

DESENVOLVIMENTO DE FICHA PARA TRIAGEM DE BEBÊS EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA

LUIZA BEATRIZ THUROW¹; AMANDA VEIGA FRANCISCO DA SILVA²; ISABEL LANGE FUNARI DE CARVALHO²; MARCIELI DIAS FURTADO²; TAMARA RIPPLINGER²; TANIA IZABEL BIGHETTI³

¹Universidade Federal de Pelotas – lb.thurow@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Pelotas – amandaveiga@me.com; iisabel.carvalho@hotmail.com; mdfurtado@live.com; tamararipplinger@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – taniabighetti@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, ainda que procedimentos preventivos tenham sido incluídos na prática clínica, a cárie dentária ainda atinge uma considerável parcela da população, principalmente a infantil (FERREIRA; KRAMER; LONGONI, 1999). Fatores de risco, tais como, higiene bucal deficiente, amamentação noturna, elevado consumo de açúcar e falta de conhecimento dos pais, propiciam às crianças da primeira infância o aparecimento da doença cárie em rápida evolução (FERREIRA; KRAMER; LONGONI, 1999).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde, de 2003, mostram que 27% das crianças na faixa etária de 18 a 36 meses têm pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie, e esta proporção aumenta para 60% quando a idade é 5 anos. Desse modo, a avaliação da cavidade bucal de crianças, incluindo as institucionalizadas, é importante para evitar que necessitem de exodontias, tratamentos restauradores e endodônticos, já que estes e outros problemas podem surgir ainda durante a infância e terem seus agravos minimizados com uma avaliação seguida de intervenção precoce (BRASIL, 2003; TOMITA et al., 1996). Entre 2 e 3 anos de idade, a criança já poderá apresentar toda a dentição decídua, sendo importante que o cirurgião-dentista realize o acompanhamento para evitar lesões de cárie; identificar de forma precoce o surgimento de desordens e más oclusões. Cabe salientar também que a orientação deve ser repassada aos pais, para que estes deem continuidade aos cuidados bucais, relacionados aos hábitos alimentares, escovação dental e uso de creme dental fluoretado (FERNANDES et al., 2010; SERRA-NEGRA; DADALTO, 2009).

Diante disso e visando medidas preventivas e curativas em crianças, o projeto de extensão “OI Filantropia – Odontologia e Instituições Filantrópicas” (Código DIPLAN/PREC 52084046) tem como objetivo desenvolver ações coletivas e individuais de saúde bucal em crianças de duas instituições filantrópicas do município de Pelotas/RS, além da gestão do serviço odontológico das instituições.

O trabalho descrito desenvolve-se no Instituto Lar São Francisco de Paula, na cidade de Pelotas-RS que abriga crianças, divididas em turmas de acordo com suas idades: berçário, maternal, jardim e pré-escola. Como uma das primeiras ações do projeto é uma avaliação bucal, percebeu-se a necessidade da elaboração de uma ficha específica para as crianças com idades entre 2 a 3 anos, que estão frequentando as turmas do berçário e maternal da instituição filantrópica. Este

trabalho tem como objetivo descrever esta ficha de triagem apresentando resultados preliminares a partir do seu uso.

2. METODOLOGIA

O desenvolvimento da ficha surgiu devido à necessidade de avaliar as características próprias e condizentes com a faixa etária, pertinente as diferenças anátomo-fisiológicas encontradas, para que as intervenções pudessem ser registradas adequadamente e para conhecer as respostas biológicas frente a agressores como cárie, hábitos bucais deletérios; pois através de medidas preventivas e do diagnóstico precoce é possível evitar complicações futuras (GIMENEZ et al., 2008).

A ficha intitulada de “Triagem de bebês” é composta por uma única folha com divisões. Ela contém um cabeçalho onde cada componente do critério a ser avaliado é definido por letras, o que facilita a rapidez nas triagens; auxiliando nas anotações e com uma sequência que orienta o exame. Também possui no lado esquerdo o nome de cada criança a ser avaliada e suas idades. Já a avaliação se inicia pelos tecidos moles, o freio labial e lingual, que possuem duas classificações (N=Normal e C=Curto); a seguir a presença do cordão (P=Presente ou A=Ausente) onde não há dentição ainda, e também a coloração do rebordo alveolar (R=rosa ou V=vermelho, sendo o “V”, sinônimo de alguma alteração).

Com a presença de dentes decíduos avalia-se a condição de mancha branca, lesão inicial e indicadora de cárie, e suas formas (P=Pontual, A=Ampla, C=Cavitada localizada nos dentes S=Superiores e I=Inferiores). Quanto à cavidade de cárie avalia-se sua ocorrência (P=presente, A=Ausente) e, a partir de sua profundidade e extensão a melhor indicação de intervenção (TRA, Tratamento Restaurador Atraumático ou se a cavidade já tomou proporções grandes e expôs a polpa dentária causando necrose dentária necessitando de ENDO= tratamento endodôntico).

A seguir, parte-se para hábitos bucais nocivos que são: C=Chupeta, quando se observa mordida aberta anterior; D=Dedo, contorno circular e amplitude; M=Mamadeira como hábito prolongado e O=Outro tipo de hábito não mencionado, se for possível identificar.

Para realização de tratamento e acompanhamento das crianças institucionalizadas foram estabelecidos códigos de condutas: 0=Tratamento; 1=Acompanhamento mensal; 2=Acompanhamento bimestral; 3=Acompanhamento trimestral; 4=Acompanhamento semestral e 5=Adaptação comportamental.

Os exames foram realizados em salas de aula, chamando uma criança por vez e pelo seu nome, de forma a cativá-las, para que se sintam acolhidas e para que não haja intercorrências durante o exame. Utilizou-se a presença de luz artificial da sala ou a luz natural vinda da janela, com a criança na posição joelho a joelho com o auxiliar, e a cabeça posicionada próximo do avaliador (GARCIA; CAMPOS, ZUANON, 2008). Observaram-se os princípios de biossegurança conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006a); utilizando-se equipamentos de proteção individuais (luva, touca, jaleco) e os exames realizados com espátulas de madeira.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizado um total de 57 exames: 12 no Berçário, com 3 crianças com mordida aberta; 17 no Maternal A, com 9 crianças com mordida aberta; 13 no

Maternal B, com 5 crianças com mordida aberta; e 15 no Maternal C com 6 crianças apresentando mordida aberta.

O uso de chupetas, também chamado hábito de sucção não nutritiva, é aceitável em bebês e crianças de tenra idade. Portanto, este hábito nos primeiros anos de vida não é considerado ruim. Geralmente está associado à necessidade de satisfação afetiva e de segurança, que pode ser atendida com a prática do aleitamento materno (SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA JÚNIOR, 1997).

A Associação Brasileira de Odontopediatria (2009) e o Ministério da Saúde (2006) recomendam que a idade de 3 anos seja a época limite para a eliminação do uso de chupeta na vida da criança. Entretanto reconhecem que o ideal seria remover gradualmente este hábito até a idade de 2 anos, pois existe a chance de autocorreção de possíveis desarmonias nas arcadas dentárias, em consequência do mesmo, desse modo as crianças estão em acompanhamento e os pais e as monitoras foram avisados dessa condição (SERRA-NEGRA; DADALTO, 2009; BRASIL, 2006b).

O hábito de sucção de chupeta, quando prolongado além do limite recomendado, pode promover força nos dentes e nas estruturas que os envolvem. A deformidade será maior ou menor dependendo da frequência (quantas vezes por dia), intensidade (força usada para sugar) e duração do hábito (quantos meses de sucção). Com isso, podem ser observadas alterações de mordida, como por exemplo, a mordida aberta anterior e ou mordida cruzada posterior (SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA JÚNIOR, 1997).

Na faixa etária considerada aceitável para o uso da chupeta, recomenda-se que ela não seja disponibilizada o tempo todo. Diante disso foram realizadas oficinas para as monitoras da instituição, com a finalidade de informá-las. Há situações, inclusive, em que se observou a chupeta pendurada no pescoço da criança, tornando mais fácil seu acesso em qualquer momento, o que está contraindicado. É importante que os pais e/ou responsáveis fiquem atentos à demanda da criança, sem se antecipar a ela, ou seja, não ofertá-la a menos que a criança solicite, nos momentos de sono ou de tensão emocional, exatamente para atender as necessidades de consolo e aconchego. Tão logo esta necessidade seja satisfeita, a chupeta deve ser removida. Se a criança estiver dormindo, retirar de sua boca, se ela não apresentar resistência, informação esta repassada durante oficina realizada para as monitoras da escola.

A Associação Brasileira de Odontopediatria (2009), em sintonia com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) reconhece que uma forma importante de prevenção do uso prolongado da chupeta é o incentivo ao aleitamento materno feito com exclusividade nos seis primeiros meses de vida. Se a criança expressar que este aleitamento não foi suficiente para satisfazer suas necessidades de sucção, a chupeta então deverá ser utilizada racionalmente. A chupeta deve ser utilizada como complementar a sucção, na fase em que o bebê necessita deste exercício funcional.

O importante a ser ressaltado é que o uso de medidas não traumáticas para remoção do hábito de sucção não nutritiva é fundamental, uma vez que envolve questões emocionais. Isto exige a avaliação da melhor maneira e o melhor momento para a remoção do hábito (SERRA-NEGRA; DADALTO, 2009). Além disto, 3 crianças apresentaram 10 dentes com cavidades de cárie com indicação de TRA e estão em tratamento e/ou adaptação.

4. CONCLUSÕES

Observou-se que a ficha permitiu coletar os dados necessários para a organização do processo de trabalho com este grupo etário. Os critérios para estabelecimento dos intervalos de tempo de acompanhamento estão sendo testados. Também foi observada a necessidade de se inserir um campo para registro do número de dentes decíduos para aprimorar o acompanhamento dos casos de mordidas abertas. As atividades do projeto seguem ocorrendo semanalmente, através de um processo contínuo e integrado com a direção, professores, cuidadores e pais.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Online. Acessado em 14 jul. 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 156 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº17 – Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b. 92p.

FERNANDES, D. S. C.; KLEIN, G. V.; LIPPERT, A. O.; MEDEIROS, N. G.; OLIVEIRA, R. P. Motivo do atendimento odontológico na primeira infância. **Stomatós**, v.16, n.30, p.4-10, 2010.

FERREIRA, S. H.; KRAMER, P. F.; LONGONI, M. B. Idade ideal para a primeira consulta odontológica. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.47, n.4, p.236-8, 1999.

GARCIA, P. P. N. S.; CAMPOS, J. A. D. B.; ZUANON, A. C. C. Posturas de trabalho de alunos no atendimento odontológico de bebês. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.37, n.3, p.253-259, 2008.

GIMENEZ, C. M. M.; MORAES, A. B. A.; BERTOZ, A. P.; AMBROSANO, G. B. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.13, n.2, p.70-83, 2008.

SERRA-NEGRA, J. C.; DADALTO, E. C. V. Hábitos bucais deletéreus. In: Associação Brasileira de Odontopediatria. **Manual de referências para procedimentos clínicos em Odontopediatria**, 2009. p. 394-9.

SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA JÚNIOR, J. F. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v.11, n.2, p.79-86, 1997.

TOMITA, N. E.; BIJELLA, V. T.; LOPES, E. S.; FRANCO, L. J. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n.5, p.413-20, 1996.