

## **Avaliação de efetividade de programa de atenção à saúde bucal de 0-36 meses em Salvador-BA, 2017-2018**

### **Efficacy evaluation of oral health care program from 0 to 36 months in Salvador-BA**

DOI:10.34119/bjhrv4n2-389

Recebimento dos originais: 04/03/2021

Aceitação para publicação: 19/04/2021

#### **Amanda Araújo de Carvalho**

Graduanda em odontologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

#### **Bruna Baltazar Souza Lima**

Dentista pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)/Dentista USF Camaçari, Bahia, Brasil

#### **Maria Lizzia Moura Ferreira dos Santos**

Doutora em Odontologia/ Dentista esf-sms, Salvador, Bahia, Brasil

#### **Tatiana Frederico de Almeida**

Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia (UFBA)/ Doutora em Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil

#### **Maria Cristina Teixeira Cangussu**

Professora Titular da Universidade Federal da Bahia (UFBA)/ Doutora em saúde pública, Salvador, Bahia, Brasil

Endereço para correspondência: Departamento de Odontologia Social e Pediátrica. Rua Araújo Pinho, 62, Canela. 6º andar. Campus Universitário da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil-Cep: 40110-150

#### **RESUMO**

Programas de atenção à saúde bucal são importantes para o controle da cárie na infância. O estudo tem como objetivo avaliar a efetividade do programa de atenção à saúde bucal de 0-36 meses em Salvador- BA de 2017 a 2018. Foram avaliados 136 crianças de 6-36 meses distribuídos entre o distrito sanitário de Pau da Lima – DSPL (65,44%) onde o programa ocorre, e os demais distritos sanitários da cidade (10). Aplicaram-se questionários em 11 Unidades de Saúde da Família (USF) contendo informações de identificação, saúde gestacional da mãe, saúde geral do bebê, hábitos alimentares e de higiene bucal, saúde bucal da mãe e exame bucal do bebê, identificando cárie incipiente e já instalada, através do ceos. As mesmas foram acompanhadas entre 6-12 meses. Utilizou-se para comparação das incidências da cárie entre as áreas o teste do qui-quadrado para identificar as diferenças entre proporções e nível de significância de 5%. O DSPL apresentou uma incidência de cárie (ceos) menor de 32,77% que os demais distritos (47,06%), sem significância (p-value = 0,247). O controle de mancha branca de cárie foi mais efetivo nos demais distritos 13,51% de incidência, houve diferença

significante (p-value= 0,002). O acompanhamento ambulatorial assim como o programa de atenção ao bebê desenvolvido do DSPL foram relevantes no controle da cárie neste grupo etário.

**Palavras-chave:** cárie dentária, infância, saúde coletiva.

## ABSTRACT

Oral health care programs are important for the control of childhood caries. The study aims to evaluate the effectiveness of the 0-36 month oral health care program in Salvador-BA from 2017 to 2018. We evaluated 136 children aged 6-36 months distributed among the Pau da Lima health district - DSPL ( 65.44%) where the program takes place, and the other health districts of the city (10). Questionnaires were applied to 11 Family Health Units (FHU) containing identification information, gestational health of the mother, general health of the baby, eating habits and oral hygiene, oral health of the mother and oral examination of the baby, identifying incipient dental caries. already installed through ceos. They were followed between 6-12 months. For the comparison of caries incidence between areas, the chi-square test was used to identify differences between proportions and 5% significance level. The DSPL had a lower incidence of caries (ceos) of 32.77% than the other districts (47.06%), without significance (p-value = 0.247). The control of caries white spot was more effective in the other districts 13.51% incidence, there was significant difference (p-value = 0.002). Outpatient follow-up as well as the DSPL baby care program developed were relevant in the control of caries in this age group.

**Keywords:** dental caries, childhood, public health.

## 1 INTRODUÇÃO

É imprescindível a busca pelo cuidado à saúde bucal desde antes do nascimento dos primeiros dentes decíduos, isso porque a cavidade bucal pode ser colonizada por microorganismos mesmo antes da erupção desses dentes.

Embora necessária, a atenção à saúde do bebê não é comum nas Unidades de Saúde da Família (USF).<sup>1</sup> A atenção à saúde bucal do bebê almeja efetividade na manutenção da saúde bucal global, com educação em saúde e medidas de proteção específica direcionadas e acompanhamento de acordo com a faixa etária. A atenção às famílias, inclusive, pode auxiliar na adesão das mesmas e permite um maior conhecimento à respeito dos determinantes sociais e dos hábitos deletérios cultivados.

São conhecidos na literatura diversos elementos que podem atuar como fatores associados à cárie. Aponta-se que a doença cárie é multifatorial, e fatores específicos de riscos foram observados em bebês e crianças muito jovens, que incluem um sistema imunológico em desenvolvimento e uma dieta limitada à leite por amamentação e/ou mamadeiras<sup>1</sup>. O entendimento atual acerca da cárie também engloba fatores

comportamentais, sociais e psicológicos, que influenciam na maneira como a cárie ocorre em cada pessoa<sup>2</sup>.

No Brasil, houveram duas pesquisas nacionais acerca da saúde bucal envolvendo essa faixa etária. A primeira foi realizada em 2003, o SB BRASIL 2003- 2004. Segundo este, as crianças brasileiras de 18-36 meses possuíam em média 1,1 dente com experiência de cárie. Aos 5 anos de idade a média aumenta para 2,8 dentes. Esse valor é de 1,0 para a região nordeste dos 18-36 meses e de 3,21 aos 5 anos.<sup>3</sup> O último levantamento de saúde bucal foi realizado em 2010, o SB BRASIL 2010, visando obter informações para o SUS, com a finalidade de embasar o planejamento de programas de prevenção e tratamento, em âmbitos municipal, estadual e nacional.<sup>4</sup>

Segundo este inquérito, uma criança brasileira, na faixa etária dos 5 anos, possui em média 2,43 dentes que têm ou já tiveram cárie, com predomínio do componente cariado, que consiste em mais de 80% do índice. Os dados também apontam que as regiões Norte e Nordeste possuem maior percentual de dentes cariados, enquanto as regiões Sul e Sudeste possuem maior percentual de dentes restaurados.<sup>4</sup> Analisando os resultados para o município de Salvador- BA, no ano de 2015, 82% das crianças de 18-36 meses estão livres de cárie. Esse percentual tem redução para 50,5% aos 5 anos de idade. Pode-se trazer a reflexão acerca da meta da OMS em 2000 para crianças de 5-6 anos, que era de 50% de indivíduos livres de cárie.<sup>5</sup>

A cárie tende a acometer grupos mais desfavorecidos da sociedade, que apresentam vulnerabilidade. São associados em literatura fatores socioeconômicos como pobreza e baixo nível educacional dos pais com a prevalência de cárie. Além disso, a doença pode interferir na qualidade de vida dos indivíduos ao impactar alimentação, sono e interações sociais. Implicam-se fatores biológicos, psicossociais e infecciosos do estresse com o crescimento de bactérias cariogênicas. A existência nos pais da cárie dental e de hábitos de higiene deficientes reflete nos padrões de cuidado e saúde bucal da criança. Salienta-se que um cuidado desde a primeira infância é essencial para o estabelecimento da saúde oral e hábitos de frequência aos serviços odontológicos na vida adulta.<sup>6,7</sup>

Entende-se, portanto, que a manutenção da saúde bucal em bebês não só deve ser iniciada nos primeiros meses de vida, como deve ser mantida no decorrer do desenvolvimento da criança, a fim de não apenas evitar agravos e a doença, mas como meio de levar o indivíduo em desenvolvimento a um papel cada vez mais ativo na manutenção de sua própria saúde.

Assim, o objetivo foi avaliar a efetividade do programa de atenção à saúde bucal do bebê no controle da cárie dentária, na faixa etária de 6-36 meses em Salvador-BA no período de 2017- 2018 bem como fatores relacionados associados ao mesmo.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de coorte, longitudinal, onde foram selecionadas por conveniência 136 crianças de 6-36 meses em 11 Unidades de Saúde da Família (USF), em Salvador-BA, Brasil. Das 11 USF, a do distrito sanitário de Pau da Lima onde ocorre o programa de atenção à saúde bucal do bebê, foi identificada como o primeiro grupo para comparação. As 10 USF restantes não possuem o programa de atenção à saúde bucal do bebê e foram identificadas como o segundo grupo para comparação.

As mesmas foram acompanhadas por um período de 6 a 12 meses. Houve a aplicação de questionários contendo informações de identificação, saúde gestacional da mãe, saúde geral do bebê, hábitos alimentares e de higiene bucal, saúde bucal da mãe e exame bucal do bebê, identificando cárie incipiente, através do ICDAS (Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cáries), ceo-d (dentes cariados, extraídos ou obturados) e ceo-s (superfícies cariadas, extraídas ou obturadas)<sup>8</sup>.

As variáveis analisadas foram: fatores sociodemográficos, biológicos e de comportamento entre elas: idade, sexo, cor/raça, nome completo e escolaridade dos pais, renda familiar em salários mínimos, situação conjugal, número de irmãos, situação da casa e o número de cômodos, além do recebimento ou não de bolsa família; saúde da mãe durante a gestação, realização de pré-natal e utilização de medicamentos ou drogas; saúde do bebê desde o nascimento até os 12 meses de idade, abrangendo hábitos alimentares de aleitamento materno, uso de adoçantes e alimentação noturna. Também, informações acerca da higiene bucal do bebê e saúde bucal da mãe foram realizadas.

As faces dentárias também foram examinadas a fim de identificar a presença de cárie (C), mancha branca (MB), obturações (O) e extrações (E). O ICDAS mensura a gravidade com códigos que vão de 1 ao 6, do menos grave (opacidade notável com pigmentação retida em fóssulas/fissuras) ao mais grave (cavitação com exposição de dentina -maior que ½ superfície- ). O ceos foi calculado após utilizar-se um código para cada face do dente dos bebês examinados no estudo. O exame foi executado utilizando-se de luz natural ou lanterna, espátula de madeira, gaze, luvas, gorro, máscara, avental e óculos, obedecendo às normas de biossegurança.

Os 3 avaliadores foram previamente calibrados e mensurou-se o índice de Kappa, para identificar a concordância inter e intra-examinador. Os dados foram digitados em planilha eletrônica e analisados a partir do teste do qui- quadrado, com um nível de significância de 5%. Realizou-se a análise de incidência entre dois períodos de exame (t0 e t1), estabelecendo-se o cálculo da incidência de cárie pelo ceos e a incidência de mancha branca. A partir disso, houve a comparação entre o distrito que possui o programa de atenção à saúde bucal do bebê e os demais distritos. Além disso, foi feita uma análise bi e multivariada a fim de estabelecer as variáveis de risco ou proteção e a razão de risco para mancha branca, com intervalo de confiança de 95%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) no. 86429217.0.0000.5024.

### 3 RESULTADOS

Foram acompanhados 136 crianças, distribuídos entre o distrito sanitário de Pau da Lima (65,44%) onde o programa está implementado, e nos demais distritos sanitários da cidade. Mais da metade da população corresponde ao sexo feminino (51,47%) e aproximadamente 82% são pardos e negros. 54,07% dos bebês possuem até 22 meses de idade e apenas 7,87% correspondiam à demanda aberta. A maioria dos pais (51,72%) possui escolaridade inferior ao ensino médio, assim como 65,55% das mães. (tabela 1)

Em relação aos hábitos alimentares, 82,44% dos bebês faziam aleitamento materno exclusivo, e 94% possuem alimentação noturna associada. O uso de adoçantes foi realizado por 43,37%. A limpeza da cavidade bucal ocorria em 58,26%. Além disso, a frequência na creche estava presente na maior parte da população estudada - 85,38% dos bebês. Associado, muitas creches realizam a escovação dos dentes entre as refeições, e 83,05% da população que frequenta creches, não realiza a escovação nas mesmas. (tabela 2)

**Tabela 1 - Caracterização da população de estudo de pré escolares de Salvador - BA, 2017-2018**

	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	66	48,53
Feminino	70	51,47
<b>Etnia</b>		
branca, amarela ou indígena	23	18,11
parda ou negra	104	81,89
<b>Escolaridade do pai</b>		
Até 1º grau completo	60	51,72
2º ou 3º grau completo	56	48,28
<b>Escolaridade da mãe</b>		
Até 1º grau completo	78	65,55
2º ou 3º grau completo	41	34,35
<b>Renda familiar</b>		
> 2,5 SM5	14	12,96
1,5 ≥ 2,5 SM	25	23,15
< 1,5 SM	69	63,89
<b>Idade</b>		
Até 22 Meses	73	54,07
> 22 Meses	62	45,93
<b>No. Irmãos</b>		
Até 1 irmão	94	73,44
> 1 irmão	34	26,56
<b>Distrito</b>		
Pau da Lima	89	65,44
Outros	47	34,56
<b>Demanda aberta</b>		
não	117	92,13
sim	10	7,87

**Tabela 2 - Hábitos da população de estudo de pré escolares de Salvador - BA, 2017-2018**

	n	%
<b>Aleitamento Materno exclusivo*</b>		
sim	108	82,44
não	23	17,56
<b>Aleitamento exclusivo*</b>		
sim	16	13,11
não	106	86,89
<b>Uso de Mamadeira exclusivo*</b>		
sim	87	72,5
não	33	27,5
<b>Uso de adoçantes</b>		
sim	9	14,52
não	53	85,48
<b>Realizar Alimentação Noturna</b>		
sim	7	5,79
não	114	94,21
<b>Realizar Alimentação antes de dormir*</b>		
sim	8	6,4
não	117	93,6
<b>Alimentação durante o sono</b>		
sim	45	33,33
não	90	66,67
<b>Higienização da cavidade oral</b>		
sim	62	46,97
não	70	53,03
<b>Frequentar creche*</b>		
sim	111	85,38
não	19	14,62
<b>Realizar Escovação na creche</b>		
sim	10	16,95
não	49	83,05

\*estas variáveis possuem dados faltantes

No distrito de Pau da Lima, onde o programa de atenção à saúde bucal do bebê foi implantado, a incidência de superfícies cariadas obtidas após a comparação do t0 e t1 foi de 32,97%, isto é, 39 dos bebês examinados. Com relação à mancha branca (MB), nesse mesmo distrito, o estado de saúde predominou com um total de 57,58%, vivenciado por 57 dos examinados.

Nos demais distritos, não assistidos pelo programa de atenção à saúde bucal do bebê, a incidência de cárie foi de 52,94%, ocorrendo em 9 bebês. A mancha branca teve incidência de 13,51%. Destaca-se que para a incidência de cárie mensurada pelo índice ceos, não se observou diferença estatística entre os grupos ( $p=0,247$ ), enquanto para a incidência de mancha branca, o distrito de pau da lima apresentou melhora significativa em relação a outras áreas do município ( $p=0,001$ ). (Tabela 3).

**Tabela 3 - Comparação de incidência da cárie dentária e da mancha branca entre distritos em crianças de Salvador. BA, 2017-2018.**

	PAU DA LIMA		OUTROS		Pvalor
	n	%	n	%	
<b>Incidência cárie (n=119)</b>					
não	80	67,23	9	52,94	0,247
sim	39	32,97	8	47,06	
<b>Incidência Mancha Branca (n=99)</b>					
não	57	57,58	32	86,49	0,001
sim	42	42,42	5	13,51	

A tabela 4 apresenta outras variáveis de interesse analisadas por distrito. A demanda aberta é uma delas, e 98,88% dos examinados no DSPL não faziam parte de uma demanda aberta, enquanto nos demais distritos 80,85% não pertenciam a demanda aberta, com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,00$ ). Outras variáveis que demonstraram diferença significativa entre os grupos de interesse e selecionadas para o modelo multivariado foram: prevalência de cárie t0, prevalência de cárie t1, demanda aberta, aleitamento exclusivo, sexo e idade. Com relação ao aleitamento exclusivo, a maioria dos bebês no DSPL (85,39%) o fez por menos de 6 meses, ocorrendo por 6 meses ou mais em 14,61% dos examinados. Nos demais distritos, 36,17% dos bebês têm aleitamento exclusivo por 6 meses ou mais, enquanto apenas 63,83% realizou aleitamento por menos de 6 meses, associado com outros alimentos após, com diferenças entre os grupos ( $P=0,005$ )

A população do DSPL é composta em maioria por bebês do sexo feminino (57,30%), o sexo masculino compõe 42,70%. 49,44% dos bebês possuem até 22 meses. Além disso, 78,65% dos examinados são da raça preta ou parda, sendo os 21,35% restantes pertencentes às raças amarela, branca e indígena. As populações dos demais distritos possuem 59,57% bebês do sexo masculino, e 40,42% de bebês do sexo feminino. A maioria dos examinados possui até 22 meses (63,83%), sendo que os 36,17% possuem



mais que 22 meses de idade. 72,34% da população é da raça preta e parda e 27,66% são das raças amarela, branca e indígena.

As populações parecem não ser semelhantes quanto à composição por sexo ( $p=0,061$ ), predominando o sexo masculino em outros distritos e idade ( $p=0,107$ ), que registrou uma população mais jovem em outros distritos do que em Pau da Lima, o que pode justificar a menor experiência inicial da doença. As duas áreas foram muito parecidas em relação a etnia ( $p=0,413$ ).

Outras variáveis de interesse como receber bolsa família, no DSPL 41,57% dos bebês pertencem à famílias que recebem o benefício, e nos outros distritos esse valor corresponde a 46,81%, sem diferença estatística entre os grupos. A imunização foi outra variável de relevante, onde mais da metade dos bebês examinados está com a vacinação regularizada no DSPL (94,38%) e nos demais distritos (91,49%). A falta de imunização contempla 5,62% dos bebês no DSPL, já nos demais distritos contempla 8,51%. As diferenças entre as proporções não apresentaram significância estatística ( $p= 0,526$ ).

**Tabela 4 – Distribuição das variáveis de interesse segundo distrito sanitário em crianças de Salvador, BA, 2017-2018**

	PAU DA LIMA		OUTROS		Pvalor
	n	%	n	%	
<b>Prevalência de cárie T0</b>					
não	78	87,64	45	95,74	<b>0,104</b>
sim	11	12,36	2	4,26	
<b>Prevalência de cárie T1</b>					
não	80	89,89	39	82,98	<b>0,255</b>
sim	9	10,11	8	17,02	
<b>Demanda aberta</b>					
não	88	98,88	38	80,85	<b>&lt;0.00</b>
sim	1	1,12	9	19,15	
<b>Receber Bolsa família</b>					
Não recebe	52	58,43	25	53,19	0,558
Recebe	37	41,57	22	46,81	
<b>Aleitamento exclusivo</b>					
≥ 6 meses	13	14,61	17	36,17	<b>0,005</b>
< 6 meses	76	85,39	30	63,83	
<b>Imunização</b>					
Calendário vacinal completo	84	94,38	43	91,49	0,526
Calendário incompleto	5	5,62	4	8,51	
<b>Sexo</b>					
Masculino	38	42,70	28	59,57	<b>0,061</b>

	Feminino	51	57,30	19	40,42	
<b>Idade</b>	Até 22 meses	44	49,44	30	63,83	<b>0,107</b>
	> 22 meses	45	50,56	17	36,17	
<b>Etnia</b>	pretos e pardos	70	78,65	34	72,34	0,413
	amarelos, brancos e índios	19	21,35	13	27,66	

Em análise multivariada, na tabela 5, relacionando a incidência de mancha branca com as variáveis idade e distrito, com intervalo de confiança em 95%, obtém-se uma razão de risco de 1,62 para bebês com mais de 22 meses. Já com relação ao distrito encontra-se a razão de risco de 0,023 para bebês que residem no DSPL. Ambas as comparações são estatisticamente significantes.

**Tabela 5 - Modelo final da regressão logística dos fatores associados à incidência de mancha branca (MB)**

	RR	95% IC	Pvalor
<b>Idade</b>			
	até 22 meses	1	0,73-3,58
	> 22 meses	1,62	
<b>Distrito</b>			
	Pau da Lima	0,23	0,08-0,64
	Outros	1	

#### 4 DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados no presente estudo observou-se que o programa de saúde bucal de bebês específico desenvolvido em um distrito de Salvador-BA, teve pouca influência na redução da incidência de cárie dental e da mancha branca. Embora a incidência de cárie tenha sido menor em Pau da Lima, não estatisticamente significativa, o controle de mancha branca nos demais distritos foi mais efetivo. Isto porque, provavelmente, entende-se que uma criança que frequenta o dentista desde cedo pode possuir um atendimento muito mais preventivo, no sentido de que o atendimento curativo não se faz tão necessário, independente da presença ou não de programa específico. Assim, potencialmente, o acompanhamento pelo serviço odontológico sistemático pode reduzir a presença da cárie nesta população.<sup>9</sup>

Entretanto, reforça-se a necessidade e a importância do serviço no acompanhamento sistemático de crianças na primeira infância, escasso nos serviços de saúde brasileiros. Identificou-se em literatura que a implantação de um programa

motivacional no período gestacional e até os 12 meses de vida do bebê pode atuar na redução de cárie nos bebês.<sup>9</sup> Existe uma deficiência em atenção à saúde bucal nas crianças de 0-60 meses.<sup>10,11</sup>

Ao realizar a análise das variáveis potencialmente associadas ao maior risco de cárie dentária, o aleitamento exclusivo foi identificado como um fator de proteção, uma vez que quanto maior a sua presença na população estudada, menor foi a incidência da doença. Esta variável é abordada como potencial fator de risco para a cárie dentária. Entretanto essa característica seria dependente do padrão de consumo com livre demanda diversas vezes ao dia e com duração prolongada, mas principalmente do hábito de realização à noite.<sup>12</sup> De modo geral, a literatura traz o aleitamento materno como favorável à manutenção da saúde bucal. Cita-se que a amamentação no período de 6-11 meses pode atuar como fator de proteção contra a cárie, contudo, se prolongada além desse período, não traria benefícios adicionais. Salienta-se a necessidade de higiene bucal após alimentação. Reforça-se então a necessidade de estímulo a esta prática, visto que há influência da baixa escolaridade, renda e pouca orientação no hospital após o parto, tendo como reflexos o desmame prematuro.<sup>11,13</sup>

Não houve associação entre o hábito de alimentação noturna e antes de dormir encontra-se presente na população estudada, potencialmente pela sua baixa ocorrência neste grupo. Contudo, estudos reforçam que a alimentação noturna pode atuar como fator favorável ao desenvolvimento da cárie.<sup>11,14</sup> Relacionam as consequências favoráveis à cárie a salivação reduzida durante o sono, assim como a redução da capacidade de tampão salivar durante este período.<sup>13</sup>

A idade foi identificada como fator de risco a incidência de cárie dentária. Acredita-se que ocorre um incremento da doença com a progressão em idade em populações sem intervenção ou com a doença não controlada. Os resultados mostram que ao possuir uma idade maior que 22 meses, o bebê possui 1,62x mais risco de desenvolver a mancha branca que um bebê de até 22 meses. Utilizando o ceod, estudo em literatura identificou que a prevalência da cárie tende a aumentar com o aumento da idade, justificando pelo maior o tempo de exposição à bactérias cariogênicas e aos hábitos que podem favorecê-las, e um efeito cumulativo, existe tendência ao seu aparecimento com a progressão da faixa etária.<sup>1,15</sup>

Neste trabalho, pertencer ao sexo masculino foi uma desvantagem em relação a incidência da cárie. Como no presente estudo, há associação onde a cárie ocorre com predileção no sexo masculino.<sup>9</sup> Entretanto, salientam a falta de estudos na literatura que

possam corroborar tais resultados, enquanto sugerem que este resultado esteja associado ao temperamento mais agressivo e menos colaborativo dos hábitos de proteção individual dos meninos.

Outro elemento importante foi a população que participa das ações de demanda organizada das unidades de saúde. As crianças que eram parte da população adscrita dos serviços tiveram menor incidência de cárie de forma estatisticamente significativa, sendo os atenção a saúde bucal elemento mediador da desigualdade no adoecimento.

A maioria dos pais no estudo possuíam até o 1º grau completo, com baixa renda. A incidência de cárie em ambas as regiões podem ter sido influenciadas por esta condição. A cárie é identificada com frequência em crianças com mães de baixo nível de escolaridade, renda e em situação de pobreza. Isso porque significam um acesso limitado aos serviços de saúde - uma vez que a importância de frequência aos serviços de saúde pode ser desconhecida - e conhecimento sobre formas preventivas.<sup>13</sup> Encontra-se em literatura resultados que relacionam igualmente a prevalência de cárie com baixa renda familiar e baixo nível de escolaridade.<sup>1</sup>

A escolaridade interfere, dentre outros fatores, na ingestão de líquidos ricos em sacarose e em livre demanda, sem incentivo associado à higiene posterior.<sup>15</sup> Por fim, achados concluem que um ceo-d mais perto de 0 torna-se mais possível em mães com maior nível de escolaridade e ocupação profissional.<sup>10</sup>

Mais de 80% da população de estudo possui pais que relatam a frequência dos bebês em creches, portanto, esse fator pode atuar como proteção dos que frequentam. Contudo, apenas uma pequena parcela da população alega haver escovação supervisionada nas creches frequentadas além de que apenas 47% da população, aproximadamente, realiza a higienização da cavidade oral dos bebês, uma vulnerabilidade ao desenvolvimento da cárie se instala.

A não frequência à creche tem relação com a ocorrência de cárie. Além disso, estudos relatam o quanto forma como a higiene bucal é conduzida mostra-se relevante, uma vez que feita de maneira inadequada pode viabilizar o aparecimento de lesões cariosas.<sup>14,16</sup>

A mancha branca é a primeira manifestação da cárie dentária. Na população de estudo do distrito de Pau da Lima, a incidência chegou aos 42%, aproximadamente. Ao comparar com os demais distritos, encontra-se incidência de 13%, aproximadamente. Ou seja, o acompanhamento geral oferecido nos demais distritos pôde oferecer à população uma melhor forma de controle da mancha branca que o programa de atenção à saúde do

bebê. Entrando quando se analisa a incidência de cárie cavitada, o distrito de Pau da Lima apresenta aproximadamente 33% e os demais distritos apresentam 47%.

Salienta-se as limitações do presente estudo, como o número amostral. Há a hipótese de que o “n” da população de estudo seja insuficiente para definição exata do impacto em efetividade do programa. Contudo, sugere-se que o programa instituído e a própria atenção à saúde bucal específica para esta faixa etária (como a oferecida em outros distritos) possui grande relevância na determinação da saúde bucal das crianças quando estabelece o acompanhamento desde os primeiros meses.

Também a ausência de resposta em algumas variáveis analisadas no estudo podem ter o potencial de interferir nos resultados subestimando os achados deste trabalho.

No entanto, os resultados encontrados proporcionaram associações de grande interesse e relevância, que podem servir como fonte de informação para o desenvolvimento de propostas de intervenção favoráveis à população e que possibilitem uma redução na incidência da cárie dentária na primeira infância, assim como a sua primeira manifestação, a mancha branca.

## 5 CONCLUSÃO

O programa de atenção à saúde bucal do bebê mostrou-se efetivo como fator de proteção ao desenvolvimento da mancha branca uma vez que, em razão de risco, pertencer ao distrito sanitário de Pau da Lima oferece um risco reduzido para a população residente se comparado com os demais distritos. Além disso, possuir mais do que 22 meses significa uma maior chance de desenvolvimento da mancha branca. A idade se mostrou um fator de risco, onde possuir 22 meses ou menos é uma proteção ao desenvolvimento da doença. Salienta-se a importância do acompanhamento pelos serviços de saúde na faixa etária de 0-36 meses para a redução da incidência de cárie.

## REFERÊNCIAS

- 1- Moimaz SAS , Borges HC, Saliba O, Garbin CAS. Early Childhood Caries: Epidemiology, Severity and Sociobehavioural Determinants. *Oral Health & Preventive Dentistry*. 2016. 14: 77-83
- 2- Pitts N, Zero D. White Paper on Dental Caries Prevention and Management: A summary of the current evidence and the key issues in controlling this preventable disease. FDI WORLD DENTAL FEDERATION. 2016.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 -2003 - Resultados principais. Brasília, DF; 2004.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais. Brasília, DF; 2012.
- 5- PREFEITURA DE SALVADOR. Instituto de saúde coletiva/UFBa. Condições de Saúde Bucal do Município de Salvador, 2015 - Resultados principais. Salvador, Brasil. 2015.
- 6- Calvasina P, O’Campo P, Pontes MM, Oliveira JB, Vieira-Meyer PGFA. The association of the Bolsa Familia Program with children’s oral health in Brazil. *BMC Public Health*. 2018. 18:1186.
- 7- Salah N. Comparison of oral health in children aged 5-6 years in the Czech Republic and Yemen. *Cent Eur J Public Health* 2018. 26 (4): 305–309
- 8- Aguirre-Escobar GA, Fernández-de-Quezada R, Escobar-de-González W. Prevalencia de caries dental y necesidades de tratamiento según ICDAS y CPO en escolares de El Salvador. *Horizonte sanitario*. Septiembre – Diciembre, 2018. 17 (3).
- 9- Silva MGB, Catão MHCV, Andrade FJP, Alencar CRB. Cárie precoce da infância: fatores de risco associados. *Arch Health Invest*. 2017. 574-579.
- 10- Losso EM, Tavares MCR, Da Silva JYB, Urban CA. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. *Jornal de Pediatria*. 2009. 85 (4).
- 11- Santos SP, Vieira GO, Scavuzzi AIF, Filho ISG. Práticas alimentares e cárie dentária - uma abordagem sobre a primeira infância. *REV ASSOC PAUL CIR DENT* 2016. 70(1):12-18.
- 12- Ribeiro NME, Ribeiro MAS. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. *Jornal de Pediatria*. 2004. 80 (5).
- 13- Araujo LF, Alexandria AK, Letieri AS, Soares TRC. CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA: UMA VISÃO ATUAL EM ODONTOPEDIATRIA. *Rev. UNINGÁ, Maringá, out./dez*. 2018. 55 (S3): 106-114.

14- Lopes LM, Vazquez FL, Pereira AC, Romão DA. Indicadores e fatores de risco da cárie dentária em crianças no Brasil – uma revisão de literatura. RFO, Passo Fundo. maio/ago. 2014. 19 (2): 245-251.

15- Camargo B, Pavinato LC, Cardoso M, Bervian J, Perussolo B, Patussi E. Características de pacientes com cárie severa da infância: análise de pacientes atendidos em centro de referência. RFO UPF, Passo Fundo, mai/ago. 2018. 23 (2): 133-138.

16- Cortelli SC, Cortelli JR, Prado JS, Aquino DR, Jorge AOC. Fatores de risco a cárie e CPOD em crianças com idade escolar. Cienc Odontol Bras. abr/jun 2004. 75-82.