relação de parentesco dos encarregados de educação com as crianças pertencentes à amostra.

Número de cáries

O número de cáries registado na primeira consulta das crianças pertencentes à amostra do presente estudo variou imenso, tendo sido encontrados indivíduos com 0 cáries e indivíduos com um máximo de 25 cáries.

A moda de cáries observadas foi igual a 0. Da totalidade da amostra, 28% não apresentavam cáries com necessidade de tratamento.

A média de cáries observadas foi igual a 3 e 72% das crianças consultadas apresentavam necessidade de realizar tratamento de cárie.

Motivo da primeira consulta

A maioria dos encarregados de educação referiu como motivo da primeira consulta rotina (39,7%), seguindo-se cárie (24%), dor (13,3%), ortodontia (6,8%), fratura (4,3%), alterações erupção/ esfoliação (4,2%), motivo periodontal (1,6%), colocação de selantes de fissura (1,7%) e outro motivo (2,2%).

Da amostra avaliada, 2,4% veio reencaminhada por outro especialista de saúde para a consulta de Odontopediatria.

Primeiro tratamento efetuado

O primeiro tratamento efetuado foi, maioritariamente, tratamento da cárie dentária (40,4%), seguindo-se a colocação de selantes de fissura (19,7%), tratamento da dor (10,3%), consulta de rotina (9,4%), tratamento periodontal (7,8%), tratamento das alterações esfoliação/ erupção (5,6%), tratamento de fratura (2,8%), outros tratamentos (2,3%) e tratamento ortodontico (1,5%).

Foram reencaminhadas para outra instituição, que não a FMDUP, 0,2% das crianças devido à necessidade de realizar tratamentos com anestesia geral em meio hospitalar.

Relação entre motivo da primeira consulta e primeiro tratamento efetuado/Diagnosticado

Primeiro Tratamento Efetuado FMDUP

		Dor	Rotina	Selantes de Fissura	Reencaminhado	Cárie	Fratura	Ortodontia	Alteração esfoliação / erupção	Periodontal	Outro	
Dor	Frequência	126	6	13	0	5	0	1	2	7	3	163
	% Primeiro tratamento realizado	77,3%	3,7%	8,0%	0,0%	3,1%	0,0%	,6%	1,2%	4,3%	1,8%	100,0%
	% Total	10,3%	,5%	1,1%	0,0%	,4%	0,0%	,1%	,2%	,6%	,2%	13,3%
Rotina	Frequência	0	68	145	0	186	0	4	24	45	13	485
	% Primeiro tratamento realizado	0,0%	14,0%	29,9%	0,0%	38,4%	0,0%	,8%	4,9%	9,3%	2,7%	100,0%
	% Total	0,0%	5,6%	11,9%	0,0%	15,2%	0,0%	,3%	2,0%	3,7%	1,1%	39,7%
Selantes de Fissura	Frequência	0	4	10	0	5	0	0	0	2	0	21
	% Primeiro tratamento realizado	0,0%	19,0%	47,6%	0,0%	23,8%	0,0%	0,0%	0,0%	9,5%	0,0%	100,0%
	% Total	0,0%	,3%	,8%	0,0%	,4%	0,0%	0,0%	0,0%	,2%	0,0%	1,7%
Reencaminhado	Frequência	0	2	4	1	13	0	3	4	2	0	29
	% Primeiro tratamento realizado	0,0%	6,9%	13,8%	3,4%	44,8%	0,0%	10,3%	13,8%	6,9%	0,0%	100,0%
	% Total	0,0%	,2%	,3%	,1%	1,1%	0,0%	,2%	,3%	,2%	0,0%	2,4%
Cárie	Frequência	0	12	26	1	232	0	0	6	11	5	293
	% Primeiro tratamento realizado	0,0%	4,1%	8,9%	,3%	79,2%	0,0%	0,0%	2,0%	3,8%	1,7%	100,0%
	% Total	0,0%	1,0%	2,1%	,1%	19,0%	0,0%	0,0%	,5%	,9%	,4%	24,0%
Fratura	Frequência	0	4	5	0	7	32	0	1	0	3	52
	% Primeiro tratamento realizado	0,0%	7,7%	9,6%	0,0%	13,5%	61,5%	0,0%	1,9%	0,0%	5,8%	100,0%
	% Total	0,0%	,3%	,4%	0,0%	,6%	2,6%	0,0%	,1%	0,0%	,2%	4,3%
Ortodontia	Frequência	0	5	26	0	26	2	10	2	12	0	83
	% Primeiro tratamento realizado	0,0%	6,0%	31,3%	0,0%	31,3%	2,4%	12,0%	2,4%	14,5%	0,0%	100,0%
	% Total	0,0%	,4%	2,1%	0,0%	2,1%	,2%	,8%	,2%	1,0%	0,0%	6,8%
Alteração esfoliação/erupção	Frequência	0	6	3	1	10	0	0	29	2	0	51
	% Primeiro tratamento realizado	0,0%	11,8%	5,9%	2,0%	19,6%	0,0%	0,0%	56,9%	3,9%	0,0%	100,0%
	% Total	0,0%	,5%	,2%	,1%	,8%	0,0%	0,0%	2,4%	,2%	0,0%	4,2%
Periodontal	Frequência	0	3	2	0	3	0	0	0	11	0	19
	% Primeiro tratamento realizado	0,0%	15,8%	10,5%	0,0%	15,8%	0,0%	0,0%	0,0%	57,9%	0,0%	100,0%
	% Total	0,0%	,2%	,2%	0,0%	,2%	0,0%	0,0%	0,0%	,9%	0,0%	1,6%
Outro	Frequência	0	5	7	0	7	0	0	1	3	4	27
	% Primeiro tratamento realizado	0,0%	18,5%	25,9%	0,0%	25,9%	0,0%	0,0%	3,7%	11,1%	14,8%	100,0%
	% Total	0,0%	,4%	,6%	0,0%	,6%	0,0%	0,0%	,1%	,2%	,3%	2,2%
Total	Frequência	126	115	241	3	494	34	18	69	95	28	1223
	% Primeiro tratamento realizado	10,3%	9,4%	19,7%	,2%	40,4%	2,8%	1,5%	5,6%	7,8%	2,3%	100,0%
	% Total	10,3%	9,4%	19,7%	,2%	40,4%	2,8%	1,5%	5,6%	7,8%	2,3%	100,0%

Figura 3: Descrição do número de casos distribuídos pela denominação estabelecida para motivo de consulta e a relação dos mesmos com o número de casos distribuídos pela denominação de primeiros tratamentos efetuados.

As crianças que se dirigiram à consulta devido a sintomatologia dolorosa representaram 13,3% do total da amostra. Nos ficheiros clínicos destas crianças observou-se que em 77,3% dos casos o tratamento efetuado na primeira consulta teve como objetivo resolver a queixa principal, ou seja eliminar a dor. Nos restantes 22,7% dos casos, os tratamentos efetuados não tiveram como objetivo eliminar a causa da dor referida no motivo da consulta, tendo sido efetuada a colocação de selantes de fissuras em 8% dos indivíduos, tratamentos periodontais em 4,3%, consulta de rotina em 3,7%, tratamento de cárie em 3,1%, outro tratamento em 1,8%, tratamento de alterações da erupção/ esfoliação em 1,2% e tratamento ortodontico em 0,6%.

Em nenhuma situação ocorreu o caso de o primeiro tratamento efetuado ser a eliminação da dor e o motivo da primeira consulta ser qualquer outro item da denominação que não “Dor”.

Com o motivo de primeira consulta “Rotina” (39,7% no total), foram realizadas 14% de consultas de rotina. Na maioria das crianças foram realizados tratamentos de cárie (38,4%), seguindo-se colocação de selantes de fissuras (29,9%), tratamento periodontal (9,3%), alterações erupção/ esfoliação (4,9%), outros tratamentos (2,7%) e por último, tratamento ortodontico (0,8%).

Quando o motivo da primeira consulta foi fratura dentária (4,3% no total), 61,5% dos primeiros tratamentos tiveram como fim o tratamento da mesma. O tratamento da cárie verificou-se, nestes casos, em 13,5% dos indivíduos, seguindo-se a colocação de selantes de fissuras em 9,6% dos indivíduos, consulta de rotina (7,7%) e foram efetuados outros tratamentos em 5,8% das crianças. Em 2,4% das crianças em que o motivo da primeira consulta foi “Ortodontia” realizou-se tratamento de “Fratura Dentária”.

Ortodontia foi a razão da primeira consulta na FMDUP para 6,8% dos indivíduos pertencentes à amostra em estudo. Destas crianças, 12% realizou na primeira consulta tratamento direcionado para a queixa apresentada, a maioria dos primeiros procedimentos foi o tratamento da cárie (31,3%) e a colocação de selantes de fissuras verificou-se em 31,3%. Foram praticadas consultas de rotina em 6% dos indivíduos, tratamento periodontal em 4,5%, tratamento de fraturas dentárias em 2,4% e tratamento de alterações da erupção/ esfoliação em 2,4%. Algumas crianças realizaram na primeira consulta “Ortodontia” apesar de, como motivo de primeira consulta referirem dor (1,2%) e rotina (0,8%).

“Alterações da esfoliação/ erupção” foram motivo de primeira consulta para 4,2% dos indivíduos. Destes, 56,9% recebeu tratamento com o fim de solucionar problemas de alteração de erupção/ esfoliação. Em 19,8% dos casos foi feito tratamento de cárie, “Rotina” em 11,8% das crianças, também foram colocados selantes de fissuras em 5,9% das crianças e foi efetuado tratamento periodontal em 3,9%. Em algumas crianças cujo motivo da consulta referido foi rotina (4,9%), outro motivo (3,7%), ortodontia (2,4%), fratura (1,9%) ou dor (1,2%), o tratamento realizado foi no âmbito de alterações de esfoliação/ erupção.

Tratamento periodontal foi motivo de procura da consulta odontopediátrica por 1,6% dos indivíduos da amostra. Destes, 57,9% realizou tratamento de forma a satisfazer o motivo da consulta. Destes pacientes, em 15,8% foi efetuada uma consulta de rotina, em 15,5% foi efetuado tratamento de cárie e em 10,5% foram aplicados selantes de fissuras, realizada consulta de ortodontia, tratamento de outro motivo, rotina, dor ou alterações esfoliação/erupção.

Foram realizados tratamentos periodontais, tratamentos de cáries, aplicações de selantes de fissura, consultas de rotina e tratamento de alterações de esfoliação/ erupção em pacientes cuja queixa principal não se enquadrava em nenhum item da classificação de motivo de primeira consulta.

Alguns pacientes em que o motivo da primeira consulta foi “Outro” realizaram tratamentos que não constavam nas denominações de “Primeiro tratamento efetuado”.

DISCUSSÃO

Os pais ou cuidadores são os principais responsáveis por tomar decisões no que diz respeito à saúde das crianças. A sua percepção tem uma influência primordial nos cuidados preventivos e decisões de tratamento⁷.

Segundo as academias Americana e Europeia de Odontopediatria a primeira consulta no médico dentista deve ser realizada até a criança completar 1 ano de idade, não só para avaliar o risco individual de desenvolvimento de cáries e outros problemas, mas também para fornecer aos encarregados de educação informações essenciais para cuidados com a saúde oral da criança^{6,16}. Esta é a altura ideal recomendada pela grande maioria dos profissionais de saúde oral em todo o mundo¹⁷. Em concordância com estas diretrizes, a disciplina de Odontopediatria da FMDUP aconselha que a primeira consulta seja realizada após a erupção do primeiro dente e nunca depois do primeiro ano de vida da criança¹².

No estudo de Ferreira et al. (2002), de acordo com os dados obtidos, observou-se que na faixa etária entre 0-1 ano, 72% das crianças procuravam atendimento para orientação e prevenção e apenas uma pequena percentagem de crianças apresentava lesões de cárie (6,6%). No mesmo estudo, crianças entre os 2 e 3 anos de idade, que procuravam a clínica, já referiram em 62,3% das vezes cárie como motivo de consulta¹⁸.

No presente estudo a idade que mais frequentemente apresentaram as crianças na primeira consulta foi, em média, 9 anos. Apenas 0,5% das crianças vieram a uma primeira consulta com 1 ano de idade. Assim, os dados obtidos não correspondem à situação idealmente recomendada, sendo que uma percentagem muito pequena da amostra realizou uma primeira consulta até 1 ano de idade. No entanto, não foi encontrada nos processos clínicos informação relativa ao facto de esta primeira consulta coincidir com a primeira consulta da criança no dentista ou se já tinham sido atendidas por algum profissional de saúde oral previamente à primeira consulta na FMDUP. Por este motivo é impossível concluir qual foi realmente a idade da primeira consulta no dentista dos indivíduos pertencentes à amostra estudada.

É importante referir que a promoção de saúde oral em crianças deve ser direcionada aos seus responsáveis⁶. Neste estudo verificou-se que foram as mães quem mais acompanhou as crianças à consulta (69,34%). Neste sentido, reveste-se de grande importância a realização de consultas durante a gravidez onde, para além de tratamentos dentários, é

dada educação e motivação para a saúde oral da criança. Os pais, embora menos frequentemente que as mães, também acompanharam as crianças (18,23%), bem como outros familiares, nomeadamente tios, avós, irmãos e ainda funcionários de intuições de solidariedade e lares de acolhimento de menores, considerados como “outros” (12,43%). A incorporação de pais e familiares ou funcionários de instituições responsáveis pela criança, como público-alvo de programas educacionais de saúde oral, permitirá construir conhecimentos e obter uma aprendizagem que os capacite a cuidar de forma mais adequada das crianças. Figueira et al (2008) referem que há necessidade de implementar ações preventivas e educativas em saúde, especialmente em saúde oral, envolvendo pais, familiares e todos os profissionais comprometidos com a promoção da saúde da criança⁹. Na amostra estudada, 28% das crianças não apresentavam lesões de cárie com necessidade de tratamento. No entanto lesões de cárie iniciais, dentes perdidos devido a cárie e dentes obturados não foram contabilizadas na recolha de dados, o que significa que não podemos afirmar que esta percentagem de crianças se encontrasse livre de doença cárie. É importante realçar que 72% das crianças exibiam lesões com necessidade de tratamento, mas, apesar disso, somente 24% dos encarregados de educação referiram como motivo de consulta o tratamento de cárie. Essa discrepância revela um desconhecimento por parte dos pais no que se refere à presença de cárie dentária. Em 2003 a Organização Mundial de Saúde considerou a cárie dentária como o maior problema de saúde oral afetando 60-90% das crianças em idade escolar, segundo Melgão (2006), apesar de se verificar um decréscimo da prevalência de cárie é ainda um problema com repercussões graves no bem-estar das crianças¹⁹. Na literatura científica a prevalência de cárie dentária em Portugal é variável dependendo da região, variando entre 23 a 33%, em idades de seis, doze e quinze anos^{12,20}. Na amostra estudada é possível averiguar que a prevalência de cárie foi muito superior, tendo sido de 72%. Está descrito que a dor associada à cárie dentária resulta muitas vezes em abstinência escolar e diminuição do apetite, podendo afetar a linguagem, o crescimento e o desenvolvimento da criança²¹.

Os motivos para a procura da consulta de Odontopediatria podem ter várias causas como o reconhecimento da necessidade de exames de rotina, percepção dos pais sobre saúde oral e identificação do problema²².

Em alguns estudos realizados foi possível verificar que, há semelhança do presente trabalho, o motivo principal de consulta referido pelos encarregados de educação foi exame de rotina seguindo-se tratamento de cárie^{9,22, 23}.

Segundo o estudo levado a cabo por Costa et al (2010), 27% dos motivos de consulta da amostra foram rotina. Seria bom que a maioria das crianças realizasse tratamentos de rotina/ prevenção sem que a primeira visita ao dentista visa-se tratar uma patologia²⁴. No presente estudo 39,7% dos pais, do total da amostra, trouxeram a criança com o simples objetivo de realizar uma consulta de rotina. Entende-se portanto, que não identificaram a necessidade de ser realizado qualquer tipo de tratamento. No entanto, destas crianças, apenas 14% realizou efetivamente uma consulta de rotina. A maioria das crianças com motivo de primeira consulta “Rotina” recebeu tratamento de cárie (38,4%) como primeiro tratamento, seguindo-se a colocação de selantes de fissuras (29,9%) e foram ainda realizados tratamentos periodontais (9,3%) e outros tratamentos (2,7%), bem como diagnósticos de alterações de erupção/ esfoliação (4,9%) e ortodônticos (0,8%). Assim sendo, verifica-se que muitos pais desconhecem a existência de patologias já instaladas com necessidades de tratamento ou de vigilância, não se referindo a elas como motivo de consulta concreto. Métodos preventivos como os selantes de fissuras, não são reconhecidos como motivo de consulta, sendo que, numa grande percentagem (29,9%), não foi referida a sua colocação como motivo de consulta mas sim “Rotina”. Recomenda-se a colocação de selantes de fissuras, como método preventivo avaliando o risco global de cárie. Devem ser colocados em molares permanentes sem cavitação, após a sua erupção, apenas quando o isolamento do dente seja possível, ou pelo menos no espaço de 4 anos após a sua erupção e em molares decíduos se a criança tiver uma elevada suscetibilidade à cárie. Não devem colocar-se selantes em dentes parcialmente erupcionados, dentes com cavidade e dentes com cárie de dentina²⁵.

Apenas 1,7% da amostra referiu a colocação de selantes como principal motivo de consulta, mas 19,7% efetuou a sua colocação na primeira consulta. Das crianças cujos pais referiram necessidade de colocação de selantes de fissura, nem todas realizaram tal tratamento numa primeira consulta. Algumas não apresentavam necessidade para colocar selantes, outras apresentavam problemas com necessidade de tratamento prioritário, como cárries e problemas periodontais. Mais uma vez é possível verificar a falta de conhecimento sobre os reais problemas que afetam a cavidade oral das crianças e ainda um desconhecimento sobre a colocação de selantes de fissuras como método preventivo

de cárie dada a pequena percentagem de encarregados de educação que se referiu a eles (1,7%) e a significativa percentagem de crianças em que foram colocados (19,7%). Do total da amostra, 24% dos encarregados de educação referiu “Cárie” como motivo de primeira consulta. Este resultado é semelhante ao encontrado por Costa et al (2010) em que 23,9% dos motivos de consulta foram cárie dentária e aos resultados de Sommer et al (2008) em que 20,3% dos pacientes refiram cárie como motivo de consulta^{22, 23}. Nos dados da amostra do estudo apresentado, em 40,4% do total das crianças foram realizados tratamentos de cárie na primeira consulta. Importa ainda realçar que 72% das crianças da amostra apresentavam lesões de cárie com necessidade de tratamento. Apesar disso, numa primeira consulta nem sempre foram tratadas essas lesões devido à existência de tratamentos prioritários ou por falta de colaboração dos pacientes, por isso apenas foram tratados 40,4% lesões de cárie na primeira consulta e não 72%. Estes valores fazem crer que muitos dos encarregados de educação não sabem identificar lesões de cárie com necessidade de tratamento uma vez que o número de tratamentos de cárie foi superior ao número de casos em que os pais referiram tal motivo de consulta. A falta de reconhecimento desta patologia pode ser causa de muitos tratamentos efetuados tarde, onde são encontradas lesões de cárie maiores e mais graves. Na maioria das crianças cujos pais referiram “Cárie” como motivo de primeira consulta foi efetivamente realizado tratamento de cárie. Das restantes crianças, 0,3% foram reencaminhadas para meio hospitalar para receberem tratamento sob efeito de anestesia geral, em 16,4% foram realizados outros tratamentos como colocação de selantes de fissuras, tratamentos periodontais, diagnósticos de alteração de erupção e esfoliação. Outras crianças (4,1%) não foram colaborantes, não tendo sido efetuado nenhum tratamento na primeira consulta. Na amostra estudada foram efetuados muitos tratamentos de cáries, mas a prevenção deve ser a base para que se proporcionem as melhores condições de crescimento, desenvolvimento e funcionamento. A cárie e as más oclusões são as patologias mais frequentes e a sua prevenção é um objetivo primordial¹². Seria ideal realizar cada vez menos diagnósticos e consequentes tratamentos de cárie existindo mais cuidados na prevenção.

As crianças que apresentavam dor como motivo de consulta representaram uma percentagem elevada da amostra (13,3%). No estudo de Sommer et al (2008) a percentagem de crianças com dor foi menor (9,2%), assim como no estudo de Costa et al (9%)²³. A maioria viu tratado na primeira consulta a causa da dor, no entanto houve

crianças em que foram feitos outros tratamentos ou que devido à sua falta de colaboração nada pôde ser feito além do diagnóstico. O facto de uma criança apresentar sintomatologia dolorosa revela, geralmente, falha nos cuidados preventivos, o que é preocupante pois a dor afeta negativamente vários aspectos importantes no correto crescimento e desenvolvimento infantil e na qualidade de vida^{8,14}.

Traumas dento alveolares ocorrem frequentemente em crianças e adolescentes e afetam os dentes, estruturas de suporte e tecidos adjacentes. Vários estudos sugerem uma prevalência de traumatismos que varia entre 4,9% e 37% em diferentes populações infantis²⁶. Uma atuação rápida após o traumatismo e um plano de tratamento apropriado são importantes para um prognóstico mais favorável²⁷. Estudos sugerem que os pais não sabem atuar perante uma emergência de trauma dentário^{26, 27}. Cangussu et al. (2001) observaram no seu estudo traumatismo dentário representou 10% das principais queixas apresentadas²⁴. Na amostra estudada no presente estudo 4,3% dos encarregados de educação referiram ser fratura dentária o motivo da consulta. Algumas destas crianças não colaboraram, outras tinham outros problemas com maior necessidade de tratamento que a fratura dentária, mas na maioria dos casos foi de facto tratada a fratura dentária na primeira consulta.

O problema periodontal que os encarregados de educação da amostra do presente estudo referiram foi a gengivite. Estudos feitos revelam uma prevalência de gengivite na população infantil que varia de 34,33% a 100%. Já no que se refere à periodontite, os dados são mais escassos e sugerem uma prevalência que varia entre 2,2% e 11,6%²⁸. Muitos dos primeiros tratamentos efetuados foram de encontro à queixa principal, no entanto houve crianças em que foram considerados outros tratamentos prioritários, como a colocação de selantes de fissura e o tratamento de cáries. Mais uma vez se verificou que os encarregados de educação não conseguem detetar sempre o principal problema.

A esfoliação e erupção normal é um dos processos decisivos no desenvolvimento de uma dentição bem formada e equilibrada²⁹. Alguns encarregados de educação apresentaram preocupação quanto a alterações de esfoliação ou erupção, e em muitas destas crianças foi decidido numa primeira consulta vigiar tal problema ou extraír dentes que deveriam ter esfoliado. Entretanto foram tratadas cáries, colocados selantes de fissura e tratados problemas periodontais. Em algumas crianças verificou-se não existirem alterações, apesar do receio dos pais. Mais uma vez se verificou não existir um esclarecimento exato por parte dos pais, neste caso, para saber identificar problemas de erupção e esfoliação.

Os problemas ortodonticos devem ser diagnosticados precocemente de forma a evitar complicações mais graves no futuro, sendo recomendada uma consulta de rastreio ortodontico aos 7 anos de idade. No presente estudo, no que se refere a este problema, a amostra estudada não foi representativa, pelo facto de a maioria dos processos de crianças com necessidade de tratamento ortodonticos se encontrar no departamento de Ortodontia da FMDUP e inacessíveis para análise. Podemos simplesmente referir que muitos pais referem problemas ortodonticos como motivo de primeira consulta, quando na realidade existem cáries com necessidade de tratamento, fraturas dentárias, alterações de esfoliação e erupção, indicação de colocação de selantes de fissuras, ou ainda há uma situação de boa oclusão sem necessidade de correção ortodontica.

Algumas crianças foram reencaminhadas para a clínica da FMDUP (2,4%) por médicos pediatras e médicos dentistas externos para receberem cuidados multidisciplinares. Tal facto parece positivo, uma vez que demonstra que cada vez mais os pediatras estão atentos aos problemas da cavidade oral, assim como os médicos dentistas generalistas reconhecem a importância de uma consulta especializada para a resolução dos problemas de saúde oral infantil⁵.

Houve casos em que algumas crianças (0,2%) foram reencaminhadas pelos profissionais da FMDUP para meio hospitalar para receberem tratamentos sob efeito de anestesia geral sendo esta a melhor forma de atuação em casos que impliquem a realização de tratamentos complexos e em que exista falta de cooperação.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo podemos concluir que, apesar dos esforços feitos para melhor informar os encarregados de educação sobre saúde oral infantil, ainda há um longo percurso a ser feito no sentido de a informação chegar à grande maioria das pessoas.

No presente estudo foram as mães quem mais acompanhou as crianças à consulta, pelo que, a consulta de aconselhamento a grávidas reveste-se de uma importância fundamental para o esclarecimento dos cuidados preventivos com crianças.

As crianças continuam a ser levadas ao dentista numa idade tardia relativamente ao recomendado e quando vão, normalmente já existem patologias instaladas. A dor é inclusive uma queixa frequente. A prevalência de cárie encontra-se elevada, o que faz crer que os programas preventivos não estão a surtir o efeito desejável.

Os conhecimentos dos encarregados de educação na prevenção de saúde oral revelam-se baixos, bem como na identificação de problemas orais.

O estudo apresentado não é conclusivo em alguns aspetos devido à falta de informação das fichas clínicas e a amostra estudada refere-se apenas aos pacientes atendidos na clínica da FMDUP. Serão necessários mais estudos para conhecer o perfil dos encarregados de educação e desta forma criar estratégias mais eficazes de instrução dos mesmos para a saúde oral das crianças.

REFERÊNCIAS

- 1.Relvas AP. O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica. Porto. Edições Afrontamento, 2006.
- 2.Stanhope M. Teorias e Desenvolvimento Familiar. Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos.1.^a Ed. Lisboa: Lusociência. 1999. 492-514.
- 3.Hockenberry MJ, Wilson D. Wong fundamentos de enfermagem. 8^a ed. MosbiElsevier 2011.
- 4.Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal dos Bebes: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2004 set/dez; 4;185-189.
- 5.Freire MCM, Macedo RA, Silva WH. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatra sem relação à saúde bucal. PesqOdontBrasv. 2000 jan/mar; 14(1):39-45.
- 6.Moreira AL, Paiva E, Ferreira LP. Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva. Revista portuguesa de clínica geral. 2006; 22:337-46.
- 7.Kenney MK, Kogan MD, Crall JJ. Parental perceptions of dental/oral health among children with and without special health care needs. AmbulPediatr. 2008 sep/oct; 8(5):312-20.
- 8.Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. Int J Dent Hyg. 2008 may; 6(2):108-13.
- 9.Figueira TR, Leite CG. Conhecimentos e Práticas de Pais Quanto à Saúde Bucal e suas Influências Sobre os Cuidados Dispensados aos Filhos. PesqBrasOdontopedClinIntegr.2008 jan/abr; 8(1):87-92.
- 10.Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA.Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. Int J Paediatr Dent. 2002 may; 12(3):168-76.
- 11.Hooley M, Skouteris H, Bogenin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review of the literature. J Dent.2012 nov; 40(11):873-85.
- 12.Areias C et al.Cárie precoce da infância – o estado da arte. ActaPediatrPort. 2010; 41(5):217-21.
- 13.Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005 sep; 83(9):644.

14. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011 apr; 39(2):105-14.
15. Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2008 may;6(2):100-7.
16. Losso EM, Tavares MCR, Silva JYB, Urban CA. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. *Jornal de Pediatria.* 2009 aug; 85(4).
17. Mileva SP, Kondeva VK. Age at and reasons for the first dental visit. *Folia Med (Plovdiv).* 2010 oct/dec; 52(4):56-61.
18. Ferreira SH, Ruschel HC, Kramer, PF, Feldens EG, Saccol KS. Levantamento dos prontuários da Clínica de Bebês da ULBRA-Canoas RS (1994-2000). *Stomatos* 2002, 8(15): 7-14.
19. Melgão AJV. Avaliação dos conhecimentos, atitudes e comportamentos maternos em saúde oral- duas realidades sócio-culturais. Tese de Mestrado em Saúde Oral Preventiva e Comunitária- Faculdade de Medicina Dentária Da Universidade de Lisboa 2006.
20. Areias C, Macho V, Frias-Bulhosa J, Guimarães H, Andrade C. Saúde oral em Pediatria. *ActaPediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria* 2008; 39(4):163-70.
21. Marshall TA, Levy SM, Broffitt B, Warren JJ, Eichenberger-Gilmore JM, Burns TL, Stumbo PJ. Source. Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics.* 2003 Sep;112 (3):84-91.
22. Costa CHM, Forte FDS, Sampaio FC. Motivos para consulta e perfil socioeconômico de usuários de uma clínica infantil. *RevOdontol UNESP.* 2010 set/out; 39(5): 285-289.
23. Sommer S, Zucheto de Barros AG, Couto de Lima G, Viana ES, Kramer PF. Perfil dos pacientes atendidos na Clínica de Odontopediatria do Curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. *Stomatos.* 2008 jul/dez;14 (27).
24. Cangussu MCT, Cabral MBS, Liesenfeld MH, Pastor IMO. Perfil da demanda ambulatorial infantil da Faculdade de Odontologia da UFBA nos anos de 1994 e 1999. *Rev Fac Odontol Bauru.* 2001; 9(3-4): 151-155.
25. Azarpazhooh A, Main PA. Pit and Fissure Sealants in the Prevention of Dental Caries in Children and Adolescents: A Systematic Review. *JCDA ClinicalPractice.*
26. Ozer S, Yilmaz EI, Bayrak S, Tunc ES. Parental knowledge and attitudes regarding the emergency treatment of avulsed permanent teeth. *Eur J Dent.* 2012 out;6(4): 370–375.
27. Flores MT, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental Traumatology* 2007;23: 66–71.

28.Moraes ES, Valença AMG. Prevalence of gingivitis and periodontitis in children 3 to 5 years of age in Aracajú City. CiencOdontolBras. 2003 out/dez;6 (4): 87-94.

29.Teixeira FS, et al. Retenção prolongada de molars decíduos: Diagnóstico, etiologia e tratamento. Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial.2005 may/june;10 (3).

ANEXOS

Anexo 1



Exma. Senhora

Estudante Ana Luisa da Silva Gomes Esperança
Curso de Mestrado Integrado em
Medicina Dentária da
Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

30 JAN 2013

0073

Assunto: Avaliação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto do Plano de Atividades a realizar no âmbito da unidade curricular “Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica” do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e cujo título é: “Perceção dos pais/encarregados de educação sobre saúde oral infantil e necessidade de tratamento”.

Informo V. Exa. que o projeto supra citado foi:

- **Aprovado** na reunião da Comissão de Ética do dia 23 de janeiro de 2013.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética

António Felino

António Felino
(Professor Catedrático)

Anexo 2

Ficha de recolha de dados

Nº ficha clínica: _____

1. Nº de cáries: _____

2. Relação de parentesco com a criança

- Mãe
- Pai
- Outro

3. Idade da criança: ____ anos

4. Motivo da consulta (motivo referido pelo encarregado distribuído pela classificação apresentada):

- Dor
- Rotina
- Selantes de fissura
- Reencaminhado por outro
- Cárie
- Fratura
- Ortodontia
- Alteração esfoliação/ erupção
- Periodontal
- Outro

5. Primeiro tratamento efetuado:

- Dor
- Rotina
- Selantes de fissura
- Reencaminhado por outro
- Cárie
- Fratura
- Ortodontia
- Alteração esfoliação/ erupção
- Periodontal
- Outro