

A CÁRIE SEVERA EM BEBÊS ESTÁ ASSOCIADA À ÉPOCA EM QUE A HIGIENE BUCAL FOI INICIADA?

LAÍS ANSCHAU PAULI¹; MARTA SILVEIRA DA MOTA KRÜGER²; TAMARA RIPPLINGER³; MARINA SOUSA AZEVEDO⁴; GEANINI PENA DOS SANTOS⁵; ANA REGINA ROMANO⁶

¹*Universidade Federal de Pelotas – laisanschaupauli@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – martakruger@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – tamararipplinger@yahoo.com.br*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – marinazazevedo@hotmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas- geaninipena@hotmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas – romano.ana@uol.com.br*

1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária é resultante de um desequilíbrio de múltiplos fatores de risco e fatores de proteção ao longo do tempo (AAPD, 2016) e pode acometer 26,9% das crianças de 18 a 36 meses conforme o único levantamento nacional brasileiro, realizado em 2003 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Em Pelotas-RS, em avaliação com inclusão das lesões não cavitadas em esmalte, a cárie severa estava presente em 18,7% dos bebês avaliados na faixa etária de 12 a 18 meses (SILVEIRA et al., 2015). Se a cárie dentária não for tratada, poderá comprometer a saúde bucal e a qualidade de vida do indivíduo (SILVEIRA et al., 2015), uma vez que a dentição decídua é importante contribuinte para o desenvolvimento da criança, envolvendo tanto parâmetros físicos como psicológicos (PINE, 2013).

Dessa forma, a introdução de hábitos de prevenção e controle da cárie dentária, através de métodos simples e relativamente baratos de cuidados pessoais, que incluem a higiene bucal (AAPD, 2016), deve considerar que a irrupção dos primeiros dentes decíduos ocorre, normalmente, em torno dos seis meses de vida e que, no decorrer dos próximos dois anos, a criança terá sua dentição decídua completa (BASTOS et al., 2007), sendo desejável que o hábito de higiene bucal seja iniciado, o mais tardar, com o irrompimento do primeiro dente decíduo (AAPD, 2016). Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi verificar, em bebês assistidos por um projeto de extensão, se a cárie severa (CS) no segundo ano de vida está associada à época em que a higiene bucal (HB) dos bebês foi iniciada.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo, com avaliação longitudinal, a partir do banco de dados de prontuários de bebês assistidos no projeto de extensão Atenção Odontológica Materno-infantil (AOMI), da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPel). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FO-UFPel pelo parecer nº 57/2013.

Foram incluídos neste estudo os bebês que, na avaliação do 2º ano de vida já haviam realizado, no mínimo, duas consultas de acompanhamento no projeto, independente da época do ingresso e que tinham, corretamente preenchidos em seus prontuários, os registros sobre o início da higiene bucal e sobre a condição da cavidade bucal em relação à CS no segundo ano de vida, classificada de acordo com os critérios de DRURY et al. (1999). Foram considerados os dados: renda familiar (dicotomizado pela mediana), escolaridade materna, motivação materna observada pela equipe de trabalho (registrada a maior frequência), frequência de sacarose no 2º ano de vida, relato materno do início da HB e a

observação e/ou relato da irrupção do primeiro dente (antes da irrupção, com ou >2 meses após a irrupção) e do primeiro molar decíduo (tercil). A época de ingresso (antes ou depois do primeiro ano de vida), a presença de diastemas no arco dentário e de placa dentária no exame do segundo ano de vida. Para o banco, os dados foram coletados de forma padronizada, por uma única pessoa, seguindo critérios pré-definidos, tanto dos registros da anamnese como do exame da cavidade bucal de prontuários que tinham o termo de consentimento livre e esclarecido preenchido e assinado.

A avaliação dos resultados foi conduzida pelo ceos modificado (número médio de superfícies acometidas pela cárie, incluindo lesões iniciais, e as obturadas). Também uma análise de Regressão de Poisson para aferição do Risco Relativo (RR) de haver CS no 2º ano de vida associada aos fatores independentes, com Intervalo de Confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação foi conduzida com dados de 528 bebês, 272 meninos e 256 meninas. Em média, os bebês realizaram 2,4 consultas no projeto e tinham 19 meses de idade no exame bucal do 2º ano de vida. A frequência de CS foi de 14%, estando presente em 74 bebês em uma média de 1,16 (DP: 3,74) superfícies acometidas, sendo 0,66 (DP: 2,88) superfícies cavitadas, 0,49 (DP: 1,51) com lesão inicial e 0,01 (DP: 0,13) restauradas. Na amostra, 144 crianças iniciaram tardivamente e muitas com CS presente e, mesmo assim, essa prevalência foi menor que os 17,5%, também no segundo ano de vida, observados por FERREIRA et al. (2007) na cidade de Canoas/RS e que os 18,7% reportados em Pelotas/RS, em avaliação para idade de 12 a 18 meses (SILVEIRA et al., 2015). Considerar os estágios iniciais da doença é importante para melhorar o diagnóstico de lesões cariosas, facilitando a escolha de intervenções para controle e prevenção da cárie dentária (DRURY et al., 1999). Mas quando não são incluídas, 45 (8,5%) bebês estavam acometidos, valor inferior aos 26,9% do SB2003 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Assim como descrito na literatura, os achados do AOMI mostraram a CS como resultante de um desequilíbrio de múltiplos fatores de risco e fatores de proteção ao longo do tempo (AAPD, 2016). Na amostra do AOMI (Tabela 1), características comportamentais estiveram associadas à cárie dentária, sendo observado maior risco de CS no 2º ano de vida quando havia média ou baixa motivação materna, consumo de sacarose maior que sete vezes ao dia, início da higiene bucal após os dois meses do irrompimento do primeiro dente decíduo, primeira consulta odontológica depois dos 11 meses e presença de placa visível no exame do segundo ano de vida. Fatores fisiológicos como a irrupção do primeiro molar antes dos 15 meses e a ausência de espaço interdental também representaram maior risco de cárie severa no 2º ano de vida.

A porcentagem de crianças acometidas, em relação a época de início da higiene bucal foi de 6,2%, 12,7% e 36,8%, respectivamente, ao começar antes da presença dos dentes, com a presença e >2 meses após. Embora possa não haver evidências significativas de associação entre HB e CS (ZHOU et al., 2011), o acompanhamento longitudinal de WONG; LU; LO (2012) mostrou um incremento de cárie significativamente maior quando a escovação dentária começou após 12 meses. Além disso, a placa tem sido associada à CS (CORRÊA-FARIA et al., 2013), estando relacionada à qualidade da HB. Assim, o início precoce da escovação de dentes, uso de dentífricio fluoretado e a ação frequente, exercem uma influência positiva na saúde bucal (WINTER et al., 2015).

Os resultados do projeto AOMI demonstraram, na análise bruta, que além de ser ruim iniciar tarde, começar a HB antes da presença dos dentes seria um fator protetor. No entanto, na análise ajustada, apenas o início da HB após >2 meses da irrupção dos dentes mostrou-se como um fator de risco para a CS no 2º ano de vida. Estes achados corroboram com a recomendação da AAPD (2016), que preconiza que a HB seja iniciada, o mais tardar, com a irrupção do primeiro dente. Ressalta-se que no projeto AOMI, com o intuito da criação do hábito materno, as mães são instruídas e incentivadas a realizarem a higiene bucal no bebê ainda sem dente, a partir do quarto mês de vida do bebê. A adoção de hábitos comportamentais consistentes na infância começa em casa, com os pais, especialmente a mãe, desempenhando um papel importante nos comportamentos de saúde bucal da criança (CASTILHO et al., 2013).

Tabela 1- Análise bruta e ajustada da associação entre a CS no segundo ano de vida e variáveis independentes, em crianças assistidas no projeto AOMI, Pelotas, RS (n=528).

Categorias	Cárie severa no 2º ano de vida			
	RR ^B	p	RR ^A	p
Renda familiar		0,011		0,183
≤ 2 salários mínimos	1,00		1,00	
> 2 salários mínimos	0,79 (0,66-0,95)		0,85 (0,67-1,08)	
Escolaridade materna		<0,001		0,655
≤ 8 anos de estudo	1,00		1,00	
> 8 anos de estudo	0,53 (0,45-0,63)		0,95 (0,77-1,18)	
Motivação materna		<0,001		<0,001
Alta	1,00		1,00	
Média/baixa	15,97 (11,96-21,31)		3,57 (2,60-4,90)	
Frequência de sacarose		<0,001		0,001
≤ 7x/dia	1,00		1,00	
> 7x/dia	3,56 (2,97-4,26)		1,45 (1,16-1,82)	
Início da HB* e o 1º dente				
Com a irrupção	1,00		1,00	
Antes da irrupção	0,30 (0,23-0,39)	<0,001	0,74 (0,52-1,06)	0,102
> 2 meses após	3,22 (2,71-3,84)	<0,001	1,64 (1,30-2,05)	<0,001
Primeira consulta		<0,001		<0,001
≤ 11 meses	1,00		1,00	
≥ 12 meses	15,01 (12,03-18,74)		7,20 (5,45-9,53)	
Irrupção do 1º molar				
15-16 meses	1,00		1,00	
≥ 17 meses	0,48 (0,34-0,69)	<0,001	1,38 (0,92-2,09)	0,123
≤ 14 meses	3,23 (2,61-4,00)	<0,001	3,48 (2,66-4,56)	<0,001
Espaço interdental		<0,001		<0,001
Presente	1,00		1,00	
Ausente	2,30 (1,93-2,73)		1,50 (1,23-1,84)	
Placa visível 2º ano de vida		<0,001		<0,001
Ausente	1,00		1,00	
Presente	67,01 (29,98-149,74)		29,00 (9,21- 91,30)	

RR^B = risco relativo bruto RR^A = risco relativo ajustado *HB = higiene bucal

4. CONCLUSÕES

Estes resultados demonstram que a cárie severa no segundo ano de vida também está associada ao início tardio da higiene bucal, e reforçam a importância

de que este hábito de prevenção e controle seja iniciado, o mais tardar, com a irrupção do primeiro dente deciduo, devendo haver treinamento e estímulo constante para sua realização, especialmente, em mães que não estão motivadas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAPD (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY). Guideline Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. **American Academy Pediatric Dentistry**, v.38, n.6, p.52-55, 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, Ministério da Saúde, p.67, 2004.

CASTILHO, A.R.F.; MIALHE, F.L; BARBOSA, T.S.; PUPPIN-RONTANID, R.M. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **Jornal Pediatria** (Rio Janeiro), v.89, n. 2, p. 116-123, 2013.

CORRÊA-FARIA, P.; MARTINS-JÚNIOR, P.A.; VIEIRA-ANDRADE, R.G.; MARQUES, L.S.; RAMOS-JORGE, M.L. Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers **Braz Oral Res**, v.27, n.4, p.356-362, 2013.

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 of Public Health Dentistry**, v.59, p.192-197, 1999.

FERREIRA, S.H.; BÉRIA, J.U.; KRAMER, P.F.; FELDENS, E.G.; FELDENS, C.A. Dental caries in 0- to 5-year old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.17, p.189-196, 2007.

SILVEIRA, E.R.; COSTA, F.S.; AZEVEDO, M.S.; ROMANO, A.R.; CENCI, M.S. Maternal attitudes towards tooth decay in children aged 12–18 months in Pelotas, Brazil. **European Archives of Paediatric Dentistry**, published online: 08 April 2015.

WINTER, J.; GLASER, M.; HEINZEL-GUTENBRUNNER, M.; PIEPER, K. Association of caries increment in preschool children with nutritional and preventive variables. **Clin Oral Invest**, v.19, p.1913-1919, 2015.

WONG, M.C.M.; LU, H.X.; LO, E.C.M. Caries increment over 2 years in preschool children: a life course approach. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.22, p.77-84, 2012.

ZHOU, Y.; LIN, H.C.; LO, E.C.; WONG, M.C. Risk indicators for early childhood caries in 2-year-old children in southern China. **Australian Dental Journal**, v.56, n.1, p.33-39, 2011.