

## Relação da condição de cárie da criança com experiência de cárie da mãe

### *Relationship between the child's caries status and the mother's caries experience*

Alice Marques Paes<sup>1</sup>  
Thays Torres do Vale Oliveira<sup>2</sup>  
Aryane Marques Menegaz<sup>3</sup>  
Marília Leão Goettems<sup>4</sup>  
Vanessa Polina Pereira da Costa<sup>5</sup>  
Marina Sousa Azevedo<sup>6</sup>

### Resumo

Objetivo: verificar a relação da condição de cárie da criança com a experiência autopercebida de cárie da mãe através de um estudo observacional transversal. Métodos: O estudo foi realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas com crianças entre 8 e 11 anos e suas mães. A amostra contou com 105 pares mãe-filho. Os responsáveis responderam um questionário relacionado à situação socioeconômica e demográfica, a mãe respondeu sobre sua saúde bucal: experiência de cárie (restauração ou dente cariado e perda dentária por cárie). Nas crianças os desfechos foram avaliados através de exame clínico com a soma de dentes decíduos e permanentes cariados, perdidos e obturados (ceod/CPOD) e para severidade de cárie foi utilizado Significant Caries Index (SiC), ceod/CPOD $\geq$ 3. Para testar a associação entre as variáveis relacionadas à mãe e o desfecho severidade de cárie foi realizado o teste Qui-quadrado, para média de cárie na criança (ceod/CPOD) foi utilizado o Teste Mann-Whitney. Resultados: Com relação à severidade de cárie não foi encontrada associação estatisticamente significativa. A média do ceod/CPOD foi quase três vezes maior nas crianças cujas mães relataram que haviam tido ou estavam com algum dente cariado ou restaurado em função da cárie em comparação àquelas que não relataram esta experiência. As mães mais jovens apresentaram filhos com maior média de cárie do que as mães mais velhas. Conclusão: Entre as crianças atendidas neste serviço existe uma relação de uma maior média de cárie nas crianças com cujas mães tem ou tiveram experiência de cárie e mais jovens.

*Palavras-chave: Cárie dentária. Saúde bucal. Relação mãe-filho.*

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v26i2.14128>

<sup>1</sup>Cirurgiã-dentista, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

<sup>2</sup>Mestre, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

<sup>3</sup>Doutora, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

<sup>4</sup>Professora Doutora, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

<sup>5</sup>Professora Doutora, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

<sup>6</sup>Professora Doutora, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

## Introdução

A cárie dentária é a doença crônica mais comum na infância <sup>1</sup>, de etiologia multifatorial e biofilme-açúcar dependente <sup>2</sup>. Além de causar dor em alguns casos, gera impactos significativos na saúde e qualidade de vida <sup>3</sup>. Apesar de todos os esforços dispensados à prevenção da cárie dentária nas últimas décadas, a doença ainda possui alta prevalência entre as crianças de todo o mundo <sup>4</sup>.

Sabendo-se que a cárie dentária é uma doença comportamental e biofilme-açúcar dependente, então a prevenção e progressão da doença nas crianças dependem dos cuidados que recebem principalmente relacionados à higiene bucal (escovação para desorganização do biofilme associado ao dentífrico fluoretado) e à dieta (controle do consumo de açúcares)<sup>5</sup>.

A mãe, por ser geralmente a principal responsável pelo cuidado integral de seu filho, é quem acaba por dispensar a maior parte dos cuidados com vista a suprir suas necessidades e tem papel fundamental no desenvolvimento do seu filho, portanto os cuidados e atitudes da mesma durante a infância poderão ser determinantes para o desenvolvimento saudável da criança <sup>6</sup>, incluindo a saúde bucal. Em relação à cárie dentária, por ser uma condição vinculada ao comportamento, está também pode estar relacionada com questões vinculadas à mãe.

Diante disso, estudos estão sendo realizados para investigar a relação das questões maternas com a saúde bucal da criança, desde questões mais contextuais e amplas, como as questões sociais, até aquelas mais relacionadas à saúde bucal. De maneira geral, a situação socioeconômica das mães está bastante relacionada com a ocorrência de cárie dentária nas crianças <sup>7-9</sup>. Estudos demonstram que mães com menor escolaridade apresentam crianças com maior número de dentes cariados <sup>7,10,11</sup>.

A idade materna também pode estar relacionada, porém há divergência entre os achados: alguns estudos têm encontrado que filhos de mães com mais idade possuem mais dentes cariados <sup>12,13</sup>, enquanto outros mostram que filhos de mães mais jovens têm maior prevalência de cárie dentária <sup>14,15</sup>.

Além disso, alguns estudos vêm apontando outro fator materno que pode estar associado à ocorrência de cárie dentária nas crianças: o número de filhos. Esses estudos mostram que o maior número de filhos estaria associado à maior ocorrência de cárie dentária nas crianças <sup>16-18</sup>, o que seria justificado devido à sobrecarga de responsabilidades da mãe, dificultando a supervisão/execução de todas as atividades diárias que os filhos demandam <sup>17</sup>. A presença de um parceiro morando com a mãe da criança foi estudada, um estudo de coorte com mães adolescentes mostrou que filhos de mães que moram com parceiro apresentam menos cárie dentária<sup>19</sup>.

Quando são analisadas questões mais relacionadas à saúde bucal, verificam-se desde medidas subjetivas a medidas normativas. Dentre as medidas subjetivas, alguns estudos em relação à autopercepção das mães sobre a sua saúde bucal evidenciam uma relação com a ocorrência de cárie dentária nas crianças: a avaliação negativa das mães sobre a própria saúde bucal foi associada à maior prevalência de cárie dentária nos seus filhos <sup>20,21</sup>. Além disso, a ansiedade da mãe ao

tratamento odontológico também pode influenciar nessa prevalência, sendo maior a ocorrência de cárie dentária em filhos de mães que têm medo/ansiedade em relação ao tratamento <sup>20</sup>.

A frequência do uso de serviços odontológicos por parte da mãe foi também identificada como um fator associado à ocorrência de cárie dentária no seu filho. Mães que visitam com menos frequência o cirurgião-dentista apresentam filhos com mais lesões de cárie <sup>16,21</sup>. Dentre outros comportamentos de saúde bucal estudados, mas que dizem respeito aos hábitos maternos e que foram identificados como possíveis influenciadores na ocorrência de cárie dentária nas crianças, destacam-se a higiene bucal e os hábitos alimentares da mãe.

Um estudo mostrou que a ocorrência de cárie dentária nas crianças está relacionada com mães com presença de sangramento gengival <sup>9</sup>. Uma vez que o sangramento gengival ocorre devido à falta de higiene bucal, pode-se dizer que a falha da mãe em manter seus próprios cuidados bucais através da higiene bucal está associada à presença de cárie dentária no seu filho, provavelmente também devido a esta ausência de cuidado para com seu filho. No que se refere aos hábitos alimentares da mãe, poucos estudos evidenciam sua relação com a ocorrência de cárie dentária no seu filho. Em um estudo norueguês foi encontrada forte associação entre a presença de cárie dentária em crianças com o consumo de açúcar maior que o recomendado pelas mães <sup>22</sup>.

Embora se tenham diversos estudos investigando características maternas relacionadas à condição de cárie dentária nas crianças, estudos avaliando uma possível associação entre a condição bucal materna e a cárie dentária na criança são escassos na literatura. Alguns estudos demonstraram relação entre mães com maior perda dentária, maior experiência de cárie e filhos com mais lesões de cárie dentária <sup>9,23,24</sup>

Poucos estudos investigaram a relação da condição de cárie dentária materna com a condição de cárie dentária na criança. Ainda, quando se trata de crianças maiores, em idade escolar, estudos nesta temática são escassos. Portanto, este estudo transversal visou verificar a relação entre a experiência autopercebida de cárie das mães com a ocorrência de cárie dentária nas crianças em idade escolar atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

## Materiais e método

Este estudo observacional transversal está inserido em um estudo maior chamado The CARies DEtection in Children trial nº 4 – CARDEC-04 (CARDEC-Pel) - Benefícios da avaliação de risco de cárie individual e detalhada em crianças: Estudo Clínico Randomizado, o qual foi registrado na plataforma [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov) (Identificador: NCT03969628).

### Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e aprovado. A criança foi incluída no estudo somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos pais ou responsáveis legais pelas crianças, e após o assentimento da criança.

### Local, participantes e critérios de elegibilidade

Fizeram parte deste estudo as crianças de 8 a 11 anos da Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPel) que passaram pela triagem da Clínica Infantil.

Foram excluídos os participantes cujas mães não eram as responsáveis legais, ou que não tinham convívio com a criança (ex: mães que moram em outra casa ou fora da cidade do filho) ou que se recusaram a responder as questões relativas à sua condição bucal.

### Coleta de dados e variáveis

Entrevista:

As crianças e os responsáveis foram entrevistadas. Os responsáveis responderam perguntas sobre aspectos socioeconômicos e demográficos, e a mãe respondeu sobre questões relativas à sua condição bucal através das seguintes perguntas:

- “Tu tens medo de ir ao dentista?”;
- “Você tem ou já teve algum dente afetado pela cárie dentária, restaurado/obturado?”;
- “Você precisou extrair/tirar esse dente por causa da cárie?”.

Caso a mãe não tenha comparecido no dia de coleta, esta foi contatada através de ligação telefônica para responder a estes questionamentos.

Exame clínico:

Nas crianças foi realizado um exame clínico. Primeiramente, os dentes foram limpos com escova dental ou profilaxia, de acordo com a quantidade de placa presente. Com relação à cárie dentária, o avaliador utilizou o índice de dentes cariados, perdidos e obturados por cárie (CPOD) para os dentes permanentes e o índice de dentes cariados, extraídos e obturados (ceod) para dentes decíduos, da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997).

Os exames iniciais foram realizados por um único examinador treinado e calibrado previamente ao estudo. O padrão-ouro foi um examinador com experiência clínica em Odontopediatria e com experiência em estudos epidemiológicos (MSA). O treinamento teórico foi realizado por MSA tendo um total de 4 horas e o treinamento prático foi realizado utilizando imagens de dentes em diversas

condições de cárie para discussão. Após, foi realizada calibração com 10 crianças frequentadoras da Faculdade de Odontologia, mas que não participaram do estudo. O valor de Kappa ponderado para o ceod/CPOD foi de 0,95.

O desfecho cárie dentária nas crianças foi utilizado de duas maneiras, com o índice ceod/CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) através do índice Significant Caries Index (SiC) para determinar a severidade de cárie. O índice SiC é utilizado para indicar a polarização da cárie<sup>25</sup> e foi calculado para a amostra do presente estudo. Foi realizada a dicotomização, em que o grupo de crianças da amostra com maiores índices de ceod/CPOD foi classificado como alta severidade (ceod/CPOD $\geq$ 3) e as demais crianças classificadas em severidade baixa/ausente (ceod/CPOD $\leq$ 2). Também foi utilizada a experiência de cárie como desfecho através da média do ceod/CPOD.

As variáveis independentes foram coletadas através de entrevista. Em relação aos dados socioeconômicos e demográficos, a renda familiar foi coletada em reais e dividida em tercís (240 - 1200 reais; 1300-2000 reais; 2100-5000 reais); a idade materna foi coletada em anos e dicotomizada pela mediana em 26-38 anos e 39-52 anos; a escolaridade materna foi coletada em anos de estudos e categorizada em  $\leq$ 8 anos e  $>$ 8 anos. O tipo de organização familiar foi categorizado em: Mãe morando com parceiro/casada e Mãe morando sem parceiro/divorciada/viúva/solteira.

Com relação às informações relacionadas à saúde bucal, o medo de ir ao dentista foi perguntado da seguinte forma: “Tu tens medo de ir ao dentista?”, a resposta foi coletada em 4 categorias (Não; Um pouco; Sim; Sim, muito) e, posteriormente, dicotomizada em: Não tem medo; e Tem algum medo. Foi também questionado à mãe se ela tem ou já teve algum dente afetado pela cárie dentária, restaurado/obturado e as respostas foram sim ou não. A mãe foi perguntada em outra questão se havia precisado extrair/tirar algum dente por causa de cárie, como opções de resposta sim e não.

### **Análise dos dados**

Os dados coletados foram tabulados e transferidos ao Programa STATA 12.0. Foi realizada uma análise estatística descritiva para verificar a distribuição das frequências absolutas e relativas das variáveis da mãe em relação à severidade de cárie das crianças (SiC) utilizando o Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher.

Para análise da associação da experiência de cárie dentária (ceod/CPOD) o Teste Mann-Whitney foi utilizado para as variáveis dicotômicas e o teste Kruskal Wallis para a variável renda familiar. Um valor de exposição de  $P < 0,05$  foi considerado como estatisticamente significativo.

## **Resultados**

A amostra contou com um total de 105 pares mãe-filho. A Tabela 1 apresenta as características das crianças e 51,43% eram do sexo feminino, 52,38% tinham entre 10-11 anos de idade e a maioria (67,62%) apresentava baixa ou nenhuma severidade de cárie dentária.

Tabela 1 – Caracterização das crianças segundo sexo, idade e severidade de cárie. Pelotas/RS (n=105)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Sexo		
Feminino	54	(51,43)
Masculino	51	(48,57)
Idade (anos)		
8-9	50	(47,62)
10-11	55	(52,38)
Severidade de cárie		
Baixa/Ausente	71	(67,62)
Alta	34	(32,38)

A Tabela 2 apresenta informações socioeconômicas e demográficas relacionadas às mães. Dentre as mães, 96,23% relataram que tiveram ou tem algum dente acometido pela cárie, restaurado ou obturado, e 75,49% informaram que já haviam realizado extração de algum dente em função da cárie dentária. A maioria das mães (66,98%) afirmaram não possuir medo algum no que diz respeito a consultas odontológicas.

Tabela 2 – Caracterização das mães segundo as seguintes variáveis: renda familiar, escolaridade materna, organização familiar, idade materna, medo de ir ao dentista, tem/teve dente afetado por cárie dentária, restaurado/obturado e extração de dente por causa da cárie. Pelotas/RS (n=105)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Renda familiar (reais)*		
240-1200	36	(34,29)
1300-2000	39	(37,14)
2100-5000	30	(28,57)
Escolaridade materna (anos)*		
≤ 8	33	(37,50)
> 8	55	(62,50)
Organização familiar*		
Mãe morando sem parceiro	42	(47,73)
Mãe morando com parceiro	46	(52,27)
Idade materna (anos)*		

26-38	46	(52,87)
39-52	41	(47,13)
Medo de ir ao dentista		
Tem algum medo	35	(33,02)
Não tem medo	71	(66,98)
Tem/teve dente afetado por cárie dentária, restaurado/obturado		
Sim	102	(96,23)
Não	4	(3,77)
Extração de dente por causa da cárie		
Sim	77	(75,49)
Não	25	(24,51)

\* Dados faltantes

Não foi encontrada associação quanto à severidade de cárie das crianças quando comparada às variáveis referentes às mães (Tabela 3). Apenas foi encontrada associação relevante quando as variáveis maternas foram associadas à média do ceod/CPOD das crianças (Tabela 4). A ocorrência de cárie dentária nas crianças esteve associada à idade materna e à experiência reportada de cárie dentária em relação a ter ou ter tido algum dente cariado ou restaurado. As crianças cujas mães relataram estar com cárie dentária ou ter tido algum dente restaurado por cárie dentária tiveram uma média quase três vezes maior do ceod/CPOD (média 2,05) do que aquelas cujas mães não fizeram este relato (média 0,75) ( $p=0,0036$ ). Com relação à idade, as mães mais jovens (26 a 38 anos) tiveram crianças com maior média de cárie (média de 2,36, desvio padrão de 2,21) em comparação as mães mais velhas (39 a 52 anos) cuja média do ceod/CPOD foi de 1,39, desvio padrão de 1,63 ( $p=0,0231$ ).

Tabela 3 – Associação entre a severidade de cárie das crianças e as variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde bucal das mães. Pelotas/RS (n=105)

Variáveis maternas	Severidade de cárie da criança				Valor de p
	Baixa/Ausente		Alta		
	n	(%)	n	(%)	
Renda familiar (reais)*					0,431 <sup>‡</sup>
240-1200	23	(63,89)	13	(36,11)	
1300-2000	24	(63,16)	14	(36,84)	
2100-5000	23	(76,67)	7	(23,33)	

Escolaridade materna (anos)*						0,583 <sup>¥</sup>
≤ 8	22	(66,67)	11	(33,33)		
> 8	39	(72,22)	15	(27,78)		
Organização familiar*						0,197 <sup>¥</sup>
Mãe morando sem parceiro	26	(63,41)	15	(36,59)		
Mãe morando com parceiro	35	(76,09)	11	(23,91)		
Idade materna (anos)*						0,165 <sup>¥</sup>
26-38	29	(64,44)	16	(35,56)		
39-52	32	(78,05)	9	(21,95)		
Medo de ir ao dentista						0,555 <sup>¥</sup>
Tem algum medo	46	(65,71)	24	(34,29)		
Não tem medo	25	(71,43)	10	(28,57)		
Tem/teve dente afetado por cárie dentária, restaurado/obturado						0,302 <sup>**</sup>
Sim	67	(66,34)	34	(33,66)		
Não	4	(100)	0	(0)		
Extração de dente por causa da cárie						0,207 <sup>¥</sup>
Sim	53	(69,74)	23	(30,26)		
Não	14	(56)	11	(44)		

\* Dados faltantes

\*\* Teste Exato de Fisher; ¥ Teste Qui-quadrado

Tabela 4 – Associação entre a média do índice ceod/CPOD (experiência de cárie) das crianças e as variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde bucal das mães. Pelotas/RS (n=105)

Variáveis maternas	Média	Desvio Padrão	Valor de p
Renda familiar (reais)*			0,9224 <sup>**</sup>
240-1200	2,03	2,17	
1300-2000	1,89	1,81	
2100-5000	2,13	2,16	
Escolaridade materna (anos)*			0,1847

≤ 8	2,24	2,14	
> 8	1,69	1,92	
Organização familiar*			0,8549 ¥
Mãe morando sem parceiro	1,83	1,88	
Mãe morando com parceiro	1,98	2,13	
Idade materna (anos)*			0,0231 ¥
26-38	2,36	2,21	
39-52	1,39	1,63	
Medo de ir ao dentista			0,8422 ¥
Tem algum medo	1,94	2,11	
Não tem medo	2,03	1,99	
Tem/teve dente afetado por cárie dentária, restaurado/obturado			0,0036 ¥
Sim	2,05	2,04	
Não	0,75	0,50	
Extração de dente por causa da cárie			0,5297 ¥
Sim	1,99	2,06	
Não	2,28	1,99	

\* Dados faltantes

\*\* Teste Kruskal Wallis; ¥Teste Mann-Whitney

## Discussão

Este estudo avaliou a relação entre a ocorrência e severidade de cárie nas crianças e a experiência de cárie das mães, além de fatores socioeconômicos e demográficos maternos. O principal achado foi que a experiência de cárie das mães apresentou significativa relação com a presença de cárie nas crianças. Além disso, mães mais jovens tinham filhos com maior média de dentes cariados, perdidos e restaurados por cárie dentária.

Estudos anteriores demonstraram resultados semelhantes, em que a prevalência de cárie se mostrou maior nas crianças cujas mães tiveram experiência de cárie dentária<sup>9,23,24</sup>. No estudo de Pinto et al. (2017), um estudo transversal aninhado a uma coorte de mães adolescentes, o CPOD da mãe foi associado tanto com a experiência quanto com a severidade de cárie das crianças. Apesar de achados semelhantes, as crianças dos estudos eram mais novas (entre 2 e 6 anos) do que as do presente estudo.

Em geral, a mãe é a pessoa que tem o principal papel nos cuidados à saúde de sua família, independente do contexto social em que está inserida<sup>26</sup>. Portanto, cabe a ela, principalmente, a

motivação e a supervisão dos cuidados com a saúde bucal dos filhos. Outros fatores sociais, como baixa renda e baixa escolaridade podem estar associados à falta de conhecimento sobre saúde bucal e acesso a serviços odontológicos, resultando em maior risco de ocorrência de cárie dentária. Estes desequilíbrios sociais são comuns a todo núcleo familiar, portanto refletem na mãe e na criança<sup>27-29</sup>. Desta maneira, são muitos os agentes que podem estar atrelados à deficiência desses cuidados, e não apenas a experiência de cárie vivenciada pela mãe.

No presente estudo não foi encontrada associação no que diz respeito à extração de algum dente ocasionada pela cárie das mães e a severidade ou ocorrência de cárie nas crianças. Pinto et al. (2017)<sup>30</sup> mostraram resultados similares, em que não foi encontrada associação com a perda dentária, porém as crianças eram menores e somente a dentição decídua foi avaliada.

Com relação aos fatores socioeconômicos e demográficos das mães, apenas a idade materna apresentou influência sobre a ocorrência de cárie nas crianças. Assim como em estudos anteriores<sup>14,15</sup>, mães mais jovens apresentaram filhos com mais lesões de cárie do que as mães mais velhas, o que pode ser explicado pela falta de experiência e imaturidade de mães com menos idade em manter os cuidados de que o filho necessita. Apesar de escassos, existem relatos na literatura que evidenciam o contrário, como nos estudos de Adeniyi et al (2009)<sup>12</sup> e Jahani et al. (2013)<sup>13</sup>, em que as crianças cujas mães eram mais velhas apresentavam maior prevalência de cárie do que aquelas cujas mães eram mais novas, porém, em nenhum dos estudos fica evidente a razão desta associação.

Em muitos estudos, a situação socioeconômica foi fortemente associada à presença de cárie dentária nas crianças<sup>7-9</sup>, em que mães com menor renda apresentaram filhos com mais lesões de cárie. Porém, no presente estudo, a renda não se apresentou como variável estatisticamente relevante, assim como a escolaridade materna e a organização familiar, variáveis geralmente associadas à cárie dentária das crianças em estudos anteriores. Essa falta de associação ocorre, possivelmente, pois as mães da amostra estão inseridas no mesmo contexto social e possuem perfis semelhantes.

Este estudo apresentou algumas limitações. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer relação de causalidade. Além disso, a amostra é restrita de uma população com características específicas, pois são crianças que buscam ou são encaminhadas para atendimento odontológico em uma clínica infantil, portanto os dados não podem ser extrapolados para o restante da população. Outro ponto importante de ser relevado é de que a experiência de cárie das mães não foi clinicamente avaliada, apenas registrada a partir da autopercepção das mesmas. Apesar de possuir limitações, essa medida de avaliação pode ser útil por ser acessível e não invasiva<sup>31</sup>, e é considerada válida, apresentando níveis satisfatórios de sensibilidade e especificidade<sup>32</sup>.

## Conclusão

Através dos achados deste estudo, identificou-se uma relação existente entre a ocorrência de cárie nas crianças e a experiência de cárie das mães, bem como a relação existente entre uma pior condição de cárie na criança e mães mais jovens. As crianças cujas mães têm ou tiveram dentes cariados apresentaram maior média de cárie dentária. Dessa forma, é possível definir um parâmetro inicial para a condição bucal dessas crianças apenas através da experiência das mães, orientando a organização do atendimento de acordo com este fator. Além da experiência de cárie, a idade materna também pode ser um indicador de relação com o desenvolvimento de cárie nas crianças.

Os achados do presente estudo também podem destacar a importância das orientações dispensadas às mães desde a realização do pré-natal odontológico, pois é possível determinar uma maior vulnerabilidade em crianças cujas mães tiveram experiência de cárie e menos idade.

## Agradecimentos

Agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) pelo apoio financeiro.

## Abstract

*Objective: to verify the relationship between the child's caries condition and the mother's self-perceived caries experience through a cross-sectional observational study. Methods: The study was carried out at the Faculty of Dentistry of the Federal University of Pelotas with children between 8 and 11 years old and their mothers. The sample had 105 mother-child pairs. The guardians answered a questionnaire related to the socioeconomic and demographic situation, the mother answered about her oral health: caries experience (restoration or decayed tooth and tooth loss due to caries). In children, the outcomes were evaluated through clinical examination with the sum of decayed, missing and filled deciduous and permanent teeth (DMFT/DMFT) and for caries severity we used the Significant Caries Index (SiC),  $DMFT/DMFT \geq 3$ . To test the association between the variables related to the mother and the outcome of caries severity, the Chi-square test was performed, for mean caries in children (dmft/DMFT) the Mann-Whitney Test was used. Results: Regarding caries severity, no statistically significant association was found. The mean dmft/DMFT was almost three times higher in children whose mothers reported that they had had or had a decayed or restored tooth due to caries compared to those who did not report this experience. Younger mothers had children with a higher average of caries than older mothers. Conclusion: Among the children assisted in this service, there is a relation of a higher average of caries in children whose mothers have or had caries experience and younger.*

*Keywords: Dental caries. Oral health. Mother-child relationship.*

## Referências

1. Misra S, Tahmassebi JF, Brosnan M. Early childhood caries--a review. *Dent Update*. Published online 2007:556-564. doi:10.12968/denu.2007.34.9.556
2. Pitts N, Zero D. White Paper on Dental Caries Prevention and Management. *Caries Prev Partnersh*. Published online 2016:1-59.
3. Martins MT, Sardenberg F, Bendo CB, et al. Dental caries remains as the main oral condition with the greatest impact on children's quality of life. *PLoS One*. 2017;12(10):1-8. doi:10.1371/journal.pone.0185365
4. Kazeminiya M, Abdi A, Shohaimi S, Jalali R, Vaisi-raygani A, Salari N. Dental caries in primary and permanent teeth in children's worldwide, 1995 to 2019: a systematic review and meta\_analysis. *Head Face Med*. 2020;16(1):1-21.
5. Novais SMA, Batalha RP, Grinfeld S, Fortes TM, Pereira MAS. Relação doença Cárie-Açúcar: prevalência em crianças. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2004;4(3):199-203.
6. Winnicott DW. *A Família e o Desenvolvimento Individual*. 4th ed. WMF MARTINS FONTES; 2011.
7. Goettems ML, Nascimento GG, Peres MA, et al. Influence of maternal characteristics and caregiving behaviours on children's caries experience: An intergenerational approach. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018;46(5):435-441. doi:10.1111/cdoe.12406
8. Kuter B, Uzel İ. The Influence of Maternal Factors on Children's Oral Health: Mothers' Age, Education Level, Toothbrushing Habit and Socioeconomic Status. *J Pediatr Res*. 2020;7(4):331-335. doi:10.4274/jpr.galenos.2020.96977
9. Pinto GS, Azevedo MS, Goettems ML, Correa MB, Pinheiro RT, Demarco FF. Are maternal factors predictors for early childhood caries? Results from a cohort in Southern Brazil. *Braz Dent J*. 2017;28(3). doi:10.1590/0103-6440201601047
10. Borges TS, Schwanke NL, Reuter CP, Neto LK, Burgos MS. Fatores associados à cárie: pesquisa de estudantes do sul do Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(4):489-494. doi:10.1016/j.rpped.2016.02.004
11. Traebert J, Guimarães L do A, Durante EZT, Serratine ACP. Low Maternal Schooling and Severity of Dental Caries in Brazilian Preschool Children. *Oral Health Prev Dent*. 2009;7(1):39-45.
12. Adeniyi AA, Ogunbodede OE, Jeboda OS, Folayan OM. Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children? *Int J Paediatr Dent*. 2009;19(6):448-454. doi:10.1111/j.1365-263X.2009.01019.x
13. Jahani Y, Eshraghian MR, Foroushani AR, et al. Effect of socio-demographic status on dental caries in pupils by using a multilevel hurdle model. *Health (Irvine Calif)*. 2013;05(7):1110-1116. doi:10.4236/health.2013.57150
14. Niji R, Arita K, Abe Y, Lucas ME, Nishino M, Mitome M. Maternal age at birth and other risk factors in early childhood caries. *Pediatr Dent*. 2010;32(7):493-498.
15. Warren JJ, Blanchette D, Dawson D V., et al. Factors associated with dental caries in a group of American Indian children at age 36 months. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2016;44(2):154-161. doi:10.1111/cdoe.12200
16. Fadel CB, Saliba NA. Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil. *Rev Gaucha Odontol*. 2009;57(3):303-309.

17. Galindo EM de V, Pereira JA da C, Feliciano KV de O, Kovacs MH. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5(2):199-208. doi:10.1590/s1519-38292005000200009
18. Moimaz SAS, Fadel CB, Lolli LF, Garbin CAS, Garbin AJÍ, Saliba NA. Social aspects of dental caries in the context of mother-child pairs. *J Appl Oral Sci.* 2014;22(1):73-78. doi:10.1590/1678-775720130122
19. Pinto GDS, Hartwig AD, Elias R, et al. Maternal care influence on children's caries prevalence in southern Brazil. *Braz Oral Res.* 2016;30(1):1-8. doi:10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0070
20. Isaksson H, Koch G, Alm A, Nilsson M, Wendt LK, Birkhed D. Parental factors in early childhood are associated with approximal caries experience in young adults—A longitudinal study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2019;47(1):49-57. doi:10.1111/cdoe.12421
21. Roberts CR, Warren JJ, Weber-Gasparoni K. Relationships between caregivers' responses to oral health screening questions and early childhood caries. *J Public Health Dent.* 2009;69(4):290-293. doi:10.1111/j.1752-7325.2009.00126.x
22. Wigen TI, Wang NJ. Maternal health and lifestyle, and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to age 5yr. *Eur J Oral Sci.* 2011;119(6):463-468. doi:10.1111/j.1600-0722.2011.00862.x
23. Dye BA, Vargas CM, Lee JJ, Magder L, Tinanoff N. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *J Am Dent Assoc.* 2011;142(2):173-183. doi:10.14219/jada.archive.2011.0061
24. Hariyani N, Do LG, Spencer AJ, Thomson WM, Scott JA, Ha DH. Maternal caries experience influences offspring's early childhood caries—a birth cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol.* Published online 2020:1-9. doi:10.1111/cdoe.12568
25. Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. *Int Dent J.* 2000;50(5):378-384. doi:10.1111/j.1875-595x.2000.tb00572.x
26. Oliveira MLS, Bastos AC de S. Health care practices in family context: a comparative case study. *Psicol Reflexão e Crítica.* 2000;13(1):97-107.
27. Holst D, Schuller AA, Aleksejuniené J, Eriksen HM. Caries in populations—a theoretical, causal approach. *Eur J Oral Sci.* 2001;109(3):143-148. doi:10.1034/j.1600-0722.2001.00022.x
28. Chi DL, Scott JM. Added Sugar and Dental Caries in Children: A Scientific Update and Future Steps. *Dent Clin North Am.* 2019;63(1):17-33. doi:10.1016/j.cden.2018.08.003
29. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental Caries. *Lancet.* 2007;369:51-59. doi:10.1016/B978-0-12-397169-2.00052-4
30. Pinto G dos S, Azevedo MS, Goettens ML, Correa MB, Pinheiro RT, Demarco FF. Are maternal factors predictors for early childhood caries? Results from a cohort in Southern Brazil. *Braz Dent J.* 2017;28(3):391-397. doi:10.1590/0103-6440201601047
31. Mohebbi S, Sheikhzadeh S, Ezzati-Givi N, Shekarchizadeh H. Self-perceived oral health and its determinants among adult dental patients in a University Dental Clinic in Tehran, Iran. *J Oral Heal Oral Epidemiol.* 2015;4(1):30-37.
32. Pinelli C, Turrioni APS, Loffredo L de CM. Autopercepção em higiene bucal de adultos: reprodutibilidade e validade. *Rev Odontol da UNESP.* 2008;37(2):163-169.

**Endereço para correspondência:**

Marina Sousa Azevedo  
Rua Gonçalves Chaves, 457 Centro  
CEP 96-015-560 – Pelotas, RS, Brasil  
Telefone: (53) 99143-1331  
E-mail: marinasazevedo@gmail.com

*Recebido em: 11/07/2021. Aceito: 30/09/2021.*