



## 16° Congresso de Iniciação Científica

### **AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO A CÁRIE EM CRIANÇAS QUE APRESENTARAM OU NÃO LESÕES CARIOSAS EM UM PROGRAMA PREVENTIVO.**

#### **Autor(es)**

ANA BEATRIZ DA SILVA FREIXINHO

#### **Orientador(es)**

JOSÉ MASSAO MIASATO

#### **1. Introdução**

Os hábitos são transferidos pela família para as crianças, sendo assim, os pais não devem ser tidos apenas como facilitadores da limpeza bucal, mas como transmissores do comportamento da saúde bucal<sup>6</sup>--- e uma importante influência no desenvolvimento infantil como um todo<sup>3</sup>.

A dor e sofrimento do paciente pediátrico podem ser evitados pelos cirurgiões-dentistas e/ ou pelos pais e/ ou responsáveis, desde que esses conheçam os fatores etiológicos e passem a compreender cárie dentária como uma doença crônica degenerativa<sup>5</sup>.

Esta doença possui caráter multifatorial, cujos os fatores determinantes são: microbiota, dieta inadequada, hospedeiro susceptível e tempo<sup>4</sup>.

Para o seu desenvolvimento há a necessidade que a bactéria *S. mutans*, a qual é reconhecida como o principal agente etiológico da cárie dental, colonize a cavidade bucal, dependendo para tanto de fatores intrínsecos do hospedeiro como: capacidade tampão e pH da saliva, composição e morfologia dental<sup>7</sup>.

Fatores extrínsecos como: hábitos individuais, familiares, culturais, higienização bucal<sup>7</sup>, presença de placa visível, mancha branca, experiência anterior de cárie<sup>9</sup>, frequência e consumo de carboidratos<sup>1,9</sup>, também regulam fortemente o estabelecimento e desenvolvimento do potencial cariogênico da bactéria<sup>7</sup>, sendo importantes preditores na identificação do risco à cárie dental em crianças<sup>9</sup>.

A Transmissão dos microrganismos cariogênicos ocorrem através do contato físico direto<sup>8</sup>, devido a fatores

inter-relacionados como afinidade bacteriana e número de unidades de colônias formadas<sup>7</sup>, sendo assim, sugere-se que os pais devem evitar contatos salivares com o bebê, como: beijos na boca ou nas mãos, uso do mesmo talher e provar ou assoprar alimentos<sup>2</sup>.

Em função da idade, a prevalência da cárie dentária aumenta, em consequência do aumento do número de dentes erupcionados e do consumo de açúcar na dieta<sup>5,9</sup>.

## 2. Objetivos

---

O objetivo desta pesquisa foi avaliar os fatores de risco a cárie em crianças que apresentaram ou não lesões cariosas no PAOPI – Programa de Atenção Odontológica a Partir da Primeira Infância e na CAP – Clínica de Atenção Primária.

## 3. Desenvolvimento

---

Formou-se dois grupos de crianças na faixa etária de 12 a 36 meses de idade. O G1, crianças que fazem parte do PAOPI e o G2 crianças que fazem parte da CAP. Critério de inclusão: G1 - Crianças que tenham iniciado o programa com até 1 ano de idade, assíduas ao programa, ou seja, não tenham se ausentado das consultas de revisões previamente agendadas e prontuários preenchidos corretamente; G2 – crianças que estejam iniciando na CAP, após 1 ano de idade, inclusive, e que não tenham participado de outros programas de prevenção. Sendo assim, o G1 e G2 foram formados por 106 e 128 crianças respectivamente. Para a avaliação dos fatores de risco em crianças que tiveram ou não lesões cariosas na faixa etária de 12 a 36 meses de idade, os seguintes itens são observados: avaliar a presença de cárie, avaliar os fatores de risco (controle do biofilme, consumo de sacarose, contaminação e aleitamento). Os dados foram tabulados no programa estatístico EPI-Info 6.04, e avaliados através dos testes do qui-quadrado e Teste t-student, com nível de significância de 95%. A pesquisa é financiada pela FAPERJ.

## 4. Resultado e Discussão

---

O G1 foi formado por 106 bebês, com média de idade de  $23,1 \pm 7,4$  meses, sendo 48,1% (51) do sexo feminino. Os pais apresentaram média de idade de  $31,7 \pm 8,6$  e  $8,1 \pm 2,7$  anos de estudo. No entanto as mães tinham em média  $27,8 \pm 7,2$  anos de idade e  $8,5 \pm 2,8$  anos de estudo. A amamentação no peito era realizada por 40,6%(43) das crianças, sendo realizada em média de 3,9 vezes ao dia e destas 28,3%(30) recebiam a higienização dos dentes após. Dentre as crianças que mamam no peito (43), 51,2%(22) acordavam para mamar e a limpeza dos dentes era realizada em 27,3%(6) das crianças. Faziam uso da mamadeira 50,9%(54) das crianças com 2,6 vezes por dia em média. A limpeza dos dentes após a utilização da

mamadeira era realizada em 77,8%(42) das crianças. Quanto ao uso do açúcar, 87,7%(93) utilizavam pouca quantidade. Em relação aos hábitos de contaminação, este era realizado por 50% das mães (53). O ceod foi de  $0,1 \pm 0,9$ . A prevalência de cárie no estudo foi de 5,7%.

O G2 foi formado por 128 bebês, com média de idade de  $21,9 \pm 6,1$  meses, sendo 50,0% (64) do sexo feminino. Os pais apresentaram média de idade de  $32,7 \pm 8,5$  e  $9,3 \pm 2,6$  anos de estudo. No entanto as mães tinham em média  $29,5 \pm 6,5$  anos de idade e  $10,0 \pm 2,3$  anos de estudo. A amamentação no peito era realizada por 49,2%(63) das crianças, sendo realizada em média de 5,2 vezes ao dia e destas 53,8%(35) recebiam a higienização dos dentes após. Dentre as crianças que mamam no peito (65), 81,5%(53) acordavam para mamar e a limpeza dos dentes era realizada em 9,3%(5) das crianças. Faziam uso da mamadeira 43,3%(55) das crianças com 2,9 vezes por dia em média. A limpeza dos dentes após a utilização da mamadeira era realizada em 74,5%(38) das crianças. Quanto ao uso do açúcar, 82,5%(104) utilizavam pouca quantidade. Em relação aos hábitos de contaminação, este era realizado por 66,7% das mães (84). O ceod foi de  $2,4 \pm 3,3$ . A prevalência de cárie no estudo foi de 46,9%.

No presente trabalho, os anos de estudo do pai ( $p=0,04$ ) e anos de estudo da mãe ( $p=0,007$ ) apresentaram significância entre G1 e G2, sendo observado maior nível de escolaridade paterna e materna no G2, o qual apresentou maior prevalência de cárie, estando de acordo com Mohebbi et al.<sup>6</sup>, quando relata que o nível de educação dos pais não está associado com a frequência da limpeza oral das crianças. No entanto, tais resultados diferem nos encontrados por Brandão et al.<sup>3</sup>, onde o elevado grau de escolaridade está relacionado ao menor índice de lesões de cárie, já que quanto maior o nível de escolaridade, maior e melhor será o acesso a informação, podendo refletir de forma positiva nos membros da família, em relação à prevenção da cárie. Quando avaliado G1 e G2 em relação a frequência da amamentação no peito ( $p=0,03$ ) x higienização e o uso da mamadeira ( $p=0,003$ -correção de Yates) x higienização, estas foram maiores no G1, provavelmente devido a aplicação das orientações recebidas pelos pais, em educação continuada, no PAOPI, concordando com Mohebbi et al.<sup>6</sup>; onde enfatizam a importância das instruções dadas aos pais, para desempenharem a regular e freqüente limpeza oral na primeira infância. Segundo Ramos et al.<sup>8</sup>, a contaminação salivar ocorre através do contato físico direto, sendo no presente estudo significativa entre G1 e G2 ( $p=0,01$ -correção de Yates). A contaminação foi menor no G1, onde pais são orientados a evitar contatos salivares com o bebê, como: beijos na boca ou nas mãos, uso do mesmo talher e provar ou assoprar alimentos, estando de acordo com Bönecker et al.<sup>2</sup> A prevalência de cárie foi maior no G2 (46,9%) em relação ao G1 (5,7%), com valor do ceod significativo entre G1 e G2 ( $p=0,000$ -Test-t student), o qual não participa do programa preventivo, podendo os fatores de risco a cárie não estarem sendo controlados pelos pais, concordando com os estudos realizados por Maciel et al.<sup>5</sup>

## 5. Considerações Finais

---

Apesar dos fatores de risco presentes, o Programa de Atenção Odontológica a Partir da Primeira Infância foi capaz de atenuar a prevalência de cárie na faixa etária estudada.

## Referências Bibliográficas

---

1 BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M.; CORSO, A. C. T. Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança. *Revista de Nutrição, Campinas*, v. 20, n. 2, Mar./ Abr. 2007.

2 BÖNECKER, M.; ARDENGHI, T. M.; TRINDADE, C. P. et al. Transmissão vertical de *Streptococcus mutans* e suas implicações. *JBP Rev. Ibero-am. odontopediatr. odontol. Bebê*, v. 7, n. 37, p. 297-303, maio/jun. 2004.

3 BRANDÃO, I. M. G.; ARCIERI, R. M.; SUNDEFELD, M. L. M. et al. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 22, n. 6, p. 1247-1256, jun. 2006.

4 CASTRO, L. A.; TEIXEIRA, D. L.; MODESTO, A. A influência do perfil materno na saúde bucal da criança: relato de caso. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe*, v. 5, n. 23, p. 70-4, jan./fev. 2002.

5 MACIEL, S. S. V. V.; OLIVEIRA, R. L. C. C.; FERNANDES, A. C. A. et al. Prevalência da Cárie Precoce na Infância em Crianças de 6 a 36 Meses em Creches Públicas de Caruaru/ PE. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 59-65, jan./ abr. 2007.

6 MOHEBBI, S. Z.; VIRTANEN, J. I.; MURTOMAA, H. et al. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *International Journal of Pediatric Dentistry*, v. 18, p. 48-55, 2008.

7 MOREIRA, M.; POLETTO, M. M.; VICENTE, V. A. Fatores determinantes na epidemiologia e transmissibilidade da doença cárie. *Revista Odonto Ciência- Fac. Odonto/ PUCRS*, v. 22, n. 56, p. 181-185, abr./jun. 2007.

8 RAMOS, T. M.; JÚNIOR, A. A. A.; RAMOS, T. M. et al. Condições Bucais e Hábitos de Higiene Oral de Gestantes de Baixo Nível Sócio Econômico no Município de Aracaju-SE. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 6, n. 3, p. 229-235, Set./dez. 2006.

9 SCAVUZZI, A. I. F.; OLIVEIRA, V. G.; FERREIRA, E. A. Incremento de Cárie Dental em Bebês Residentes em Feira de Santana/ BA: Acompanhamento de Três anos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 7, n. 2, p. 161-167, maio/ ago. 2007.