



UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA (STRICTO
SENSU - MESTRADO PROFISSIONAL)

VANESSA CRISTINA DA SILVA JORGE

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE CÁRIE E CONDIÇÃO
DE SAÚDE BUCAL DE BEBÊS E CRIANÇAS DE 0
Á 3 ANOS DE IDADE: PROTOCOLO DE CAMBRA
E ÍNDICE CAST**

DISSERTAÇÃO

**Rio de Janeiro
2019**

VANESSA CRISTINA DA SILVA JORGE

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE CÁRIE E CONDIÇÃO
DE SAÚDE BUCAL DE BEBÊS E CRIANÇAS DE 0
À 3 ANOS DE IDADE: PROTOCOLO DE CÂMBRA
E ÍNDICE CAST**

Dissertação apresentada ao programa do Mestrado Profissional da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como Parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Orientador: Sônia Groisman

Rio de Janeiro
2019

Ficha catalográfica

Jorge, Vanessa Cristina da Silva.

Avaliação do risco de cárie e condição de saúde bucal de bebês e crianças de 0 á 03 anos de idade: protocolo de CAMBRA e índice CAST. / Vanessa Cristina da Silva Jorge . – Rio de Janeiro: UFRJ, Faculdade de Odontologia, 2019.

62 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Sônia Groisman.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro / Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Mestrado Profissional em Clínica Odontológica, 2019.

Referências bibliográficas: f. 40-46.

1. Cárie Dentária. 2. Cárie Dentária / Prevenção. 3. Suscetibilidade à Cárie Dentária. 4. Assistência Odontológica para Crianças. 5. Medição de Risco. - Clínica Odontológica - Tese. I. Groisman, Sônia. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Clínica Odontológica. III. Título.



UNIVERSIDADE
DO BRASIL
UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
SECRETARIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

PARECER FINAL referente à defesa de dissertação da mestranda **VANESSA CRISTINA DA SILVA JORGE** intitulada "AVALIAÇÃO DE RISCO DE CÁRIE E CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE BEBÊS E CRIANÇAS DE 0 À 3 ANOS DE IDADE: PROTOCOLO CAMBRA E ÍNDICE DE CAST" do Curso de Mestrado Profissional em Clínica Odontológica.

PARECER FINAL

O candidato cumpriu as exigências do Curso, conforme Regulamento de Pós-Graduação (*Stricto Sensu*) desta Faculdade.

A Banca Examinadora à defesa de dissertação do(a) **Mestrando(a) VANESSA CRISTINA DA SILVA JORGE** resolve conceder o conceito final "A" e recomenda que lhe seja concedido o Grau de **Mestre em Clínica Odontológica**.

Rio de Janeiro, 19 de dezembro de 2019.


SÔNIA GROISMAN


ANGELA ALEXANDRE MEIRA DIAS


GISELE DAMIANA DA SILVEIRA PEREIRA

Agradecimentos

A Deus,

Que sempre foi meu Guia e me concedeu vida e saúde para concluir esta etapa tão importante da minha vida. Tive sinais da sua presença e benção o tempo todo. Os desafios e obstáculos foram superados graças ao Senhor.

À minha orientadora Sônia Groisman,

Uma querida que esbanja competência. Um exemplo de educadora! Agradeço a orientação espetacular que você me concedeu. Esteve presente, disposta a fazer o melhor e contribuiu ativamente em todos os momentos do meu percurso pelo mestrado. Desejo que todo seu esforço seja recompensado. Muito obrigada!

Aos meus pais Vilma Jorge e Carlos Antônio Jorge,

Pela vida e pelo apoio de sempre. Mãe obrigada pelo exemplo de coragem e ajuda em todos os momentos e em especial nos cuidados com minha filha. Sua paixão pelo conhecimento passou para mim e sou muito grata por isso.

Ao meu esposo Leandro de Araújo Barboza,

Meu companheiro, meu amor. Seu incentivo e ajuda foram fundamentais para que eu conseguisse concluir esta e outras etapas. Você é um exemplo de homem, de pessoa humana e apaixonada pela vida. Obrigada por tudo!

A minha filha Jamile,

Razão do meu viver! Da minha felicidade! Minha companheira! Você veio para me fazer mais feliz, trouxe alegria e me fez mais forte nesta jornada! Todos os problemas ficaram pequenos ao ter seu sorriso!

Aos professores da FOUFRJ,

Pela amizade, conhecimento e desejo de uma odontologia baseada em evidência científica e humanizada.

Aos colegas e amigos,

Compartilho esta alegria e agradeço pelo apoio, vocês estarão sempre em minhas lembranças.

À Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Pela oportunidade de me tornar mestre em Clínica Odontológica numa instituição tão importante.

À Faculdade de Odontologia da UFRJ,

Por viabilizarem o desenvolvimento e a concretização desta pesquisa.

A todos os Professores da Pós-Graduação,

Agradeço a cada um que contribuiu para o meu crescimento profissional e até mesmo pessoal. Vocês são grandes exemplos de professores.

Aos funcionários da UFRJ,

Obrigada a todos que direta ou indiretamente contribuíram para os meus estudos e pesquisas durante o mestrado.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo,
Agradeço à minha liberação e apoio na realização desta pesquisa.

“Não sabendo que era impossível, foi lá e fez.”
Jean Cocteau

Resumo

A elevada prevalência de lesões cáries em crianças no mundo, indica a necessidade de um programa odontológico preventivo e eficaz neste grupo. Esta pesquisa de avaliação a lesões de cárie em bebês e crianças de 0 a 5 anos, inclui um plano de tratamento e cuidados com base no risco individual, usando o protocolo de CAMBRA (Caries Management by Risk Assessment of American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD), e CAST (Índice de Espectro e Tratamento de Avaliação de Cáries) desenvolvido no município de São Gonçalo-RJ. Prática geral dental deve aplicar-se a promover protocolos preventivos numa idade precoce, em vez de esperar que a necessidade de tratamento restaurador. Foram avaliados 507 pré-escolares de 0 a 5 anos, este estudo foi realizado nas creches públicas do município de São Gonçalo, para avaliar a eficácia do protocolo de CAMBRA na predição de risco a lesões de cárie em estudos epidemiológicos na primeira infância, os resultados evidenciaram que o protocolo de CAMBRA tem 55.4% risco moderado, 44.6% risco alto de desenvolver lesões de cárie, sendo o médio risco suficiente se considerado a amostra total de 0 a 5 anos, mas quando segmenta as idades verifica-se o alto risco na faixa etária de 0 a 3 anos (67,1% risco alto), logo é necessário identificar no todo, o grupo de polarização, que necessita de um tratamento preventivo mais eficaz. O índice de CAST apresentou (10.6%) de lesões cáries presentes, houve correlação entre o risco a lesões de cárie e o índice CAST. (independente da correlação) evidencia-se a necessidade, de estratégias preventivas precoces para diminuir o risco a lesão cáries nesse grupo estudado, visando uma futura implementação de um programa de atendimento odontológico para essa população.

Palavras-chave: Cárie dentária; saúde da criança; promoção da saúde, CAST, CAMBRA.

Abstract

The high prevalence of injuries in children worldwide indicates the need for a preventive and effective dental program in this group. This research on injury assessment of children and infants aged 0 to 5 years, includes a treatment and care plan based on individual risk, using the CAMBRA protocol (Caries Management by Risk Assessment of the American Academy of Odontopediatrics, AAPD), and CAST (Spectrum and Treatment Index for Caries Assessment) developed in the municipality of São Gonçalo-RJ. General dental practice should apply to promoting preventive protocols at an early age, rather than waiting for the need for restorative treatment. 507 preschoolers from 0 to 5 years old were taxed. This study was carried out in public daycare centers in the city of São Gonçalo, to evaluate the application of the CAMBRA protocol with risk prediction to cancer injuries in epidemiological studies in early childhood, the results evidence that the CAMBRA protocol has a 55.4% moderate risk, 44.6% a high risk of caries lesions, the average risk being considered high if a total of 0 to 5 year old samples is considered, but when segmented such as the verified or high-risk classifications for the 0 to 3-year-old age group (67.1% high-risk), logo and it is necessary to identify not all, the polarization group, which requires more effective preventive treatment. The CAST index presented (10.6%) of injuries caused by gifts, correlated between the risk of caries injuries and the CAST index. (regardless of the correlation) there is a need, early preventive strategies to reduce the risk of carious injury in this studied group, a future implementation of a dental care program for this population.

Keywords: Dental caries; child health; health promotion, CAST, CAMBRA.

Lista de ilustrações

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Formulário de Avaliação de Risco à Cárie baseado no Caries Risk Assessment Form for 0-5 Year Old (American Academy of Pediatric Dentistry, 2014). | 20 |
| Figura 2 – Classificação do risco à cárie (CAMBRA) ^{78,82} | 21 |
| Figura 3 – Índice de espectro e tratamento de avaliação de caries (CAST) | 23 |
| Figura 4 – Freq. x Idade | 25 |
| Figura 5 – Sexo x Freq. | 25 |
| Figura 6 – Media de idade | 25 |
| Figura 7 – Descritivo da amostra por sexo/idade | 26 |
| Figura 8 – Gráficos acumulativo de prevalência CAST | 26 |
| Figura 9 – Descritivo / Percentis CAST. | 27 |
| Figura 10 – Gráfico/ Scores CAST máximo por Criança | 28 |
| Figura 11 – Gráfico/ Score CAST máximo por sexo | 28 |
| Figura 12 – Gráfico/Score CAST máximo por idade | 29 |
| Figura 13 – Descritivo de risco na amostra | 30 |
| Figura 14 – Risco * idade Tabulação cruzada | 31 |
| Figura 15 – Incidência de Cárie 1 a 3 anos | 31 |
| Figura 16 – Percentual do formulário de risco CAMBRA (1 a 3 anos) | 32 |
| Figura 17 – Risco x Idade 4 a 5 anos | 33 |
| Figura 18 – Incidência de cárie - Crianças de 4 a 5 anos | 33 |
| Figura 19 – Percentual do Formulário de CAMBRA 1 a 5 anos | 34 |
| Figura 20 – Legenda | 34 |
| Figura 21 – Mamadeira x idade | 35 |
| Figura 22 – Resultado: Pelo teste exato de Fisher ($p < 0,001$), há diferença do risco de cárie por escovação. | 35 |
| Figura 23 – Teste de confiabilidade | 36 |
| Figura 24 – ANEXO 1 | 52 |
| Figura 25 – ANEXO 2 | 53 |
| Figura 26 – ANEXO 3 | 54 |
| Figura 27 – ANEXO 4 | 55 |
| Figura 28 – ANEXO 5 | 56 |
| Figura 29 – ANEXO 6 | 57 |
| Figura 30 – ANEXO 7 | 58 |
| Figura 31 – ANEXO 8 | 59 |
| Figura 32 – ANEXO 8 Cont. | 60 |
| Figura 33 – ANEXO 9 | 61 |
| Figura 34 – ANEXO 10 | 62 |
| Figura 35 – ANEXO 11 | 63 |

Lista de tabelas

Lista de abreviaturas e siglas

| | |
|------|--|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| CPI | Cárie Precoce Infância |
| OBS | Observação |

Sumário

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 | Justificativa | 16 |
| 2 | PROPOSIÇÃO | 17 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 17 |
| 2.2 | Objetivo específicos | 17 |
| 3 | MATERIAIS e MÉTODOS | 18 |
| 3.1 | Procedimentos Éticos | 18 |
| 3.2 | Delineamento do Estudo | 18 |
| 3.3 | Seleção da Amostra | 18 |
| 3.4 | Cálculo amostral e margem de erro | 19 |
| 3.5 | Coleta dos Dados | 19 |
| 3.5.1 | Calibração | 19 |
| 3.5.2 | Dados coletados das creches públicas do Município São Gonçalo. | 19 |
| 3.5.3 | Dados dos formulários de avaliação de risco a cárie | 19 |
| 3.5.4 | Dados obtidos na pesquisa e cálculo do risco. | 21 |
| 3.5.5 | Perguntas do protocolo de CAMBRA que não obtiveram Variabilidade na amostra da pesquisa. | 22 |
| 3.5.6 | Protocolo de gerenciamento de cárie (CAMBRA). | 22 |
| 3.5.7 | Índice de espectro e tratamento de avaliação de cáries (CAST). | 23 |
| 3.6 | Análise Estatística | 24 |
| 4 | RESULTADOS | 25 |
| 4.1 | Descritivo total da amostra por sexo e idade | 25 |
| 4.2 | Descritivo da amostra por sexo e idade de 0 a 3 anos e de 4 a 5 anos. | 26 |
| 4.3 | Gráficos acumulativo de prevalência CAST. | 26 |
| 4.4 | Gráfico acumulativo da classificação dos fatores risco alto/moderado/baixo. | 30 |
| 4.5 | Descritivo da amostra por sexo e idade de 0 a 3 anos CAMBRA | 31 |
| 4.6 | Descritivo da amostra por sexo e idade de 4 a 5anos CAMBRA | 33 |
| 4.7 | Variável de risco P4 (pergunta 4) x idade CAMBRA | 34 |
| 4.8 | Variável de risco P8 (pergunta 8) x Risco 1 a 5 CAMBRA . | 35 |
| 4.9 | Propriedades Psicométricas da Escala | 36 |
| 4.9.1 | Sensibilidade especificidade | 36 |
| 4.9.2 | Teste de confiabilidade | 36 |

| | | |
|---|-------------------------|----|
| 5 | DISCUSSÃO | 38 |
| 6 | CONCLUSÕES | 41 |
| 7 | RECOMENDAÇÕES | 42 |
| 8 | REFERÊNCIAS | 43 |
| 9 | ANEXOS | 50 |

| | | |
|--|--------|----|
| | ANEXOS | 51 |
|--|--------|----|

1 INTRODUÇÃO

A cárie precoce da infância (CPI) é uma das doenças mais comuns nessa fase, sendo considerada um problema de saúde pública em diferentes partes do mundo.^{1,2,3,4,5,6} Embora a saúde oral tenha sido reconhecida como um componente da saúde geral, a Federação Mundial Dentária, FDI (World Dental Federation, FDI, 2016)^{7,8} expandiu a definição de “saúde bucal”, posicionando-a como uma parte integrante da saúde geral e do bem-estar, sendo a possibilidade de rir, falar, expressar sentimentos sem dor ou desconforto, além de sua já conhecida definição de etiologia multifacetada, pontuando para a classe odontológica e médica, a necessidade de promover a conscientização sobre as diferentes dimensões da saúde bucal.

A lesão cariosa causa impacto na qualidade de vida das crianças e é sem dúvida uma das condições de saúde mais sérias que geram custos financeiros ao serviço público e as famílias dos pré-escolares^{9,10,11}, além dos fatores biológicos próprios de cada indivíduo, a Cárie Precoce da Infância sofre influência do caráter comportamental, do estilo de vida da família, de modo que abordagens familiares são essenciais para sua prevenção.^{12,13} O último levantamento nacional realizado em 2010, demonstrou que a prevalência de lesões de cárie em crianças de 5 anos foi de 53,4%, com uma média de 2,43 dentes afetados, o que reforça a necessidade de políticas públicas de saúde bucal infantil, incluindo instruções de higiene bucal para mães ou cuidadoras, além de aconselhamento sobre flúor e dieta.^{14,15} Desta forma torna-se necessário estudar a prevalência, etiologia, de forma individualizada ou no território, de crianças que apresentam essas lesões cariosas em detrimento de outras que nas mesmas condições encontram-se livres de cavidades.^{16,17} Já que as lesões de cárie estão diretamente relacionadas aos hábitos alimentares e de higiene, que estão ligados a fatores culturais, difíceis de serem modificados; as medidas educativas e preventivas devem começar o mais precocemente possível.¹⁸

A identificação precoce desses grupos de risco, permite que as autoridades de saúde planejem medidas preventivas e utilizem de forma mais eficiente os recursos.^{19,20} Apenas o conceito de que lesão de cárie é uma doença multifatorial não permite que sejam aplicadas estratégias para o seu controle, a remoção periódica de biofilme e restrição do consumo de açúcar é uma simplificação biológica do processo, sem considerar determinantes sociais da doença.^{21,22} Então, para que o entendimento global da doença possa ocorrer, é fundamental que estudos sejam conduzidos de forma a identificar os fatores de risco.

HIPÓTESE

HIPÓTESE NULA 1– Não existe risco de lesões de cárie em crianças 0 a 3 anos no município de São Gonçalo.

HIPÓTESE NULA 2 – Não existe diferença de risco de lesões de cárie em pré-escolares utilizando o índice CAST e o Protocolo de CAMBRA

HIPÓTESE NULA 3 – Não existe alta prevalência de lesões de cárie em pré-escolares no município de São Gonçalo.

1.1 Justificativa

A alta prevalência de Cárie Precoce da Infância (CPI) no mundo e a preocupação com situação bucal das crianças na primeira infância, bem como a falta de um programa Odontológico para este atendimento, baseado no risco, levou a elaboração desse projeto, nossas conclusões podem servir de base para outros estudos da área, contribuindo para informar a prática clínica e fomentar a Odontologia baseada em evidências.

2 PROPOSIÇÃO

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o risco de cárie e condição de saúde bucal em bebês e crianças de 0 a 3 anos, usando o protocolo de CAMBRA da American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) e o Índice de Espectro e Tratamento de Avaliação de Cáries (CAST), em pré-escolares das creches públicas no município de São Gonçalo, Rio de Janeiro – Brasil.

2.2 Objetivo específicos

- Avaliar o risco de lesões de cárie através do Protocolo de CAMBRA
- Avaliar a condição de saúde bucal através do Índice de CAST.
- Avaliar a correlação entre CAMBRA e presença de lesões/cavitações cariosas na população estudada.
- Avaliar as perguntas de CAMBRA que apresentaram variabilidade na população estudada.
- Propor um programa para promoção, tratamento e manutenção de saúde oral para pré-escolares do Município de São Gonçalo-RJ.

3 MATERIAIS e MÉTODOS

3.1 Procedimentos Éticos

Visando o cumprimento dos aspectos éticos e legais, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clemente Fraga Filho - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 83091718.0000.5257, tendo recebido registro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), 2582.522, em 02/03/2018. (Anexo 9). Os pais e cuidadores das crianças que estudavam nas creches avaliadas, foram reunidos, para serem informados sobre a pesquisa, e seus benefícios, aqueles que se interessaram que seus filhos participassem do estudo, preencheram o formulário de termo de consentimento e assentimento livre esclarecimento (ANEXO 7), o estudo só foi realizado após o responsável ter assinado previamente o TCLE (De acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12/12/2012).

3.2 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo analítico observacional retrospectivo do tipo caso-controle, com procedimentos de exame clínico, questionários, e análise da higiene bucal em bebês e crianças de 0 a 3 anos. Realizado nas creches públicas do Município de São Gonçalo. O delineamento do estudo foi fornecido pelo site de pesquisa clínica, após o cadastro no mesmo (Anexo 10).

3.3 Seleção da Amostra

A amostra foi composta por crianças de zero a 5 anos de idade, de ambos os sexos, saudáveis, nascidas e domiciliadas no município de São Gonçalo, as avaliações e coletas dos dados se deram no ano de 2018 e primeiro semestre de 2019.

Como critérios de inclusão, foram selecionadas crianças de 0 a 5 anos com o termo de consentimento assinado pelos pais e/ou responsáveis, apesar do título referência o uso do protocolo CAMBRA e índice de CAST até 3 anos, nas pré-escolas selecionadas havia crianças até 5 anos e as mesmas foram incluídas na pesquisa, já que o protocolo de cambra utilizado permite avaliar crianças até 5 anos. Foram excluídas crianças acima de 5 anos, e que não obtiveram consentimento dos pais e/ou responsáveis.

As crianças que necessitaram de atendimento especializado foram encaminhadas através de ofício documentado, a necessidade de tratamento, para a Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo, que acionou a área Programática e seus agentes comunitários, para a realização da busca ativa da criança, no território ao qual a família é cadastrada.

3.4 Cálculo amostral e margem de erro

Cochran (1963), desenvolveu a equação 1 para determinar uma amostra representativa.

$$N = Z^2 p q / e^2 \text{ (equação 1)}$$

N é o tamanho da amostra

Z é a abscissa da curva normal que corta uma área α nas caudas ($1 - \alpha$ é igual ao nível de confiança desejado, por exemplo, 95%) e e é o nível de precisão desejado, p é a proporção estimada de um atributo que está presente na população normal, q é $1-p$. O valor para Z é encontrado em tabelas estatísticas que contêm a área abaixo da curva, no caso de 95% o valor é 1,96. No presente estudo, para uma proporção desconhecida, utiliza-se o valor de 50%. Segundo esses pressupostos, para uma margem de erro desejada de 5%, a amostra mínima seria de 384 casos. Foi possível coletar 507 casos, valor que incluído na equação 2, derivada da equação 1, fornece uma margem de erro de referência de 4,4%. Margem de erro = $Z * (p*q) / N$ (equação 2).⁷⁰

3.5 Coleta dos Dados

3.5.1 Calibração

O presente estudo, obteve uma calibração de $K=0,92$, a intercalibração se deu a parti da repetição de 1 a cada 5 exames, encontrando uma concordância de 92% e $K=0,82$ CAST e 0,89 para CAMBRA.

3.5.2 Dados coletados das creches públicas do Município São Gonçalo.

Todas as crianças foram examinadas e submetidas à avaliação pelo Protocolo de CAMBRA (anexo 1) e índice de CAST (anexo 6), foram realizados apenas avaliação inicial da condição de saúde Bucal. Os itens 1 e 12 do questionário de CAMBRA (anexo 1), não foram utilizados na avaliação, item 1 (*Mãe/cuidador principal tem cárie ativa*), e item 12 (*A criança tem níveis de estreptococos mutans elevados*).

3.5.3 Dados dos formulários de avaliação de risco a cárie

O formulário de avaliação de risco a cárie dentária utilizado na avaliação das crianças, é o preconizado pela Academia Americana de Odontologia Pediátrica (American Academy of Pediatric Dentistry, 2016). Ele é dividido em quatro colunas. Na primeira coluna constam três fatores de risco: os biológicos, os protetores e os achados clínicos. Na segunda, terceira e quarta coluna encontra-se a classificação de risco (alto, moderado e baixo risco) (Anexo 2).

Figura 1 – Formulário de Avaliação de Risco à Cárie baseado no Caries Risk Assessment Form for 0-5 Year Old (American Academy of Pediatric Dentistry, 2014).

| Fatores | Risco alto | Risco moderado | Risco baixo |
|--|------------|----------------|-------------|
| Biológico | | | |
| Mãe / cuidador principal tem cárie ativa | Sim | | |
| Pais / cuidador têm baixo nível socioeconômico | Sim | | |
| A criança tem > 3 entre refeição lanches ou bebidas contendo açúcar por dia. | Sim | | |
| A criança é colocada na cama com uma mamadeira contendo açúcar natural ou adicionado | Sim | | |
| A criança tem necessidades especiais de cuidados de saúde | | Sim | |
| A criança é um imigrante recente | | Sim | |
| Protetores | | | |
| A criança recebe água potável fluoretada ou suplementos de flúor | | | Sim |
| A criança tem dentes escovados diariamente com creme dental fluoretado | | | Sim |
| A criança recebe fluoreto tópico de um profissional de saúde | | | Sim |
| Criança tem casa odontológica / cuidados dentários regulares | | | Sim |
| Descobertas clínicas | | | |
| A criança tem > 1 superfícies deterioradas / em falta / preenchidas (restauradas) | Sim | | |
| A criança tem lesões de mancha branca ativa ou defeitos de esmalte | Sim | | |
| A criança tem níveis de estreptococos mutans elevados | Sim | | |
| Criança tem placa no dentes | | Sim | |

Para o fator de risco biológico são consideradas seis alternativas relacionadas à condição de saúde bucal da mãe ou do cuidador principal, nível socioeconômico dos pais ou do cuidador; hábitos alimentares relacionados à quantidade de vezes que a criança ingere alimentos açucarados por dia; hábitos de alimentação das crianças antes de dormir (uso de mamadeira contendo açúcar natural ou adicionado); se a criança apresenta deficiência e se é imigrante recente.

Os fatores protetores são compostos por quatro itens: acesso ao fluoreto sistêmico pela água de abastecimento público; higienização diária com dentifrício fluoretado; se a criança recebe aplicação tópica de flúor profissional e se ela recebe cuidados regulares de saúde bucal em casa.

Os achados clínicos estão subdivididos em quatro itens relacionados à condição de saúde bucal da criança: presença de superfície cariada, restaurada ou perdida, lesão de mancha branca ou defeitos de desenvolvimento de esmalte, níveis elevados de estreptococos mutans e presença de biofilme dentário (anexo 2). Para avaliação deste item foi utilizado o índice de CAST.

As orientações para o preenchimento do formulário e circular as condições que se aplicam a um paciente específico, quanto aos fatores que contribuem ou protegem das lesões de cárie, auxiliando o profissional e os pais a entenderem esses fatores. A classificação da avaliação de risco se divide em baixo, moderado ou alto, baseada na preponderância dos fatores do indivíduo. Entretanto, o julgamento clínico pode justificar o uso de um fator sobre outro na determinação do risco final. O período de retorno do paciente é agendado de acordo com o risco e a idade da criança (mensal, trimestral ou semestral).
11,12,14,37,39,54,69,72,78,79

3.5.4 Dados obtidos na pesquisa e cálculo do risco.

Os dados foram coletados nas creches públicas do município de São Gonçalo, o formulário foi usado de uma forma simplificada. Dos 14 itens que compõem o formulário de avaliação de risco à cárie para crianças de zero a 5 anos (Anexo 2) foram excluídos 2 itens. Portanto, o formulário foi composto por 5 fatores biológicos, 4 fatores protetores e 3 achados clínicos.

A classificação de risco da criança (baixo, moderado ou alto) é obtida, circulando as condições que se aplicam a um paciente específico quanto os fatores que contribuem ou protegem da cárie dentária.^{78,82}

Figura 2 – Classificação do risco à cárie (CAMBRA)^{78,82}

| | |
|-----------------------|--|
| Risco Baixo | <i>Nenhum achado clínico, os fatores de risco não superam os fatores de proteção.</i> |
| Risco Moderado | <i>Um achado clínico, fatores de risco superam os fatores de proteção.</i> |
| Risco alto: | <i>Mais de um achado clínico, vários fatores de risco presente, superando fatores de proteção.</i> |

Neste estudo, foram considerados 12 fatores para classificação do risco a lesões de cárie e formaram a escala de identificação dos fatores de Avaliação de Risco à Cárie. Para calcular o escore da escala foram pontuados os fatores biológicos e os achados clínicos quando presentes na coluna de risco alto em +2, quando presentes na coluna de risco médio +1, indicando risco lesões de cárie. Nos fatores de proteção houve a inversão na pontuação, ou seja, quando estes fatores não estão presentes que foi pontuado com -1. A inversão nos itens de proteção ao seu oposto faz com que estes itens quando não presentes

indicam na variável a desproteção a lesões de cárie. A pontuação da escala pode variar de máximo 13 e mínimo de -4 pontos.⁸²

Dos formulários de avaliação de risco à cárie foram coletadas as seguintes variáveis:

- Idade, sexo, achados clínicos e classificação de risco à cárie de cada criança; 12 fatores de risco (5 fatores biológicos, 4 protetores e 3 achados clínicos).

O trabalho cadastrado no site de estudos clínicos (ANEXO 9) A pesquisa foi realizada nas seguintes creches públicas do município de São Gonçalo: (ANEXO 7).

3.5.5 Perguntas do protocolo de CAMBRA que não obtiveram Variabilidade na amostra da pesquisa.

As perguntas referentes aos FATORES BIOLÓGICOS (criança apresenta deficiência e é imigrante recente) não obtiveram variabilidade na amostra. O item imigrante recente não teve variabilidade porque nenhuma criança apresentava outra nacionalidade, além da brasileira. O item que tange a mais do que 3 refeições, lanches ou bebidas contendo açúcar por dia, não obteve variabilidade, pois todas as creches do município de São Gonçalo tem uma dieta padronizada, não houve variabilidade no nível socioeconômico, pois todos eram iguais.

Os itens dos FATORES PROTETORES que não obtiveram variabilidade, foram se a criança recebe água de abastecimento fluoretada e aplicação tópica de flúor profissional, Isso deve-se ao fato de que todas as crianças atendidas residem no município de São Gonçalo, portanto, recebem água de abastecimento local, a Aplicação tópica de flúor é realizada apenas em escolares no município de São Gonçalo, já o item, Criança tem cuidados dentários regulares, não obteve variabilidade pois, o município não oferta atendimento a pré-escolares é os cuidadores informaram que as crianças só vão ao dentista em caso de dor e emergência.

Com relação aos ACHADOS CLÍNICOS, o item Criança tem biofilme dentário, não obteve variabilidade, pois, as avaliações de condições de saúde bucal das crianças eram feitas após as instruções de higiene oral. Já os demais achados clínicos foram utilizados o índice de CAST para se obter as variáveis.

3.5.6 Protocolo de gerenciamento de cárie (CAMBRA).

O protocolo de Gerenciamento é utilizado para orientar o profissional, com exemplos dos tratamentos que podem ser realizados, após a utilização do protocolo “CAMBRA”. Na pesquisa em questão foram feitos somente o levantamento epidemiológico, caso alguma criança necessite de acompanhamento encaminharemos através de ofício documentado a necessidade de tratamento para a Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo. Exemplo

do protocolo de gerenciamento de risco á lesões de cárie para crianças de 1 a 2 anos (anexo 3) e de 3 a 5 Anos (anexo 4).^{11,81,12,14,78,79}

3.5.7 Índice de espectro e tratamento de avaliação de cáries (CAST).

O CAST é um instrumento que foi desenvolvido e testado para uso em levantamentos epidemiológicos e que abrange todo o espectro de diagnóstico de lesões cariosas, desde superfícies sonoras de dentes até dentes com abscesso ou fístula. Este índice foi desenvolvido por causa da necessidade de encontrar um sistema confiável, coeso e fácil de ler relatórios para a apresentação dos resultados obtidos. O índice recentemente proposto é mais que uma combinação dos dois índices CPO-D e PUFA complementando com ICDAS, já que não há sobreposição entre eles. A fusão dos três índices resultou no desenvolvimento do novo Espectro de Avaliação e Tratamento da Cárie (Anexo 5). No escore 9 dos códigos, que não corresponde com qualquer uma das outras categorias, foi atribuído a categoria “Mancha Branca”, com intuito de responder a uma das perguntas dos achados clínicos do protocolo de CAMBRA, já que o presente índice foi utilizado como auxiliar para podemos determinar os achados clínicos do referente protocolo.^{1,8,62}

Figura 3 – Índice de espectro e tratamento de avaliação de caries (CAST)

| Características | Código | Descrição |
|---------------------------|--------|--|
| Sadio | 0 | Nenhuma evidência visível de lesão cariiosa está presente. |
| Selante | 1 | Sulcos e fissuras foram, no mínimo, Parcialmente selado com um material selante |
| Restaurado | 2 | A cavidade foi restaurada com um material restaurador indireto ou direto, atualmente sem lesão de cárie e nenhuma fistula / abscesso Presente. |
| Esmalte | 3 | Mudança visual distinta em esmalte. Uma clara descoloração relacionada a carie é visível, incluindo quebra do esmalte localizada sem sinais visuais de envolvimento da dentina. |
| Dentina | 4 | Cárie relacionada com descoloração em dentina. A lesão aparece como sombras de dentina descoloridas visíveis através do esmalte que pode ou não apresentar uma visível cavitação localizada. |
| Dentina | 5 | Cavitação distinta na dentina. Não apresentando envolvimento pulpar. |
| Polpa | 6 | Envolvimento de câmara pulpar. Distinta cavitação atingiu a câmara pulpar, ou apenas fragmentos de raízes estão presentes. |
| Abscesso / fistula | 7 | Abscesso / fistula. Uma lesão com pus contendo ou não inchaço, ou trato sinusal liberando pus relacionado com um dente com envolvimento pulpar devido à cárie dentária. |
| Perdido | 8 | O dente foi removido por causa de cárie. |
| Outros | 9 | Não corresponde com qualquer uma das outras categorias |

3.6 Análise Estatística

De posse dos formulários individuais de cada criança, os dados coletados foram tabulados em uma Planilha Excel (Microsoft, Inc, Redmond, Wash, EUA), as análises estatísticas foram feitas com o software IBM SPSS 22 (IBM Corporation, Armonk-NY, Estados Unidos). Em razão da natureza das variáveis (dicotômicas ou contagem), testes não paramétricos foram usados nas avaliações de diferenças entre grupos e correlações. Para diferenças por sexo e respostas ao questionário de risco, foi usado o teste exato de Fisher. Correlações foram feitas com o coeficiente de Spearman entre perguntas e idade. Para todas as análises, considerou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). No caso das variáveis nominais avaliou-se a associação entre as variáveis por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, seguindo o critério proposto por Cochran (1954). No caso de correlações entre variáveis nominais e variáveis quantitativas ou ordinais avaliou-se a significância da correlação por meio do coeficiente teste t de student ou do teste U de Mann Whitney, conforme a normalidade e homogeneidade das variâncias (COCHRAN, 1954).⁷⁰

4 RESULTADOS

Dos 507 participantes, 250 eram do sexo masculino (49,3%) e 257 do sexo feminino (50,7%), com idade entre 1 a 5 anos (média de idade = 3 anos). Os resultados estão descritos nos quadros a seguir para facilitar a sua apresentação.

4.1 Descritivo total da amostra por sexo e idade

Figura 4 – Freq. x Idade

| Idade | Freq. | % |
|-------|-------|------|
| 1 | 30 | 5,9 |
| 2 | 97 | 19,1 |
| 3 | 198 | 39,1 |
| 4 | 104 | 20,5 |
| 5 | 78 | 15,4 |
| Total | 507 | 100 |

Figura 5 – Sexo x Freq.

| Sexo | Freq. | % |
|-------|-------|------|
| M | 250 | 49,3 |
| F | 257 | 50,7 |
| Total | 507 | 100 |

Figura 6 – Media de idade

| | média | mediana | desv.pad | min | max |
|-------|-------|---------|----------|-----|-----|
| idade | 3,2 | 3,0 | 1,1 | 1,0 | 5,0 |

4.2 Descritivo da amostra por sexo e idade de 0 a 3 anos e de 4 a 5 anos.

Figura 7 – Descritivo da amostra por sexo/idade

| | Idade | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 a 3 | | 4 e 5 | |
| Sexo | Freq. | % | Freq. | % |
| M | 149 | 45,8 | 101 | 55,5 |
| F | 176 | 54,2 | 81 | 44,5 |
| Total | 325 | 100,0 | 182 | 100,0 |

4.3 Gráficos acumulativo de prevalência CAST.

Figura 8 – Gráficos acumulativo de prevalência CAST

| Sexo | Estatísticas | Idade | CAST máx. |
|--------------------------|--------------|------------|------------|
| Total | N | 507 | 507 |
| | Média+-DP | 3,2+-1,01 | 0,63+-1,97 |
| | IC 95% | 3,11-3,30 | 0,46-0,81 |
| | Variação | 2 (3-4) | 0-9 |
| | Med (Q1-Q3) | 3 (2-4) | 0 (0-0) |
| M | N | 250 | 250 |
| | Média+-DP | 3,3+-1,14 | 0,61+-1,95 |
| | IC 95% | 3,15-3,44 | 0,37-0,85 |
| | Variação | 1-5 | 0-9 |
| | Med (Q1-Q3) | 3 (3-4) | 0 (0-0) |
| F | N | 257 | 257 |
| | Média+-DP | 3,11+-1,06 | 0,65+-2,00 |
| | IC 95% | 2,98-3,24 | 0,41-0,90 |
| | Variação | 1-5 | 0-9 |
| | Med (Q1-Q3) | 2 (3-4) | 0 (0-0) |
| | p-valor* | 0,047 | 0,755 |
| *teste U de Mann-Whitney | | | |

Figura 9 – Descritivo / Percentis CAST.

| Descritivos | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------|-------------|-------|
| | | Estatística | Erro Padrão | |
| idade | Média | 3,203 | ,0488 | |
| | 95% Intervalo de Confiança para Média | Limite | 3,107 | |
| | | Limite superior | 3,299 | |
| | 5% da média aparada | 3,226 | | |
| | Mediana | 3,000 | | |
| | Variância | 1,210 | | |
| | Desvio Padrão | 1,0998 | | |
| | Mínimo | 1,0 | | |
| | Máximo | 5,0 | | |
| | Intervalo | 4,0 | | |
| | Intervalo interquartil | 2,0 | | |
| | Assimetria | ,020 | ,108 | |
| | Curtose | -,605 | ,217 | |
| | Percentis | | | |
| | | Percentis | | |
| | | 25 | 50 | 75 |
| Média Ponderada (Definição) | idade | 2,000 | 3,000 | 4,000 |
| Teste de | idade | 2,500 | 3,000 | 4,000 |

Figura 10 – Gráfico/ Scores CAST máximo por Criança

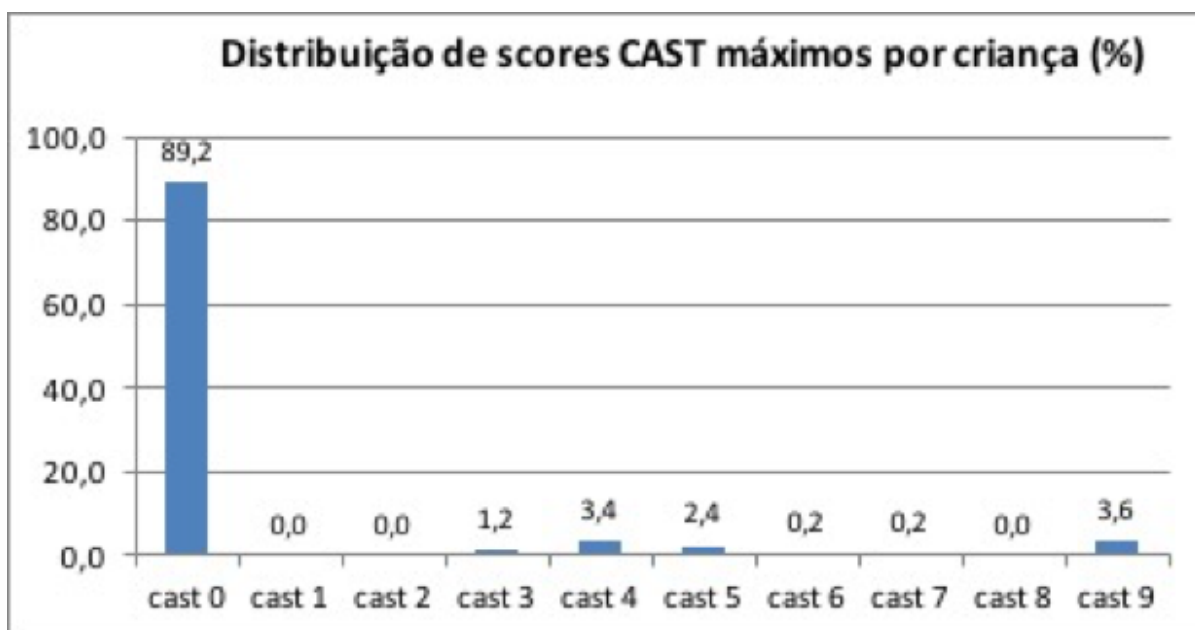


Figura 11 – Gráfico/ Score CAST máximo por sexo

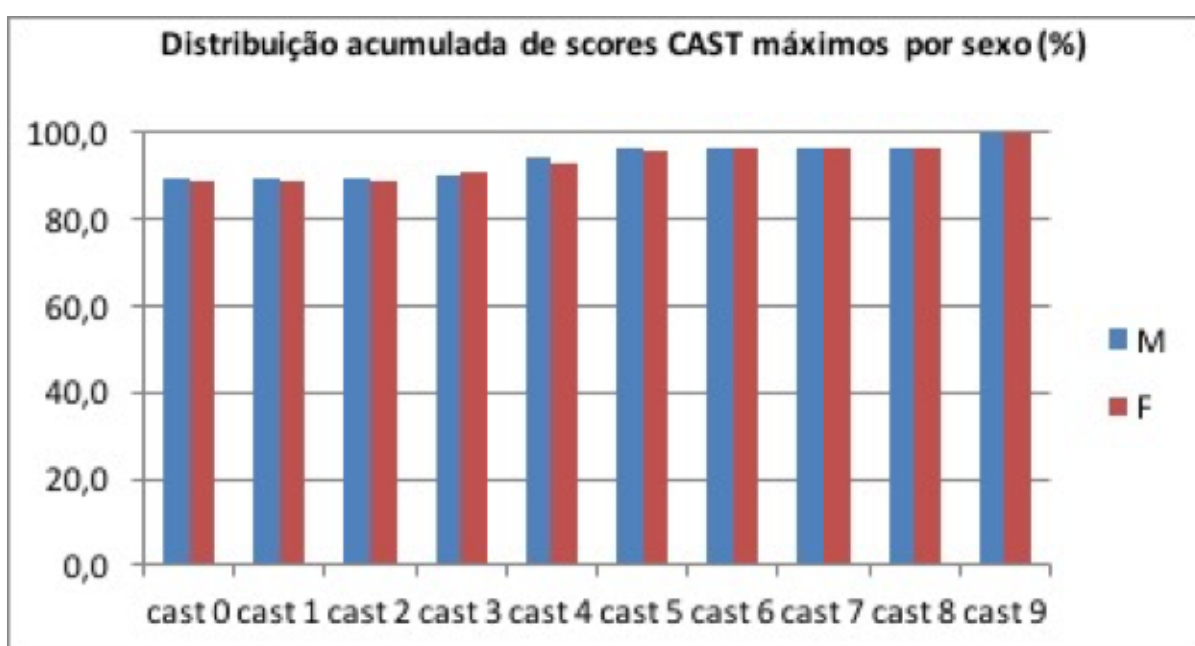
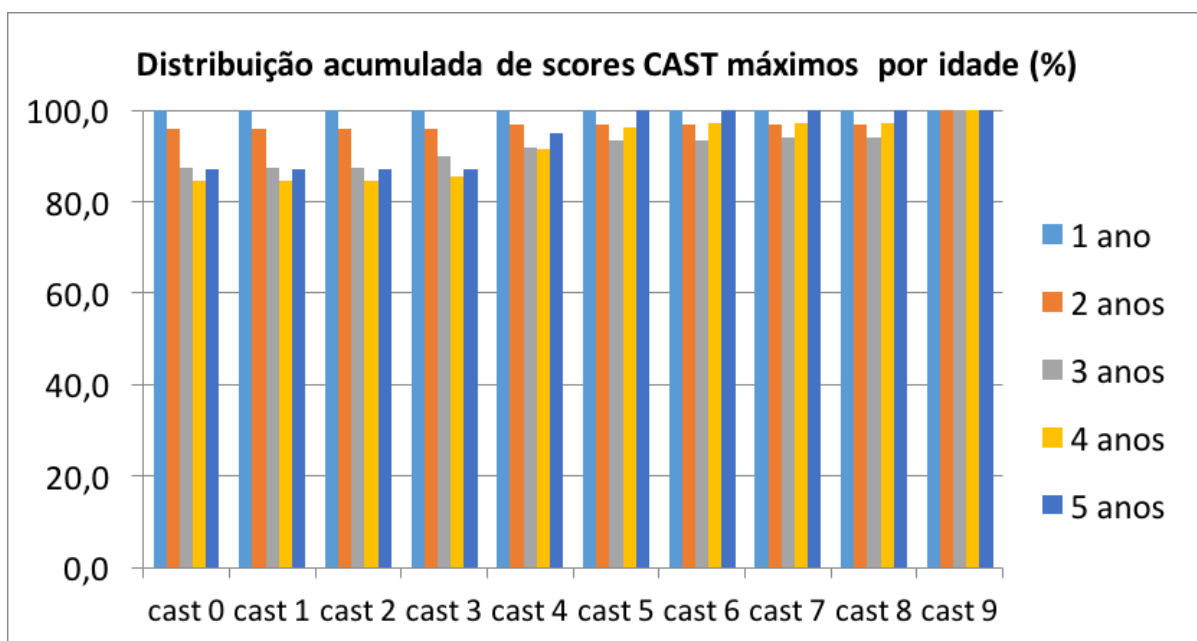


Figura 12 – Gráfico/Score CAST máximo por idade



4.4 Gráfico acumulativo da classificação dos fatores risco alto/moderado/baixo.

Figura 13 – Descritivo de risco na amostra

Frequência de risco

| Risco | Frequência | Porcentagem |
|-------|------------|-------------|
| 4 | 80 | 15,8 |
| 5 | 107 | 21,1 |
| 6 | 94 | 18,5 |
| 7 | 199 | 39,3 |
| 8 | 6 | 1,2 |
| 9 | 12 | 2,4 |
| 10 | 2 | ,4 |
| 11 | 7 | 1,4 |
| Total | 507 | 100,0 |

Categorias de risco

| Risco (3 categorias) | Freq | % |
|----------------------|------|-------|
| Baixo (-4 a 0) | 0 | 0,0 |
| Médio (1 a 6) | 281 | 55,4 |
| Alto (8 a 13) | 226 | 44,6 |
| Total | 507 | 100,0 |

4.5 Descritivo da amostra por sexo e idade de 0 a 3 anos CAMBRA

Figura 14 – Risco * idade Tabulação cruzada

Risco * idade Tabulação cruzada

| Contagem | | IDADE | | | Total |
|----------|-------------|-------|----|-----|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | |
| Risco | Médio risco | 7 | 27 | 73 | 107 |
| | Alto risco | 23 | 70 | 125 | 218 |
| Total | | 30 | 97 | 198 | 325 |

Risco * idade Tabulação cruzada

| % em idade | | Idade | | | Total |
|------------|-------------|--------|--------|--------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | |
| Risco | Médio risco | 23,3% | 27,8% | 36,9% | 32 |
| | Alto risco | 76,7% | 72,2% | 63,1% | 67 |
| Total | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100 |

| | Risco médio | Risco alto | usa mamadeira | não usa mamad |
|---------------------|-------------|------------|---------------|---------------|
| Cárie | 1,9% | 12,4% | 9,5% | 7,9% |
| Cárie sem cavitação | 1,9% | 7,8% | 5,2% | 7,0% |
| Cárie com cavitação | 0,0% | 8,7% | 6,6% | 4,4% |

Figura 15 – Incidência de Cárie 1 a 3 anos

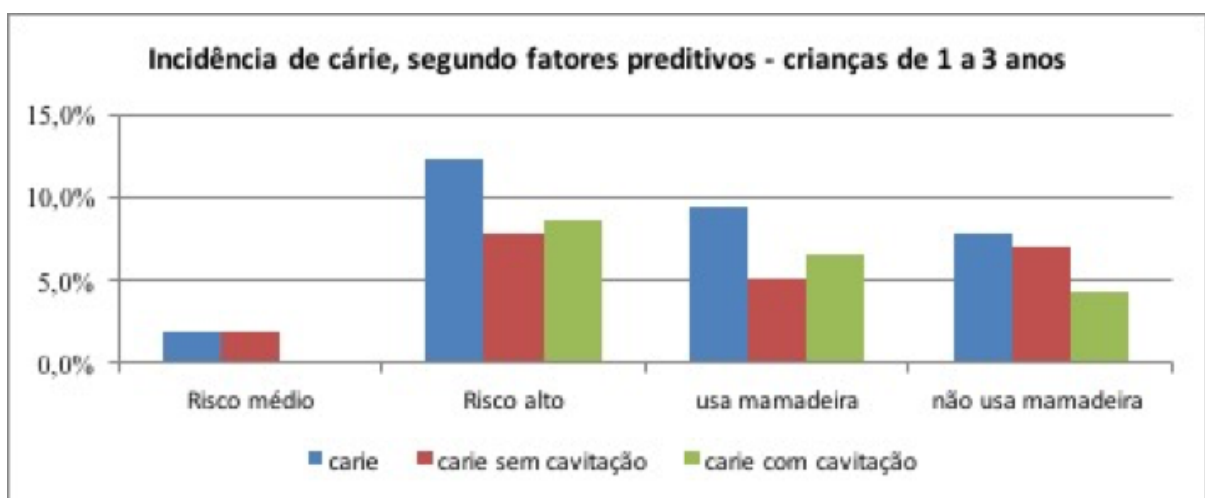
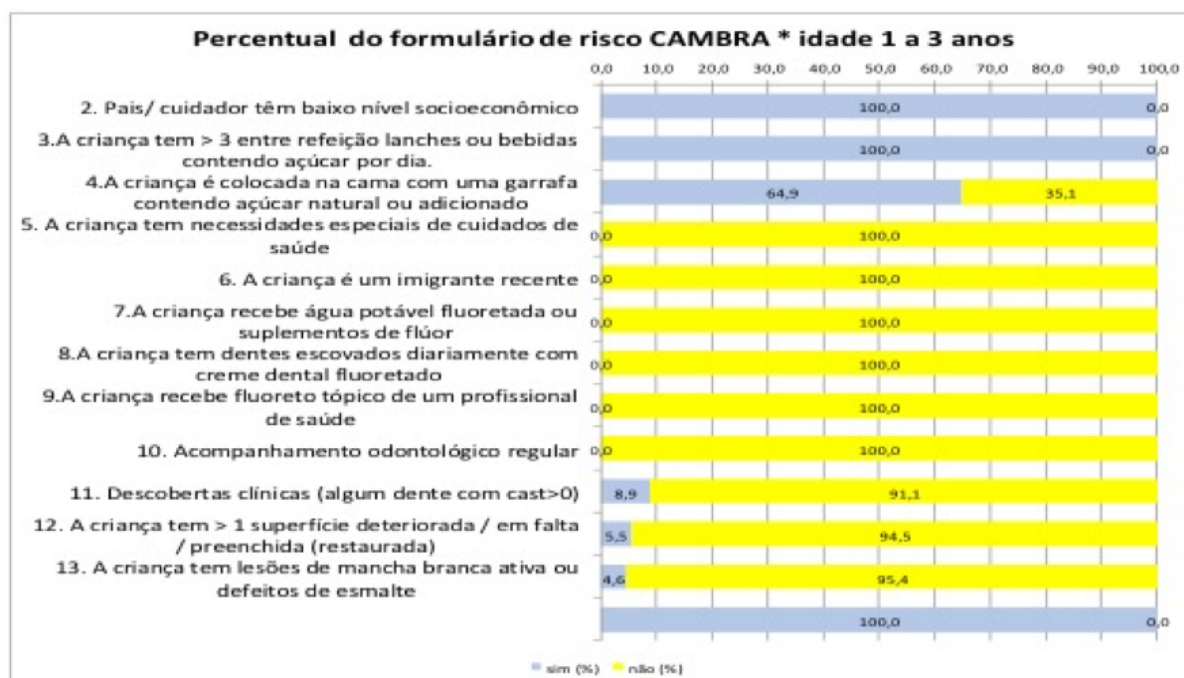


Figura 16 – Percentual do formulário de risco CAMBRA (1 a 3 anos)



4.6 Descritivo da amostra por sexo e idade de 4 a 5anos CAMBRA

Figura 17 – Risco x Idade 4 a 5 anos

| Risco * idade Tabulação cruzada | | | | |
|---------------------------------|-------------|-------|----|-------|
| Contagem | | IDADE | | Total |
| | | 4 | 5 | |
| Risco | Médio risco | 98 | 76 | 174 |
| | Alto risco | 6 | 2 | 8 |
| Total | | 104 | 78 | 182 |

| Risco * idade Tabulação cruzada | | | | |
|---------------------------------|-------------|--------|--------|--------|
| % em idade | | IDADE | | Total |
| | | 4 | 5 | |
| Risco | Médio risco | 94,2% | 97,4% | 95,6% |
| | Alto risco | 5,8% | 2,6% | 4,4% |
| Total | | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

| | Risco médio | Risco alto | usa mamadeira | não usa mamadeira |
|---------------------|-------------|------------|---------------|-------------------|
| Cárie | 10,3% | 100,0% | 11,1% | 17,4% |
| Cárie sem cavitação | 5,2% | 100,0% | 10,0% | 8,7% |
| Cárie com cavitação | 5,7% | 37,5% | 3,3% | 10,9% |

Figura 18 – Incidência de cárie - Crianças de 4 a 5 anos

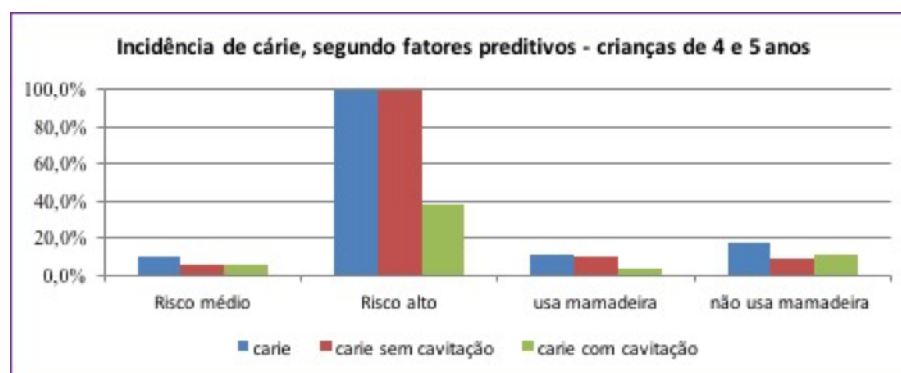
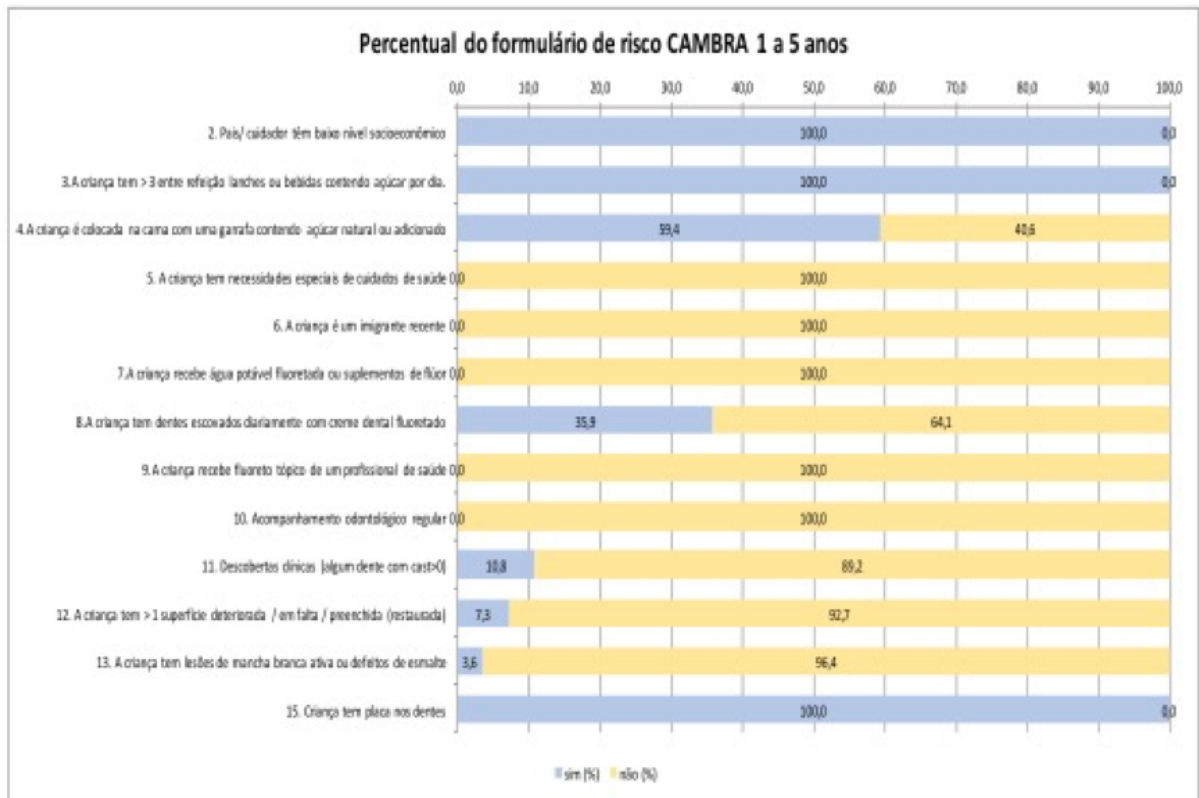


Figura 19 – Percentual do Formulário de CAMBRA 1 a 5 anos



4.7 Variável de risco P4 (pergunta 4) x idade CAMBRA

Figura 20 – Legenda

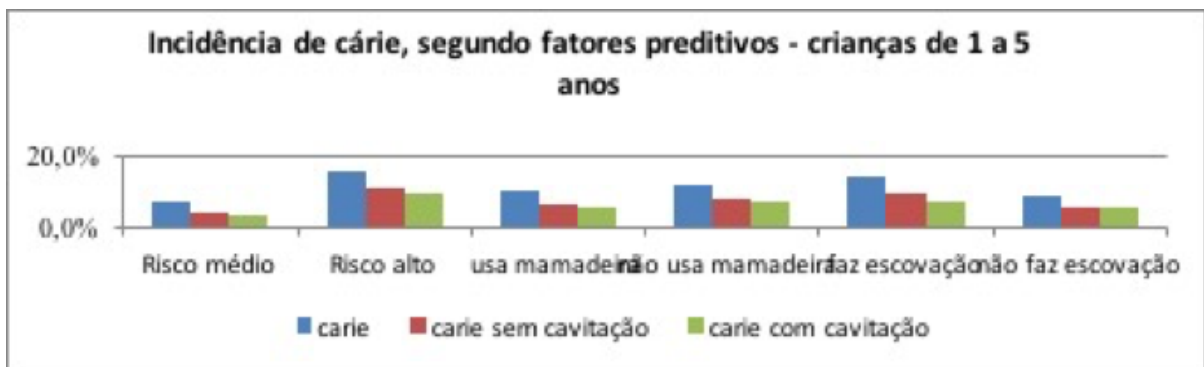


Figura 21 – Mamadeira x idade

Mamadeira x idade

| Contagem | | IDADE | | | | | Total |
|--|-----|-------|----|-----|-----|----|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4.A criança é colocada na cama com uma mamadeira contendo açúcar natural ou adicionado | SIM | 23 | 70 | 118 | 49 | 41 | 301 |
| | NÃO | 7 | 27 | 80 | 55 | 37 | 206 |
| Total | | 30 | 97 | 198 | 104 | 78 | 507 |

4.A criança é colocada na cama com uma mamadeira contendo açúcar natural ou adicionado * idade Tabulação cruzada

| % em idade | | IDADE | | | | | Total |
|--|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4.A criança é colocada na cama com uma mamadeira contendo açúcar natural ou adicionado | SIM | 76,7% | 72,2% | 59,6% | 47,1% | 52,6% | 59,4% |
| | NÃO | 23,3% | 27,8% | 40,4% | 52,9% | 47,4% | 40,6% |
| Total | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Obs. Pelo teste de qui-quadrado (p=0,001) há diferença por idade para uso de mamadeira com açúcar

4.8 Variável de risco P8 (pergunta 8) x Risco 1 a 5 CAMBRA

Figura 22 – Resultado: Pelo teste exato de Fisher (p<0,001), há diferença do risco de cárie por escovação.

| Contagem P8 | x Risco | | Total |
|---|---------|-----|-------|
| | Sim | não | |
| 8- A criança tem dentes escovados diariamente com creme dental fluoretado | | | |
| Risco Moderado | 174 | 107 | 281 |
| Risco Alto | 8 | 218 | 226 |
| | 182 | 325 | 507 |

4.9 Propriedades Psicométricas da Escala

4.9.1 Sensibilidade e especificidade

A análise de sensibilidade e especificidade é usada quando se compara um índice (tal como índice de risco) com outro que seria o padrão – ouro. Supostamente sempre dando resultados verdadeiros. O presente estudo não realizou comparação entre dois índices e sim utilizou o índice de CAST como complemento do protocolo de CAMBRA.

4.9.2 Teste de confiabilidade

Resultado: Valor do teste de confiabilidade, KR-20, construído a partir das 12 perguntas dicotômicas usadas no índice: 0,17 no total, 0,185 para grupo 1 a 3 anos, 0,026 para 4 a 5. Esse valor é baixo, comparado a outros teste na literatura realizado com esse protocolo, como o de LEAL et al 2017 ⁶⁹ que também foi abaixo do aceitável, segundo referência da literatura usada lá (0,44). Bowling (1991) considera 0,50 um limiar aceitável para o KR20, o que indica que os itens provêm do mesmo domínio quadro conceitual. O KR20 da escala aproximou de 0,50. E devido a esta aproximação pode ser considerado que o KR20 da escala foi “aceitável”.

Figura 23 – Teste de confiabilidade

v) kr20

Idade 1 a 5

Teste de confiabilidade

| KR-20 | N de itens |
|-------|------------|
| 0,17 | 12 |

Idades 4 e 5

Estatísticas de confiabilidade

| KR-20 | N de itens |
|-------|------------|
| ,026 | 12 |

Idade 1 a 3

Teste de confiabilidade

| KR-20 | N de itens |
|-------|------------|
| ,185 | 12 |

5 DISCUSSÃO

Existem vários protocolos de avaliação do risco de cárie dentária na literatura e a tendência de uniformiza-los, desde 2016, Academia Americana de Odontologia Pediátrica, desenvolveu um protocolo de avaliação de risco a cárie, o CAMBRA, sendo apontado como um possível protocolo padrão, pela sua facilidade e rapidez de uso, individualizando o atendimento odontológico da criança, como também a necessidade de realização de procedimentos preventivos e/ou terapêuticos.^{2,3,4,11,12,14,37,39,54,69} A avaliação de risco a lesão de cárie é eficaz na identificação de indivíduos que necessitam de serviços preventivos e na gestão dos fatores de risco, cada um dos parâmetros descritos que compõem os protocolos de risco, são variáveis, de acordo com: a idade; padrões socioeconômicos; culturais e as variáveis no modelo de predição.^{4,32,33,34,35,36,37}

Entretanto, outros autores acreditam que para obter precisão, os protocolos de risco devem ser desenvolvidos com base nos fatores biológicos, protetores e achados clínicos, idade, características da população e níveis de doenças.^{1,2,3,4,32,34,35,36,37}

No território de abrangência das Creches municipais de São Gonçalo, onde foi realizado a pesquisa com crianças de 0 a 5 anos de idade, revelou que o índice CAST (número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados/restaurados) apresentou 10.6% dentes com história da doença, números inferiores à média encontrada em outros estudos a nível nacional 48%^{22,21} e quando comparado com a região sudeste o presente estudo se encontra em desacordo com os dados do SB Brasil 2010⁸¹, cuja a média foi de 2,62 crianças apresentavam lesões de cárie aos cinco anos.

No presente estudo os dados foram coletados da avaliação da saúde bucal realizadas em pré-escolares de creches publicas do município de São Gonçalo, semelhante ao delineamento usado em outros estudos^{24,25,49,35,36}, entretanto o índice de CAST, foi utilizado no lugar do CPOD(OMS), o que dificultou a discussão por ser um índice novo com poucos estudos publicados.^{25,49,35,36} O tamanho da amostra 507, foi maior do que os estudos de Yoon *et.al*, 2012³³; Gao *et.al*, 2013³²; Chafee&Featherstone, 2015⁴⁰; Chafee *et. al*, 2015²⁵. Diferentemente dos estudos Utreja *et. al*, 2010²⁶; Custodio-Lumsden *et. al*, 2016³⁰ que avaliaram amostras maiores, entretanto estudos similares de avaliação do risco de Cárie Precoce da Infância, em uma população hispânica de baixa renda, a amostra foi de 108 crianças de dois a seis anos.^{25,40,41,42,43,44}

No presente estudo, algumas variáveis (indicadores de risco a cárie dentária) foram analisadas para caracterizar a amostra, como: “a criança é colocada na cama com uma mamadeira contendo açúcar natural ou adicionado” e a “criança tem dentes escovados diariamente com creme dental fluoretado”, questionadas porque o início da higiene bucal e o uso de dentifrício fluoretado são fatores críticos na prevenção da Cárie Precoce da Infância, corroborado por vários autores^{9,37,37,72} e pela American Academy of Pediatric

Dentistry, 2016.

Na população estudada, somente 35,9% das crianças apresentavam escovação com dentifrício fluoretado, e 64.1% das crianças não realizava nenhuma higiene oral, diferentemente do trabalho de K.J Toumba *et.al* 2019⁷², que a eficácia de escovação com dentifrício fluoretado na prevenção de lesões cariosas foi confirmada por vários autores^{22,23,84,85,86}, logo esse cuidado deve ser fortemente aconselhado, respeitando a quantidade de dentifrício pela idade.^{22,23,72,83,84,85,86}

No presente estudo a média de idade das crianças avaliadas, foi de 36 meses, verificou-se um alto risco nessa faixa etária (67,1%), período ideal para a consulta odontológica e introdução de hábitos alimentares saudáveis; fato em concordância com Twetman, S.(2016),⁴² que defende que toda criança tem seus cuidados e valores recebidos do núcleo familiar. Desse modo, devemos modificar os fatores de risco para evitar o desenvolvimento de lesões de cárie, buscando sempre a prevenção, mas toda essas mudanças requer esforços do núcleo familiar, que nem sempre tem conhecimento sobre as repercussões que as lesões de cárie pode causar, assertiva é corroborada por Custodio-Lumsdem *et.al* (2016),³⁰ que defende a importância dos profissionais da saúde que atendem crianças, saibam reconhecer e modificar os fatores de risco que possam levar ao desenvolvimento de lesões cariosas, já que os eventos ocorridos na infância podem impactar a vida adulta determinando a condição futura da criança, Lopes.L *et.al* (2014)¹⁵ acredita que independente do desenvolvimento das lesões de cárie, a prevenção realizada no atendimento odontológico deve ter como objetivo não só evitar a instalação das lesões de cárie, mas também disponibilizar manobras para evitar consequências danosas quando a lesão de cárie já estiver instalada, limitando o dano.^{10,15,21,22,32,33,34} Entretanto, autores como MATHU-MUJU *et.al* (2016)⁶², S.QUEIROZ *et.al* (2015)⁶³, CORRÊA *et.al* (2016)⁶⁴, defende que a cárie precoce da infância representa um problema de saúde pública.

Outras variáveis relacionadas aos cuidadores também foram coletadas como, nível socioeconômico e orientação sobre de higiene bucal. A totalidade apresentava, baixa condição socioeconômica e não haviam recebido orientações sobre higiene bucal. Por ser tratar de uma creche pública muitos cuidadores/professores, ainda não haviam recebido orientação sobre higiene bucal de um profissional, apesar da estratégia de saúde da família, realizar pelo menos 1 atendimento/ odontológico a cada gestante, talvez esse modelo necessite de ajuste para que pais/ responsáveis estejam suficientemente motivados e orientados para essa atividade como, por exemplo protocolo de atendimento odontológico para bebês no município de Brumadinho - Minas Gerais, aonde a criança recebe, até 72 horas após o nascimento, uma visita domiciliar de um agente comunitário de saúde, para também verificar as condições gerais da criança e da mãe; estimulando o aleitamento materno, orientando á mãe sobre a importância do acompanhamento da saúde da criança. Nessa visita a mãe terá sua consulta agendada com o cirurgião dentista para orientações e estabelecimento de um programa preventivo para ela e o bebê.⁶⁰

A pesquisa revelou, entre outros resultados, que os cuidadores/professores aos quais

foram realizadas algumas das perguntas sobre o protocolo de CAMBRA, de modo geral acabavam assumindo o papel de cuidador primário para construir os vínculos necessários na primeira infância, durante toda a coleta de dados os cuidadores/professores apresentaram-se sempre solícitos, enfatizando a necessidade de entender o cuidado com as crianças como um dever não só da família, mas do Estado e de toda a sociedade – como preconiza a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o recém aprovado Marco Legal da Primeira Infância (Lei no 13.257/2016)⁸⁶. O trabalho desenvolvido junto aos cuidadores/professores criou um potencial tanto de prevenção/promoção de saúde como ampliação da inclusão social de famílias, principalmente no caso das socialmente mais vulneráveis, já que toda a orientação sobre instruções de higiene oral será transmitida dos filhos para os pais, fortalecendo ainda mais o vínculo familiar.⁸⁷

Considerando os resultados sobre a experiência de cárie e classificação de risco à cárie, a maioria das crianças não apresentou experiência de cárie segundo índice de CAST 10.6%, com relação ao risco à cárie a maioria das crianças, 55.4% foram classificadas como risco moderado e 44.6% com risco alto, isso se deve ao fato de vários fatores de risco apresentarem ausência de variabilidade, devido a fatores achados em campo. Não foram encontrados estudos semelhantes para comparar estes dados.

Alguns estudos têm avaliado a validade das ferramentas de avaliação de risco à cárie^{25,27,45,46,47,48}, resultados de um estudo Gao *et. al*, 2013, mostraram que as ferramentas Cariograma e CAMBRA apresentaram alta sensibilidade, mas baixa especificidade na predição de cárie em crianças(83,7 e 62,9%).No presente estudo, o protocolo de risco usado foi considerado bom preditor dos fatores de risco à cárie dentária, pois apresentou alta sensibilidade e média/boa especificidade, corroborado por diversos autores.^{40,42,43,44,46,47,48}

Mais estudos com delineamento experimental longitudinal devem ser realizados utilizando este formulário cambra, uma vez que os resultados obtidos são promissores.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo conclui que:

- Dentre as crianças avaliada, 55.4% apresentaram risco moderado e 44,6% risco alto, os resultados evidenciaram que o formulário de CAMBRA no grupo total de de 0 a 5 anos, médio risco foi predominante, entretanto quando se segmentou a amostra por faixa etária, o grupo de 0 a 3 anos apresentou a predominância de alto risco sendo considerado o grupo de polarização.
- 35,9 % das crianças avaliadas apresentou somente um fator de proteção segundo o protocolo CAMBRA (escovação com dentifrício fluoretado).
- Dentre os fatores de risco biológico que obtiveram variabilidade, 59,4% das crianças avaliadas eram colocadas na cama com uma mamadeira contendo açúcar natural ou adicionado.
- Houve experiência de lesão de cárie segundo índice de CAST 10.6% das crianças avaliadas.
- Os fatores de risco estudados são diversos e sua identificação é de fundamental relevância para o desenvolvimento de estratégias direcionadas com intuito de diminuir a incidência e a prevalência da cárie na população estudada.
- Visando uma futura implementação de um programa de atendimento e tratamento odontológico voltado para pré-escolares, foi traçado um programa de tratamento a ser encaminhado as secretarias municipais de saúde, educação e saúde escolar (Anexo 11).

7 RECOMENDAÇÕES

Recomendamos um protocolo de atendimento e tratamento voltado para os pré-escolares que estejam matriculados nas creches públicas do município de São Gonçalo. Este protocolo será encaminhado as secretarias Municipais de Educação de Saúde escolar e de Saúde bucal com o intuito de nortear atividades de promoção, proteção e manutenção dos pré-escolares do município de São Gonçalo – RJ. (Anexo11)

8 REFERÊNCIAS

- 1- Frencken, J.E; Amorim, Rg; Faber, J; Leal, SC: The Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) index: Rational and development, department of global oral health, pag 1- 48, 2015.
- 2- Amid, I ; Woosung, S, A Systematic Review of Clinical Diagnostic Criteria of Early Childhood Caries, Journal of Public Health Dentistry ,vol. 59, No. 3, Summer 1999.
- 3- Januário, B.S; Figueiredo, M.C; Faustino-Silva, D.D, Avaliação de protocolos de manejo de cárie em crianças de 0 a 3 anos de idade baseada no risco, Stomatos, Vol. 23, No 45, Jul./Dez. 2017.
- 4- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on early childhood caries (ECC): unique challenges and treatment options. *Pediatr Dent.* 2003; 24 Suppl:24-25.
- 5- American Academy on Pediatric d. American Academy of p. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2008; 30 (7):40-43.
- 6- A. De Grauwe, J.K.M. Aps, L.C. Martens. Early Childhood Caries (ECC): What's in a name? Department of Paediatric Dentistry and Centre for Special Care Pae-CaMed research, Ghent University, Belgium *EUROPEAN JOURNAL OF PAEDIATRIC DENTISTRY*, 2/2004.
- 7- Fdi World Dental Federation, 2016 (FDI), FDI'S definition of oral health, capturado: 20.11-2017. Disponível em: <http://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdis-definitionof-oral-health>.
- 8- Leal, S. C; Ribeiro, A. P. D; Frencken, Jo E. Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST): A Novel Epidemiological Instrument, CAST – An Epidemiological Instrument , *BMC Oral Health ,Caries Res* 2017;51:500–506 ,<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/119>.
- 9- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), Policy on Early Childhood Caries (ECC): Unique Challenges and Treatment Options, Review Council, Council on Clinical Affairs, Latest Revision 2016. (ORAL HEALTH POLICIES); <http://www.aapd.org/policies>.
- 10- Çolak, H., Dülgergil, Ç.T., Dalli, M. et al. Early childhood caries update: a review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sci Biol Med* 2013; 4: pp. 29-38.
- 11- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies, Review Council Council on Clinical Affairs Latest Revision 2016. [http://www.aapd.org/media /Policies-Guidelines/P_ECCClassifications.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies-Guidelines/P_ECCClassifications.pdf).
- 12- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents Originating Council Council on Clinical Affairs Review Council Council on Clinical Affairs Adopte, 2014.

- 13- Finucane D. Rationale, for restoration of carious primary teeth: a review. *European archives of paediatric dentistry: official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*. 2012;13(6):281-92.
- 14- PORTAL DA SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE – Manual de Acolhimento e classificação de risco - Data de Cadastro: 05/09/2017 as 16:09:46 Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o>.
- 15- Lopes, L. M. Indicadores e fatores de risco da cárie dentária em crianças no Brasil – uma revisão de literatura, *RFO UPF vol.19 no.2 Passo Fundo Mai./Ago*. 2014.
- 16- Bradshaw, DJ, Lynch, RJ. Diet and the microbial aetiology of dental caries: new paradigms. *IntDent J*. 2013.
- 17- Cruz, L.R.; D'hyppolito, I.M.; Barja-Fidalgo, F.; Oliveira, B.H. de. “Is caries transmissible?” Information on caries transmission in children, found via Google® Search Engine, *Rev. Bras. Odontol. Rio de Janeiro*, v. 74, n. 1, p. 70-3, jan. /mar. 2017.
- 18- Simon-Soro, A, Mira, A. Solving the etiology of dental caries. *Trends Microbiol*. 2015;23(2):76-82.
- 19- Federação Dentária Mundial fdi (FDI World Dental Federation) <http://www.fdiworldental.org>, Polônia, 6 de setembro de 2016.
- 20- Kawashita, Y, Kitamura, M, Saito, T. Early childhood caries. *Int J Dent*. 2011;725320.
- 21- Horowitz, AM. Research issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998; 26 (1 Suppl):67-81.
- 22-Twetman, S., Axelsson, S., Dahlgren, H. et al. Efeito preventivo de cárie de creme dental com flúor: uma revisão sistemática. *Acta Odontol Scand*. 2003; 61: 347–55.
- 23-Twetman, S, Fontana, M. Patient caries risk assessment. *Monogr Oral Sci*. 2009; 21:91-101.
- 24- Utreja, D, Simratvir, M, Kaur, A, Kwatra, K.S, Singh, P, Dua, V. An evaluation of the Cariogram as a predictor model. *Int Dent J*. 2010; 60: 282-4.
- 25- Chaffee, B.W, Cheng, J, Featherstone, J.D. Baseline caries risk assessment as a predictor of caries incidence. *J Dent*. 2015; 43: 518-24.
- 26- Mejàre, I, Axelsson, S, Dahlén, G, Espelid, I, Norlund, A, Tranæus, S, et al. Caries risk assessment. A systematic review. *Acta Odontol Scand*. 2014.
- 27- Awashita, Y, Kitamura, M, Saito, T. Early childhood caries. *Int J Dent*.2011; 2011:725320.
- 28- Fontana, M. The clinical, environmental, and behavioral factors that Foster early childhood caries: evidence for caries risk assessment. *Pediatr Dent*. 2015.
- 28- Naidu, R.; Nunn, J.; Donnelly-Swift, E. Oralhealth-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad. *BMC Oral Health*; 16(1): 128, 2016.
- 30- Custodio-Lumsden, C.L, Wolf, R.L, Contento, I.R, Basch, C.E, Zyberty, P.A, Kochpa, et al. Validation of an early childhood caries risk assessment tool in a lowincome

Hispanic population. *J Public Health Dent*. 2016.

31- Holgerson, P.L, Twetman, S, Stecksèn-Blicks, C. Validation of an age-modified caries risk assessment program (Cariogram) in preschool children. *Acta Odontol Scand*. 2009.

32- Gao, X, Di, W, I, Lo, E, Chu, C, Hsu, C, Wong, M.C. Validity of caries risk assessment programmes in preschool children. *J Dent*. 2013.

33- Yoon, R.K, Smaldone, A.M, Edelstein, B.L. Early childhood caries screening tools: a comparison of four approaches. *J Am Dent Assoc*. 2012.

34- Ece, E. Evidence-based caries prevention Edited by Ece Eden, pag 51, Suíça: Springer, 2016.

35- CONFERENCE: CONFERENCE: 4th AADR FALL FOCUSED SYMPOSIUM: Oral Health Disparities Research and the Future Face of America 2011.

36- June, L.; Randi, W.; Courtney, C.; Burton, L. Edelstein, MY SMILE BUDDY: An iPad-based Interactive Program to Assess Dietary Risk for Early Childhood Caries, *J Acad Nutr Diet*. Author manuscript; available in PMC 2013.

37- American Academy of Pediatrics. Infancy Core Tools grouped by visit in English and Spanish, capturado em 28-11-2017, disponível em: <https://brightfutures.aap.org/materials-and-tools/tool-and-resource-kit/Pages/Infancy-Tools.aspx>.

38- ADA- American Dental Association, Caries-Risk Assessment Form, 2010, capturado em 28-11-2017, Disponível http://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/Files/topic_caries_over6.ashx.

39- Aliança para um futuro livre de carie, Avaliação de risco. Resumo completo, capturado em 01/12/2017 no [ender.http://www.aliancaparaumfuturolivredecarie.org/caries/Tools/pt/br/downloads/RiskAssessmentFull.pdf](http://www.aliancaparaumfuturolivredecarie.org/caries/Tools/pt/br/downloads/RiskAssessmentFull.pdf).

40- Featherstone, D.B., Domejean-Orliaguet, S., Jenson, L., Wolff, M., Douglas A. Caries Risk Assessment in Practice for Age 6 Through Adult JOHN YOUNG, *CDA Journal*, vol 35, N^o 10, 2007.

41- Do, Minh, H.; Le, T.; Thu, H.V.; Truong, N. N., Le Quynh, A., Lele, H.S., Dinh-Toi, C., E Duc-Hau, L. Prevalence of early childhood caries and its related risk factors in preschoolers: result from a cross sectional study in Vietna, *Pediatric Dental Journal*, 2017-08-01, Volume 27, Edição 2, Páginas 79-84.

42- Twetman, S. Caries risk assessment in children: how accurate are we? *Eur Arch Paediatr Dent*. 2016; 17:27-32.

43- Albinot, J; Tiwarij, M. Preventing Childhood Caries, A Review of Recent Behavioral Research, Stop B119, 13001 E. 17th Place, Aurora, CO 80045, email:judith.albino@ucdenver.edu, 05 de outubro de 2015.

44- K. Divaris, Predicting Dental Caries Outcomes in Children, A. “Risky” Concept, *Journal of dental research* First Published December 8, 2015.

45- Bradshaw, D.J, Lynch, R.J. Diet and the microbial aetiology of dental caries: new paradigms. *Int Dent J*. 2013; 63 Suppl 2:64-72.

- 46- Hurlbutt, M. Cambra: Best Practices in Dental Caries Management A Peer-Reviewed Publication Written by, Publication date: August 2011 Expiration date: July 2014.
- 47- Livny, A, Assali, R, Sgan-Cohen, H. Cárie da primeira infância entre uma comunidade beduína residente nos subúrbios a leste de Jerusalém. BMC Public Health. 2007; 7:167, PubMed.
- 48- Hakan, Ç., Çoruh, T.; Dülgergil, M.D., E Mehmet, M.H.N. Atualização da cárie na primeira infância: uma revisão das causas, diagnósticos e tratamentos, SciBiolMed. 2013 Jan-Jun; 4 (1): 29-38.
- 49- Bradshaw, D.J; Lynch, R.J. Diet and the microbial aetiology of dental caries: new paradigms. Int Dent J. 2013; 63 Suppl 2:64-72.
- 50- Gooch, B.F., et al. Preventing Dental caries through school-based sealant programs: updated recommendations and reviews of evidence. J Am Dent Assoc, 2009. 140 (11): p. 1356-65.
- 51-Tellez, M. et al. Assessment of the relationship between neighborhood characteristics and dental caries severity among low-income African-Americans: a multilevel approach. J Public Health Dent, 2006. 66(1): p. 30-6.
- 52- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk. 2000, Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- 53- Llodra, J.C. et al Factors influencing the effectiveness of sealants—a meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol, 2000. 21(5): p. 261-8.
- 54- Featherstone, J.D., et al. Caries risk assessment in practice for age 6 through adult. J Calif Dent Assoc, 2007. 35(10): p. 703-7, 710-3.
- 55- Groisman, S. Conceitos, protocolo para avaliação do risco a carie dentaria materno infantil e diretrizes para implementação de estratégias preventivas. Revista RBO, 2016.
- 56- Frencken, J.E; Amorim, R.G; Faber, J; Leal, S.C. The Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) index: Rational and development, 2015.
- 57- Rocha, S.A, Barbosa, N. et al. Perception of Oral Health, Clinical Conditions and Socio-Behavioral Factors of Mother-Child Fonte: Pesqui. Bras. Odontopediatria clín.integr; 15(1): 113-121, jan. 2015.
- 58- Afionta, S., Querobim, F.; Af Gonçalves, S., et al. Changes in Oral Health-related Behavior of Infants following a Preventive Program of Continuing Education Directed to their Parents Fonte:Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. integr; 15(1):31-39, jan. 2015.
- 59- Fonseca, L.L.V.; Mota, J.A.C.; Gonçalves, P.F. Public primary oral healthcare: a bioethical reflection/Cuidados em saúde bucal na Atenção Primária: uma reflexão bioética Fonte: Rev. Odonto Ciênc;26(2):165-171, 2011.
- 60- Ferreira, H.T. da S.; Cerqueira, D.F. Protocolo de atendimento odontológico para bebês no município de Brumadinho - Minas Gerais/Protocol of dental care for babies

in the city of Brumadinho - Minas Gerais, Fonte: Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent;65(6):421-425, nov.-dez.2011.

61- Naidu, R.; Nunn, J.; Donnelly-Swift, E. Oralhealth-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad. BMC Oral Health; 16(1): 128, 2016 Dec 07.

62- Mathu-Muju, K.R; Mcleod, J.; Walker, M.L.; Chartier, M.; Harrison, R., L. Can The Children's Oral Health Initiative: An intervention to address the challenges of dental caries in early childhood in Canada's First Nation and Inuit communities J Public Health; 107(2): e188-93, 2016.

63- Queiroz, S.B.M.; Alencar, N.A. de; Requejo, M. da E.P. Risk Factors, Perception of Caregiver sand Impact of Early Childhood Caries on Quality of Life Related to Oral Health of Preschool Children and their Families, Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr; 15(1): 85-94, jan. 2015.

64- Corrêa-Faria, P.; Paixão-Gonçalves, S.; Paiva, S.M.; Pordeus, I.A. Incidence of dental caries in primary dentition and risk factors: a longitudinal study. Brazilian Oral Research, v. 30, p. e59, 2016.

65- Ardenghi, T.M.; Rodrigues, C.R.M.D.; Zardetto, C.G.D.C. Utilização do Cariograma na clínica odontopediátrica. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba, v.5, n.27, p.415-419, set/out. 2002.

66- Souza A.L. de, Coelho L.S., Bronkhorst E.M; Frencken, J. E. Assessing caries status according to the CAST instrument and WHO criterion in epidemiological studies, BMC ORAL HEALTH , 2014, 14:119 <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/119>.

67- Tinanoff, N, Kanellis, M.J., C.M. V. Current understanding of the epidemiology, mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children, Received April 15, 2002 Revision Accepted September 5, 2002 Pediatric Dentistry – 24:6, 2002.

68- Amid, I, I, Woosungsohn, S. A Systematic Review of Clinical Diagnostic Criteria of Early Childhood Caries, Journal of Public Health Dentistry, vol. 59, No. 3, Summer 1999.

69- Leal, M. da S.F. A avaliação de risco à cárie em lactentes e crianças em idade pré-escolar e validação de um formulário simplificado de avaliação de risco. 2017. 77 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

70- Cochran, W.G. (1963) Sampling Technique. 2nd Edition, John Wiley and Sons Inc., New York.

71-Biazevic, M.G. Haye, F.A.C, Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos – 5a ed. © Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo (FOUSP) 2017. Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2013 sob o título Oral Health Surveys: basic methods – 5thed. © World Health Organization 2013.

72- K. J. Toumba; S. Twetman; C. Splieth; C. Parnell; C. van Loveren ;N. A. Lygidakis, Guidelines on the use of uoride for caries prevention in children: an updated

EAPD policy document, Received: 10 June 2019 / Accepted: 21 June 2019 © The Author(s) 2019 (referência para aplicação de flúor).

73- Oliveira, T.M, Sakai, V.T, Silva, T.C, Moretti, A.B.S, Passos, V.A.B, Tessarolli, V, Andrade, M.M.A.A, Effect of Clorexidina in Different Concentrations in the Control on Dental Plaque and Inflammation Gingival in Children, Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 50, n. 1, p. 29-33, jan./abr., 2009.

74- Ribeiro, L.G.M.; Maltz, M.; Hashizume, L.N. Effect of different 1% chlorhexidine varnish regimens on biochemical composition of the dental biofilm. Rev. Odontociênc. (Online) 2011, vol.26, n.1, pp. 30-34. ISSN 1980-6523.

75- Galganny-Almeida, A.; Rocha, C.T.; Neves, B.G. e Rebouças, B.R. The use of chlorhexidine varnishes in children: what is out there? IJD, Int. J. Dent. [online] 2010, vol.9, n.3, pp. 142-147. ISSN 1806-146X.

76- Rengin, A; Anika, I.; Carola, W; Wiegand, A.; Attin, T. (2006) Antimicrobial Effectiveness of a Highly Concentrated Chlorhexidine Varnish Treatment in Teenagers with Fixed Orthodontic Appliances. The Angle Orthodontist: November 2006, Vol. 76, No. 6, pp. 1022-1027.

77- Thomson, W.M., Williams, S.M., Broadbent, J.M., Poulton, R., Locker, D. Long-term Dental Visiting Patterns and Adult Oral Health, Dent Res 89(3):307-311, 2010.

78- Kerry, K. C. CAMBRA: A Comprehensive Caries Management Guide for Dental Professionals, CDA CAMBRA GUIDE 2019.

79- John, D.B. Featherstone, MSc; Yasmi O. Crystal; Benjamin W. Chaffee; Ling Zhan; Francisco J. Ramos-Gomez, An Updated CAMBRA* Caries Risk Assessment Tool for Ages 0 to 5 Years ,CDA CAMBRA GUIDE 2019.

80- Ramires, I. & Buzalaf, M. A. R Fifty years of fluoridation of public water supplies in Brazil: benefits for the control of dental caries, Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):1057-1065, 2007.

81- BRASIL. S.B Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF, 2012.

82- Cuestionario CAMBRA – Sociedad Española de Odontopediatría https://www.Odonto logiapediatrica.com/2018/06/pagina_visitada_04/12/19_as_22:30_https://www.Odonto logia_pediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/CAMBRA_SEOP.pdf.

83- Twetman, S, García-Godoy, F, Goepferd, S.J. Infant oral health. Dent Clin North Am. 2003; 44 (3):487-505.

84-Wong, M.C, Clarkson, J., Glenny, A.M, et al. A Cochrane analisa os benefícios/riscos dos cremes dentais com flúor. J Dent Res. 2011; 90: 573–9.

85- Wright, J.T, Hanson, N, Ristic, H, et al. Eficácia e segurança de creme dental com flúor em crianças menores de 6 anos: uma revisão sistemática. J. Am Dent Assoc. 2014; 145: 182–9.

86- Walsh, T, Worthington, H.V, Glenny, A.M et al. Creme dental com flúor de diferentes concentrações para prevenção de cárie dentária em crianças e adolescentes. *Cochrane Database Syst Rev* 2019, 3: CD007868. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007868.pub3>

.87- Dupont, F.R. Barbarói, Santa Cruz do Sul. A Participação da Criança desde a Primeira Infância nas Ações que Visem Enfrentar a Violência Intrafamiliar e suas Consequências como uma Estratégia Fundamental para a Construção de uma Política Efetiva, Edição Especial n.47, p.<179-192>, jan./jun. 2016 DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i47.9563>.

9 ANEXOS

Anexos

Figura 24 – ANEXO 1

ANEXO 1- FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE CÁRIE PARA CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS**Formulário de avaliação do risco de cárie para crianças de 0 a 5 anos Baseado em “CAMBRA”**

1)Nome: _____

2)Idade: _____

3)Data de Nascimento: _____

4)Idade que ingressou na creche: _____

5) Sexo: ()M ()F

1. Pais/ cuidador têm baixo nível socioeconômico

1. () sim 2. () não

2. A criança tem > 3 entre refeição lanches ou bebidas contendo açúcar por dia.

1. () sim 2. () não

3. A criança é colocada na cama com uma mamadeira contendo açúcar natural ou adicionado

1. () sim 2. () não

4. A criança tem necessidades especiais de cuidados de saúde

1. () sim 2. () não

5. A criança é um imigrante recente

1. () sim 2. () não

6. A criança recebe água potável fluoretada ou suplementos de flúor

1. () sim 2. () não

7. A criança tem dentes escovados diariamente com creme dental fluoretado

1. () sim 2. () não

8. A criança recebe fluoreto tópico de um profissional de saúde

1. () sim 2. () não

9. Acompanhamento odontológico regular

1. () sim 2. () não

10. Descobertas clínicas

1. () sim 2. () não

11. A criança tem > 1 superfície deteriorada/em falta/preenchida (restaurada)

1. () sim 2. () não

12. A criança tem lesões de mancha branca ativa ou defeitos de esmalte

1. () sim 2. () não

13. Criança tem placa nos dentes

1. () sim 2. () não

Figura 25 – ANEXO 2

ANEXO 2 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE CÁRIE PARA CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

| Fatores | Risco alto | Risco moderado | Risco baixo |
|--|------------|----------------|-------------|
| Biológico | | | |
| Mãe / cuidador principal tem cárie ativa | Sim | | |
| Pais / cuidador têm baixo nível socioeconômico | Sim | | |
| A criança tem > 3 entre refeição lanches ou bebidas contendo açúcar por dia. | Sim | | |
| A criança é colocada na cama com uma mamadeira contendo açúcar natural ou adicionado | Sim | | |
| A criança tem necessidades especiais de cuidados de saúde | | Sim | |
| A criança é um imigrante recente | | Sim | |
| Protetores | | | |
| A criança recebe água potável fluoretada ou suplementos de flúor | | | Sim |
| A criança tem dentes escovados diariamente com creme dental fluoretado | | | Sim |
| A criança recebe fluoreto tópico de um profissional de saúde | | | Sim |
| Criança tem casa odontológica / cuidados dentários regulares | | | Sim |
| Descobertas clínicas | | | |
| A criança tem > 1 superfícies deterioradas / em falta / preenchidas (restauradas) | Sim | | |
| A criança tem lesões de mancha branca ativa ou defeitos de esmalte | Sim | | |
| A criança tem níveis de estreptococos <i>mutans</i> elevados | Sim | | |
| Criança tem placa no dentes | | Sim | |

Figura 26 – ANEXO 3

**ANEXO 3 -EXEMPLO DE UM PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO DO RISCO
À LESÕES DE CÁRIE PARA CRIANÇAS DE 1 A 2 ANOS**

| Diagnóstico | Categoria de Risco | Intervenções Flúor | Dieta | Restauradora |
|--|-------------------------------|--|---|--|
| Baixo risco | Retorno de seis em doze meses | -Duas vezes por dia escovando com Creme dental fluoretado | Aconselhamento | Vigilância |
| Risco moderado Pai engajado | Retorno de seis em seis meses | - Duas vezes por dia escovando com Creme dental fluoretado - Suplementos de flúor - Tratamento tópico profissional Cada seis meses | Aconselhamento | Vigilância ativa de Lesões incipientes |
| Risco moderado Pai não engajado | Retorno de seis em seis meses | -Duas vezes por dia escovando com Creme dental fluoretado - Tratamento tópico profissional a Cada seis meses | Aconselhamento, Com limitado Expectativas | Vigilância ativa de Lesões incipientes |
| Alto risco Pai engajado | Retorno de três em três meses | - Duas vezes por dia escovando com Creme dental fluoretado - Suplementos de flúor - Tratamento tópico profissional a cada três meses | Aconselhamento | -Vigilância ativa de Lesões incipientes - Restaurar lesões cavitadas com restaurações temporárias ou definitivas |
| Alto risco Pai não engajado | Retorno de três em três meses | -Duas vezes por dia escovando com Creme dental fluoretado - Tratamento tópico profissional a cada três meses | Aconselhamento, Com limitado Expectativas | -Vigilância ativa de Lesões incipientes - Restaurar lesões cavitadas com restaurações temporárias ou definitivas. |

Figura 27 – ANEXO 4

ANEXO 4- EXEMPLO DE UM PROTOCOLO DE GESTÃO DE CÁRIES PARA CRIANÇAS DE 3 A 5 ANOS

| Diagnóstico | Categoria de Risco | Intervenções Flúor | Dieta selante | Restauradora |
|--|--|---|--|---|
| Baixo risco | Retorno a cada seis a 12 meses - Radiografias cada 12 a 24 meses | Duas vezes por dia escovando com Creme dental fluoretado | Aconselhamento sim | Vigilância |
| Risco moderado Pai engajado | Retorno de seis em seis meses - Radiografias cada Seis a 12 meses | -Duas vezes por dia escovando com Pasta de dente fluorada - Suplementos de flúor profissional - Tratamento cada seis meses. | Aconselhamento sim | -Vigilância ativa de Lesões incipientes - Restauração de lesões cavitadas com restaurações temporárias ou definitiva |
| Risco moderado Pai não engajado | -Lembre-se de seis em seis meses - Radiografias cada seis a 12 meses | -Duas vezes por dia escovando com Pasta de dente fluorada - aplicação Tópico profissional de fluoreto - Tratamento a cada seis meses | Aconselhamento, com limitado Expectativas | Vigilância ativa de Lesões incipientes - Restauração de lesões cavitadas com restaurações temporárias ou definitiva |
| Alto risco Pai engajado | -Lembre-se de três em três meses - Radiografias cada seis meses | -Escovação com pasta de dente fluoretada (com cuidado) - Suplementos de flúor Tópico profissional Tratamento a cada três meses | Aconselhamento | Vigilância ativa de Lesões incipientes - Restauração de lesões cavitadas com restaurações temporárias ou definitiva |

Figura 28 – ANEXO 5

ANEXO 5- OS CÓDIGOS E DESCRIÇÕES CAST

| Características | Código | Descrição |
|---------------------------|--------|--|
| Sadio | 0 | Nenhuma evidência visível de lesão cariiosa está presente. |
| Selante | 1 | Sulcos e fissuras foram, no mínimo, Parcialmente selado com um material selante |
| Restaurado | 2 | A cavidade foi restaurada com um material restaurador indireto ou direto, atualmente sem lesão de cárie e nenhuma fístula / abscesso Presente. |
| Esmalte | 3 | Mudança visual distinta em esmalte. Uma clara descoloração relacionada a carie é visível, incluindo quebra do esmalte localizada sem sinais visuais de envolvimento da dentina. |
| Dentina | 4 | Cárie relacionada com descoloração em dentina. A lesão aparece como sombras de dentina descoloridas visíveis através do esmalte que pode ou não apresentar uma visível cavitação localizada. |
| Dentina | 5 | Cavitação distinta na dentina. Não apresentando envolvimento pulpar. |
| Polpa | 6 | Envolvimento de câmara pulpar. Distinta cavitação atingiu a câmara pulpar, ou apenas fragmentos de raízes estão presentes. |
| Abscesso / fistula | 7 | Abscesso / fistula. Uma lesão com pus contendo ou não inchaço, ou trato sinusal liberando pus relacionado com um dente com envolvimento pulpar devido à cárie dentária. |
| Perdido | 8 | O dente foi removido por causa de cárie. |
| Outros | 9 | Não corresponde com qualquer uma das outras categorias |

Figura 29 – ANEXO 6

ANEXO 6 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA- FOUFRJ**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a). Esta pesquisa é sobre. “Avaliação do risco de cárie e condição de saúde bucal de bebês e crianças até 3 anos de idade.” e está sendo desenvolvida pela Aluna: Vanessa Cristina da Silva Jorge, do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ, sob a orientação da Prof^a Sonia Groisman. O presente estudo visa avaliar o risco de cárie e condição de saúde bucal e encaminhar esses resultados aos pais e coordenadoria de saúde bucal do município de São Gonçalo para encaminhamento das crianças com necessidades, as crianças também serão orientadas a realizar higienização bucal de forma lúdica de acordo com a idade. Para esta pesquisa, não haverá nenhum custo do participante em qualquer fase do estudo. Do mesmo modo, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Você terá total e plena liberdade para se recusar a participar bem como retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa.

Solicitamos a sua colaboração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não apresenta nenhum risco à população estudada, sendo os exames não invasivos e possibilitam o benefício do planejamento e implementação de estratégias preventivas para a promoção de saúde das crianças, gerando futuras crianças livres de cárie.

Esclarecemos que a participação do menor no estudo é voluntária, e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Rio de Janeiro,, ____/_____/_____

Figura 30 – ANEXO 7

ANEXO 7- CRECHES MUNICIPAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO ONDE FORAM REALIZADO AS PESQUISAS

Creche Municipal George Savalla Gomes

Endereço: Rua Dr. Getúlio Vargas 1207

Bairro: BARRO VERMELHO

Creche Municipal José Calil Abuzaid

Endereço: ESTRADA SÃO PEDOR, 02

Bairro: VISTA ALEGRE

Telefone: 3712-9872

Creche Municipal Formando Vida

Endereço: ESTRADA DA CONCEIÇÃO, 656

Bairro: MUTUAGUACU

Telefone: 2713-4980

Creche Municipal Augusto Cesar Moretti Silva

Endereço: RUA MANOEL MONTEIRO, 88

Bairro: RIO DO OURO

Telefone: 2617-4559 / 2718-7661

Creche Municipal Pastor Saulo Luiz

Endereço: LUCIO BITTENCOURT, QD 57 LT 23

Bairro: JARDIM CATARINA

Creche Municipal Pastor Adair Gomes da Luz

Endereço: RUA NILTON BERRIEL, 240

Bairro: SANTA IZABEL

Telefone: 3710-2709

Creche Municipal Prof. Cremilda Rodrigues da Cunha

Endereço: Rua Leopoldo s/n

Bairro: ELIANE

Creche Municipal Pastor Militão Ramos de Oliveira

Endereço: R. Expedicionário Francisco de Paula Moura s/n

Bairro: TRIBOBÓ

Escola Municipal Presidente Castelo Branco

Endereço: Rua: Carlos Gianelli, s/nº

Bairro: BOAÇU

Telefone: 2605-9166 / 2604-1654 / 3123-6767

Figura 31 – ANEXO 8


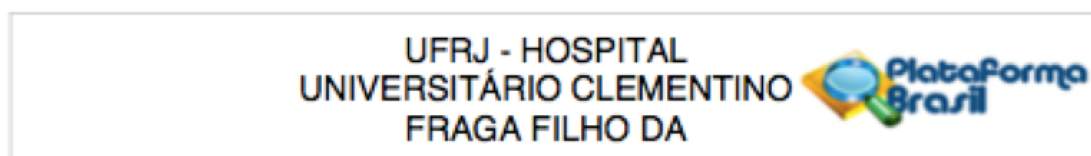
| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA</p>  | | | | |
| PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | | | | |
| DADOS DO PROJETO DE PESQUISA | | | | |
| Título da Pesquisa: Avaliação do risco de cárie e condição de saúde bucal de bebês e crianças de 0 à 3 anos de idade | | | | |
| Pesquisador: VANESSA CRISTINA DA SILVA JORGE | | | | |
| Área Temática: | | | | |
| Versão: 2 | | | | |
| CAAE: 83091718.8.0000.5257 | | | | |
| Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO | | | | |
| Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO | | | | |
| DADOS DO PARECER | | | | |
| Número do Parecer: 2.582.522 | | | | |
| Apresentação do Projeto: Protocolo 029-18 do grupo III. Respostas recebidas em 16.3.2018. | | | | |
| As informações colocadas nos campos denominados "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1071203.pdf", submetido na Plataforma Brasil em 15/03/2018. | | | | |
| Introdução: A cárie precoce da infância (CPI) é considerada um problema de saúde pública em diferentes partes do mundo, embora a saúde oral tenha sido reconhecida há milênios como componente de saúde e bem estar geral, a Federação Mundial Dentária, FDI (World Dental Federation, FDI) apresentou hoje uma nova definição de "saúde bucal", posicionando-a como uma parte integrante da saúde geral e do bem estar, a nova definição reconhece a natureza multifacetada e atributos de saúde bucal, com essa nova definição planeja-se promover a conscientização sobre as diferentes dimensões da saúde bucal e enfatizar que a saúde bucal não ocorre isoladamente, mas faz parte da estrutura mais ampla da saúde geral, desta forma torna-se necessário estudar porque existem famílias submetidas às mesmas condições sociais em que as crianças apresentam caries e outros em que as crianças estão livres da doença. O modo de se evitar a instalação da carie de acometimento | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913</td> </tr> <tr> <td>UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br</td> </tr> </table> | Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E | Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913 | UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO | Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br |
| Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E | | | | |
| Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913 | | | | |
| UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO | | | | |
| Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br | | | | |

Figura 32 – ANEXO 8 Cont.



Continuação do Parecer: 2.582.522

| | | | | |
|--|---------------------------|------------------------|------------------------------------|--------|
| Declaração de Pesquisadores | carta_de_apresentacao.pdf | 03/02/2018 16:07:19 | VANESSA CRISTINA DA SILVA JORGE | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | autorizacao.PDF | 03/02/2018 15:32:18 | VANESSA CRISTINA DA SILVA JORGE | Aceito |
| Cronograma | Cronograma_do_Estudo.doc | 03/02/2018 15:27:23 | VANESSA CRISTINA DA SILVA JORGE | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Abril de 2018


Assinado por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

Figura 33 – ANEXO 9

ANEXO 9- CADASTRO NO SITE DE ESTUDOS CLÍNICOS

Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos 03/11/19 17:27



ENSAIOS CLÍNICOS

USUÁRIO SENHA

ENTRAR [Esqueceu a senha?](#)
[Registrar-se](#)

[PT](#) | [ES](#) | [EN](#)

NOTÍCIAS | [SOBRE](#) | [AJUDA](#) | [CONTATO](#)

[Buscar ensaios](#)
[BUSCA AVANÇADA](#)

[HOME](#) / [ENSAIOS REGISTRADOS](#) /

RBR-47qws8
Avaliação do risco de cárie e condição de saúde bucal de bebês e crianças de 0 à 3 anos de idade
 Data de registro: 11 de Abril de 2018 às 17:01
 Last Update: 19 de Julho de 2018 às 15:41

Tipo do estudo:
Estudos Observacionais

Campos de Estudos Observacionais:
 Temporalidade: Retrospective
 Desenho do estudo observacional: Case-control

Título científico:

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: right; margin: 0;">PT-BR</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Avaliação do risco de cárie e condição de saúde bucal de bebês e crianças de 0 à 3 anos de idade</p> | <p style="text-align: right; margin: 0;">EN</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Assessment of caries risk and oral health status of infants and children aged 0 to 3 years</p> |
|---|--|

Identificação do ensaio
 Número do UIN: U1111-1213-8218

Título público:

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: right; margin: 0;">PT-BR</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Avaliação do risco de cárie e condição de saúde bucal de bebês e crianças de 0 à 3 anos de idade</p> | <p style="text-align: right; margin: 0;">EN</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Assessment of caries risk and oral health status of infants and children aged 0 to 3 years</p> |
|---|--|

Acronímico científico:

Acronímico público:

Identificadores secundários:
 83091718.8.0000.5257
 Órgão emissor: Plataforma Brasil
 2.582.522
 Órgão emissor: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - Universidade Federal do Rio de Janeiro

<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-47qws8/> Página 1 de 5

Url do registro(trialurl):<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-47qws8/>

Número de Registro (Register Number):RBR-47qws8

<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-47qws8/>

Figura 34 – ANEXO 10

ANEXO 10- PROGRAMA DE ATENDIMENTO E TRATAMENTO VOLTADO PARA OS PRÉ-ESCOLARES QUE ESTEJAM MATRICULADOS NAS CRECHES PUBLICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO.

Recomendações:

1-Fluoretação das águas como fator para declínio da prevalência de lesões de cariosas e seu heterocontrole, a fim de que o teor de flúor seja mantido dentro dos padrões adequados.⁸⁰ (RAMIRES et al 2007).

2-Inserção da escovação supervisionada nas creches para os grupos de médio e alto risco, dentro do currículo escolar 2 vezes ao dia, independente da idade. (CAMBRA)^{9,12,37,38,55,78}

3-A partir da triagem realizar dos pré-escolares baseado no risco individual da cada criança, implementar acompanhamento odontológico para essa população. (Ex; Risco alto 4 vezes ao ano, Risco médio 2 vezes ao ano). Ou inserir esse acompanhamento dentro do programa de saúde nas escolas.^{71,72,77,78}

4- Orientação de dieta, já que as mesmas apresentam uma dieta padronizada.

5- Palestra de promoção de saúde bucal mensalmente para os pais e cuidadores, devendo inserir no contexto palestra com equipe multidisciplinar da saúde.

Figura 35 – ANEXO 11

| PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA PRÉ-ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO. | | | | |
|--|-------------------------------|--|--|---|
| Categoria de Risco | Prevenção | Intervenções | Dieta | Restauradora |
| Baixo risco | Retorno de 12 em 12 meses | -Escovação com Creme dental fluoretado, duas vezes ao dia ⁷² | Aconselhamento | -Vigilância |
| Risco moderado Pai engajado | Retorno de seis em seis meses | - Escovação com Creme dental fluoretado duas vezes ao dia. ⁷² - Tratamento tópico profissional a cada seis meses (fluoterapia, gel e verniz de flúor) ⁷² | Aconselhamento | - Vigilância ativa de Lesões incipientes - Adequação do meio bucal |
| Risco moderado Pai não engajado | Retorno de seis em seis meses | -Escovação com Creme dental fluoretado, duas vezes ao dia -Tratamento tópico profissional Cada seis meses (fluoterapia, gel e verniz de flúor) ⁷² | Aconselhamento, Com limitado Expectativas | - Vigilância ativa de Lesões incipientes. Selamento molares Adequação do meio bucal |
| Alto risco Pai engajado | Retorno de três em três meses | -Escovação com Creme dental fluoretado, duas vezes ao dia ⁷² -Tratamento tópico profissional cada três meses (fluoterapia) ⁷² + aplicação de verniz de clorexidina 4 vezes ao ano, e adequação do meio bucal dos pais com gel de clorexidina a 1% ^{73,74,75,76,} | Aconselhamento | -Vigilância ativa de Lesões incipientes -Adequação do meio bucal - Restaurar lesões cavitadas com restaurações temporárias ou definitivas |
| Alto risco Pai não engajado | Retorno de três em três meses | -Escovação com Creme dental fluoretado, duas vezes ao dia ⁷² - Tratamento tópico profissional a cada três meses (fluoterapia) + aplicação de verniz de clorexidina 4 vezes ao ano, e adequação do meio bucal dos pais com gel de clorexidina a 1% ^{73,74,75,76,} | Aconselhamento, Com limitado Expectativas | -Vigilância ativa de Lesões incipientes, Selamento molares - Adequação do meio bucal - Restaurar lesões cavitadas com restaurações |