



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada
ISSN: 1519-0501
apesb@terra.com.br
Universidade Federal da Paraíba
Brasil

NORREMOSE, Rodrigo; Rosa TEIXEIRA, Karina Imaculada; MUNARI, Lais Sant' Ana; Nogueira
MOREIRA, Allyson; Silami MAGALHÃES, Claudia
Manutenção Preventiva na Clínica Integrada: Necessidades de Tratamento e Intervalo do Retorno
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 10, núm. 2, mayo-agosto, 2010, pp.
279-283
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63716962021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Manutenção Preventiva na Clínica Integrada: Necessidades de Tratamento e Intervalo do Retorno

Preventive Maintenance at the Integrated Clinic: Treatment Needs and Recall Interval

Rodrigo NORREMOSE¹, Karina Imaculada Rosa TEIXEIRA², Lais Sant'Ana MUNARI³, Allyson Nogueira MOREIRA⁴, Claudia Silami MAGALHÃES⁴

¹Mestre em Clínica Odontológica pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, Brasil.

²Doutoranda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, Brasil.

³Bolsista do PIBIC/CNPq da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, Brasil.

⁴Professor Associado do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os pacientes atendidos no programa de manutenção preventiva (MP) e relacionar as necessidades de tratamento apresentadas com os intervalos de retorno prescritos.

Método: Foram coletados dados secundários de prontuários de pacientes da MP, no ano de 2008, relativos a idade, gênero, e intervalo de tempo decorrido desde a última consulta. Registrhou-se a presença ou ausência de alterações sistêmicas, uso de medicamentos, dor ou desconforto bucal, desordem oclusal e lesões de mucosa. Foram comparados os dois últimos Índices Periodontais Comunitários (CPI) e Índices de Placa Visível (IPV). As variáveis necessidade de tratamento e tempo decorrido desde a última consulta foram comparadas pelo teste-t, com nível de significância de 5%.

Resultados: A amostra consistiu de 115 indivíduos, 60,9% do gênero feminino e 39,1% do masculino, com média de idade de 25,40 ($\pm 13,34$) anos. A porcentagem dos que faziam uso regular de medicamentos (22,61%) foi maior que a observada para a presença de alterações sistêmicas (19,13%). Dos 67,83% que apresentaram necessidade de tratamento, 52,56% tinham necessidade de atenção primária, 6,41% somente secundária e 41,03% em ambos os níveis de atenção. O intervalo médio de tempo decorrido desde a última consulta ($12,76 \pm 6,62$ meses) apresentou baixa correlação com as variáveis alterações sistêmicas ($r = 0,0174$), uso de medicamentos ($r = 0,0714$), dor e desconforto bucal ($r = 0,0357$), lesões de mucosa ($r = 0,0357$), necessidade de tratamento ($r = 0,0368$). Não houve diferença estatística significativa entre os intervalos de retorno prescritos para indivíduos que tinham ou não necessidade de tratamento ($p=0,6958$).

Conclusão: Existe uma falta de sistematização na determinação de intervalos de MP, ressaltando a necessidade de estudos prospectivos para estabelecer critérios baseados na classificação de risco individual, que possam ser aplicados ao ensino da disciplina e à prática profissional.

ABSTRACT

Objective: To characterize the patients enrolled in a preventive maintenance (PM) program, and to correlate their treatment needs with the prescribed and recall intervals.

Method: Secondary data - age, gender and time interval elapsed since the last dental appointment - were collected from the charts of patients attending the PM program in 2008. The presence or absence of systemic alterations, use of medications, oral pain or discomfort, occlusal disorder and mucosal lesions was recorded. The last two Community Periodontal Indexes (CPI) and Visible Plaque Indexes (VPI) were compared. The variables treatment needs and time interval elapsed since the last dental appointment were compared by the t-test at 5% significance level.

Results: The sample was composed by 115 individuals, 60.9% were females and 39.1% were males with mean age of 25.40 (± 13.34) years. The percentage of those who made regular use of medications (22.61%) was higher than that observed for the presence of systemic alterations (19.13%). From the 67.83% that had treatment needs, 52.56% needed primary attention, 6.41% only secondary attention and 41.03% needed both levels of attention. The mean time interval elapsed since the last appointment (12.76 ± 6.62 months) had a low correlation with the variables systemic alterations ($r = 0.0174$), use of medications ($r = 0.0714$), oral pain and discomfort ($r = 0.0357$), mucosal lesions ($r = 0.0357$) and treatment needs ($r = 0.0368$). There was no statistically significant difference among the recall intervals prescribed for individuals who had or not treatment needs ($p=0.6958$).

Conclusion: There is a lack of systematization in the determination of PM intervals, reinforcing the need for prospective studies to reestablish criteria based on the classification of individual risks that can be applied to the teaching of Integrated Clinic discipline and professional practice.

DESCRITORES

Saúde bucal; Assistência odontológica; Manutenção

KEYWORDS

Oral health; Dental care; Preventive maintenance

INTRODUÇÃO

A atuação do cirurgião dentista deve contribuir no sentido de desenvolver a autonomia do indivíduo, melhorar sua condição de vida e promover saúde¹. Uma estratégia para controlar e monitorar a evolução das condições individuais dos pacientes é a implementação de um programa de manutenção preventiva.

O exame de manutenção preventiva refere-se à coleta periódica de dados a respeito da saúde bucal e geral dos pacientes. Seu objetivo primário é prevenir e detectar as manifestações das doenças bucais em estágio inicial, mas também permitem um contato com os pacientes para educação e reforço sobre métodos de higiene, dieta saudável, uso racional do flúor e a influência de condições sistêmicas na saúde bucal².

A decisão sobre a periodicidade em que o paciente deve retornar ocorre de maneira empírica, obedecendo ao senso comum que dita o retorno a cada seis meses. Este postulado se popularizou devido aos anúncios de dentífrico veiculados a partir da década de 1940 e acabou sendo incorporado na prática profissional e nas demandas dos pacientes³. O retorno semestral foi recomendado na Inglaterra e, comumente, é realizado em várias partes do mundo⁴.

Baseado na história natural das principais doenças bucais é difícil justificar as visitas semestrais ao dentista. Esta abordagem não leva em conta os fatores biológicos, sociais e comportamentais dos indivíduos que determinam um maior ou menor risco para o aparecimento e agravamento de patologias, tais como: cárie, doença periodontal, neoplasias⁵⁻⁷.

O objetivo deste estudo foi caracterizar os pacientes atendidos no programa de manutenção preventiva (MP) desenvolvido em uma clínica em ambiente universitário, avaliando as necessidades de tratamento apresentadas e sua relação com os intervalos de retorno prescritos.

METODOLOGIA

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer COEP/UFMG nº 0204/06), foram coletados dados secundários em prontuários do universo de pacientes atendidos no programa de manutenção preventiva da disciplina CIAP V, no ano letivo de 2008. Os prontuários que possuíam dados incompletos foram excluídos. As variáveis de interesse foram registradas em uma ficha de coleta.

Foram coletados dados relativos a idade e gênero dos pacientes e registrou-se o intervalo de tempo decorrido desde a última consulta. A presença ou ausência de alterações sistêmicas, uso de medicamentos, dor ou desconforto bucal, desordem oclusal e lesões de mucosa foram registradas. Se presentes, foram especificadas em um campo específico. Para a variável “alterações sistêmicas” foram utilizadas as categorias propostas pela Classificação Internacional de Doenças⁸.

A condição periodontal e a higiene bucal foram avaliadas, respectivamente, pela comparação entre os dois últimos Índices Periodontais Comunitários (CPI)⁹ e Índices de Placa Visível (IPV)¹⁰, discriminando se houve aumento, diminuição ou se permaneceram inalterados.

As necessidades de tratamento apresentadas foram categorizadas em: atenção primária, nos casos em que o tratamento envolvido fosse de baixa complexidade (controle mecânico de placa, aplicação profissional de fluoretos, raspagem de cálculo supragengival em sítios com bolsas até 5mm, selamento de fissuras, restaurações diretas e exodontias); atenção secundária, nos casos de maior complexidade do tratamento necessário (tratamento endodôntico, restauração indireta ou prótese fixa, prótese removível total ou parcial, cirurgia periodontal, cirurgia bucomaxilofacial, ortodontia); e atenção primária e secundária, com necessidades em ambos os níveis de atenção.

A caracterização dos sujeitos foi feita por meio de análise de freqüências absoluta e relativa. As variáveis necessidade de tratamento e tempo decorrido desde a última consulta foram comparadas pelo teste-t. A relação entre as variáveis tempo decorrido desde a última consulta e alterações sistêmicas, uso de medicamentos, dor e desconforto, lesões de mucosa e necessidade de tratamento foi verificada por meio de análise de correlação de Pearson. Em todas as comparações, foi adotado o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 115 indivíduos, sendo 70 do gênero feminino (60,9%) e 45 do masculino (39,1%). A média de idade foi de 25,4 ($\pm 13,34$) anos. Dos indivíduos examinados, 22 (19,13%) relataram a presença de alguma alteração sistêmica, sendo mais freqüentes as doenças dos aparelhos circulatório (CID10: I00 a I99) (54,55%) e respiratório (CID10: J00 a J99) (18,18%). A porcentagem dos indivíduos que relataram o uso regular de medicamentos (22,61%) foi maior que a observada

(5,22%), sendo 4 (66,67%) de origem inflamatória ou traumática e 2 (33,33%) sem diagnóstico clínico definido.

A comparação dos índices IPV e CPI foi realizada apenas para os indivíduos cujos prontuários continham dados completos, nos dois momentos de exame. Os valores de IPV e CPI reduziram ou permaneceram inalterados em 68,47% e 68,09% dos indivíduos, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa de usuários que apresentaram redução, aumento ou nenhuma alteração no Índice de Placa Visível e no Índice Periodontal Comunitário, entre os dois momentos de avaliação.

Variável	Índice de Placa Visível (IPV)		Índice Periodontal Comunitário (CPI)	
	n	(%)	n	(%)
Redução	48	52,17	38	40,43
Sem Alteração	15	16,30	26	27,66
Aumento	29	31,52	30	31,91
Total	92	100,0	94	100,0

Dor e desconforto bucal foram relatados por 39 (33,91%) dos 115 indivíduos avaliados. A maior parte dessas queixas (51,28%) foi de origem pulpar (Tabela 2).

Tabela 2. Frequências das causas de dor e desconforto bucal relatadas pelos usuários.

Variável	Frequência	
	n	(%)
Endodônticas	20	51,28
Disfunções têmporo-Mandibulares	8	20,51
Irrupção de terceiros molares	6	15,38
Mucosas	3	7,69
Periodontais	1	2,56
Xerostomia	1	2,56

Observou-se que 78 indivíduos (67,83%) apresentaram necessidade de tratamento. Dentre estes, 41 (52,56%) apresentaram necessidade de atenção primária, 5 (6,41%) apresentaram necessidade de atenção secundária e 32 (41,03%) apresentaram necessidades em ambos os níveis de atenção.

A média do intervalo de tempo decorrido desde a última consulta foi de 12,76 ($\pm 6,62$) meses. Este intervalo apresentou baixa correlação com as variáveis alterações sistêmicas ($r = 0,0174$), uso de medicamentos ($r = 0,0714$), dor e desconforto bucal ($r = 0,0357$), lesões de mucosa ($r = 0,0357$), necessidade de tratamento ($r = 0,0368$). Não houve diferença estatística significativa entre as médias deste intervalo para os 78 indivíduos que apresentaram

DISCUSSÃO

A amostra examinada foi caracterizada por ser predominantemente jovem e do gênero feminino. Tal fato é comum em estudos desenvolvidos em ambiente universitário, os quais apontam como uma das causas o fato das mulheres e dos jovens terem mais disponibilidade e flexibilidade de horário para comparecer aos atendimentos disponibilizados pela instituição^{11,12}.

O interesse em avaliar a presença de alterações sistêmicas e o uso de medicamentos justifica-se por sua relação com o risco de desenvolvimento ou até mesmo agravamento de doenças bucais. Há condições em que a necessidade de intervenção odontológica pode colocar a saúde geral do paciente em risco, como em portadores de doenças cardio-vasculares, distúrbios hemorrágicos e de imunossupressão. Por outro lado, o risco de desenvolvimento de doenças bucais pode ser aumentado pela presença de condições sistêmicas tais como diabetes, xerostomia, refluxo gástrico. O uso de medicamentos contendo glicose, sacarose ou frutose, fenitoína, tabaco e álcool também podem aumentar o risco de desenvolvimento de doenças bucais. Outras condições ou necessidades especiais podem complicar o tratamento odontológico ou a habilidade do paciente em manter sua saúde bucal, como déficit de aprendizagem, fissura lábio-palatina, mal-oclusões graves, ansiedade e condições fóbicas ou nervosas¹³.

No presente estudo, as alterações sistêmicas mais freqüentemente relatadas estão de acordo com os registros epidemiológicos. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Representaram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 anos ou mais. Em Belo Horizonte, a prevalência de hipertensão arterial é de 9,9% na faixa etária de 25-39 anos; 32,4% de 40-49 anos e 52,5% a partir dos 60 anos. Um aspecto ainda pouco explorado nos estudos diz respeito ao acesso ao diagnóstico e tratamento dos hipertensos, pois nem todos os pacientes notificados são regularmente tratados. A hipertensão arterial em adultos brasileiros atinge patamares que demonstram a necessidade de intervenção imediata da Saúde Pública, tanto na atenção em saúde como na tomada de medidas preventivas que visem à abordagem global dos fatores de risco para doenças cardiovasculares¹⁴.

A discrepância entre os dados de indivíduos que

relataram alterações sistêmicas sem o uso regular de medicamentos pode ser explicada, em parte, pelo relato de uso de contraceptivos orais e de medicamentos para o tratamento de condições locais ou temporárias como por exemplo: otite, sinusite, lesões de pele. Porém, observou-se relato de uso de anti-hipertensivos, anti-depressivos, ansiolíticos, anti-inflamatórios corticosteróides, sem relato correspondente com alteração sistêmica, o que pode indicar auto-medicação.

A higiene bucal é um fator preponderante para o desenvolvimento da doença periodontal e da cárie dentária. A evidência de gengivite, bolsa periodontal ou história prévia de doença periodontal podem ser considerados fatores de risco para progressão da doença periodontal¹³. Esperava-se observar maior freqüência de redução nos índices IPV e CPI, em participantes do programa de manutenção preventiva, devido à orientação para higiene bucal recebida previamente. Porém, o significado da comparação dos índices pode ser distinto para diferentes faixas de valores. Para os valores de IPV maiores que 30% e de CPI maiores que 2, esperase uma redução. Entretanto, se no momento da alta, as condições fossem satisfatórias (IPV menor ou igual a 30% e CPI menor ou igual a 2), seria aceitável que os valores permanecessem inalterados na consulta de retorno.

Para indivíduos com histórico de doença periodontal é necessário estabelecer períodos de retorno mais curtos e adequados aos fatores de risco individuais. Pacientes mantidos em intervalos regulares experimentam menor perda de inserção e perda dentária que pacientes que recebem menos ou nenhuma MP. Pacientes tratados e em MP mantêm os níveis ósseos e de inserção estáveis. Intervalos trimestrais são sugeridos aos pacientes com história pregressa de periodontite, pois resultam em menor progressão da doença que em intervalos maiores¹⁵. Uma revisão sistemática concluiu que o intervalo para manutenção preventiva do tratamento periodontal pode variar de 1 a 24 meses e sua determinação exata depende do julgamento clínico associado à análise de índices periodontais e testes microbiológicos¹⁶.

Embora não tenha sido observada relação consistente entre a presença ou ausência de lesões de mucosa e intervalos de retorno, a importância do exame das mucosas nas consultas de manutenção deve ser enfatizada^{17,18}. O câncer bucal pode surgir em mucosa clinicamente normal ou a partir de lesões precursoras. Entretanto, as eritroplasias têm maior potencial para transformação maligna e as leucoplasias de soalho bucal, lateral de língua e lábio inferior apresentam maior tendência a alterações displásicas ou neoplásicas. Áreas de lesões mucosas devem ser examinadas periodicamente

a causa deve ser removida e o período de retorno para a próxima manutenção reduzido de forma a controlar sua evolução¹³.

Considerando que o objetivo maior da manutenção preventiva seria a prevenção e o controle de doenças em estágios iniciais e reversíveis, esperar-se-ia um menor acometimento por condições agudas ou em estágio avançado com presença de dor, assim como uma menor freqüência e menor complexidade das necessidades de tratamento. Para os indivíduos que apresentaram dor e desconforto bucal (33,91%, n=115) e necessidade de tratamento com maior complexidade (47,44%, n=78), o intervalo de retorno anteriormente determinado pode ser considerado inadequado. A maior incidência de tratamentos mais complexos, maior número de relatos de dor e necessidade de atenção secundária são as principais desvantagens de intervalos de retorno mais longos². A baixa correlação observada entre o intervalo de tempo decorrido desde a última consulta e as variáveis alterações sistêmicas, uso de medicamentos, dor e desconforto bucal, lesões de mucosa e necessidade de tratamento refletem a pouca sistematização existente na determinação dos intervalos de retorno na MP. Da mesma forma, não está sendo estabelecida uma diferença na determinação da periodicidade entre indivíduos com maior ou menor necessidade de atenção.

Esses dados evidenciam a necessidade de uma abordagem individual no estabelecimento de intervalos de retorno, refletindo em menor incidência de tratamentos complexos para indivíduos com maior número de fatores de risco e menor número de retornos para os que apresentam menos fatores de risco, e, consequentemente, aumentando a abrangência do serviço oferecido⁴.

CONCLUSÃO

Para os indivíduos, predominantemente jovens e do gênero feminino, do programa de manutenção preventiva avaliado, não foi observada correlação significativa entre os intervalos de retorno determinados e as variáveis clínicas que poderiam alterar o risco de adoecer.

O intervalo de retorno determinado foi similar para indivíduos com diferentes graus de necessidade de tratamento. Os resultados apontam para uma falta de sistematização na determinação de intervalos de MP, ressaltando a necessidade de estudos prospectivos para estabelecer critérios baseados na classificação de risco individual, que possam direcionar a periodicidade

REFERÊNCIAS

1. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Health promotion groups for improving autonomy, living conditions and health. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(2):346-52.
2. Mettes TG, Bruers JJM, van der Sanden WJM, Verdonschot EH, Mulder J, Grol RPTM, et al. Routine oral examination: differences in characteristics of Dutch general dental practitioners related to type of recall interval. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:219-26.
3. Bader J. Risk-based recall intervals recommended. *Evid Based Dent* 2005; 6(1):2-4.
4. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental check up and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: The pró-saúde study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35:393-400.
5. Haigh AF. Dental recalls are useful for detecting oral cancer. *Br Med J* 2000; 320:803.
6. Sheiham A. Routine check-ups. *Br Dent J* 2000; 189(4):181-2.
7. Grey, E chair. How often should I go to the dentist? The NICE guideline. *Ann R Coll Surg Engl (Suppl)* 2004; 86(10):347.
8. Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 9. ed. Vol. 1. São Paulo: EDUSP 2003. 1191p.
9. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. 4. ed. São Paulo: Santos 1999. 66p.
10. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975; 25(4):229-35.
11. Souza e Silva ME, Ferreira RC, Resende VLS, Ferreira e Ferreira E, Magalhães CS. OS limites da atenção primária no curso de odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2005; 17(3):211-9.
12. Almeida RVD, Gaião L, Padilha WWN. Perfil sócio-econômico do paciente da disciplina de clínica integrada da UFPB. *Pesq Bras Odontopediatr Clin Integr* 2003; 3(1):56-60.
13. Pitts N, Batchelor P, Clarkson J, Davenport C, Davies R, Elley K, et al. Dental recall: Recall interval between routine dental examinations. National Collaborating Centre for Acute Care. *Clinical Guideline 2004*; 19. Available from: URL: <http://www.nice.org.uk/CG019niceguideline>. [2005 jun 15]
14. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: Estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(1):35-45.
15. Bernardo CC, Micheli G, Imbrionto AV, Carvalho VF, Cioppo CV. Avaliação do nível clínico de inserção de pacientes em manutenção periodontal. *RPG Rev Pos-Grad* 2007; 13(4):345-52.
16. Pastagia J, Nicoara P, Robertson PB. The effect of patient-centered plaque control and periodontal maintenance therapy on adverse outcomes of periodontitis. *J Evid Based Dent Pract* 2006; 6:25-32.
17. Davenport CF, Elley KM, Fry-Smith A, Taylor-Weetman CL, Taylor RS. The effectiveness of routine dental checks: a systematic review of the evidence base. *Br Dent J* 2003; 195:87-98.
18. Davenport C, Elley K, Salas C, Taylor-Weetman CL, Fry-Smith A, Bryan S, Taylor R. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of routine dental checks: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2003; 7(7):1-127.

Recebido/Received: 13/11/08

Revisado/Reviewed: 09/02/09

Aprovado/Approved: 19/08/09

Correspondência:

Rodrigo Norremose Costa
 Rua Conde de Linhares, 1063 - sobreloja 1 - Coração de Jesus
 Belo Horizonte/MG CEP: 30380-030
 Telefone: (31) 32963767
 E-mail: rodrigo@norremose.odo.br