

**COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO AMAZONAS TÊM CONHECIMENTO SOBRE
CÁRIE DENTÁRIA: RESULTADO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL***Kellen Cristina da Silva Gasque^a*<https://orcid.org/0000-0003-2015-2717>*Kleber Tsunematsu Hatta Júnior^b**Pamela Couto Guimarães Costa^c*<https://orcid.org/0000-0002-3977-9299>*Denismar Alves Nogueira^d*<https://orcid.org/0000-0003-2285-8764>**Resumo**

O Amazonas é o maior estado brasileiro em extensão territorial, com uma parcela significativa da população vivendo em torno dos rios, as chamadas comunidades ribeirinhas. O acesso aos serviços de saúde por essas comunidades é limitado, levando à criação de projetos de saúde pública para prevenção e tratamento de doenças, assim como ações de educação em saúde. Diversas organizações não governamentais (ONG) e equipes de saúde atuam nessas comunidades com projetos de educação em saúde. Neste artigo, verificou-se a percepção dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos e a importância dos cuidados da dentição decídua para prevenção da cárie dentária. Para isso, foram entrevistados trezentos pais ou responsáveis por crianças de zero a sete anos em comunidades ribeirinhas localizadas em três municípios do Amazonas (Parintins, Nhamundá e Barreirinha – N = 300, cem em cada município). A partir das entrevistas, pode-se concluir que as mães foram as principais respondentes (80%), cuja renda familiar é de até um salá-

^a Doutora em Ciências da Saúde. Professora e Pesquisadora em Saúde Pública/Coordenadora do Polo DF do Mestrado ProfSaúde na Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: kellen.gasque@fiocruz.br

^b Cirurgião-Dentista. Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: klebertsunematsu@gmail.com

^c Mestranda em Ciências e Engenharia de Materiais pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: pamelashinnoda@hotmail.com

^d Doutor em Estatística e Experimentação Agropecuária. Professor de Estatística na Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: denisnog@yahoo.com.br

Endereço para correspondência: Gerência Regional de Brasília. Fundação Oswaldo Cruz. Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A. Brasília, Distrito Federal, Brasil. CEP 70904-130. E-mail: kellen.gasque@fiocruz.br

rio mínimo (91%). Além disso, a maioria tinha conhecimentos sobre cárie dentária (56%), bem como já recebeu alguma orientação sobre como escovar os dentes (41%). Todas as crianças possuem escova de dentes e 94% delas utilizam dentifrício na escovação. Por fim, os pais foram considerados os principais responsáveis pela escovação dentária supervisionada de seus filhos (87%), embora apenas 44% deles a realize. Portanto, neste artigo, demonstra-se a efetividade das ações e dos projetos aplicados em comunidades ribeirinhas em relação à cárie dentária, ainda que exista a necessidade da continuidade dessas ações para mudanças efetivas de hábitos, impactando positivamente a saúde bucal das crianças ribeirinhas do Amazonas.

Palavras-chave: Cárie dentária. Populações ribeirinhas. Percepção de saúde. Escolares.

KNOWLEDGE ABOUT DENTAL CARIES AMONG RIBEIRINHOS:
RESULT OF ORAL HEALTH EDUCATION

Abstract

Amazonas is the largest Brazilian state in land area, with a significant portion of its population living near rivers, the so-called ribeirinhos. Since access to health care services by these communities is limited, specific public health actions and projects for health prevention, treatment and education are created. Several non-governmental organizations (NGOs) and health care teams work on health education projects on these communities. Given this context, this study investigated how parents perceived their children's oral health and the importance of deciduous dentition care for preventing dental caries. Data was collected by a questionnaire applied to 300 parents or guardians of children aged 0 to 7 years from three municipalities of Amazonas (Parintins, Nhamundá and Barreirinhas – 100 each). Mothers (80%) and homes living with a family income of up to 1 minimum wage (91%) comprised most of the sample. Most parents had knowledge about dental caries (56%) and had received some guidance on how to brush their children's teeth (41%). All children have a toothbrush and 94% of them use toothpaste. Finally, parents consider themselves the main responsible for supervised brushing (87%), although only 44% of them perform it. In conclusion, these findings attest to the effectiveness of actions and projects carried out in ribeirinho communities regarding dental caries, although continued actions are needed to change habits and positively impact the oral health of ribeirinho children living in Amazonas.

Keywords: Dental cavity. Riverine populations. Health perception. Schoolchildren.

Resumen

Amazonas es el estado brasileño más grande en extensión territorial, con una porción significativa de la población que vive alrededor de los ríos, las llamadas comunidades ribereñas. El acceso a los servicios de salud por parte de estas comunidades es limitado, lo que lleva a la creación de acciones y proyectos de salud pública para la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como acciones de la educación en salud. Son varias las ONG que trabajan en estas comunidades con proyectos de educación en salud. En este artículo se evaluó la percepción de los padres sobre la salud bucal de sus hijos y la importancia de cuidar la dentición primaria en la prevención de la caries dental. Para ello, se entrevistaron a los padres o tutores de niños de 0 a 7 años, en las comunidades ribereñas de tres municipios de Amazonas (Parintins, Nhamundá y Barreirinhas – N = 300, cien en cada municipio). Los resultados muestran que la madre fue la principal respondiente de la entrevista (80%), con un ingreso familiar de hasta 1 salario mínimo brasileño (91%). La mayoría tiene conocimiento sobre la caries dental (56%) y ya había recibido alguna orientación sobre cómo cepillarse los dientes (41%). Todos los niños tienen un cepillo de dientes, y el 94% de ellos usa pasta de dientes. Los padres se consideran los principales responsables del cepillado supervisado de sus hijos (87%), aunque solo el 44% de ellos lo realizan en sus hijos. Este artículo demuestra la efectividad de las acciones y proyectos llevados a cabo en comunidades ribereñas con respecto a la caries dental, pero es necesario continuar con estas acciones para que tengamos cambios en los hábitos e impactos positivos en la salud bucal de los niños que viven en las comunidades ribereñas del Amazonas.

Palabras clave: Cavidad dental. Poblaciones ribereñas. Percepción de salud. Niños de escuela.

INTRODUÇÃO

O Amazonas, conforme Little¹, é o maior estado brasileiro em extensão territorial, possuindo uma parcela significativa da população vivendo em torno dos rios, as chamadas comunidades ribeirinhas. O acesso aos serviços de saúde por essas comunidades é limitado, levando à criação de ações e projetos de saúde pública para prevenção e tratamento de doenças, assim como ações de educação em saúde. Além disso, para Pucciarelli², a atenção à saúde está centralizada sobretudo nas zonas urbanas dos municípios, ainda que haja ações esporádicas

nas comunidades ribeirinhas. O acesso à zona urbana se torna difícil por questões financeiras, pela distância entre essas regiões e pela logística, ocorrendo por via fluvial e podendo durar vários dias. Mota et al.³ apontam que as populações ribeirinhas, em geral, apresentam reduzida infraestrutura de saneamento básico, energia elétrica e serviços de saúde. Em locais com poucos habitantes e pouca infraestrutura de serviços, é difícil garantir a equidade e a integralidade do acesso à saúde e a equidade do serviço. De acordo com Silva et al.⁴ existem as equipes de saúde fluvial que buscam atender as comunidades de regiões remotas, com educação em saúde bucal e tratamentos curativos e preventivos. Além disso, diversas ONG atuam nas regiões ribeirinhas, promovendo a educação em saúde bucal.

Contudo, dois fatores continuam limitando o acesso a esses serviços. Primeiro, o fato de que essas equipes não são suficientes para atender a totalidade dos moradores; segundo, os atendimentos são esporádicos e restritos, não assegurando a universalidade do direito à saúde, garantido a todos os brasileiros pela Constituição, conforme apontam Pereira et al.⁵. Em alguns lugares não há postos de saúde e, quando ficam doentes, os ribeirinhos utilizam-se de plantas medicinais ou outros remédios para tratamento, sem que haja acompanhamento médico na maioria dos casos, conforme apontam Cardel et al.⁶.

Segundo Sousa et al.⁷, em lugares onde a população apresenta vulnerabilidade social e econômica, há geralmente a prevalência de doenças preveníveis, como é o caso da cárie dentária. A cárie, conforme Kazemina et al.⁸, apresenta uma das condições mais prevalentes no mundo quando a temática se direciona à saúde bucal. A prevenção das cáries e a promoção da saúde bucal são temas centrais na odontologia, apresentando ações voltadas para educação das crianças, gestantes, pais, gestores e profissionais de saúde, já que a educação em saúde é um dos métodos de melhor custo-benefício na prevenção da cárie e de outras doenças bucais, como indica o estudo de Fraihat et al.⁹.

A cárie é uma doença infecciosa, não transmissível, açúcar dependente e de caráter bio-social. Em uma amostra mundial de quase 1,5 milhão de crianças, a prevalência da cárie na dentição decídua foi de 46,2% e na permanente foi de 53,8%, segundo dados de Kazemina et al.⁸. Embora o estudo de Bönecker et al.¹⁰ indique que no Brasil houve uma redução na prevalência da cárie dentária nas últimas décadas, ainda existem áreas endêmicas, cuja prevalência é alta, conforme apontam estudos de Gomes et al.¹¹ e Lemos et al.¹².

Segundo Bönecker et al.¹⁰, a cárie na dentição decídua é o principal preditor para a cárie na dentição permanente, além disso, é imprescindível que os pais realizem a escovação supervisionada das crianças até o desenvolvimento autônomo da motricidade para a própria escovação. Portanto, tal como apresentam Silva Neto et al.¹³ e Bento et al.¹⁴, é importante

o envolvimento familiar em questões relacionadas à saúde bucal das crianças, bem como o desenvolvimento de ações educativas referentes à saúde bucal.

A avaliação da percepção dos pais ou responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal de seus filhos, ainda na primeira infância, é importante, pois eles são os principais agentes de transformação dos hábitos bucais desenvolvidos por seus filhos na infância. Logo, o objetivo deste artigo foi avaliar o conhecimento e os cuidados com a saúde bucal de crianças ribeirinhas de zero a sete e anos no estado do Amazonas.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo seguiu as diretrizes propostas no checklist Strobe (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para os estudos observacionais¹⁵.

APROVAÇÃO ÉTICA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Alfredo da Matta – Fuam – sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número: 67336217.6.0000.0002. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram disponibilizados e aos que informaram dificuldades de leitura ou analfabetismo os termos foram lidos pelos pesquisadores. Para assinatura, foram disponibilizados tinteiros com almofadas para colher as digitais daqueles que não soubessem assinar.

LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido em três comunidades ribeirinhas do estado brasileiro do Amazonas: Parintins, Barreirinha e Nhamundá.

Parintins é a segunda cidade mais populosa do estado, cuja densidade demográfica equivale a 17,14 hab/km² e possui estimativa de 116.439 habitantes para 2021. A cidade localiza-se no extremo leste do estado, distando 372 quilômetros da capital Manaus. Sua área é de 5 956 047 km², possui 10,2% de urbanização das vias públicas; 19,3% de esgotamento sanitário e taxa de mortalidade infantil de 23,11 óbitos a cada mil nascidos, conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019).

Barreirinha pertence à mesorregião do Centro Amazonense e à microrregião de Parintins, localizada a leste da capital do estado. Sua estimativa é de 32.919 habitantes para 2021, possuindo 3047050 km² de extensão territorial e 4,76 hab/km² de densidade demográfica. Possui urbanização das vias públicas em 4,7%, esgotamento sanitário adequado em 4,3% e taxa de mortalidade infantil de 17,5 óbitos a cada mil nascidos, conforme o censo de 2019.

Nhamundá também pertencente à mesorregião do Centro Amazonense e à microrregião de Parintins, localizada a leste da capital do estado, distando cerca de 375 quilômetros. Ocupa uma área territorial de 14.107.040 km², com população estimada em 21.710 habitantes para 2021 e densidade demográfica de 1,30 hab/km². Possui urbanização das vias públicas em 2,8%, esgotamento sanitário adequado em 16,1% e uma taxa de mortalidade infantil de 28,9 óbitos a cada mil nascidos, conforme o IBGE 2019.

POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi descritivo, transversal e com uma amostragem por conveniência composta por trezentos pais ou responsáveis pelas crianças ribeirinhas de zero a sete anos de idade, sendo cem de cada município do estudo. As comunidades ribeirinhas desses municípios foram selecionadas por sorteio, entre aquelas cujas formas de acesso estivessem disponíveis. Assim, comunidades ribeirinhas foram excluídas por diversos fatores, sendo os principais: (1) inviabilidade de acesso às comunidades ribeirinhas; (2) dificuldades de acesso por motocicleta ou navegabilidade em virtude da vegetação aquática, que bloqueava os canais de lagos; (3) ausência dos moradores em algumas comunidades por conta dos êxodos em situações de inundação.

Ao chegar nas comunidades, por meio de agentes locais, foram identificados domicílios que possuíam participantes da pesquisa. Uma vez esgotada uma comunidade, partia-se para outra.

ABORDAGEM DOS PESQUISADORES NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS

Optou-se por algumas estratégias para garantir a participação dos ribeirinhos nessa pesquisa, entre elas: (1) apoio dos líderes comunitários e religiosos; (2) apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); (3) divulgação do estudo em igrejas, reuniões de grupos e escolas; (4) apoio de outros profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuam nessas comunidades.

CALIBRAÇÃO DOS PESQUISADORES

Os questionários foram aplicados por dois graduandos do Centro Universitário do Norte (UniNorte), cuja calibração considerou o índice de Kappa, sendo 0,97 para K.T.H. e 0,96 para P.C.G.C.

QUESTIONÁRIO

Os sujeitos foram entrevistados em domicílio, utilizando um questionário padronizado em quatro domínios: (1) Domínio 1: aspectos sociodemográficos dos indivíduos

ribeirinhos; (2) Domínio 2: conhecimento e atitudes sobre cárie dentária e autopercepção da saúde bucal; (3) Domínio 3: nível de cuidado com a saúde bucal; (4) Domínio 4: frequência de visita ao dentista relatada pelos pais ou cuidadores.

ANÁLISE DOS DADOS

As análises estatísticas foram realizadas pelo programa Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) disponibilizado pelo Windows (Version 22; IBM Corp., Chicago, IL, USA), pelos testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher e Mann-Whitney. Foram realizadas estatísticas descritivas, conforme as características de distribuição das variáveis, além de análises bivariadas para testar a associação entre os fatores sociodemográficos, os domínios do questionário de conhecimento e a percepção sobre saúde bucal e cárie dentária em crianças ribeirinhas, a partir da perspectiva dos pais ou cuidadores. O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por trezentos pais ou responsáveis pelas crianças ribeirinhas, sendo cem de cada cidade do estudo. A maioria dos respondentes eram mulheres (n = 240; 80%), entre 18 e 45 anos (n = 266; 88,6%), com o ensino fundamental incompleto (n = 175; 58,3%) ou analfabetas (n = 107; 35,7%). A renda familiar mensal média era de um salário mínimo (n = 163; 54%). Houve predomínio de meninos (n = 163; 54,4%), escolares do ensino fundamental (n = 124; 41,3%). A distribuição da idade das crianças está apresentada na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das crianças e cuidadores das comunidades ribeirinhas entrevistadas. Barreirinhas, Parintins e Nhamundá, Amazonas, Brasil – 2018

(continua)

Variáveis	N	%	
Sexo dos pais ou responsáveis	Feminino	240	80
	Masculino	60	20
Idade dos pais ou responsáveis das crianças ribeirinhas (anos)	até 18	4	1
	18 + 25	64	22
	25 + 35	141	47
	35 + 45	61	20
	45 + 55	17	6
	55 + 65	13	4

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das crianças e cuidadores das comunidades ribeirinhas entrevistadas. Barreirinhas, Parintins e Nhamundá, Amazonas, Brasil – 2018

(conclusão)

Variáveis	N	%	
Escolaridade dos pais ou responsáveis das crianças ribeirinhas	Analfabeto	107	36
	Ensino fundamental	175	58
	Ensino médio	6	6
Renda familiar (salários mínimos) dos pais ou responsáveis das crianças ribeirinhas	< 1	112	37
	Um	163	54
	Dois	20	7
	Três ou mais	5	2
Sexo das crianças ribeirinhas	Feminino	136	46
	Masculino	162	54
Idade das crianças ribeirinhas(anos)	até 1	7	2
	1 + 2	18	6
	de 2 + 3	21	7
	de 3 + 4	39	13
	de 4 + 5	28	9
	de 5 + 6	38	13
	de 6 + 7	44	15
	7	105	35
Escolaridade das crianças ribeirinhas	Não frequenta	68	23
	Educação infantil	108	36
	Educação básica	124	41
Número de refeições realizadas pelas crianças	Uma vez ao dia	3	1
	Duas vezes ao dia	15	5
	Três vezes ao dia	62	21
	Quatro ou mais vezes ao dia	220	73
Consumo de doces semanalmente pelas crianças ribeirinhas	1 + 3 vezes na semana	244	81
	4 + 6 vezes na semana	31	10
	7 + 9 vezes na semana	24	8
	> 10 vezes na semana	1	1

Fonte: Elaboração própria

Dos trezentos participantes, 56% relataram conhecimento sobre cárie dentária. Além disso, conforme os relatos, em todas as casas havia escova de dentes, sendo que cada criança tinha sua própria escova. Dentífrícos eram utilizados durante a escovação dos dentes (n = 281; 94%), sendo que em 66% das casas eram utilizados dentífrícos indicados para adultos. Em apenas 28% das casas participantes, dentífrícos infantis eram utilizados. Em 69% dos casos,

a escovação dos dentes das crianças era realizada três vezes ao dia (n = 209; 70%) e em 51% (n = 155) dos casos, era a própria criança quem escovava seus dentes. Apesar disso, 87% dos pais relataram saber que a responsabilidade pela escovação dos dentes das crianças era deles. O uso de fio dental pelas crianças representou 54% (n = 161) das casas e os enxaguantes bucais 25% (n = 75), conforme representado na **Tabela 2**.

Tabela 2 – Perfil do cuidado com saúde das crianças ribeirinhas entrevistadas Barreirinhas, Parintins e Nhamundá, Amazonas, Brasil – 2018

Variáveis		N	%
Possui escova de dente em casa	Sim	300	100
	Não	-	
Realizam escovação com creme dental em suas crianças	Sim	281	94
	Não	17	6
Utilizam fio dental para a higienização	Sim	161	54
	Não	139	46
Utilizam enxaguante bucal	Sim	75	25
	Não	225	75
Tipo de creme dental utilizado pela criança ribeirinha	Não Utiliza	17	6
	Creme dental infantil	84	28
	Creme dental adulto	199	67
Frequência de escovação realizada pela criança ribeirinha	Nenhuma	13	4
	1 + 2	74	25
	3 + 4	209	70
	> 5	3	1
Quem realiza o cuidado da saúde bucal da criança	Criança	34	11.3
	Pais ou responsáveis	261	87
	Professores	2	0.7
	Nenhuma	3	1
Quem realiza a escovação da criança na escola	Professores	56	19
	Criança	155	51
	Outro funcionário da escola	3	1
	Ninguém deve realizar a escovação	86	29
Quem realiza a escovação da criança em casa	Pais	132	44
	Criança	157	52.3
	Outros responsáveis	6	2
	Ninguém	5	1.7

Fonte: Elaboração própria

Na escola, 55% das crianças realizavam escovação sem supervisão, enquanto 29% não escovavam os dentes no ambiente escolar. Houve registros de crianças que nunca visitaram o dentista (n = 96, 32%) e uma igual proporção de pais que relataram levar seus filhos duas vezes ao ano. Os pais relataram receber informações sobre a importância dos fluoretos na prevenção da cárie dentária (n = 201; 67%), bem como orientações sobre a escovação dos dentes das crianças (n = 124; 41%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil autorrelatado sobre os conhecimentos e atitudes sobre cárie dentária das comunidades ribeirinhas entrevistadas. Barreirinhas, Parintins e Nhamundá, Amazonas, Brasil – 2018

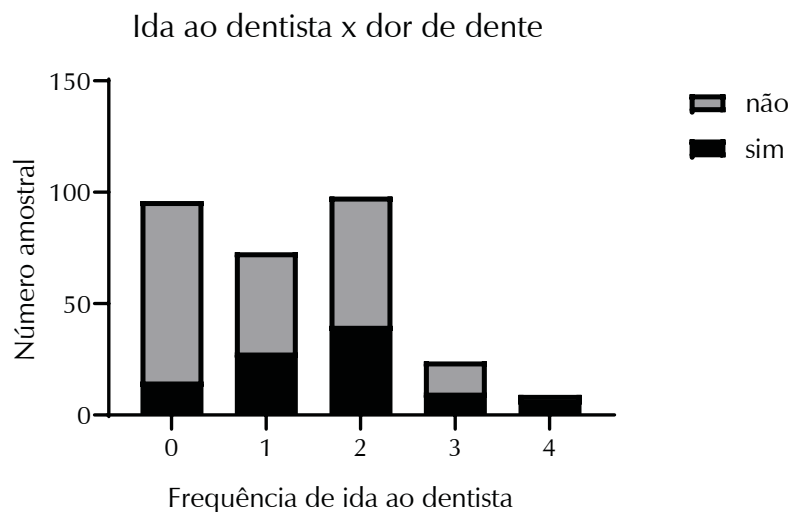
Variáveis	N	%	
Frequência de visitas ao dentista	Nenhuma	96	32
	Uma vez ao ano	75	25
	Duas vezes ao ano	97	32
	Três vezes ao ano	24	8
	Quatro vezes ao ano	8	3
Experiência de dor dente da criança	Sim	99	33
	Não	201	67
Ensino de como escovar os dentes	Redes sociais	8	3
	Dentista	124	41
	Familiares	15	5
	Amigos	36	12
Orientações sobre a importância da fluoretação realizadas pelo dentista	Ninguém	117	39
	Sim	201	67
	Não	139	46
Tipo de creme dental utilizado pela criança ribeirinha	Não Utiliza	17	6
	Creme dental infantil	84	28
	Creme dental adulto	199	67
Condições de saúde bucal autorrelatada dos pais e cuidadores	Péssima	12	4
	Ruim	6	2
	Regular	82	27
	Boa	128	43
	Ótimo	60	20
A saúde bucal dos pais e cuidadores podem afetar a saúde bucal da criança	Não sabe relatar	12	4
	Sim	106	35
Considera importante cuidar dos dentes decíduos de suas crianças	Não	194	65
	Sim	293	98
Atitude realizada quando a criança apresenta dor de dente	Não	7	2
	Nenhuma atitude	65	21
	Automedicação	131	44
	Levar a criança no atendimento público de saúde	94	31
	Levar a criança no atendimento privado de saúde	8	3
	Esperar a dor passar	2	1

Fonte: Elaboração própria

Ademais, 65% dos pais ou responsáveis relataram acreditar que a própria saúde bucal não influenciava na saúde bucal de seus filhos, embora reconhecessem a importância de cuidar da saúde bucal de suas crianças (n=106; 35%). Houve crianças que não tiveram experiências de dor de dentes (n = 201; 67%).

Com relação à autopercepção da saúde bucal dos pais, identificou-se que a experiência da dor de dente nos filhos foi associada à autopercepção da saúde bucal dos pais ($p = 0.011$). Além disso, a relação dor de dente com a visita ao dentista, mostrou-se estatisticamente significativa, sobretudo quando a criança nunca visitou o dentista ou frequentava anual ou semestralmente ($p < 0.001$) (**Figura 1**).

Figura 1 – Relação entre a frequência de visitas ao dentista e a presença de dor de dentes. Barreirinhas, Parintins e Nhamundá, Amazonas, Brasil – 2018



Fonte: Elaboração própria

Não houve uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade dos pais e a presença de dor de dentes nos filhos. Da mesma forma, a renda familiar dos pais e a frequência da escovação dos dentes não interferiu na experiência de dor de dentes das crianças de maneira estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

As conclusões deste artigo sugerem que as condições sociais e econômicas das comunidades ribeirinhas podem exercer um papel sobre a saúde bucal e, conseqüentemente,

sobre a experiência de dor de dente das crianças residentes nas comunidades estudadas. Uma vez que fatores socioeconômicos e geográficos têm marcada influência nas oportunidades de acesso à informação e aos serviços de saúde, podem ser esperadas variações importantes nas características de saúde bucal entre populações rurais, urbanas e ribeirinhas^{16,17}. Diversos estudos epidemiológicos em comunidades ribeirinhas relatam dificuldades semelhantes às observadas neste estudo: custos de deslocamento, manutenção da equipe de trabalho, acesso limitado pela sazonalidade dos rios, dispersão da população ao longo de rios e ausência de registros municipais necessários ao planejamento amostral da população^{17,18}, reduzindo o poder de inferência dos dados obtidos a partir dos questionários estruturados.

As comunidades ribeirinhas das cidades pesquisadas foram homogêneas quanto ao perfil sociodemográfico. De acordo com os questionários, observamos o panorama de desigualdades presente nas comunidades ribeirinhas, cuja renda familiar média é de 980 reais, contrastando com a média per capita do estado do Amazonas, que é de 791 reais¹⁹. Esses resultados explicam o porquê de apesar de os PIB dos municípios em questão estarem em crescimento, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) permanecer abaixo da média de outros estados brasileiros.

O IDHM de 2010 para os estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul está entre 0,7 e 0,799, contrapondo-se ao do estado do Amazonas, que é de 0,6 a 0,699. Somente a cidade de Parintins apresenta IDHM semelhante ao do estado (0,656), enquanto Barreirinhas e Nhamundá apresentam valores inferiores (0,5 a 0,599)²⁰. O índice médio de Gini, que traça um mapa de desigualdade e pobreza, está em 0,46, 0,40 e 0,39 para Parintins, Barreirinhas e Nhamundá, respectivamente. Esses valores estão abaixo do valor para o Amazonas (0,50). Parintins possui 68% de população vivendo na zona urbana. Para Barreirinhas, esse percentual é de apenas 45% e Nhamundá de 38%¹⁹. Uma possível análise das comunidades ribeirinhas retornaria valores ainda mais baixos que as médias dos municípios sem estratificação.

Outro ponto importante a se considerar é o fato de que os valores para uma determinada cidade não consideram as especificidades e desigualdades encontradas nos estratos urbanos, rurais e ribeirinhos. Por exemplo, a cidade de Parintins possui apenas 10,2% de urbanização das vias públicas, bastante inferior aos 26,3% de Manaus (AM) e 69,4% de Porto Alegre (RS), por exemplo. Esse contraste entre os dados das comunidades ribeirinhas e aqueles encontrados nas cidades do estado também foram observados em um estudo com ribeirinhos de Coari, que mostrou uma renda per capita dos ribeirinhos baixa, aproximadamente 30% do salário mínimo²¹.

O Índice de Desenvolvimento de Educação Básica (Ideb) para as cidades pesquisadas tem melhorado nos últimos anos, evoluindo de 2007 a 2017 de 4,2 para 5,8 para Parintins, de 3,7 para 4,6 para Barreirinha e de 3,9 para 5,8 para Nhamundá, considerando-se o quarto e o quinto ano do ensino fundamental²². Esses dados explicam os resultados encontrados na escolaridade dos pais participantes da pesquisa, em que a maioria relatou ter frequentado apenas o ensino fundamental (58%). O estado do Amazonas encontra-se na 12ª posição com relação ao Ideb para as escolas públicas, explicando a parcela de responsáveis analfabetos encontrados neste artigo (36%).

A maioria dos estudos epidemiológicos sobre saúde bucal são conduzidos em populações urbanas e os resultados das cidades tem expandido para as áreas rurais ou ribeirinhas, quando se sabe da existência de suas peculiaridades²³. Dessa forma, é importante que dados sejam produzidos nas comunidades ribeirinhas para que sejam planejadas estratégias de prevenção e tratamento odontológico específicos. No Brasil, a frequência de visita ao dentista é modulada pela renda e pela idade: jovens com alto poder aquisitivo frequentam mais o dentista, bem como têm maior chance de obter atendimento¹⁶. Nesse estudo, observou-se que 32% dos pais ou responsáveis nunca havia levado suas crianças ao dentista, sendo esse fator impactante na experiência da dor. Esses dados mostram as limitações de acesso aos serviços odontológicos enfrentados pelas comunidades ribeirinhas, uma vez que estudos semelhantes em outras comunidades, relatam dados inferiores a esses^{24,25}.

Em estudo com comunidades ribeirinhas do Pará, 186 crianças de zero a seis anos foram avaliadas quanto à frequência da cárie dentária por meio do índice CEO-D médio, resultando em 5,3 para cinco anos de idade²⁵, valor muito acima do encontrado para a região Norte, que é de 3,37^{26,27}. Esses dados reforçam as peculiaridades encontradas nos dados com comunidades ribeirinhas.

A boa (43%) ou regular (27%) autopercepção sobre saúde bucal encontrada neste estudo é de extrema importância, pois o comportamento de cada paciente é condicionado por sua autopercepção, pela importância dada a ela, pelos seus valores culturais e pelas experiências vivenciadas no sistema de saúde²⁸. Com relação à saúde bucal, há aspectos multidimensionais associados a condições físicas e subjetivas relacionadas à boca, cujas influências se dão por razões sociais, econômicas e psicológicas, explicadas, sobretudo, quando os pacientes são ouvidos e quando seus autodiagnósticos e suas opiniões são levados em consideração^{28,29}.

O problema da dor de dente é especialmente penoso para os ribeirinhos, pois a dificuldade no acesso aos serviços de saúde faz com que eles tenham que lidar com o problema sem o auxílio médico ideal. Uma parcela expressiva dos pais faz uso de medicação paliativa

(analgésicos, remédios ou plantas caseiras) nas experiências de dor de dente de seus filhos (22%), semelhante a estudos anteriores¹⁶. Em estudo com ribeirinhos de Maués (AM), observou-se que 17 problemas clínicos infantis eram tratados com mais de 37 plantas medicinais, sendo que o princípio ativo de muitas delas possuía embasamento científico³⁰. Nesse mesmo estudo, 75% das mães eram analfabetas ou possuíam apenas o ensino fundamental, aspecto semelhante ao encontrado em nosso estudo.

Houve uma predominância de procura pela Unidade Básica de Saúde (UBS) nos casos de experiência de dor (44%), em vez da procura por um cirurgião dentista (31,5%). Entretanto, esse resultado pode ser devido a um equívoco na interpretação das alternativas do questionário. Talvez os pais possam ter associado a alternativa de resposta “cirurgião-dentista” ao atendimento pelo profissional em consultório particular e à alternativa “UBS ou postinho” ao profissional atendendo no serviço público. Contudo, há, junto a isso, a possibilidade da falta de conhecimento com relação às atribuições do cirurgião-dentista, uma vez que ainda existe um desconhecimento das atribuições dos médicos no serviço público. Apesar disso, 40% dos pais relataram levar seus filhos ao dentista de duas a três vezes por ano. Logo, é possível questionar se as respostas correspondem à realidade ou a uma resposta aceita socialmente, uma vez que estudos anteriores revelaram que para essas populações existem duas principais formas de acesso ao serviço de saúde: o deslocamento até a cidade mais próxima para atendimento em postos de saúde – cujo custo é elevado para o ribeirinho – ou o aguardo da chegada de barcos ou navios-hospitais das forças armadas, das secretarias de saúde ou de ONG, que prestam atendimento médico e odontológico esporádico¹⁶.

Quando questionados sobre as informações acerca da cárie dentária, 56% dos pais e responsáveis responderam afirmativamente, evidenciando o trabalho de prevenção proporcionado pelo cirurgião-dentista em 41% dos casos. Afirmaram, ademais, que o dentista foi quem forneceu essas informações, como também orientou sobre a realização da escovação dentária. Por fim, 53% deles receberam informações sobre o papel dos fluoretos na prevenção da cárie dentária pelo dentista, já que no caso dos ribeirinhos seria focalizado no uso de dentifício fluoretado (na idade adequada), uma vez que o acesso à água fluoretada não é viável, utilizando-se água de poços artesianos ou água do rio.

Com relação aos dentifícios, informações otimistas foram obtidas. Em 66% dos questionários, os pais ou responsáveis responderam que utilizavam dentifício de adulto na escovação dos dentes de seus filhos e 28% utilizavam dentifício infantil. Esses dados são relevantes se considerarmos que a escovação dentária com dentifício fluoretado é considerada um dos métodos mais eficientes na prevenção da cárie dentária, pois desorganiza o biofilme bacteriano e

expõe flúor na cavidade bucal de forma regular^{2,31}. Com efeito, há um consenso de que não seja necessário utilizar dentifrício não fluoretado ou com baixas concentrações de fluoreto em crianças menores (dentifrícios infantis), uma vez que o diferencial deve ser a quantidade de dentifrício colocado na escova de dentes das crianças (do tamanho de um grão de arroz)³².

Sabendo-se da importância no cuidado com a dentição decídua como medida preventiva de cáries dentárias na dentição permanente^{33,34}, é relevante que em 97% dos casos os pais ou responsáveis relatem a importância de cuidar da dentição decídua dos filhos, reforçando o papel das atividades de prevenção realizadas pela equipe odontológica das Unidades Básicas de Saúde.

Os dados mostram que todas as crianças possuem suas próprias escovas de dentes, realizando a escovação de duas a três vezes ao dia (90%). Além disso, os pais assumiram a responsabilidade pela escovação das crianças (87%). Por fim, foi observado que no ambiente domiciliar, a maioria das crianças (52%) realizavam a escovação, realizadas de forma supervisionada pelos pais em 44% dos casos. Já no ambiente escolar, conforme o relato dos responsáveis, 52% das crianças realizam a escovação na escola.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos nessa pesquisa reforçam a importância dos trabalhos de educação em saúde bucal realizados pelas equipes de Atenção Básica, pelos cirurgiões-dentistas das Unidades de Saúde Fluvial e pelas ONG atuantes nas regiões ribeirinhas do Amazonas. Embora os pais das crianças de até cinco anos tenham a consciência sobre a importância da dentição decídua, sua autopercepção em saúde bucal pode impactar os resultados em saúde bucal de seus filhos, exigindo que as medidas preventivas e educativas nessas comunidades sejam reforçadas.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Kellen Cristina da Silva Gasque e Denismar Alves Nogueira.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Kellen Cristina da Silva Gasque, Pamela Couto Guimarães Costa e Kleber Tsunematsu Hatta Júnior.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Kellen Cristina da Silva Gasque.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Kellen Cristina da Silva Gasque e Kleber Tsunematsu Hatta Júnior.

REFERÊNCIAS

1. Little P. Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. *Anuário Antropológico*. 2003;28(1):251-90.
2. Pucciarelli MLR. Estratégia Saúde da Família em áreas rurais ribeirinhas amazônicas: estudo de caso sobre a organização do trabalho em uma Unidade Básica de Saúde Fluvial de Manaus. Manaus (AM). Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
3. Mota JJP, Sousa CDSS, Silva AC. Saneamento básico e seu reflexo nas condições socioambientais da zona rural do baixo Munim (Maranhão). *Rev Cam Geog*. 2015; 16(54):140-60.
4. Silva MP, Lima AV, Pinheiro WS, Paz MCD, Dantas FM, Monteiro CEB. Assistência de enfermagem no contexto amazônico: vivências de acadêmicos em uma Unidade Básica de Saúde Fluvial. *Braz J Health Rev*. 2020;3(5):12169-77.
5. Pereira VS, Reis MHS, Portugal JKA, Campos GL, et al. Características da população ribeirinha de um município do interior do Amazonas. *Rev Elet Acerv Saúde*. 2021;13(11):1-6.
6. Cardel LMPS, Oliveira MAJ, Guedes MLS, Santana FA. O uso das plantas e o saber tradicional em três comunidades Ribeirinhas do Rio São Francisco. *Revista Cadernos de Ciências Sociais da UFRPE*. 2012;1(1):128-51.
7. Sousa AI, Pinheiro WR, Vilar MO. Prevalência de cárie dentária em crianças em condição de vulnerabilidade social/Prevalence of dental caries in children in condition of social vulnerability. *Rev Psic*. 2020;14(49):577-87.
8. Kazeminia M, Abdi A, Shamarina S, Rostam J, Aliakbar VR, et al. Dental caries in primary and permanent teeth in children's worldwide, 1995 to 2019: a systematic review and meta-analysis. *Head Face Med*. 2020;16(1):1-21.
9. Fraihat N, Madae'en S, Bencze Z, Herczeg A, Varga O. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of oral-health promotion in dental caries prevention among children: systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Heal*. 2019;16(15)2668.
10. Bönecker M, Ardenghi TM, Oliveira LB, Sheiham A, Marcenes W. Trends in dental caries in 1- to 4-year-old children in a Brazilian city between 1997 and 2008. *Int J Paediatr Dent*. 2010; 20(2):125-31.
11. Gomes V, Ferreira RC, Morais MAS, Chalub LLFH, et al. Cárie dentária na América do Sul: realidade entre escolares do Brasil e Argentina. *J Heal Biol Sci*. 2019;7(2):152-58.

12. Lemos PN, Rodrigues DA, Frazão P, Coelho CC, et al. Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(1):01-8.
13. Silva Neto APS, Souza NP. Avaliação do conhecimento de escolares e de seus pais sobre saúde bucal. *e-RAC*. 2018;7(1).
14. Bento AKM, Beserra MMN, Martins LFB, Silva CHF. Autopercepção de saúde bucal de pais de escolares. *Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)*. 2019;5(1):1-3.
15. Knottnerus A, Tugwell P. STROBE — a checklist to Strengthen the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):323.
16. Martello RP, Junqueira TP, Leite ICC. Cárie dentária e fatores associados em crianças com três anos de idade cadastradas em Unidades de Saúde da Família do Município de Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(1):99-108.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [Internet]. 2010 [citado em 2019 nov 1]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/.html?>
18. Silva SRC, Rosell FL, Valsecki Jr A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(4):405-10.
19. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
20. Arantes R, Frazão P. Cárie dentária entre os povos indígenas do Brasil: implicações para os programas de saúde bucal. *Rev Tempus*. 2013;7(4):169-80.
21. Gama ABS, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):1-16.
22. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [Internet]. 2013 [citado em 2019 nov 1]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/sao-paulo
23. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ideb – resultados e metas [Internet]. 2020 [citado em 2019 nov 1]. Disponível em: <http://ideb.inep.gov.br/resultado/>
24. Maia CVR, Mendes FM, Normando D. The impact of oral health on quality of life of urban and riverine populations of the Amazon: a multilevel analysis. *PLoS ONE*. 2018;13(11):1-11.

25. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Teixeira CRS, Piovesan C, Mendes FM, Ardenghi TM. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health*. 2013;13(60):2-6.
26. Mathur VP, Dhillon JK. Dental Caries: A Disease Which Needs Attention. *Indian J Pediatr*. 2018; 85(3):202-6.
27. Brasil. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
28. Amaral RC, Carvalho DA, Brian A, Sakai GP. A relação entre a saúde bucal e a cárie dentária em oito comunidades ribeirinhas – Pará, Brasil. *Rev Bras Odontol*. 2017;74(1):18-22.
29. Vale EB, Mendes ACG, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(3):98-108.
30. Xavier A, Carvalho ES, Bastos RS, Caldana ML, Damiance PRM, Bastos JRM. Impact of dental caries on quality of life of adolescents according to access to oral health services: a cross sectional study. *Braz. J Oral Sci*. 2016;15(1):1-7.
31. Lima RFS, Turrini RNT, Silva LR, Melo LDS, Augusto SI. Popular healing practices and medical plants use for riparian mothers in early childhood care. *Rev Fund Care Online*. 2017;9(4):1154-63.
32. Chedid AJ, Cury JA. O uso de fluoretos em odontopediatria fundamentado em evidências. In: Coutinho L, Bonecker, M. *Odontopediatria para pediatria*. São Paulo (SP): Atheneu; 2013. p. 419-430.
33. Agnelli PB. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. *Bras Odontol*. 2015;72(1):10-5.
34. Magalhaes AC, Moron BM, Comar LP, Buzalaf MAR. Uso racional dos dentifrícios. *Rev Gaúch Odontol*. 2011;59(4):615-25.

Recebido: 18.12.2019. Aprovado: 24.5.2022.