

## Conhecimento e Práticas Maternas e Condições de Saúde Bucal de Crianças Assistidas em Uma Unidade Básica de Saúde de um Município no Sul do Brasil

### Knowledge and Maternal Practices and Oral Health Conditions of Children Assisted in a Basic Health Unit of a Municipality in Southern Brazil

Karina Semencio Avelino<sup>a</sup>; Ilma Carla de Souza Porcelli<sup>b</sup>; Valéria Campos Mariano Francelino<sup>b</sup>; Ermelinda Matsuura<sup>b</sup>; Nathalia Maciel Corsi<sup>c</sup>; Marina de Lourdes Calvo Fracasso<sup>b</sup>; Sandra Mara Maciel<sup>b\*</sup>

<sup>a</sup>Universidade Estadual de Maringá, Curso de Odontologia. PR, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Odontologia Integrada. PR, Brasil.

<sup>c</sup>Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Comunicação em Saúde. PR, Brasil.

\*E-mail: [sanmaciel@sercomtel.com.br](mailto:sanmaciel@sercomtel.com.br)

#### Resumo

A cárie precoce repercute, negativamente, na vida da criança. Este estudo avaliou o nível de conhecimento, práticas maternas e o padrão de saúde bucal de crianças assistidas pela rede pública de saúde de um município do Sul do Brasil. Foram analisados 279 prontuários de crianças que estavam sendo atendidas na clínica de bebê de uma Unidade Básica de Saúde. O conhecimento, as práticas nos cuidados com a saúde bucal infantil e o perfil sócio demográfico das famílias foram identificados em entrevistas realizadas com as mães no início do atendimento. Verificou-se os procedimentos clínicos-preventivos realizados, número de consultas e faltas e se avaliou a condição de saúde bucal da criança na última consulta. Foram aplicados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, fixando-se o nível de significância em 5%. As mães apresentaram um conhecimento razoável, porém suas práticas, principalmente, com cuidados alimentares das crianças eram precárias. Procedimentos preventivos predominaram na atenção odontológica oferecida, contudo, 20,8% das crianças desenvolveram cárie dentária, sendo o índice ceo-d médio igual a 0,53 (DP=1,35). A maior severidade de cárie se associou à maior idade da criança (<0,001) e da mãe (p=0,006), menor renda familiar (0.036), maior tempo de tratamento (<0,001) e maior número de faltas às consultas (<0,001). A atenção odontológica é importante a partir do primeiro ano de vida, assim como as ações em saúde bucal, com atividades educativas direcionadas aos programas pré-natais, além do desenvolvimento de estratégias para aumentar a adesão das mães/ crianças aos programas promocionais em saúde bucal que são oferecidos pela rede pública de saúde.

**Palavras-chave:** Criança. Saúde Bucal. Mães. Cárie Dentária. Conhecimento.

#### Abstract

Early caries has a negative impact on the child's life. This study evaluated the level of knowledge, maternal practices and oral health pattern of children assisted by the public health network of a municipality in the south of Brazil. Information was analyzed from 279 medical records of children treated at the baby clinic of a Basic-Health-Unit. The knowledge, practices in care of children's oral health and sociodemographic profile of families were identified in interviews with mothers at the beginning of care. The clinical-preventive procedures performed, number of consultations, absences were checked and the child's oral health condition was evaluated at the last visit. The Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were applied, setting the level of significance at 5%. The mothers presented a reasonable level of knowledge, however, their practices, particularly those about care related to feeding their children were precarious. Preventive procedures predominated the offered dental care, however, 20.8% of the children developed dental caries - mean dmf-t index 0.53 (SD = 1.35). The highest level of caries severity was associated with the highest age of both the child (<0.001) and mother (p = 0.006), lower family income (0.036), longer treatment time (<0.001) and higher number absences to the appointments. Dental care is important from the first year of life onwards, as well as oral health actions, with educational activities directed towards prenatal programs and the development of strategies to increase the adherence of mothers /children to the promotional programs offered by the public health network.

**Keywords:** Child. Oral health. Mothers. Dental Caries. Knowledge.

## 1 Introdução

Considerada um problema de saúde pública, a cárie dentária é uma doença comum na infância, afetando a qualidade de vida e o desenvolvimento biopsicossocial infantil (CHAFFEE et al., 2017). O problema assume maior gravidade, quando acomete crianças com idade até 71 meses, sendo denominada cárie precoce da infância (ANIL; ANAND, 2017).

Apesar de estudos demonstrarem uma redução nos índices da doença em crianças com idade escolar, as taxas ainda são elevadas na idade pré-escolar, sendo o grupo com precárias condições de vida, o mais afetado (HONG et al., 2014; BOING et al., 2014).

No Brasil, o único levantamento de abrangência nacional no qual crianças de 18 a 36 meses de vida foram avaliadas, o SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004), demonstrou que 27% das crianças apresentavam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária (ceo-d =1,1), sendo o

componente cariado responsável por mais de 90% do índice.

Mais recentemente, resultados do levantamento epidemiológico sobre as condições de saúde bucal da população brasileira intitulado: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, conhecido como SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012), expressaram que a meta global estabelecida pela Organização Mundial de Saúde para o ano de 2010 relativa à idade de 5 anos (90% livres de cárie) não foi atingida, tendo sido registrada a proporção de 46,6% dos pré-escolares livres de cárie. Ainda, de acordo com esta pesquisa, nesta idade, a criança apresentava o índice ceo-d médio de 2,43, sendo o componente cariado responsável por mais de 80% do índice e a proporção de dentes cariados maior nas regiões Norte e Nordeste e a de restaurados, nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2012).

O quadro encontrado deixa evidente que a cárie dentária, no país, ainda é o principal problema de saúde bucal de crianças

e as condições e possibilidades de obtenção/manutenção de saúde bucal das crianças em idade pré-escolar continuam sujeitas às enormes desigualdades regionais e sociais, as quais determinam um acesso desigual de suas famílias aos serviços, às informações e aos bens de consumo em saúde (MACIEL et al., 2001)

A continuidade no desenvolvimento de pesquisas científicas direcionadas à elucidação dos fatores de risco, de prevenção, de controle e de tratamento desta doença na infância é justificada. Análises sobre o desenvolvimento infantil e o comportamento humano mostram uma forte ligação entre o ambiente da criança, sua saúde e seu desenvolvimento (NOBLE et al., 2015). Vários fatores estão ligados aos cuidados prestados às crianças, como características próprias da criança, da cultura, do nível socioeconômico e de estrutura familiar (ROSSETTI-FERREIRA, 2013).

A formação de hábitos e comportamentos, entre estes os alimentares e de higiene geral e bucal se inicia na infância, durante o período de socialização primária (GOMES, 2013). Neste período, o papel dos pais, em especial da mãe, é de fundamental importância, pois é conhecido que hábitos e comportamentos, desenvolvidos nos primeiros anos de vida, ficam profundamente enraizados e resistentes a mudanças (TRICHES, 2015).

Pais e/ou responsáveis são referências de práticas saudáveis, sendo portanto, extremamente importante motivá-los quanto à promoção de saúde com a finalidade de se conscientizarem sobre a importância desta, para a saúde geral de seus filhos (PATIAS et al., 2013). Suas dúvidas, dificuldades e angústias devem ser expressas, para serem trabalhadas através de diálogos com os promotores de saúde, uma vez que as crianças colocam o aprendizado em prática se este for relacionado com pessoas que têm um significado para elas (MASSONI et al. 2010).

O diagnóstico dos problemas de saúde bucal e a identificação de seus fatores de risco para crianças em idade pré-escolar pertencentes a extratos socioeconômicos menos privilegiados é uma ferramenta importante, ou mesmo o primeiro passo, para a otimização de futuras ações de controle destas doenças (SOUZA et al., 2015)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Iguazu, do município de Maringá, Paraná, contempla a atenção odontológica a partir dos 6 meses de vida. Previamente ao desenvolvimento de ações educativas e preventivas são realizadas entrevistas para avaliação do conhecimento e de práticas maternas em saúde bucal. As crianças permanecem no programa preventivo e, quando necessário, o tratamento clínico é realizado.

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo identificar o nível de conhecimento e as práticas maternas nos cuidados com a saúde bucal de crianças assistidas na referida UBS. Adicionalmente, procurou-se verificar as condições bucais das crianças que estavam recebendo assistência odontológica durante o ano de 2012.

## 2 Material e Métodos

Foi realizado um estudo transversal, no qual os dados foram coletados através de um estudo retrospectivo de 279 prontuários de crianças que se encontravam em atendimento no ano de 2012, na clínica do bebê da Unidade Básica de Saúde (UBS) Iguazu, do município de Maringá, Paraná, Brasil. Após obtenção da autorização oficial da Secretaria Municipal de Saúde para condução da pesquisa, termos de consentimento livre e esclarecido foram enviados e assinados pelas mães.

O conhecimento em saúde bucal das mães, assim como as práticas das mesmas relacionadas aos cuidados com a saúde bucal de suas crianças foram identificados através de suas respostas a entrevistas realizadas no início do atendimento. Foi aplicado um formulário semiestruturado, que também incluiu questões relativas a aspectos sociodemográficos. A aplicação do questionário e a execução dos exames clínicos e tratamentos clínicos-preventivos foram conduzidos pela dentista responsável pelo atendimento aos bebês na referida UBS.

Os prontuários continham informações a respeito dos seguintes grupos de variáveis: sociodemográficas (gênero e idade da criança, idade, trabalho regular, estado civil, número de filhos, escolaridade da mãe e renda familiar); conhecimento das mães em relação à saúde bucal (orientação prévia sobre cárie e dieta, opinião sobre a transmissibilidade da doença, número e função de dentes decíduos, higiene bucal e idade da visita ao dentista); práticas maternas com relação à dieta (uso e preparo e frequência da mamadeira, hábito da criança comer entre as refeições e o tipo de alimento), práticas de higiene bucal e uso de flúor pelas crianças (forma e frequência de higienização e uso de flúor); práticas maternas com relação às visitas da criança ao dentista (idade da criança na 1ª consulta ao dentista, número de consultas e faltas); procedimentos clínicos-preventivos realizados.

A análise estatística dos dados foi realizada em utilização do pacote estatístico *Statistical Program of Social Science* – SPSS, versão 15.0 (KINNEAR, 1997). Após a inserção das informações no banco de dados se procedeu inicialmente à análise descritiva dos mesmos, através da constituição de tabelas de frequência simples. Posteriormente, conduziu-se a análise bivariada testando-se possíveis associações entre as variáveis de estudo. Utilizou-se para tal, os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, fixando-se o nível de significância em 5%.

## 3 Resultados e Discussão

Com relação à caracterização sociodemográfica da população de estudo (Quadro 1), do total de 279 crianças, a maior proporção era do gênero masculino (53,2%), havendo porcentagens semelhantes de crianças nas faixas de 1 a 2 anos

e 3 a 5 anos (38,7%). A faixa etária materna predominante foi de 35 anos ou mais (40,9%), tendo sido o trabalho regular relatado por 71,3% das mães, o convívio com companheiro, pela maioria delas (90,3%), ter filho único por 54,8% e possuir entre 9 e 11 anos de estudo, por quase 50%. Vale destacar que a minoria (11,5%) reportou baixo nível de instrução. Apenas 30,4% das famílias percebiam renda mensal acima de três salários mínimos.

**Quadro 1** - Caracterização sociodemográfica da população de estudo

Características	N	%
<b>Gênero da criança</b>		
Masculino	151	53,2
Feminino	133	46,8
<b>Idade da criança</b>		
1 a 2 anos	108	38,7
3 a 5 anos	108	38,7
6 a 8 anos	63	28,6
<b>Idade materna</b>		
19 a 30 anos	77	28,6
31 a 34 anos	78	29,0
35 ou +	114	42,4
<b>Trabalho regular</b>		
Trabalho formal fora de casa	199	71,3
Do lar	80	28,7
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	252	90,3
Sem companheiro	27	9,7
<b>Escolaridade materna</b>		
4 a 8 anos de estudo	31	11,5
9 a 11 anos de estudo	131	48,9
12 e + anos de estudo	106	39,6
<b>Número de filhos</b>		
Um	154	54,8
Dois	105	37,6
Três	21	7,5
<b>Renda familiar (S.M.= R\$622,00)</b>		
< 1 S.M.	25	13,6
≥1< 2 S.M.	61	33,2
≥2< 3 S.M.	42	22,8
≥3 S.M.	56	30,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Na análise do conhecimento materno sobre questões relativas à saúde bucal infantil (Quadro 2): a maioria das mães (74,6%) afirmou ter recebido orientação prévia sobre a cárie dentária, sendo o dentista apontado como principal fonte de informação por apenas 11,5% destas; 41,6% desconheciam a respeito da transmissibilidade da cárie e as que consideravam ser uma doença transmissível (53%) citaram “assoprar

alimentos”, “beijos” e “contato com a saliva” como principal formas de transmissão; 62,7% e 35,6% não souberam responder, respectivamente, o número total e a função dos dentes de leite; 69,2% relataram orientação prévia sobre a dieta de seus filhos, sendo o pediatra responsável em 86,5% dos casos; 68,5% achavam que a higiene da boca do bebê deveria ter início antes da erupção dos dentes e 62,3%, que a criança somente poderia escovar seus dentes, sem ajuda da mãe, a partir dos 7 anos de idade. Quase que a totalidade das mães considerava que a visita do bebê ao dentista deveria ocorrer antes do 1º ano de vida.

**Quadro 2** - Conhecimento materno com relação à saúde bucal infantil

Conhecimento	N	%
<b>Opinião sobre a idade de início de visita ao dentista</b>		
Antes de 1 ano	246	99,2
Entre 1 e 2 anos	2	0,8
<b>Explicação prévia sobre cárie dentária</b>		
Sim	208	74,6
Não	71	25,4
<b>Quem orientou sobre a cárie?</b>		
Leituras diversas	1	0,6
Dentista	32	19,9
Dentista ou palestra	24	7,7
Outros	4	2,5
<b>Acha que a cárie pode ser transmitida?</b>		
Sim	148	53
Não	15	5,4
Não sabe	116	41,6
<b>Quantos dentes de leite têm uma criança?</b>		
20	100	96,2
24	4	3,8
<b>Função dos dentes decíduos</b>		
Não sabe	100	35,8
Mastigação/estética/fonação	45	16,1
Instalação da dentadura permanente	70	25,1
Mastigação/estética/fonação/instalação da dentadura permanente	64	22,9
<b>Teve orientação de dieta do seu filho?</b>		
Sim	193	69,2
Não	86	30,8
<b>Quem orientou sobre a dieta?</b>		
Palestra	19	9,8
Pediatra	167	86,5
Dentista	7	3,6

Continua...

...continuação

<b>Quando deve começar a limpeza dos dentes de uma criança?</b>		
Não sabe	44	15,8
Antes de ter dentes	191	68,5
Quando nascem os primeiros dentes	44	15,8
<b>Idade que a criança pode começar a escovar seus próprios dentes sem ajuda da mãe?</b>		
Antes dos 6 anos	23	37,7
Acima dos 7 anos	46	62,3

Fonte: Dados da pesquisa.

No Quadro 3 são apresentadas as práticas maternas com relação à alimentação dos bebês. Pode-se constatar que 88,1% das crianças faziam uso da mamadeira, sendo que destas as maiores proporções faziam entre 3 e 4 mamadas durante o dia (48,4%) e nenhuma durante a noite (43,3%). Quanto ao preparo da mamadeira, a maioria das mães (72,4%) relatou adicionar algum item açucarado no preparo da mamadeira, justificando esta prática, principalmente, por indicação médica (57,7%) ou por considerarem que ficaria mais saboroso (17,8%) e nutritivo (16,1%). A maioria das crianças (90,7%) apresentava o hábito de comer entre as refeições principais.

**Quadro 3 - Práticas maternas com relação à alimentação, higiene bucal e o uso de flúor pelos seus filhos**

Práticas	n	%
<b>Seu filho costumava tomar mamadeira?</b>		
Sim	140	88,1
Não	19	11,9
<b>Preparo da mamadeira</b>		
Somente leite	77	27,6
Leite + açúcar, achocolatado, farinha, etc.	202	72,4
<b>Motivo do preparo da mamadeira</b>		
Indicação médica	97	55,7
Ficar mais nutritivo, consistente	28	16,1
Ficar mais saboroso	31	17,8
Outros	18	10,3
<b>Número de mamadas durante o dia</b>		
1 a 2 vezes	54	22,1
3 a 4 vezes	118	48,4
5 ou + vezes	32	29,5
<b>Número de mamadas durante o dia</b>		
Nenhuma	100	43,3
1 vez	70	30,3
2 vezes	21	9,1
3 ou + vezes	40	17,3
<b>Seu filho costuma comer entre as refeições?</b>		
Sim	223	90,7
Não	23	9,3

<b>Forma que iniciou a higiene bucal de seus filhos</b>		
Ainda não higieniza	20	10,6
Escova + pasta	26	7,8
Fralda ou pano úmido	161	63,1
Gaze/algodão/cotonete/dedeira	47	16,4
<b>Quantas vezes por dia seu filho escova os dentes?</b>		
Não escova	23	10,6
1 vez	97	44,5
2 vezes	45	20,6
3 vezes	22	10,1
Não higieniza todos os dias	31	14,2
<b>Usa flúor?</b>		
Sim	16	7,0
Não	211	93
<b>De que maneira usa o flúor?</b>		
Pasta dental	8	50
Aplicação pelo dentista	4	25
Abastecimento de água	4	25

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação às práticas de higiene bucal, a maior parcela das mães (81,5%) afirmou as ter iniciado lançando mão de técnicas simplificadas, como o uso de fraldas umedecidas ou gaze, algodão, cotonete e dedeira, sendo que a minoria (7,8%) disse ter usado escova e pasta dental e 10,6%, relataram, por ocasião da entrevista, que ainda não higienizavam. Entre as crianças que já escovavam seus dentes, 44,5% recebiam a escovação apenas uma vez ao dia. Quanto ao uso do flúor, 93% das mães afirmaram que seus filhos não faziam uso do mesmo (Quadro 3).

Mais da metade das crianças do estudo (53,0%) visitaram o dentista antes de completarem o primeiro ano de vida e 43% tiveram a primeira consulta durante o primeiro ano. Proporções semelhantes de crianças haviam realizado até 7 consultas (34,1%), entre 8 e 19 (33,3%) e mais de 20 consultas (32,6%). Já com relação às faltas, 46,2% haviam faltado até uma vez, 25,4% entre 2 e 3 vezes e 28,3%, 4 e mais vezes. A maioria (75,9%) das crianças foi submetida a tratamento preventivo, e possuía um ano de tratamento (27,2%). Apenas 59 prontuários continham informação a respeito da idade do aparecimento da primeira lesão de cárie, sendo esta em média de 3,6 anos (Quadro 4)

**Quadro 4 - Práticas maternas com relação às visitas da criança ao dentista**

Práticas	n	%
<b>Idade da 1ª visita ao dentista</b>		
0 a 6 meses	62	22,2
7 a 11 meses	86	30,8
12 meses	120	43,0
13 e + meses	11	3,9

Continua...

...continuação

Número de consultas		
1 a 7	95	34,1
8 a 19	93	33,3
20 ou +	91	32,6
Número de faltas		
Nenhuma	65	23,3
1	64	22,9
2 a 3	71	25,4
4 ou +	79	28,3
Idade aparecimento 1ª cárie*		
1	6	10,2
2	10	16,9
3	14	23,7
4	15	25,4
5	3	5,1
6	7	11,9
7	4	6,8
Tempo de tratamento		
Até 1 ano	76	27,2
2 a 3 anos	68	24,4
4 e 5 anos	75	26,9
6 e + anos	60	21,5

\*Idade em anos

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre as crianças cadastradas na UBS, a análise dos registros dos prontuários, no ano de 2012, possibilitou verificar que 20,8% desenvolveram a doença cárie, ou seja, 79,2% (N=221) encontravam-se livres de cárie. O grau de severidade da cárie foi expresso por um ceo-d médio de 0,53 (DP= 1,35), sendo que foi o componente obturado que teve maior impacto na composição do índice (o =0,52; DP=1,34).

O Quadro 5 contém informações sobre os procedimentos clínicos realizados na assistência à saúde bucal das crianças. Considerando os dentes decíduos, 20,7% das crianças receberam restaurações devido à cárie dentária; 3,3% restauração por hipoplasia; 6,8% sofreram exodontias; 2,9% receberam tratamento endodôntico; e, 14,7%, tiveram aplicação de selante e/ ou carióstático. Quanto aos dentes permanentes, 9,0% recebeu selante e 1%, restauração. Na maioria das crianças foram executados apenas procedimentos preventivos.

**Quadro 5** - Procedimentos clínicos realizados nas crianças

Procedimentos	N	%
Tipo de tratamento		
Preventivo (IHO, ATF, selante, carióstático, verniz, profilaxia)	212	75,9
Restaurador por cárie	51	18,5
Restaurador por hipoplasia	2	0,7
Restaurador por trauma	4	1,5
Endodontia por cárie	7	2,5

Endodontia + exodontia por cárie	1	0,4
Endodontia por trauma	2	0,7
Dentes decíduos restaurados por cárie		
Nenhum	221	79,2
Um	20	7,2
Dois	22	7,9
Três	2	0,7
Quatro		1,4
Cinco	4	1,4
Seis	2	0,7
Sete	2	0,7
Oito	2	0,7
Dentes decíduos restaurados por trauma ou hipoplasia		
Nenhum	270	96,8
Um	8	2,9
Dois	1	0,4
Dentes decíduos extraídos		
Nenhum	276	93,2
Um	11	3,9
Dois	6	2,2
Três	2	0,7
Dentes decíduos com selante/ carióstático		
Nenhum	238	85,3
Um	3	1,1
Dois	14	5,0
Três	22	7,9
Quatro	2	0,7
Dentes permanentes selados		
Nenhum	252	91
Um	2	0,7
Dois	15	5,4
Três	1	0,4
Quatro	7	2,5
Dentes permanentes restaurados		
Nenhum	276	98,9
Um	3	1,1

Fonte: Dados da pesquisa.

A severidade de cárie apresentou associação estatística com as variáveis: idade da criança por ocasião da coleta das informações nos prontuários, renda familiar, número de faltas e de tempo de tratamento (Quadro 6). O índice ceod foi maior nas crianças com mais idade (ceod=1,32±1,98), cujas mães eram mais velhas (ceod=0,77±1,69), e pertenciam a famílias que a renda familiar era de até 2 salários mínimos (ceod=0,69±1,47). Observou-se, ainda, que a severidade de cárie foi maior entre as crianças que estavam recebendo tratamento há mais tempo (ceod=1,33±1,91) e que apresentaram um maior número de faltas às consultas (ceod=0,90±1,59). Vale destacar que o gênero da criança, a escolaridade materna e o modo de preparo da mamadeira não

se associaram à severidade de cárie.

**Quadro 6** - Relação entre a severidade de cárie e variáveis sociodemográficas e comportamentais

Variáveis	Índice ceo-d ceo-d		Valor de P
	Média	DP	
<b>Gênero da criança</b>			
Masculino	0,60	1,46	0,401*
Feminino	0,46	1,22	
<b>Idade da criança</b>			
1 a 2 anos	0,06	0,43	<0,001**
3 a 5 anos	0,54	1,30	
6 a 8 anos	1,32	1,98	
<b>Idade materna</b>			
19 a 30 anos	0,13	0,44	0,006**
31 a 34 anos	0,63	1,41	
35 ou +	0,77	1,69	
<b>Escolaridade materna</b>			
4 a 8 anos de estudo	0,68	1,27	0,447**
9 a 11 anos de estudo	0,53	1,37	
12 e + anos de estudo	0,52	1,41	
<b>Renda familiar ( S . M . = R\$622,00)</b>			
Até 1 S.M.	0,60	1,47	0,036**
Entre 1 e 2 S.M.	0,69	1,18	
Acima de 2 S.M.	0,36	1,11	
<b>Número de faltas</b>			
Nenhuma	0,25	0,96	<0,001**
1	0,30	1,07	
2 a 3	0,59	1,50	
4 e +	0,90	1,59	
<b>Tempo de tratamento</b>			
≤ 1 ano	0,01	0,11	<0,001**
2 a 3 anos	0,22	0,92	
4 a 5 anos	0,69	1,49	
6 e + anos	1,33	1,91	
<b>Preparo da mamadeira</b>			
Leite puro	0,32	0,92	0,299*
Leite + açúcar e/ou outro item	0,53	1,36	

\* Teste Mann-Whitney \*\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

O alto percentual de crianças livres de cárie (79,2%), assim como o baixo índice ceo-d (0,53±1,35) constatados neste estudo denotam melhores condições de saúde bucal, tendo-se como parâmetros os resultados para a faixa etária de 5 anos, do último levantamento de abrangência nacional, na

região Sul do país, na qual o percentual de livres de cárie foi de 39,4% e a severidade da doença de 2,49 (BRASIL, 2012). Investigação local envolvendo a mesma faixa etária, também apresentou prevalências de cárie superiores à encontrada, como por exemplo, o estudo conduzido por Hamati et al. (2014) em pré-escolares de Ponta Grossa, no qual foi registrada a prevalência de 51%.

Vários fatores podem ser relacionados ao cenário positivo observado, como fluoretação das águas de abastecimento público e regulamentação do flúor nos dentífrícios (CURY et al., 2015). No entanto, pode-se conjecturar também que as boas condições de saúde bucal observadas na amostra sejam, em parte, reflexo da participação destas crianças no programa de odontologia para bebês da referida UBS. A associação direta encontrada entre o maior índice de cárie e o número de faltas às consultas reforça este fato. Estudo prévio para avaliar o fator assiduidade à consulta odontológica no atendimento a bebês de 4 meses a 6 anos de idade já apontava que este fator interfere positivamente na saúde, pois bebês assíduos possuíam uma menor prevalência de cárie (LEMOS et al., 2014).

Contudo, há que se considerar que não são somente aspectos relacionados à procura pela oferta de serviços odontológicos, que influenciam as condições de saúde bucal infantil. Em consonância com esta observação, algumas das variáveis sociodemográficas investigadas associaram-se à maior severidade de cárie das crianças: suas idades, a idade materna e a renda familiar. Segundo Hooley et al. (2012), ao realizar uma revisão sistemática com um total de cinquenta e cinco trabalhos, a fim de resolver a lacuna na literatura que há entre estudos sobre a influência dos pais associada com o desenvolvimento da cárie, os fatores sociodemográficos foram os mais testados, com 84% dos estudos analisados encontrando associações significativas.

Vários estudos que avaliaram a ocorrência da cárie dentária nas diferentes faixas etárias reportaram o aumento desta com a idade (BERNABÉ; SHEIHAM; AUBREY, 2014). Neste estudo, a tendência de aumento do índice ceo-d com a idade da criança já era esperada, podendo ser correlacionada à cronologia de erupção da dentição decidua e início da erupção dos primeiros molares permanentes.

Outra variável que se comportou de forma bastante interessante, no presente estudo, foi a idade materna. Crianças cujas mães possuíam mais de 35 anos apresentavam índices de cárie mais elevados em comparação a aquelas cujas mães eram mais jovens, o que pode ser reflexo da mudança de paradigma na prática odontológica. Em anos recentes, as ações de promoção de saúde têm sido mais valorizadas e empregadas (DOS SANTOS SILVA et al., 2016).

Na análise do atual estudo, a menor severidade de cárie foi registrada entre crianças que pertenciam a famílias de maior renda. Este resultado corrobora com o estudo de Nunes et al. (2017), que verificaram que crianças de famílias com renda familiar mensal superior tiveram menor probabilidade de ter

cárie do que aquelas com renda inferior.

Na entrevista de ingresso ao programa, ao se avaliar o nível de conhecimento das mães, a maioria se mostrou consciente e informada quanto à idade da primeira visita da criança ao dentista, o início da limpeza da boca do bebê e a idade em que a criança poderia ter autonomia para escovar seus próprios dentes. A maioria das mães achava que a criança deveria iniciar a visita ao dentista antes de um ano de vida. Contrariamente, no estudo de Massoni (2010), 42,9% dos pais de crianças assistidas na clínica de cariologia da Universidade Federal da Paraíba, indicaram que a primeira visita de uma criança ao dentista deveria ser feita quando ela possuísse todos os dentes, aos dois anos de idade.

Neste estudo, 74,6% das mães relataram ter recebido explicação prévia sobre cárie, em grande parte por dentistas ou palestras, contrariando o estudo de Oliveira; Uemura (2016), no qual 41,5% dos pais relataram nunca ter recebido qualquer informação sobre saúde bucal.

Chamaram atenção os percentuais expressivos de mães que não souberam dizer se a cárie é transmissível ou não, assim como daquelas que relataram desconhecer as funções dos dentes deciduos sobre a transmissibilidade da cárie e 33% desconheciam que era uma doença (OLIVEIRA; UEMURA, 2016). Em estudo realizado em um município do interior da Bahia, apenas 41,2% dos pais entrevistados sabiam. Vale ressaltar, que no presente estudo, a maioria também não sabia o número de dentes de leite que a criança possui.

Quanto à dieta dos filhos, a maioria afirmou ter recebido orientação prévia, sendo o médico pediatra a principal fonte. No entanto, o estudo de Ferreira et al. (2011) mostra que 66% das crianças entre 2 e 5 anos tinha dieta cariogênica, havendo a necessidade da implementação de programas de educação continuada sobre risco de cárie em relação à dieta da criança.

O efeito do alimento na cavidade bucal é o fator mais importante na etiopatogenia da cárie em virtude da dieta exercer influência no tipo e quantidade da placa dentária, produção de ácidos pelos micro-organismos, qualidade e quantidade de secreção salivar. O papel primordial do açúcar no processo da cárie está documentado em vários estudos epidemiológicos e clínicos (SHEIHAM; JAMES, 2015). Contudo, a prática das mães no preparo das mamadeiras se mostrou conflitante com o conhecimento científico, pois a maioria acrescentava açúcar ou algum outro item açucarado à mamadeira do bebê, o que confirma o estudo de Machado et al. (2016). Além disso, quase que a totalidade das crianças apresentava o hábito de comer entre as refeições principais. Em pesquisa conduzida com pré-escolares do município de Londrina, PR, (LANZA, 2006) encontrou resultados similares: 90,6% usavam mamadeira; maioria das mães (80,6%), em seu preparo no preparo, além do leite, acrescentava açúcar ou algum aditivo açucarado e a maioria das crianças (66,5%) também apresentava o hábito de beliscar entre as refeições principais. O pouco conhecimento demonstrado pelas mães sobre hábitos alimentares mais saudáveis e, talvez, um importante componente cultural

com relação à preferência destas pelos alimentos doces se configuravam em fatores de risco a cárie, tanto para as crianças, como para elas próprias.

De acordo com a pesquisa, a maioria das mães relatou ter recebido orientação de higiene bucal e iniciado a limpeza da boca dos filhos lançando mão de técnicas preconizadas, como o uso de fraldas umedecidas ou gaze, algodão, cotonete e dedeira. Contudo, relataram que as crianças estavam escovando os dentes apenas uma vez ao dia. É digno de nota que neste estudo, nenhuma das variáveis relacionadas à higiene bucal foi significativamente associada à severidade de cárie. Achados idênticos foram reportados por Moyer (2014).

Observar quais são os pontos que favorecem ou desfavorecem a ocorrência desta doença multifatorial, a cárie dentária, é fundamental para se buscar na unidade das ações um maior comprometimento com a saúde como um todo. Novas pesquisas devem ser conduzidas para se explorar a complexa relação entre a cárie dentária, condições sociodemográficas, conhecimento e as práticas em saúde bucal.

O estudo aponta para a importância da atenção odontológica a partir do primeiro ano de vida. E, alerta para a necessidade de ações em saúde bucal, envolvendo atividades educativas direcionadas aos programas pré-natais, possibilitando que as futuras mães adquiram conhecimento para atuar de forma adequada nos cuidados com a saúde bucal de seus filhos. Evidencia também a necessidade de se desenvolverem estratégias para aumentar a adesão das mães/ crianças às ações dos programas promocionais em saúde bucal.

#### 4 Conclusão

Os achados deste estudo mostraram um conhecimento razoável das mães, que se contrastava com algumas práticas nos cuidados com a sua bucal de seus filhos que poderiam estar colocando-os em risco de desenvolver a cárie dentária. Evidenciaram, também, a determinação social da doença. E alertam para a importância do desenvolvimento de atividades educativas direcionadas aos programas pré-natais, assim como de estratégias para aumentar a adesão das mães/ crianças às ações dos programas promocionais em saúde bucal que são oferecidos pela rede pública de saúde.

#### Referências

- ANIL, S.; ANAND, P.S. Early childhood caries: prevalence, risk factors, and prevention. *Frontiers Pediatrics*, v.5, p.157, 2017. doi: <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffped.2017.00157>
- BERNABÉ, E.; SHEIHAM, A. Age, period and cohort trends in caries of permanent teeth in four developed countries. *Am. J. Pub. Health*, v.104, n.7, p.115-121, 2014.
- BOING, A.F. et al. Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. *Rev Bras. Epidemiol.*, v.17, n.2, p.102-115, 2014. doi: 10.2105/AJPH.2014.301869.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: MS, 2004.
- BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde.

- SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: MS, 2012.
- CHAFFEE, B. W. et al. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.45, n.3, p.216-224, 2017.
- CURY, J.A. et al. Necessity to review the Brazilian regulation about fluoride toothpastes. *Rev. Saúde Pública* v.49, n. 0, 2015.
- DOS SANTOS SILVA, C. et al. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em promoção da saúde na escola. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.21, n.6, 2016.
- FERREIRA, J.M.S. et al. *Revista Gaúcha de odontologia RGO*, v. 59, n. 2, p. 265-270, 2011.
- GOMES, J. V. Socialização primária: tarefa familiar. *Cad. Pesq.*, n.91, p.54-61, 2013.
- HAMATI, F. et al. Prevalência de cárie, dor e uso de serviços odontológicos por crianças em áreas com e sem Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, v.16, n.3, p.48-57, 2014.
- HONG, C. H. L. et al. High caries prevalence and risk factors among young preschool children in an urban community with water fluoridation. *Int. J. Paediatr. Dentistr.*, v.24, n.1, p.32-42, 2014.
- HOOLEY, M. et al. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J. Dentistr.*, v.40, n.11, p.873-885, 2012.
- KINNEAR, G. *SPSS for window, made simple*. Woking: Psychology Press, 1997.
- LANZA, P. Relação entre a preferência paladar ao doce, o padrão de saúde bucal e o estado nutricional em crianças matriculadas nos centros municipais de educação infantil de Londrina- Pr. 2006. Londrina: UNOPAR, 2006.
- LEMOS, L.V.F.M. et al. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. *Einstein (São Paulo)*, v.12, n.1, p.6-10, 2014.
- MACHADO, M. D. et al. Saúde bucal do binômio mãe-filho focalizando pré-escolares de uma escola municipal de Santa Maria - RS. *Disciplinarum Scie. Saúde*, v.8, n.1, p.169-178, 2016.
- MACIEL, S.M.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. The relationship between sweetness preference, levels of salivary mutans streptococci and caries experience in Brazilian pre-school children. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v.11, n.2, p.123-130, 2001.
- MASSONI, A.C.L.T. Saúde Bucal infantil: conhecimento e interesse de pais e responsáveis. *Pesq. Bras. Odontopediatr. Clin. Integ.*, v.10, n.2, p.257-264, 2010.
- MOYER, V.A. Prevention of dental caries in children from birth through age 5 years: us preventive services task force recommendation statement. *Pediatrics*, v.133, n.6, p.1102-1111, 2014.
- NOBLE, K.G. et al. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature Neurosc.*, v.18, n.5, p.773-778, 2015.
- NUNES, V. H. et al. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.22, n.1, p.191-200, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.13582015>.
- OLIVEIRA, A.S.S.; UEMURA, T. D F. Cárie dentária em crianças de um município da Bahia e conhecimento dos seus responsáveis sobre saúde bucal. *Saúde. Com.*, v.12, n.2, 2016.
- PATIAS, N. D. et al. Práticas educativas e intervenção com pais: a educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. *Mudanças. Psicol Saúde*, v. 21, n. 1, p. 29-40, 2013.
- ROSSETTI-FERREIRA, M. C. Interação entre fatores biológicos, socioeconômicos e culturais no desenvolvimento mental e desempenho escolar da criança desnutrida. *Cad. Pesq.*, n.39, p.37-48, 2013.
- SHEIHAM, A.; JAMES, W. P. T. Diet and dental caries. *J. Dent. Res.*, v.94, n.10, p.1341-1347, 2015.
- SOUZA, M.E.D et al. Relação entre fatores socioeconômicos, clínicos e saúde bucal em escolares da zona rural: um estudo longitudinal. *Rev Fac. Odontol. UPF*, v.20, n.2, 2015.
- TRICHES, R. M.; TRICHES, R. M. Promoção do consumo alimentar sustentável no contexto da alimentação escolar. *Trabalho Educ. Saúde*, v.13, n.3, p.757-771, 2015.