

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontopediatria e Ortodontia

Glaucia dos Santos Athayde Gonçalves

**PERCEPÇÕES E ATITUDES DE MÉDICOS, ENFERMEIROS
E RESPONSÁVEIS COM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DE
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

**RIO DE JANEIRO
2008**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontopediatria e Ortodontia

Glaucia dos Santos Athayde Gonçalves

**PERCEPÇÕES E ATITUDES DE MÉDICOS, ENFERMEIROS
E RESPONSÁVEIS COM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DE
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Odontopediatria), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Odontologia (Odontopediatria).

Orientador:

Profa. Dra. Laura Salignac de Souza Guimarães Primo

**RIO DE JANEIRO
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA

Gonçalves, Glaucia dos Santos Athayde

Percepções e atitudes de médicos, enfermeiros e responsáveis com relação à saúde bucal de pacientes com insuficiência renal crônica / Glaucia dos Santos Athayde Gonçalves. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Odontologia, 2008.

xvii, 67 f. : il. ; 31 cm.

Orientador: Laura Salignac de Souza Guimarães Primo

Dissertação (mestrado) – UFRJ/Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2008.

Referências bibliográficas: f. 52-56

1. Insuficiência renal crônica. 2. Cárie dentária - epidemiologia. 3. Saúde bucal. 4. Índice CPO. 5. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 6. Equipe de assistência ao paciente. 7. Competência clínica. 8. Adolescente. 9. Criança. 10. Odontopediatria – Tese. I. Primo, Laura Salignac de Souza Guimarães. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Odontopediatria. III. Título.

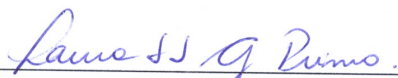
FOLHA DE APROVAÇÃO

GLAUCIA DOS SANTOS ATHAYDE GONÇALVES

“PERCEPÇÕES E ATITUDES DE MÉDICOS, ENFERMEIROS E RESPONSÁVEIS COM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia(Odontopediatria), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Odontologia(Odontopediatria).

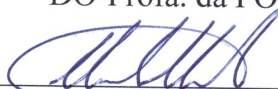
Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2008.



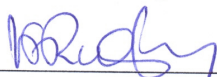
Profa. Dra. Laura Salignac de Souza Guimarães Primo
DO-Profa. Adjunto da Disciplina de Odontopediatria-FO-UFRJ



Profa. Dra. Maria Elisa Barbosa Ramos
DO-Profa. da FO-UERJ



Prof. Dr. Marcelo de Castro Costa
DO-Prof. Adjunto do Dept^o de Odontopediatria e Ortodontia-FO-UFRJ



Prof. Dr. Luiz Fernando Rangel Tura
DO-Prof. Adjunto-UFRJ

À minha mãe, Gleide, que sempre me apoiou, incentivou e orou por mim e ensinou-me a lutar pelos meus sonhos, vibrando com cada conquista como se fosse sua. Amo você mãe, de todo meu coração! Mais do que um porto seguro, você é minha melhor amiga!

Ao meu marido, Guga, que sempre acreditou em mim, dando o apoio necessário para que eu tivesse tranquilidade no decorrer do curso, e que cuidou de mim com carinho para que nada faltasse. Amo você!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Muito tenho a agradecer aos pacientes com insuficiência renal crônica que participaram deste estudo e a seus familiares. Agradeço não apenas pelo carinho e respeito, mas, principalmente, por terem me mostrado como se precisa de tão pouco para ser feliz. Essa convivência me fez crescer como ser humano e mudou minha vida, por isso, serei eternamente grata. Em especial, gostaria de agradecer à Daiana Rodrigues, Ester Amorín (Estersinha), Nicole Isabelli e Allan Oliveira que contribuíram para este trabalho, mas que Deus escolheu levá-los para morar com Ele. A todos vocês, o meu muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que é o autor e o consumidor da minha fé, socorro presente na hora da angústia, colo e conforto nos momentos difíceis, meu melhor amigo. Só por Ele e para Ele vale a pena viver.

Ao **meu amado marido, Gustavo (Guga)**, que é um presente de Deus para mim. Cada manhã ao seu lado é um bálsamo de alegria para minha alma. Através de você posso contemplar o amor de Deus por mim e ver que Ele me ama por ter me dado você. Amo muito você! E peço perdão pelos momentos de ausência, estresse e mau humor.

À **minha mãe amada, Gleide Maria**, exemplo de ser humano, uma mulher forte e de bom coração, que me mostrou desde cedo o valor do conhecimento e me ensinou a lutar pelos meus objetivos, sendo exemplo de trabalho e honestidade. Aceitou minha ausência quando precisava que eu estivesse mais presente e participativa. Respeitou o meu espaço, enquanto eu lutava para realizar meus sonhos.

Ao **meu pai querido, Gilson**, que está sempre ao meu lado em todos os momentos, orando por mim e profetizando as bênçãos de Abraão. Amo muito você! Você é nota 9! Nota 10 só pra Jesus!

À **minha segunda mãe, Aninha**, por ter ajudado na minha criação, educação e me ensinado com exemplo de seu trabalho, que tudo que fizemos devemos fazer com amor. Amo você!.

À **minha sogra Elvira**, por todo carinho e compreensão. Você é uma pessoa muito especial, um exemplo de que com mansidão se vive melhor. Também a meus tios e tias, primos e primas, cunhados e cunhadas, pelo apoio e por compreenderem os momentos de ausência.

Aos **meus queridos irmãos Gilson Jr. e Gleison**, pelo privilégio de ter nascido no mesmo lar de vocês. Só quem tem irmãos pode entender a importância de vocês em minha vida e em meu crescimento. Amo vocês.

Às **minhas irmãs queridas de criação, Joyce e Júlia**, pela alegria que vocês trazem à minha vida. Sou abençoada por fazer parte dessa família. Amo vocês!

Aos meus queridos amigos que tanto amo, **Flávia (USA), Érica, Livinha, Andréa, Dricka e Edu**, e muitos outros, por terem entendido minha ausência, cansaço, estresse e mau humor, muitas vezes, principalmente, pelo apoio, incentivo e companheirismo.

Aos **irmãos e amigos das igrejas Maranata e Assembléia de Deus**, pelo carinho e incentivo, sempre com palavras de ânimo e vitória. “Em todo tempo ama o amigo, e na angústia nasce um irmão” - Provérbios 17:17.

Às **vovós, Sevi e Cremilda**, minhas fofuras, pelas orações e pelo amor que têm por mim.

À **minha orientadora, Profa. Dra. Laura Salignac de Souza Guimarães Primo**, que me guiou durante essa jornada, sendo atenciosa e dedicada, mesmo durante uma gestação e após sua mudança de país ao final do Mestrado. Foram muitas lutas e muitas histórias para contar, mas uma lição ficará na memória: sem dedicação e disciplina não alcançaremos sucesso. Você é um exemplo disso para mim.

À **Profa. Dra. Lucianne Cople Maia**, agradeço muito por sua amizade, carinho, preocupação e ensinamentos. Ao longo do curso você teve um papel essencial para mim e sentirei muito a sua falta. Você estará sempre em meu coração.

À **Profa. Dra. Ivete Pomarico Ribeiro de Souza**, exemplo de seriedade, dedicação, equilíbrio e amor ao que faz. Muito obrigada por todos os ensinamentos. Foi um privilégio ter sido sua aluna durante o curso.

Aos professores: **Eduardo, Denise Noce, Fátima, Glória Castro, João Farinhas, Marcelo Costa, Nena, Rogério Gleiser e Rosana**, pelos valiosos ensinamentos transmitidos durante este curso.

Ao **Prof. Dr. Luis Fernando Rangel Tura**, pelo carinho, pela atenção e disponibilidade sempre que necessário, recebendo-me de braços abertos, sempre com sorriso no rosto.

À **Profa. Dra. Anna Thereza Leão**, pela contribuição durante a preparação do Protocolo e nos resultados deste estudo.

Ao **Prof. Ronir Raggio Luis**, pela grande ajuda em momentos desesperadores de análise estatística, abrindo as portas de sua casa para sanar minhas dúvidas desta Dissertação, sempre tão básicas. Muito obrigada!

Ao **Prof. Rafael Arouca**, pelos ensinamentos, carinho, atenção e amizade.

À **minha amiga Cris**, exemplo de liderança e de quanto é importante estarmos cercados de bons amigos. Você foi peça fundamental em nossa turma mostrando-nos como tudo é mais fácil quando se apenas é casado (sem filhos), mas também o quanto os filhos alegram nossa vida.

À **minha amiga Lucinha**, por todo incentivo, carinho e amizade, sempre oferecendo ajuda nas horas mais difíceis. Você estará para sempre em meu coração.

À **minha amiga Madê**, por quem tenho imenso carinho e serei sempre grata por tudo que foi e fez por mim. Foi um prazer estar ao seu lado nesses dois anos.

À **minha amiga Vivi**, pela amizade verdadeira, confiança e pelo apoio incondicional em todo tempo, com quem compartilhei momentos de muitos risos e choro também. Nesta reta final você foi essencial. Espero que nossa amizade perdure por muitos anos. “Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas”. (Antonie de Saint-Exupéry).

À **Carla Martins**, que esteve presente 24 horas por dia (literalmente), na fase de conclusão da tese, e foi essencial para que eu prosseguisse. Obrigada por tudo.

Aos **meus colegas de Curso: Ana Carolina, Bárbara, Érika, Patrícia, Raquel, Senda e Daniel** pela companhia e ajuda. Vocês são ótimos! Sentirei saudades.

À **Ana Claudia, Bia, Camilla, Fernanda, Lizandra, Livia, Patrícia Dias e Patrícia Mendes**, pela amizade, ajuda, pelo companheirismo e incentivo... Vocês todas são muito especiais!

À **Ana Karla**, por ter estado ao meu lado em todo tempo, incentivando e dando força durante a caminhada no curso. Obrigada pelo carinho e amizade!

Às colegas doutorandas **Andréa, Márcia, Roberta, Viviane**, e à **Maristela (POSDOC)** pela companhia e por toda ajuda e disponibilidade.

Aos funcionários **Andréa, Kátia, Robson, Zezé, Marilda, Luíza, Marília, Isabel, Bruna e Regina** pelo convívio harmonioso e alegre. Sem vocês não teria conseguido chegar até aqui. Principalmente, à **Mere**, que sempre cuidou de todas nós como se fôssemos suas filhas, não deixando faltar nada.

À **Neide**, que esteve presente durante todo o curso, dando suporte para superarmos nossas dificuldades.

Ao **João Carlos Monteiro**, que, mais do que um salvador durante meus conflitos com o computador, foi um amigo, irmão em Cristo, sempre disponível e com um sorriso no rosto. Johnny, você é muito especial!

À **Profa. Dra Kátia Cervantes Dias**, pelo exemplo de garra e dedicação. Você me orientou no Grupo PET-UERJ e foi quem despertou em mim o interesse pela pesquisa.

À **Profa. Dra. Vera Mendes Soviero**, minha eterna admiração e gratidão. Você foi quem me orientou e despertou esta paixão pela área acadêmica, além de sempre me incentivar a realizar este sonho.

Ao **Dr. Arnauld Kauffman**, pela grande ajuda em momentos tão importantes, sendo sempre solícito e alegre.

Ao **Pr. Jaime Soares**, pelo apoio e incentivo em oração e por ter aberto as portas da sua igreja para realização da pesquisa. Sua ajuda foi fundamental.

À **Fundação do Rim Francisco Santino Filho**, representada por Livia e Elenir, pelo apoio financeiro e incentivo durante toda pesquisa. Vocês têm o coração neste projeto: continuem assim.

À **Capes** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa

Deus pode realizar nossos sonhos e ir além, porque Ele diz
"Assim como o céu é mais alto do que a terra, assim os meus caminhos são
mais altos do que os vossos caminhos, e os meus pensamentos mais
altos que os vossos pensamentos."

Isaías 55:8-9

RESUMO

GONÇALVES, Glaucia dos Santos Athayde. **Percepções e atitudes de médicos, enfermeiros e responsáveis com relação à saúde bucal de pacientes com insuficiência renal crônica.** Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Área de concentração em Odontopediatria) Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Esta dissertação é composta de dois artigos científicos cujos objetivos foram: avaliar as percepções e atitudes de responsáveis por crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) frente à saúde bucal dos mesmos, descrevendo a experiência de cárie, a dieta e os medicamentos consumidos por esses pacientes; e, avaliar as percepções e atitudes dos médicos e profissionais da área de enfermagem que atuavam com essas crianças e esses adolescentes. No primeiro estudo, o Grupo Renal (GR) foi composto por 48 pacientes, de ambos os sexos, entre 6 e 18 anos, portadores de IRC, de três hospitais da cidade do Rio de Janeiro. O Grupo Saudável (GS) constou de 48 pacientes saudáveis, pareados em idade, sexo e nível socioeconômico com o GR. Foi realizado o CPOD-I dos pacientes e aplicado um questionário sob a forma de entrevista com os responsáveis. Os dados foram coletados e inseridos no programa SPSS 13.0, empregou-se o teste χ^2 , Kruskal-Wallis e Wilcoxon tendo sido estabelecido o nível de significância estatística igual a 5%. No segundo artigo, foi realizada uma entrevista com 43 profissionais de saúde que compuseram a amostra. Os dados foram coletados e tabulados no programa SPSS 13.0, empregando-se o teste χ^2 , com nível de significância estatística igual a 5%. A média de idade das crianças GR e GS foi de 11,73 ($\pm 3,7$) sendo 45,8% do sexo feminino. Além disso, 60,4% (n=29) do GR recebia tratamento de hemodiálise e 68,8% (n=33) tratava o problema renal há mais de três anos. O valor médio do CPOD-I do GR foi de 2,83 ($\pm 2,93$) e do GS de 2,38 ($\pm 3,24$) não havendo diferença estatística entre os grupos ($p=0,182$). Segundo os responsáveis, no GR e GS, 45,8% (n=22) não faziam ingestão de carboidratos fermentáveis, sendo que no GS, 50,0% (n=24) consumia balas, pirulitos e chicletes. Houve diferença estatística entre o CPOD-I e a dieta apenas para o GS ($p=0,047$). O medicamento mais consumido foi o carbonato de cálcio (75%; n=36) seguido do sulfato ferroso (62,5%; n=30) e da vitamina C (50%; n=24). Com relação aos profissionais de saúde, a média de idade da amostra foi de 36,5 ($\pm 11,3$) anos, sendo 80,0% do sexo feminino. A maioria dos médicos (71,4%; n=10) e enfermeiros (72,4%; n=21) acredita que esses pacientes possam ter alguma alteração bucal decorrente da doença, sendo perda de esmalte e descalcificação as alterações bucais mais citadas. Em relação à orientação sobre higiene bucal, pouco mais da metade da amostra respondeu que orienta seus pacientes. Dentre estes, 72,7% (n=16) orientam para escovação, 9,0% (n=2) para o uso de fio dental, 18,1% (n=4) para realizar bochecho e 9,0% (n=2) para limpeza da língua. Apenas 9% (n=2) faziam orientação da higiene após o uso de medicamentos. Quanto à necessidade de cuidados diferenciados para pacientes com IRC, 65,5% (n=19) dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem acreditam que estes devam ocorrer. Já a maioria dos médicos (57,1%; n=8) não acha que isto seja necessário. Apesar disso, 78,5% (n=11) dos médicos costumam encaminhar os pacientes a serviços odontológicos. Diante da amostra e da metodologia empregada, pode-se concluir que a experiência de cárie nos paciente do GR foi considerada expressiva. A maioria dos profissionais de saúde e dos responsáveis possui algum conhecimento sobre saúde bucal porém, suas atitudes não refletem este fato.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica, Crianças, Adolescentes, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Saúde Bucal, Cárie, Médicos, Enfermeiros.

ABSTRACT

GONÇALVES, Glaucia dos Santos Athayde. **Percepções e atitudes de médicos, enfermeiros e responsáveis com relação à saúde bucal de pacientes com insuficiência renal crônica.** Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Área de concentração em Odontopediatria) Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

This study is composed by two scientific articles that aimed to assess the perceptions and attitudes of parents/tutors for children and adolescents suffering from chronic renal failure (CRF) according to their oral health, describing the experience of caries, the diet and medicines consumed by those patients and to assess the perceptions and attitudes of doctors/physicians and professionals in the area of nursing that attended these children and adolescents. In the first study, the Renal Group (RG) was composed by 48 patients, both sexes, between 6 to 18 years, with CRF, from three hospitals in Rio de Janeiro. The Healthy Group (HG) was consisted of 48 patients healthy, matched in age, sex and socio-economic level with the RG. It was verified the DMFT index of patients and applied a questionnaire in the form of interviews with those parents. Data were collected and tabulated in SPSS 13.0, and the χ^2 , Mann-Whitney, and Wilcoxon tests were done (level of statistical significance equal to 5%). In the second article, 43 health professionals were interviewed and composed the sample. Data were collected and inserted in SPSS 13.0, and the χ^2 test was performed (level of statistical significance equal to 5%). The mean age of children in RG/HG were 11.73 (± 3.7) and 45.8% female. 60.4% (n = 29) of RG receiving hemodialysis treatment, and 68.8% (n = 33) handles the kidney disease more than 3 years. The mean value of DMFT of RG was 2.83 (± 2.93) and the HG of 2.38 (± 3.24) with no difference between groups (p = 0.182). In RG and HG 45.8% (n = 22) did not intake fermentable carbohydrates, and on the HG, 50.0% (n=24) consumed sweet, lollipop and chewing gum. There was a statistical difference between the DMFT and diet only to the HG (p=0.047). The medicine most consumed was calcium carbonate (75%,n=36) followed by ferrous sulfate (62.5%,n=30) and C vitamin (50%, n = 24). As for health professionals, the average age of the sample was 36.5 (± 11.3) years, and 80.0% were female. The majority of doctors (71.4%,n=10) and nurses (72.4%,n=21) believe that these patients may have changes resulting from oral disease, being loss of enamel/decalcification the most cited. Regarding guidance on oral hygiene little more than half of the sample responded that guide patients among these, 72.7% (n=16) guide brushing teeth, 9.0% (n=2) the use of dental floss, 18, 1% (n=4) to perform mouth rinsing, and 9.0% (n=2) cleaning the tongue and only 9% (n=2) did orientation about hygiene after using oral medicines. The need to a differentiated care for patients with CRF, 65.5% of nurses and nursing auxiliaries, believe that they should occur. Already the majority of doctors (57.1%,n=8) did not think that it was necessary. Nevertheless, 78.5%(n=11) of the doctors usually refer patients to dental services. According to the sample and the methodology employed, it may be concluded that the experience of caries in the RG was considered relevant. The majority of health professionals and parents have some knowledge about oral health but their attitudes do not reflect this fact.

Key-words: Chronic Renal Failure, Children, Adolescents, Health Knowledge, Attitudes and Practice, Oral Health, Dental Caries, Physicians, Nurses.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

ARTIGO 1

Tabela 1: Distribuição dos pacientes do GR de acordo com o tempo e o tipo de tratamento para IRC.....15

Tabela 2: Distribuição da média e do desvio padrão do CPOD-I, número de dentes cariados, perdidos e obturados do GR, de acordo com o tipo de tratamento para IRC15

Tabela 3: Distribuição da média e do desvio padrão do CPOD-I, dentes cariados, perdidos e obturados do GR e GS.....16

Tabela 4: Resultado das perguntas fechadas que avaliaram percepções dos responsáveis (GR) e compuseram o questionário.....17

Tabela 5: Resultado das perguntas fechadas sobre a condição de saúde bucal das crianças do GR que compuseram o questionário.....17

ARTIGO 2

Gráfico 1: Frequência das manifestações bucais decorrentes da IRC citadas pelos sujeitos da amostra.....36

Tabela 1: Algumas perguntas realizadas aos profissionais de saúde e respectivos percentuais de resposta37

Tabela 2: Frequência das respostas da equipe de nefrologia sobre a escolha do profissional para orientar sobre higiene bucal.....37

Tabela 3: Frequência sugerida pelos profissionais de saúde da amostra para as visitas do paciente com IRC ao dentista.....38

LISTA DE ABREVIATURAS

CPO-D	Cariado, Perdido, Obturado – dente
CPOD-I	Cariado, Perdido, Obturado – dente- inovado
CRF	Chronic Renal Failure
DMF-T	Decayed Missing Filled – tooth
FO/UFRJ	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro
GR	Grupo Renal
GS	Grupo Saudável
HG	Health Group
IRC	Insuficiência Renal Crônica
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
pH	Potencial Hidrogeniônico
RG	Renal Group
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

Sumário

1 INTRODUÇÃO	1
2 PROPOSIÇÃO	4
2.1 Objetivos Específicos	4
3 DELINEAMENTO DA PESQUISA	5
4 ARTIGOS	7
4.1 ARTIGO 1	8
4.2 ARTIGO 2	29
5 DISCUSSÃO	45
6 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	57

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) representa uma alteração estrutural renal que implica na redução ou limitação da capacidade de filtração glomerular dos rins, causando uremia, a qual é caracterizada pelo acúmulo, no sangue, de substâncias que devem ser filtradas e excretadas pelos rins, como por exemplo, uréia, creatinina, ácido úrico e fósforo (CHAN et al., 2002; SOUZA et al., 2000). A IRC possui etiologia variada e quadro clínico complexo, envolvendo distúrbios hidro-eletrolíticos, ácido-básicos, do metabolismo de cálcio e fósforo, endocrinológicos, nutricionais e repercussões sociais significativas (SOARES et al., 2003).

O número crescente de crianças e adolescentes com IRC e o sucesso do transplante renal e da hemodiálise (CHAN et al., 2002) são de importante interesse para o profissional de odontologia, uma vez que essa doença e seu tratamento podem causar numerosos distúrbios (DAVIDOVICH et al., 2005). Estes incluem estomatite urêmica, equimoses, inflamação gengival (GAVALDÁ et al., 1999, KITSOU et al., 2000), perda de inserção dentária, hipoplasia de esmalte (NUNN et al., 2000-b), obliteração pulpar (HUTTON, 1985; SCUTELLARI et al., 1996) e atrasos no crescimento ósseo e na erupção dentária (JAFFE et al., 1986). Destacam-se ainda o maior acúmulo de biofilme e de cálculo dental, a palidez da mucosa bucal, a xerostomia e o hálito urêmico (EPSTEIN et al., 1980, MENDES, 2002). Somando-se a isso, pode-se verificar a presença de hiperplasia gengival relacionada ao uso de medicamentos administrados a pacientes renais transplantados (MOGHADAM & GIER, 1995).

Em estudo realizado por MENDES (2002), 67,6% dos pacientes apresentaram alguma história de cárie. Esse dado suporta os de TRENTINI (1980),

FUJIMAKI et al (1998) e GAVALDÁ et al (1999), porém contraria outros estudos que observaram baixa incidência de cárie (KHO et al., 1999; WOLF et al. 1985).

Considerando o papel central do responsável na manutenção do bem-estar da criança (INGLEHART et al., 2004), é extremamente importante explorar suas percepções sobre a saúde oral de seus filhos. Além disso, a compreensão dos fatores associados com essas percepções pode ajudar a comunidade odontológica a compreender algumas das razões pelas quais crianças e adolescentes não recebem os cuidados dentários que necessitam (BHAVINA et al., 2005).

Estudos com pediatras (SCHALKA & RODRIGUES, 2000; LEWIS et al., 2000) revelam que apesar do grande interesse do médico quanto à saúde bucal de seus pacientes, existe uma necessidade ainda maior de informação, com o objetivo de tornar eficaz a integração dentista-médico.

Segundo o estudo de HALBERG & KLINGBERG (2005), os cuidados com a saúde oral não fazem parte da agenda dos profissionais da área de saúde que lidam com crianças portadores de deficiência, sendo considerados responsabilidade dos pais e dos dentistas. Entretanto, a equipe de saúde que atua com crianças com IRC tem papel fundamental nesses cuidados, uma vez que estão em contato freqüente tanto com os responsáveis quanto com os pacientes, podendo detectar os primeiros sinais da doença cárie, além das manifestações bucais relacionada à doença. É de extrema importância ressaltar a necessidade de uma boa condição bucal a fim de se evitar a ocorrência de focos de infecção levando à endocardite bacteriana e podendo, até mesmo, adiar procedimentos de cirurgia de transplante renal (NAUGLE et al., 1998). Para isso, torna-se necessário que tanto médicos quanto enfermeiros estejam motivados, instruídos e preparados para os cuidados com a saúde bucal.

Tendo em vista que a assistência odontológica é realizada pelo cirurgião-dentista, embora a atenção odontológica à criança possa ser feita por pediatras, nefrologistas, clínicos gerais, enfermeiros, nutricionistas entre outros (OLIVEIRA et al., 2002) torna-se extremamente relevante descrever as condições bucais encontradas nesses pacientes, bem como verificar as percepções e atitudes dos responsáveis e ainda conhecer a atitudes de profissionais da área de saúde em relação à saúde bucal de crianças e adolescentes com IRC.

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo da presente dissertação é avaliar as percepções e atitudes de responsáveis por crianças e adolescentes portadores de IRC frente à saúde bucal das mesmas, descrevendo a experiência de cárie, a dieta e os medicamentos consumidos por esses pacientes. Outro objetivo é conhecer as percepções e atitudes dos médicos e profissionais da área de enfermagem que atuam com essas crianças e esses adolescentes.

2.1 Objetivos Específicos

- Correlacionar as percepções dos responsáveis com a experiência de cárie, com a dieta e com o uso de medicamentos das crianças e adolescentes portadores de IRC.
- Correlacionar a experiência de cárie de crianças e adolescentes portadores de IRC com sua dieta e medicação.
- Correlacionar as atitudes dos médicos e profissionais da área de enfermagem com a experiência de cárie, com a dieta e com a medicação de crianças e adolescentes portadores de IRC.

3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta dissertação é composta por dois artigos descritivos. O primeiro foi elaborado a partir de levantamento epidemiológico e da aplicação de um questionário (Anexo 6, pág.63) para o grupo de responsáveis. O segundo foi resultado da aplicação de outro questionário (Anexo 7, pág.65) para a equipe de saúde em três hospitais.

Um estudo sobre a condição bucal de crianças e adolescentes, entre 6 e 18 anos, com IRC comparada com a de pacientes saudáveis e as percepções dos responsáveis é apresentado no primeiro artigo. Com esta finalidade, um grupo composto por 48 pacientes em tratamento para IRC, de três hospitais públicos ou particulares da cidade do Rio de Janeiro, foi pareado com um grupo controle constituído por 48 pacientes clinicamente saudáveis, sem história de doenças crônicas, em especial, doenças renais, membros de uma igreja, localizada na mesma região administrativa dos hospitais da pesquisa. Foram incluídas no estudo apenas as crianças e adolescentes com diagnóstico definitivo de Insuficiência Renal Crônica. As que possuíam apenas dentição decídua e que estavam em uso de aparelho ortodôntico foram excluídas do estudo. Os dados foram coletados e as correlações estatísticas realizadas para atender aos objetivos propostos.

A fim de cumprir o segundo objetivo da dissertação, realizou-se um levantamento sobre a dimensão educativa da equipe de saúde que acompanha pacientes renais na promoção de saúde bucal desses pacientes que é apresentado no segundo artigo. Com esta finalidade, foram entrevistados 43 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem dos três hospitais mencionados anteriormente, a fim de verificar as percepções e atitudes dos mesmos

sobre a experiência de cárie, a dieta e o uso de medicamentos de crianças e adolescentes portadores de IRC.

Ambos os estudos foram aprovados tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ (CEP-NESC), através do parecer número 137/2006 (Anexo I, pág.58), quanto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso (CEP-HGB), parecer número 31/2007 (Anexo 2, pág.59). Para todas as etapas do trabalho foram obtidas as assinaturas do TCLE dos responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes (Anexo 3 e 4, pág.60 e pág. 61), seguido da anuência dos mesmos, bem como dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem (Anexo 5, pág.62). Vale salientar que todas as etapas de coleta de dados deste estudo foram realizadas por um único examinador, a autora principal.

4 ARTIGOS

Artigo 1: “Experiência de cárie em crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica e percepções sobre saúde bucal dos seus responsáveis” .

Artigo 2: “A dimensão educativa da equipe de nefrologia na promoção de saúde bucal de crianças e adolescentes renais crônicos” .

4.1 ARTIGO 1

Experiência de cárie em crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica e percepções sobre saúde bucal de seus responsáveis

Glaucia dos S. Athayde Gonçalves (1)

Ronir Raggio Luiz (2)

Laura Guimarães Primo (1)

(1) Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - Rio de Janeiro, Brasil

(2) Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - Rio de Janeiro, Brasil

Autor para correspondência:

Nome: Laura Guimarães Primo

Endereço: Rua Voluntários da Pátria, 190/403

Botafogo – Rio de Janeiro – RJ – CEP:22.270-010

Telefone/Número de fax: (21) 22867408

Email: lprimo@pobox.com

RESUMO

O presente estudo se propôs a avaliar a saúde bucal de crianças e adolescentes portadoras de insuficiência renal crônica (IRC), descrevendo a experiência de cárie, a dieta e os medicamentos consumidos por eles, compará-la a um grupo controle e correlacioná-la com as percepções e atitudes de seus responsáveis. O Grupo Renal (GR) foi composto por 48 pacientes, de ambos os sexos, entre 6 a 18 anos, portadores de IRC, de 3 hospitais da cidade do Rio de Janeiro. O Grupo Saudável (GS) constou de 48 pacientes saudáveis, pareados em idade, sexo e nível sócio-econômico com o GR. Foi realizado o CPOD-I dos pacientes e aplicado um questionário sob a forma de entrevista com os responsáveis. Os dados foram coletados e tabulados no programa SPSS 13.0, empregou-se o teste χ^2 , Kruskal-Wallis e Wilcoxon tendo sido estabelecido o nível de significância estatística igual a 5%. A média de idade das crianças GR e GS foram de 11,73($\pm 3,7$) sendo 45,8% do sexo feminino. 60,4%(n=29) do GR recebia tratamento de hemodiálise e 68,7%(n=33) trata o problema renal há mais de 3 anos. O valor médio do CPOD-I do GR foi de 2,38 ($\pm 3,24$) e do GS de 2,83 ($\pm 2,93$) não havendo diferença estatística entre os grupos ($p=0,182$). No GR e GS, 45,8% (n=22) não faziam ingestão de carboidratos fermentáveis, segundo os responsáveis, sendo que no GS, 50,0%(n=24) consumia balas, pirulitos e chicletes. Houve diferença estatística entre o CPOD-I e a dieta apenas para o GS ($p=0,047$). O medicamento mais consumido foi o carbonato de cálcio (75%;n=36) seguido do sulfato ferroso (62,5%,n=30) e da vitamina C (50%,n=24). Diante da amostra e da metodologia empregada, pode-se concluir que a experiência de cárie nos paciente do GR foi considerada expressiva. As percepções e atitudes dos responsáveis não foram consideradas satisfatórias para as necessidades dos pacientes com IRC.

Palavras-chave: cárie, crianças, adolescentes, insuficiência renal crônica, pais, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

INTRODUÇÃO

Um aumento significativo na qualidade do tratamento para pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) através de diálise e principalmente do sucesso nos transplantes renais, tem aumentado a sobrevida de crianças e adolescentes (1). Uma vez que a IRC é caracterizada por envolvimento sistêmico que inclui alterações nos tecidos moles e duros da cavidade bucal (2,3), é cada vez mais freqüente o número de crianças e adolescentes com manifestações bucais decorrentes da doença (4). Dentre estas se podem destacar: palidez da mucosa bucal, estomatite urêmica, gengivite, petéquias e equimoses (4). Hipoplasia de esmalte, obliteração pulpar, tártaro, alterações ósseas na maxila e mandíbula e sensação de boca seca também podem ser vistas na maior parte dos pacientes (5,6).

Desta forma estudos epidemiológicos que descrevam as manifestações bucais de pacientes infantis são necessários para que se conheça melhor a evolução e a prevalência de acordo com cada população. Problemas odontológicos, como a cárie dentária podem comprometer a saúde geral e a qualidade de vida nestes pacientes. No entanto, a experiência de cárie em crianças com IRC é controversa na literatura. Alguns trabalhos relatam baixa prevalência de cárie e outros, alta. Estudos dentro deste tema, incluindo grupo-controle, devem ser encorajados, a fim de garantir comparabilidade às variáveis a que se submete o grupo experimental. Com isso será possível elucidar algumas questões importantes e os fatores relacionados à evolução da doença.

Considerando que, as percepções dos responsáveis sobre saúde bucal podem influenciar os cuidados dentários preventivos recebidos em casa e os acessos aos serviços odontológicos (7), os responsáveis devem estar cientes da gravidade das manifestações bucais dessa doença e sua repercussão na vida de seus filhos. Além disso, a avaliação dos responsáveis pode também apontar as necessidades das crianças por cuidados profissionais odontológicos, o que, em parte, tem implicações na formulação de programas e políticas de saúde bucal (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1988-1994). Deve-se destacar ainda que, a compreensão dos fatores associados com as percepções dos responsáveis sobre a saúde bucal de seus filhos, pode ajudar a comunidade odontológica a entender algumas razões pelas quais crianças e adolescentes não recebem os cuidados dentários que necessitam (BHAVINA S. et al., 2005).

Assim, o presente estudo se propôs a avaliar a experiência de cárie, a dieta e os medicamentos utilizados por crianças e adolescentes portadoras de insuficiência renal crônica comparada a um grupo controle, correlacionando os dados com as percepções e atitudes de seus responsáveis.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo descritivo foi desenvolvido a partir de levantamento epidemiológico e aplicação de questionário, em uma amostra composta por crianças e adolescentes, juntamente com seus responsáveis, a qual foi dividida em dois grupos pareados de acordo com sexo, idade e nível sócio-econômico. Amostra de pacientes com IRC constou da totalidade de crianças e adolescentes de 3 hospitais da cidade do Rio de Janeiro, com maior número de pacientes com IRC, que estavam em tratamento nesses locais. A amostra foi representativa com relação à totalidade

de crianças e adolescentes com IRC do Estado do Rio de Janeiro segundo dados fornecidos pela FUNDAÇÃO DO RIM. Em dezembro de 2007 haviam 161 crianças com IRC no Estado do Rio de Janeiro.

Este grupo foi formado por 48 crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal (GR – Grupo Renal). O outro grupo (GS – Grupo Saudável = controle) foi constituído por sujeitos clinicamente saudáveis, sem história de doenças crônicas, em especial, doenças renais, que freqüentavam uma igreja, localizada na mesma região administrativa dos hospitais da pesquisa. A faixa etária da amostra foi de 6 a 18 anos de idade.

O roteiro de entrevista consistiu de 29 questões abertas e fechadas a fim de avaliar as percepções dos responsáveis acerca da dieta e da higiene bucal de seus filhos, assim como, questionar se já haviam sido orientados a realizar a higiene bucal dos mesmos. Informações a respeito da condição sistêmica do paciente do GR e da IRC (época de diagnóstico, início e tipo de tratamento, medicamentos utilizados, sua posologia e o tempo em que vêm sendo administrados) foram obtidas através de entrevista. Um roteiro para entrevista foi preparado e pré-testado pela pesquisadora responsável pelo estudo, com 10 responsáveis, em um Hospital da cidade do Rio de Janeiro, a fim de verificar clareza, coerência e objetividade das perguntas. Após o mesmo, duas perguntas sobre cuidado de higiene bucal e sobre a última visita ao dentista foram reformuladas.

Além da entrevista com os responsáveis, as crianças e adolescentes foram examinadas para registro da experiência de cárie de acordo com o índice CPO-D Inovado, que inclui a presença de manchas brancas (PINTO, 2000) e seguiu critérios recomendados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) (1). O exame dentário foi realizado no próprio local onde eles recebem o tratamento para a IRC, após

escovação realizada pelo pesquisador responsável. O exame do GS foi realizado no consultório médico da igreja seguindo os mesmos critérios que o GR. O exame de ambos os grupos, foi feito com o paciente deitado em maca, em decúbito dorsal, estando a examinadora posicionada atrás de sua cabeça (MENDES, 2002). Uma lanterna serviu de foco de luz para o exame bucal. Também foram utilizados espelho bucal, sonda exploradora de ponta romba e gaze para avaliação do índice.

O uso de equipamentos de proteção individual, o descarte e a esterilização do material contaminado seguiram as regras de biossegurança (COSTA et al., 2000). Não foram utilizados exames radiográficos. A pesquisadora responsável foi treinada por uma profissional experiente em calibração. A confiabilidade intra e inter-examinador, para os escores de diagnóstico de cárie foi realizado com 13 crianças e adolescentes da Disciplina de Odontopediatria da FO-UFRJ, obtendo o coeficiente kappa de 0,85 e 0,80 respectivamente.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o trabalho foi obtida dos responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes, seguido de anuência dos mesmos. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa local.

A fim de realizar a análise estatística, as perguntas abertas foram categorizadas por aproximação semântica, sendo que, em algumas perguntas, um mesmo sujeito da amostra pode ter fornecido mais de uma resposta. Os resultados foram inseridos no programa SPSS 13.0 e, para avaliação dos resultados, foram empregados Teste χ^2 , Kruskal-Wallis e Wilcoxon, tendo sido estabelecido o nível de significância estatística de 5%.

RESULTADOS

1. Caracterização amostra

Grupo Renal (GR)

A distribuição das 48 crianças e adolescentes entre os hospitais foi equilibrada, sendo 22 do sexo feminino (45,8%) e 26 do sexo masculino (54,2%). A média de idade foi de 11,73 ($\pm 3,7$). A maior parte dos pacientes (68,7%; n=33) da pesquisa trata a IRC há mais de 3 anos, independente da modalidade de tratamento (Tabela 1).

A maioria das crianças da amostra recebia tratamento de hemodiálise (n=29, 60,4 %). Doze (25,0%) estavam em tratamento conservador e 7 (14,6%) em diálise peritoneal. 31,3 % (n=15) foi diagnosticada ao nascimento, e 10,4% (n=5) aos 8 anos de idade, e as demais em idades que variaram entre 1 e 17 anos de idade.

Com relação aos aspectos sociais das famílias, 39,6% (n=19) das crianças tinha 1 irmão, 24,0% (n=12) tinham 2 irmãos e 23,0% (n=11) possuíam 3 ou mais irmãos que moravam na mesma residência. As famílias com renda entre 1 a 3 salários mínimos compuseram a maior parte da amostra (68,8%, n=33). 8,3% (n=4) ganhavam menos que 1 salário mínimo e 22,9% (n=11) ganhavam 3 ou mais. Em 97,1% dos casos, a mãe era a cuidadora principal da criança.

A realização do índice CPOD inovado (CPOD-I) revelou que os 48 sujeitos desta amostra apresentaram 85 dentes cariados, 5 perdidos e 24 obturados, e a média do CPOD-I foi de 2,38 ($\pm 3,2$). A média dos valores de dentes cariados, perdidos e obturados foram maiores no grupo que recebia tratamento de hemodiálise (Tabela 2), onde foi verificada a maior variação do índice CPOD-I (min=0 e max=15). A segunda maior variação ocorreu nos pacientes em diálise peritoneal (min=0 e max=7) e por último nos que recebiam tratamento conservador

(min=0 e max= 3). A relação entre o CPOD-I neste grupo e o tipo de tratamento recebido não foi estatisticamente significativa ($p=0,053$). Na Tabela 3 pode-se verificar a distribuição do CPOD-I, dentes cariados, perdidos e obturados (média e desvio padrão) do Grupo Renal.

Grupo Saudável (GS)

O índice CPOD inovado (CPOD-I) revelou que os 48 sujeitos desta amostra apresentaram um total de 78 dentes cariados, 0 perdidos e 58 obturados. A média do CPOD-I, o número de dentes cariados, perdidos e obturados estão na Tabela 3.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes do GR de acordo com o tempo e o tipo de tratamento para IRC

	Conservador		Diálise Peritoneal		Hemodiálise	
< 1 Ano	2	17%	2	29%	1	3%
1 a 3 Anos	—	—	1	14%	9	31%
>3 Anos	10	83%	4	57%	19	66%
total	12	100%	7	100%	29	100%

Tabela 2: Distribuição da média e do desvio padrão do CPOD-I, número de dentes cariados, perdidos e obturados do GR, de acordo com o tipo de tratamento para IRC

Grupo Renal	Cariados Média (desvio padrão)	Perdidos Média(desvio padrão)	Obturados Média(desvio padrão)	CPOD-I Média (desvio padrão)
Conservador	1,17 (1,74)	—*	0,58 (0,99)	1,75 (2,45)
Diálise Peritoneal	0,43 (1,13)	—*	—*	0,43 (1,13)
Hemodiálise	2,34 (3,10)	0,17 (0,60)	0,59 (1,11)	3,10 (3,65)

(CPOD-I/ tipo de tratamento $p=0,053$ - teste de Kruskal-Wallis)

* não houveram dentes perdidos e obturados

Tabela 3: Distribuição da média e do desvio padrão do CPOD-I, dentes cariados, perdidos e obturados do GR e GS

Variáveis	Grupo Saudável n=48 Média (desvio padrão)	Grupo Renal n=48 Média (desvio padrão)	p valor *
Dentes cariados	1,63 (2,20)	1,77 (2,68)	0,869
Dentes perdidos	—	0,10 (0,47)	**
Dentes obturados	1,21 (2,07)	0,50 (1,01)	0,045***
CPOD-I	2,83 (2,93)	2,38 (3,24)	0,182

* Obtido pelo teste de Wilcoxon

** p valor não calculado pois não houveram dentes perdidos no grupo controle

*** correlação estatisticamente significativa

2. Perguntas Abertas e Fechadas

As perguntas fechadas que compuseram o questionário para avaliar as percepções e atitudes dos responsáveis com relação à saúde bucal dos pacientes encontram-se nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4: Resultado das perguntas fechadas que avaliaram percepções dos responsáveis (GR) e compuseram o questionário

	sim n(%)	não n(%)	não sei n(%)
1. Seu filho pode ter complicação bucal decorrente da IRC?	17(35,4)	14(29,2)	17(35,4)
2. Caso positivo na pergunta anterior seu filho possui alteração bucal?	9(18,8)	5(10,4)	3(6,3)
3. Acha que a saúde bucal deficiente pode agravar o estado de saúde geral de seu filho?	35(72,9)	5(10,4)	8(16,7)
4. Acha que os medicamentos que seu filho usa podem alterar a condição da boca?	33 (68,8)	7(14,6)	8(16,7)
5. No momento seu filho precisa de cuidados odontológicos?	37(36,8)	3(6,3)	8(16,7)
6. Seu filho tem mais risco de desenvolver infecção do que uma criança saudável?	32(79,2)	6(12,5)	4(8,3)

Tabela 5: Resultado das perguntas fechadas sobre a condição de saúde bucal das crianças do GR que compuseram o questionário

	sim n(%)	não n(%)
1. Seu filho possui halitose?	31(63,3)	17(35,4)
2. Seu filho possui sangramento na gengiva?	8(16,7)	40 (83,3)
3. Seu filho possui sensação de boca seca ?	14(29,2)	34(70,8)
4. Acha a saúde bucal de seu filho importante?	48(100)	0
5. Encontra dificuldade para levar seu filho ao dentista?	31(64,6)	17(37,4)
6. Recebeu orientação relacionada à saúde dos dentes do seu filho?	22(45,8)	26(54,2)

Com relação à dieta dos pacientes do grupo renal, 45,8% (n=22) dos responsáveis responderam que os filhos não fazem ingestão de carboidratos fermentáveis, tais como biscoito recheado, achocolatados e refrigerantes, enquanto que um pequeno grupo (16,7%) o faz 2 vezes por dia e os demais 1 x ao dia (37,5%;n=18). As guloseimas como balas, chicletes, pirulitos e chocolates não são consumidas pela maior parte dos pacientes, tanto renais como saudáveis (68,8%). Já 18,8% destes as consomem em dias alternados e 6,3% todos os dias. No grupo saudável, 45,8% (n=22) dos responsáveis também responderam que os filhos não consomem carboidratos fermentáveis sendo que 43,8% (n=21) consome apenas 1 vez ao dia, restando a menor parte (10,4%, n=5) 2 vezes ao dia. As guloseimas são consumidas pela metade do grupo saudável (50,0%; n=24) durante os fins de semana sendo que, 27,1% (n=13) dos responsáveis responderam que os filhos consumiam todos os dias e 22,9% (n=11), em dias alternados. Não foi encontrada relação estatística entre o CPOD-I e a frequência de ingestão de carboidratos no grupo renal ($p=0,949$) porém no grupo saudável, a relação foi significativamente estatística ($p=0,047$).

O medicamento mais consumido pelos pacientes com IRC foi o carbonato de cálcio (75%; n=36) seguido do sulfato ferroso (62,5%, n=30), da vitamina C (50%,n=24) e do hidróxido de ferro (43,8%, n=21). Houve relação estatística somente entre o carbonato de cálcio e o CPOD-I ($p=0,021$).

Com relação aos cuidados de higiene bucal que as crianças e adolescentes do grupo renal realizam, 81,3% (n=39) disseram escovação, 14,6% (n=7) responderam escovação e fio dental, enquanto que, 4,2% (n=2) citaram escovação e bochechos. Quando questionados sobre a frequência destes cuidados, 60,4% (n=29) responderam realizá-los três vezes ao dia, 29,2% (n=14) duas vezes ao dia e

10,4% (n=5), uma vez. Dentre os que haviam recebido orientação de higiene bucal prévia (45,9%, n=22), todos a obtiveram de um cirurgião-dentista.

Grande parte dos responsáveis (41,7%, n=20) acredita que a frequência ideal para a visita do paciente com IRC ao dentista deve ser a cada 6 meses, 27,1% (n=13) disseram que o ideal seria a cada 3 meses, 20,8% (n=10) mensalmente e 10,45% (n=5) não souberam responder.

Os cuidados odontológicos que as crianças e adolescentes mais necessitam, segundo seus responsáveis, foram profilaxia e consulta de revisão (52,1%, n=25), ortodontia (16,7%; n=8) e 8,3% (n=4) dos responsáveis disseram que seu filho necessitava de tratamento endodôntico e extração, enquanto que 6,3% (n=3) não souberam dizer qual o cuidado. Contudo, no que diz respeito a última visita ao cirurgião-dentista, esta ocorreu há mais de um ano para 35,5% (n=17) das crianças e adolescentes, entre seis a doze meses atrás para 35,5% (n=17) e há menos de seis meses para 16,7% (n=8). Três crianças (6,3%) nunca haviam ido ao dentista e outras três, os responsáveis disseram não lembrar da data da última visita.

Ao serem questionados sobre os motivos que levam seus filhos com IRC a um maior risco de desenvolvimento de infecção, 62,0% (n= 24) dos responsáveis disseram ser devido à nefropatia que os deixa mais debilitados, 13,0% (n=5) devido à diálise, 11,0% (n=4) devido ao catéter que pode infeccionar e 35,0% (n=1) devido à utilização de medicação. Os responsáveis acreditam que os medicamentos que seus filhos utilizam alteram a condição da boca porque o ferro escurece os dentes (25,0%, n=12), por serem muito fortes (20,8%, n=10), porque os antibióticos estragam os dentes (22,9%, n=11) e desconhecem a razão 8,3% (n=4). Em relação às razões dos cuidados de higiene bucal dos filhos serem maiores do que de uma criança saudável, 26,0% (n= 12) dos responsáveis disseram ser devido ao uso de

muitos medicamentos e outros 26,0% (n=12) devido à IRC. No entanto, um pequeno percentual dos responsáveis (11,0%, n=5) disseram não saber por que estes cuidados devem ser maiores, 6,0% (n= 3) disseram devido à diálise e 4,0% (n=2) devido ao hálito urêmico. Mais da metade dos responsáveis (66,7%) relatou ter dificuldades conseguir tratamento odontológico para seus filhos, dentre elas destacou-se a questão financeira (41,7%, n=20) e de tempo disponível (14,6%, n=7). Outras dificuldades como as de acesso ao serviço (6,3%, n=3) e de encontrar um cirurgião-dentista que atenda pacientes portadores de doença renal crônica (4,2%, n=2), também foram citadas.

Na pergunta sobre a importância da saúde bucal do seu filho, 13 responsáveis (27,1%) disseram ser devido à estética, 11 (22,9%) afirmaram que a saúde começa pela boca e 8 (16,7%) acreditam que a saúde da boca é importante para evitar infecção. Treze (27,1%) responsáveis acreditam que a saúde bucal pode agravar a saúde geral porque a boca pode levar à infecção, 8,3% (n=4) disseram que tudo influencia a saúde e ainda, 8,3% (n=4) não sabiam o motivo.

Em relação ao CPOD-I das crianças do grupo renal não houve diferença estatística quando comparado ao grau de escolaridade dos responsáveis ($p=0,898$) ou quando comparado com os responsáveis que haviam recebido orientação prévia de higiene oral ($p=0,948$). Houve diferença estatística entre a idade e o CPOD-I das crianças do GR ($p=0,037$) o que não ocorreu quando comparada aos componentes cariados ($p=0,052$), perdidos ($p=0,729$) e obturados ($p=0,332$). Para o grupo saudável não houve diferença estatística entre a idade e o CPOD-I ($p=0,395$), nem entre os componentes cariados ($p=0,199$), perdidos ($p=1,000$) e obturados ($p=0,123$). Não houve relação estatística no GS entre o sexo e o CPOD-I ($p=0,359$), componentes cariados ($p=0,336$), perdidos ($p=1,000$) e obturados ($p=0,592$). Ao

contrário do GS, a correlação foi estatisticamente significativa entre o CPOD-I do GR e o sexo ($p=0,015$). Com relação à época de diagnóstico da doença renal e o CPOD-I não houve diferença estatística ($p=0,582$)

DISCUSSÃO

Diante dos resultados da pesquisa podemos inferir que os responsáveis por crianças e adolescentes do presente estudo detêm alguma informação sobre saúde bucal, mas necessitam de orientação sobre a etiologia e a consequência destas doenças na saúde geral. Segundo FILSTRUP et al. (2003), as percepções de saúde bucal podem afetar os cuidados dentários preventivos recebidos em casa e os acessos aos serviços odontológicos acarretando uma melhora na qualidade de vida deste pacientes, sendo esta fundamental quando se trata de crianças e adolescentes com comprometimento sistêmico.

No presente estudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre o CPOD-I do grupo renal e o grupo saudável corroborando com estudos de BAYRAKTAR (2004), BOTS (2006) e MARTINS (2007). A maioria dos estudos em pacientes com IRC verificaram baixa prevalência de cárie nestes em pacientes (2,5,10,11,12,13), o que pode ser justificado pelo efeito protetor da saliva devido ao aumento da concentração de uréia elevando o pH (6). A correlação estatística entre o componente obturado nos grupos renais e saudáveis pode ser explicada pelo fato dos pacientes GS terem mais facilidade de acesso ao atendimento odontológico, bem como disponibilidade de tempo.

De acordo com o último levantamento nacional de saúde bucal na população brasileira (14), a média de dentes cariados da região Sudeste na faixa etária de 5 anos da idade foi de 1,89, aos 12 anos de idade foi de 0,97 e na faixa etária entre

15-19 anos foi de 1,72. Na presente pesquisa valores muito próximos a estes foram encontrados tanto no grupo renal (1,77) quanto no saudável (1,63) estando de acordo com a prevalência de cárie encontrado nas crianças e adolescentes brasileiras.

Uma das limitações do estudo foi a de comparar a média do índice CPOD com outros trabalhos uma vez que não há um padrão na apresentação dos resultados. Alguns autores informam o número de superfícies cariadas, outros o índice por unidade superfície, sendo que muitos estudos não mencionam o desvio padrão de seus resultados. Vale ressaltar ainda que alguns autores se reportam a prevalência de cárie como sendo apenas baixa ou alta, não referenciando o índice, dificultando a análise comparativa dos resultados. Alguns trabalhos, com adultos contendo o grupo saudável como controle dos pacientes com IRC, foram encontrados porém, apenas 2 em crianças e adolescentes (5,6).

Em países como Iran (10), Jordânia (15), Turquia (8) e Brasil (6), os índices CPO-D encontrados em pacientes dialisados variou entre 2,25 ($\pm 2,0$) a 11,91 ($\pm 8,73$) concordando com os achados deste estudo onde a média do CPOD-I foi 2,66 ($\pm 3,49$), valor considerado médio de acordo com MURRAY (1992). Entretanto, em pesquisas realizadas na Inglaterra (3), Israel (5) e Canadá (13), a média de dentes cariados foi de 0,2 onde a maioria dos pacientes não possuía lesões de cárie. Este fato evidencia os fatores sócio-econômicos e biológicos determinantes da doença cárie, dentre eles, a alimentação, o acesso a informação sobre os cuidados bucais, a dieta, o uso de medicamentos, o nível educacional, a renda familiar e os hábitos de higiene bucal.

De acordo com pesquisa realizada por NIKIFORUK e FRASER (1981), duas condições aumentam o risco de pacientes com IRC à cárie. Primeiro, a presença de

esmalte hipoplásico; este esmalte é fino, irregular, difícil de limpar e bastante freqüente nesses pacientes (6). Em segundo lugar, hábitos de higiene bucal deficiente, muito comum em pacientes nefropatas e que podem persistir mesmo após o transplante. Outro fator evidenciado no presente estudo como facilitador para lesões de cárie foi a ingestão de biscoito recheado, achocolatados, sucos e bolos durante as sessões de hemodiálise, oferecidos pelos serviços de saúde, fato não percebido por 45,8% dos responsáveis que disseram que os filhos não fazem ingestão de carboidratos fermentáveis. As guloseimas como balas, chicletes e pirulitos não são consumidas pela maior parte dos pacientes (68,8%) com IRC segundo os responsáveis, entretanto no grupo saudável (50%) as ingere com bastante freqüência.

Os medicamentos que estavam sendo utilizados pelos pacientes renais crônicos mencionados pelos responsáveis no momento da pesquisa, não tiveram relação estatística com o CPOD-I e os componentes cariados, perdidos e obturados, com exceção do carbonato de cálcio. Esta medicação é amplamente utilizada por pacientes com IRC e é composta de um pó solúvel em água, sendo a solução final constituída por um meio básico (pH alcalino) que não contém sacarose, e portanto possui um sabor desagradável. A recomendação médica é que o pó seja colocado na comida e ingerido junto às refeições. Entretanto, já existem formulações para crianças com sabor morango e framboesa, o que sugere estudos laboratoriais para verificar o potencial cariogênico das mesmas. O fato de não ter havido relação estatística dos medicamentos utilizados pelos pacientes e o CPOD-I, não exclui a possibilidade das formulações oferecerem risco de cárie dentária ao paciente infantil.

A maioria dos responsáveis acredita que seus filhos podem desenvolver uma infecção sistêmica decorrente de um problema bucal, corroborando com o estudo de

MENDES (2002). No entanto, desconhecem as alterações bucais importantes que os pacientes portadores de IRC podem desenvolver. A necessidade odontológica mais citada por eles esteve relacionada com serviços preventivos (profilaxia e consulta de revisão) mostrando a dificuldade de percepção da condição bucal dos filhos, uma vez que a experiência de cárie foi considerada expressiva.

Educar em saúde envolve a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades e a formação de atitudes e valores que levam as pessoas a agirem, no dia-a-dia, em benefício da própria saúde e da saúde dos outros (MORAES & BIJELLA, 1982). Os resultados do estudo sugerem que a prioridade tem sido dada aos cuidados com a saúde geral destas crianças e que a importância dos cuidados com a saúde bucal devem ser mais enfatizados através de treinamento dos responsáveis, por exemplo. É compreensível que pacientes em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal tenham menos disponibilidade de tempo para procurar atendimento odontológico. Este fato pode ser a razão pela qual 49,1% dos pacientes com doença renal não terem visitado o dentista no ano que precedeu o estudo. Entretanto, fatores como baixo nível sócio-econômico (16) e dificuldade de acesso ao serviço odontológico (17) podem também impedir a visita ao dentista levando a hábitos inadequados de higiene. Uma solução seria integrar o profissional de odontologia à equipe de nefrologia tanto para acompanhar estes pacientes quanto para tratá-los quando necessário, aproveitando o tempo em que estão em diálise para receber orientação.

As percepções e atitudes dos responsáveis não foram consideradas satisfatórias para as necessidades dos pacientes com IRC. Medidas preventivas de promoção de saúde bucal devem ser adotadas junto aos pais e pacientes, orientando quanto a higiene bucal após uso de medicamentos líquidos orais

objetivando a prevenção de doenças bucais em seu estágio mais inicial. Assim evita-se que procedimentos odontológicos invasivos ou até mesmo o adiamento do transplante renal ocorram, gerando uma atitude mais positiva em relação à saúde bucal e melhorando a qualidade de vida das crianças e adolescentes com IRC.

CONCLUSÃO

De acordo com o presente estudo pode-se concluir que a experiência de cárie nos paciente do GR e GS foi relevante, onde o valor do CPOD-I em ambos foi considerado médio, porém sem diferença estatística. Sugere-se uma possível relação desse índice com a ingestão de carboidratos fermentáveis, e ao uso crônico de medicamentos líquidos orais. Aspectos psico-sociais das crianças e dos responsáveis estiveram relacionados como fatores de risco para o aparecimento de lesões cariosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fogo A, Kon W. Pathophysiology of progressive chronic renal disease. In: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P, eds. Textbook of Pediatric Nephrology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Lippincot , Willians & Wilkins, 2004,p.1267-1480.
2. Wolf A, Stark H, Sarnat H, Binderman I, Eisenstein B, Drukker A. The dental status of children with chronic renal failure. Int J Pediatr Nephrol. 1985;6:127-132.
3. Nunn JH, Sharp J, Lambert HJ, Plant ND, Coultard M.G. Bucal health in children with renal disease. Pediatr Nephrol. 2000;14:997-1001.

4. Davidovich E, Davidovits M, Eidelman E, Schwarz Z, Bimstein E. Pathophysiology, therapy, and bucal implications of renal failure in children and adolescents: an update. *Pediatr Dent*. 2005;27:98-106.
5. Davidovich E, Schwarz Z, Davidovitch M, Eidelman E, Birmstein E. Oral findings and periodontal status in children, adolescents and young adults suffering from renal failure. *J Clin Periodontol*. 2005;32:1076-1082.
6. Martins C, Siqueira LW, Primo LG. Oral and salivary flow characteristics of a group of Brazilian children and adolescents with CRF. *Pediatr Nephrol*. 2008; 23:619-624.
7. Inglehart R, Basañez M, Diez-Medrano J, Halman L, Luijkx R. Human beliefs and values: a cross-cultural sourcebook based on the 1999-2002 Values Surveys. Siglo XXI, 2004, Mexico City.
8. Bayraktar G, Kazancioglu R, Bozfakioglu S, Yildiz A, Ark E. Evaluation of salivary parameters and dental status in adult haemodialysis patients. *Clin Nephrol*. 2004;62:380-383.
9. Bots CP, Poorterman JHG, Brand HS, Kalsbeek H, Van Amerongen BM, Veerman EC, et al. The oral health status of dentate patients with chronic renal failure undergoing dialysis therapy. *Oral Dis*. 2006;12:176-180.
10. Nakhjavani YB, Bayramy A. The dental and oral status of children with chronic renal failure. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2007;25:7-9.

11. Peterson S, Woodhead J, Crall J. Caries resistance in children with chronic renal failure: plaque pH, salivary pH, and salivary composition. *Pediatr Res.* 1985;19:796-799.
12. Woodhead JC, Nowak AJ, Crall JJ, Robillard JE. Dental abnormalities in children with chronic renal failure. *Pediatr Dentist.* 1982;4:281-285.
13. Klassen JT, Krasko BM. The dental health status of renal transplant and dialysis patients. *Br J Oral Surg.* 2002;9:57-64.
14. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília:Ministério da Saúde, 2004.
15. Al-Wahadni A, Al-Omari MA. Dental diseases in a Jordanian population on renal dialysis. *Quintessence Int.* 2003;34:343-347.
16. Chen M-S. Oral health of disadvantaged populations. In: Cohen L. Gift H, eds. *Disease prevention and oral health promotion.* Copenhagen: Munksgaard, 1995:153-212.
17. Kinirons MJ, Stewart C. Factors affecting levels of untreated caries in a sample of 14–15-year-old adolescents in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26:7–11.
18. Filstrup SL, Briskie D, Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent.* 2003;25:431-40

19. Mendes P.C.A. Pacientes pediátricos com insuficiência renal crônica: suas condições bucais, percepções e atitudes de seus responsáveis frente à saúde. 110 f Dissertação de Mestrado em Odontologia – Odontopediatria faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.
20. U.S. Department of health and human services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Perceived oral health status among adults with teeth in the United States, 1988-1994. Available at: www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/databriefs/oralhealth.pdf.
21. Bhavina S, Talekar R, Rozier G, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. Jada. 2005;136: 364-372.
22. Pinto V. G. Identificação de Problemas. In:Saúde Bucal e Coletiva, São Paulo: Santos, 4. ed., 2000, cap.5, p. 139-222,.
23. World Health Organization (WHO) Oral Health Surveys Basic Methods, Geneva 3. ed., 1987, p.56.
24. Costa MAF, Costa MFB, Melo NSF. Biossegurança Ambientes Hospitalares e Odontológicos. Santos: Santos 1. ed., 2000, cap.6, p. 87-120.
25. Nikiforuk G, Fraser D. The etiology of enamel hypoplasia: a unifying concept. J Pediatr. 1981;98:888-890.
26. Moraes N, Bijella VT. Educação odontológica do paciente. Rev Assoc Paul Cir Dent.1982;36:300-307.
- 27. Murray JJ. O uso correto de fluoretos na Saúde Pública. OMS. São Paulo: Santos, 1992, p. 132.**

4.2 ARTIGO 2

A dimensão educativa da equipe de nefrologia na promoção de saúde bucal de crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal crônica

Glaucia dos S. Athayde Gonçalves (1)

Carla Martins de Oliveira (1)

Luiz Fernando Rangel Tura (2)

Laura Guimarães Primo (1)

(1) Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - Rio de Janeiro, Brasil

(2) Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - Rio de Janeiro, Brasil

Autor para correspondência:

Nome: Laura Guimarães Primo

Endereço: Rua Voluntários da Pátria, 190/403

Botafogo – Rio de Janeiro – RJ – CEP:22.270-010

Telefone/Número de fax: (21) 22867408

Email: lprimo@pobox.com

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a dimensão educativa das percepções e atitudes de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, na saúde bucal de crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) em três hospitais da cidade do Rio de Janeiro. Foi realizada uma entrevista com perguntas abertas e fechadas com 43 profissionais de saúde, que compuseram a amostra. A média de idade da amostra foi de 36,5 anos (± 11.30), sendo 80,0% do sexo feminino. Os dados foram coletados e tabulados no programa SPSS 13.0. Empregou-se o teste χ^2 , tendo sido estabelecido o nível de significância estatística igual a 5%. A maioria dos médicos (71,4%, n=10) e enfermeiros (72,4%, n=21) acredita que esses pacientes possam ter alguma alteração bucal decorrente da doença, sendo perda de esmalte e descalcificação as alterações bucais mais citadas. Em relação à orientação sobre higiene bucal, pouco mais da metade da amostra respondeu que orienta seus pacientes, dentre estes 72,7% (n=16) orientam para escovação, 9,0% (n=2) para o uso de fio dental, 18,1% (n=4) para realizar bochecho e 9,0% (n=2) para limpeza da língua. Apenas 9% (n=2) orientam a higiene após o uso de medicamentos. Quanto à necessidade de cuidados diferenciados para pacientes com IRC, 65,5% dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem acreditam que estes devam ocorrer. Já a maioria dos médicos (57,1%, n=8) não acha que isto seja necessário. Apesar disso, 78,6% (n=11) dos médicos costumam encaminhar os pacientes a serviços odontológicos. Diante da amostra e da metodologia empregada, pode-se concluir que a maioria dos profissionais de saúde possui algum conhecimento sobre saúde bucal, porém suas atitudes não refletem este fato.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica, educação em odontologia, saúde bucal, criança, adolescente, médicos, enfermeiros.

INTRODUÇÃO

Estratégias de prevenção primária em saúde bucal são essenciais em saúde pública uma vez que doenças bucais, como a cárie, são comuns em crianças no mundo todo (1). Sendo assim, a orientação para a higiene bucal, quando iniciada com o paciente infantil, gera resultados positivos não apenas durante a infância, como também durante a fase adulta.

Contudo, vale ressaltar que, além da importância da saúde bucal para qualquer indivíduo, há doenças que apresentam manifestações bucais específicas, como é o caso da Insuficiência Renal Crônica (IRC). Defeitos de esmalte, atraso na cronologia de erupção e sensação de boca seca são achados comuns (2,3). No caso da xerostomia, quando permanece por período prolongado, pode predispor a lesões de cárie e à inflamação gengival e em alguns casos leva a dificuldade na fala, mastigação, disfagia e perda do paladar (2). O uso de medicamentos, como carbonato de cálcio, sulfato ferroso, vitaminas, antibióticos, antihipertensivos e corticosteróides (3), comum entre os pacientes portadores de insuficiência renal crônica, pode provocar efeitos secundários na cavidade bucal. Dentre esses, destacam-se o manchamento dos dentes, a hipossalivação, a cárie e a calcificação das partes moles (4,5). Além disso, é afirmado na literatura que a higiene bucal de indivíduos em tratamento de hemodiálise pode se apresentar deficiente (6).

Considerando que a equipe de profissionais que atua nos serviços de nefrologia, principalmente nos centros de diálise, mantém contato freqüente e

próximo com os pacientes portadores de IRC, há maior oportunidade de que estes profissionais detectem precocemente o desenvolvimento de problemas odontológicos e aconselhem sobre a importância da prevenção. Podem, ainda, perceber os primeiros sinais de alterações bucais e encaminhar para tratamento dentário, quando necessário.

Na literatura consultada, não foram encontrados trabalhos abordando a atuação da equipe de saúde com relação à saúde bucal de pacientes portadores de IRC. Sendo assim, o presente estudo torna-se relevante ao avaliar a dimensão educativa através das percepções e atitudes de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem na saúde bucal de crianças e adolescentes portadores desta patologia em três hospitais da cidade do Rio de Janeiro.

MATERIAIS E MÉTODOS

A amostra foi constituída pela totalidade dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que compunham a equipe de nefropediatria de três hospitais da cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados através de entrevista, conduzida pela pesquisadora responsável pelo estudo, tendo como roteiro um questionário com questões abertas e fechadas. Todas as entrevistas foram realizadas dentro do prazo máximo de duas semanas em cada hospital. A finalidade foi avaliar o conhecimento dos profissionais quanto às manifestações bucais da doença renal e quanto ao uso de medicamentos para essas doenças, suas percepções acerca da saúde bucal dos pacientes, assim como suas atitudes de encaminhar o paciente para serviço odontológico.

O questionário foi pré-testado com dez profissionais da área de saúde, dentre eles médicos e auxiliares de enfermagem, em um outro hospital da cidade do Rio de Janeiro a fim de verificar a clareza, coerência e objetividade das perguntas. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa local e todos os profissionais de saúde que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A fim de realizar a análise estatística, as perguntas abertas foram categorizadas por aproximação semântica, sendo que um mesmo sujeito da amostra pode ter dado mais de uma resposta para a mesma pergunta. Por não ter havido diferença estatística entre essas repostas de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, na maior parte da análise dos resultados, estes foram agrupados em um único bloco. Os resultados das perguntas abertas e fechadas foram inseridos no programa SPSS 13.0 e, para avaliação dos resultados, foi empregado o Teste Qui-quadrado, tendo sido estabelecido o nível de significância estatística igual a 5%.

RESULTADOS

A amostra constou de 43 profissionais de saúde, sendo 14 médicos, 11 enfermeiros e 18 auxiliares de enfermagem, da rede pública e privada. O gênero feminino compôs 80,0% da amostra e a média de idade do total da amostra foi de 36,5 ($\pm 11,30$) anos. A distribuição dos profissionais em cada hospital foi homogênea, não havendo diferença estatística entre eles. Dos entrevistados, 65,1% ($n=29$) acompanham pacientes com IRC há menos de dez anos. No grupo dos médicos, 42,9% ($n=6$) eram nefropediatras, 28,6% ($n=4$) pediatras e 28,6% ($n=4$) nefrologistas.

Ao serem questionados, a maioria (n=10, 71,4%) dos médicos respondeu acreditar que os pacientes portadores de IRC possam ter alguma alteração bucal decorrente da doença, enquanto que 28,6% (n=4) responderam desconhecer este fato. Vinte e um enfermeiros e auxiliares de enfermagem (72,4%) responderam afirmativamente a esta pergunta, enquanto 13,8% (n=4) disseram não haver relação da IRC com manifestações bucais e outros 13,8% disseram não saber a resposta.

As principais alterações bucais citadas pelos sujeitos são apresentadas no Gráfico 1. Salienta-se que dois auxiliares de enfermagem (33,3%) e um médico (21,4%) da amostra não souberam responder a essa pergunta. Entre os médicos, 60,0% (n=9) desconhecem estas alterações. Trinta (66,6%) sujeitos dos 43 profissionais da pesquisa relataram ter pacientes necessitando de cuidados odontológicos, sendo que, destes, apenas 35,0% (n=11) os encaminham para o serviço odontológico.

Quando médicos e profissionais de enfermagem foram questionados se já haviam orientado sobre algum cuidado de higiene bucal, 22 (51,1%) indivíduos responderam que “sim”. Destes, 72,7% (n=16) orientam para escovação, 9,0% (n=2) para o uso de fio dental, 18,1% (n=4) para realizar bochecho e 9,0% (n=2) para a limpeza da língua. A higiene após o uso de medicamentos é aconselhada por 9,0% (n=2) destes profissionais. A relação foi estatisticamente significativa entre as respostas de médicos e profissionais de enfermagem quando questionados sobre o fato da saúde bucal agravar a saúde geral e se medicações interferem na cavidade bucal. Estas e outras perguntas que compuseram o questionário e os respectivos percentuais de resposta encontram-se na Tabela 1.

Em relação aos medicamentos, dos médicos que acreditam que a utilização por parte desses pacientes pode alterar a cavidade bucal, cinco (83,3%) citaram o

sulfato ferroso por manchar os dentes e um (16,7%) os xaropes, por conterem açúcar. Contudo, quatorze (70,0%) enfermeiros e auxiliares de enfermagem afirmaram que os medicamentos podem causar dentes amarelados e/ou enfraquecidos, enquanto que, três (15%) responderam manchamento pelo sulfato ferroso e outros três (15%) não sabiam dizer qual a alteração decorria do uso de medicamentos.

Ao serem interrogados sobre qual o critério usado para a prescrição de medicamentos para crianças e adolescentes com IRC, 50,0% (n=7) dos médicos disseram ser o quadro clínico do paciente, enquanto, que 42,9% (n=6) responderam o fator econômico como principal critério. Um médico (7,1%) considerou a idade como principal critério.

Do total de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, 65,5% (n=19) acreditam que os cuidados com a saúde bucal dos pacientes com IRC devem ser diferentes dos pacientes saudáveis. No entanto, 57,1% (n=8) dos médicos não acham que seja necessário esse cuidado especial, e somente um (7,1%) citou o risco de endocardite bacteriana como motivo para realização de uma higiene bucal melhor.

Sendo assim, quando questionados sobre qual profissional deve orientar o paciente com IRC sobre higiene bucal, a especialidade mais citada pela amostra foi o dentista (n=19, 26,0%), seguido do enfermeiro (n=17, 23,2%) e do nefrologista (n=16, 21,9%). Outros profissionais também citados foram o pediatra (n=12, 16,4%) e auxiliar de enfermagem (n=7, 9,58%). As justificativas para a escolha do profissional mais indicado a orientar sobre higiene bucal encontram-se na Tabela 2 .

Com relação à frequência ideal das visitas dos pacientes portadores de IRC ao dentista, sete médicos (50,0%) e a maioria dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem (n=22, 75,9%) disseram ser de 6/6 meses (Tabela 3). Vale ressaltar

que 78,5% (n=11) dos médicos e 55,1% (n=16) enfermeiros e auxiliares de enfermagem reconhecem que a fonte de infecção na cavidade bucal pode agravar o estado de saúde geral do paciente com IRC. No entanto, apenas 17,2% (n=5) de enfermeiros e auxiliares de enfermagem costumam encaminhar o paciente a serviços odontológicos, enquanto 78,5% (n=11) dos médicos têm este hábito. Contudo, apenas 7,1% (n=1) dos médicos faz como rotina, sem que o paciente apresente qualquer sinal ou sintoma bucal.

Ao serem questionados se a dieta do paciente com IRC pode influenciar o aparecimento de cáries, 41,9% (n=18) do total da amostra disseram que sim, 32,5% (n=14) responderam negativamente e 25,6% (n=11) não souberam responder a pergunta.

Gráfico 1 - Frequência das manifestações bucais decorrentes da IRC citadas pelos sujeitos da amostra

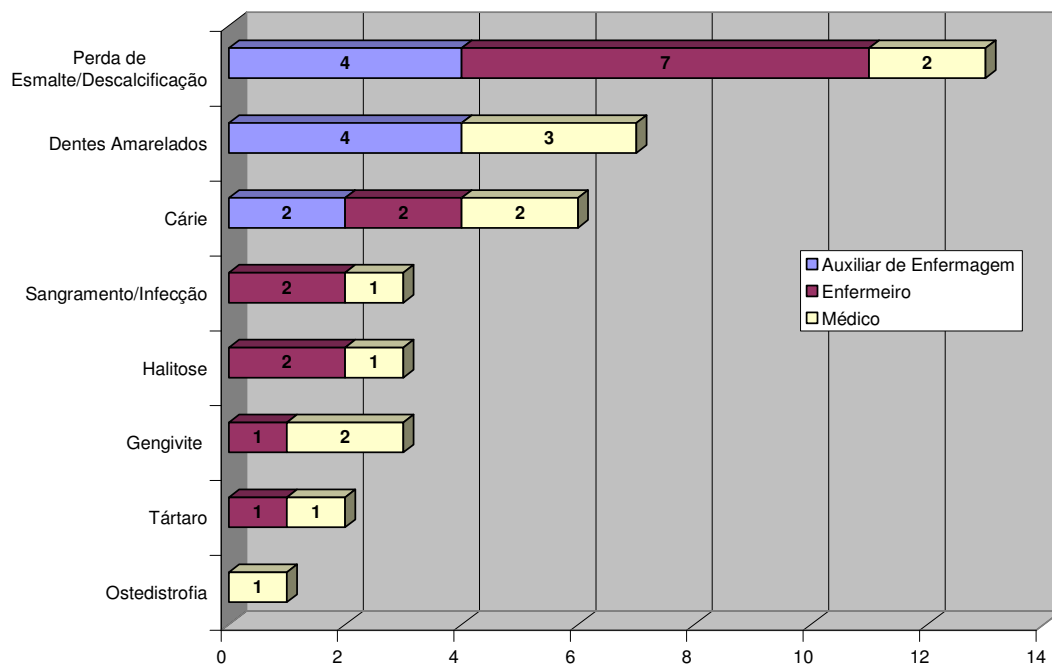


Tabela 1 – Perguntas realizadas aos profissionais de saúde e respectivos percentuais de resposta

Perguntas aos profissionais de saúde	Médicos (n=14)			Enfermeiros e Aux.de Enfermagem (n=29)			Total da Amostra (n=43)			p valor
	sim	não	não sei	sim	não	não sei	sim	não	não sei	
1) Saúde bucal pode agravar saúde geral?	12 (85,7%)	1 (7,1%)	1 (7,1%)	22 (75,9%)	5 (17,2%)	2 (6,9%)	34 (79,0%)	6 (13,95%)	3 (6,97%)	$p<0,05^*$
2) Já recomendou cuidado de higiene bucal ?	11 (78,0%)	3 (21,4%)	----	11 (37,9%)	18 (62,1%)	---	22 (51,1%)	21 (48,8%)	----	$p=0,87$
3) As medicações administradas podem alterar a cavidade bucal?	6 (42,9%)	4 (28,6%)	4 (28,6%)	20 (69,0%)	6 (20,7%)	3 (10,3%)	26 (60,4%)	10 (23,2%)	7 (16,2%)	$p<0,05^*$
4) Se positivo na pergunta anterior: estas alterações são informadas aos responsáveis?	5 (83,3%)	1 (16,7%)	-----	6 (30%)	12 (60,0%)	2 (10,0%)	11 (25,5%)	13 (30,2%)	2 (4,65%)	$p=0,06$

* correlação estatisticamente significativa

Tabela 2 - Frequência das respostas da equipe de nefrologia sobre a escolha do profissional para orientar higiene bucal.

	Médicos	Enfermeiros e Aux. Enfermagem
Dentista tem maior conhecimento	5 (35,7 %)	10 (34,5 %)
Orientação é parte da pediatria	3 (21,4%)	0
Pediatra tem maior acesso ao paciente	3 (21,4 %)	0
Nefrologista tem maior acesso ao paciente	1 (7,1%)	5 (17,2%)
Enfermeiro e Aux. de Enfermagem tem maior acesso ao paciente	0	10 (34,4%)
Todos têm responsabilidade	2 (14,3%)	4 (13,8%)

Teste Qui-quadrado $p=0,003$.

Tabela 3 – Frequência sugerida pelos profissionais de saúde da amostra para as visitas do paciente com IRC ao dentista.

	Médicos	Enfermeiros e Aux. Enfermagem
Anualmente	0	2 (6,9%)
6/ 6 meses	7 (50,0%)	22 (75,9%)
3/3 meses	3 (21,4%)	3 (10,3%)
Mensal	0	1 (3,4%)
Não sei	4 (28,6%)	1 (3,4%)

Teste Qui-quadrado $p=0,079$.

DISCUSSÃO

Considerando que a equipe presente nos serviços de nefrologia tem maior contato com os pacientes portadores da patologia em questão, torna-se interessante abordar o nível de conhecimentos destes profissionais e suas atitudes em relação a esses pacientes.

Em um estudo realizado por TSAMTSOURIS & GRAVIS (1990) com pediatras observou-se que apenas 13,4% consideravam seus conhecimentos de saúde oral excelentes e 33,4% sentiam que precisam melhorá-los. A maioria dos trabalhos que tratam das percepções e atitudes dos médicos é realizado com pediatras, porém não foram encontrados na literatura consultada nenhuma pesquisa com nefrologistas e nefropediatras.

Apesar da equipe de nefrologia ser composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas e fisioterapeutas, as duas últimas classes de profissionais aparecem em número reduzido. Tal fato poderia gerar confundimento na análise estatística. Além disso, o contato dessas especialidades com o paciente é menor. Por isso, optou-se por não incluí-los no estudo.

A maior parte dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem afirmou que existem alterações bucais relacionadas à IRC. Parte das manifestações bucais mais comuns nos pacientes foi identificada por alguns profissionais. Entretanto, eles ainda necessitam de maior conhecimento para reconhecerem outras alterações, como estomatite urêmica, equimoses, inflamação gengival, perda de inserção dentária e atrasos na erupção dentária. A partir daí espera-se que a condição de saúde bucal dos pacientes melhore substancialmente, diminuindo o número de lesões de cárie e de doença periodontal e reduzindo significativamente o risco de uma infecção sistêmica de origem dentária, tornando-os aptos a receberem transplante renal (6,8).

Mesmo que mais da metade do total da amostra reconheça que há pacientes que necessitam de tratamento odontológico, poucos os encaminham para o serviço, ao contrário do que foi encontrado por CAVALCANTI et al. (1999), em cujo estudo 89% dos pediatras encaminhavam seus pacientes ao odontopediatra. Os médicos entrevistados relataram a falta de disponibilidade de serviços odontológicos para realizarem o encaminhamento das crianças com IRC, realidade semelhante a do levantamento feito por LEWIS et al. (2000) nos EUA, onde mais de 50% dos pediatras encontraram dificuldades para encaminhar pacientes que não possuíam seguro odontológico ao dentista. Somando-se a isso, a rotina das crianças em hemodiálise ocupa grande parte do tempo que poderia ser destinado à visita ao dentista. Dessa forma, o preparo da equipe de nefrologia se torna extremamente importante, uma vez que eles são o principal elo no fornecimento de informações aos responsáveis e aos pais e terão várias oportunidades para fazê-lo.

Algumas alterações dentárias causadas por medicamentos, como a pigmentação extrínseca pelo sulfato ferroso ou lesões de cárie pelo uso freqüente de

medicamentos líquidos orais, poderiam ser evitadas ou minimizadas, realizando-se a lavagem da boca após a ingestão dos mesmos e profilaxia profissional periódica no dentista (11,12). Entretanto, poucos profissionais da amostra sabiam deste fato. Vale salientar também que alguns medicamentos para pacientes com IRC apresentam alto custo. Sendo assim, muitas vezes as famílias optam por soluções líquidas, mais baratas, que usualmente contém alto teor de açúcar (12).

Os pacientes com doença renal crônica possuem orientações dietéticas de acordo com a taxa de filtração glomerular e o tipo de tratamento que realizam. Todos são encorajados a fazerem ingestão de grande quantidade de carboidratos, preferencialmente os complexos e a restringirem o consumo de proteínas (LEVY 1988). Vale lembrar que os carboidratos simples são permitidos e, caso a higiene bucal não seja realizada o risco de aparecimento de cárie aumentará ainda mais se esse hábito for perpetuado após o transplante. A maioria dos profissionais entrevistados não soube ou não associou a dieta ao aparecimento de cárie, evidenciando um conhecimento não adequado sobre o tema.

Apesar de muitos acreditarem que seja responsabilidade do cirurgião-dentista orientar quanto à higiene bucal, LEWIS et al. (2000) concluiu que os médicos acreditam que possuem papel importante na promoção de saúde oral. Em estudo realizado por PANDOLFI et al. (2001), concluiu-se que o pediatra mostra grande interesse quanto à saúde bucal de seus pacientes, reforçando a necessidade da interação pediatra-odontopediatra. No caso da IRC, seria de grande valia que os médicos recebessem orientação e motivação dentro dos serviços de nefrologia visto que o comprometimento bucal pode afetar a saúde geral desses pacientes (ROBERTS et al. 1997). O risco aumentado de infecções associada com bacteremia

odontogênica deve chamar atenção para redução de carga bacteriana oral, conseguida através de dentes livres de biofilme e sem inflamação gengival.

Alguns profissionais da pesquisa orientam para a realização de higiene bucal, para o uso de soluções fluoretadas e/ou antisépticas para bochecho. Salienta-se que tal indicação deve ser realizada cuidadosamente como prescrição nos casos de pacientes portadores de IRC, uma vez que a ingestão indevida desses produtos trará problemas para o paciente devido à incapacidade do rim de filtrar essas soluções (11).

Percebe-se a necessidade de estabelecer-se um programa de capacitação em saúde bucal aos profissionais que acompanham pacientes com IRC, por meio de palestras, cursos de extensão e distribuição de material informativo nos hospitais e serviços de nefrologia. O ideal seria que o cirurgião-dentista estivesse inserido na equipe de atendimento ao pacientes portadores de IRC de cada hospital. No entanto, enquanto isso não é viável, faz-se necessária a participação ativa dos demais profissionais, enfermeiros, médicos, nutricionistas entre outros, na prevenção em saúde bucal, detectando os primeiros sinais de alterações bucais, contribuindo, assim, para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Uma vez que a equipe conheça e saiba identificar as manifestações bucais da IRC e reconheça a importância dos cuidados para se evitar complicações de saúde geral nesses pacientes, serão mais conscientes, atuando conjuntamente com o dentista para promover qualidade de vida para os mesmos.

CONCLUSÃO

Diante da amostra pesquisada, pode-se concluir que a dimensão educativa da equipe de saúde na promoção de saúde bucal de crianças e adolescentes portadores de IRC é pequena. Apesar do interesse da equipe pela saúde bucal dos pacientes, pode-se observar, através de suas percepções, que existe pouco conhecimento dos mesmos sobre o tema. Há necessidade ainda maior de informação e motivação dos profissionais que lidam com pacientes renais, com o objetivo de tornar eficaz a prevenção em saúde bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giuseppe GD, Nobile CGA, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. BMC Public Health 2006;6:176.
2. Kho HS, Lee SW, Chung SC, Kim YKI. Oral manifestations and salivary flow rate, pH, and buffer capacity in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999;88:316-9.
3. Nunn JH, Ng SK, Sharkey I, Coulthard M. The dental implications of chronic use of acidic medicines in medically compromised children. Pharm World Sci 2001;23:118-9.
4. Jacobsen PL, Chávez EM. Clinical Management of the Dental Patient Taking Multiple Drugs. The Journal of Contemporary Dental Practice 2005; 6: 4: 1-15.
5. Leite CG, Monção SMM. Rotinas do serviço de pediatria do Hospital dos Servidores do Estado. 6a ed. Revista e ampliada. Rio de Janeiro: Revinter Ltda. 1998;11:400-408.

6. Naugle K, Darby ML, Bauman BD, Lineberger LT, Powers R. The dental status of individuals on renal dialysis. *Ann Periodontol* 1998;3:197-205
7. Tsamtsouris A, Gravis V. Survey of pediatrician's attitudes towards pediatric dental health. *J Clin Ped Dent* 1990; 14: 152-64.
8. Marakoglu I, Gursoy UK, Demirer S, Sezer H. Periodontal status of chronic renal failure patients receiving hemodialysis. *Yonsei Med J* 2003; 44:648–652.
9. Cavalcanti AL, Albuquerque ATDL, Santana MA. Conhecimentos e atitudes do médico pediatra das cidades de João Pessoa e Campina Grande com relação à saúde bucal. *Pediatria Moderna* 1999; 35:411- 414.
10. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The Role of the Pediatrician in the Oral Health of Children: A National Survey. *Pediatrics* 2000; 106:84.
11. Nunn JH, Ng SK, Sharkey I, Coulthard M. The dental implications of chronic use of acidic medicines in medically compromised children. *Pharm World Sci* 2001;23:118-9.
12. Maguire A, Rugg-Gunn AJ. Prevalence of long-term use of liquid oral medicines by children in the northern region. England. *Community Dent Health* 1994;11:91-6.
13. Levy H.M. Dental considerations for the patient receiving dialysis for renal failure. *Spec Care Dentist* 1988;8:34-6.
14. Pandolfi M, Maeda FH, Torres PL, Gomes LP. Perfil de médicos pediatras do estado do Espírito Santo diante da saúde bucal. *UFES REV* 2001;Odontol Vitória, 3: 80-87.
15. Roberts GJ. Dentists are innocent! Everyday bacteraemia in the real culprit: a review and assessment of the evidence that dental surgical procedures are a

principal cause of bacterial endocarditis in children. *Pediatr Cardiol* 1997; 20: 317-325.

16. Davidovich E, Davidovits M, Eidelman E, Schwarz Z, Bimstein E. Pathophysiology, therapy, and oral implications of renal failure in children and adolescents: an update. *Pediatr Dent* 2005; 27:98-106.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer ao Prof. Ronir Raggio Luiz o apoio estatístico deste trabalho.

5 DISCUSSÃO

A incidência e a prevalência da insuficiência renal crônica na faixa etária infantil sofrem variação de acordo com características individuais e condição socioeconômica de cada país. Sendo assim, a fim de propiciar maior tamanho da amostra, de uma forma mais homogênea com relação à dentição, o presente estudo incluiu não apenas crianças, como também adolescentes, na faixa etária de 6 a 18 anos de idade, com dentição mista até dentição permanente completa.

Apesar de existirem inúmeros serviços de nefrologia na cidade do Rio de Janeiro e cidades vizinhas, apenas uma minoria presta atendimento a crianças e adolescentes. No entanto, com a colaboração da Fundação do Rim – entidade sem fins lucrativos que presta assistência a crianças e adolescentes com IRC – foram localizados, na cidade do Rio de Janeiro, um hospital e duas clínicas que oferecem serviço de nefropediatria. Dessa forma, no período de dezembro de 2006 a março de 2007, 48 sujeitos foram selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, para compor o Grupo Renal (GR) do presente trabalho.

O Grupo Saudável (GS) sem história de doenças crônicas foi selecionado de uma igreja localizada na mesma região administrativa dos hospitais da pesquisa, sendo possível parear os grupos de acordo com sexo, idade e nível socioeconômico. A igreja foi o local escolhido em detrimento à faculdade de odontologia para que a amostra não fosse tendenciosa, uma vez que os pacientes que procuram por atendimento nesses locais, na maioria das vezes, possuem alguma necessidade odontológica.

Apesar de, na literatura consultada, o tamanho da amostra variar de 34 a 105 sujeitos para o grupo de pacientes portadores de IRC (KITSOU et al., 2000; AL-

WAHADNI, et al., 2003; MARAKOGLU et al. 2003; DAVIDOVICH et al., 2005; BOTS et al., 2006), tais amostras são compostas por adultos e, muitas vezes, incluem pacientes transplantados. Entre os estudos que utilizaram faixa etária correspondente à presente pesquisa, o número da amostra variou de 10 a 53 pacientes (JAFFE et al., 1986; OBRY et al., 1987 NUNN et al., 2000-a; NAKHJAVANI & BAYRAMY, 2007). Dessa forma, o tamanho amostral deste estudo foi considerado satisfatório do ponto de vista clínico.

No Brasil e na literatura mundial, são poucos os estudos comparando-se, de forma pareada, o índice de cárie de pacientes renais com grupo controle saudável, o que, para a análise dos resultados, torna o estudo mais fiel à realidade do local onde este está sendo realizado. Os achados do presente estudo não verificaram o efeito protetor da saliva descrito em outros estudos com pacientes nefropatas (DAVIDOVICH et al., 2005; PROCTOR et al., 2005; KLASSEN et al., 2002). Segundo WOLF et al (1985) e NUNN et al (2000-a), os pacientes jovens são os que mais apresentam este efeito. No entanto, observou-se que 43,7% dos pacientes apresentaram alguma história de cárie, sendo que 31,1% destes, com três ou mais dentes cariados.

A experiência de cárie dos pacientes do grupo renal foi semelhante às encontradas no grupo saudável, reforçando a hipótese de que o efeito da uréia salivar não foi suficientemente capaz de impedir o aparecimento da doença. Fatores como a ingestão de medicamentos líquidos orais de uso prolongado, ricos em sacarose e com baixo pH, consumo de carboidratos fermentáveis, deficiência nos cuidados de higiene bucal e baixo status socioeconômico podem contribuir para a desmineralização da superfície do esmalte dental.

Neste estudo, procurou-se fazer uma avaliação da dieta de ambos os grupos (renal e saudável) para análise comparativa. De acordo com a literatura (LEVY 1988), os pacientes renais crônicos são estimulados a consumirem de 30,0% a 55,0% das calorias sob a forma de carboidratos, preferencialmente os complexos, porém algumas vezes também sob a forma de doces e biscoitos. Neste trabalho, o histórico de dieta fornecido pelos responsáveis não revelou o consumo de grandes quantidades de chocolates, tortas e bolos. Entretanto, pôde-se perceber que o lanche oferecido aos pacientes durante as sessões de hemodiálise era composto de suco e biscoito recheado, bolo ou doce, ficando o biofilme cariogênico acumulado nos dentes até o fim da sessão.

O índice médio de CPOD-I nos pacientes com IRC pode ser explicado também pela presença de uma doença potencialmente letal, o que leva muitas famílias a negligenciarem os cuidados de manutenção de saúde bucal, privilegiando a desordem sistêmica principal (ROBERTS & ROBERTS, 1981; CASTRO et al., 2001; RAMOS, 2002; MACHADO et al., 2007). Fatos como estes servem para ressaltar a importância de programas de atenção à saúde bucal dentro do mesmo ambulatório, onde crianças e adolescentes fazem o tratamento médico, e da inserção deste serviço na equipe multidisciplinar que atende pacientes com insuficiência renal crônica.

A maior parte da amostra tinha renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos sendo que cada paciente com IRC tinha pelo menos mais um irmão. Alguns autores descreveram a condição socioeconômica do paciente como fator facilitador do risco à cárie, visto que pacientes de baixa renda apresentam carência de informações sobre cuidados bucais, falta de condições sanitárias (RESINE & DOUGLAS, 1998; KINIRONS & STEWERT, 1998) e possivelmente experimentam altos níveis de

estresse (WHITE 2002). Outra teoria que explicaria altos níveis da doença em indivíduos de baixa renda, é a de que pessoas com formação socioeconômica baixa estão mais propensas a se engajarem em comportamentos danosos para sua saúde (DAVEY-SMITH 1994).

No presente estudo, durante as entrevistas, constatou-se que as principais necessidades odontológicas de crianças e adolescentes com IRC não eram dentes cariados, dor ou alterações na estrutura do dente e sim, profilaxia e consulta de revisão. Desse modo, pode-se concluir que a maior parte dos responsáveis não percebeu adequadamente a necessidade de tratamento dos seus filhos. Menos da metade destes havia recebido orientação de higiene bucal, sendo esta feita exclusivamente pelo dentista. Este fato demonstra que os profissionais de saúde que acompanham esses pacientes não os informa sobre cuidados preventivos de higiene bucal.

A última visita ao dentista para quase todas as crianças com IRC havia ocorrido há mais de seis meses. Os responsáveis apontaram algumas dificuldades para conseguir atendimento odontológico para seus filhos, corroborando com estudos de ANDRADE (2000) e AL AGILI (2002), sendo a principal delas a restrição financeira, seguida do tempo e da dificuldade de acesso.

Estudos com médicos pediatras (CAVALCANTI et al.,1999; PANDOLFI et al 2001) revelam que apesar do grande interesse do pediatra quanto à saúde bucal de seus pacientes, existe necessidade ainda maior de informação. Este desconhecimento é notado também em relação à doença cárie, e é explicado, segundo FIGUEIREDO et al (1997), pela falta de informações, por parte desses profissionais, dos conceitos sobre a cárie dentária como uma doença multifatorial, infecto-contagiosa e transmissível. A boa assistência e o acompanhamento

criterioso da saúde bucal são essenciais, não apenas para garantir saúde oral, como também uma visão integral para crianças e adolescentes com doenças crônicas, otimizando a qualidade de vida desses pacientes

A maioria dos trabalhos que tratam das percepções e atitudes dos médicos é realizada com pediatras, porém na literatura científica consultada não foram encontrados nenhuma pesquisa com nefrologistas e nefropediatras. A pesquisa com estes profissionais é de extrema importância, tendo em vista os cuidados de saúde oral de que os pacientes renais crônicos necessitam. Um foco bucal de infecção pode trazer sérios danos à saúde do paciente. Aproximadamente um terço dos pacientes com IRC apresentam respostas imunes celulares e humorais suprimidas e concentrações séricas de IgA, IgM e IgG subnormais (BOKOR-BRATIC 2000). Assim, a despeito da presença ou não de lesão cariosa, segundo WESTBROOK (1978), os cuidados odontológicos nos pacientes em hemodiálise e transplantados renais deveriam assumir lugar de destaque.

Dos médicos entrevistados, 28,6% responderam desconhecer se o paciente com IRC pode ter alguma alteração bucal decorrente da doença. O presente estudo verificou que a orientação sobre os cuidados com a saúde bucal não fazem parte da agenda de metade dos profissionais, concordando com os achados de CASTRO (2002) e HALBERG & KLINGBERG (2005), mas era vista por estes como responsabilidade dos dentistas. Estes estudos mostraram que a saúde oral não está integrada ao cuidado médico da criança sistemicamente comprometida, o que implica em risco de problemas bucais nestes pacientes. Os autores sugerem que, para colocar a cavidade oral e a saúde oral na agenda médica, os dentistas precisam influenciar na formação acadêmica destes profissionais e dar início a um processo de cooperação por meio da troca de conhecimentos .

O achado desta pesquisa corrobora com estudo de SCHALKA & RODRIGUES (2000), no qual concluíram que o conhecimento do médico pediatra sobre saúde bucal pode ser melhorado se houver maior integração com a odontologia. A inserção do cirurgião-dentista nos hospitais de atendimento desses pacientes sanaria parte dos problemas odontológicos, porém esta é uma realidade político-socioeconômica distante no país. Faz-se necessário um esforço da equipe que presta atendimento primário a esta população na realização de um trabalho de educação preventivo em saúde bucal.

Os profissionais de saúde consultados reconheceram a importância da saúde bucal para as crianças e adolescentes com IRC, entretanto poucos exercem o papel de educadores, orientando os pacientes. A conscientização de um envolvimento multidisciplinar no atendimento ao paciente com doença renal poderia contribuir na melhoria do tratamento e no prognóstico da doença, assim como proporcionar a esses pacientes uma melhor condição odontológica. Desse modo, espera-se estar contribuindo também com uma melhoria na qualidade de vida, tanto das crianças, como de toda a família.

6 CONCLUSÃO

Diante das amostras pesquisadas e das metodologias empregadas pode-se concluir que:

- 1.** A maioria dos responsáveis não foi capaz de detectar a presença de cárie em crianças e adolescentes com IRC, nem os fatores de risco associados a ela, como o uso de medicamentos líquidos orais e a dieta cariogênica.
- 2.** A experiência de cárie de crianças e adolescentes com IRC foi considerada expressiva assim como no grupo de crianças saudáveis. Sugere-se uma possível relação com o consumo de carboidratos fermentáveis e uso de medicamentos líquidos orais.
- 3.** As atitudes dos médicos e profissionais da área de enfermagem não foram consideradas satisfatórias para as necessidades de saúde bucal dos pacientes com IRC, com alta prevalência de cárie, dieta com consumo elevado de carboidratos e uso crônico de medicamentos orais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL AGILI, D.E.; ROSEMAN, J.M.; PASS, M.A.B. ET AL. Parent's perceptions of access to dental care for children with special needs. **Journal of Dental Research**, 2002; v.81, spec iss A, n.3569, p.438.

AL NOWAISER, A.; ROBERTS, G.J.; TROMPETER, R.S.; WILSON, M.; LUCAS, V.S. Oral health and oral streptococcal flora of children with chronic renal failure. **Pediatr Nephrol**, 2003; v.18, p.39-45.

AL-WAHADNI, A.; AL-OMARI, M.A. Dental diseases in a Jordanian population on renal dialysis. **Quintessence Int**, 2003; v.34(5), p.343-347.

ANDRADE, L.H.R.; BUNDZMAN, E.R.; ELIAS, R.A. Conhecimentos de saúde bucal de responsáveis por pacientes especiais. **Pesquisa Odontol Bras**, 2000; v.14, suplemento n.1038, p.16.

BHAVINA, S.; TALEKAR, R.; ROZIER, G.; SLADE, G. D.; ENNETT, S. T. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. **Jada**, 2005; v.136, p.364-372.

BOKOR-BRATIC, M. Clinical significance of analysis of immunoglobulin A levels insaliva. **Med Pregl**, 2000; v.53, p.64-68.

BOTS, C.P.; POORTERMAN, J.H.; BRAND, H.S.; KALSBECK, H.; VAN AMERONGEN, B.M.; VEERMAN, E.C.; NIEUW AMERONGEN, A.V. The oral health status of dentate patients with chronic renal failure undergoing dialysis therapy. **Oral Dis**, 2006; v.12, p.176-180.

CASTRO, G.F.; CASTRO, R.A.L.; SOUZA, I.P. Paciente pediátrico com doença sistêmica: considerações importantes do atendimento primário ao paciente especial. **Revista do Centro de Estudos FO/UERJ**, 2001; v.II, p.42-46 (a).

CASTRO, G.F.; ROBEIRO, A.A.; PORTELA, M.B.; SILVA, S.L.M. Conhecimentos e atitudes de médicos em relação à cárie precoce em crianças HIV. **RBO**, 2002; v.59, n.1, jan/fev (b).

CAVALCANTI, A.L.; ALBUQUERQUE, A.T.D.L.; SANTANA, M. A. Conhecimentos e atitudes do médico pediatra das cidades de João Pessoa e Campina Grande com relação à saúde bucal. **Pediatria Moderna**, 1999; v.35, n.6, p.411-414.

CHAN, J.C.; WILLIAMS, D.M.; ROTH, K.S. Kidney Failure in Infants and Children. **Pediatr Rev**, 2002; v.23, p.47-60.

DAVEY-SMITH, G.; BLANE, D.; BARTLEY, M. Explanations for socioeconomic differentials in mortality: evidence from Britain and elsewhere. **Eur J Public Health**, 1994; v.4, p.131-144.

DAVIDOVICH E.; SCHWARZ Z.; DAVIDOVITCH M.; EIDELMAN E.; BIRMSTEIN E. Oral findings and periodontal status in children, adolescents and young adults suffering from renal failure. **J Clin Periodontol**, 2005; v.32, p.1076-1082.

EPSTEIN, S.R.; MANDEL, I.; SCOPP, I.W. Salivary composition and calculus formation in patients undergoing hemodialysis. **J. Periodontol**, 1980; Chicago, v.51, n.6, p.336-338.

FIGUEIREDO, M.C.; PALMINI A.L.; ASSUMPÇÃO, R.M.R. A importância da interação pediatria-odontopediatria no atendimento integral à criança. **RFO UFP**, 1997; v.2, p.11-18.

FUJIMAKI, M.; ROSA, O. P. S.; TORRES, S. A. Microrganismos cariogênicos em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev Odontol Univ São Paulo**, 1998; São Paulo, v.12, n.2, p.149-158, abr. /jun.

GAVALDÁ, C.; BAGÁN, J. V.; SCULLY, C.; SILVESTRE, F. J.; MILIÁN, M.A.; JIMÉNEZ, Y. Renal hemodialysis: oral, salivary, dental and periodontal findings in 105 adult cases. **Oral Dis**, 1999, Hampshire, v.5, n.4, p.299-302, oct.

HALLBERG, U.; KLINGBERG, G.; Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. **Eur J Oral Sci**, 2005; n.113, p.363-368.

HUTTON, C.E. Intradental lesions and their reversal in a patient being treated for end stage renal disease. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, 1985, v.60, p.258-261.

INGLEHART, R.; BASAÑEZ, M.; DIEZ-MEDRANO, J.; HALMAN, L.; LUIJKX, R. Human beliefs and values: a cross-cultural sourcebook based on the 1999-2002 Values Surveys. **Siglo XXI**, Mexico City, 2004.

JAFFE, E. C.; CHANTLER, C.; CARTER, J. E. Dental findings in chronic renal failure. **Br Dent J**, 1986; v.160, n.1, p.18-20.

KHO, H.S.; LEE, S.W.; CHUNG, S.C.; KIM, Y.K. Oral manifestation and salivary flow rate, pH, and buffer capacity in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, 1999; v.88, p.316-319.

KINIRONS, M.J.; STEWART, C. Factors affecting levels of untreated caries in a sample of 14–15-year-old adolescents in Northern Ireland. **Community Dent Oral Epidemiol**, 1998; v.26, p.7-11.

KITSOU, V. K.; KONSTANTINIDIS, A.; SIAMOPOULOS, K.C. Chronic renal failure and periodontal disease. **Renal failure**, 2000; v.22, p.307-318.

KLASSEN, J.T.; KRASKO, B.M. The dental health status of renal transplant and dialysis patients. **Br J Oral Surg**, 2002; v.9, p.57-64.

LEVY, H.M. Dental considerations for the patient receiving dialysis for renal failure. **Spec Care Dentist**, 1988; v.8, p.34-36.

LEWIS, C.W.; GROSSMAN, D.C.; DOMOTO, P.K.; DEYO, R.A. The Role of the Pediatrician in the Oral Health of Children: A National Survey. **Pediatrics**, 2000; v.106, p.84.

MACHADO, F.C.; POMARICO, I.R.S.; TURA, L.F.R.; CASTRO, G.F. Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e atitude dos responsáveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos>.

MARAKOGLU, I.; GURSOY, U.K.; DEMIRER, S.; SEZER, H. Periodontal status of chronic renal failure patients receiving hemodialysis. **Yonsei Med J**, 2003; v.44, n.4, p.648-652.

MENDES, P.C.A. **Pacientes pediátricos com insuficiência renal crônica: suas condições bucais, percepções e atitudes de seus responsáveis frente à saúde.** 110 f Tese (Mestrado em Odontologia – Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

MOGHADAM, B.K.H.; GIER, R.E. Common and less common gingival overgrowth conditions, **Cutis**, 1995; v.56, p.46-48.

NAKHJAVANI, Y.B.; BAYRAMY, A. The dental and oral status of children with chronic renal failure. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, 2007; v.25, n.1, p.7-9.

NAUGLE, K.; DARBY, M.L.; BAUMAN, B.D.; LINEBERGER, L.T.; POWERS, R. The dental status of individuals on renal dialysis. **Ann Periodontol**, 1998, v.3, p.197-205

NUNN, J.H.; SHARP, J.; LAMBERT, H.J. PLANT, N.D.; COULTHARD, M.G. Oral health in children with renal disease. **Pediatr Nephrol**, 2000; v.14, p.997-1001.

OBRY, F.; BELCOURT, A.B.; FRANK, R.M.; GEISERT, J.; FISCHBACH, M. Biochemical study of whole saliva from children with chronic renal failure. **ASDC J Dent Child**, 1987; v.54, p.429-432.

OLIVEIRA, A.C.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A.; VALE, M.P.P. Equipe multidisciplinar de uma instituição para portadores de deficiência: atitudes relacionadas à saúde bucal. **Arq Odontol**, 2002; v.38, n.3, p.179-190.

PANDOLFI, M.; MAEDA, F.H.; TORRES, P.L.; GOMES, L.P. Perfil de médicos pediatras do estado do Espírito Santo diante da saúde bucal. **UFES REV Odontol Vitória**, 2001; v.3, n.1, p.80-87.

PROCTOR, R.; KUMAR, N.; STEIN, A.; MOLES, D.; PORTER, S. Oral and dental aspects of chronic renal failure. **J Dent Res**, 2005, v.84, n.3, p.199-208.

RAMOS, M.E.B. **Estudo comparativo da saúde bucal de crianças cardiopatas e não cardiopatas. Avaliação de variáveis biológicas e psico-sociais em relação ao risco de cárie dentária.** Tese para obtenção do grau de doutor em odontopediatria pela UFRJ, 2002.

RESINE, S.; DOUGLAS, J. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, 1998; v.26, p.32-44.

ROBERTS, G.J.; ROBERTS, I.F. Dental disease in chronically sick children. **ASDC J Dent Child**, 1981; Sep-Oct, v.48, n.5, p.346-351.

SCHALKA, M.M.S.; RODRIGUES, C.R.M.D. O perfil do médico pediatra da cidade de São Paulo em função de seu conhecimento em promoção de saúde bucal. **JBP**, 2000; v.3, n.11, p.62-71.

SCUTELLARI, P.N.; ORZINCOLO, C.; BEDANI, P.L.; ROMANO, C. Radiografic manifestations in teeth and jaws in chronic kidney insufficiency. **Radiol Med**, 1996; v.4, p.15-20.

SOARES, C.M.; OLIVEIRA, E.A.; DINIZ, J.S.; LIMA, E.M.; VASCONCELOS, M.M.; OLIVEIRA, G.R. Predictive factors of progression of chronic renal insufficiency: a multivariate analysis. **Pediatr Nephrol**, 2003; v.18, n.4, p.371-377.

SOUZA, C.R.D.; LIBÉRIO, S.A.; GUERRA, R.N.M.; MONTEIRO, S.; SILVEIRA, E.J.D. Avaliação da condição periodontal de pacientes renais em hemodiálise. **Rev Assoc Med Bras**, 2000, v.54, n.5, p.285-289.

TRENTINI, M. **Problemas bio-psico-sociais dos pacientes com insuficiência renal crônica sob tratamento hemodialítico prolongado em Florianópolis.** Dissertação de Mestrado em enfermagem – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 113 f., 1980.

WESTBROOK, S. D. Dental management of patients receiving hemodialysis and kidney transplants. **J Am Den Assoc**, 1978; v.96, n.3, p.464-468.

WHITE, K. N. A. Introduction to the sociology of health and illness. London: **Sage Publications**, 2002.

WOLF, A.; STARK, H.; SARNAT, H.; BINDERMAN, I.; EISENSTEIN, B.; DRUKKER, A. The dental status of children with chronic renal failure. **Int J Pediatr Nephrol**, 1985; v.6, n.2, p.127-132.

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

Parecer 137/2006
Processo 54/2006

Projeto de Pesquisa: "Percepção e atitudes de médicos, enfermeiros e responsáveis com relação a saúde bucal de pacientes com insuficiência renal crônica".

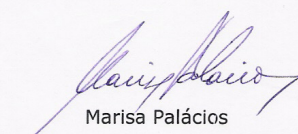
Orientadora: Glaucia dos Santos Athayde Gonçalves

O Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolveu APROVAR o presente projeto.

Informamos que o CEP está a disposição do pesquisador para quaisquer esclarecimento ou orientação que se façam necessários no decorrer da pesquisa.

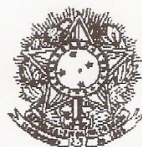
Lembramos que o pesquisador deverá apresentar relatório da pesquisa no prazo de um ano a partir desta data.

Cidade Universitária, 18 de dezembro de 2006.



Marisa Palácios
Coordenadora do CEP

ANEXO 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso
PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HGB 31/07.

Coordenadora: Sonia Paredes de Oliveira (Médica). Vice Coordenadora: Antonio Abílio P. Santa Rosa (Médico). Secretária Executiva: Cristina Carvalho V. de Araújo (Enfermeira) Artigo I. Membros Carlos Roberto Cabral (Representante dos Usuários) Giuseppe Santa Lucia (Médico) Cristiano Antonio S. Nogueira (Assistente Social) Lia Cristina Galvão dos Santos (Enfermeira) Márcia Natal Batista Abreu (Psicóloga) Marcos Andrade Silva (Enfermeiro) Maria Elisa Ferrão (Nutricionista) Virginia Ribeiro Lima e Andrade (Enfermeira) Projeto: "Percepções e atitudes de médicos, enfermeiros e responsáveis com relação à saúde bucal de pacientes com insuficiência renal crônica". Autor: Gláucia dos Santos Athayde Gonçalves	Rio de Janeiro, 9 de novembro de 2007. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso, após avaliação, considerou o projeto (CEP-HGB 31/07) aprovado, pois se encontra dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 196 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Informamos a necessidade de que no mês de maio de 2008, seja encaminhado a este CEP um relatório com os dados parciais da pesquisa. Solicitamos que ao término da mesma seja encaminhada a esta Comissão, uma cópia eletrônica (CD-R) do Relatório Final da Pesquisa.  Prof. MSc. Sonia Paredes de Oliveira Coordenadora do CEP-HGB
---	---

Seção 1.01 Hospital Geral de Bonsucesso
Av. Londres, 616 – Bonsucesso - Rio de Janeiro – RJ
CEP 21041-030

ANEXO 3 - TCLE- Treinamento e Confiabilidade



FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA
DISCIPLINA DE ODONTOPEDIATRIA

Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa

Percepções e atitudes de responsáveis com relação à saúde bucal de pacientes com Insuficiência Renal Crônica - IRC.

Prezado Responsável:

Será realizado um estudo na Faculdade de Odontologia da UFRJ com o objetivo de avaliar percepções e atitudes dos responsáveis com relação à saúde bucal de pacientes com Insuficiência Renal Crônica. O trabalho constará de exame bucal das crianças e adolescentes. A sua participação é voluntária e caso não queira participar, não ocorrerá qualquer prejuízo no atendimento do seu filho nesta Instituição. O nosso retorno se dará através de esclarecimentos odontológicos sobre saúde bucal e os pacientes receberão uma escova e pasta de dente, além de fio dental. As principais conclusões do trabalho serão repassadas através de folder explicativo que também incluirá a sugestão de um programa interdisciplinar de prevenção e assistência à criança portadora de insuficiência renal.

Qualquer informação adicional poderá ser fornecida pela pesquisadora responsável sempre que solicitada pelo tel.: (21) 38790555 ou 96440815. Os dados individuais dos pacientes serão mantidos sob sigilo, sendo manipulados apenas pelos responsáveis pela pesquisa e arquivados por um período de 5 anos. No entanto, o resultado final do trabalho, bem como a sua análise, serão publicados em literatura especializada e estarão disponíveis nas Bibliotecas Central do CCS e da Disciplina e Odontopediatria da UFRJ.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador responsável
GLAUCIA DOS SANTOS ATHAYDE GONÇALVES
Mestranda em Odontopediatria – FO/UFRJ

Assinatura do Orientador
PROF^ª DR^ª LAURA S.S. GUIMARÃES PRIMO
Coordenadora do curso de Mestrado em Odontopediatria – FO/UFRJ

Eu, _____, identidade nº. _____ responsável pelo menor _____, certifico que lendo as informações acima concordo com o que foi exposto, e autorizo a participação do menor e a utilização de minhas respostas para este estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do responsável

_____ Assinatura Testemunha (1) _____ Assinatura Testemunha (2)

ANEXO 4 - TCLE- Entrevista responsável e exame bucal das crianças e adolescentes



FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA
DISCIPLINA DE ODONTOPEDIATRIA

Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa

Percepções e atitudes de responsáveis com relação à saúde bucal de pacientes com Insuficiência Renal Crônica - IRC.

Prezado Responsável:

Será realizado um estudo na Faculdade de Odontologia da UFRJ com o objetivo de avaliar percepções e atitudes dos responsáveis com relação à saúde bucal de pacientes com Insuficiência Renal Crônica. O trabalho constará de entrevista com os responsáveis e de exame bucal das crianças e adolescentes. A sua participação é voluntária e caso não queira participar, não ocorrerá qualquer prejuízo no atendimento do seu filho nesta Instituição. O nosso retorno se dará através de esclarecimentos odontológicos sobre saúde bucal, os pacientes receberão uma escova e pasta de dente, além de fio dental e quando houver necessidade de tratamento odontológico, elas serão encaminhadas para a clínica de Odontopediatria da FO/UFRJ. As principais conclusões do trabalho serão repassadas através de folder explicativo que também incluirá a sugestão de um programa interdisciplinar de prevenção e assistência à criança portadora de insuficiência renal.

Qualquer informação adicional poderá ser fornecida pela pesquisadora responsável sempre que solicitada pelo tel.: (21) 38790555 ou 96440815. Os dados individuais dos pacientes serão mantidos sob sigilo, sendo manipulados apenas pelos responsáveis pela pesquisa e arquivados por um período de 5 anos. No entanto, o resultado final do trabalho, bem como a sua análise, serão publicados em literatura especializada e estarão disponíveis nas Bibliotecas Central do CCS e da Disciplina e Odontopediatria da UFRJ.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador responsável
GLAUCIA DOS SANTOS ATHAYDE GONÇALVES
Mestranda em Odontopediatria – FO/UFRJ

Assinatura do Orientador
PROF^A DR^A LAURA S.S. GUIMARÃES PRIMO
Coordenadora do curso de Mestrado em Odontopediatria – FO/UFRJ

Eu, _____, identidade nº. _____ responsável pelo menor _____, certifico que lendo as informações acima concordo com o que foi exposto, e autorizo a participação do menor e a utilização de minhas respostas para este estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2007

Assinatura do responsável

Assinatura Testemunha (1) _____

Assinatura Testemunha (2) _____

ANEXO 5 – TCLE- Entrevista médicos e enfermeiros



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA
DISCIPLINA DE ODONTOPEDIATRIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa

Percepções e atitudes dos profissionais da área de saúde com relação à saúde bucal de pacientes com Insuficiência Renal Crônica - IRC.

Prezado (a) Médico/ Enfermeiro ou Auxiliar de Enfermagem

A Disciplina de Odontopediatria da UFRJ está realizando uma pesquisa para avaliar as percepções e atitudes dos profissionais da área de saúde com relação à saúde bucal de pacientes com Insuficiência Renal Crônica. Para isso será necessário responder a uma entrevista com perguntas abertas e fechadas. A sua participação é voluntária, e caso não queira participar, não haverá nenhum prejuízo ao seu trabalho nesta instituição. Em caso de desistência, suas respostas serão inutilizadas. O nosso retorno se dará através de esclarecimentos odontológicos sobre saúde bucal. As principais conclusões do trabalho serão repassadas através de folder explicativo que também incluirá a sugestão de um programa interdisciplinar de prevenção e assistência à criança portadora de insuficiência renal.

A pesquisadora responsável Gláucia dos Santos Athayde Gonçalves poderá ser contactada para esclarecimento de dúvidas, a qualquer momento, pelos telefones 38790555/96440815. Os dados individuais dos participantes serão mantidos sob sigilo, sendo manipulados apenas pelos responsáveis pela pesquisa e arquivados por um período de 5 anos. Entretanto, os resultados em sua totalidade serão publicados em literatura científica especializada, estando também disponíveis para consulta nas Bibliotecas Central do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFRJ) e da Disciplina de Odontopediatria da FO-UFRJ. Desde já, agradecemos a sua atenção e o tempo dispensados no apoio e colaboração a esta pesquisa.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador responsável
GLAUCIA DOS SANTOS ATHAYDE GONÇALVES
Mestranda em Odontopediatria – FO/UFRJ

Assinatura do Orientador
PROF^ª DR^ª LAURA S.S. GUIMARÃES PRIMO
Coordenadora do curso de Mestrado em Odontopediatria – FO/UFRJ

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2007

Assinatura do (a) Pediatra
RG

_____ testemunha 1

_____ testemunha 2

ANEXO 6



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS RESPONSÁVEIS DE
PACIENTES COM IRC**

Data da entrevista: ___ / ___ / ____ Número do paciente ____ Idade: ____ Gênero: () M () F
Irmãos: sim () não () Quantos: ____ Quem cuida da criança: ____

1. Grau de escolaridade dos responsáveis:

Pai () Sem escolaridade

Mãe / Outro () Sem escolaridade

- () Ensino fund. completo () Ensino fund. incompl. () Ensino fund. completo () Ensino fund. incompl.
() Ensino médio completo () Ensino médio incompl. () Ensino médio completo () Ensino médio incompl.
() Ensino sup. completo () Ensino sup. incompl. () Ensino sup. completo () Ensino sup. incompl.

2. Renda Familiar () Menor que 1 salário mínimo () Entre 1e 3 salários mínimos
() De 3 a 8 salários mínimos () Acima de 8 mínimos

3. Quando ocorreu o diagnóstico da IRC da criança? _____

4. Há quanto tempo seu (a) filho (a) faz tratamento para a IRC? _____

5. Qual o tipo de tratamento que ele realiza atualmente?

() Conservador () Diálise peritoneal () Hemodiálise

6. Desde o momento do diagnóstico até hoje, houve alguma mudança no tipo de tratamento realizado para a IRC do seu (a) filho (a)? () não () sim - Qual? _____

7. Quais os medicamentos que seu filho faz uso constante:

() Carbonato de Cálcio () Complexo B () Vitamina C () Calcitrol () Sulfato ferroso
() Imunossupressor () Anti-hipertensivo () Hemax () Renagel () Nuripurum
() Ac. Fólico () Heparina () outros: _____

8. Você acha que seu filho pode ter alguma complicação bucal decorrente da IRC? () não sei () sim
() não

9. Caso positivo, seu filho possui alguma alteração bucal? () não sei () sim () não

10. Seu filho possui algum dos problemas a seguir?

() Xerostomia/sensação de boca seca () Sangramento gengival () Cálculo /tártaro
() Lesão ou ferida na cavidade bucal () Alteração do paladar () Perda do paladar () Não sei
() Hálito urêmico/mau-hálito () Dificuldade mastigatória () Outras _____

11. Quantas refeições seu filho faz por dia? () 3 () 4 () 5 () mais de 5
12. O que seu filho normalmente come no café da manhã: _____
13. O que seu filho normalmente come no almoço: _____
14. O que seu filho normalmente come no lanche: _____
15. O que seu filho normalmente come no jantar: _____
16. Acha a saúde bucal de seu filho importante? sim () não ()
Porque? _____
17. Quais os cuidados de higiene bucal que seu filho realiza? _____
18. Qual a frequência destes cuidados? () 1x ao dia () 2x ao dia () 3x ao dia () semanal
19. Quando ocorreu a última visita ao dentista? () Nunca foi () Menos 6 meses () 6 a 12 meses
() 1 ano a 2 anos () mais de 2 anos
20. Já recebeu orientações relacionadas à saúde dos dentes de seu filho? não () sim ()
21. De quem? () Médico Nefrologista () Dentista do responsável
() Médico Pediatra () Enfermeiro
() Dentista do seu filho () Outros _____
22. Quais orientações? _____
23. Na sua opinião, qual a frequência ideal para as visitas de seu filho ao dentista? _____
24. No presente momento, seu filho precisa de cuidados odontológicos? não sei () sim () não ()
Quais? _____
25. Acha que a saúde bucal deficiente pode agravar o estado de saúde geral de seu filho?
não sei () sim () não () Porque? _____
26. Acha que os medicamentos que seu filho usa podem alterar a condição da boca?
não sei () sim () não () Porque? _____
27. Os cuidados bucais de higiene de seu filho devem ser:
() maiores () iguais () menores do que os cuidados bucais de uma criança saudável?
Porque? _____
28. Seu filho tem mais risco de desenvolver uma infecção do que uma criança saudável?
não sei () sim () não () Porque? _____
29. Você encontra alguma dificuldade para levar seu filho ao dentista? sim () não ()
Quais? () Financeira () Tempo () Distância () Acesso ao serviço
() Dentista que atenda paciente renal () Outros _____

Observações

ANEXO 7



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS MÉDICOS E ENFERMEIROS DE
PACIENTES COM IRC**

Data da entrevista: ____ / ____ / ____ Número de identificação ____

Idade: ____ Gênero: () M () F Tempo de formado: ____

Especialidade: () Nefrologia () Nefropediatria () Pediatria () Endocrinologia () Urologia
() Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem () Outros ____

1. Onde trabalha

() Serviço público e consultório particular () Serviço público
() Consultório particular () Outros ____

2. Há quanto tempo acompanha pacientes com IRC () menos 5 anos () de 5 e 10 anos
() de 10 a 15 anos () mais de 15

3. Na sua opinião, os pacientes podem ter alguma complicação bucal decorrente da IRC?

() sim () não () não sei () às vezes Quais? ____

4. Você costuma informar sobre alterações bucais aos responsáveis ou pacientes com IRC?

() sim () não () às vezes Quais? ____

5. Existem critérios que influenciam a prescrição de medicamentos nos pacientes com IRC?

() sim () não () às vezes

6. Que critérios são esses? () econômicos () idade do paciente () quadro clínico/sintomas

() gravidade da doença outros ____

7. Quais os medicamentos mais usualmente prescritos por você para cada tipo de tratamento

Medicamento	Tratamento Conservador	Diálise Peritoneal	Hemodiálise
Carbonato de cálcio			
Calcitrol			
Hemax			
Renagel			
Nuripurum			
Vitaminas do Complexo B			
Vitamina C			
Anti-hipertensivo			
Sulfato Ferroso			
Outros:			

8. Na sua opinião, os pacientes podem ter alguma complicação bucal decorrente do uso destes medicamentos? () sim () não () não sei () às vezes

9. Se positivo, quais?

Carbonato de cálcio _____ Calcitrol _____

Hemax _____ Renagel _____

Complexo B _____ Sulfato ferroso _____

Anti-hipertensivo _____ Vitaminas do complexo B _____

Vitaminas do complexo C _____ Outros _____

10. Essas complicações são informadas ao paciente/responsável? () sim () não () às vezes

11. Já recomendou algum cuidado de higiene bucal ao paciente com IRC? () sim () não () às vezes

12. Se positivo, quais? _____

13. Na sua opinião, qual profissional deve orientar o paciente/ responsável portador de IRC quanto aos cuidados de higiene bucal? () Pediatra () Nefropediatra () Nefrologista () Enfermeiro () Auxiliar de enfermagem () Dentista () Odontopediatra () Outros _____

14. Por que? _____

15. Na sua opinião, qual a frequência ideal para as visitas do paciente IRC ao dentista?

() anualmente () a cada 6 meses () a cada 3 meses () mensal () semanal () não sabe

16. No presente momento, você possui algum paciente com IRC necessitando de cuidados odontológicos?

() sim. Qual cuidado? _____ () não () não sei

17. Você tem por hábito encaminhar pacientes para serviço odontológico? () sim () não

18. Em quais circunstâncias? _____

19. Para qual serviço? _____

20. Acredita que a saúde bucal deficiente possa agravar o estado de saúde geral do paciente IRC? sim () não () não sei () Porque? _____

21. Os cuidados bucais de higiene do paciente IRC devem ser iguais aos cuidados bucais de uma criança saudável? () sim () não () não sei Por que? _____

22. Que complicação bucais podem advir da IRC:

() Xerostomia/sensação de boca seca () Sangramento gengival () Cálculo /tártaro

() lesão ou ferida na cavidade bucal () Alteração do paladar () Perda do paladar

() Hálito urêmico/mau-hálito () Cárie () Dificuldade mastigatória

() Não sei () Outras: _____

23. O paciente renal possui restrição em relação à dieta? () sim () não

24. Caso positivo, quais restrições? _____

25. Esta dieta pode influenciar o aparecimento de tártaro ou cárie dental? () sim () não

Observações: _____

ANEXO 5**Folha de Registro de CPOD-I****Data:** ____/____/____**Nome:** _____

1	8			2	8			3	8			4	8		
1	7			2	7			3	7			4	7		
1	6			2	6			3	6			4	6		
	5				5				5				5		
	4				4				4				4		
	3				3				3				3		
	2				2				2				2		
	1				1				1				1		

CONDIÇÃO DENTAL	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO
Não erupcionado	Dente que ainda não erupcionou ou congenitamente ausente	0
Cárie de esmalte	Lesão de cárie, ativa ou não, limitada ao esmalte	1
Cárie de dentina	Lesão de cárie, ativa ou não, envolvendo dentina, sem comprometimento pulpar	2
Envolvimento pulpar	Cárie que atinge a polpa dentária, o que exige tratamento endodôntico	3
Obturado	Restauração permanente satisfatória feita com qualquer material	4
Extraído por cárie	Exodontia realizada devido à cárie	5
Extraído por outros motivos	Dentes extraídos por outras razões que não cárie	6
Hígido	Dente sem cárie, restauração, manchas brancas, rugosidades, decoloração, fissuras e fósulas manchadas sem ser por cárie, marcas de fluorose, abrasão e lesão questionável	7
Sem diagnóstico	Impossibilidade de chegar a um diagnóstico. Ex: Dente bandado	8