

CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES EM ALCÂNTARA, MARANHÃO, EM 2008*

Dental caries in children aged 0 to 36 MONTHS in
Alcantara, Maranhao, in 2008

*Karinny Natasha Souza Coutinho ***

*Carolina Santos Bosaipo ***

*Waneska Ferreira Cavalcante de Albuquerque Reis ****

*Valdinar Sousa Ribeiro *****

Resumo: A cárie precoce na infância interfere na dentição permanente e no desenvolvimento das crianças. Devido a essas características destrutivas é que esta pesquisa estudou a cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses, em Alcântara, Maranhão.

Palavras-chave: Cárie dentária precoce. Fatores de risco. Pré-escolares

Abstract: Tooth decay in early childhood interferes in the permanent dentition and in the development of children. Due to destructive characteristics this research studied tooth decay in children from 0 to 36 months old in Alcantara, Maranhão.

Keywords: Early childhood tooth decay. Risk factors. Pre-school.

1 INTRODUÇÃO

A cárie precoce é um grave problema de Saúde Pública, visto que as crianças que apresentam cárie dentária na 1ª infância têm maior probabilidade de desenvolver cáries subseqüentes tanto na dentição decídua quanto na permanente, como também apresentam problemas oclusais, crescimento mais lento, dificuldade de se alimentar e baixo peso devido à associação da dor ao ato de comer e traumas psicológicos (AYHAN, 1996; LOW, 1999).

Os dados de saúde bucal no mundo indicam que a cárie dentária apresenta prevalência diminuída na maioria dos países. Entretanto o fenômeno da polarização dessa doença vem demonstrando que tal declínio não ocorre de forma homogênea, uma vez que ainda existe um expressivo número de pessoas pertencentes a grupos minoritários, socialmente desprotegidos, com maior vulnerabilidade às doenças bucais, por serem mais susceptíveis ou estarem mais expostas a fatores de risco (GOMES et al., 2008; CARDOSO et al., 2003).

Estudos sobre prevalência de cárie em pré-escolares têm sido publicados nos últimos anos, mas ainda existe carência de informações a respeito da situação de saúde bucal nesta faixa

etária, principalmente devido a dificuldades na determinação da cárie precoce, entre as quais se destacam a dificuldade de acesso às crianças de pouca idade, amostras examinadas que nem sempre são representativas, inconsistência de dados sobre hábitos alimentares e grupos étnicos, entre outros (LIMA, 2001; FREIRE, 2000).

Assim, devido às características destrutivas deste tipo de cárie atingirem crianças em idade precoce é que a presente pesquisa estudou a cárie dentária na faixa etária de 0 a 36 meses em uma população com alto risco de cárie e baixo nível socioeconômico, contribuindo desta forma para o melhor conhecimento da ocorrência e severidade desta infecção cariogênica.

2 MÉTODOS

Estudo descritivo em que a população é constituída por 218 crianças de 0 até 36 meses de idade, de ambos os sexos, sem distinção de raça ou cor, residentes na zona urbana da cidade de Alcântara-MA. Esta pesquisa é um recorte de um estudo transversal sobre a cárie precoce em crianças de 0 a 71 meses na cidade de Alcântara. Foi utilizada a proposta da American Academy of Pediatric Dentistry

* Trabalho premiado durante o XXI Encontro do SEMIC realizado na UFMA entre os dias 17 e 19 de dezembro de 2009.

** Graduanda do Curso de Medicina. Aluna bolsista PIBIC. E-mail: karinnynatash@gmail.com

*** Graduanda do Curso de Odontologia. Mestranda em Saúde Coletiva. E-mail: waneskareis@yahoo.com.br

**** Departamento de Saúde Pública/UFMA.

que define cárie dentária precoce como sendo a presença de uma ou mais lesões cariosas, perda dental (relacionada à cárie) ou superfícies dentais restauradas em dentes decíduos até 71 meses de idade.

As crianças foram examinadas no consultório odontológico do Hospital Municipal da cidade de Alcântara. Para avaliação da condição dentária foram utilizados: Índice ceo-d (número de dentes decíduos ou temporários cariados, extraídos e obturados) que foi classificado em baixo (nenhum dente acometido por cárie), médio (1 a 3 dentes) e alto (4 dentes ou mais) de acordo com os critérios da OMS; lesões de mancha branca (atribuindo-se 0 para ausência e 1 para presença) e Índice IPV (placa visível em dentes decíduos ou temporários). Os exames foram realizados por uma cirurgiã-dentista e contaram com o auxílio de uma atendente de consultório dentário. Após a realização do exame, todos os dentes presentes foram limpos com escova dental infantil e pasta profilática. Todas as crianças examinadas receberam kits de escovação e as mães receberam orientações sobre higiene bucal e hábitos alimentares saudáveis.

Para classificação sócio-econômica e demográfica foram considerados: renda familiar, nível de escolaridade, idade materna, tipo de moradia e número de pessoas no domicílio. A renda familiar foi determinada por número de salários mínimos; o tipo de moradia através do tipo de construção e a escolaridade pelo número de anos frequentados na escola.

Os instrumentos utilizados foram: ficha clínica para avaliação da saúde bucal, material apropriado para exame odontológico e Termo de Consentimento. O projeto de origem foi submetido à comissão de ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, aprovado com protocolo nº 1185/2008-30 e parecer nº 127/2008. A pesquisa também foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara. A digitação e o processamento de dados foram realizados no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA, em São Luís, utilizando-se o programa EpiInfo do CDC, de Atlanta, EUA, versão 6.04b.

3 RESULTADOS

Foram analisados dados de 218 crianças com idade de 0 a 36 meses na cidade de Alcântara, MA. Na amostra estudada houve predomínio do sexo feminino com um percentual de 56,67%. Em relação ao índice ceo-d, 84,87% das crianças apresentam ceo-d baixo, ou seja, nenhuma delas apresentou lesão de cárie nem suas conseqüências, enquanto que 9,63%

apresentaram ceo-d médio e, 5,50%, ceo-d alto (Tabela 1).

Tabela 1 - Sexo e Ceo-d segundo faixa etária em crianças de 0 a 36 meses em Alcântara, MA, 2008. (n=218)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	101	46,33
Feminino	117	56,67
ceo-d		
Baixo	185	84,87
Médio	21	9,63
Alto	12	5,50
Total	218	100,0

Quanto à condição dentária apresentada pelas crianças, percebe-se que 14,22% foram acometidas por lesão cariada e as lesões incipientes de cárie conhecidas como MBA ou mancha branca ativa estão presentes em 18,35% dos casos. Nenhum dente foi restaurado e houve extração dentária em 0,91% dos casos. O biofilme bacteriano visível registrado pelo índice IPV, que representa as condições de higiene bucal, está presente em 28,98% das crianças e constitui um fator de risco para ocorrência de cárie (Gráfico 1).

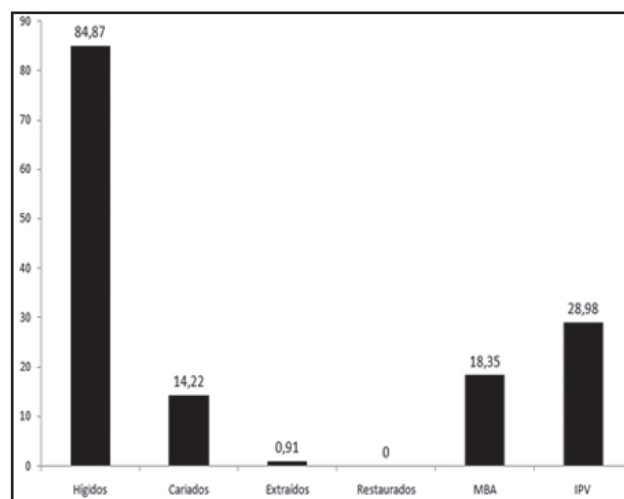


Gráfico 1 - Condição dentária em crianças de 0 a 36 meses em Alcântara, MA, 2008. (n = 218)

As crianças pertencem a famílias de baixo nível socioeconômico com 44% delas vivendo com renda inferior a 1 salário mínimo. As condições de moradia demonstram que 67,9% das crianças residem em casas de alvenaria.

Contudo, 29,4% residem em casas de taipa e 58,7% vivem em domicílios com 4 a 7 pessoas. Quanto à escolaridade materna 68,3% das mães das crianças apresentam mais de 8 anos de estudo e 72% estão na faixa etária que corresponde a 21 a 35 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Variáveis sócio-econômicas em crianças de 0 a 36 meses em Alcântara, MA, 2008. (n= 218)

Variáveis	n	%
Renda familiar		
< 1 salário mínimo	96	44,0
1 a 2 salários mínimos	77	35,3
> 2 salários mínimos	45	20,6
Idade materna		
≤ 20 anos	52	23,9
21 a 35 anos	157	72,0
> 35 anos	9	4,1
Escolaridade materna		
Ausência	3	1,4
< 8 anos de estudo	66	30,3
8 anos ou mais	149	68,3
Tipo de moradia		
Taipa	64	29,4
Taipa e tijolo	5	2,3
Madeira	1	0,5
Tijolo	148	67,9
Número de pessoas no domicílio		
Até 3 pessoas	56	25,7
4 a 7 pessoas	128	58,7
+ 7 pessoas	34	15,6

4 DISCUSSÃO

Houve predomínio de ceo-d baixo na amostra estudada com um grande número de crianças livres de cárie. Entretanto, a ocorrência dos índices ceo-d médio e alto é um dado importante, pois revela que uma parcela das crianças é acometida por cárie numa faixa etária precoce. Um fato bastante preocupante dentro deste quadro epidemiológico é a ocorrência de ceo-d alto, o que demonstra a severidade da doença acometendo um maior número de dentes irrompidos. O percentual de crianças acometidas por lesão cariada e por lesões de mancha branca, que corresponde à primeira manifestação clínica da cárie, indica que o processo de desmineralização dos dentes está em curso, tornando as crianças mais suscetíveis aos problemas decorrentes deste agravo à saúde

bucal. Vale ressaltar que mesmo com a presença de dentes cariados, nenhum foi restaurado e houve registro de extração dentária em uma faixa etária que deveria estar livre de seqüelas de cárie dentária. Isso reflete a necessidade de oferta de serviços de assistência odontológica precoce e de tratamento dentário.

Santos e Soviero (2002), examinando 80 crianças com idade até 36 meses, no Rio de Janeiro, encontraram uma prevalência de cárie superior à encontrada na pesquisa. Por outro lado, Couto e Vasconcelos (1996), determinando a prevalência de cárie em 500 crianças de 8 a 36 meses, atendidas em centros de saúde da região metropolitana do Recife, encontraram crianças livres de cárie na faixa etária de 8 a 17 meses, mas no segmento de 18 a 36 meses encontraram prevalência inferior quando comparada aos resultados desta pesquisa. Em relação ao índice IPV, o biofilme bacteriano esteve presente em quase 1/3 das crianças, o que pode representar condições insatisfatórias de higiene bucal e maior exposição dos dentes à ocorrência de cárie. Os autores Grindejford et al (1993), Barros et al. (2001) e Mattos-Graner (1998), em estudos realizados, também encontraram percentual de biofilme dentário visível em crianças com cárie precoce.

Apesar do predomínio de casas de alvenaria, há um percentual considerável de crianças com condições precárias de moradia, vivendo em núcleos familiares numerosos. Martins e Cols. (2003), estudando fatores associados à cárie dentária em pré-escolares em São Paulo, encontraram resultados que apontam a cárie dentária associada às condições de vida da criança e que os níveis de cárie refletem características sociais, comportamentais, culturais e econômicas. Logo, com base nos resultados e nos estudos citados, pode-se afirmar que baixas condições socioeconômicas favorecem o maior acometimento da cárie dentária.

Estudos demonstram que nível de instrução mais elevado relaciona-se ao melhor conhecimento de hábitos de prevenção e maior acesso a informações sobre saúde (CHIARATTO, 1999; KINIRONS; CABE, 1995; MOYNIHAN; HOLT, 1996). Contudo, esta pesquisa demonstrou que a alta escolaridade materna não foi suficiente para evitar que os filhos fossem expostos à ocorrência de cárie em uma idade tão precoce.

Pesquisas anteriores como a de King et al. (1983) relataram que mães com mais idade possuíam crianças com menor percentual de cárie quando comparadas aos filhos de mães mais jovens. Comparando-se esse estudo com os resultados da pesquisa verifica-se que, apesar da maioria das mães estar na faixa etária que corresponde a 21 a 35 anos, houve um percentual relevante de crianças com cárie.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de cárie precoce em crianças de baixo nível socioeconômico representa condições precárias de saúde bucal e aponta para a necessidade de maior atenção a este grupo populacional promovendo ações de prevenção, orientação e tratamento das lesões cáries, uma vez que existe uma enorme discrepância entre presença de cárie e oferta de tratamento para conter o avanço da doença e, conseqüentemente, perda precoce do elemento dental.

AGRADECIMENTOS

A equipe de pesquisa agradece à Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Alcântara, aos Agentes Comunitários de Saúde e aos diretores e demais funcionários do Hospital Municipal de Alcântara pelas instalações cedidas e pela disponibilidade em contribuir para a realização deste trabalho. A pesquisa foi realizada utilizando-se os recursos dos próprios pesquisadores.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. *Clinical guideline on baby bottle tooth decay/early childhood caries/breastfeeding/early childhood caries: unique challenges and treatment options*. 2002. Disponível em: <http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby_Bottle_TDEEC.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2007.

AYHAN, H. Influencing factors of nursing caries. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, Birmingham, v. 20, n. 4, p. 313-316, 1996.

BARROS, S. et al. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0 a 30 meses. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, São Paulo, v.15, n.3, p. 21-222, jul/set 2001.

CARDOSO, L. et al. Polarização da cárie em municípios sem água fluoretada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 237-243, jan/fev 2003.

COUTO, G.; Vasconcelos, M. Verificação da Prevalência de cárie em crianças atendidas em centros de saúde da região metropolitana da cidade do Recife, com idades variando de 08 a 36 meses. *Anais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco*. v.7, n.1, p.42-50, 1996.

FREIRE, M. Prevalência de cárie e fatores sócio-econômicos em pré-escolares:

revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, Brasília, v.1, n.1, p.35-41, jan./jun 2000.

GOMES, D. et al. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 1081-1090, maio/jun. 2008.

GRINDEFJORD, M. et al. Prediction of dental caries development in 1 year old children. *Caries Research*, Basel, v. 29, n. 5, p. 343-348. set/out. 1995.

KING, J. et al. Some social predictors of caries experience. *Brazilian Dental Journal*, v. 155, n. 8, p. 266-268, out. 1983.

KINIRONS, M., Cabe M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. *Community Dent Health*, v. 12, n. 4, p. 226-229, 1995.

LIMA, C. *Prevenção da cárie precoce na infância: uma visão da vulnerabilidade e da promoção da saúde*. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

LOW, W. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatric Dental Journal*, Chicago, v. 21, n. 6, p. 325-326, set/out, 1999.

MARTINS, M. et al. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*. Curitiba, v. 2, n. 6, p.132-136, 1999.

MATTOS-GRANER, R. et al. Association between caries prevalence and clinical, microbiological and dietary variables in 1.0 to 2.5-year-old Brazilian children. *Caries Research*, Basel, v.32, n. 5, p. 319-23, set/out 1998.

MOYNIHAN, P., Holt, R. The national diet and nutrition survey of 1.5 – to 4.5-year-old children: summary of the findings of the dental survey. *Brazilian Dental Journal*, v. 181, p. 328-332, 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Levantamentos Básicos em Saúde Bucal*. 4, ed. São Paulo: Editora Santos, 1999.

SANTOS, A., Soviero, V. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesquisa Odontológica Brasileira*. São Paulo, v.16, n.3, p.203-208, jul/set 2002.