

**Junia Cláudia de Lima**

# **Carie dentaria entre crianças de creches publicas na faixa etária de 0 a 5 anos**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Orientadora: Prof.a Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira

Belo Horizonte  
2009

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de carie na dentição decídua das crianças de 3 creches públicas na área de abrangência do Centro de Saúde Horto, com a finalidade de avaliar e adequar a proposta de intervenção existente. Foram analisados dados secundários de 2007, 2008 e 2009, coletados com a finalidade de estabelecer as necessidades de tratamento. Foram considerados os dados de 539 crianças de 0 a 5 anos. Os dados foram armazenados em banco de dados (EXCEL) e analisados, considerando os percentuais observados. Do total das crianças, observou-se 23% com necessidade restauradora. Somente 5% das crianças apresentam mais de 3 cavidades (código 1) a serem restauradas. Até uma não de idade, nenhuma criança apresentou necessidade restauradora (código 0). Mas a doença progride até chegar aos 5 anos, com 49,9% com necessidade. A maior incidência foi observada na idade de 2 para 3 anos. Concluiu-se que a situação de saúde nestes 3 anos de acompanhamento é de relativa eficácia, principalmente pelo não comparecimento ao tratamento, quando agendadas. Propõe-se uma abordagem de promoção de saúde, prioritariamente com as mães das crianças entre 2 e 3 anos de idade. Para o atendimento restaurador, será realizada uma ação com as técnicas que trabalham diretamente na creche, para a solução do comparecimento ao atendimento.

## 1 Introdução

No município de Belo-Horizonte na região leste da cidade estão localizadas as três creches que serão objeto do nosso estudo. São elas: Creche Transformar, Creche São Vicente de Paula e Creche Nosso Lar todas inseridas na área de abrangência do Centro de Saúde Horto. Estas crianças, em sua maioria, recebem subvenção do governo através do programa Bolsa Família, entendendo-se, portanto em situação de grande vulnerabilidade social.

Estas creches contam com apoio odontológico prestado pelo centro de saúde da região (Centro de Saúde Horto). Estas crianças recebem a cada ano um profissional de saúde bucal da AMAS (Associação Municipal de Assistência Social) que as avalia e os casos considerados pertinentes são encaminhados ao centro de saúde para atendimento onde recebem orientação dietética, instruções de escovação, prevenção e tratamento restaurador usando a Técnica de Restauração Atraumática (ART), tendo como material restaurador de eleição o ionômero de vidro.

Segundo Kramer (1997), a primeira janela de infectividade, aos 26 meses, está associada a erupção dos molares decíduos (mais superfícies para aderir placa) associado ao aumento do consumo de sacarose. Outro período crítico, em termos de desenvolvimento de lesão cariosa, se situa entre o início da erupção até a oclusão funcional (Elderton e Mjor, 1990). É mais provável se observar uma lesão inativa (e não exigir tratamento cirúrgico restaurador) em crianças de mais idade, o que justifica a abordagem precoce, compreendendo a avaliação da dieta, higiene, alimentação, e outros. A dieta pode ser o mais importante fator de risco a ser analisado se não o único. Isto porque crianças de tenra idade (14/18 meses) podem ter como hábito o abuso de sacarose, não ter história ainda de carie no momento, mas estar no limiar entre saúde–doença configurando desta forma situação de alto risco à carie. Serão estas crianças que provavelmente apresentarão lesões com ou sem cavitação antes dos 2 anos de idade. Assim a avaliação e orientação da dieta tem papel fundamental na definição do risco de carie do paciente

A idéia deste estudo surgiu a partir da necessidade de se avaliar o trabalho que vem sendo realizado desde 2007 com as creches na região do Centro de Saúde Horto. A partir desta avaliação, será possível verificar os resultados do programa desenvolvido, acertar arestas ou redirecionar as atividades.

## **2 Objetivo**

Este estudo tem o objetivo de avaliar a prevalência de carie na dentição decídua das crianças de 3 creches publicas na área de abrangência do Centro de Saúde Horto, com a finalidade de avaliar e adequar a proposta de intervenção existente.

### 3 Desenvolvimento

Este estudo foi realizado a partir de dados secundários. Foram consultadas os relatórios anuais de 2007, 2008 e 2009, construídos com os dados de exame de todas as crianças. O exame feito não tem a intenção de diagnóstico, mas procura classificar as crianças de acordo com a necessidade de tratamento, utilizando o índice de necessidade (INTO), de uso comum nos serviços da Prefeitura de Belo Horizonte. Os critérios de classificação do INTO estão descritos no quadro 1.

Quadro 1: Critérios para classificação da necessidade de tratamento (INTO)

<b>Classificação</b>	<b>Critério</b>
<b>0</b>	<b>Sem necessidade cirúrgico-restauradora</b>
<b>1</b>	<b>Até 3 dentes com lesão cariiosa cavitada</b>
<b>2</b>	<b>De 3 a 8 dentes com lesão cariiosa cavitada</b>
<b>3</b>	<b>Mais de 8 dentes com lesão cariiosa cavitada</b>
<b>4</b>	<b>Exodontias múltiplas indicadas</b>
<b>5</b>	<b>Doença periodontal preponderante</b>

Foram considerados os dados de 539 crianças de 0 a 5 anos. Os dados foram armazenados em banco de dados (EXCEL) e analisados, considerando os percentuais observados.

## 5 Resultados

No gráfico 1 apresenta-se a distribuição das crianças de acordo com a necessidade de tratamento apresentada. A maioria (77,3%) não apresenta necessidade restauradora e somente 4,9% tem 3 ou mais cavidades a serem restauradas.

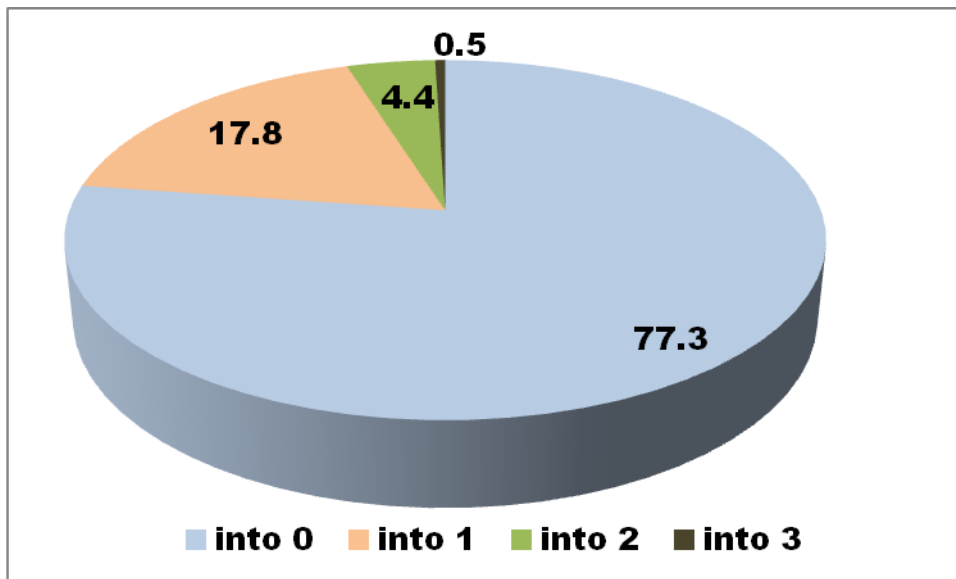


Gráfico 1: Distribuição do total de crianças de acordo com a classificação do INTO, em percentual.

Observando o gráfico 2, fica clara a progressão da doença na dentição decídua. O INTO 1 (3 dentes com cavitação) aparece em crianças de 1 ano ou mais. O INTO 2 (4 a 8 dentes com cavitação) surge em crianças de 3 anos. O INTO 3 (mais de 8 dentes com cavitação) surge em crianças de 2 anos (1%) e somente elas permaneceram neste grau de gravidade da cárie dentária. Aos 5 anos, 51,1% das crianças apresentam INTO 0, 35,5% o INTO 1, 12,4% INTO 2, 1%, INTO 3.

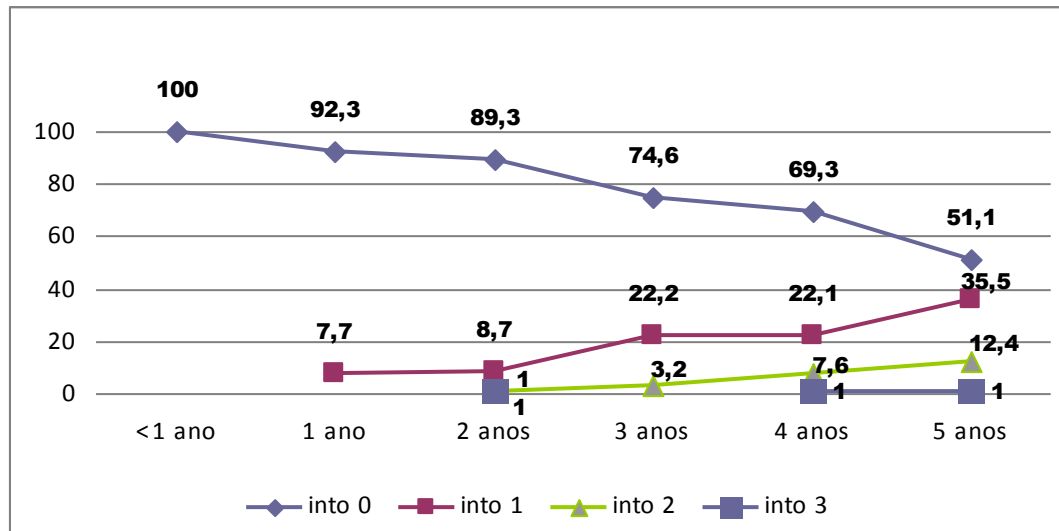


Gráfico 2: Distribuição do total de crianças de acordo com a idade e a classificação do INTO, em percentual.

A primeira idade crítica indicada, 2 a 3 anos, confirma a teoria da 1ª janela de infectividade, quando existe um aumento de lesões iniciais (do código 0 para 1), concomitante ao surgimento dos molares decíduos. Este acréscimo será grande também dos 4 aos 5 anos (Gráfico 3).

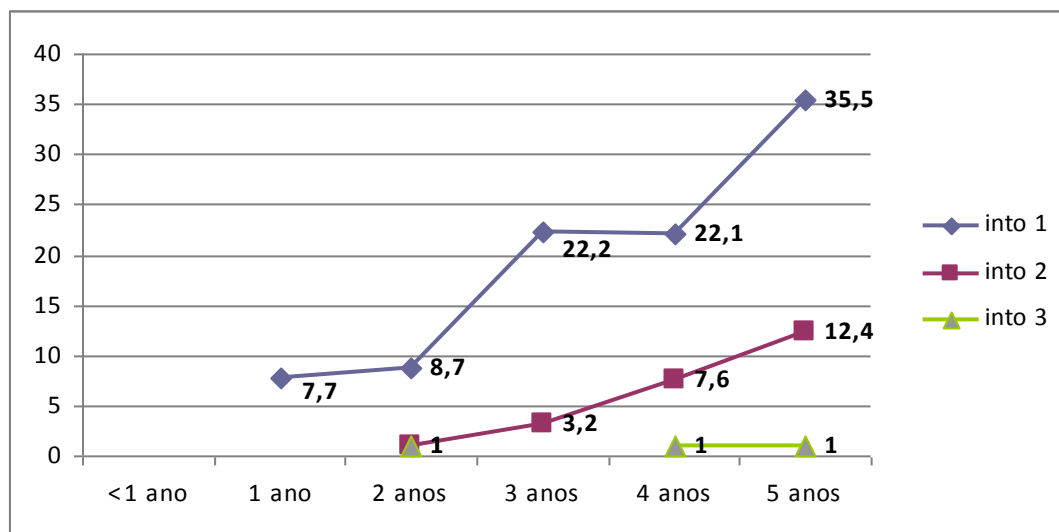


Gráfico 3: Distribuição das crianças com necessidade restauradora de acordo com a idade e classificação do INTO, em percentual.

Não foi possível avaliar a os resultados do tratamento em função da dificuldade de comparecimento ao atendimento. Nos 3 anos do estudo, 406 crianças fizeram uma consulta, 96 fizeram 2 consultas e 17, 3 consultas.

Deve-se levar em consideração que a partir da presença de uma cavidade, pode-se observar o problema “dor” e isto precisa ser solucionado. O evento sentinela (INTO 2) anuncia a gravidade da situação de cárie mas, as crianças que apresentam INTO 1, neste estudo 92 crianças (17,8%), apresentam lesões cavitadas, necessitam de cuidado e podem estar sofrendo a dor.

O fato da ausência ao consultório não pode ser explicado por falta de interesse ou descuido, ou mesmo menor responsabilidade. As mães colocam os filhos em creche, na sua grande maioria, para se dedicarem ao trabalho e desta maneira, fica difícil se ausentar deste, para levar a criança ao dentista, que funciona no mesmo horário.

Uma alternativa para a solução deste problema deve ser pensada bem como o cuidado com as crianças livres de cárie. Se cerca de 50% permanece sem cárie durante 5 anos, é preciso investir nesta população, com metas de aumento deste percentual.

## **6 Conclusão**

Existe uma prevalência de cárie na dentição decídua em 50% das crianças das creches adscritas ao Centro de Saúde Horto.

A progressão de cárie é contínua a partir de 1 ano de idade sendo mais observada dos 2 aos 3 anos e de 4 à 5 anos.

Além de um programa consistente de promoção de saúde que envolva, mesmo que indiretamente, os pais, as crianças acometidas necessitam de tratamento.

A possibilidade de dor deve ser o motivador de ações mais efetivas neste ambiente.



## **Proposta de intervenção**

### Proposta educativa

Percebe-se a necessidade de uma ação voltada às crianças, aos pais e aos cuidadores. Uma estratégia mais adequada deve ser pensada considerando aspectos sociais, econômicos e culturais deste público.

São pontos importantes a serem abordados:

- A introdução da sacarose o mais tarde possível
- O controle dos momentos de sacarose
- O cuidado na alimentação noturna
- A necessidade de uma alimentação nutritiva
- A higiene da boca sobretudo como medida educativa para implantação de hábitos saudáveis
- Medidas preventivas para controle da cárie dentária podem ser implementadas na própria creche, considerando a presença das Técnicas em Saúde Bucal da AMAS.

### Proposta cirúrgico restauradora

O grande problema a ser solucionado se refere ao comparecimento às consultas agendadas. Para isto, o trabalho conjunto com a as Técnicas de Saúde Bucal da AMAS e cuidadoras/professoras deverá ser fortificado.

A técnica utilizada nos serviços municipais de Belo Horizonte (ART) permite um numero menor de consultas por criança e portanto, menor transtorno para que as leva ao consultório.

**8 Referencias bibliográficas:**

- 1 Kramer, P. Promoção de saúde bucal em odontopediatria São Paulo: Artes Medicas,1997
- 2 Elderton,R. Changing scene in restorative dentistry ,Br Dent J v.164,p.263-264, 1988
- 3 Mjor,L; Fejerskov,O. Embriologia e histologia oral humana ,São Paulo: Panamericana,1990
- 4 Correa, MSPN. Odontopediatria na primeira infância. 2ed. São Paulo: Santos, 2005
- 5 Assed, S. Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica São Paulo:Artes Medicas,2005