

Avaliação de protocolos de manejo de cárie em crianças de 0 a 3 anos de idade baseada no risco

Bruno dos Santos Januário
Márcia Cançado Figueiredo
Daniel Demétrio Faustino-Silva

RESUMO

Introdução: Cárie Precoce da Infância é uma doença de alta prevalência e severidade que acomete crianças nos primeiros anos de vida, necessitando, portanto, de abordagens baseadas em protocolos clínicos. Encarando a atenção primária como porta de entrada das crianças no sistema de saúde, é papel da saúde bucal promover saúde através de medidas preventivas e intervenção baseada no risco. Objetivo: Avaliar três protocolos clínicos de programas de saúde bucal, baseados no risco à cárie, em crianças de até 3 anos de idade, adotados em diferentes serviços. Métodos: Através da aplicação do instrumento de avaliação de normas de orientação clínica AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) foi feito um estudo descritivo transversal, com análise quantitativa dos dados. Foram selecionados, conforme orientação do instrumento, quatro profissionais contratados das unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) – Grupo Hospitalar Conceição (GHC), dentro de um universo populacional de 21 odontólogos, sendo que a escolha seguiu critérios relativos à experiência na construção e utilização de protocolos clínicos em odontologia, na atenção primária em saúde. Resultados: **considerando** os escores obtidos em cada domínio, e a avaliação global dos protocolos incluídos neste estudo, através do instrumento AGREE de avaliação de normas de orientação clínica, o Protocolo B obteve pontuações insuficientes e não obedeceu a maioria dos critérios analisados pelos sujeitos da pesquisa, sendo considerado “*não recomendado*”. Todavia, os Protocolos A e C atingiram algumas pontuações satisfatórias e foram “*recomendados com alterações ou limitações*”. Conclusão: Podem-se considerar as potencialidades dos protocolos considerados como recomendados na construção de orientações clínicas mais apropriadas para o manejo da cárie na infância.

Palavras-chave: cárie, protocolos clínicos, atenção primária à saúde, saúde bucal, crianças.

Bruno dos Santos Januário – Cirurgião-dentista Especialista em Saúde Coletiva e da Família – Residência Integrada em Saúde – Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Márcia Cançado Figueiredo – Professora Associada de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Daniel Demétrio Faustino-Silva – Professor do Programa de Pós-Graduação Modalidade Mestrado Profissional, Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS – Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Odontólogo do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

Autor para correspondência: Daniel Demétrio Faustino-Silva. Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – Gerência de Ensino e Pesquisa. Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11
Porto Alegre/RS – CEP 91350-200. Phone: (0xx51) 3357-2407. E-mail: ddemetrio@gmail.com

Stomatos	Canoas	Vol. 23	Nº 45	p.14-27	Jul./Dez. 2017
----------	--------	---------	-------	---------	----------------

Evaluation of caries management protocols in children 0-3 years of age based on risk

ABSTRACT

Introduction: Early Childhood Caries is a disease of high prevalence and severity that accompanies children in the first years of life, necessitating, therefore, approaches based on clinical protocols. Facing primary care as a gateway for children in the health system, it is the role of oral health to promote health through preventive measures and risk-based intervention. **Objective:** to evaluate three clinical protocols of oral health programs based on caries risk in children up to 3 years of age adopted in different services. **Methods:** Through the application of the AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) clinical guideline, a cross – sectional descriptive study was performed with quantitative data analysis. According to the orientation of the instrument, four professionals were recruited from the health units of the Conceição Hospital Group within a population of 21 dentists, and the selection followed criteria related to experience in the construction and use of clinical protocols in dentistry in primary care in Cheers. **Results:** Considering the scores obtained in each domain and the overall evaluation of the protocols included in this study through the AGREE instrument for the evaluation of clinical guideline standards, Protocol B obtained insufficient scores and did not obtained most of the criteria analyzed by the research subjects. It was considered “not recommended”. However, Protocols A and C achieved some satisfactory scores and were “recommended with changes or limitations”. **Conclusion:** The potential of the protocols considered as recommended can be considered in the construction of more appropriate clinical guidelines for childhood caries.

Keywords: Caries, clinical protocols, primary health care, oral health, child.

INTRODUÇÃO

A cárie, quando acomete crianças menores de 6 anos de idade, recebe a denominação de Cárie Precoce da Infância – CPI, sendo considerada Cárie Severa da Infância quando atinge os menores de 3 anos (1,2). É caracterizada como o aparecimento de lesões cáries em dentes decíduos na medida em que erupcionam, podendo ocorrer de maneira bastante rápida e agressiva (2). A prevalência de CPI é tão alta em países em desenvolvimento que pode ser considerada como uma doença em epidemia (3), podendo interferir na qualidade de vida da criança (4), determinar o surgimento de novas lesões cáries na dentição permanente (5), internações hospitalares e atendimentos de emergência (6), atraso no desenvolvimento físico e má nutrição infantil (7,8).

Para além dos fatores biológicos próprios de cada indivíduo, pode-se dizer que a CPI é reconhecida como uma doença com forte caráter comportamental, tendo grande influência do estilo de vida da família (9,10), de modo que abordagens familiares são essenciais.

Segundo resultados do levantamento epidemiológico SB BRASIL 2003 (11), projeto do Ministério da Saúde que avaliou as condições de saúde bucal da população brasileira, cerca de 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade, números que refletem a necessidade da devida atenção

durante essa faixa etária(11). Esse cenário vem sofrendo discreta melhora no Brasil, uma vez que o último levantamento nacional finalizado em 2010, demonstrou que a prevalência de cárie nas crianças de 5 anos de idade foi de 53,4%, com uma média de 2,43 dentes afetados (12), o que reforça a necessidade de políticas públicas de saúde bucal infantil.

No território de abrangência de uma Unidade de saúde de Porto Alegre-RS, um estudo feito com crianças de 0 a 5 anos de idade (13) revelou que o índice CEOD (número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados/restaurados) apresentou uma média de 1,86 dente com história da doença, variando entre 0 e 9 dentes. Números inferiores à média nacional e da macrorregião sul, levantadas pelo SB BRASIL 2003, cujas médias foram de 2,8 e 2,62 respectivamente (11). A prevalência de cárie (pelo menos um dente acometido pela doença) nas crianças do estudo foi de 49% (13), sendo a média nacional em 2003 de 60% e da Região Sul de 56,65% (11).

No Brasil, 20% da população de escolares passou a concentrar cerca de 60% da carga de doença, sem alteração na diferença relativa entre as regiões. Esse quadro pode estar expressando um outro fenômeno: o da iniquidade, em que, no caso da cárie, o ataque desigual da doença entre os indivíduos decorre não apenas de variações biológicas inevitáveis, mas também das diferenças que têm origem na ordem social onde estão inseridos e que se expressam por meio do processo saúde-doença (14).

O cuidado em saúde bucal infantil no Brasil começou no ano de 1984, na cidade de Londrina, Paraná através do “Plano de Atendimento Odontológico no Primeiro Ano de Vida”, sob a responsabilidade dos professores de Odontopediatria do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Londrina. Foi o primeiro programa nacional de atenção em saúde bucal, direcionada a bebês, sendo um marco histórico com sua implementação oficial em 1986. Em resposta aos expressivos resultados frente aos modelos em saúde bucal existentes no país, em 1993 a Odontologia para Bebês foi reconhecida como um direito de cidadania, por ocasião da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Brasília-DF (15). Desde então, a elaboração de programas direcionados a essa faixa etária difundiu-se em diversas unidades de ensino no país e exterior.

Durante o V Encontro Nacional de Odontologia para Bebês, que teve como tema “A inserção da Odontologia para Bebês no Programa Saúde da Família”, foi acordado um protocolo baseado na identificação de risco à cárie, que abordava dentro dos princípios da atenção primária, os procedimentos clínicos e caseiros indicados para profissionais e mães ou responsáveis pelas crianças nessa faixa etária.

A expressão *risco de cárie* deve ser usada para pacientes que ainda não apresentam nenhuma experiência de cárie, isto é, têm CEOD = zero, de forma que para pacientes que já apresentam cáries, a expressão correta é *paciente com atividade de cárie*. Durante o I Encontro Nacional de Odontologia para Bebês, foi proposta uma modificação na nomenclatura de risco e o termo baixo risco, passou a se chamar de risco não identificado

e, nas situações em que se chamava médio e alto risco à cárie, passou a se chamar risco identificado. O método de estabelecimento do risco é rápido, fácil, objetivo, de baixo custo e deve servir de guia para selecionar os procedimentos (16).

Por se tratar de uma faixa etária ideal para o desenvolvimento e estabelecimento de hábitos saudáveis, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal orientam que os cuidados nos primeiros anos de vida devam focar na prevenção e devam estar direcionados aos pais e/ou cuidadores da criança (17). Encarando a atenção primária como porta de entrada das crianças no sistema de saúde, entendemos que é papel fundamental das unidades de saúde propor medidas de controle e diminuição desses números, buscando através de medidas preventivas e intervenção baseada em risco, promover saúde bucal. Nesse sentido, com a inclusão da saúde bucal nas ações programáticas das crianças na Estratégia de Saúde da Família, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Bucal, a Odontologia assume um desafio na atenção à saúde bucal nos primeiros anos de vida. Estima-se com a cobertura total de primeira consulta odontológica para os bebês no primeiro ano de vida e, através da identificação de fatores de risco, diminuir os indicadores de cárie, má-oclusão e doença periodontal infantil.

Portanto, o presente trabalho teve como objetivo avaliar três protocolos clínicos de programas de saúde bucal, baseados no risco à cárie em pacientes até 3 anos de idade, adotados em diferentes serviços, com o intuito de disparar a discussão acerca do tema no Serviços de Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família.

MÉTODOS

Através da aplicação do instrumento de avaliação de normas de orientação clínica AGREE (*Appraisal of Guidelines Research & Evaluation*) foi feito um estudo descritivo transversal, com análise quantitativa dos dados. O Instrumento AGREE (18) foi desenvolvido no ano de 2003 para abordar a variabilidade na qualidade de diretrizes. É uma ferramenta que avalia o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida. O instrumento AGREE original foi refinado, o que resultou no novo AGREE II (2009), o qual foi utilizado no presente estudo (19).

Foram selecionados, conforme orientação do instrumento, quatro profissionais contratados das unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) dentro de um universo populacional de 21 odontólogos, sendo que a escolha seguiu critérios relativos à experiência na construção e utilização de protocolos clínicos em odontologia na Atenção Primária à Saúde (APS).

A busca de protocolos de manejo de cárie foi realizada através de pesquisa em bibliotecas virtuais e ferramentas de busca (BBO, Scielo, Pubmed e Google Acadêmico) durante os meses de novembro e dezembro de 2009, utilizando os seguintes descritores na língua portuguesa e inglesa: “cárie”, “criança”, “protocolos” e “risco”, da qual resultaram os seguintes protocolos:

A. CHIBINSKI, A.C.R.; WAMBIER, D.S. *Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce. Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr*; 5(3):281-290, set.-dez. 2005 (20).

B. ENCONTRO NACIONAL DE ODONTOLOGIA PARA BEBÊS. *Protocolo de Atenção Odontológica para Crianças de 0 a 3 anos. Documento Final*. Londrina. 2004 (21).

C. AAPD. *Policy on Use of a Carie-risk Assessment Tool (CAT) for Infants, Children, and Adolescents – American Academy of Pediatric Dentistry 2009-10 Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines*. Chicago. 2009 (22).

D. UNESP. Araçatuba. *Protocolo de Atendimento – Atenção Odontológica Precoce Realizada na Bebê- Clínica*. Araçatuba. 2009 (23).

Os odontólogos avaliadores compareceram em reunião na qual foi apresentado e discutido o instrumento de forma detalhada e também realizado sorteio de um protocolo para treinamento – Protocolo D – submetido a duas avaliações por cada profissional, com intervalo de 15 (quinze) dias (Fase I e II). Todo processo teve o intuito de discutir a aplicação do instrumento AGREE, esclarecer possíveis dúvidas e, caso fossem necessárias, propostas adaptações do instrumento.

Buscou-se correlacionar as avaliações feitas nos dois momentos do treinamento (Fase I e II), observando uma concordância através dos escores obtidos pelos 23 itens (Quadro 1) e pontuações estandardizadas de cada domínio, para efeitos de comparação intra-avaliador. O percentual de concordância nas respostas foi de 79%, 91%, 70% e 87% para os avaliadores 1, 2, 3 e 4, respectivamente. Apesar de evidenciar uma possível concordância, não foi possível comprová-la estatisticamente através do teste de correlação Kappa, devido ao instrumento AGREE apresentar apenas 23 respostas/repetições, o que é insuficiente para tal teste.

QUADRO 1 – Escores referentes aos itens avaliados do Protocolo D através da aplicação do instrumento AGREE para calibração prévia dos examinadores.

		<i>Avaliador 1</i>		<i>Avaliador 2</i>		<i>Avaliador 3</i>		<i>Avaliador 4</i>	
		Fase I	Fase II	Fase I	Fase II	Fase I	Fase II	Fase I	Fase II
Âmbito e finalidade	Item 1	1	1	1	1	2	3	2	2
	Item 2	2	1	2	2	3	2	2	2
	Item 3	1	2	4	4	3	2	3	3
Envolvimento das partes	Item 4	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 5	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 6	2	1	1	1	2	1	3	3
	Item 7	1	1	1	1	1	1	1	1
Rigor de desenvolvimento	Item 8	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 9	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 10	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 11	1	1	1	1	3	1	2	1
	Item 12	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 13	1	1	1	1	1	1	1	1
Clareza e apresentação	Item 14	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 15	4	2	2	2	1	2	3	3
	Item 16	1	1	2	2	2	2	1	1
	Item 17	2	1	4	2	1	1	3	3
Aplicabilidade	Item 18	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 19	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 20	1	1	1	1	1	1	1	1
Independência Editorial	Item 21	1	1	1	1	2	1	3	2
	Item 22	1	1	1	1	1	1	2	1
Avaliação global	Item 23	1	1	1	1	1	1	1	1
		Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria

O Cálculo da pontuação estandardizada de cada domínio é feito através da fórmula:

$$\frac{\text{pontuação obtida} - \text{pontuação mínima possível}}{\text{pontuação máxima possível} - \text{pontuação mínima possível}} \times 100\%$$

As diferenças entre as pontuações dos seis domínios, nas duas aplicações do instrumento oscilaram entre 2 e 8% e não foram consideradas relevantes. Também não houve necessidade de adaptação de nenhum dos itens e deu-se continuidade ao estudo com a avaliação dos outros três protocolos.

O protocolo em língua inglesa foi traduzido para o português, pelos próprios pesquisadores, para facilitar a avaliação e os odontólogos tiveram um prazo de 60 (sessenta) dias para devolução.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), sendo cadastrado com o número 09-216 em 05 de fevereiro de 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os escores foram compilados (Quadro 2) e, conforme orientação do instrumento AGREE, submetidos ao cálculo da pontuação padronizada para cada domínio.

QUADRO 2 – Escores referentes aos itens avaliados do Protocolo A, B e C através da aplicação do instrumento AGREE.

		Avaliador 1			Avaliador 2			Avaliador 3			Avaliador 4				
Protocolo		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C		
Âmbito e finalidade	Item 1	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4		
	Item 2	3	2	2	4	1	2	3	3	3	4	4	4		
	Item 3	3	4	4	3	2	3	3	3	3	4	4	4		
Envolvimento das partes	Item 4	1	1	1	2	1	2	1	1	2	4	2	3		
	Item 5	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1		
	Item 6	3	1	3	3	2	3	3	2	3	3	2	4		
	Item 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1		
Rigor de desenvolvimento	Item 8	1	1	2	3	1	2	2	1	3	3	1	4		
	Item 9	1	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1	3		
	Item 10	1	1	2	2	1	2	2	1	2	3	1	1		
	Item 11	1	1	1	3	1	3	2	1	2	3	2	4		
	Item 12	1	1	1	3	1	3	3	1	3	3	1	4		
	Item 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	Item 14	1	1	2	1	1	3	1	1	4	1	1	3		
Clareza e apresentação	Item 15	4	2	4	3	2	3	3	2	3	4	4	4		
	Item 16	4	3	3	3	2	2	4	3	1	3	1	3		
	Item 17	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4		
	Item 18	1	1	4	1	1	1	1	1	4	3	1	4		
Aplicabilidade	Item 19	1	1	1	3	1	2	1	1	1	3	1	3		
	Item 20	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	3		
	Item 21	1	1	3	2	1	2	2	1	3	1	1	4		
Independência editorial	Item 22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	Item 23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1		
Avaliação Global		Recomendaria com alterações	Não	Recomendaria	Recomendaria com alterações	Recomendaria com alterações	Não	Recomendaria	Recomendaria com alterações	Recomendaria com alterações	Não	Recomendaria	Recomendaria com alterações	Recomendaria com alterações	Recomendaria com alterações

Âmbito e finalidade

Segundo os autores do instrumento, esse domínio avalia o impacto da norma de orientação (protocolo) na saúde de populações de pacientes e da sociedade como um todo, considerando a descrição detalhada de seus objetivos globais e benefícios de saúde específicos ao problema clínico em questão, no caso a cárie.

É considerada a descrição clara da população-alvo dos protocolos, que envolve, por exemplo, idade, sexo, situação clínica e comorbidades relacionadas à enfermidade.

Apesar de compreender aspectos simples, nenhum dos três protocolos avaliados cumpriu integralmente os itens do domínio Âmbito e Finalidade, sugeridos pelo instrumento Tabela 1. No entanto, foi o critério que obteve pontuação mais expressiva, atingindo escores superiores a 80% nos protocolos A e C. Salienta-se que, mesmo com o último não estando restrito à faixa etária de 0 a 3 anos de idade, pois se direciona a “bebês, crianças e adolescentes”, as informações estão claramente descritas.

TABELA 1 – Frequência de escores por protocolo.

Protocolo	A	B	C
	86%	52%	80%

Conforme definição dos itens avaliados, um protocolo de manejo de cárie em crianças de 0 a 3 anos de idade baseado em risco, adequado ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC com pontuação máxima nesse domínio deveria conter:

- Objetivo global: Identificar fatores de predição de risco à cárie, em crianças de 0 a 3 anos de idade, considerando aspectos clínicos, radiográficos, socioeconômicos e culturais, na busca pela redução da incidência da doença e comorbidades relacionadas como doença periodontal, má oclusão, respiração bucal, infecções dento-alveolares, fonação e desnutrição, no território adstrito às unidades de saúde do Serviço de APS.

Envolvimento das partes

Analisa a *qualificação dos profissionais* que participaram da elaboração dos protocolos e o envolvimento de pacientes, através de entrevistas ou revisões de literatura que abordem a incorporação das perspectivas do público-alvo das normas – *mães, pais e cuidadores* das crianças de 0 a 3 anos de idade.

Os protocolos A e C obtiveram pontuações próximas a 30%, enquanto o Protocolo B não atingiu 10%. (Tabela 2)

TABELA 2 – Frequência de escores por protocolo.

Protocolo	A	B	C
	33%	8%	29%

Importante ressaltar que a pontuação referente a esse domínio, como em todos os demais, não mede a qualidade dos dados (nesse caso, a formação dos profissionais envolvidos na construção dos protocolos), pois se refere à explicitação dos mesmos nos documentos.

Rigor de desenvolvimento

Nesse domínio, são avaliadas as estratégias da busca para a pesquisa de evidências, como o uso de palavras-chave, fontes consultadas e período consultado da literatura. Também é considerada a disposição de critérios de inclusão e exclusão, métodos usados para a formulação das recomendações e ainda dos benefícios, efeitos colaterais e riscos associados.

As evidências deveriam estar associadas às recomendações dos protocolos, que também foram analisados quanto à possibilidade de avaliação externa ao grupo de desenvolvimento das normas – como peritos em avaliação de risco à cárie ou metodologia – e menção clara sobre seus processos de atualização.

Segundo os avaliadores, o Protocolo C obteve ampla superioridade, considerando os critérios sugeridos pelo instrumento, acompanhado do Protocolo A que se aproximou de 50% e pelo Protocolo B que obteve novamente um escore extremamente baixo (Tabela 3).

TABELA 3 – Frequência de escores por protocolo.

Protocolo	A	B	C
	46%	2%	75%

A variação considerável de pontuações pode ser atribuída aos diferentes formatos das normas avaliadas, uma vez que o Protocolo A corresponde a artigo publicado no periódico *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, o Protocolo B é resultado de simpósio do *Encontro Nacional de Odontopediatria “Flúor na Primeira Infância: Otimizando Benefícios para Diminuir Riscos”* e o Protocolo C é uma política adotada pela *Associação Americana de Dentística Pediátrica (AAPD) – Oral Health Polices*.

Clareza e apresentação

Esse domínio avalia o formato e diagramação dos protocolos, considerando facilidade de identificação e descrições precisas das orientações mais importantes, abordando as possíveis opções de rastreio (identificação de risco), prevenção, diagnóstico ou tratamento de cárie.

A presença, por exemplo, de sumários e guias para pacientes foi considerada, assim como a inclusão de qualquer material adicional que auxilie a divulgação e implementação desses protocolos.

Todos os protocolos obtiveram escores razoáveis, novamente com vantagem considerável de A e C, superiores a 70%, sobre o Protocolo B. Diferença que também pode ser atribuída aos diferentes formatos de publicação dos protocolos avaliados no estudo (Tabela 4).

TABELA 4 – Frequência de escores por protocolo.

Protocolo	A	B	C
	71%	41%	75%

Aplicabilidade

Talvez o domínio mais importante dentro do contexto desse estudo, pois avalia a discussão das mudanças organizacionais e estruturais que poderão ser necessárias à aplicação prática dos protocolos. Também considera que a monitoração de adesão às normas pode incrementar o seu uso.

Segundo os critérios do instrumento, os avaliadores concluíram que houve pouca consideração acerca da aplicação dos protocolos em diferentes serviços de saúde. Todos apresentaram escores pequenos, sendo o Protocolo C o mais criterioso quanto aos itens avaliados, com pontuação de aproximadamente 40% (Tabela 5).

TABELA 5 – Frequência de escores por protocolo.

Protocolo	A	B	C
	25%	0%	39%

Conforme já descrito, o Protocolo C corresponde à política de uma entidade nacional estadunidense e tem como proposta “*educar profissionais de saúde e outras partes interessadas na avaliação de risco à cárie na odontopediatria contemporânea*” (22), motivo pelo qual os aspectos relacionados à sua aplicação em outros serviços de saúde deveriam ser considerados e descritos.

Independência editorial

O registro da ausência ou presença de interesses externos e internos é avaliado nesse domínio, considerando a influência que poderiam ter nas recomendações dos protocolos.

Foram as menores pontuações obtidas, mostrando pouca preocupação com conflitos de interesses e em explicitar os itens sugeridos pelo instrumento (Tabela 6).

TABELA 6 – Frequência de escores por protocolo.

Protocolo	A	B	C
	2%	0%	0%

É um critério com pontuação mínima esperada, já que atualmente são poucos os artigos publicados, sejam protocolos ou não, que se atentem em relacionar a influência de autores e financiadores. No entanto, é um critério muito relevante, que pode ser usado como argumento, a fim de questionar a validade dos resultados obtidos.

Em suma, atualmente os protocolos clínicos de atenção à saúde bucal infantil são escassos e a necessidade de critérios padronizados e qualificados de identificação de risco à cárie precoce nos diversos serviços de saúde se torna cada vez mais evidente. À medida que os serviços de Odontologia na APS e Estratégia de Saúde da Família avançam com a inserção da saúde bucal no cuidado infantil, visando também à redução da incidência de cárie, a discussão a respeito da construção de um protocolo que oriente a identificação de risco à doença é imprescindível.

Uma limitação desse estudo é que após a sua conclusão, outros protocolos baseados em risco de cárie para o manejo da CPI foram publicados (24, 25, 26, 27). Nesse sentido, fica a sugestão de estudos futuros de avaliação dos novos protocolos publicados com a mesma metodologia e instrumento AGREE (19), para quem sabe, propor um protocolo adequado e atualizado para equipes de saúde bucal (28).

Ressalta-se que o instrumento AGREE não se propõe a avaliar o impacto dos protocolos nos resultados finais dos pacientes (*outcomes*), a partir das pontuações isoladas de cada domínio. Segundo a classificação internacional aplicada na qualificação de artigos e periódicos, os protocolos avaliados seriam considerados de nível D, com baixo nível de evidência. As informações disponíveis nas publicações, sugerem que seriam baseados apenas em opiniões de especialistas, sem que fossem submetidos a ensaios clínicos randomizados. No entanto, quando realizados com base nas melhores evidências disponíveis e através de métodos adequados, as rotinas clínicas tornam-se ferramentas confiáveis e importantes para a prática profissional nos serviços de APS (29).

Embora todos os itens avaliados pelo instrumento não tenham atingido altos índices, os protocolos A e C poderiam servir de base para a construção de um protocolo adequado à realidade, considerando as características das unidades de saúde, orientando o cuidado

aos grupos prioritários na busca constante por equidade, aplicando e fortalecendo os princípios do nosso Sistema Único de Saúde.

O uso de protocolos e rotinas clínicas tem sido ainda pouco utilizado em Serviços de Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família, sendo uma ferramenta importante para a saúde bucal e direcionando alguns aspectos desses protocolos à ação programática da criança, unificando as condutas, mas, respeitando as diferenças, na busca pela qualificação da atenção em saúde bucal infantil no Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÕES

Considerando os escores obtidos em cada domínio e a avaliação global dos protocolos incluídos nesse estudo, através do instrumento AGREE de avaliação de normas de orientação clínica, concluiu-se que o Protocolo B obteve pontuações insuficientes e não obedeceu a maioria dos critérios analisados pelos sujeitos da pesquisa, sendo considerado “*não recomendado*”. Todavia, os Protocolos A e C atingiram algumas pontuações satisfatórias e foram “*recomendados com alterações ou limitações*”. Portanto, podem-se considerar as potencialidades dos protocolos considerados como recomendados na construção de orientações clínicas mais apropriadas para o manejo da cárie na infância.

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on early childhood caries (ECC): unique challenges and treatment options. *Pediatr Dent*. 2003; 24 Suppl:24-25.
2. American Academy on Pediatric Dentistry, American Academy of Pediatrics. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2008;30(7):40-43.
3. Colak H, Dulgergil CT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sci Biol Med* 2013;4(1):29-38.
4. Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent* 2003;25(5):431-40.
5. Grindefjord M, Dahllof G, Modeer T. Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age: a longitudinal study. *Caries Res* 1995;29(6):449-54.
6. Nagarkar SR, Kumar JV, Moss ME. Early childhood caries-related visits to emergency departments and ambulatory surgery facilities and associated charges in New York state. *J Am Dent Assoc* 2012;143(1):59-65.
7. Mohammadi TM, Hossienian Z, Bakhteyar M. The association of body mass index with dental caries in an Iranian sample of children. *J Oral Health Oral Epidemiol* 2012;1(1):29-35.
8. Oliveira LB, Sheiham A, Bonecker M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci* 2008;116(1):37-43.

9. Ismail AI, Lim S, Sohn W, Willem JM. Determinants of early childhood caries in low-income African American young children. *Pediatr Dent* 2008;30(4):289-96.
10. Kramer PF, Feldens CA, Romano AR. Promoção de saúde bucal em Odontopediatria. São Paulo: Artes Médicas; 1997. 144 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Brasil. 2004.
12. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Funk CS. Avaliação das Condições de Saúde Bucal de Crianças de Cinco Anos de Idade da Unidade Nossa Senhora Aparecida [Trabalho de Conclusão de Residência Integrada em Saúde]. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2006.
14. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 19(6): 385-93.
15. Conselho Federal de Odontologia. II Conferência Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final. Brasília, 1993. Acesso em <20/11/2017> de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/2_conf_saudebucal.doc.
16. Silva JBOR, Souza IPR, Tura LFR. Saúde bucal da criança: Manual de Orientação para Profissionais e Estudantes da Área da Saúde. Universidade José do Rosário Velano. Alfenas: Unifenas, 2006. 38 p.
17. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação Geral de Saúde Bucal. 2004. [acessado em 2017 jul 23] Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf
18. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003 Feb;12(1):18-23.
19. AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [versão eletrônica]. Acesso em <20/12/2009> de <http://www.agreetrust.org>.
20. Chibinski ACR, Wambier DS. Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr*. 2005; 5(3): 281-290.
21. Protocolo de atenção odontológica a crianças de 0 a 3 anos. In: Encontro Nacional de Odontologia para Bebês, 2004, Londrina. Documento final. Londrina: ENOB, 2004.
22. AAPD. Policy on Use of a Carie-risk Assessment Tool (CAT) for Infants, Children, and Adolescents – American Academy of Pediatric Dentistry 2009-10 Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines. Chicago. 2009. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_CariesRiskAssess.pdf> Acesso em 2017.
23. Protocolo de Atendimento – Atenção Odontológica Precoce Realizada na Bebê-Clínica. Araçatuba. UNESP, 2009.
24. Evans RW, Dennison PJ. The Caries Management System: an evidence-based preventive strategy for dental practitioners. Application for children and adolescents. *Australian Dental Journal* 2009; 54: 381–389.

25. Ramos-Gomez F, Crystal YO, Ng MW, Tinanoff N, Featherstone JD. Caries risk assessment, prevention, and management in pediatric dental care. *Gen Dent*. 2010 Nov-Dec;58(6):505-17.
26. Abanto J1, Celiberti P2, Braga MM1, Vidigal EA1, Cordeschi T1, Haddad AE1, Bönecker M1. Effectiveness of a preventive program based on caries risk assessment and recall intervals on the incidence and regression of initial caries lesions in children. *Int J Paediatr Dent*. 2015 Jul;25(4):291-9.
27. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents – Clinical Practice Guidelines 2015-2016. *Reference Manual* 37(6): 132-9.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 72p.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas – Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108p.