

Caries prevalence, pain and dental care use for children in areas with and without teams of oral health in Family Health Strategy in Ponta Grossa, Paraná, Brazil

| Prevalência de cárie, dor e uso de serviços odontológicos por crianças em áreas com e sem Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil

ABSTRACT | Introduction: *Caries remains the most common chronic disease in children, despite substantial improvements in reducing tooth decay. Objective:* *To determine the prevalence of dental caries, pain and use of dental services for children aged 3 to 5 years, compared those enrolled in the Family Health Strategy (FHS) programme in Ponta Grossa - PR, to children in areas not assisted by this health initiative. Methods:* *A cross-sectional household study involving 438 children was carried out. Caries prevalence was measured by the DFTM index, while dental pain was assessed by the first question of Early Childhood Oral Health Impact Scale - ECOHIS. Results:* *Prevalence rates were 51% and 24% for decay and pain, and 42% of children had dental appointments. There was no difference in decay and pain prevalence between the areas served by OHTs and those which were not. There were higher proportions of children who had already been to the dentist in areas with OHT, both among those with reported pain as among the others. Conclusion:* *Results indicate that the inclusion of the OHT at the FHS can improve access to dental services.*

Keywords | *Oral Health; Dental Health Services; Primary Health Care; Child, Preschool.*

RESUMO | Introdução: A cárie ainda é a doença bucal mais prevalente na infância, apesar do seu declínio no Brasil e no mundo. **Objetivo:** Verificar a prevalência de cárie, dor e uso de serviços odontológicos por crianças de 3 a 5 anos, usuárias da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Ponta Grossa - PR, de áreas com e sem equipes de saúde bucal (ESB). **Métodos:** Estudo transversal, envolvendo 438 crianças, com dados coletados nos domicílios. A prevalência de cárie foi aferida pelo índice ceo-d e a de dor pela primeira pergunta do *Early Childhood Oral Health Impact Scale*. **Resultados:** As prevalências foram de 51% para cárie e 24% para dor, sendo que 42% das crianças haviam recebido consultas odontológicas. Não houve diferença quanto à cárie e dor entre áreas com ou sem ESB. Maiores proporções de crianças já haviam ido ao dentista nas áreas com ESB tanto entre aquelas com dor referida quanto entre as demais. **Conclusão:** Os resultados indicam que a inclusão de ESB na ESF pode favorecer o acesso aos serviços odontológicos.

Palavras-chave | Saúde Bucal; Serviços de Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde; Criança; Pré-escolar.

INTRODUÇÃO |

Apesar do declínio observado na prevalência da cárie no Brasil e no mundo, esta ainda constitui a doença bucal mais incidente na infância, acometendo com maior frequência e gravidade as crianças com pior condição socioeconômica¹. A cárie pode causar complicações como dor e má oclusão decorrente da perda precoce dos dentes decíduos, podendo ocasionar problemas de mastigação e deglutição, alteração da fonação, desordens de saúde generalizadas e impactos psicológicos que acarretam em diminuição da qualidade de vida^{1,2}. O impacto da cárie na vida das crianças pode afetar também as famílias, na forma de sentimento de culpa dos pais, necessidade de faltar ao trabalho e despesas com o tratamento odontológico³.

A experiência de dor, incluindo a dor de origem dentária, é considerada um importante problema de saúde pública. As sensações dolorosas são percebidas por pessoas de todas as idades, e particularmente por crianças. Estudo realizado com crianças entre 18 e 59 meses do Recife – PE identificou associação entre dor de dente com maior idade, menor renda familiar e percepção de pior condição de saúde bucal por parte dos pais⁴. A presença de dor foi um forte preditor para a consulta odontológica por problemas bucais entre crianças de cinco anos de idade participantes da Coorte de Nascimentos de Pelotas-2004, RS⁵.

Um fator determinante das condições de saúde da população é o uso apropriado dos serviços de saúde disponíveis. Com relação à saúde bucal, a literatura recomenda que a primeira visita ao dentista ocorra no mínimo aos seis e no máximo aos doze meses de idade⁶. Dessa forma, estaria facilitada a instituição de hábitos saudáveis e prevenção das doenças bucais, trazendo benefícios a longo prazo⁷. Entretanto, apenas pequena parcela das crianças brasileiras tem acesso aos cuidados odontológicos na idade recomendada. A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio – PNAD de 2008 demonstrou que 77,9% das crianças entre zero e 4 anos de idade nunca haviam ido ao dentista⁸. O nível socioeconômico, a escolaridade da mãe e o acesso a informações sobre saúde bucal estão diretamente relacionados com a visita ao dentista, por rotina ou por problemas bucais^{9,10}.

Nos últimos anos, um dos principais objetivos do governo brasileiro tem sido melhorar o nível de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo como

“principal modelo de reorientação” a Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB), somando às categorias profissionais que já integravam a ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), o Ministério da Saúde buscou incentivar a substituição do antigo modelo de prestação de serviços públicos odontológicos, direcionado apenas a grupos prioritários, ampliando as possibilidades de acesso a toda a população. Por conta das diretrizes organizacionais da ESF e do trabalho multidisciplinar, o atendimento odontológico às crianças em idade pré-escolar seria facilitado nas Unidades de Saúde da Família¹¹.

Após uma década da inclusão das ESB na ESF em Ponta Grossa - PR, o objetivo deste trabalho foi verificar a distribuição da prevalência de cárie, dor e acesso a tratamento odontológico por crianças entre 3 e 5 anos usuárias da Estratégia Saúde da Família, de áreas com e sem Equipes de Saúde Bucal.

MÉTODOS |

Este estudo, de delineamento transversal, foi realizado como parte de uma investigação sobre a qualidade da Atenção Básica no município de Ponta Grossa e sua associação com condição bucal, necessidade de tratamento e acesso a serviços odontológicos por crianças de 3 a 5 anos. Ao optar por essa faixa etária, e não apenas a idade padrão para levantamentos de cárie dentária em dentes decíduos (5 anos), o estudo pretendeu incluir crianças que já saíram dos grupos de puericultura, que teriam maior probabilidade de ser monitorados pelas ESF, e possibilitar a análise da associação entre o incremento da idade com as variáveis de desfecho.

O município de Ponta Grossa está situado na região centro-sul do Estado do Paraná, conhecida como Campos Gerais. A população em 2010 era de 311.611 mil habitantes, segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As primeiras ESF e ESB foram implantadas no final de 2001, e ampliadas nos anos subsequentes, principalmente após a adesão do município ao Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), em 2004.

Em 2012, a rede de Atenção Básica era composta por 40 unidades de saúde, sendo 21 Unidades de Saúde da Fa-

mília em zona urbana, das quais 14 com Equipes de Saúde Bucal habilitadas e 7 com atendimento odontológico convencional; 2 Unidades de Saúde da Família em zona rural com atendimento odontológico convencional; e 17 Unidades Básicas de Saúde com atendimento odontológico. Ponta Grossa possuía, naquele ano, 40 ESF, sendo 15 com ESB, implantadas em regiões denominadas de “fundo de vale”, correspondentes às suas áreas mais carentes. A população de crianças de zero a seis anos coberta pela ESF neste ano totalizava 13.337 crianças, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para esta pesquisa foram selecionadas crianças usuárias dos serviços de 19 das 21 Unidades de Saúde da Família (USF) da região urbana de Ponta Grossa: 13 com Equipes de Saúde Bucal e 6 com serviço odontológico tradicional. Duas USF foram excluídas por estarem fechadas no período da coleta de dados. Segundo dados demográficos e socioeconômicos obtidos junto ao SIAB, não foram identificadas diferenças entre as áreas destas USF e as daquelas incluídas no estudo.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado no software Epi Info 6.04, considerando-se a população de 3 a 5 anos estimada pelo IBGE para o município de Ponta Grossa para o ano de 2009 (15.321), com uma precisão de 5%, nível de confiança de 95%, para uma prevalência de 50% de crianças com cárie dentária, o que totalizou uma amostra de 450 crianças. Durante a seleção, este total foi acrescido de 10%, para compensar possíveis perdas (500 crianças).

A amostra aleatória, por conglomerados, foi selecionada mantendo-se a relação proporcional entre o número calculado e o total de USF. Todas as crianças de 3 a 5 anos cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde e usuárias dos serviços da unidade de saúde foram consideradas elegíveis para o estudo e participaram do sorteio.

Os responsáveis pelas crianças assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, e responderam a um questionário previamente validado, o *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS)¹². Este instrumento foi desenvolvido para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e teve a versão em português validada em 2008¹³. É composto por 13 perguntas que avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança e o impacto dos problemas bucais

da criança sobre os pais. Para este estudo, a presença de dor dentária em algum momento da vida foi identificada a partir da primeira pergunta do questionário ECOHIS: “Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?”¹³. O padrão de procura por atenção odontológica para a criança foi definido por meio de duas informações:

- a) se a criança já havia consultado um dentista em algum momento da vida e
- b) época da última consulta odontológica.

A condição bucal foi aferida por meio do cálculo do índice ceo-d (média de dentes decíduos cariados, perdidos por cárie e obturados na população) e identificação da necessidade de tratamento odontológico. Foram realizados exames clínicos segundo o método proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e aplicada no levantamento nacional de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2010 (SB BRASIL)¹⁴. A prevalência e gravidade da cárie foram avaliadas segundo dois parâmetros:

- a) presença de cárie ($\text{ceo-d} \geq 1$) e
- b) presença de cárie severa ($\text{ceo-d} \geq 6$)¹⁵. A demanda por atendimento odontológico foi aferida pelo Índice de Cuidados Odontológicos, que corresponde ao quociente entre o total de dentes restaurados (componente o) e o índice ceo-d¹⁶.

A coleta de dados ocorreu nos domicílios, entre março de 2011 e maio de 2012, sendo realizada por dez examinadores que foram treinados por meio de projeção de diapositivos para calibração, seguida de exames clínicos em duplicata em um grupo de 20 crianças de 3 a 5 anos não incluídas na amostra. Os exames ocorreram em intervalo de dois dias. Os dados foram lançados em planilha Excel, em programa elaborado pela Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde para o cálculo das concordâncias intra e interexaminadores (proporção e estatística Kappa) no levantamento SB Brasil 2010. As menores concordâncias inter e intra-examinadores obtidas por intermédio do Índice Kappa foram de 0,7.

Os dados obtidos foram analisados no software Stata 11.1, sendo tabulados em frequências absolutas e relativas, bem como mediana, média e desvio padrão e submetidos a estatísticas não paramétricas após teste

de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. A medida de efeito adotada foi a Razão de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (n.67/2009), financiado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o apoio da Fundação Araucária - PR, no edital PPSUS 2008/2009, e foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

RESULTADOS |

A amostra final constou de 438 crianças com idade entre 3 e 5 anos, sendo 51% meninas, com idade média de 3,9 anos e desvio padrão de 0,8. A prevalência de cárie em dentição decidua foi de 51,4% e foi maior entre os meninos ($p = 0,035$), e entre as crianças com mais idade ($p \leq 0,001$). A prevalência de cárie severa ($ceo-d \geq 6$) foi de 11,4% ($n=50$). Não houve diferença na prevalência de cárie severa entre idades ($p = 0,498$) e os sexos ($p = 0,057$). Apenas 38 crianças (8,6%) possuíam ao menos um dente restaurado, enquanto 209 crianças (47,7%) apresentavam dentes cariados e não tratados (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo presença de cárie, componentes do índice *ceo-d*, experiência de dor e ida ao dentista. Crianças de 3 a 5 anos usuárias da Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

	n	Prevalência (IC 95%)
Cárie (<i>ceo-d</i> \geq 1)		
Presente	225	51,4 (43,9 – 53,3)
Ausente	213	48,6 (46,7 – 56,1)
Cárie severa (<i>ceo-d</i> \geq 6)		
Presente	50	11,4 (8,4 – 14,4)
Ausente	388	88,6 (85,6 – 91,6)
Dentes cariados não tratados (componente c)		
1 ou mais	209	47,7 (43,0 – 52,4)
Nenhum	229	52,3 (47,6 – 57,0)
Dentes perdidos por cárie (componente e)		
1 ou mais	17	3,9 (2,1 – 5,7)
Nenhum	421	96,1 (94,3 – 97,9)
Dentes restaurados (componente o)		
1 ou mais	38	8,7 (6,0 – 11,3)
Nenhum	400	91,3 (88,7 – 94,0)
Dor de dente em algum momento da vida		
Sim	106	24,2 (20,2 – 28,2)
Não	332	75,8 (71,8 – 79,8)
Dor de dente freqüente		
Sim	19	4,3 (2,4 – 6,2)
Não	419	95,7 (93,7 – 97,6)
Já foi ao dentista alguma vez na vida		
Sim	184	42,0 (37,4 – 46,6)
Não	254	58,0 (53,3 – 62,6)
Foi ao dentista há um ano ou menos		
Sim	142	32,6 (28,0 – 36,8)
Não	293	67,4 (63,2 – 72,0)

A Tabela 1 também apresenta informações sobre relato de dor e o acesso ao tratamento odontológico. Observou-se que 26,3% da amostra apresentou alguma alteração negativa em sua qualidade de vida (dados não apresentados). Para 24,2% das crianças houve relato de dor de dente alguma vez na vida. Menos de metade (42,0%) das crianças já havia ido ao dentista alguma vez na vida.

A Tabela 2 apresenta os valores obtidos para o índice ceo-d, total e por componentes. O ceo-d foi de 2,06 (IC95% = 1,79 - 2,34). O componente cariado correspondeu a quase totalidade do índice, com valor médio de 1,82 (IC95% = 1,57 - 2,08), indicando que 88,4% do total

de dentes afetados não estavam tratados. O componente ‘perdido por cárie’ representou 3,4% dos dentes. O Índice de Cuidados Odontológicos foi de 0,08, indicando que 8% dos dentes afetados por cárie, com cavitações visíveis, estavam restaurados.

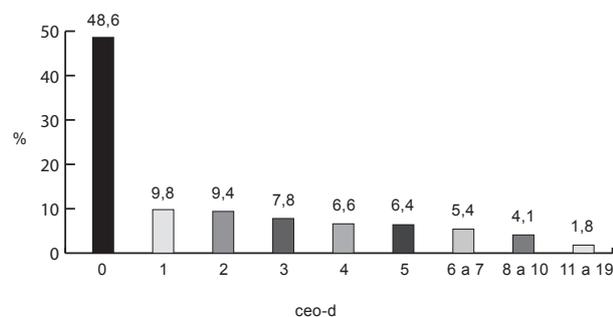
Ainda na Tabela 2 foi apresentado o valor do índice ceo-d para o grupo de crianças com cárie severa – 8,46 (IC95% = 7,71 – 9,21). Este representou o grupo de polarização da doença, com pequena proporção das crianças (11,4%) apresentando seis ou mais dentes com experiência de cárie. A distribuição do grupo de polarização pode ser observada na Figura 1.

Tabela 2 – Prevalência de cárie na dentição decídua – índice ceo-d total e por componentes, na amostra e no grupo com cárie severa. Crianças de 3 a 5 anos usuárias da Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

Índice de cárie	Mínimo	máximo	mediana	média	dp ^a	% do índice
ceo-d^b	0,00	19,00	1,00	2,06	2,92	100,0
cariados (c)	0,00	19,00	0,00	1,82	2,73	88,4
perdidos por cárie (e)	0,00	4,00	0,00	0,07	0,44	3,4
restaurados (o)	0,00	9,00	0,00	0,17	0,74	8,2
ceo-d^b (crianças c/ cárie severa)	6,00	19,00	8,00	8,46	2,64	100,0
cariados (c)	0,00	19,00	7,00	7,58	2,96	89,6
perdidos por cárie (e)	0,00	4,00	0,00	0,34	1,00	4,0
estaurados (o)	0,00	9,00	0,00	0,54	1,73	6,4

^a Desvio-padrão; ^b Dentes decíduos cariados, perdidos por cárie e restaurado

Figura 1 – Distribuição da amostra segundo o total de dentes cariados, perdidos por cárie e restaurados (ceo-d). Crianças de 3 a 5 anos usuárias da Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.



Ao analisar a prevalência de cárie em áreas com e sem ESB na ESF observou-se, na Tabela 3, que não houve diferença estatisticamente significativa quanto à proporção de crian-

ças com cárie ou com cárie severa. Também não foram observadas diferenças entre os componentes do índice ceo-d.

Com relação ao relato de dor de dente em áreas com e sem ESB na ESF, os resultados também mostraram não haver diferença estatisticamente significativa (Tabela 3). Porém, ao se avaliar o acesso a tratamento odontológico, observou-se que em áreas que possuem ESB há um maior número de crianças que já foram ao dentista alguma vez na vida e maior número de crianças com relato de consulta odontológica recente.

Verificou-se que o número de crianças que já foram ao dentista foi maior nas áreas com ESB, com diferença significativa entre aquelas que nunca referiram dor ($p = 0,03$) (Figura 2).

Tabela 3 – Comparação entre áreas com e sem equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família quanto à prevalência de cárie, dor de origem dentária e consultas odontológicas. Crianças de 3 a 5 anos usuárias da Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

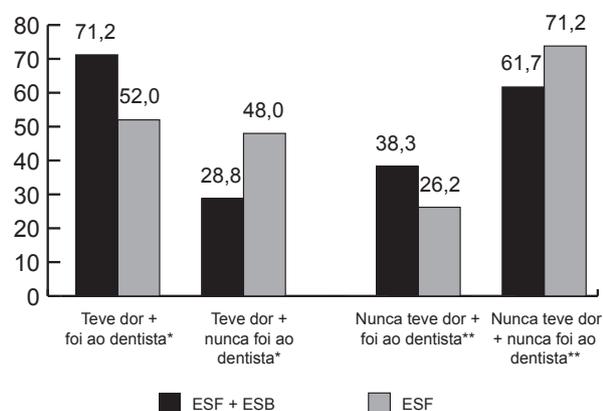
Variáveis	ESF ^a (n = 140)		ESF + ESB ^b (n = 295)		p-valor	RPbr (IC95%) ¹ ESF / ESF+ESB
	N	%	n	%		
Cárie (ceo-d ≥ 1)*					0,296	
Presente	67	47,9	157	53,2		1,08 (0,86 – 1,36)
Ausente	73	52,1	138	46,8		
Cárie severa (ceo-d ≥ 6)*					0,122	
Presente	11	7,9	38	12,9		1,17 (0,99 – 1,38)
Ausente	129	92,1	257	87,1		
Dor de dente em algum momento da vida*					0,790	
Sim	33	23,6	73	24,7		1,02 (0,88 – 1,19)
Não	107	76,4	222	75,3		
Já foi ao dentista alguma vez na vida*					0,007	
Sim	46	32,9	137	46,4		1,20 (1,06 – 1,36)
Não	94	67,1	158	53,6		
Foi ao dentista há um ano ou menos*					0,013	
Sim	34	24,5	107	36,5		1,19 (1,05 – 1,35)
Não	105	75,5	186	63,5		
	Média	DP	Média	DP		
ceo-d**	1,83	2,58	2,08	3,05	0,321	1,01 (0,99 – 1,03)
cariados (c)**	1,59	2,42	1,93	2,84	0,244	1,01 (0,99 – 1,03)
perdidos por cárie (e)**	0,07	0,41	0,07	0,45	0,788	1,00 (0,87 – 1,16)
restaurados (o)**	0,16	0,69	0,18	0,76	0,292	1,01 (0,93 – 1,09)

^a Equipe de Saúde da Família; ^b Equipe de Saúde Bucal

* Teste qui-quadrado; ** Teste Mann-Whitney

¹ Razão de Prevalência bruta (referência ESF); Regressão de Poisson

Figura 2 – Relação entre dor de dente e acesso a tratamento odontológico nas áreas com e sem Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Crianças de 3 a 5 anos usuárias da Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.



*p=0,09 (Teste Qui-quadrado); **p=0,03 (Teste Qui-quadrado)

DISCUSSÃO |

Os resultados deste estudo revelaram que as crianças usuárias da ESF em Ponta Grossa apresentaram alta prevalência de cárie dentária, com polarização da gravidade da doença em um pequeno grupo. Apesar de quase a metade das crianças haver recebido consultas odontológicas, o acesso a tratamento restaurador foi incipiente, sendo que a grande maioria dos dentes afetados por cárie não estavam restaurados. Comparando-se áreas com e sem ESB observou-se, nas primeiras, um maior número de crianças que já foram ao dentista alguma vez na vida, tanto entre aquelas com relato de dor em algum momento quanto entre as que nunca apresentaram dor.

Todo sistema de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do

emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. Para Starfield¹⁷ a atenção primária à saúde seria o meio pelo qual estas duas metas – melhores níveis de saúde e equidade na distribuição de recursos – se equilibrariam. No Brasil, a implantação da ESF tem sido considerada um marco na incorporação da estratégia de atenção primária no Sistema Único de Saúde¹⁸. Com relação à atenção odontológica, poucos estudos analisaram o impacto da inclusão das Equipes de Saúde Bucal na ESF na ampliação do acesso por crianças em idade pré-escolar, objeto desta pesquisa.

O presente estudo identificou o potencial da inclusão de equipes de saúde bucal na ESF para a garantia do acesso de crianças de pouca idade aos cuidados em saúde bucal. Ao ampliar as possibilidades de acesso aos serviços, tanto em casos de doença instalada, com ou sem sintomatologia dolorosa, quanto para medidas preventivas, essa estratégia apresenta-se como medida importante para a garantia da qualidade de vida e saúde da população infantil. A cárie dentária é o principal problema de saúde bucal da infância, acometendo com maior gravidade as crianças de baixa renda¹. Além disso, essas crianças também possuem menor probabilidade de receber cuidados odontológicos e maiores chances de apresentar necessidades não supridas de tratamento⁸.

Segundo dados do levantamento sobre condições de saúde bucal da população brasileira – SB Brasil, conduzido pelo Ministério da Saúde em 2003, a cárie dentária acometia 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade, sendo que este percentual chegava a 59,4% aos cinco anos¹⁹. Apesar de não haver coletado informações para a faixa etária de 18 a 36 meses, o levantamento conduzido em 2010 revelou redução na prevalência de cárie aos 5 anos, a qual passou a 53,4%¹⁴. Estudo conduzido com crianças de 5 anos de idade de Curitiba – PR revelou prevalência de cárie de 48,7%²⁰. Dentre as crianças participantes do estudo de Ponta Grossa, a prevalência de cárie foi de 51,4%, a qual pode ser considerada elevada, quando comparada com os dados do SB Brasil 2010¹⁴ e de

Curitiba²⁰, considerando-se que esta amostra compreendeu crianças mais jovens, entre 3 e 5 anos.

Outros levantamentos também têm demonstrado prevalências menores do que a relatada neste estudo, de 51,4%²¹⁻²⁴. As diferenças observadas na prevalência de cárie entre os estudos podem ser atribuídas a diversos fatores, dentre eles as condições de vida da população e as diferentes diretrizes programáticas adotadas pelos gestores na organização da atenção em saúde bucal, principalmente quanto à orientação da atenção primária à saúde.

Os achados de Curitiba²⁰ e Macapá²² foram os mais próximos aos obtidos em Ponta Grossa quanto aos valores do índice ceo-d. Em ambos os levantamentos foi observado índice ceo-d médio de 2,07 para as crianças examinadas, resultado muito próximo ao encontrado neste estudo. Ao analisar os componentes do índice ceo-d observou-se, em Ponta Grossa, maior prevalência de dentes cariados e perdidos, e proporção pequena de dentes restaurados, resultados similares aos obtidos por outros autores^{20,22}. Estes achados são indícios de demanda reprimida por falta de acesso ou pela baixa resolutividade dos serviços de saúde bucal.

Neste estudo, 26,3% das crianças apresentaram algum impacto negativo da condição bucal em sua qualidade de vida, medido pelo ECOHIS. A dor de origem dentária atingiu 24,2% da amostra, sendo 22% dor ocasional e 4,2% dor frequente. Estudos anteriores apresentaram resultados semelhantes^{4,25}. Estes resultados deveriam ser considerados pelos gestores, ao planejar e disponibilizar acesso a procedimentos odontológicos de maior complexidade para crianças de pouca idade, como exodontias e endodontias, o que nem sempre pode ser suprido no âmbito da atenção básica.

O impacto de programas de saúde bucal direcionados para crianças em idade escolar tem sido identificado nos levantamentos conduzidos pelo Ministério da Saúde, ao revelarem redução significativa nos índices de cárie em dentes permanentes^{14,19}. No entanto, em crianças pré-escolares observa-se que a redução é menor, e o padrão de falta de acesso a cuidados odontológicos tem se mantido inalterado ao longo dos anos: dados do SB Brasil 2010 revelaram que, aos cinco anos, 80% dos dentes decíduos afetados por cárie não estão tratados¹⁴. Neste estudo, os dentes não

tratados corresponderam a 88,4% na amostra, e a 89,6% no grupo de crianças com cárie severa.

Outro resultado observado foi que 42% das crianças já haviam ido ao dentista alguma vez na vida, e 32,6% foram ao dentista no ano anterior. Estudo realizado por Noro et al.²⁶ com crianças de 5 a 9 anos do município de Sobral – CE identificou que 49,1% destas nunca tiveram acesso a tratamento odontológico, e que 34,7% das crianças que haviam tido acesso ao tratamento odontológico o realizaram há mais de um ano. As razões que levam as pessoas a consultarem um médico/ dentista provêm da interação de fatores demográficos, socioeconômicos, aspectos psicológicos, perfis de morbidade, além da disponibilidade dos serviços¹⁰. Os efeitos e a importância de cada fator podem ser afetados pela bagagem cultural, e pelas diferentes características do sistema de saúde de cada estado e município.

A inclusão das equipes de saúde bucal na ESF, e a orientação programática proposta pela atual Política de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) tiveram por objetivo romper com o modelo assistencial tradicional, centrado no atendimento a grupos prioritários e urgências, ampliando para toda a população as possibilidades de acesso aos serviços²⁷. Esta nova organização deveria favorecer a utilização regular de serviços odontológicos pela população nas áreas de abrangência da ESF, minimizando a demanda reprimida.

Neste estudo foram observadas maiores proporções de crianças que já haviam consultado um dentista nas áreas atendidas pela ESF com ESB. Este padrão ocorreu também quando se analisou separadamente crianças que já haviam experimentado dor e as que nunca experimentaram. Baldani et al¹⁰, investigando a utilização de serviços odontológicos entre crianças residentes nas áreas de abrangência da ESF com equipes de saúde bucal, identificaram que o fato de ter sua condição de saúde regularmente monitorada pela Equipe de Saúde da Família constituiu-se fator facilitador do acesso ao tratamento odontológico. No entanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o percentual de dentes restaurados nas áreas com ou sem Equipes de Saúde Bucal, o que aponta para a necessidade de investimentos na atenção primária à saúde, no planejamento da oferta de serviços de acordo com as prioridades, na qualificação e avaliação do processo de trabalho das equipes e organização de uma rede de atenção em saúde bucal resolutiva.

A longitudinalidade, atributo essencial da atenção primária à saúde, continuidade interpessoal é considerada como um fator facilitador do acesso de usuários aos serviços de saúde bucal¹⁰. No presente estudo, resultados complementares revelaram que, apesar de todas utilizarem os serviços das Unidades de Saúde da Família para a criança (informação utilizada como critério de inclusão na amostra), apenas 55% mães relataram vínculo com a USF. A longitudinalidade para os serviços odontológicos foi baixa. Apenas 25,1% da amostra referiu vínculo com um dentista (59% das crianças que já foram ao dentista), sendo 16% com o dentista da Unidade de Saúde da Família (38% das crianças que já foram ao dentista) – dados não tabulados. Diante dos princípios da ESF, e das características do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, o fato de pequena parcela das mães considerarem o profissional da unidade de saúde como responsável pela atenção a seu filho, deveria ser analisado como grave pelos gestores e equipes, pois o cuidado precoce poderia ter impacto importante sobre a prevalência de cárie e qualidade de vida da criança, minimizando as vulnerabilidades sociais.

Ao analisar os resultados deste estudo, é importante considerar suas limitações. Devido ao desenho transversal, os dados obtidos permitem confirmar hipóteses relativas aos fatores associados, mas não têm poder de inferência causal. Além disso, o questionário respondido pelas mães depende de um olhar mais observador, que pode ou não ser condizente com a realidade. Algumas das mães entrevistadas podem ter apresentado dificuldades de memória ao responder às perguntas.

O acesso e a integralidade envolvem aspectos relacionados tanto à organização da rede de serviços quanto ao processo de trabalho na Unidade de Saúde da Família. Apesar destas limitações, os resultados aqui relatados indicam que, apesar do potencial de impacto da presença das equipes de saúde bucal na ESF sobre o acesso aos serviços odontológicos, existe a necessidade da qualificação da atenção odontológica para as crianças em idade pré-escolar no município estudado.

CONCLUSÃO |

O presente estudo identificou uma população de pouca idade com elevada prevalência de cárie dentária e neces-

sidades de tratamento não supridas. Apesar dos problemas quanto à resolutividade, aqui definida a partir de dentes restaurados, os resultados encontrados indicaram que a inclusão de equipes de saúde bucal na ESF pode favorecer o acesso aos serviços odontológicos. Ao demonstrar o potencial de atuação das ESB na ESF, estes resultados podem oferecer, aos gestores e formuladores de políticas públicas, subsídios para a implementação de políticas de saúde bucal pautadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

AGRADECIMENTOS |

À Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde por sua colaboração na coleta de dados. Ao DECIT/SCTIE/MS, CNPq e Fundação Araucária pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS |

1. Ferreira SH, Béria JU, Kramer PF, Feldens EG, Feldens CA. Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. *Intern J Dent Paediatr*. 2007; 17(4): 289- 96.
2. Menezes KE, Pereira CAS, Pedro ACB, Dias AGA. Avaliação do impacto da doença cárie na qualidade de vida de crianças com faixa etária de 6 a 12 anos, atendidas na clínica odontológica da Faculdade São Lucas. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 2009; 21(1): 24-30.
3. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and methodological issues. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(11): 2555-64.
4. Oliveira MT, Colares V. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(4): 743-50.
5. Camargo MBJ, Barros AJD, Frazão P, Matisajevich A, Santos IS, Peres MA, et al. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. *Rev Saúde Públ*. 2012; 46(1): 87-97.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatric Dentistry*. 2011; 33(special issue):47-9.
7. Stijacic T, Schroth RJ, Lawrence HP. Are Manitoba dentists aware of the recommendation for a first visit to the dentist by age 1 year? *J Can Dent Assoc*. 2008; 74 (10): 903.
8. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008: pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
9. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Colet*. 2002; 7 (4): 709-17.
10. Baldani MH, Mendes YBE, Lawder JAC, Lara API, Rodrigues MMAS, Antunes JLF. Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. *J Public Health Dent*. 2011; 71(1): 46-53.
11. Stocco G, Baldani MH. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(4): 2311-21.
12. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Out*. 2007; 5(6).
13. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8): 1897-1909.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. Hallet KB, O'Rourke PK. Pattern and severity of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiology*. 2006;34 (1):25–35.

16. Antunes JLF, Peres MA, Frazão P. Cárie Dentária. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p 49-67.
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
18. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa Saúde da Família e o novo modelo de atenção básica no Brasil. Revista Panam Salud Publica. 2007; 21(2): 164-76.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
20. Barbosa APM, Kriger L, Moysés ST, Moysés SJ. Prevalência da doença cárie em crianças de cinco anos de idade na cidade de Curitiba – análise crítica. Epidemiol Serv Saúde. 2007; 16(2): 142-5.
21. Markezan M, Markezan M, Faraco-Junior IM, Felzens CA, Kramer PF, Ferreira SH. Association between occlusal anomalies and dental caries in 3- to 5 year-old Brazilian children. J Orthod, 2011; 38(1): 8-14.
22. Gradella C, Oliveira L, Ardengui T, Bonecker M. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá-AP. Rev Gaúcha Odontol. 2009; 55(4): 329-34.
23. Carvalho FS, Carvalho CAP, Bastos RS, Xavier A, Merlini SP, Bastos JRM. Dental caries experience in preschool children of Bauru, SP, Brazil. Braz J Oral Scienc. 2009; 8(2): 97-100.
24. Martello RP, Junqueira TP, Leite ICG. Cárie dentária e fatores associados em crianças com três anos de idade cadastradas em Unidades de Saúde da Família do Município de Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2012; 21(1): 99-108.
25. Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leão AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties of the Brazilian version of the early childhood oral health impact scale (B-ECOHIS). BMC Oral Health. 2011; 11:19.
26. Noro LRA, Roncalli AG, Mendes FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(7):1509-16.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Correspondência para/ Reprint request to:

Márcia Helena Baldani

Rua Manoel Antonio Braga Ramos, 324

Ponta Grossa – PR.

Cep.: 84050-080

Tel.: (+55 42) 3225-2520

E-mail: mbaldani@uepg.br

Recebido em: 30/03/2014

Aceito em: 18/06/2014