

INFLUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO NO RISCO DE CÁRIE: ANÁLISE PRELIMINAR DE DADOS RETROSPECTIVOS

LUCIANA DALSOCHIO¹; SARAH ARANGUREM KARAM²;
MARINA SOUSA AZEVEDO³; FRANÇOISE HÉLÈNE VAN DE SANDE⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – lucianadalsochio@gmail.com

²Universidade Católica de Pelotas – sarahkaram_7@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – marinazazevedo@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – fvandesande@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária é um importante problema de saúde pública em escala global, especialmente em países de renda média baixa e média alta. Estima-se que um terço da população mundial conviva com cárie dentária não tratada. Dados de prevalência na dentição decídua indicam que, em média, 43% das crianças são afetadas pela doença (OMS, 2022). No Brasil, a cárie dentária apresenta alta prevalência na população, afetando tanto a dentição decídua quanto a permanente. No levantamento epidemiológico mais recente, realizado em 2023, identificou-se que 46,83% das crianças apresentavam experiência de cárie, além de uma elevada demanda por tratamentos eletivos e de urgência nessa população (BRASIL, 2025).

O acompanhamento odontológico precoce pode fornecer orientações para influenciar positivamente a trajetória de saúde da criança, especialmente no que diz respeito aos hábitos alimentares e de higiene bucal. Por outro lado, receber essas orientações tardiamente pode reduzir sua efetividade na promoção de mudanças de comportamento (FÔLHA et al., 2025).

Estudos prévios demonstraram que indivíduos que buscam atendimento odontológico exclusivamente para resolução de problemas apresentam maior risco de desenvolver novas lesões de cárie (FÔLHA et al., 2025). A avaliação do risco determina a probabilidade de desenvolvimento de novas lesões ao longo de um determinado período, assim como a chance de progressão das lesões já existentes (TWETMAN et al., 2013). Essa informação contribui para o processo de tomada de decisão voltado à prevenção e ao manejo da cárie em crianças, permitindo a definição individualizada do intervalo entre retornos para o acompanhamento da saúde bucal, bem como o adequado planejamento da sequência de tratamentos (TWETMAN et al., 2013).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar preliminarmente a evolução do risco de cárie em crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPEL), ao longo de quatro anos de acompanhamento, considerando os hábitos de higiene bucal das crianças e o número de consultas odontológicas realizadas em cada ano.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, longitudinal e retrospectivo, conduzido a partir da análise de prontuários clínicos de pacientes atendidos nas clínicas de Odontopediatria da FO-UFPEL. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (parecer nº 7.689.296).

As fichas clínicas odontológicas foram selecionadas a partir de um arquivo de prontuários, de todos os pacientes atendidos nas clínicas de Odontopediatria da FO-UFPEL a partir de janeiro de 2000 até dezembro de 2024, e incluídas para

extração de dados de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos: ter recebido atendimento odontológico durante a infância; ter iniciado o acompanhamento odontológico na fase edêntula ou de dentição decídua; ter, pelo menos, quatro registros de acompanhamentos odontológicos em anos distintos; ter, pelo menos, dois registros de acompanhamento após a erupção dos primeiros molares permanentes em anos distintos; ter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para atendimento preenchido e assinado pelo responsável e possuir os dados do odontograma preenchidos.

Para este estudo, foram selecionadas informações referentes a aspectos sociodemográficos do paciente (sexo) e de sua mãe (escolaridade), índice CEO-D (que indica o número de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição decídua), além de dados relacionados aos cuidados em saúde bucal, incluindo a idade de início da higiene bucal e do uso de dentífrico fluoretado, e a realização da escovação noturna. Também foram considerados o risco de cárie (presente ou ausente) em quatro momentos de acompanhamento, avaliado pela presença de lesões de cárie ativas, e o número de consultas odontológicas realizadas a cada ano.

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha estruturada e as análises estatísticas foram realizadas com auxílio do programa Stata15.0 (StataCorp., CollegeStation, TX, EUA). Foi realizada uma análise descritiva da amostra com proporções (%) para as variáveis categóricas, e as médias com desvio padrão (DP) para as variáveis contínuas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, 2.929 prontuários foram triados e 158 atenderam aos critérios de inclusão. Destes, 20 prontuários foram selecionados para esta avaliação preliminar. A amostra foi composta por 12 crianças do sexo masculino (60,0%) e 8 crianças do sexo feminino (40,0%). A maioria das mães (38,9%) possuía ensino fundamental completo. Entre as crianças, 68,7% haviam começado a higiene bucal até os 12 meses, 50,0% haviam começado a usar dentífrico nesse período, e 83,3% realizavam escovação dental noturna. Todas as crianças que iniciaram a higiene bucal após o primeiro ano de vida ($n=5$) foram classificadas com risco de cárie presente na avaliação do primeiro ano de acompanhamento (T1).

As consultas do T1 foram realizadas entre os anos de 2014 e 2021. A média de idade das crianças foi de 4,32 ($\pm 1,33$) anos. Entre as 20 crianças, apenas 20,0% apresentaram risco de cárie ausente. O índice CEO-D médio foi de 4,05 ($\pm 4,83$), com predominância do componente cariado (4,70 $\pm 5,12$). Quando esse dado é comparado ao último levantamento epidemiológico nacional, o qual identificou uma média de 2,14 dentes com experiência de cárie em crianças aos cinco anos (BRASIL, 2023), podemos considerar a presença de uma prevalência elevada na população estudada, indicando maior carga de doença bucal em relação à média nacional.

Ademais, muitos pais possuem um conhecimento limitado sobre os dentes decíduos e a importância das visitas odontológicas preventivas (VISWANATH et al., 2021). Assim, muitas crianças realizam a primeira consulta odontológica quando já apresentam problemas de saúde bucal, principalmente dor (CAMARGO et al., 2012).

Em relação aos demais tempos de acompanhamento, foi possível observar que, comparado ao T1, no T4 (2017-2024), quando a média de idade das crianças era de 8,87 ($\pm 1,73$) anos, o número de crianças classificadas com risco de cárie

ausente diminuiu para 10%. Embora o CEO-d médio nesse acompanhamento tenha reduzido para 3,45 ($\pm 1,73$), o número de lesões de mancha branca ativa aumentou na dentição permanente. A experiência prévia de cárie na dentição decídua é um preditor relativamente preciso da ocorrência de novas lesões de cárie (FELDEN et al., 2023). Ou seja, o desenvolvimento de lesões de cárie nos dentes decíduos leva as crianças a seguirem uma trajetória de doença muito mais acentuada, afetando também dentição permanente (HAUS-SCHULLIN et al., 2017).

Ao analisar a relação entre o número de consultas e o risco de cárie (Tabela 1), foi possível observar que, de modo geral, as crianças classificadas como tendo risco de cárie ausente realizaram entre uma e quatro consultas ao ano (exceto uma criança no T3). Por outro lado, o número de crianças classificadas com risco presente foi mantido, com predominância da realização de cinco ou mais consultas ao ano nesse grupo.

Tabela 1. Distribuição do número de consultas odontológicas de acordo com a ausência e presença de risco de cárie em crianças. Pelotas/RS (n=20).

Número de consultas	Risco de cárie – N (%)	
	Ausente	Presente
Tempo 1 (T1)		
< 5 consultas	4 (20,0)	7 (35,0)
≥ 5 consultas	0,0	9 (45,0)
Tempo 2 (T2)		
< 5 consultas	4 (20,0)	4 (20,0)
≥ 5 consultas	0,0	12 (60,0)
Tempo 3 (T3)		
< 5 consultas	2 (10,0)	8 (40,0)
≥ 5 consultas	1 (5,0)	9 (45,0)
Tempo 4 (T4)		
< 5 consultas	2 (10,0)	11 (55,0)
≥ 5 consultas	0,0	7 (35,0)

Fonte: Autores.

A presença de risco de cárie gera, por consequência, a necessidade de acompanhamento mais frequente dos pacientes, assim como uma maior demanda de tratamentos implica um aumento no número de consultas. Porém, isoladamente, o número de consultas não foi suficiente para reduzir o número de crianças classificadas como risco de cárie presente. Nessa situação, dois fatores devem ser ponderados: o primeiro, a erupção dos primeiros molares permanentes. O primeiro molar permanente erupciona sem a perda prévia de dentes decíduos. Por isso, muitos responsáveis não percebem seu surgimento e não adotam cuidados específicos, como a adaptação da escovação para sua adequada higienização (BRASIL, 2024), o que favorece o aparecimento de lesões de cárie nesse dente.

E, o segundo, refere-se à higiene bucal e à alimentação, essenciais para a prevenção eficaz da doença. O período avaliado inclui a pandemia de COVID-19 (2020–2023), quando mudanças significativas na rotina das crianças impactaram seus cuidados e hábitos diários (CLARK et al., 2021). Ademais, nesse período, os atendimentos odontológicos foram severamente afetados, principalmente no sistema público de saúde. Consequentemente, crianças mais vulneráveis e com maior carga de doenças bucais ficaram sem atendimento odontológico, o que agravou as condições de saúde bucal e aumentou desigualdades (CHISINI et al., 2021).

A principal limitação deste estudo refere-se ao número reduzido de prontuários avaliados. Além disso, por se tratar de um estudo retrospectivo, deve-se considerar que os registros foram preenchidos por diferentes alunos, o que pode ter gerado variações na consistência das informações.

4. CONCLUSÕES

A análise preliminar dos dados sugere que o número de consultas odontológicas não está relacionado à alteração do risco de cárie, especificamente à transição da condição de presente para ausente. Dado o pequeno tamanho amostral, não é possível estabelecer a validade interna dos resultados e extrapolar estes achados para outras populações.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**: relatório final. Brasília, 2025. 537 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde:** recomendações para higiene bucal na infância. Brasília, 2024. 48 p.

CAMARGO, M. B. J. et al. Predictors of dental visits for routine check-ups and for the resolution of problems among preschool children. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 87-97, fev. 2012.

CHISINI, L. A. et al. COVID-19 pandemic impact on paediatric dentistry treatments in the Brazilian Public Health System. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 31, n. 1, p. 31-34, jan. 2021.

CLARK, J. et al. Impact of COVID-19 restrictions on preschool children's eating, activity and sleep behaviours: a qualitative study. **BMJ Open**, Londres, v. 11, n. 10, out. 2021.

FELDENS, C. A. et al. Primary Dentition Caries Patterns as Predictors of Permanent Dentition Caries: A Prospective Cohort Study. **Caries Res**, Suíça, v. 57, 167–176, fev. 2023.

FÔLHA, C. N. et al. Lifetime Use of Dental Services and Dental Caries in Adolescents in 2004 Pelotas Birth Cohort. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 53, n. 2, p. 198-204, abr. 2025.

HAUS-SCHULLIN, E. et al. Longitudinal Study of Caries Development from Childhood to Adolescence. **J Dent Res**, Chicago, v. 96, n. 7, p. 762-767, jul. 2017.

TWETMAN, S.; FONTANA, M.; FEATHERSTONE, J. D. B. Risk assessment – can we achieve consensus? **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 4, p. 64-70, fev. 2013.

VISWANATH, S.; ASOKAN, S.; POLLACHI-RAMAKRISHNAN, G. First dental visit of children—A mixed-method approach. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 31, n. 2, p. 212-222, mar. 2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030**. Geneva: World Health Organization, 2022. 120 p.