

Prevalência de cárie em bebês e sua relação com o conhecimento e hábitos das mães

Marcos Cezar Pomini¹, Jessica Galvan², Gisele Fernandes Dias², Nayara Silva de Gouvêa³, Fabiana Bucholdz Teixeira Alves²

¹Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, São Paulo, Brasil.

²Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

³Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi verificar a associação entre a prevalência de cárie dentária na primeira infância e o perfil socioeconômico e hábitos das mães em relação à higiene bucal e uso de dentífrico em seus filhos.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal com uma amostra de 82 pares (mães e crianças de 06 a 36 meses de idade) que procuraram o serviço odontológico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e após consentimento, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as mães responderam a um questionário com informações sobre perfil socioeconômico, conhecimentos sobre saúde bucal, hábitos de higiene bucal e uso de dentífrico fluoretado. Foi realizado exame clínico dos bebês para avaliar a experiência da cárie dentária (índice ceo-d). Os dados foram tabulados em frequências absolutas e relativas e as associações verificadas pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher ($p = 0,05$).

Resultados: A prevalência de cárie foi de 25,6% e o índice ceo-d de 1,5. Verificou-se que 57 mães (69,5%) já haviam recebido alguma orientação sobre higiene bucal na primeira infância, no entanto, não houve associação significativa entre a prevalência da doença cárie com a realização de higiene bucal, tipo e quantidade de dentífrico, idade que iniciou a escovação e frequência da mesma. Contudo, houve associação entre fator socioeconômico e doença cárie ($p = 0,004$).

Conclusão: Não há associação entre hábitos maternos de higiene bucal e uso de dentífrico em seus filhos com a prevalência da doença cárie na primeira infância. Contudo, existe associação com o nível socioeconômico, o que demonstra a necessidade da realização de estratégias de reforço nas informações transmitidas para as mães com maior vulnerabilidade social.

Descritores: Saúde bucal. Educação em saúde. Cárie dentária. Saúde da criança.

Submetido: 05/08/2018

Aceito: 28/11/2018

INTRODUÇÃO

O principal indicador de alteração da saúde bucal é a cárie dentária, a qual apresenta forte abrangência e impacto mundial, atingindo

cerca de 2,3 bilhões de adultos e 560 milhões de crianças no mundo¹. No Brasil, nos últimos anos, houve reduções significativas no índice da doença cárie, segundo mostra o levantamento nacional de saúde bucal – SB Brasil 2010,

Autor para correspondência:

Marcos Cezar Pomini

Departamento de Prótese e Periodontia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba. Rua São João, 1344, Ap 33, Bairro Alto, Piracicaba, São Paulo, Brasil. CEP: 13.416.585.

Telefone: +55 45 9 8812 3993.

E-mail: marcospomini@outlook.com

o que levou o país de média prevalência da doença (CPOD: 2,8) para baixa prevalência (CPOD: 2,1)^{2,3}. Contudo, diferentemente do que apontam estudos de tendência local no país que relatam diminuição na prevalência^{4,5}, Gimenez et al. (2016) apontaram para uma tendência estacionária da doença no Brasil e na América Latina, a qual ainda afeta mais da metade da população infantil desses países⁶.

Ademais, a comparação entre os inquéritos do SB BRASIL de 2003 e 2010 mostra uma redução inferior a 6% na prevalência de cárie e a proporção de dentes não tratados/componente cariado está no patamar de 80%^{3,7}. Esse achado ratifica o fato de que embora tenha ocorrido uma redução no índice em crianças de cinco anos de idade (de 2,8 em 2003 para 2,43 em 2010), aos três anos de idade ainda são observadas taxas elevadas^{3,7}. Desta maneira, acentua-se a importância da necessidade de intervenção preventiva e educativa, a fim de evitar alterações que possam repercutir na qualidade de vida infantil, fisicamente e psicologicamente. No entanto, observa-se que o SB Brasil 2010 não traz informações de 6 a 36 meses de idade, período primordial para abordagem educativa e preventiva para redução dos índices de cárie na primeira infância⁸.

A família como instituição social básica, pode contribuir para a melhora da condição de saúde de seus membros, pois constitui um campo diverso para a introdução precoce de novos hábitos⁹. Portanto, a educação dos pais relacionada a saúde bucal de seus filhos é o primeiro passo para a obtenção do sucesso na construção de hábitos de higiene bucal satisfatórios. O conhecimento prévio dos pais relacionado à saúde bucal tende a auxiliar na prevenção e controle de lesões cariosas, com a utilização de produtos fluoretados, seja via água de abastecimento público ou dentifrícios¹⁰. De fato, o uso racional de fluoretos possui benefícios expressivos aos pacientes, uma vez que reduz a incidência e a gravidade da doença cárie e suas sequelas^{11,12}.

A Associação Brasileira de Odontopediatria – ABO Odontopediatria (2016) e a American Dental Association – ADA (2014) preconizam a utilização de dentifrício fluoretado a partir da erupção do primeiro dente decíduo^{13,14}. Ademais, os dentifrícios devem conter concentração de 1100ppm de flúor, uma vez que a literatura tem demonstrado inatividade da prevenção da doença cárie em dentifrícios com concentrações menores^{10,11}. Ainda assim, cerca de 20% dos pais utilizam dentifrícios sem flúor ou em concentrações inferiores à preconizada¹⁰. Assim, acentua-se a importância da educação do núcleo familiar, visando sobretudo a adoção de práticas de saúde adequadas.

Contudo, fatores podem estar modulando o grau de higiene bucal na primeira infância, como o perfil socioeconômico familiar¹⁵ e o conhecimento materno sobre higiene bucal na primeira infância¹⁶. Sendo assim, esta pesquisa teve por objetivo verificar a associação entre a prevalência de cárie em bebês com o perfil socioeconômico e hábitos maternos relacionados à higiene bucal e uso de dentifrício em seus filhos.

MATERIAL E MÉTODOS

Consiste em um estudo transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (parecer nº 156.460). Amostragem por conveniência foi formada por 82 pares (mães e crianças de 06 a 36 meses de idade) que frequentaram as clínicas de Saúde Coletiva I e Odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa/UEPG no período de março a junho de 2016.

As informações relativas ao perfil socioeconômico, conhecimentos sobre saúde bucal da mãe (autorrelato) hábitos de higiene bucal e uso de dentifrício fluoretado foram coletadas por um único pesquisador treinado por meio de um questionário estruturado. Para avaliação da quantidade de dentifrício fluoretado foram utilizadas imagens ilustrativas (grão de arroz (pequena quantidade), grão ervilha (média quantidade), técnica transversal/longitudinal (grande quantidade). Considerou-se como ideal as mães que relataram realizar a técnica com quantidades equivalentes a um grão de arroz e como excesso as que utilizavam as técnicas transversal ou longitudinal.. Este instrumento de coleta de dados foi testado em cinco mães, em estudo piloto, demonstrando ser efetivo para a compreensão das participantes em relação às perguntas propostas. Os dados do estudo piloto não foram incluídos na coleta principal.

Após a aplicação do questionário, foi realizado o exame clínico dos bebês, por um único examinador calibrado (Kappa = 0,90), utilizando-se do Índice ceo-d (média de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados em um grupo), preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁷. Este exame foi realizado sob luz natural, com auxílio de espátulas de madeira (Theoto, Jundiaí, SP, Brasil) esterilizadas individualmente. Como critérios de inclusão, as crianças deveriam ter até 36 meses e possuir dentes erupcionados. Foram excluídas da amostra crianças com necessidades especiais.

Os dados obtidos foram tabulados em frequências absolutas e relativas. As

associações foram verificadas por meio do teste qui-quadrado com correção de Yates e exato de Fisher (Programa Open Epi versão 3.01). O nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS

A amostra final foi constituída por 82 crianças, sendo 11 (13,5%) na faixa etária de 6 a

11 meses, 23 na faixa etária de 12 a 23 meses (28,0%), e 48 crianças de 24 a 36 meses (58,5%). A prevalência de cárie encontrada neste estudo foi de 25,6%, com o índice ceo-d de 1,5. Os índices ceo-d por faixa etária podem ser observados na Tabela 1. Entre os componentes do ceo-d, os dentes cariados aparecem quase que majoritariamente na faixa etária de 24 a 36 meses, atingindo 37,5% destas crianças (Figura 1).

Tabela 1 - Tabela ceo-d das crianças de 6 a 36 meses, Ponta Grossa, PR

Faixa etária (meses)	Indivíduos (n)	C*	Ei*	O*	ceo-d
6-11	11	0	0	0	0
12-23	23	6	0	0	0,2
24-36	48	117	0	2	2,4
Total	82	123	0	2	1,5

*C: cariado, Ei (Extração indicada), O (obturados).

Prevalência de doença cárie (%)

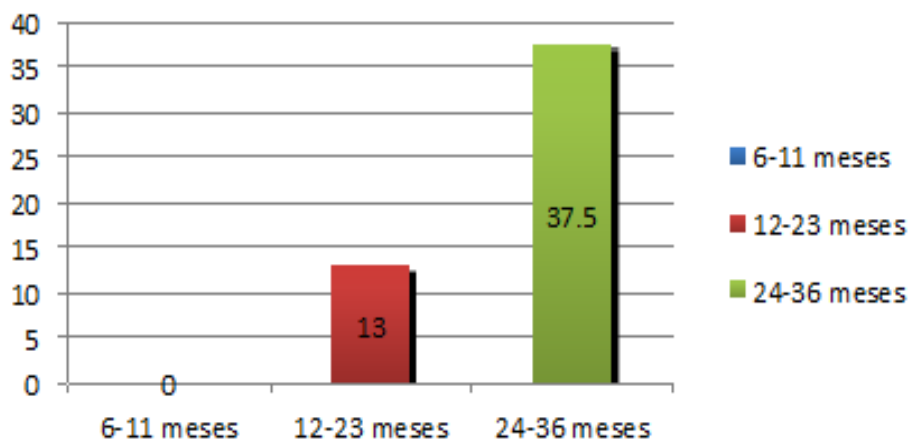


Figura 1 - Porcentagem de crianças com doença cárie por faixa etária.

Entre as 82 mães participantes, o maior percentual estava na faixa etária entre 15 e 25 anos (45,1%), possuía ensino médio completo (47,6%), trabalhava (75,6%) e possuía renda familiar de até 3 salários mínimos (79,3%). Com relação aos dados sobre higiene bucal,

57 (69,5%) já haviam recebido alguma orientação sobre essa prática, sendo as fontes de informação: cirurgiões-dentistas 23 (40,4%), outros profissionais da saúde 28 (49,1%) ou meios de comunicação 6 (10,5%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência de lesões de cárie nos bebês, em relação aos fatores socioeconômicos e informações/hábitos das mães. Ponta Grossa, PR

Variáveis	Mães das crianças com cárie (n=21)		Mães das crianças sem cárie (n=61)		P-valor
	n	%	n	%	
Idade materna					
15 a 25 anos	13	62%	24	39,3%	0,08*
26 a 35 anos	4	19%	28	45,9%	
36 a 45 anos	4	19%	9	14,8%	
Escolaridade materna					
Ensino fundamental	10	47,6%	17	27,7%	
Ensino médio	10	47,6%	29	47,5%	0,08*
Ensino superior	1	4,8%	15	24,6%	
Trabalha					
Sim	16	76,2%	46	75,4%	0,9*
Não	5	23,8%	15	24,6%	
Renda					
0 ≥ 3 salários	21	100,0%	44	72,1%	0,004**
> 4 salários	0	0,0%	17	27,9%	
Possui conhecimento					
Sim	16	76,2%	41	67,2%	0,5*
Não	5	23,8%	20	32,8%	
Quem passou a informação¹					
Dentista	5	31,2%	18	43,9%	
Outro profissional da saúde	9	56,2%	19	46,3%	0,1*
Outro	2	12,6%	4	9,8%	
Realiza higiene bucal do filho					
Sim	20	95,2%	55	90,2%	0,6*
Não	1	4,8%	6	9,8%	
Tipo de dentífrico²					
Sem flúor	3	15,0%	10	18,2%	0,7*
Infantil (<1000ppm)	14	70,0%	32	58,1%	
Adulto (>1000ppm)	2	10,0%	3	5,5%	
Não usa ou não sabe	1	5,0%	10	18,2%	
Quantidade de dentífrico²					
Ideal	7	35,0%	20	36,4%	0,7*
Excesso	12	60,0%	25	45,4%	
Não usa ou não sabe	1	5,0%	10	18,2%	
Idade que iniciou higiene²					
06-- 11 meses	11	55,0%	39	70,9%	0,1*
12-- 23 meses	4	20,0%	12	21,8%	
24-- 36 meses	2	10,0%	3	5,5%	
Não sabe	3	15,0%	1	1,8%	
Como é realizada a higiene²					
Escova dental	20	100%	43	78,1%	0,02**
Outro	0	0,0%	12	21,9%	
Quantas vezes é realizada/dia²					
Uma	7	35,0%	21	38,1%	1,0*
Duas ou mais	13	65,0%	34	61,9%	
Escova sozinho²					
Sim	2	10,0%	8	14,5%	0,3*
Não	8	40,0%	30	54,5%	
Às vezes	10	50,0%	17	31,0%	

*Teste qui-quadrado; ** Teste Exato de Fisher

¹ Considerou-se apenas as mães que afirmaram possuir conhecimento² Considerou-se apenas as mães que afirmaram realizar higiene

Observa-se ainda na Tabela 2 que a maioria das mães entrevistadas higieniza a cavidade bucal de seu filho (91,5%) e destas, 50 (61,0%) mães deram início antes de um ano de idade. Esta higiene é realizada principalmente com escova dental (76,8%), 2 ou mais vezes ao dia (57,3%), por um responsável (46,3%), utilizando dentifrício infantil (56,1%) e em grande quantidade (45,1%).

DISCUSSÃO

Este estudo verificou que houve uma maior prevalência da doença cárie nas crianças cujos responsáveis possuíam a renda familiar de até 3 salários mínimos e trabalhavam. Ainda, os resultados demonstraram que o fato das mães terem recebido informações sobre os cuidados de higiene bucal dos filhos não resultou em redução na prevalência da doença e na utilização da quantidade ideal de dentifrício. Contudo, a maioria das mães afirmaram iniciar a escovação logo após a erupção do primeiro dente, corroborando o preconizado por diversos órgãos nacionais e internacionais^{13,14}. Vale ressaltar que o conhecimento sobre o perfil e os hábitos relacionados à saúde, em especial a saúde bucal na primeira infância, contribui para o desenvolvimento de políticas públicas que visem o aumento da qualidade de vida da população.

Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), a cárie da primeira infância é determinada pela presença de um ou mais dentes cariados, perdidos ou restaurados antes dos 71 meses de vida, sendo que qualquer sinal de superfície lisa cariada, em crianças menores de 36 meses, é considerado cárie severa na infância (termo de substituição à cárie de mamadeira)¹⁸. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, crianças de 18 a 36 meses já apresentam em média um dente com lesão cariada⁷. Na presente pesquisa observou-se que o ceo-d em crianças de 6 a 36 meses foi de 1,5 e a prevalência de cárie de 25,6%, corroborando dados de outros estudos^{19,20}. Este achado aponta a necessidade da adoção de medidas eficazes para prevenção e controle da doença nesta faixa etária, uma vez que a presença de lesões de cárie constituem o motivo principal das consultas ao cirurgião-dentista^{21,22}.

Dentro do contexto saúde bucal e família, observa-se a influência do perfil socioeconômico familiar na prevalência de cárie na primeira infância. De fato, a condição social é considerada um importante determinante em saúde²³. Nesse sentido, a literatura aponta que crianças de zero a seis anos de idade de menor padrão socioeconômico

apresentam maior prevalência da doença cárie^{15,23}, sendo limitações financeiras, desnutrição, doenças sistêmicas, menor frequência de visitas ao dentista e menor acesso dos pais às informações sobre cuidados bucais os principais influenciadores^{8,24}. Os resultados da presente pesquisa corroboram a influência desses fatores, uma vez que todas as crianças com lesões de cárie pertenciam às famílias com renda de até 3 salários mínimos.

A literatura sugere ainda que crianças em vulnerabilidade social podem apresentar redução na prevalência da doença cárie caso sejam alvo de abordagens preventivas¹⁵. Nesse sentido, acredita-se que a educação dos pais com relação à higiene bucal dos filhos é uma importante estratégia de prevenção da doença cárie, especialmente na primeira infância¹⁰. No entanto, a maioria das mães das crianças acometidas pela doença cárie no presente estudo receberam informações sobre hábitos de higiene bucal, sendo os profissionais da saúde a maior fonte de orientação. Assim, pode-se inferir que a informação por si só não é capaz de gerar mudanças de comportamento em todos os casos, indicando que é necessário motivar os pais para os cuidados com a saúde bucal de seus filhos, e principalmente realizar abordagens de reforço das informações transmitidas, a qual será responsável pela sedimentação dos conhecimentos²⁵.

Os responsáveis são fontes de mudança de qualidade de vida/comportamento visando a melhora da condição de saúde bucal das crianças^{26,27}. O principal foco da atenção assistencial deve ser a comunicação e o repasse de informações no pré-natal odontológico com a finalidade de melhorar a condição de saúde bucal e sistêmica da mãe e do futuro recém-nascido^{27,28}, tendo em vista que a educação em saúde bucal, quanto mais cedo for abordada, melhor sua efetividade para manutenção e prevenção de doenças²⁶. Esse pressuposto foi demonstrado no estudo de Lemos et al¹⁵, onde crianças de mães que ingressaram, ainda gestantes, em um programa preventivo de saúde bucal, apresentaram baixa prevalência da doença cárie em comparação às crianças que ingressaram no segundo ano de vida. Assim, evidencia-se a necessidade do aumento das pesquisas epidemiológicas voltadas a idade de 0 a 36 meses de idade, as quais possam repercutir na inserção de novas políticas públicas visando a redução agravos na primeira infância.

Os resultados da presente pesquisa mostraram que a maioria das mães afirmou realizar a higiene bucal dos seus filhos, sendo a escova dental o instrumento mais utilizado.

Contudo, vale ressaltar que o uso de escova dental não indica necessariamente efetividade na remoção de biofilme²⁹. Essa afirmação é corroborada pelos achados deste estudo, uma vez que a doença cárie se mostrou mais prevalente nas crianças em que mães utilizavam escova dental para higiene. Da mesma maneira, a quantidade e o tipo de dentifrício, quem realiza a escovação e a frequência diária de higiene bucal não se mostraram significantes para a redução da doença cárie na presente pesquisa. Esses achados corroboram estudos que demonstram que a efetividade da higiene não está relacionada somente com a frequência de higiene¹⁵, mas com informações adequadas sobre higienização bucal³⁰. Assim, torna-se evidente que a educação dos pais para a higiene bucal dos filhos deve abranger, além de hábitos corretos de higiene, centrados no reforço e aperfeiçoamento da técnica de escovação, fatores motivacionais, disciplinares e o controle de demais fatores de risco, como a dieta²⁰.

Os resultados deste estudo demonstram que a higienização é feita principalmente com dentifrícios infantis numa concentração de 1100ppm, sendo esta considerada eficaz no controle da cárie¹⁰, no entanto, foi observada uma quantidade de dentifrício considerada excessiva, corroborando os achados de Prietto et al¹⁰. Os autores encontraram que 61,9% dos 202 pais entrevistados utilizam dentifrícios com concentrações convencionais de flúor (1100ppm), porém apenas 26,2% utilizam a quantidade de um grão de arroz¹⁰. Nesse sentido, o parâmetro mais utilizado para avaliação da ingestão diária de fluoretos, proposta por Burt³¹, limita a ingestão máxima em 0,05 a 0,07 mg F/dia/Kg peso corporal, dose segura em termos de fluorose dentária³¹. Para aumentar a segurança na utilização deste produto, os pais devem assumir a responsabilidade de colocar o dentifrício na escova e supervisionar a escovação, além de utilizar escovas dentais pequenas e estimular a criança a cuspir o dentifrício¹⁴. Torna-se importante também salientar que os pais devem ser esclarecidos quanto à correlação entre o uso do dentifrício fluoretado e a ocorrência de fluorose dentária.

É importante salientar que, apesar de estudo piloto prévio, a presente pesquisa não utilizou instrumentos de coleta de dados validados para obtenção dos dados sociodemográficos e de hábitos de higiene, assim como os resultados provêm de autorrelato, portanto os mesmos devem ser analisados com cautela, uma vez que são mais propensos a vieses de memória e mensuração.

Da mesma maneira, a generalização para a população geral é limitada, visto que os pares foram selecionados em uma única instituição e as mães procuraram voluntariamente o serviço odontológico, caracterizando-se assim como uma amostra que procurou um serviço de saúde.

Ademais, a questão de possuir informações sobre a saúde bucal não garante necessariamente a sua execução prática, sendo imprescindível o alerta aos profissionais de saúde, os quais devem continuar disseminando informações sobre cuidados em saúde bucal na primeira infância, período gestacional e puerpério a fim de auxiliar, motivar e orientar o núcleo familiar, tornando-os conscientes de suas responsabilidades na construção de hábitos saudáveis em busca de uma melhor qualidade de vida infantil e familiar.

CONCLUSÃO

Filhos de mães em condições socioeconômicas desfavoráveis apresentam maior prevalência da doença cárie. O fato da mãe ter recebido informações prévias sobre higiene bucal, assim como quantidade e tipo de dentifrício não teve associação com a redução na prevalência da doença. Ademais, os resultados demonstram a necessidade da manutenção de estratégias de intervenções educacional-preventivas centradas no reforço e aperfeiçoamento das informações que visem a redução da prevalência da doença cárie, especialmente entre as mães com maior vulnerabilidade social.

AGRADECIMENTOS

A Professora Dra Eunice Kuhn (in memoriam) pela participação neste estudo e pela sua força vital que contagiou quem com ela pode aprender.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Sugars and dental caries, technical information note. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. Cienc Saúde Coletiva. 2017;22(6):1791-803.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. [internet]. SB Brasil

- 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. [acesso 22 set 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.
4. Bönecker M, Marcenes W, Sheiham A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. *Int J Paediatr Dent*. 2002 May;12(3):183-8.
 5. Bönecker M, Ardenghi TM, Oliveira LB, Sheiham A, Marcenes W. Trends in dental caries in 1- to 4-year-old children in a Brazilian city between 1997 and 2008. *Int J Paediatr Dent*. 2010 Mar;20(2):125-31.
 6. Gimenez T, Bispo BA, Souza DP, Viganó ME, Wanderley MT, Mendes FM, et al. Does the decline in caries prevalence of latin american and caribbean children continue in the new century? evidence from Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016 Oct 21;11(10):e0164903.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. [internet]. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acesso 22 set 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf.
 8. Assunção LRS, Vilella KD, Rocha DP, Menezes SL, Pinheiro RPS, Nascimento LS, et al. Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2015;69(1):74-9.
 9. Silva JFO, Katz CRT. Experiência de cárie, necessidades de tratamento e funcionamento familiar em pré-escolares: um estudo caso-controle. *Arq Odontol*. 2015;51(2):76-87.
 10. Prietto NR, Portela AR, Almeida LH, Possebon APR, Azevedo MS, Torriani DD. Atitudes e conhecimento dos pais quanto ao uso de dentifrícios fluoretados em crianças de um a 65 meses de idade. *RFO*. 2015;20(2):216-21.
 11. Jagher AC, Ripplinger T, Pinto GS, Schardosim LR. Avaliação da utilização de dentifrício fluoretado em crianças. *RFO*. 2016;21(1):37-42.
 12. Leal SD, Carvalho SD, Carvalho CAP. Conhecimento de alunos do Curso de Odontologia sobre o uso racional do flúor. *Rev Odontol UNESP*. 2015 jan;44(1):51-8.
 13. Associação Brasileira de Odontologia - Odontopediatria. [homepage na internet]. Flúor - a partir de qual idade utilizar. [acesso em 22 mar 2018]. Disponível em: http://abodontopediatria.org.br/Fluor_partir_de_qual_idade_utilizar.pdf.
 14. American Dental Association. [homepage na internet]. Taking care of your child's smile. [acesso em 22 mar 2018]. Disponível em: <https://www.ada.org/~media/ADA/Publications/Files/ForthePatient-0514.pdf?la=en>.
 15. Lemos LVFM, Myaki SI, Walter LRF, Zuanon ACC. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. *Einstein*. 2014;12(1):6-10.
 16. Martins CLC, Jetelina JC. Conhecimento dos pais sobre saúde bucal na infância e a relação com o motivo da consulta odontológica. *J Oral Invest*. 2016;5(1):27-33.
 17. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. Geneva: 2013.
 18. American Academy of Pediatric Dentistry. [homepage na internet]. Policy on early childhood caries (ECG): classifications, consequences, and preventive strategies. [acesso em 13 nov 2018]. Disponível em: http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf.
 19. Cangussu MC, Cabral MBBS, Mota ELA, Vianna EIP. Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador – BA. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016 jan;16(1):57-65.
 20. Siqueira MFG, Jardim MCAM, Sampaio FC, Vasconcelos LCS, Vasconcelos LC. Evaluation of an oral health program for children in early childhood. *Rev Odontol Ciênc*. 2010;25(4):350-4.
 21. Colombo NH. Fatores microbiológicos e imunológicos envolvidos no desenvolvimento da cárie precoce da infância. São Paulo. Tese [Doutorado] - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2015.
 22. Losso EM, Tavares MCR, Silva JIB, Urban CA. Severe early childhood caries: an integral approach. *J Pediatr (Rio J)*. 2009 Jul-Aug;85(4):295-300.
 23. Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Dental caries in children that participated in a dental program providing mother and child care. *J Appl Oral Sci*. 2006;14(1):53-60.
 24. Martello RP, Junqueira TP, Leite ICG. Cárie dentária e fatores associados em crianças com três anos de idade cadastradas em Unidades de Saúde da Família do Município de Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(1):99-108.

25. Alves FBT, Kuhn E, Bordin D, Kozlowski VA, Raggio DP, Fadel CB. Infantmotivation in dental health: attitude without constant reinforcement. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2014;32(3):225-30.
26. Rigo L, Dalazen J, Garbin RR. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. *Eistein.* 2016;14(2):219-25.
27. Nogueira LT, Valsecki Júnior A, Martins CR, Rosell FR, Silva FRC. Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. *Odontol Clín-Cient.* 2012;11(2):127-31.
28. Mattos BNC, Davoglio RS. Saúde bucal: a voz da gestante. *RFO.* 2015;20(3):393-9.
29. Silva AS, Silva GA, Correa VM, Piva RM, Werneck RL. Controle mecânico do biofilme dental. *Rev Gest Saúde.* 2011;2(2):1-6.
30. Machado LS, Valença AMG, Morais AM. A serious game for education about oral health in babies. *Tempus Actas Saúde Coletiva.* 2016;10(2):167-88.
31. Burt BA. The changing patterns of systemic fluoride intake. *J Dent Res.* 1992 May;71(5):1228-37.

Prevalence of dental caries in babies and their relationship with the knowledge and habits of mothers

Objective: To verify the association between prevalence of dental caries in early childhood and the mother's socioeconomic profile and habits/information regarding their children's oral hygiene and use of dentifrice.

Methods: This cross-sectional study evaluated 82 pair samples (mothers and infants at 06-36 months old) that sought dental care at the university. This study was approved by the Ethics Committee on Research with Humans, and after having received their consent to participate, through the signing of an Informed Consent Form, the mothers answered a structured questionnaire in order to obtain information about the socioeconomic profile, knowledge and oral hygiene habits, and the use of fluoride toothpaste. Clinical examination of the babies was conducted using the dmft index. Data were tabulated in absolute and relative frequencies, and the associations were assessed using the Chi-squared and Fisher's exact tests ($p = 0.05$).

Results: The prevalence of caries and dmft was 25.6% and 1.5, respectively. It was found that 57 mothers (69.5%) had received some orientation about oral hygiene in early childhood; however, this information, as well as the frequency of oral hygiene, type and amount of dentifrice, and age in which brushing started, presented no statistically significant association with the prevalence of dental caries. There was a significant association between the socioeconomic profile ($p = 0.004$) with the onset of the disease.

Conclusion: The present study concluded that there is no association between maternal hygiene habits and their children's use of dentifrice with the prevalence of dental caries in early childhood. However, there is an association with the socioeconomic level, which demonstrates the need to carry out strategies to reinforce the information conveyed to the mothers under social vulnerability.

Uniterms: Oral health. Health education. Dental caries. Child health.