

FATORES MATERNOS ASSOCIADOS À CÁRIE DA PRIMEIRA INFÂNCIA: UM ESTUDO LONGITUDINAL

VINÍCIUS VACARI DE BRUM¹; MARINA SOUSA AZEVEDO²; ANA REGINA ROMANO³

¹*Universidade Federal de Pelotas – vinivbrum@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - marinazazevedo@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – romano.ana@uol.com.br (se houver)*

1. INTRODUÇÃO

Cárie na primeira infância (CPI) é a presença de qualquer lesão de cárie, incluído as não cavitadas em esmalte acometem crianças até 71 meses de idade (AAPD, 2016-2017). Devido à alta prevalência, a CPI pode ser considerada um dos principais problema de saúde (AAPD, 2016-2017) e chega acometer 34,3% das crianças no terceiro ano de vida (CHAFFEE et al., 2015). Embora a etiologia da doença seja bem conhecida em seus múltiplos aspectos sociais e biológicos, sua presença nos primeiros anos de vida continua a fomentar dúvidas (HOROWITZ, 1998).

Atualmente o promotor de saúde afasta o olhar da doença e qualifica fenômenos sociais, políticos e culturais como objetivo de pesquisa. É nesse momento em que as ações vão a rumo da intervenção familiar e de todo o círculo de convivência da criança, tornando a figura da mãe um papel central no controle biológico e social de saúde especialmente dos seus filhos (FADELA; WAGNERB; FURLANB, 2008).

Entre os diversos fatores que influenciam a saúde da criança, o hábito de higiene oral das mães se mostrou um dos fatores mais importantes para a manutenção de saúde bucal de seus filhos (ADAIR et al., 2004), como também a atitudes dos pais relacionadas ao tema, o conhecimento geral e estado de saúde, sendo o primeiro, mais fortemente relacionado (DE CASTILHO et al., 2013). Devido a esses fatores altamente impactantes na vida das crianças é imprescindível que haja uma intervenção no ambiente familiar que torne o comportamento dos pais oportunos para a saúde de seus filhos e todo o meio em que vivem o mais breve possível (HOOLEY et al., 2012; RIGO LILIAN, 2016).

O trabalho vem com intuito de apresentar os principais fatores maternos identificados em gestantes acompanhadas pelo projeto AOMI que caracterizam risco para o desenvolvimento de CPI no terceiro ano de vida da criança.

1. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo com a avaliação longitudinal de dados de prontuários de bebês e gestantes acompanhados no projeto de extensão Atenção Odontológica Materno-infantil (AOMI), da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. A população estudada foram as diádias mãe-bebê atendidas do ano 2000 até 2016 em que, além do termo de consentimento livre e esclarecido assinado, os bebês tivessem: pelo menos uma avaliação de risco à atividade de cárie a cada ano de vida com intervalo de, no máximo, 12 meses; a condição da cavidade bucal com relação à cárie dentária corretamente preenchidas no terceiro ano de vida.

Das gestantes foram considerados os dados sociodemográficos: idade materna na gestação; escolaridade materna; renda(media familiar); condição marital e situação de trabalho da gestante. Sobre o comportamento da gestante, analisou-se a frequência de escovação e a informação de quem fez a orientação sobre os cuidados bucais. Também do uso do serviço foram selecionados as

informações referentes à semana gestacional em que ocorreu o ingresso da gestante e o número de consultas. Do exame físico da cavidade bucal das gestantes foram coletados dados referentes aos registros do pré-natal: número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD); número de dentes perdidos; atividade das lesões de cárie; presença de placa visível na primeira consulta; relato de dor de dente durante a gestação. Ainda foi considerada a percepção profissional da motivação materna.

Os dados dos prontuários foram transferidos, para o banco específico do programa Microsoft Excel, com condução de validade e avaliados pelo Programa Stata 12.0. Foi realizada análise de regressão de Poisson para a aferição do Risco Relativo de haver cárie na primeira infância e fatores maternos com intervalo de confiança (IC) de 95%, com nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos 219 pares de mãe-filho. As mães apresentam um perfil mais jovial (média de 27 anos), com posição econômica baixa (média de 2,5 salários mínimos) e com alta experiência de cárie (CPOD médio de 12,4). Em relação aos filhos, apenas 14 (6,4%) tiveram desenvolvimento da doença cárie durante o acompanhamento até o terceiro ano de vida.

Conforme a tabela 1, após os ajustes, foi possível identificar que mães mais velhas, desmotivadas, com pobre hábito de higiene bucal, com dentes perdidos, com atividade de cárie e que necessitaram de maior número de atendimentos no programa tiveram maior risco de seus filhos apresentaram CPI no terceiro ano de vida. Na baixa motivação materna esteve o maior risco (RR 16,25) do desenvolvimento da doença cárie em bebês, pois as mães estão em condição de cuidadora em relação à saúde bucal da criança desta faixa etária (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Com relação à idade, Martins (2012) encontrou que após os 27 anos as mães podem ter uma conexão menor com os filhos. Essa relação psicológica entre mãe e filho pode ter resultado em níveis piores para a criança com o avançar da idade materna embora só tenha se mantido significante após 36 anos de idade. A análise dos fatores socioeconômicos, dentro desta amostra, foram irrelevantes para o risco. Isso mostra que quando há educação em saúde, esses que são fatores predisponentes a cárie e são vastamente relatados (FADELA; WAGNERB; FURLANB, 2008; MARANGONI LOPES et al., 2014) não influenciaram. O menor autocuidado e a presença de dentes perdidos e com lesões de cárie ativas também foram fatores relacionados ao risco do desenvolvimento do processo carioso nos bebês. Desta maneira, é possível observar a congruência entre a saúde bucal da mãe comparada com o bebê. Quando a mãe não está apta a fazer o autocuidado ela também não está apta a fazer a higienização de um outro indivíduo (RIGO LILIAN, 2016).

A relação com o maior número de consultas maternas pode ser justificada pela maior necessidade de intervenção pois o CPOD, na análise bruta, mostrou que quanto maior for o valor, pior é a condição de saúde do filho. Devido essa necessidade, as mães estavam mais preocupadas com sua condição bucal do que propriamente a de seu filho e aproveitaram o atendimento gratuito, sem terem tido um reflexo positivo na criança. No entanto, foram 6,4% das mães, sendo um valor bem significativo se comparado com 34,3% registrados em Porto Alegre (CHAFFEE et al., 2015). Os resultados desse modo de intervenção se tornam claros quando identificamos que mães que receberam informações e orientações odontológica durante o período gestacional tiveram maior percepção sobre a saúde bucal de seus filhos (RIGO LILIAN, 2016).

Tabela 1- Análise bruta e ajustada da associação entre as variáveis maternas e o ceosm (com inclusão de lesão não cavitada) no terceiro ano de vida, em crianças que iniciaram com o pré-natal odontológico, Pelotas, RS (n= 219).

Variável	ceosm no 3º ano de vida		
	RR ^B	P	RR ^A
Idade materna			
18-26 anos (103)	1,00		1,00
27-35 anos (92)	2,65 (1,16-6,05)	0,021	0,93 (0,44-1,97)
36-42 anos (24)	5,80 (2,73-12,32)	<0,001	4,02 (1,57-10,26)
Cor da pele (auto referida)			
Branca (178)	1,00		
Não branca (41)	1,66 (0,59-1,91)	0,830	♣
Renda (mediana)		0,960	
≤ 2 salários mínimos(132)	1,00		
> 2 salários mínimos (87)	0,98 (0,61-1,59)		♣
Escolaridade materna		0,087	0,281
≤ 8 anos de estudo (92)	1,00		1,00
> 8 anos de estudo (127)	0,67 (0,42-1,06)		1,48 (0,72-3,04)
Condição marital		0,001	0,259
Casada/união estável(177)	1,00		1,00
Solteira/separada (42)	0,80 (0,70-0,91)		1,58 (0,72-3,47)
Trabalha fora		0,028	0,907
Sim (87)	0,55 (0,33- 0,94)		1,04 (0,57-1,87)
Número de filhos		0,109	0,489
≥ 2 filhos (137)	1,53 (0,91-2,56)		1,25 (0,67-2,34)
Semana gestacional (ingresso)			
≤ 14 semanas (20)	1,00		
15-28 semanas (107)	1,68 (0,60-4,73)	0,324	♣
≥ 29 semanas (92)	1,69 (0,59-4,77)	0,326	
Dor de dente na gestação		0,049	0,165
Presente (106)	0,62 (0,38-0,99)		0,63 (0,32-1,21)
Motivação materna			
Alta (141)	1,00		1,00
Média (62)	1,71 (0,81-3,61)	0,162	1,40 (0,59-3,31)
Baixa (16)	23,68(13,34-42,04)	<0,001	16,25 (7,46-35,44)
Orientação para autocuidado			
Casa/escola/outros (52)	1,00		1,00
Cirurgião-dentista (96)	1,17 (0,59-2,33)	0,646	2,52 (0,82-7,73)
Nenhuma (71)	2,01 (1,04-3,90)	0,038	1,89 (0,70-5,11)
Frequência de escovação (relato)			
2x/dia (49)	1,00		1,00
≥ 3x/dia (161)	0,33 (0,20-0,55)	<0,001	0,33 (0,15-0,71)
≤ 1x/dia (9)	1,45 (0,67-3,17)	0,349	3,30 (1,14-9,61)
Placa visível na 1ª consulta		0,006	0,961
Presente (181)	7,24 (1,78-29,54)		1,04 (0,20-5,29)
CPOD			
≤ 9 dentes (75)	1,00		1,00
10-16 dentes (84)	4,02 (1,66-9,73)	0,002	1,41 (0,50-4,0)
≥ 17 dentes (60)	7,92 (3,35-18,73)	<0,001	0,94 (0,29-3,04)
Dentes perdidos			
≥ 1 dente (137)	10,03 (3,66-27,49)	<0,001	6,32 (1,80-22,20)
Atividade das Lesões de cárie			
Presente (141)	2,72 (1,46-5,06)	0,002	3,28 (1,06-10,12)
Número de consultas maternas			
1-8 consultas (123)	1,00		1,00
≥9 consultas (96)	4,40 (2,52-7,69)	<0,001	2,32 (1,21-4,44)

RR^B = Risco Relativo bruto

RR^A = Risco Relativo ajustado

♣ P >0,2 na bruta

4. CONCLUSÕES

O ensino do autocuidado materno e a motivação da mãe com a saúde do bebê mostrou ser muito mais importante do que a posição econômica social e o grau de escolaridade da mãe. Mais estudos são necessários para entendermos por completo todas as variáveis relacionadas entre a saúde de gestantes e dos bebês.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAIR, P. M. et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. **Community Dental Health**, v. 21, n. 1 SUPPL., p. 102–111, 2004.

AAPD (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY) Guideline on Perinatal and Infant Oral Health Care. **Reference Manual Clinical Practice Guidelines**, v.38, n.6, p.150-154, 2016-2017.

CHAFFEE, B. W. et al. Feeding practices in infancy associated with caries incidence in early childhood. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.43, n. 4, p. 338–348, 2015.

DE CASTILHO, A. R. F. et al. Influence of family environment on children's oral health: A systematic review. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 116–123, 2013.

FADELA, C. B.; WAGNERB, D. M.; FURLANB, E. M. Associação entre características sociodentais maternas e experiência de cárie na primeira dentição da criança. **Revista Odonto Ciência**, v. 23, n. 1, p. 31–34, 2008.

HOOLEY, M. et al. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review of the literature. **Journal of Dentistry**, v. 40, n. 11, p. 873–885, 2012.

HOROWITZ, H. S. Research issues in early childhood caries. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 26, n. 1 Suppl, p. 67–81, 1998.

MARANGONI LOPES, L. et al. Indicadores e fatores de risco da cárie dentária em crianças no Brasil – uma revisão de literatura. **Revista Faculdade Odontologia**, v. 9, n. 2, p. 245–251, 2014.

MARTINS, C. F. S. **Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebê**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.

< <http://hdl.handle.net/10451/6932> > Acesso em: em setembro de 2017.

RIGO LILIAN, D. J. G. R. R. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. **Einstein (São Paulo)**, v.14, n. 54, p.219–225, 2016.

SOUZA, V. B. DE; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 199–210, 2011.