

ORTODONTIA PREVENTIVA EM SAÚDE PÚBLICA

Estudo de prevalência da cárie dentária, má-oclusão e hábitos bucais deletérios em pré-escolares assistidos pelo PSF visando à reformulação das ações em promoção de saúde bucal.

PREVENTIVE ORTHODONTICS IN PUBLIC HEALTH SERVICE

Prevalence study of dental carie, malocclusion and oral habits in preschool children subscribed on FHP aiming to reform actions in oral health promotion.

Jane Suely de Melo Nóbrega
Joás de Araújo Teixeira

Resumo

Objetivos: estimar a prevalência de cárie dentária, alterações gengivais, oclusopatias, hábitos parafuncionais, crianças respiradoras bucais e amamentadas naturalmente na comunidade de Cajazeiras (Macaíba/RN); viabilizar o tratamento ortodôntico preventivo e criar uma equipe multidisciplinar que englobe os profissionais da Unidade de Saúde para tratar oclusopatias. **Metodologia:** o estudo foi dividido em três partes. A primeira foi conhecer a prevalência da cárie dentária e má-oclusão através do exame intra-oral em 50 pré-escolares da comunidade escolhidos aleatoriamente utilizando os índices ceo-d, AG e maloclusão. A segunda parte do estudo foi, através de questionários pré-testados, avaliar a presença de hábitos deletérios, de respiração bucal e o tempo de amamentação natural na amostra. A terceira etapa caracterizou-se pela reformulação das ações de promoção em saúde visando a prevenção de oclusopatias. **Resultados:** a prevalência de cárie dentária foi de 76%, e 70% da amostra exibiu algum tipo de oclusopatia. O hábito de sucção de chupeta foi o mais realizado e constatou-se que a mamadeira foi introduzida precocemente, a partir de menos de 2 meses de idade na maioria das crianças. Também foi observado que grande parte da amostra (44%) dorme ou respira de boca aberta. **Conclusões:** As oclusopatias passaram a ser tratadas adequadamente na Unidade de Saúde, tanto através da instalação de aparelhagem ortodôntica, como também através de uma abordagem multidisciplinar.

Palavras Chaves: prevalência, cárie dentária, maloclusão, hábitos, aleitamento materno, Saúde da Família.

Abstract

Objectives: to estimate the dental carie and malocclusion prevalences, oral habits and oral breathing occurrences and breastfeeding incident on the children at Cajazeiras community (Macaíba/RN), in order to improve and reorganize the FHP's actions in that community. **Methodology:** This work was performed in 3 stages. The first one was to know the dental carie and malocclusion prevalences through oral exams in 50 preschool children in the community by dlf-t and malocclusion indexes. The second stage was, through prior tested questionnaires, to evaluate the presence of oral habits, oral breathing and breastfeeding time in the sample. The third stage was to reformulate health promotions actions to prevent malocclusion. **Results:** dental carie prevalence was 76%, and 70% of the sample showed any kind of malocclusion. Pacifier sucking was the most performed habit and 96% of the children were breastfed, but the feeding-bottle was offered prematurely to the most of those children when they were 2 months. A great deal of the sample (44%) sleep or breath with open mouth. **Conclusions:** Malocclusions were treated satisfactorily through orthodontic apparatus built in the community health unit by general practice dentist and also through multidisciplinary approach.

Key words: prevalence, dental carie, malocclusion, oral habits, breastfeeding, family health.

1 INTRODUÇÃO

Através do conhecimento epidemiológico é possível conhecer a distribuição e a gravidade de condições mórbidas que possam ocorrer numa população. Também é possível, da mesma forma, verificar a interferência de fatores etiológicos sobre a ocorrência das doenças, fornecendo dados para o planejamento de ações preventivas e curativas.

Sabe-se que a cárie dentária e a doença periodontal são as doenças bucais mais prevalentes no nosso país e, por esse motivo, é comum a disponibilidade de dados para acompanhar suas prevalências. No entanto, as oclusopatias muitas vezes podem ser tão prevalentes quanto a cárie e a doença periodontal, dependendo da região e das características do grupo populacional estudado (FRAZÃO, 1999). O crescimento harmônico da face e a correta erupção e implantação dos dentes nas bases ósseas visando uma oclusão balanceada são aspectos que também devem ser levados em consideração dentro do conceito de prevenção. Os procedimentos preventivos e interceptativos dentro da Ortodontia são viáveis no serviço público, pois são de conhecimento de qualquer clínico, requerem muitas vezes somente orientações à criança e aos pais, o encaminhamento a um outro profissional de saúde e, quando necessário, a confecção de simples aparelhos removíveis ou mantenedores de espaço capazes de serem confeccionados pelo próprio dentista generalista na sua Unidade de Saúde. Somente ao restaurar uma cárie interproximal num molar decíduo, já se previne uma perda de espaço, e isso é também Ortodontia preventiva.

Este trabalho foi realizado na comunidade de Cajazeiras que fica localizada na zona rural do município de Macaíba distante 45 Km de Natal/RN, e que conta com a assistência de uma equipe de saúde do PSF (Programa de Saúde da Família) composta por uma médica, uma cirurgiã-dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de consultório dentário (ACD), um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), cuja prioridade é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, fortemente centrado em ações preventivas e curativas, saindo do atendimento tradicional e em conformidade com os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde).

O estudo foi dividido em três partes: a primeira foi conhecer a prevalência da cárie dentária, má-oclusão e alterações gengivais em pré-escolares da comunidade; a segunda parte foi avaliar a ocorrência de hábitos bucais deletérios, de respiração bucal e o tempo de amamentação natural da amostra; e, por fim, a terceira parte caracterizou-se pela reformulação das ações de promoção em saúde bucal da Unidade visando a prevenção de oclusopatias no paciente infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Incrementar e reorganizar as ações da equipe de saúde bucal do PSF da comunidade de Cajazeiras visando a prevenção de oclusopatias.

2.2 ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de oclusopatias, cárie dentária e alterações gengivais em pré-escolares de 5 anos da comunidade;
- Avaliar a ocorrência de hábitos parafuncionais, o percentual de crianças respiradoras bucais e amamentadas naturalmente na comunidade de Cajazeiras;
- Viabilizar o tratamento Ortodôntico preventivo e interceptativo na Unidade de Saúde pública da comunidade objetivando maior integralidade de ações preventivas em saúde bucal para os usuários do sistema;
- Criar uma equipe multidisciplinar que englobe os profissionais da Unidade de Saúde e os de referência para prevenir e tratar holisticamente as oclusopatias no paciente infantil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O PSF tem como princípios a universalidade e equidade da atenção, a integralidade das ações, voltadas a permanente defesa da vida do cidadão, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, proporcionando o desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (TRAD & BASTOS, 1998).

Em relação à saúde bucal das crianças pré-escolares, a literatura consultada mostra ser este o período de alto risco de alterações bucais, e mesmo assim, os levantamentos epidemiológicos nesta idade ainda são inexpressivos em relação àqueles realizados em escolares. A prevalência de cárie varia conforme a idade e o ceo-d aumenta em relação direta com o aumento da idade (BEZERRA, 1990).

A saúde bucal engloba um conceito amplo no qual a prevenção da cárie dentária e doença periodontal são só um dos pontos básicos e fundamentais. Porém, o crescimento harmônico da face e a correta erupção e implantação dos dentes nas bases ósseas visando uma oclusão balanceada são aspectos que devem ser levados em consideração dentro do conceito de prevenção. Qualquer programa de promoção de saúde bucal deveria englobar a Ortodontia preventiva, dada a sua importância para o desenvolvimento, crescimento e maturação do sistema estomatognático infantil (FALTIN JR. & FALTIN, 1999).

A cárie dentária é a patologia de maior incidência dentre àquelas que acometem a cavidade bucal. Por esse motivo, é comum a disponibilidade de dados para acompanhar sua prevalência. No Rio Grande do Norte, diversos estudos em diferentes municípios mostraram variadas taxas de prevalência para a cárie dentária na idade de 5 anos.

Em um estudo epidemiológico realizado no município de Arês, foi observado que o ceo-d nas crianças foi de 3,84 com um maior percentual de dentes cariados com necessidade de tratamento restaurador na maioria dos casos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2001).

No município de Ceará - Mirim foi observada uma prevalência de 57,1% de cárie, ceo-d médio de 2,12 e nenhuma alteração gengival em crianças de 5 anos de idade. Esse valor quase atingiu a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) que previa para o ano de 2000 na idade de 5 anos que 50% das crianças nessa idade deveriam estar livres de cárie (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2001).

Em estudo realizado no município de Jundiá foi verificado que 83,92% das crianças com 5 anos apresentavam cárie. Além disso, foi observado um ceo-d de 6,86, sangramento gengival em apenas 3,6% das crianças e cerca de 52% dos examinados possuíam algum tipo de má-oclusão, sendo que 44,60% das maloclusões observadas eram do tipo severo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2003).

Já nos municípios de São Gonçalo do Amarante (SÃO GONÇALO DO AMARANTE /RN. Secretaria Municipal de Saúde, 1996) e Pureza (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003b), o ceo-d médio aos 5 anos foi de 3,05 e 3,9 e a prevalência de má-oclusão foi de 41,93% e 16,13% respectivamente.

Em Natal, foi verificado um ceo-d de 3,45 fortemente influenciado pelo componente cariado. Nesse estudo 28,70% da amostra encontrava-se com alguma alteração oclusal (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003a).

Em relação à prevalência de hábitos deletérios, SANTOS (2005) observou-se em estudo realizado em Natal, com crianças de 3 a 5 anos de idade, uma alta prevalência (41%) de hábitos de sucção não-nutritiva na amostra estudada. Foi verificada uma elevada frequência de sucção de chupeta em crianças amamentadas num período inferior a 6 meses.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para as duas primeiras partes do estudo tomou como base teórico-metodológica o Projeto SB Brasil (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000) e o Manual de Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde (OMS,1997).

A primeira parte foi estimar a prevalência de cárie dentária, má-oclusão e alterações gengivais através do exame intra-oral. A segunda parte do estudo foi, através de questionários, avaliar a presença de hábitos deletérios, de problemas respiratórios e o tempo de amamentação natural na amostra.

A amostra deste estudo foi constituída por escolares de ambos os sexos na idade de 5 anos atendidos pelo PSF, que não estivessem utilizando e que nunca tivessem utilizado aparelhagem ortodôntica antes da realização do estudo. A idade de 5 anos é importante em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua , já que podem exibir mudanças em um período de tempo menor que a dentição permanente em outras idades-índices.

Para a faixa etária estudada foram examinados 50 indivíduos escolhidos aleatoriamente, que de acordo com a OMS (1997) é um número com representatividade suficiente para estudos menos complexos e para pequenas populações.

Para estimar a prevalência de cárie dentária e má-oclusão foram utilizados respectivamente os índices ceo-d e de má-oclusão que, preconizado pela OMS em sua versão anterior (1987), foi modificado pela Faculdade de Saúde Pública da USP em 1996, conforme critérios descritos a seguir:

Normal: ausência de alterações oclusais;

Leve: quando há um ou mais dentes com giroversão ou ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular;

Moderada/ Severa: quando há um efeito inaceitável sobre a aparência facial, ou uma significativa redução da função mastigatória, ou problemas fonéticos observados pela presença de uma ou mais das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores:

- Transpasse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais (overjet positivo);
- Transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente (overjet negativo);
- Mordida aberta;
- Desvio de linha média estimado em 4 mm ou mais;
- Apinhamento ou espaçamento estimado em 4 mm ou mais.

As alterações oclusais não explicadas nos critérios acima, como, por exemplo, mordida cruzada posterior (uni ou bilateral), sobremordida ou transpasse vertical acima de 2 mm, foram incluídas na categoria leve.

O índice *ceo-d* mede o ataque de cárie dentária à dentição decídua. Suas iniciais significam, respectivamente: dentes cariados (*c*), com extração indicada (*e*), obturados (*o*) e a unidade de medida que é o dente (*d*). Exclui os extraídos devido às dificuldades em identificar os que o foram perdidos devido a cárie e os que foram perdidos pelo processo natural de esfoliação dentária.

Durante o exame da dentição para cárie dentária foram também observadas a condição periodontal, avaliada com a utilização do índice AG (alteração gengival), onde é observado qualquer sinal de sangramento espontâneo em 3 ou mais coroas, e a necessidade de tratamento.

Os exames clínicos foram realizados por dois examinadores previamente calibrados, os quais examinaram dez indivíduos nas mesmas faixas etárias. A calibração permitiu uma maior intimidade com os índices a serem utilizados e o consenso em relação aos critérios de diagnóstico. A concordância intra e inter-examinador foi determinada reexaminando 12% da amostra, sorteando ao acaso as repetições sem conhecimento dos examinadores.

Os exames intrabuciais foram realizados nas escolas e creches da comunidade de Cajazeiras, onde as crianças selecionadas da amostra estavam matriculadas.

Os pré-escolares que foram examinados receberam todas as informações necessárias de como seriam feitos os exames, com a devida autorização dos

responsáveis (anexo 1). Os indivíduos foram orientados a ficarem sentados em uma cadeira, onde se podia aproveitar ao máximo a luz natural.

O cirurgião-dentista examinador, devidamente paramentado com avental, máscara e luvas descartáveis, realizou o exame com auxílio do espelho bucal. Foram observadas as condições de coroa, gengiva e, a seguir foi realizado o exame oclusal com o paciente em relação cêntrica. O exame foi rápido, indolor e não usou qualquer substância antes, durante ou após o exame. O auxiliar anotador ficou ao lado do cirurgião-dentista e registrou os dados na ficha específica (anexo 2), utilizando os códigos preestabelecidos de cada índice transmitidos pelo examinador (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000b).

Além do exame clínico, foi utilizado um questionário (anexo 3) previamente testado em 10% da amostra e aplicados aos pais ou responsáveis das crianças examinadas contendo oito questões fechadas. Essas questões tiveram o objetivo de investigar a ocorrência de hábitos parafuncionais (tipo, frequência e duração), o número de crianças amamentadas exclusivamente no peito (AME), duração da amamentação natural e a história médica dos escolares examinados (presença ou ausência de doenças respiratórias e alérgicas).

Após a realização do levantamento epidemiológico na comunidade, seguiu-se a terceira fase do estudo onde criou-se um protocolo que pudesse atender pacientes infantis com necessidades de prevenção e tratamento de oclusopatias.

Durante a consulta odontológica na Unidade de Saúde, detectando-se fatores etiológicos capazes de levar a uma oclusopatia, ou diagnosticando-se clinicamente uma oclusopatia já instalada, os pais do paciente infantil são comunicados a respeito da necessidade do tratamento ortodôntico. Modelos de estudo, radiografias periapicais e fotografias digitais intra e extraorais são obtidas do paciente para comporem uma documentação ortodôntica “alternativa” a fim de se planejar o tratamento. Havendo a necessidade de confecção de aparelhagem ortodôntica esta também é realizada na própria Unidade de Saúde pelo próprio cirurgião-dentista utilizando materiais e instrumentais básicos. A seguir, a instalação da aparelhagem é realizada no paciente sendo o mesmo e os seus pais orientados em relação ao seu correto uso e necessidade de acompanhamento periódico mensal pelo cirurgião-dentista.

Na necessidade de uma abordagem multidisciplinar, a criança é encaminhada ao(s) profissional(is) adequado(s) da rede para tratar sua deficiência mediante ficha de encaminhamento do cirurgião-dentista, a qual consiste em toda história odontológica do paciente, suas necessidades de tratamento e auxílio terapêutico do profissional que a está recebendo. Porém, antes disso, debateu-se com todos os profissionais de saúde da Unidade cujas especialidades estivessem diretamente relacionadas com a prevenção e/ou tratamento de maloclusões dentárias - cirurgiões-dentistas, pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas – sobre a necessidade da formação de uma equipe multidisciplinar para o tratamento do paciente infantil portador de uma oclusopatia deixando-os a par dos encaminhamentos quando preciso.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os indivíduos da amostra foram examinados, não ocorrendo nenhuma recusa em participar do estudo. A reprodutibilidade diagnóstica dos examinadores para cada índice utilizado foi medida através da percentagem geral de concordância intra e inter-examinador do Projeto SB Brasil (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000a). Os dados das concordâncias podem ser observados na Tabela 1, os quais adequam-se aos parâmetros de confiabilidade considerados de ótima concordância.

Tabela 1 – Percentual de concordância intra e inter-examinador, em relação aos índices ceo-d e má-oclusão. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

ÍNDICES	CONCORDÂNCIA		
	INTRA-EXAMINADOR		INTER-EXAMINADOR
	Examinador 1	Examinador 2	
Ceo-d	0,99	0,96	0,98
Má-Oclusão	0,99	0,97	0,98

Tabela 2 – Número e percentual de crianças examinadas segundo gênero. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

GÊNERO				TOTAL	
Masculino		Feminino			
N	%	N	%	N	%
22	44,00	28	56,00	50	100,00

A Tabela 2 ilustra a distribuição da amostra por gênero, onde se percebe que o sexo feminino esteve mais presente na amostra.

Na Tabela 3 estão ilustrados os valores percentuais da prevalência de cárie, tomando-se como unidade o indivíduo. Foi observado que somente 24% dos indivíduos da amostra apresentaram-se livres de cárie ($ceo-d = 0$), um percentual abaixo da meta estabelecida (50% livre de cárie) pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2000, para a idade de 5 anos (MOYSÉS, 1999).

Em localidades com esperada alta prevalência, este dado é limitado, daí a necessidade de se avaliar o grau de ataque da cárie a partir do índice $ceo-d$, onde maiores diferenças podem ser observadas. Na Tabela 4 pode-se observar o valor médio de 5,05 para o índice $ceo-d$, o qual é bastante influenciado pelo componente “cariado” (Gráfico 1), sugerindo uma baixa atenção à saúde bucal na idade pré-escolar.

Tabela 3 – Prevalência de cárie em números absolutos e percentuais, de acordo com a amostra. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

CONDIÇÃO	AMOSTRA	
	N	%
Com Cárie	38	76,00
Sem Cárie	12	24,00
TOTAL	50	100,00

Tabela 4 – Média do índice ceo-d, seus componentes e desvio-padrão, para um intervalo de confiança de 95%. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

N	Ceo-d	Cariado	Obt/Cariado	Obturado	Perdido	D.Padrão
50	5,05	4,58	0,03	0,05	0,39	4,66

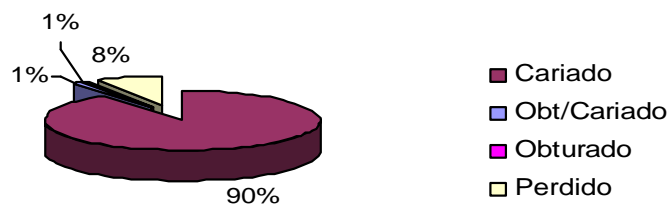


Gráfico 1 – Composição percentual dos componentes do índice ceo-d. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

De acordo com a Tabela 5 pode-se observar que a maior necessidade de tratamento da amostra consiste em realizar tratamento restaurador, seguido de endodontia e exodontia, que são considerados procedimentos clínicos simples, de baixo custo e de pequena complexidade, que podem ser realizados por cirurgião-dentista generalista. Em relação às alterações gengivais, estas foram inexistentes, pois não foi observado sangramento gengival espontâneo durante a realização dos exames. Porém, percebeu-se que grande parte das crianças examinadas apresentavam higiene bucal deficiente com grande acúmulo de biofilme dentário.

Tabela 5 – Número e percentual de necessidade de tratamento na amostra. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

NECESSIDADE DE TRATAMENTO		
	N	%
Restauração de 1 Face	321	42,24
Restauração de 2 ou + Faces	269	35,39
Endodontia	61	8,03
Exodontia	109	14,34
TOTAL	760	100,00

O índice ceo-d encontrado na nossa amostra foi 5,05 e em outros municípios do Rio Grande do Norte foram: 2,12 em Ceará Mirim (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2001), 3,05 em São Gonçalo do Amarante (SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RN. Secretaria Municipal de Saúde, 1996), 3,45 em Natal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003a),

3,84 em Arês (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2001) e 3,9 em Pureza (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003b). Quando comparado aos nossos resultados, estes municípios exibiram melhores condições. Porém o município de Jundiá apresentou um valor para o ceo-d de 6,86 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2003). O alto valor do ceo-d encontrado no nosso estudo pode ser explicado por se tratar de uma comunidade rural e sócio-economicamente carente. É lógico esperar que em municípios mais desenvolvidos com uma maior taxa de urbanização este índice venha a apresentar valores reduzidos.

Em relação ao índice de má-oclusão, pode-se observar que 70% da amostra apresentou algum tipo de oclusopatia (Tabela 6), sendo que o tipo severo foi a mais freqüente (Tabela 7).

Tabela 6 - Prevalência de oclusopatias em números absolutos e percentuais na amostra. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

CONDIÇÃO	GÊNERO					
	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Com Oclusopatia	15	30	20	40	35	70
Sem Oclusopatia	7	14	8	16	15	30
TOTAL	22	44	28	56	50	100

Tabela 7 – Número e percentual dos escolares examinados, de acordo com a condição de oclusão. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

CONDIÇÃO DE OCLUSÃO	N	%
Normal	15	30
Leve	07	14
Severa ou Moderada	28	56
TOTAL	50	100

Comparando os nossos resultados com os dados de outros municípios do RN, constatou-se que a amostra deste estudo exibiu uma maior prevalência de oclusopatias (Tabela 8). Diante da alta prevalência de oclusopatias encontradas na amostra, buscou-se através dos questionários relacionar as possíveis causas para esse resultado. Todos os questionários entregues às mães dos pré-escolares da amostra foram recuperados.

Tabela 8 - Prevalência de má-oclusão segundo municípios do RN. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

MUNICÍPIOS DO RN	PREVALÊNCIA DE MÁ-OCCLUSÃO		TOTAL
	Leve	Severa	
Pureza (2003)	3,23%	12,90%	16,13%
Natal (2003)	16,4%	12,3%	28,7%
São Gonçalo(1996)	27,56%	14,37%	41,93%
Jundiá (2003)	7,1%	44,60%	51,70%

Os resultados das questões do questionário são mostrados na Tabela 9. Das respostas obtidas dos 50 questionários distribuídos com as mães, constatou-se que 96% das crianças foram amamentadas exclusivamente no peito (AME). Contudo, somente metade destas crianças amamentaram até os dois primeiros meses. A mamadeira foi introduzida precocemente, a partir de menos de 2 meses de idade na maioria dessas crianças. O tempo da AME influencia significativamente na prevalência e persistência no hábito de sucção de chupeta (SANTOS, 2005), por isso o aleitamento materno natural, que é o melhor método de prevenção de hábitos bucais deletérios e, por tantas outras vantagens, deve ser rigorosamente encorajado (BARRETO *et al.*, 2003).

Também foi constatado que grande parte da amostra (44%) dorme ou respira de boca aberta e 16% apresentou algum tipo de problema respiratório, sendo o “cansaço” o mais comum. A respiração bucal não deve ser considerada uma alternativa fisiológica e sim uma condição patológica. Suas causas podem estar relacionadas com doenças respiratórias ou alérgicas que forçam o paciente a respirar pela boca. A obtenção e a maturação de um correto selamento labial e da respiração nasal é, portanto, um dos mais importantes procedimentos da Ortodontia preventiva (FALTIN JR. & FALTIN, 1999).

Corroborando os dados de SANTOS (2005) na cidade de Natal, o hábito de sucção de chupeta também foi mais freqüente que o de sucção digital. A maioria desses escolares (68%) realiza ou realizou a sucção de chupeta por mais de 3 anos numa freqüência superior a 3 vezes ao longo do dia. O hábito de sucção digital era realizado por 14% dessas crianças com duração média de 2 anos numa freqüência superior a 4 vezes ao dia.

Tabela 9 – Distribuição em percentuais das respostas obtidas do questionário com as mães dos pré-escolares. Cajazeiras (Macaíba/RN), 2005.

AME		96%
	< 1MÊS	24%
	1 – 2 MESES	24%
	2 – 5 MESES	18%
	5 – 8 MESES	12%
	> 8 MÊSES	18%
MAMADEIRA		92%
	A PARTIR DE < 1MÊS	28%
	A PARTIR DE 1 - 2 MESES	24%
	A PARTIR DE 2 – 5 MESES	18%
	A PARTIR DE 5 – 8 MESES	12%
	A PARTIR DE 8 MESES	10%
RESPIRAÇÃO BUCAL		44%
ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS OU PROCESSOS ALÉRGICOS		16%
	CANSAÇO	8%
	ASMA	4%
	RINITE ALÉRGICA	1%
	ALERGIA À MEDICAMENTOS	1%
SUCÇÃO DE CHUPETA		68%
DURAÇÃO	1 - 3 MESES	2,94%
	3 – 6 MESES	5,88%
	6 – 9 MESES	11,76%
	9 MESES – 2 ANOS	23,53%
	2 – 3 ANOS	23,53%
	> 3 ANOS	32,35%
FREQUÊNCIA	1 VEZ AO DIA (P / DORMIR)	26,47%
	2 VEZES AO DIA	8,82%
	3 OU + VEZES	64,70%
SUCÇÃO DIGITAL		14%
DURAÇÃO	MENOS DE 1 ANO	0%
	1 - 2 ANOS	4%
	2 - 3 ANOS	6%
	> 3 ANOS	4%
FREQUÊNCIA	1 VEZ AO DIA (P / DORMIR)	5%
	2 VEZES AO DIA	1%
	3 OU + VEZES AO DIA	8%

Diante dos resultados obtidos, novas estratégias foram adotadas pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) do PSF, a fim de incrementar as ações preventivas e curativas na comunidade, tanto em relação à cárie dentária, bem como às oclusopatias. Satisfatoriamente, com o apoio do gestor local através da aquisição de materiais de baixo custo, as maloclusões passaram a ser tratadas adequadamente, tanto no que diz respeito à intervenção mecânica, através de aparelhagem ortodôntica simples, que é confeccionada na própria unidade de saúde pelo cirurgião-dentista (como descrito no caso clínico no anexo 4), como também através de ações de promoção em saúde potencializadas pela criação de uma equipe multidisciplinar objetivando a eliminação de fatores etiológicos para o desenvolvimento de oclusopatias como hábitos parafuncionais já instalados e prevenção e tratamento da cárie dentária.

Uma outra abordagem para a prevenção de oclusopatias é a realização de palestras periódicas com grupos de grávidas da comunidade as quais são esclarecidas quanto ao uso nocivo da chupeta e mamadeira, uso indiscriminado do açúcar, quanto à necessidade da higienização oral da criança e vigilância quanto ao desenvolvimento de hábitos parafuncionais, sendo fortemente encorajadas à amamentação natural durante o maior tempo possível.

6 CONCLUSÕES

- A prevalência de cárie dentária na amostra foi de 76%, tendo o índice ceo-d uma média de 5,05, sendo muito influenciado pelo componente cariado; nenhuma criança apresentou alterações gengivais e em relação à prevalência de má-oclusão, 70% da amostra exibiu algum tipo de oclusopatia, sendo que o tipo severo foi o mais freqüente;

- O hábito de sucção de chupeta foi o mais realizado entre as crianças do estudo. A maioria dos pré-escolares (68%) realizava ou tinha realizado sucção de chupeta por mais de 3 anos numa freqüência superior a 3 vezes ao longo do dia.

- Grande parte da amostra (44%) dormia ou respirava de boca aberta e 16% apresentou algum tipo de problema respiratório. Constatou-se que 96% das crianças foram amamentadas naturalmente. Contudo, somente metade destas crianças amamentaram até os dois primeiros meses. A mamadeira foi introduzida precocemente, a partir de menos de 2 meses de idade na maioria dessas crianças.

- Satisfatoriamente, pacientes apresentando oclusopatias passaram a ser tratados adequadamente na Unidade de Saúde, tanto no que diz respeito à intervenção mecânica, através de instalação de aparelhagem ortodôntica, como também através de uma abordagem multidisciplinar utilizando os próprios profissionais da Unidade de Saúde e de referência como coadjuvantes no tratamento ortodôntico.

O tratamento Ortodôntico preventivo e interceptativo é uma prática viável em saúde pública. Através dos conhecimentos básicos do cirurgião-dentista clínico, este tratamento pode ser disponibilizado para os usuários do sistema potencializando as ações de promoção em saúde bucal. No entanto, é de fundamental importância a implementação de ações contínuas visando a prevenção da cárie e maloclusão: orientações no controle da dieta, na correta higienização bucal, na eliminação de hábitos deletérios, no tratamento da respiração bucal e na incentivação da amamentação natural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. Secção do Estado do Rio Grande do Norte. Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva. **Levantamento das condições de saúde bucal da população de Arês/RN**. Natal (RN), 2001. 30f.
2. BARRÊTTO, E. P. R; FARIA, M.M.G; CASTRO, P.R.S. Hábitos bucais de sucção não nutritiva, dedo e chupeta: abordagem multidisciplinar. **J. Brás Odontopediatr Odontol bebê**, Curitiba, V. 6, N. 29, P. 42-48, jan/fev 2003.
3. BEZERRA, A.C.B. **Estudo clínico epidemiológico da prevalência de cárie em crianças pré-escolares de 12 a 48 meses de idade**. São Paulo. Tese de doutorado da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 1990.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. **PROJETO SB 2000**: condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. 46f.
5. _____. **PROJETO SB 2000**: condições de saúde bucal da população brasileira: Manual do calibrador. Brasília: Ministério da Saúde. 2000a. 27f.
6. _____. **PROJETO SB 2000**: condições de saúde bucal da população brasileira: Manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde. 2000b. 29f.
7. _____. **PROJETO SB 2000**: condições de saúde bucal da população brasileira: relatório final do município de Natal/RN. Natal(RN): Ministério da Saúde, 2003a. 41f.
8. _____. **PROJETO SB 2000**: condições de saúde bucal da população brasileira: relatório final do município de Pureza/RN. Natal(RN): Ministério da Saúde, 2003b. 40f.
9. FALTIN JR., K.; FALTIN, R. M. Ortodontia preventiva na saúde bucal. In: KRIGER, L. e cols. **ABOPREV – Promoção de saúde bucal**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. Cap. 14, p.350-61.
10. FRAZÃO P., **Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.
11. MOYSÉS, S. J. O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: KRIGER, L. (Coord.). **ABOPREV Promoção de Saúde Bucal**. 2ª. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. cap.16, p. 371-407.

12. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**: manual de instruções. 4. ed. Genebra: OMS, 1997.
13. SANTOS, S. A. **Prevalência e fatores de risco à persistência de hábitos bucais de sucção não nutritiva em crianças de 3 a 5 anos de idade** [dissertação de mestrado]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
14. SÃO GONÇALO DO AMARANTE (RN). Secretaria Municipal de Saúde. Curso de Capacitação técnica para cirurgião-dentista atuar na rede básica do SUS. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal no município em São Gonçalo de Amarante/RN**. Natal(RN), 1996. 40f.
15. TRAD, L. A. B. ; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr/jun. 1998.
16. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Departamento de Odontologia. Programa de pós-graduação em Odontologia Social. Disciplina de Epidemiologia Bucal. **PROJETO CM 2000**: levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no município de Ceará Mirim/RN – zona urbana. Natal(RN), 2001. 58f.
17. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva. **Avaliação das Condições de Saúde Bucal das crianças pré-escolares no município de Jundiá/RN**. Natal/RN, 2003. 38f.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.