

Investigação

Práticas e conhecimentos de pediatras e médicos de família relativamente à cárie dentária

Rita Silva^a, Sónia Mendes^{a,*}, Mário Bernardo^a e Luísa Barros^b

^a Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

^b Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 28 de outubro de 2011

Aceite a 5 de maio de 2012

On-line a 4 de julho de 2012

Palavras-chave:

Cárie

Infância

Conhecimentos

Práticas

Pediatra

Médico de família

Prevenção

R E S U M O

Os pediatras e os médicos de família podem ter um importante papel na prevenção da cárie, devido ao contacto precoce com as crianças e com as suas famílias. Nas suas consultas podem promover bons comportamentos em saúde oral e incentivar a sua implementação desde cedo na vida.

Objetivo: Estudar conhecimentos e práticas sobre saúde oral, de pediatras e médicos de família, bem como as barreiras sentidas relacionadas com a promoção da saúde oral na sua prática clínica.

Material e métodos: Foi aplicado um questionário a médicos de família do Agrupamento de Centros de Saúde de Almada, e a pediatras do Hospital Garcia de Orta e de uma clínica privada em Lisboa.

Resultados: Foram recolhidos 30 questionários, correspondendo a uma taxa de resposta 75%. Os participantes revelaram boas práticas, sendo as identificadas como menos realizadas a avaliação do risco de cárie (não efetuada por cerca de 10%) e a recomendação de cuidados especiais em pacientes com medicações frequentes (perto de 30% referiu não realizar). Estes profissionais revelaram possuir bons conhecimentos de saúde oral (valor médio $9,9 \pm 1,82$, num máximo possível de 12). Foram evidenciados menos conhecimentos relativamente à transmissão vertical de bactérias cariogénicas e à identificação dos primeiros sinais de cárie. A maioria dos médicos (89,3%) considerou ter um papel muito importante na promoção da saúde oral.

Conclusões: Dada a importância destes profissionais na prevenção primária e secundária da cárie, é fundamental melhorar a sua formação em saúde oral para corrigir algumas das suas práticas e aumentar os seus conhecimentos nesta área.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: sonia.mendes@fmd.ul.pt (S. Mendes).

Dental caries related practices and knowledge of pediatricians and family doctors

ABSTRACT

Keywords:

Dental caries
Childhood
Knowledge
Practices
Pediatric
Family doctor
Prevention

Pediatricians and family doctors can play an important role in the prevention of dental caries because of their early contact with children and their families.

Objective: To assess the oral health related knowledge and practices of pediatricians and family doctors and barriers related with oral health promotion.

Material and Methods: Application of a questionnaire distributed to family doctors working in the "Agrupamento de Centros de Saúde de Almada" and pediatricians working in the Hospital Garcia de Orta and in a private clinic in Lisbon.

Results: Thirty questionnaires were collected, a 75% response rate. Aspects identified as less practiced by the participants were caries risk assessment (10%) and oral health recommendations for children taking chronic medication (about 30%). Regarding knowledge, the participants evidenced good oral health knowledge (mean 9.9 ± 1.82 , with a possible maximum of 12), and showed greater difficulties in questions about vertical transmission of cariogenic bacteria and identification of early signs of dental caries. Most of the study participants considered they have a very important role in children's oral health promotion (89.3%).

Conclusions: Because of the importance of these health care professionals in the primary and secondary prevention of dental caries, it is fundamental that they receive better training in oral health issues in order to improve their knowledge and correct some of their practices.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

As doenças orais continuam a constituir um dos principais problemas da população infantil e juvenil a nível mundial^{1,2}. A cárie dentária é a doença crónica mais comum da infância, afetando mundialmente 60% a 90% das crianças em idade escolar². Em Portugal, 49% das crianças com 6 anos apresenta pelo menos um dente cariado, sendo o copd médio nesta idade 2,10 e permanecendo a grande maioria dos dentes (88%) sem tratamento³.

A cárie precoce da infância (CPI) foi definida como qualquer lesão de cárie, cavitada ou não, diagnosticada num dente deciduo até aos 71 meses de idade⁴. O impacto da CPI na qualidade de vida pode ser substancial, prejudicando a criança física e psicologicamente^{5,6}. A dor, a extração de dentes deciduos e as alterações funcionais daí resultantes podem levar ao absentismo escolar e a problemas na alimentação, na fala e na aprendizagem, assim como à necessidade de tratamentos dispendiosos^{7,8}.

Ao contrário do que acontece para os cuidados e tratamentos dentários, a maioria da população portuguesa tem acesso a cuidados médicos regulares desde a nascença. Os pediatras e os médicos de família têm um contacto precoce e frequente com os pais e com as crianças, em especial durante os primeiros anos de vida. Sendo nestas idades que a CPI se manifesta, as consultas médicas de rotina constituem uma oportunidade para realizar ações de promoção da saúde oral e prevenir o aparecimento de hábitos prejudiciais em grande parte da população⁹. Adicionalmente, estes profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada para realizar a deteção precoce de lesões de cárie e referenciar as crianças

com necessidade de tratamento dentário⁹. Desta forma, os pediatras e os médicos de família podem ser aliados importantes para a prevenção primária e secundária da CPI, mas as suas atitudes e os seus conhecimentos de saúde oral são fundamentais para a implementação de práticas preventivas eficazes¹⁰.

Foram realizados vários estudos relacionados com as práticas e os conhecimentos sobre saúde oral infantil destas especialidades médicas^{11,12,13,14,15}. A maioria dos estudos utilizou, como método de recolha de dados, um questionário. O estudo realizado por Prakash et al.¹¹ no Canadá apresenta um questionário bastante completo, pelo que se considerou interessante utilizá-lo para estudar as práticas e conhecimentos destas especialidades na nossa população.

Tendo em vista a futura validação para português do questionário desenvolvido por Prakash e a execução de um estudo de larga escala, realizou-se um estudo com o objetivo de conhecer as práticas e os conhecimentos relativos à prevenção da CPI, dos pediatras e dos médicos de família que exercem a sua atividade profissional nos concelhos de Almada e Lisboa, assim como as barreiras que estes profissionais identificam para a implementação de rotinas de promoção da saúde oral na sua prática clínica.

Materiais e métodos

Para atingir o objetivo proposto, foi realizado um estudo observacional e transversal, utilizando uma versão adaptada para português do questionário de Prakash et al.¹¹.

Adaptação do questionário

A versão original do questionário, cedida pelos seus autores, foi sujeita a 2 traduções independentes, que foram depois comparadas e compiladas por um terceiro elemento. Esta versão foi retrotraduzida para a língua original por outro tradutor, de origem inglesa que possui bons conhecimentos de português¹⁶. A versão portuguesa final, resultante do processo de tradução, foi sujeita à análise de um painel de 5 peritos¹⁷ (2 odontopediatras, 1 médico de família e 2 médicos pediatras). Após esta verificação de conteúdo, foram realizadas pequenas alterações para adaptação do questionário à realidade portuguesa, dando origem à versão final, aplicada no presente estudo. O questionário original destina-se à recolha de dados relativos a crianças até aos 3 anos de idade, mas, dado que se pretende conhecer as práticas clínicas que incluem todo o período de desenvolvimento da CPI, na versão portuguesa foram duplicadas as questões, permitindo a sua aplicação a 2 grupos etários, até aos 3 anos e dos 3 aos 6 anos.

Estrutura do questionário

A primeira secção do questionário é constituída por 16 questões sobre as práticas relacionadas com a saúde oral, nomeadamente, observação da boca e dentes, prescrição de flúor em suplementos e em dentífricos, conselhos de higiene oral e encaminhamento para consulta de saúde oral preventiva, entre outras. A resposta a estas questões é realizada através de uma escala com 5 opções que vão desde «nunca» efetuar o procedimento até efetuá-lo a «mais de 75% dos doentes». Ainda na primeira secção, existem 6 questões para avaliação de conhecimentos e 3 para avaliação da autoconfiança na identificação de lesões de cárie e no aconselhamento de cuidados de higiene oral. Nestas 9 questões é utilizada uma escala de concordância do tipo Likert com 5 hipóteses de resposta, que vão desde «discordo completamente» até «concordo totalmente». As 6 questões sobre avaliação de conhecimentos consistem em afirmações, umas verdadeiras e outras falsas, às quais os participantes respondem utilizando a escala mencionada. As respostas em que o participante concorda com afirmações verdadeiras ou discorda de afirmações falsas são consideradas «corretas». Por outro lado, as respostas em que o participante concorda com afirmações falsas ou em que discorda de afirmações verdadeiras são consideradas incorretas.

A segunda secção do questionário é composta por 6 perguntas, das quais 3 são sobre a predisposição para realizar determinadas atividades relacionadas com a saúde oral. Também é utilizada uma escala tipo Likert com 5 hipóteses de resposta, que variam desde «menos predisposto» a «mais predisposto». Nesta secção é ainda questionada a importância do papel do médico na promoção da saúde oral, quais os profissionais que deveriam transmitir informação sobre esta área da saúde e quais as barreiras encontradas para realizar os procedimentos de saúde oral.

Por último, existe uma secção que recolhe a informação geral do participante, como o seu sexo, idade, especialidade e local de formação.

Recolha dos dados

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e foi, também, autorizado pelas instituições incluídas no mesmo.

O questionário foi distribuído a 22 pediatras que exercem a sua atividade no Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta e numa clínica privada de Lisboa; e a 18 médicos de família de 2 unidades de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde de Almada (Unidade de Saúde Familiar da Cova da Piedade e Unidade de Cuidados de Saúde Primários Rainha D.^a Leonor), que observam regularmente crianças até aos 6 anos de idade. A distribuição dos questionários foi realizada pessoalmente por um dos investigadores, com a ajuda de um elemento da instituição. O questionário, de preenchimento anónimo, foi entregue juntamente com uma carta que explicava a importância do estudo e os seus objetivos. Os médicos que aceitaram participar voluntariamente devolveram o questionário em envelope fechado, garantindo a confidencialidade dos dados. A devolução do questionário foi considerada como aceitação da participação no estudo.

Análise estatística

A análise dos dados foi efetuada na aplicação SPSS version 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), tendo sido calculadas as frequências das respostas para o total da amostra. Quando uma questão não foi respondida ou quando, em questões com uma única opção de resposta, foi respondida mais do que uma alínea, a resposta foi eliminada da análise, sendo, no entanto, as restantes respostas desse participante mantidas. Por outro lado, nas questões em que se podia assinalar mais do que uma resposta, a análise dos dados pode refletir-se num «n» maior do que o total de participantes.

Conforme previsto no questionário original, as 6 perguntas de conhecimentos sobre saúde oral foram agregadas num valor único de «conhecimentos sobre CPI», realizado do seguinte modo. As respostas incorretas foram contadas com 0 valores, as respostas «não concordo, nem discordo» com 1 valor e as respostas corretas com 2 valores.

Resultados

Caracterização da amostra

Foram distribuídos 40 questionários e incluídos no estudo todos os médicos que devolveram o questionário preenchido. A amostra ficou constituída por um total de 30 participantes, dos quais 15 eram médicos de família e 15 eram pediatras. A taxa de resposta foi de 75%. Os questionários não incluídos deveram-se a não devolução (17,5%), não distribuição por ausências prolongadas no local de trabalho (5,0%) ou a recusa expressa em participar (2,5%).

A média de idades dos participantes do estudo foi de 45,1 ($\pm 9,41$) e 70% da amostra era do sexo feminino. A grande maioria dos médicos (86,7%) licenciou-se em Lisboa. Os locais predominantes de formação de especialidade foram o Concelho de Setúbal (63,3%) e o Concelho de Lisboa (30,0%).

Frequência de cárie dentária

Os médicos que participaram no estudo referiram observar mensalmente, em média, cerca de 34,3 ($\pm 31,84$) crianças com menos de 3 anos e 25,6 ($\pm 25,30$) crianças entre os 3 e os 6 anos de idade. Verificou-se a existência de uma grande variabilidade do número de crianças observadas.

Metade dos participantes estimou ver, em média, menos de uma criança até aos 3 anos de idade com cárie. Quanto às crianças entre os 3 e os 6 anos de idades, 55,2% dos participantes estimou observar entre 1 a 5 crianças com cárie por mês. Utilizando os valores, referidos pelos participantes, do número de crianças observadas com cárie e do número de crianças observadas no total, foi feita uma estimativa da prevalência de CPI na população observada por cada participante. A mediana das várias prevalências para as crianças menores de 3 anos foi de 4,58% e para as idades entre os 3 e 6 anos de idade foi de 15%.

Práticas relacionadas com a saúde oral

A grande maioria dos participantes referiu realizar na sua consulta procedimentos relativos à saúde oral dos pacientes infantis. No entanto, a avaliação do risco de cárie, a recomendação de cuidados especiais de higiene oral em crianças que efetuam medicação frequente e, principalmente,

a prescrição de suplementos de flúor foram os indicados como menos efetuados (tabela 1).

Uma percentagem de 56,7% dos participantes referiu recomendar a primeira visita preventiva ao dentista entre os 3 e os 6 anos de idade (tabela 2).

Conhecimentos sobre cárie precoce da infância

Na generalidade, os conhecimentos sobre CPI dos médicos participantes podem considerar-se bons, com uma média de 9,9 ($\pm 1,82$), num valor máximo possível de 12. Este valor máximo foi atingido por apenas 19,2% dos participantes e o mínimo encontrado foi de 5 valores (3,8%). As questões relacionadas com a transmissão vertical de bactérias cariogénicas, bem como com os primeiros sinais de cárie, foram aquelas em que surgiram mais respostas incorretas (tabela 3).

Relativamente às questões sobre a autoconfiança, os médicos consideraram-se bastante confiantes no que se refere ao aconselhamento de cuidados a ter com os dentes, mas somente 42,9% dos participantes referiu ser capaz de identificar estádios iniciais de cárie dentária (tabela 4).

Atividades de promoção da saúde oral

A grande maioria dos participantes do estudo (89,3%) classificou como muito importante o seu papel na promoção da

Tabela 1 – Procedimentos realizados na consulta de saúde infantil

Questão	Nunca	1-25% dos pacientes	26-50% dos pacientes	51-75% dos pacientes	> 75% dos pacientes
Observa a boca da criança?	< 3 anos	0,0%	0,0%	3,3% (n = 1)	96,7% (n = 29)
	3-6 anos	0,0%	0,0%	3,4% (n = 1)	96,6% (n = 28)
Observa os dentes da criança?	< 3 anos	0,0%	0,0%	3,3% (n = 1)	86,7% (n = 26)
	3-6 anos	0,0%	0,0%	3,4% (n = 1)	96,6% (n = 28)
Aconselha os pais/ responsáveis relativamente ao nascimento dos dentes e aos cuidados a ter com os mesmos?	< 3 anos	0,0%	6,7% (n = 2)	0,0%	10,0% (n = 3)
	3-6 anos	3,4% (n = 1)	3,4% (n = 1)	3,4% (n = 1)	13,8% (n = 4)
Avalia o risco de a criança desenvolver cárie?	< 3 anos	10,3% (n = 3)	3,4% (n = 1)	20,7% (n = 6)	10,3% (n = 3)
	3-6 anos	11,1% (n = 3)	3,7% (n = 1)	18,5% (n = 5)	18,5% (n = 5)
Aconselha os pais/ responsáveis relativamente aos métodos de limpeza dos dentes?	< 3 anos	0,0%	0,0%	6,7% (n = 2)	13,3% (n = 4)
	3-6 anos	0,0%	3,3% (n = 1)	0,0%	13,8% (n = 4)
Fala com os pais/ responsáveis acerca do uso de pasta dentífrica fluoretada?	< 3 anos	0,0%	0,0%	3,3% (n = 1)	13,3% (n = 4)
	3-6 anos	0,0%	0,0%	6,9% (n = 2)	3,4% (n = 1)
Prescreve suplementos de flúor?	< 3 anos	72,4% (n = 21)	17,2% (n = 5)	3,4% (n = 1)	0,0%
	3-6 anos	67,9% (n = 19)	14,3% (n = 4)	3,6% (n = 1)	3,6% (n = 1)
Aconselha os pais/ responsáveis relativamente ao consumo de doces e alimentos açucarados?	< 3 anos	0,0%	0,0%	6,9% (n = 2)	13,8% (n = 4)
	3-6 anos	3,6% (n = 1)	3,6% (n = 1)	3,6% (n = 1)	10,7% (n = 3)
Em crianças que frequentemente tomam medicações na forma de xarope recomenda aos pais/ responsáveis cuidados especiais de higiene oral?	< 3 anos	30,0% (n = 9)	13,3% (n = 4)	23,3% (n = 7)	6,7% (n = 2)
	3-6 anos	37,9% (n = 11)	3,4% (n = 1)	24,1% (n = 7)	10,3% (n = 3)
Aconselha os pais/ responsáveis sobre a colocação de substâncias doces no biberão?	< 3 anos	6,9% (n = 2)	3,4% (n = 1)	6,9% (n = 2)	17,2% (n = 5)
	3-6 anos	–	–	–	–

Tabela 2 – Práticas relacionadas com a saúde oral

Afirmção	Pediatras	Médicos de família	Total
<i>Idade com que recomenda a primeira visita preventiva</i>			
Não recomendo	0,0%	20,0% (n = 3)	10,0% (n = 3)
Até ao 1.º ano	0,0%	0,0%	0,0%
Entre o 1.º e o 2.º ano	6,7% (n = 1)	0,0%	3,3% (n = 1)
Entre o 2.º e o 3.º ano	33,3% (n = 5)	13,3% (n = 2)	23,3% (n = 7)
Entre o 3.º e o 6.º ano	60,0% (n = 9)	53,3% (n = 8)	56,7% (n = 17)
Depois dos 6 anos	0,0%	13,3% (n = 2)	6,7% (n = 2)
<i>Idade com que recomenda deixar o biberão</i>			
Não recomendo	0,0%	6,7% (n = 1)	3,3% (n = 1)
Até ao 1.º ano de idade	26,7% (n = 4)	26,7% (n = 4)	26,7% (n = 8)
Entre o 1.º e o 2.º ano de idade	66,7% (n = 10)	40,0% (n = 6)	53,3% (n = 16)
Entre o 2.º e o 3.º ano de idade	6,7% (n = 1)	20,0% (n = 3)	13,3% (n = 4)
Depois dos 3 anos de idade	0,0%	6,7% (n = 1)	3,3% (n = 1)
<i>Como procede quando identifica uma cárie em dentes de leite</i>			
Nunca observei uma criança com cárie	0,0%	0,0%	0,0%
Não efetuo nenhum procedimento	0,0%	0,0%	0,0%
Anoto na ficha clínica	0,0%	26,3% (n = 5)	14,7% (n = 5)
Aconselho os pais/ responsáveis a levarem a criança ao dentista	86,7% (n = 13)	21,1% (n = 4)	50,0% (n = 17)
Faço um envio formal para um dentista	13,3% (n = 2)	36,8% (n = 7)	26,5% (n = 9)
Outros*	0,0%	15,8% (n = 3)	8,8% (n = 3)
<i>Como procede quando identifica uma cárie em dentes permanentes</i>			
Nunca observei uma criança com cárie	0,0%	0,0%	0,0%
Não efetuo nenhum procedimento	0,0%	0,0%	0,0%
Anoto na ficha clínica	0,0%	11,8% (n = 2)	6,3% (n = 2)
Aconselho os pais/ responsáveis a levarem a criança ao dentista	80,0% (n = 12)	29,4% (n = 5)	53,1% (n = 17)
Faço um envio formal para um dentista	20,0% (n = 3)	47,1% (n = 8)	34,4% (n = 11)
Outros*	0,0%	11,8% (n = 2)	6,3% (n = 2)

* Envio ao higienista ou estomatologista do centro de saúde.

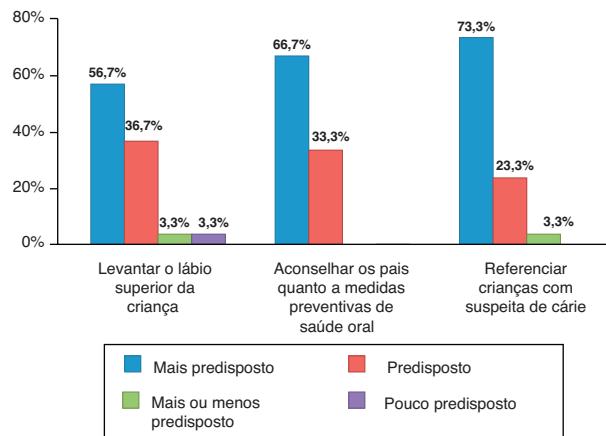


Figura 1 – Predisposição para realizar procedimentos preventivos de saúde oral durante a consulta de rotina (n = 30).

saúde oral e mostrou-se com predisposição para realizar procedimentos relativos à saúde oral durante a consulta de rotina (fig. 1). Os principais obstáculos referidos à realização dos procedimentos avaliados foram o número limitado de profissionais de saúde oral na zona de trabalho (27,3%) e a falta de percepção dos pais da necessidade de cuidados dentários (25,0%) (fig. 2).

Os profissionais de saúde que foram indicados pelos participantes do estudo como os que deveriam fornecer

informação sobre a prevenção de doenças orais foram, por ordem decrescente, os médicos de família (27,0%), os enfermeiros (25,0%), os médicos dentistas (23,0%) e os pediatras (23,0%). Na alínea «outros» (2,0%) foram referidos os higienistas orais e os professores das escolas e jardins-de-infância.



Figura 2 – Obstáculos à realização dos procedimentos preventivos (n = 44).

Tabela 3 – Conhecimentos sobre a cárie dentária

Afirmção	Total
A cárie precoce da infância só afeta bebés alimentados com biberão	
Discordo totalmente/Discordo	75,9% (n = 22)
Não concordo nem discordo	17,2% (n = 5)
Concordo totalmente/Concordo	6,9% (n = 2)
As pastas dentífricas fluoretadas não devem ser usadas por crianças com menos de 3 anos de idade	
Discordo totalmente/Discordo	89,7% (n = 26)
Não concordo nem discordo	0,0%
Concordo totalmente/Concordo	10,3% (n = 3)
Os dentes cariados, quando não tratados, podem afetar a saúde geral da criança	
Discordo totalmente/Discordo	0,0%
Não concordo nem discordo	0,0%
Concordo totalmente/Concordo	100% (n = 30)
Os dentes de leite são importantes, apesar de virem a cair	
Discordo totalmente/Discordo	0,0%
Não concordo nem discordo	0,0%
Concordo totalmente/Concordo	100% (n = 30)
As bactérias que causam a cárie dentária podem transmitir-se de mães para filhos	
Discordo totalmente/Discordo	34,5% (n = 10)
Não concordo nem discordo	24,1% (n = 7)
Concordo totalmente/Concordo	41,8% (n = 12)
Os primeiros sinais de cárie dentária consistem em pequenas manchas ou linhas brancas	
Discordo totalmente/Discordo	17,2% (n = 5)
Não concordo nem discordo	41,4% (n = 12)
Concordo totalmente/Concordo	41,5% (n = 12)

Tabela 4 – Questionário de confiança sobre os conhecimentos de cárie

Afirmção	Total
Considero-me capaz de identificar estádios iniciais de cárie dentária em crianças	
Discordo totalmente/Discordo	10,7% (n = 3)
Não concordo nem discordo	46,4% (n = 13)
Concordo totalmente/Concordo	42,9% (n = 12)
Considero-me capaz de identificar estádios avançados de cárie dentária em crianças	
Discordo totalmente/Discordo	6,7% (n = 2)
Não concordo nem discordo	0,0%
Concordo totalmente/Concordo	93,3% (n = 28)
Considero que posso possuir conhecimentos suficientes para aconselhar os pais no que diz respeito aos cuidados a ter, em casa, com os dentes dos seus filhos	
Discordo totalmente/Discordo	0,0%
Não concordo nem discordo	20,0% (n = 6)
Concordo totalmente/Concordo	80,0% (n = 24)

Discussão

Nos primeiros anos de vida das crianças, os pediatras e os médicos de família efetuam, desde o seu nascimento, um acompanhamento com uma periodicidade muito regular. Em Portugal, de acordo com as recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS), devem ser realizadas, pelo menos, 6 consultas de rotina até ao primeiro aniversário da criança e um total de 11 até aos 3 anos de idade¹⁸. Este contacto periódico não acontece com os profissionais de saúde oral, especialmente nos primeiros anos de vida. Assim sendo, os pediatras e médicos de família têm uma posição privilegiada para a promoção da saúde oral infantil e prevenção da CPI. Este papel torna-se ainda mais relevante em países como Portugal, onde o acesso aos serviços médico-dentários não é fácil para a maioria da população.

Os primeiros anos de vida são importantes para a aquisição de comportamentos saudáveis e estabelecimento de padrões de alimentação e higiene, essenciais para uma boa saúde oral¹⁹. Por outro lado, a correção de comportamentos prejudiciais já estabelecidos é reconhecida como sendo mais difícil²⁰.

Os participantes deste estudo demonstraram boas práticas relativamente à saúde oral infantil. É de realçar que a grande maioria dos médicos de família e pediatras inquiridos realiza uma observação da boca e dos dentes nas suas consultas de rotina, e refere efetuar aconselhamento relativamente à higiene oral e ao uso de pasta dentífrica fluoretada. Na maioria dos países desenvolvidos existem recomendações sobre os procedimentos a realizar nas consultas infantis de rotina. Em Portugal, a DGS recomenda a observação dos dentes e o aconselhamento sobre os cuidados dentários a partir da consulta dos 6 meses, sendo um tópico constante em todas as consultas a partir desta idade²¹, o que explica os resultados obtidos no estudo. Um outro aspeto interessante é o de a maioria dos participantes não prescrever suplementos de flúor. Esta prática está de acordo com as recomendações da DGS, que preconiza a utilização de suplementos de flúor somente em indivíduos de risco e que não realizem escovagem dental regular com dentífrico fluoretado²². A avaliação do risco de cárie foi uma das práticas referidas como menos efetuada, o que pode ser devido ao facto de se tratar de um procedimento demorado. A falta de conhecimentos ou de confiança para a realização de atos mais técnicos de saúde oral também pode contribuir para este aspeto¹².

A idade aconselhada, pelos participantes do estudo, para a primeira visita preventiva ao dentista, pode ser considerada tardia. A American Academy of Pediatric Dentistry indica que a prevenção da cárie deve começar no período pré-natal e que a primeira avaliação oral deve ocorrer por volta dos 6 meses, com a erupção do primeiro dente²³. Esta calendarização permite que os cuidados dentários preventivos se iniciem precocemente e com o máximo benefício^{13,24}. Os estudos da DGS³ continuam a demonstrar que a maioria dos dentes deciduos permanece sem tratamento, pelo que é indispensável um maior envolvimento de todos os profissionais de saúde para o reforço da intervenção precoce em saúde oral²⁵. É também interessante verificar que, face à identificação de uma cárie num dente deciduo, o procedimento mais frequente consiste no aconselhamento ou no envio formal ao

médico dentista. No entanto, a percentagem de dentes de leite não tratados na população permanece bastante elevada. Esta constatação aponta para a existência de barreiras adicionais para a realização dos tratamentos necessários.

Os resultados encontrados sobre as práticas médicas relativas à saúde oral infantil foram, na generalidade, semelhantes aos de outros estudos^{9,11,14,15}. Os médicos participantes, embora com bons conhecimentos sobre CPI, evidenciaram possuir menos conhecimentos quanto à transmissão vertical de bactérias cariogénicas e à identificação dos primeiros sinais de cárie dentária. As limitações expressas, por parte dos participantes, relativamente à identificação das lesões de cárie nos seus estádios iniciais dificulta o diagnóstico precoce da CPI, sendo uma importante lacuna a colmatar. Também Prakash et al.¹¹, verificaram que somente 46,3% dos médicos se consideravam capazes de identificar uma lesão de cárie.

As principais barreiras referidas para a realização de atividades relacionadas com a área da saúde oral foram a falta de profissionais de saúde oral na zona de trabalho para quem encaminhar os pacientes e a falta de percepção da necessidade de cuidados dentários por parte dos pais. O primeiro obstáculo é interessante, pois atualmente o número de médicos dentistas em Portugal é elevado e suficiente para as necessidades da população, sobretudo considerando as regiões onde exercem os médicos que participaram neste estudo. Apesar disso, o número de médicos dentistas que recebem crianças destas idades pode ser um fator condicionante. A pouca percepção dos pais das necessidades de tratamento poderá ser explicada pela crença comum que a dentição decídua é uma dentição temporária que não necessita de tratamento, mas também pela dificuldade ao acesso a este tipo de tratamentos.

No estudo de Prakash et al.¹¹ os principais obstáculos para a não realização de atividades de promoção da saúde oral foram a falta de tempo na consulta e a falta de conhecimentos para a identificação de cárie dentária.

Os valores de prevalência de CPI, estimados como referido anteriormente, nos resultados parecem ser baixos. Existem alguns estudos realizados em Portugal^{26,27,28}, em populações restritas, que encontraram valores de prevalência de CPI entre 15% e 48%. Mesmo tendo em consideração a existência de erros inerentes ao processo de cálculo das estimativas, estes valores são consideravelmente mais elevados do que os estimados com base nos resultados deste estudo. Esta disparidade pode sugerir a existência de dificuldades por parte dos médicos em realizar o diagnóstico de lesões de cárie, principalmente nos seus estádios iniciais, como também é indicado diretamente pelos próprios participantes do estudo.

Este estudo apresenta algumas limitações, tais como uma amostra reduzida e a utilização de um questionário que, embora tenha resultado de um processo de tradução e adaptação minuciosos, ainda não se encontrava validado. Adicionalmente, sendo a avaliação das práticas e conhecimentos realizada a partir do relato dos próprios médicos, é de esperar que estes indiquem a resposta que sabem ser a mais correta e não necessariamente a verdadeira. Para colmatar esta última desvantagem, em estudos futuros, poderá ser realizado um cruzamento dos dados com outros indicadores mais objetivos. Apesar destas limitações, o questionário utilizado parece ter boas características para se efetuar um estudo de maior dimensão em que se pretende realizar a sua validação.

Conclusões

Os médicos de família e os pediatras participantes neste estudo consideraram possuir um papel importante na promoção da saúde oral das crianças, relatando boas práticas e demonstrando bons conhecimentos sobre saúde oral infantil. No entanto, as dificuldades evidenciadas em certos tópicos, tais como a identificação dos estádios precoces de CPI, podem demonstrar alguma falta de formação nesta área. Para uma melhoria efetiva da prevenção primária e secundária da CPI, seria relevante um reforço da formação destes especialistas na área da saúde oral.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

- Peterson-Sweeney K, Stevens J. Optimizing the health of infants and children: their oral health counts. *Journal of Pediatric Nursing*. 2010;25:244-9.
- World Health Organization. *The world oral health report 2003*. Geneve, WHO. 2003.
- Direção-Geral da Saúde. Em: *Estudo nacional de prevalência das doenças orais*. Lisboa: DGS; 2008.
- American Academy of Pediatric Dentistry. *Reference Manual 2009-2010. Definition of Early Childhood Caries, Pediatric Dentistry*. 2009-2010;31:13.
- Edelstein B. Public and clinical policy considerations in maximizing children's oral health. *Pediatr Clin North Am*. 2000;47:1177-89.
- Losso EM, Tavares MCR, Silva JYB, Urban CA. Severe early childhood caries: an integral approach. *J Pediatr*. 2009;85:295-300.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
- Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009;21:1-10.
- Dela Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*. 2004;114:e642-52.
- Di Giuseppe G, Nobile CG, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC Public Health*. 2006;6:176.

11. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, McIsaac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health*. 2006;11:151-7.
12. Caspary G, Krol DM, Boulter S, Keels MA, Romano-Clarke G. Perceptions of oral health training and attitudes toward performing oral health screenings among graduating pediatric residents. *Pediatrics*. 2008;122:e465-71.
13. Brickhouse TH, Unkel JH, Kancitidis I, Best AM, Davis RD. Infant oral health care: a survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia. *Pediatr Dent*. 2008;30:147-53.
14. Ismail AI, Nainar SMH, Sohn W. Children's first dental visit: attitudes and practices of US paediatricians and family physicians. *Pediatric Dentistry*. 2003;25:425-30.
15. Freire MCM, Macêdo RA, Silva WH. Knowledge, attitudes and practice of pediatricians in relation to oral health. *Pesq Odont Bras*. 2000;14:39-45.
16. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. 2^a ed. Lisboa: Edições Silabo; 2008.
17. Lynn MR. Determination and Quantification of Content Validity. *Nursing Research*. 1986;35:382-5.
18. Direção-Geral da Saúde. Em: *Boletim de saúde infantil e juvenil, modelo número 1396*. SA. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda; 2006.
19. Barros L. A psicologia pediátrica e a promoção da saúde. Em: Barros L, editor. *Psicologia Pediátrica – Perspetiva desenvolvimentista*. 2^a ed. Lisboa: Climepsi ed; 2003.
20. Reisine S, Douglass JM. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26 Suppl. 1:32-44.
21. Direção-Geral da Saúde (Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes). Em: *Saúde Infantil e Juvenil: Programa tipo de atuação*. 2^a ed. Lisboa: DGS; 2005.
22. Direcção Geral da Saúde. Programa nacional de promoção da saúde oral. Circular Normativa n.º 1/DSE de 18/01/2005.
23. American Academy of Pediatric Dentistry. Definitions, Oral Health Policies and Clinical Guidelines 2009/2010. Guideline on infant oral healthcare [Acesso a: 28 de março de 2010] Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/D_ECC.pdf.
24. Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26 Suppl. 1:49-61.
25. Direção-Geral da Saúde *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação*. Em: *Relatório do Diretor-Geral e do Alto Comissariado da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2002.
26. Mendes S, Rodrigues JD, Abukumail N, Guerreiro AB, Bernardo M. Prevalência e gravidade de cárie dentária em três jardins-de-infância da freguesia de Alcântara. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2009;50:175.
27. Vasconcelos NP, Melo P, Gavinha S. Estudo dos fatores etiológicos das cáries precoces da infância numa população de risco. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2004;45:205-18.
28. Alves CM. Estudo de Prevalência de Cárie precoce na infância em crianças dos 3 aos 5 anos de idade em Vila Franca de Xira. Lisboa: Dissertação de Mestrado apresentada à FMDUL; 2009.