

Ocorrência de cárie dentária e fatores associados em crianças de 24 a 60 meses residentes em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, em Salvador - BA, 2008

Tatiana Frederico de ALMEIDA^a, Milena Carneiro COUTO^b, Mônica Sueli OLIVEIRA^b,
Marlos Barbosa RIBEIRO^b, Maria Isabel Pereira VIANNA^c

^aProfessora do Curso de Odontologia, EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública,
40050-420 Salvador - BA, Brasil

^bUFBA – Universidade Federal da Bahia, 40110-150 Salvador - BA, Brasil

^cDepartamento de Odontologia Social e Pediátrica, Faculdade de Odontologia,
UFBA – Universidade Federal da Bahia, 40110-150 Salvador - BA, Brasil

Almeida TF, Couto MC, Oliveira MS, Ribeiro MB, Vianna MIP. Occurrence of dental caries and associated factors in children from 24 to 60 months living in areas covered by the Family Health Program, Salvador - BA, 2008. Rev Odontol UNESP. 2010; 39(6): 355-362.

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência, a gravidade e os fatores do contexto familiar associados à cárie dentária em crianças pré-escolares, em áreas do Programa Saúde da Família de Salvador - BA. **Metodologia:** Estudo de corte transversal, realizado em cinco áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, de julho a outubro de 2008, com crianças de 24 a 60 meses de idade. A coleta foi realizada através de entrevista com as mães e exame bucal dos respectivos filhos. Análises descritivas exploratórias de potenciais fatores associados à cárie foram realizadas. **Resultado:** Das 472 crianças examinadas, 52% pertenciam ao gênero feminino. A prevalência de cárie foi 38,02%, sendo o ceo-d igual a 1,15. Características socioeconômicas e comportamentais apresentaram associação estatisticamente significativa com a cárie ($p < 0,05$). Nenhuma das alterações psicossociais maternas associou-se com a cárie ($p > 0,05$). **Conclusão:** A ocorrência da cárie dentária é frequente em crianças de pouca idade em Salvador e relaciona-se ao modo de vida da família.

Palavras-chave: Família; cárie dentária; epidemiologia em saúde bucal; pré-escolares.

Abstract

Objective: To determine the prevalence, severity and family environmental factors associated with dental caries in preschool children in areas covered by the Family Health Program in Salvador - BA. **Methodology:** A cross-sectional study in five areas covered by the Family Health Program, carried out from July to October 2008 with children from 24 to 60 months of age. Data were collected through interviews with mothers and oral examination of their children. Descriptive exploratory analysis of potential factors associated with caries were carried out. **Result:** Of 472 children examined, 52% were female. The prevalence of caries was 38.02% and dmft was 1.15. The socioeconomic and behavioral characteristics of the family had a statistically significant association with caries ($p < 0.05$). None of the maternal psychosocial alterations associated with caries ($p > 0.05$). **Conclusion:** The occurrence of dental caries is still frequent in young children in Salvador, and it's related to the family way of life.

Keywords: Family; dental caries; oral epidemiology; preschool children.

INTRODUÇÃO

As condições de saúde bucal de uma população são determinadas pela interação de vários fatores. Atualmente, além dos aspectos biológicos e comportamentais historicamente abordados como prioritários na literatura científica, apontam-se os determinantes socioeconômicos envolvidos no adoecimento bucal^{1,2}. Além disso, reconhece-se que saúde e doença são fenômenos estabelecidos culturalmente por meio da realidade social³. Para compreendê-los, é importante considerar não apenas a vertente objetiva, mas também os aspectos subjetivos que permeiam tais fenômenos⁴, a fim de determinar a influência dos comportamentos sociais, hábitos culturais e da qualidade de vida nas condições de saúde bucal dos indivíduos⁵. Assim, o contexto familiar com sua características socioeconômicas e culturais próprias é reconhecido como relevante na promoção de saúde devido ao seu papel no desenvolvimento humano².

A cáriedentária é uma doença infecciosa de caráter multifatorial que, do ponto de vista estritamente biológico, resulta da interação de três fatores primários no indivíduo: microrganismo, substrato e hospedeiro^{6,7}. Esta patologia é ocasionada pelo desequilíbrio eletrolítico no meio bucal, tornando o esmalte dentário subsaturado em relação à saliva, desmineralizando-o^{8,9}. Nas últimas décadas, tem sido observada uma redução considerável dos índices da cárie na população mundial, principalmente em países desenvolvidos^{7,10}. No Brasil, as políticas direcionadas para a difusão do flúor – como na água de abastecimento público e nos dentifrícios – contribuíram sobremaneira para uma melhoria da saúde bucal dos indivíduos em geral¹¹. No entanto, a redução da cárie dentária em pré-escolares ainda permanece como um desafio a ser superado, devido à sua alta prevalência nesta faixa etária^{12,13}.

Em decorrência da facilidade de acesso aos escolares (6 a 14 anos), a maioria das intervenções coletivas de saúde bucal ainda é direcionada para este grupo, enquanto que as condições de saúde bucal em pré-escolares são pouco priorizadas pelas políticas públicas, além de serem menos estudadas no País¹⁴. Nesta faixa etária, os indivíduos estão expostos a inúmeros fatores de risco para o surgimento da cárie, que vão desde aspectos biológicos, como a ausência de maturação pós-eruptiva dos dentes, até aspectos comportamentais, como a dificuldade de higiene bucal e o contexto sociocultural da família, determinante do cuidado com as crianças de tenra idade e que pode influenciar o padrão de desenvolvimento físico e emocional destas¹⁵. Crianças que vivem em precárias condições socioeconômicas, cujos pais apresentam baixa escolaridade, e aquelas filhas de mães solteiras são consideradas mais propensas a desenvolver cárie; muitas vezes, elas apresentam subnutrição, elevada ingestão de alimentos açucarados e baixo padrão de higiene bucal¹⁶.

O termo qualidade de vida remete a uma concepção subjetiva e multidimensional, por se tratar da forma como os indivíduos enxergam sua situação perante as dimensões relacionadas ao contexto de vida¹⁷. Diversos autores tentaram conceituá-la e, em 1994, a Organização Mundial de Saúde concluiu que “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no

contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹². Em determinadas áreas da Medicina, como a Oncologia, em que o estreitamento entre os hábitos de vida e a condição de saúde é mais evidente, esta relação tem sido documentada com maior frequência. Entretanto, poucos são os estudos que abordam a qualidade de vida como capaz de influenciar as condições de saúde bucal. Neste estudo, será analisada a hipótese de que a qualidade de vida materna relaciona-se com as condições bucais de seus filhos, haja vista que a insatisfação de mulheres com o seu bem-estar pode prejudicar o cuidado com seus filhos.

Considerando a necessidade do melhor entendimento do processo saúde-doença bucal em pré-escolares, este estudo teve por objetivo analisar a prevalência e a gravidade de cárie em crianças de 24 a 60 meses de idade, residentes em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família (PSF) de Salvador - BA, e sua relação com o contexto familiar, levando em conta aspectos socioeconômicos, comportamentais e alterações psicossociais maternas.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, que busca analisar a prevalência e a gravidade de cárie e sua relação com aspectos do contexto familiar em crianças de 24 a 60 meses de idade, residentes em cinco áreas cobertas pelo PSF de Salvador.

Este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa de maior abrangência, que envolveu um estudo epidemiológico de coorte. Assim, os dados deste estudo, com delineamento transversal, referem-se a avaliações realizadas no segundo ano de acompanhamento das crianças, no período de julho a outubro de 2008. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando-se a população finita, o número de crianças de famílias cobertas pelo PSF, a prevalência de cárie em crianças no nível de 20% e Razão de Prevalência igual a 3,0 para associação entre disfunção familiar e cárie dentária, conforme resultados de Souza et al.¹⁸ (2006). A amostra é representativa para as áreas cobertas pelo PSF de Salvador. Assim, o tamanho final da amostra foi de 498 crianças.

Crianças na faixa etária deste estudo foram listadas em cada área de abrangência de cinco Unidades de Saúde da Família, representantes de quatro diferentes distritos sanitários do município, e sorteadas aleatoriamente, constituindo assim uma amostra aleatória simples. A seleção dos distritos e das unidades deu-se conforme critérios de conveniência dos pesquisadores, com a concordância da coordenação de cada um dos distritos envolvidos.

Os dados utilizados neste estudo são primários, coletados no ambiente domiciliar, sob luz natural, com a criança sentada. A coleta foi realizada através de entrevista estruturada com as mães e exame bucal das crianças. Os dados foram registrados em instrumentos apropriados: um questionário individual que compreendia: identificação, localização, informações socioeconômicas, aspectos gerais de saúde, acesso e utilização

dos serviços odontológicos, hábitos de higiene bucal e alimentar, dentre outros; e uma ficha para o exame bucal, na qual foram registrados dados referentes à condição de cárie dentária, conforme os critérios do ceo-d e ceo-s¹⁹. Além destes instrumentos, elaborados especificamente para o estudo, também foi utilizada a versão resumida do *WHOQol*²⁰, para avaliação da qualidade de vida da mãe (neste estudo, foram analisadas apenas as duas questões referentes à satisfação com a própria qualidade de vida e saúde); o *SRQ-20*²¹, que avaliou a presença de distúrbios psiquiátricos maternos (caso identificado a partir de oito ou mais respostas positivas), e a escala *CAGE*²², que identificou alcoolismo materno (caso identificado a partir de duas ou mais respostas positivas).

A coleta dos dados foi realizada por sete equipes compostas por um examinador e um anotador (alunos da graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia), devidamente treinados e calibrados, sendo observados índices satisfatórios de concordância inter e intraexaminadores (10% dos exames foram repetidos durante a coleta e foram encontrados índices de concordância igual ou superiores a 95% e Kappa igual ou superior a 0,88 para o exame de cárie). Agentes comunitários de saúde responsáveis pelas microáreas também fizeram parte de cada uma das equipes de coleta.

Os instrumentos de coleta de dados foram revisados e os dados digitados no EPI-INFO, versão 6.04²³. Para a análise dos dados, foi utilizado o programa STATA 7.0²⁴. Realizou-se inicialmente a análise descritiva das variáveis de interesse obtendo-se as frequências simples e relativas para as variáveis categoriais e as medidas de tendência central e de dispersão, para as contínuas. Foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson nas análises descritivas e exploratórias bivariadas de potenciais fatores associados com a cárie, observando um alfa de 0,05. Considerou-se caso de cárie crianças com ceo-d maior que zero. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e os exames bucais foram autorizados a partir da assinatura do consentimento informado dos responsáveis pelas crianças. As crianças com necessidades de tratamento foram encaminhadas para os cirurgiões-dentistas das respectivas Unidades de Saúde da Família.

RESULTADO

Foram examinadas 472 crianças de 24 a 60 meses (94,8% da amostra calculada, que não foi atingida devido a migrações de crianças dos distritos no ano em que ocorreu a coleta), com idade média de 42 meses, residentes em áreas cobertas pelo PSF de Salvador, sendo 52% do gênero feminino. A prevalência de cárie encontrada nesta população foi de 38,02%. Quando avaliada a gravidade da cárie por unidade dentária, encontrou-se ceo-d igual a 1,15 e, ao considerar superfície dentária, observou-se ceo-s igual a 2,06. A análise da composição percentual do ceo-d mostrou que o componente cariado foi o mais frequente (91,54%), seguido do extraído (5,68%) e do obturado (2,73%).

Em relação às características socioeconômicas do contexto familiar analisadas, a idade da criança, o número de pessoas por

domicílio e a escolaridade materna apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência de cárie (Tabela 1). Crianças com idade igual ou superior a 42 meses apresentaram maior prevalência de cárie (40,61%) ($p = 0,000$). Em crianças que residiam em domicílio com cinco pessoas ou mais, foi observada maior prevalência de cárie (35,35%) do que em crianças que residiam em domicílios com menor número de pessoas ($p = 0,023$). Crianças cujas mães apresentavam escolaridade igual ou inferior ao Ensino Médio incompleto possuíam maior proporção de cárie (35,69%) ($p = 0,001$).

Considerando os hábitos de vida/comportamentos das crianças, houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis 'tempo de amamentação materna', 'visita ao dentista' e 'consumo de alimentos doces' com a presença de cárie (Tabela 2). As crianças amamentadas com leite materno por tempo igual ou maior a oito meses apresentaram maior prevalência de cárie (41,67%) do que aquelas que o fizeram por período de tempo menor ($p = 0,001$). As crianças que haviam realizado visita ao dentista possuíam menor prevalência da doença (24,62%) do que aquelas que nunca haviam ido ao dentista ($p = 0,000$). O consumo de alimentos doces foi também um hábito relacionado positivamente com a ocorrência da cárie, sendo que 32,05% das crianças que consumiam tais alimentos eram acometidas por este agravo ($p = 0,012$).

Nenhuma das alterações psicossociais maternas investigadas apresentou associação estatisticamente significativa com a presença de cárie dentária nas crianças (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A prevalência de cárie na população mundial tem apresentado um declínio, principalmente nos países desenvolvidos⁷. No Brasil, analisando os levantamentos epidemiológicos nacionais de 1986, 1993, 1996 e 2003, este processo também vem sendo evidenciado. Pode-se apontar que medidas preventivas – tais como o uso de dentifrícios contendo flúor, a maior difusão de ações educativas e, principalmente, a fluoretação das águas de abastecimento – têm contribuído para a melhoria das condições de saúde bucal da população¹¹.

Apesar disso, a cárie permanece como um problema de saúde pública, sendo considerada como a doença infecciosa mais prevalente em crianças^{12,13}. Ademais, Rozier, Pahel²⁵(2008) citam que as doenças bucais na infância repercutem negativamente na autoestima das crianças e no interesse delas pelas práticas sociais, como o seu comportamento na escola e no ambiente familiar, apontando também que o desenvolvimento físico e emocional sofre influência direta das condições de saúde bucal.

Neste estudo, a prevalência de cárie encontrada (38,08%) foi inferior à observada em 2004 para 224 crianças de 48 meses residentes em João Pessoa - PB (43,70%)²⁶. Almeida et al.²⁷ (2005), examinando 1.374 crianças de cinco anos de idade residentes em Salvador - BA, também encontraram uma maior prevalência de cárie aos cinco anos (49,6%). Entretanto, num estudo com 556 crianças de 04 a 30 meses de idade em creches de Salvador - BA, Cabral²⁸ (2005) observou uma ocorrência de cárie bastante inferior à encontrada nos estudos citados acima (7,9%).

Tabela 1. Prevalência de cárie dentária de acordo com características socioeconômicas de crianças de 24 a 60 meses de idade, Salvador - BA, 2008 (n = 472)

		Ausente		Presente		p-valor**
		nº	%	nº	%	
Gênero	Masculino	157	69,78	68	30,22	0,950
	Feminino	173	70,04	74	29,96	
Idade	Menos de 42 meses	194	79,94	49	20,16	0,000
	42 meses ou mais	136	59,39	93	40,61	
Pessoas no domicílio	Menos de 5 pessoas	191	74,32	66	25,68	0,023
	5 pessoas ou mais	139	64,65	76	35,35	
Renda familiar	Mais de 2 SM*	113	73,38	41	26,62	0,254
	2 SM* ou menos	217	68,24	101	31,73	
Chefe da família	Companheiro/casal	218	71,24	88	28,76	0,371
	Mãe/outros	111	67,27	54	32,73	
Escolaridade materna	Ensino Médio completo ou mais	147	79,03	39	20,97	0,001
	Ensino Médio incompleto ou menos	182	64,31	101	35,69	
Trabalho materno	Não	206	69,83	89	30,17	0,875
	Sim	122	70,52	51	29,48	
Idade materna	27 anos ou mais	160	68,97	72	31,03	0,658
	Menos de 27 anos	170	70,83	70	29,17	
Situação conjugal da mãe	Casada/'juntada'	235	71,43	94	28,57	0,277
	Outros	95	66,43	48	33,57	
Número de filhos maternos	2 filhos ou menos	243	70,43	102	29,57	0,685
	Mais de 2 filhos	87	68,50	40	31,50	

*SM: Salário mínimo; **Teste Qui-Quadrado de Pearson.

O ceo-d encontrado (1,15) foi semelhante aos índices obtidos em 2003 para a faixa etária de 18 a 36 meses no Brasil e na região Nordeste, sendo 1,07 e 1,00, respectivamente²⁹. Quando comparado com os resultados do mesmo inquérito, levando em conta a idade de cinco anos, o ceo-d mostrou-se inferior ao valor encontrado no Brasil (2,80) e menor ainda do que o verificado no Nordeste (3,21)²⁹. A amostra estudada apresentou ceo-d inferior também ao valor encontrado em crianças de cinco anos no Município de Salvador, em 2005 (1,97)²⁷.

A maior prevalência do componente cariado em relação aos demais componentes do índice ceo-d foi também verificada em Salvador, quando se avaliou a prevalência de cárie em crianças de cinco anos (85,8%)²⁷. Tal predominância reflete o baixo acesso aos serviços odontológicos, bem como a pequena importância dada aos dentes decíduos, traduzindo a negligência da população e dos serviços de saúde com relação a esta dentição.

O aumento da prevalência de cárie com o avanço da idade observado neste estudo foi também verificado por Barros et al.³⁰ (2001), quando avaliaram a prevalência de cárie em crianças de 0 a 30 meses de idade na capital baiana. O referido trabalho encontrou valores de ceo-d mais elevados quanto maior a faixa

etária analisada, sendo 0,35 para as crianças de 0-12 meses, 1,32 para 13-24 meses e 2,38 para 25-30 meses. Tais resultados reforçam o padrão crescente do índice com o aumento da idade, já que o tempo de exposição aos fatores associados é superior em crianças com maior idade. Além disso, o aumento da gravidade da cárie com a idade pode refletir a redução do cuidado familiar com a saúde bucal de crianças, transferindo, precocemente, a responsabilidade deste cuidado para a criança.

A maior prevalência de cárie observada neste estudo entre as crianças que residiam em domicílios com mais pessoas também tem sido documentada na literatura. Resultados do estudo de Baldani et al.³¹ (2002) apontaram para a relação entre o aumento da distribuição de cárie e a densidade de pessoas por domicílio. Tal constatação pode refletir a redução do cuidado com a saúde bucal infantil quanto maior o tamanho da família, possivelmente pela necessidade de divisão da atenção em saúde entre todos os seus membros.

A associação positiva entre a baixa escolaridade materna e a maior prevalência de cárie também foi verificada em Florianópolis - SC, onde se avaliou a relação entre a gravidade de cárie com os aspectos socioeconômicos da família, constatando-se

Tabela 2. Prevalência de cárie dentária de acordo com as características relativas a hábitos de vida/comportamentos de crianças de 24 a 60 meses de idade, Salvador-BA, 2008 (n = 472)

		Ausente		Presente		p-valor*
		n°	%	n°	%	
Amamentação no peito	Sim	267	68,29	124	31,71	0,090
	Não	63	77,78	18	22,22	
Tempo de amamentação no peito	8 meses ou mais	77	58,33	55	41,67	0,001
	Menos de 8 meses	253	74,41	87	25,59	
Visita ao dentista	Sim	245	75,38	80	24,62	0,000
	Não	85	57,82	62	42,18	
Alimentação fora das refeições	Não	31	75,61	10	24,39	0,405
	Sim	299	69,37	132	30,63	
Consumo de alimentos doces	Não	48	84,21	9	15,79	0,012
	Sim	282	67,95	133	32,05	
Amamentação durante a noite	Não	39	68,42	18	31,58	0,793
	Sim	291	70,12	124	29,88	
Amamentação durante o sono	Não	113	68,07	53	31,93	0,520
	Sim	217	70,92	89	29,08	
Início da higiene bucal	Menos de 9 meses	181	70,70	75	29,30	0,685
	9 meses ou mais	149	68,98	67	31,02	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson.

que quanto menor o nível de escolaridade materna, maiores a prevalência e a gravidade de cárie³². Tais resultados demonstram a influência da educação e do acesso à informação materna no cuidado bucal de seus filhos.

A maior prevalência de cárie observada entre as crianças que foram amamentadas por tempo maior ou igual a oito meses diverge dos resultados descritos na literatura. Ribeiro, Ribeiro¹² (2004) apontaram que o leite materno protege contra a cárie por conter os nutrientes necessários ao desenvolvimento infantil e prevenir o aparecimento das doenças que contribuem para a fisiopatologia da cárie, além de possuir anticorpos contra microrganismos cariogênicos. Dessa forma, recomenda-se aos profissionais de saúde incentivar o aleitamento materno, dada a importância do mesmo para a saúde geral da criança e também para a prevenção de agravos bucais.

Os resultados relativos à influência positiva do acesso à assistência odontológica na saúde bucal das crianças avaliadas, tendo em vista que aquelas que haviam visitado o dentista possuíam menor proporção de cárie, diferiram dos achados de Peres et al.³² (2000), os quais apontaram que o acesso à consulta odontológica não estava relacionado à redução do índice de cárie da população por eles estudada. Tais autores associaram estes resultados com o modelo de atenção à saúde vigente, no qual as ações hegemônicas eram curativas e voltadas prioritariamente para a diminuição e o alívio de dor. Considerando-se que o presente estudo se desenvolveu em áreas de Salvador - BA

cobertas pelo PSF (cujos princípios enfatizam não apenas as ações assistenciais, mas também as preventivas), pode-se inferir, assim como sugerido pelos autores supracitados, que o modelo de atenção à saúde influencia nos indicadores de saúde bucal da população, que foi traduzido neste estudo por menor proporção de cárie entre os indivíduos que visitaram o dentista.

Kenney et al.³³ (2008), analisando a percepção dos pais na influência da saúde bucal de seus filhos, com ou sem necessidades especiais, concluíram que, embora as crianças com necessidades especiais sejam mais vulneráveis a doenças bucais, a determinação para instalação da cárie e a busca pelo tratamento adequado se dão pelo cuidado que os mesmos dispensam aos seus filhos. Os pais são os principais tomadores de decisão a respeito da saúde geral e bucal de seus filhos e suas percepções têm influência importante na prevenção destas doenças.

A relação entre consumo de alimentos doces e presença de cárie encontrada neste estudo já é estabelecida na literatura³⁴. Tomita et al.³⁴ (1999) afirmam que a frequência do consumo de açúcar é um fator importante na etiologia da cárie. Os autores complementam que a elevada frequência de consumo de alimentos cariogênicos principalmente entre as refeições parece ser o fator comportamental mais comprovadamente aceito no desenvolvimento da doença.

No presente estudo, os resultados revelaram que a presença de alterações psicossociais maternas não influenciou a prevalência de cárie em crianças na faixa etária pré-escolar, como seria esperado.

Tabela 3. Prevalência de cárie dentária em crianças de 24 a 60 meses de idade de acordo com as características relativas às características psicossociais maternas, Salvador - BA, 2008 (n = 472)

		Ausente		Presente		p-valor*
		nº	%	nº	%	
Alteração psiquiátrica	Ausente	258	71,27	104	28,73	0,244
	Presente	72	65,45	38	34,55	
Alcoolismo	Ausente	272	70,28	115	29,72	0,709
	Presente	58	68,24	27	31,76	
Qualidade de vida	Satisfatória	160	68,09	75	31,91	0,388
	Insatisfatória	170	71,73	67	28,27	
Percepção da saúde	Satisfatória	212	68,61	97	31,39	0,394
	Insatisfatória	118	72,39	45	27,61	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson.

No entanto, estudos apontam para a direção contrária. No Brasil, Souza et al.¹⁸ (2006) verificaram que a ocorrência de depressão materna associou-se positivamente com a presença de cárie em crianças de 2 e 3 anos de idade. Para os autores, a alteração psiquiátrica da mãe pode comprometer significativamente a sua capacidade em prover cuidados para crianças na idade pré-escolar. Kavanaugh et al.³⁵ (2006) também investigaram o impacto da depressão materna no cuidado com a saúde bucal de crianças pré-escolares em Nova Iorque e revelaram que há fortes indicativos de que sintomas depressivos maternos estão diretamente ligados ao cuidado inadequado com as crianças que, por sua vez, associa-se com a presença de problemas bucais.

O contexto familiar, marcado por suas características socioeconômicas e seu estilo de vida, este caracterizado por aspectos comportamentais e afetivos, é essencial ao desenvolvimento infantil. Historicamente, o modelo de atenção à saúde bucal hegemônico no Brasil privilegiou ações curativas, de base individual, e preventivas coletivas, voltadas para os escolares. Este quadro impediu que fossem observadas melhorias significativas nas condições de saúde bucal de outros grupos, como os pré-escolares, adultos e idosos. Os achados aqui apresentados refletem que a cárie dentária ainda é um problema a ser enfrentado na dentição decídua e que ações de saúde que visam à integralidade da atenção devem ser implementadas, uma vez que este agravo está diretamente relacionado com o modo de vida da família na qual se insere a criança.

Possivelmente, limites metodológicos desta investigação – como o tamanho insuficiente da amostra, cujo cálculo foi baseado em parâmetros de um único estudo anterior¹⁸ – e o desenho de estudo do tipo corte transversal – que não é adequado para a análise causal já que não garante a antecedência temporal da doença em relação à exposição – podem ter comprometido os achados quanto à relação entre aleitamento materno, alterações

psicossociais maternas e cárie em pré-escolares. O estudo pode não ter tido poder suficiente para demonstrar tais associações. Tais limites também devem ser considerados ao analisar os demais resultados apresentados e devem ser superados através de outros delineamentos metodológicos, como o uso de desenhos longitudinais em pesquisas posteriores.

Além disso, vale salientar que vieses de classificação podem ter ocorrido, o que também pode explicar a ausência de relação entre aleitamento materno e alterações psicossociais com a cárie infantil. É possível que tenha havido resistências ou tentativas de omissões no momento da entrevista para respostas às perguntas relacionadas com estes fatores.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou que a cárie dentária ainda persiste como um importante problema de saúde infantil, tendo em vista sua elevada prevalência e gravidade em pré-escolares residentes em áreas do PSF. Também se verificou que além dos fatores biológicos – como a idade da criança – e de aspectos comportamentais adquiridos no contexto familiar relacionados com a cárie – como consumo de alimentos doces e duração da amamentação materna –, outros fatores do contexto familiar, sobretudo as suas condições de vida, expressas pelo número de pessoas no domicílio e pela escolaridade materna, relacionaram-se à presença de cárie dentária em crianças nos seus primeiros anos de vida. Estes últimos têm implicação direta na capacidade do cuidado familiar, conforme discutido, sendo tal cuidado essencial para o desenvolvimento físico e emocional da criança. Nas estratégias de atenção à saúde, deve-se atentar para as condições de vida do ambiente familiar no planejamento e na implementação de ações comprometidas com a mudança do quadro epidemiológico de saúde bucal em pré-escolares.

REFERÊNCIAS

1. Lucas SD, Portela MC, Mendonça LL. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1): 55-63.
2. Bardal PAP, Olympio KPK, Valle AAL, Tomita NE. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 161-7.
3. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 43-9.
4. Lima CMF. Prevalência de cárie e percepção materna sobre a dentição decídua de crianças de três a cinco anos de idade da escola Raimundo Pimentel Gomes, Sobral-CE, em 2004 [monografia especialização]. Sobral: Universidade Estadual do Vale do Acaraú; 2005.
5. Bastos JRM, Peres SHCS, Ramires I. Educação para a saúde. In: Pereira AC, editor. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2003. p. 117-39.
6. Assunção WG, Martins da Silva EM, Britto RC, Silva Filho CE. A prevenção de cáries e doenças periodontais através de atividades ludo-pedagógicas. *Rev Odontológica de Araçatuba*. 2002; 23(1): 28-32.
7. Prado JS, Aquino DR, Cortelli JR, Cortelli SC. Condição dentária e hábitos de higiene bucal em crianças com idade escolar. *Rev Biociênc*. 2001; 7(1): 63-9.
8. Thylstrup A, Fejerskov O. Diferentes conceitos da cárie dentária e suas implicações. In: Thylstrup A, Fejerskov O. *Cariologia clínica*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1995. p. 209-17.
9. Feitosa S, Colares V. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 604-9.
10. Mello TRC, Ferreira Antunes JL. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 829-35.
11. Galindo EMV, Pereira JAC, Feliciano KVO. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5:199-208.
12. Ribeiro NME, Ribeiro MAS. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. *J Pediatr*. 2004; 80: 199-210.
13. Tanaka K, Miyake Y, Sasaki S. The effect of maternal smoking during pregnancy and postnatal household smoking on dental caries in young children. *J Pediatr*. 2009; 155: 410-5.
14. Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Livraria Editora Santos; 2000.
15. Galindo VAC. Avaliação da influência da educação precoce em saúde bucal e do uso de dentifrícios fluoretados sobre a prevalência de cárie dentária na primeira infância do município de Belém-Pará [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2003.
16. Seidi EMF, Célia MLCZ. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 580-8.
17. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyren W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
18. Souza MAA, Vianna MIP, Cangussú MCT. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006; 6: 309-17.
19. Organização Mundial de Saúde. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. Manual de instruções. 4ª ed. São Paulo: Livraria Editora Santos; 1999.
20. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization Whoqol-bref. *Quality of life assessment 1998*. *Psychol Med*. 1998; 28: 551-8.
21. World Health Organization. Division of Mental Health. A user's guide to self report questionnaire (SRQ). Geneva; 1994.
22. Ewing JA, Rouse BA. Identifying the hidden alcoholic. In: Program and abstracts of the 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence. Sidney, Australia; 1970.
23. Dean, AG, Dean JA, Colombier D. Epi Info: a word processing, database and statistic program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia, USA. Center for Disease Control and Prevention (CDC); 1994.
24. Stata Reference Manual Release 7. College Station: Stata Corporation; 1997.
25. Rozier RG, Pahel BT. Patient – and population – reported outcomes in public health dentistry: oral health – related quality of life. *Dent Clin North Am*. 2008; 52: 345-65.
26. Ribeiro AG, Oliveira AF, Rosenblatt A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:1695-1700.
27. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Silva DIC, Santos SC. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2009; 9: 247-52.
28. Cabral MBBS. Situação de saúde bucal em um grupo de crianças menores de 30 meses que freqüentam creches públicas, privadas e filantrópicas em Salvador-Ba [tese doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 2005.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais do projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília; 2004.

30. Barros SG, Alves AC, Pugliese LS, Reis SRA. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0 a 30 meses. *Pesqui Odontol Bras.* 2001; 15: 215-22.
31. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996 *Cad Saúde Pública.* 2002; 18: 755-63.
32. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRD. Gravidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais *Rev Saúde Pública.* 2000; 34: 40208.
33. Kenney MK, Kogan MD, Crall JJ. Parental perceptions of dental/oral health among children with and without special health care needs. *Ambulatory Pediatrics.* 2008; 8: 312-20.
34. Tomita NE, Nadanovsky P, Vieira ALF, Lopes ES. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. *Rev Saúde Pública.* 1999; 33: 542-6.
35. Kavanaugh M, Halterman S, Montes G, Epstein M, Hightower D, Weitzman M. Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. *Ambulatory Pediatrics.* 2006; 6: 32-7.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Profa. Dra. Tatiana Frederico de Almeida
Curso de Odontologia, EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública,
40050-420 Salvador - BA, Brasil
e-mail: tatifrederico@yahoo.com.br

Recebido: 24/08/2010
Aceito: 30/12/2010