

QUAL O IMPACTO DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NA PREVALÊNCIA DE CÁRIE EM CRIANÇAS NO TERCEIRO ANO DE VIDA?

MARTA SILVEIRA DA MOTA KRÜGER¹; CAROLINA CAMPORESE FRANÇA-PINTO²; MARINA SOUSA AZEVEDO²; FERNANDA GERALDO PAPPEN²; ANA REGINA ROMANO³.

¹Universidade Federal de Pelotas- Programa de Pós-Graduação em Odontologia – martakruger@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas- Programa de Pós-Graduação em Odontologia – carolinacamporesepinto@hotmail.com; marinatasazevedo@hotmail.com; ferpappen@yahoo.com.br

³ Universidade Federal de Pelotas- Programa de Pós-Graduação em Odontologia – romano.ana@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

Despertar o interesse da família para os cuidados com a saúde e educá-los para adotarem um estilo de vida saudável exerce um grande impacto sobre suas vidas, promovendo a saúde geral e bucal (MOREIRA et al., 2004). Nesse contexto, o pré-natal odontológico tem papel de destaque, sendo que as futuras mães devem receber além das orientações de promoção de saúde bucal e geral para seu futuro bebê, atendimento específico para controlar o biofilme bacteriano, respeitando os limites impostos pela condição sistêmica e física da gestação. Com estas ações, além de modificar seus hábitos, haverá diminuição do número de bactérias da saliva e assim, a possibilidade de retardar a contaminação do bebê e a cárie dentária na primeira infância (KISHI et al., 2009).

A cárie na primeira infância permanece crescente (Meyer et al., 2010), ressaltando a importância do exame odontológico na gestação e do acompanhamento da saúde bucal do filho a partir do surgimento do primeiro dente. Além disso, o uso regular de serviços odontológicos de prevenção tem sido associado a melhores condições de saúde bucal, visto que visitas regulares permitem a detecção precoce e melhor tratamento das doenças bucais bem como aumentam a conscientização dos pais sobre as causas e prevenção de doenças bucais (LEWIS et al., 2007).

Considerando esses aspectos, o objetivo deste estudo foi avaliar o efeito do pré-natal odontológico na saúde bucal das crianças no terceiro ano de vida, com ênfase na prevalência de cárie severa e fatores associados.

2. METODOLOGIA

2.1 Delineamento e população do estudo

Foi realizado um estudo retrospectivo com a avaliação transversal de dados de prontuários de bebês acompanhados desde o primeiro ano de vida no projeto de extensão Atenção Odontológica Materno-infantil (AOMI), da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, a partir do ano 2000 até o primeiro semestre de 2015. O projeto de extensão AOMI, cadastrado na Pró-Reitoria de Extensão e Cultura com o código COPLAN/PREC número 5265018, O projeto AOMI tem a proposta de acolher os pares mãe-filho, a partir do período gestacional, realizando o pré-natal odontológico. Além desses, muitas mães procuram o serviço após o nascimento do bebê para avaliação da cavidade bucal do filho(a), caracterizando o atendimento de livre demanda do bebê. Este deve acontecer, preferencialmente, antes do primeiro ano de vida. Todos os bebês foram acompanhados e as visitas conduzidas conforme a necessidade individual de cada bebê, ou seja, baseadas na resposta do núcleo familiar.

2.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos os bebês assistidos no projeto AOMI que: tivessem de termo de consentimento livre e esclarecido assinado; que tivessem aderido ao programa, ou seja, vindo pelo menos uma consulta em cada ano de vida; e que a condição da cavidade bucal com relação à cárie dentária do bebê estivesse corretamente preenchida.

2.3 Coleta dos dados

Todas as informações obtidas em cada visita dos bebês estavam registradas em prontuários específicos e foram coletadas de forma padronizada, por uma única pesquisadora, segundo os critérios pré-definidos tanto da anamnese como do exame da cavidade bucal. Da anamnese foram considerados: os dados sociodemográficos, relato materno da frequência de ingestão de sacarose e do início da higiene bucal e os dados referentes a erupção do primeiro dente a partir do relato materno ou do próprio exame. Dos registros do exame físico da cavidade bucal dos bebês foram coletados dados referentes ao segundo e terceiro anos de vida, sendo considerado o mais próximo de 23 e 35 meses de idade, respectivamente. Foi considerado o número de dentes presentes no exame, a presença de espaços no arco dentário, a presença de placa bacteriana e a condição dos dentes em relação à cárie dentária.

Ainda foi considerada a percepção profissional da motivação materna, a qual foi observada pela equipe de atendimento, quando diferentes avaliações entre consultas, foi considerada a de maior frequência no período de três anos. A mãe com alta motivação estava atenta e preocupada com a saúde bucal do seu filho(a) mesmo que com dificuldades em atender às adequações sugeridas; na média motivação aquela mãe que embora estivesse atenta e preocupada com a saúde bucal do seu filho(a), encontrava dificuldade para tudo, mesmo respondendo às sugestões de adequações; a mãe com baixa motivação era aquela desatenta, que desvia o olhar quando estava recebendo as orientações, responsabilizando o próprio filho(a) de cuidar da boca e não atendendo as sugestões de adequações.

2.4 Implicações Éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFPel pelo parecer 57/2013. As gestantes/mães assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

2.5 Análise dos dados

Os dados dos prontuários foram transferidos, com dupla digitação, para o banco específico do programa Microsoft Office Excel, com condução de validade e avaliados pelo pacote estatístico Stata 11.0. No desfecho cárie severa no terceiro ano de vida das crianças atendidas no projeto AOMI, a variável dependente foi dicotomizada em ausente e presente conforme Drury et al. (1999) ratificadas pela AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD, 2015), ou seja, considerada quando uma ou mais superfícies lisas estivessem cariadas, incluindo lesões não cavitadas em esmalte. Na análise foram incluídas as variáveis socioeconômicas e demográficas: sexo, renda familiar (dicotomizada a partir da mediana 2 salários mínimos (SD 2.36)) e escolaridade materna (> 8 e ≤ 8 anos de estudo); as variáveis relacionadas à fisiologia da cavidade bucal: o relato da época do aparecimento do primeiro dente (dicotomizada a partir da mediana 8.0 meses (SD 2.33)) e a presença de diastema no arco dentário; as variáveis comportamentais: primeira consulta odontológica (com pré-natal ou antes do primeiro ano de vida), a idade da primeira consulta odontológica (dicotomizada a partir da mediana 5,0 meses (SD 2.87)), frequência diária de sacarose (≤ 7 ou > 7 vezes), relato de início da higiene bucal (dicotomizada pela

mediana 5 meses (SD 3.95)), motivação materna observada dicotomizada em alta e média-baixa e presença de placa visível no exame do segundo ano de vida.

A análise multivariada foi realizada através da Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para verificar associações entre o desfecho cárie severa na primeira infância e as variáveis independentes estimando-se o risco relativo e a razão de prevalencia, respectivamente, e os intervalos de confiança de 95%. Foram incluídas na análise ajustada as variáveis independentes com o valor de $p \leq 0,25$ na análise bruta. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

Tabela 1 – Análise bruta e ajustada da associação entre a severidade de cárie no terceiro ano de vida e variáveis independentes (n=272)

Variáveis	Presença de cárie severa					
	RP^b	95% IC	p	RP^{**}	95% IC	P
Sexo			0.871	*		
Meninos	1.00					
Meninas	1.06	0.52-2.18				
Escolaridade materna			0.042			0.925
≤ 8 anos	1.00			1.00		
> 8 anos	0.47	0.23-097		1.03	0.54-1.96	
Renda familiar ♦			0.506	*		
< 2.0	1.00					
≥ 2.1	1.30	0.60-2.84				
Filho único			0.571	*		
Sim	1.00					
Não	1.02	0.46-2.23				
Tipo			0.030			0.005
Pré-natal	1.00			1.00		
<12 meses	2.22	1.08-4.56		2.45	1.32-4.56	
Idade da primeira visita			0.868	*		
< 6 meses	1.00					
6-11 meses	0.94	0.45-1.94				
Frequência de sacarose aos 2 anos			0.001			
≤ 7 vezes	1.00			1.00		
>7 vezes	4.10	1.80-9.38		2.40	0.80-7.19	
Início da higiene bucal			0.027			0.041
< 6 meses	1.00			1.00		
≥ 6 meses	2.45	1.11-5.40		2.47	1.04-5.86	
Motivação materna			<0.000			0.005
Alta	1.00			1.00		
Média-baixa	9.12	3.56-23.37		5.25	1.63-16.92	
Erupção do primeiro dente			0.942	*		
>8 meses	1.00					
≤ 8 meses	0.97	0.46-2.04				
Arco dentário			0.006			0.774
Com espaço	1.00			1.00		
Sem espaço	2.75	1.33-569		1.11	1.63-16.92	
Placa bacteriana aos 2 anos			0.002			0.018
Ausência	1.00			1.00		
Presença	21.46	2.94-156.35		10.19	1.49-69.52	

RP- Razão de Prevalência

b- bruta

a-ajustada

95% IC- intervalo de confiança

♦ Salário mínimo brasileiro

*p>0.250 na bruta

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi de 272 bebês (49,6% meninos/50,4% meninas) que ingressaram no programa com 6,65 meses de idade em média. Delas, 90,1% estavam livres de cárie severa no terceiro ano de vida, estando a mesma associada a ausência da placa visível no segundo ano de vida, ao início da higiene bucal antes dos seis

meses de idade, a alta motivação materna e a realização do Pré-natal odontológico (Tabela 1).

Embora todas as crianças tenham começado na idade ideal, ou seja, antes de completarem o primeiro ano de vida (AAPD, 2015), os filhos de mães que não realizaram o pre-natal tiveram 2,45 vezes mais chance de desenvolverem cárie. As mães que tiveram assistência pré-natal odontológico tendem a trazer seu filho mais cedo para visita ao dentista e iniciar mais cedo higiene dental infantil em comparação às mães do grupo de visita dental primeiro ano. Além disso, as mães do grupo pré-natal tiveram atenção odontológica, o que pode ter modificado seus hábitos, provocando uma diminuição do número de bactérias da saliva e assim, a possibilidade de retardar a contaminação do bebê (KISHI et al., 2009). Cabe reforçar, como enfatizam Medeiros et al., 2015, a importância das visitas regulares ao profissional, para evitar cárie severa, sendo a assistência odontológica pré-natal um importante período para incutir práticas positivas para as mulheres, o que pode refletir ao longo da vida na sua saúde bucal e na das crianças.

4. CONCLUSÕES

O pré-natal odontológico do Projeto Atenção Odontológica Materno-Infantil encoraja as mães a levar seus filhos ao dentista mais cedo, e a promover o início da higiene bucal das crianças antes dos seis meses de idade, sendo um importante fator na prevenção da cárie severa no terceiro ano de vida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. **Pediatric Dentistry**, v.37, n.6, p.50-52. 2015a.
- DRURY T.F.; HOROWITZ A.M.; ISMAIL A.I.; MAERTENS M.P.; ROZIER R.G.; SELWITZ R.H. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. A report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration. **Journal Public Health Dentistry**, v.59, p.192-197, 1999.
- KISHI, M.; ABE, A.; KISHI, K.; OHARA-NEMOTO, Y.; KIMURA, S.; YONEMITSU, M. Relationship of quantitative salivary levels of Streptococcus mutans and S sobrinus in mothers to caries status and colonization of mutans streptococci in plaque in their 2.5-year-old children. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, v.37, p.241–249, 2009.
- LEWIS, C.W.; JOHNSTON, B.D.; LINSENMEYAR, K.A.; WILLIAMS, A.; MOURADIAN, W. Preventive dental care for children in the United States: a national perspective. **Pediatrics**, v.119, n.3, p.e544-e553, 2007.
- MEDEIROS, P.B.V.; OTERO, S.A.M.; FRENCKEN, J.E.; BRONKHORST, E.M.; LEAL, S.C. Effectiveness of an oral health program for mothers and their Infants. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 25, p. 29-34, 2015.
- MEYER, K.; GEURTSEN, W.; GÜNEY, H. An early oral health care program starting during pregnancy. **Clinical Oral Investigations**, v.14. n.3, p.257-264, 2010.
- MOREIRA, P.V.L; CHAVES, A.M.B.; NÓBREGA, M.S.G. Uma Atuação Multidisciplinar Relacionada à Promoção de Saúde. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clinica Integrada**, v.4, n. 3, p.259-264, set./dez. 2004.