



PREVALÊNCIA DE CÁRIE E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS BRASILEIRAS

PREVALENCE OF CARIES AND ITS IMPACT ON ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG BRAZILIAN CHILDREN

Bonny Solange Salva Saldaña^{1*}, Fabiana Fini Adário², Fabiano Jeremias¹, Aylton Valsecki Junior³,
Silvio Rocha Corrêa da Silva³, Elaine Pereira Da Silva Tagliaferro³, Fernanda Lopez Rosell³

¹Departamento de Morfologia e Clínica Infantil, Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araraquara (SP), Brasil;

²Cirurgiã-dentista, formada pelo Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araraquara (SP), Brasil;

³Professor associado do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araraquara (SP), Brasil.

***Autor correspondente:**
Fernanda Lopez Rosell – Email: fernanda.lopez-rosell@unesp.br

Recebido: 13 dez. 2024

Aceito: 21 mai. 2025

Editores-chefes: Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira e Dr. Mateus Dias Antunes

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution

(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



RESUMO: Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de cárie dentária e seu impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em pré-escolares brasileiros de 5 anos de idade. Um total de 481 crianças foram avaliadas usando o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (ceo-d/CPO-D). O status socioeconômico e a QVRSB foram medidos por meio de questionários (B-ECOHIS). A análise estatística incluiu testes qui-quadrado ou exato de Fisher e regressão logística múltipla (método stepwise). A prevalência de cárie (ceo-d > 0) foi de 42,2%, com 37,2% das crianças apresentando cárie não tratada na dentição decídua e 4,0% na dentição permanente. A pontuação média no B-ECOHIS foi de 4,68. Crianças com cárie apresentaram pontuações significativamente maiores no B-ECOHIS (média: 7,42; DP: 8,20) do que aquelas sem cárie (média: 2,98; DP: 5,58). A análise de regressão mostrou que baixo status socioeconômico, tratamento odontológico anterior ou atual, presença de lesões cavitadas e dentes restaurados ou ausentes foram significativamente associados a um maior impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRSB).

PALAVRAS-CHAVE: Cárie Dentária, Qualidade de Vida. Saúde bucal.

ABSTRACT: This study aimed to evaluate the prevalence of dental caries and its impact on oral health-related quality of life (OHRQoL) in 5-year-old Brazilian preschoolers. A total of 481 children were assessed using the Decayed, Missing and Filled Teeth Index (dmft/DMFT). Socioeconomic status and OHRQoL were measured through questionnaires (B-ECOHIS). Statistical analysis included chi-square or Fisher's Exact tests and multiple logistic regression (stepwise method). The prevalence of caries (dmft > 0) was 42.2%, with 37.2% of children having untreated caries in the primary dentition and 4.0% in the permanent dentition. The average B-ECOHIS score was 4.68. Children with caries had significantly higher B-ECOHIS scores (mean: 7.42; SD: 8.20) than those without caries (mean: 2.98; SD: 5.58). Regression analysis showed that low socioeconomic status, previous or current dental treatment, presence of cavitated lesions, and restored or missing teeth were significantly associated with a higher negative impact on OHRQoL.

KEYWORDS: Dental caries. Quality of life. Oral health.

INTRODUÇÃO

A cárie precoce na infância (CPI) afeta os dentes decíduos de crianças menores de seis anos de idade, sendo caracterizada pela presença de superfícies desmineralizadas (cavitadas ou não), além de dentes restaurados e/ou ausentes, afetando mais de seiscentos milhões de crianças no mundo¹. A presença de CPI está relacionada principalmente ao consumo de açúcar, um biofilme complexo contendo bactérias acidogênicas e higiene bucal inadequada, associações com defeitos de esmalte, entre outros fatores².

O processo dinâmico da cárie consiste em períodos alternados de desmineralização e remineralização, com predomínio de eventos de desmineralização na superfície dentária³. O aspecto clínico das lesões cariosas varia de acordo com o envolvimento da estrutura e do tecido afetado (esmalte, dentina, raiz), variando de uma mancha branca opaca muito superficial a uma lesão de consistência macia com alta presença de agentes microbianos, como *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus*, *Actinomyces spp.*, entre outros⁴. Todos esses microrganismos contribuem para a degradação do tecido mineralizado, observando-se uma perda mineral que pode evoluir para quadros severos que comprometem a polpa dentária e, consequentemente, a manutenção do dente na cavidade oral⁴.

Dados de uma revisão sistemática com meta-análise revelaram que a prevalência global de cárie precoce na infância (CPI) entre crianças de cinco anos de idade foi de 48%. A prevalência por continente foi: África: 30%; América: 48%; Ásia: 52%; Europa: 43%; e Oceania: 82%⁵. As diferenças entre os países explicam 21,2% da variância observada no Brasil. de acordo com o último Inquérito Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil, 2010)⁶, a prevalência de cárie dentária na dentição decídua aos cinco anos de idade foi de 53,4% e o índice médio de pontuação do ceo-d (dentes decíduos cariados, extraídos e obturados) foi de 2,43 dentes, predominando o componente cariado em mais de 80% do índice⁶.

O impacto das doenças e distúrbios bucais nas pessoas e na sociedade tem sido amplamente medido por meio da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB)⁷. Avaliar a qualidade de vida pode auxiliar os profissionais a detectar outros problemas que estejam ocorrendo nos pacientes ou ser utilizada como medida de desfecho relevante após intervenções em saúde bucal⁸. Nesse ponto, estudos também demonstraram impacto negativo na QVRSB em crianças de cinco anos acometidas por cárie por meio da B-ECOHIS (Brazilian-Early childhood Oral Health Impact Scale - Escala Brasileira de Impacto na Saúde Bucal na Primeira Infância), sendo ainda pior quando há lesões não tratadas e com consequências clínicas⁹⁻¹¹. Há também evidências de alta frequência de dificuldade para comer, dormir e sorrir, tanto por dor quanto por desconforto estético^{12,13}. Todos os fatores mencionados afetam o desenvolvimento e o estado geral de saúde da criança e de suas famílias¹⁴, em comparação às crianças com lesões de cárie tratadas, que apresentam melhora significativa na QVRSB¹⁵.

A cárie dentária é um problema de saúde pública que pode afetar diversos aspectos do indivíduo, não apenas a saúde bucal¹⁶. Este estudo transversal avaliou a prevalência de cárie na dentição decídua e seu impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Busca-se gerar novas políticas para programas de atenção integral voltados para essa população, bem como incentivar a adoção de hábitos saudáveis precocemente, além da adesão às orientações dos responsáveis.

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

Este estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP (protocolo nº 27/11). O estudo foi relatado de acordo com o protocolo

STROBE. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a) questionários semiestruturados aplicados aos responsáveis; b) exame clínico intraoral das crianças.

A população-alvo deste estudo foi composta por todos os pré-escolares matriculados em 36 escolas públicas de Araraquara, SP (n=749). Em 2012 (março a junho), todos foram convidados a participar. Este tamanho amostral foi suficiente para estimar a prevalência de cárie considerando dados de um estudo anterior. O tamanho da amostra foi calculado com base na experiência de cárie de estudos anteriores realizados no município de Araraquara¹⁷, considerando um erro amostral de 15% (0,24 dentes cariados, extraídos e obturados), um ceo-d médio de 1,62, desvio padrão de 2,51, nível de confiança de 95% e perda amostral de 20%, totalizando 504 pré-escolares, mas a amostra final foi de 481.

Os pais das crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que seus filhos fossem examinados no ambiente escolar e receberam dois questionários sobre perfil socioeconômico e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) (B-ECOHIS)¹⁴.

Dentro dos critérios de inclusão, os participantes deveriam ser de Araraquara; apresentar pelo menos 16 dentes decíduos totalmente erupcionados na cavidade oral. Os motivos para a não inclusão foram: estudantes com hipoplasia dentária e defeitos no desenvolvimento do esmalte dentário causados por amelogenese imperfeita; crianças com qualquer síndrome relacionada à malformação do esmalte dentário; crianças que utilizavam aparelhos ortodônticos fixos; crianças cujos pais não concordaram com a participação no estudo.

Parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP (protocolo nº 27/11).

COLETA DE DADOS

O exame clínico foi realizado sob luz natural, no ambiente escolar, com o auxílio de espátula de madeira, espelho bucal e sonda recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Após a limpeza e secagem dos dentes com gaze estéril, foi realizada a inspeção completa por meio dos seguintes índices: ceo-d (dentes decíduos cariados, extraídos ou obturados) e CPO-D (dentes cariados, perdidos ou obturados)¹⁸. Os exames foram realizados por dois examinadores calibrados (kappa intra: 0,92 e interexaminador: 0,90). O processo de calibração foi realizado com fotografias e pacientes.

Dois questionários foram respondidos pelos pais/responsáveis: um referente ao perfil socioeconômico; além do acesso a serviços odontológicos e à QVRSB. Para QVRSB, foi utilizado o questionário "Early Childhood Oral Health Impact Scale" na versão brasileira (B-ECOHIS), contendo 13 itens. O questionário é composto por duas seções: 1) Seção de Impacto na Criança (SIC), dividida em nove itens relacionados aos domínios: sintomas orais, limitações funcionais, fatores psicológicos, autoimagem e interação social; e 2) Seção de impacto familiar (SIF), dividida em quatro itens relacionados aos domínios: sofrimento parental e função familiar. O escore total varia de 0 a 52 pontos, de acordo com a Escala Likert de 5 pontos: 0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes/de vez em quando; 3 = frequentemente; 4 = muito frequentemente; 5 = não sei. Quanto maior o escore, maior o impacto na qualidade de vida. Além disso, os escores por domínio foram calculados por meio da soma dos escores. Entretanto, as respostas classificadas como "não sei" não foram incluídas na soma final. O impacto na qualidade de vida foi classificado de acordo com a pontuação obtida no escore total do questionário, resultando em: nenhum impacto = 0; impacto fraco = 1 a 17,35; impacto médio = >17,35 a 34,70; impacto forte = >34,70 a 52.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados descritivamente. Para avaliar a associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (variável dependente) e as variáveis clínicas e socioeconômicas (variáveis

independentes), foram realizadas análises bivariadas (qui-quadrado ou exato de Fisher) e regressão logística múltipla com procedimento stepwise (apenas para as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada). A Odds Ratio (OR) e os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% foram estimados para as variáveis que permaneceram no modelo de regressão múltipla, ao nível de 5%. O teste de Mann Whitney foi utilizado para comparar as medidas do B-ECOHIS de acordo com a presença/ausência de dentes cariados. Todos os testes estatísticos foram realizados utilizando o programa SPSS.

RESULTADOS

Foram convidadas a participar da pesquisa 749 crianças de 5 anos de idade; 481 preencheram os critérios de inclusão e foram incluídas na amostra (taxa de resposta = 64%). A maioria era do sexo masculino (52,4%; $n=252$), de etnia branca (68,6%; $n=330$) e pertencente à classe C (51,6%; $n=248$). Em relação à profissão dos responsáveis, 90,6% ($n=436$) eram trabalhadores ativos. Em relação ao acesso da criança aos serviços odontológicos, 61,3% ($n=295$) já haviam realizado tratamento odontológico curativo. Os dados sociodemográficos da população estudada estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de estudo.

	n	%
Gênero		
Masculino	252	52,4
Feminino	229	47,6
Etnia		
Branca	330	68,6
Parda	112	23,3
Preta	15	3,1
Amarela	1	0,2
Não respondido	23	4,8
Profissão do respondente		
Empregado do setor privado	129	26,8
Empregado do setor público	61	12,0
Profissional liberal	31	6,4
Empresário	17	3,5
Do lar	121	25,2
Aposentado ou pensionista	7	1,5
Desempregado	32	6,7
Outros	67	13,9
Não respondido	16	3,3
Classe social		
A2	9	1,9
B1	39	8,1
B2	140	29,1
C1	164	34,1
C2	84	17,5
D	37	7,7
E	1	0,2
Não respondido	7	1,5
Histórico de tratamento odontológico		
Sim (curativo)	295	61,3
Não	101	21,0
Sim (preventivo)	80	16,6
Não respondido	5	1,0

A prevalência de cárie (ceo-d>0) foi de 42,2% (n=203), não apresentando diferença significativa em relação ao gênero (40,2% feminino e 44,0% masculino, $p=0,4434$). O índice de cárie das crianças com baixa (75,5%; n=136) e alta (24,4%; n=44) renda familiar foi, respectivamente: ceo-d/CPO-D=1,75/0,07; ceo-d/CPO-D=0,79/0,02. Entre as crianças examinadas, 273 (56,8%) não apresentaram cárie nos dentes decíduos e permanentes (ceo-d+CPO-D=0).

A prevalência de cárie não tratada (presença de lesão cavitada) na dentição decídua foi de 37,2% (n=179) e na dentição permanente foi de 4,0% (n=19). Na tabela 2, é possível observar que a média do índice ceo-d foi de $1,4 \pm 2,32$. Não houve diferença significativa no índice ceo-d em relação a sexo, etnia e classe social.

Tabela 2. Experiência de cárie em dentes decíduos e permanentes na população de estudo.

	c	e	o	ceo-d	C	P	O	CPOD
Soma	518	24	133	675	26	0	3	29
% da soma	76,74	3,56	19,70	100,00	89,66	0,00	10,34	100,00
Média	1,08	0,05	0,28	1,40	0,05	0,00	0,01	0,06
Desvio-padrão	1,98	0,26	0,81	2,32	0,31	0,00	0,10	0,33
Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Em relação aos dados sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal, a média geral (desvio-padrão) do B-ECOHIS foi de 4,68 (DP = 7,03). Para crianças com lesões de cárie cavitadas (LCC) (decíduos), a média do B-ECOHIS foi significativamente maior ($\pm 7,42$; DP 8,20) em comparação com crianças sem lesões de cárie ($\pm 2,98$; DP 5,58) ($p < 0,0001$; teste de Mann-Whitney).

As análises bivariadas mostraram associação significativa ($p < 0,05$) entre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em quase todas as variáveis do estudo (etnia, classe social, histórico de tratamento, ceo-d, experiência atual e pregressa de cárie).

Na análise de regressão logística múltipla (Tabela 3), foi possível verificar que pré-escolares de classe social baixa, com tratamento odontológico prévio/atual, com lesão cavitada e com dentes restaurados/perdidos apresentaram maior probabilidade de apresentar maior impacto na QVRSB.

Tabela 3. Análise de associação por análise bivariada* e regressão logística múltipla** entre o impacto da vida relacionado à saúde bucal e as variáveis independentes.

Variáveis		Impacto na saúde bucal relacionado à qualidade de vida da criança				
		Sem impacto n (%)	Com impacto n (%)	P valor*	OR**	P valor**
Sexo	Masculino	152 (60,3)	100 (39,7)	0,430	0,773	--
	Feminino	130 (56,8)	99 (43,2)			
Etnia	Branca	202 (61,0)	129 (39,0)	0,065	1,00	0,269
	Demais	66 (51,6)	62 (48,4)			
Classe social	Alta	135 (71,8)	53 (28,2)	0,000	1,00	0,001
	Baixa	145 (50,7)	141 (49,3)			
Histórico de tratamento odontológico (anterior/atual)	Sim	87 (40,1)	94 (51,9)	0,000	0,552	0,009
	Não	192 (65,1)	103 (34,9)			
ceo-d						--
Experiência atual	c	Ausente	211 (69,9)	0,000	0,438	<0,001
		Presente	71 (39,7)			
Experiência passada	eo	Ausente	256 (65,1)	0,000	0,357	<0,001
		Presente	26 (29,5)			

DISCUSSÃO

A cárie dentária é destacada como uma das doenças mais frequentes que acomete adultos e crianças e sabe-se que o comportamento da doença depende de diversos fatores, como estilo de vida, realidade socioeconômica e demográfica, nível educacional e acesso aos serviços de saúde¹⁹. Dessa forma, destaca-se a importância de identificar grupos com maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da doença como de fundamental importância para prevenção e tratamento^{20, 21}.

Constatou-se que a prevalência de cárie dentária entre pré-escolares de 5 anos de idade da cidade de Araraquara foi de 42,2% (n = 203), sendo 44,0% do sexo masculino e 40,2% do sexo feminino. Dados semelhantes podem ser observados em outros estudos, como o de Scarpelli et al.¹⁴, que relataram a presença de cárie em 51,3% dos meninos e 48,7% das meninas. Da mesma forma, Fernandez et al.²² encontraram uma prevalência de cárie de 43%, sendo 49% no sexo feminino e 51% no sexo masculino. Pode-se presumir, com base nos resultados acima, que crianças do sexo masculino podem ser as mais suscetíveis a lesões de cárie. No entanto, pode haver variação de acordo com a região em que os estudos são realizados. No estudo de Martins-Júnior et al.²³, não houve grandes variações em relação ao gênero, com 49,9% das crianças com cárie sendo meninos e 50,2% meninas.

A análise da média dos dentes afetados neste estudo foi de 1,4. Dentre todas as crianças examinadas, 273 (56,8%) não apresentaram cárie nos dentes decíduos e permanentes. A pesquisa realizada por Scarpelli et al.¹⁴ mostrou que 54% das crianças examinadas apresentaram ceo-d = 0, e o índice ceo-d médio foi de 2,1 (DP = 3,1), sendo que a gravidade das lesões de cárie aumentou com a idade. No estudo de Silva²⁴, em uma população de 5 anos de idade, constatou-se que 54,8% das crianças avaliadas estavam livres de cárie; no estudo de Fernandez et al.²², aproximadamente 57,0% das crianças avaliadas com idade entre 2 e 5 anos também estavam livres de cárie, resultados semelhantes aos obtidos neste estudo.

Verificou-se, portanto, que a doença cárie afeta consideravelmente a dentição decídua das crianças brasileiras, o que demonstra a importância do desenvolvimento de estratégias preventivas e educativas em saúde bucal para essa faixa etária e seus responsáveis²⁵.

A análise das condições socioeconômicas permite levar em consideração os fatores etiológicos das desigualdades sociais, como renda, escolaridade e condições de moradia^{26, 27}. O Brasil, um país com grande extensão territorial, apresenta desigualdades tanto entre diferentes regiões quanto entre diferentes cidades e até mesmo entre bairros de um mesmo município^{28, 29}.

Percebe-se que, das famílias avaliadas neste estudo, 39,1% pertencem à classe alta (classes A, B1 e B2 da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - 2010³⁰) e 59,5% pertencem à classe baixa (classes C1, C2, D e E da ABEP), sendo que 1,5% dos pais ou responsáveis pelos participantes não responderam ao inquérito socioeconômico. Segundo Scarpelli et al.¹⁴, 85,7% dos indivíduos participantes de seu estudo pertencem às classes econômicas D e C (renda familiar mensal ≤ 517 dólares americanos, o equivalente à aproximadamente a 1028 reais, quando comparado à moeda nacional, e sendo utilizado um valor de cotação de 1,9887), sendo considerados de menor renda. Assim, a maioria dos participantes desta pesquisa possui baixa renda, havendo uma variação nos resultados encontrados na pesquisa de Scarpelli et al.¹⁴, havendo relação com o nível socioeconômico e as populações das diferentes regiões avaliadas e utilizadas em ambos os estudos.

No entanto, estudos anteriores abordam dados relacionados à escolaridade materna, sendo que crianças cujas mães completaram apenas os 8 primeiros anos de estudo apresentaram maior percentual de lesões de cárie²². O conhecimento desses dados possibilita compreender a reorientação dos gastos

públicos quanto às regiões com maior necessidade de ações educativas, preventivas e assistenciais, para melhor equidade no acesso aos recursos de saúde disponíveis³¹.

Ao comparar e avaliar a relação entre saúde bucal e condições socioeconômicas, observou-se que piores condições socioeconômicas estão relacionadas à maior prevalência de cárie dentária^{22,31}. Entretanto, no presente estudo, não houve diferença significativa no índice ceo-d em relação ao sexo, etnia e classe social, resultados semelhantes ao estudo de Pereira et al.³². A relação entre o fator socioeconômico e a cárie dentária é de fundamental importância, visto que o fator socioeconômico exerce importante influência sobre o padrão alimentar, acesso ao conhecimento e à assistência à saúde, qualidade e localização da moradia, importantes fatores relacionados a fatores de risco, exposição ou protetores para que o processo de instalação da doença.

Para medidas quantitativas de problemas bucais que interferem na vida diária e no bem-estar da população, foram desenvolvidos instrumentos para mensurar o impacto da saúde bucal na vida das pessoas. Os instrumentos existentes para avaliar a qualidade de vida são, em sua maioria, desenvolvidos para adultos ou idosos, havendo, portanto, uma carência de instrumentos direcionados a crianças, especialmente em idade pré-escolar.

O questionário *Early Children Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) foi desenvolvido para aplicação em pesquisas epidemiológicas com o objetivo de avaliar o impacto negativo na qualidade de vida devido à presença de problemas bucais em crianças pré-escolares³¹. Ele considera a experiência de doenças ao longo da vida, higiene bucal e tratamento odontológico com as respostas fornecidas pelos pais^{28, 31, 32}.

A versão brasileira (B-ECOHIS), aplicada neste estudo, relatou impacto negativo da condição bucal da criança em seu bem-estar e na vida diária de seus familiares, coincidente com estudos anteriores^{9-11, 33}, sendo maior em escolares de baixa renda (49,3%), em comparação aos de maior renda (28,2%). O impacto da qualidade de vida é que existe relação entre a influência da saúde bucal na qualidade de vida dos pré-escolares, afetando também o cotidiano de suas famílias e as condições socioeconômicas^{10, 22, 32}.

Por outro lado, estudos demonstram o impacto positivo e a melhora na QVRSB após a realização de tratamento em dentes cariados de crianças^{32, 34}, como a melhora na atitude dos pais em relação à culpa, que caiu de 56,3% para 39,1%³². Instrumentos para avaliar a influência da saúde bucal na qualidade de vida de pré-escolares são essenciais para demonstrar a percepção dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos e orientar os cuidados com a saúde bucal para esse grupo populacional²⁸.

Para prevenir prejuízos à sua qualidade de vida e ao seu desenvolvimento físico, psicológico e social, é necessário incentivar novamente a organização de programas de cuidado mais abrangentes voltados para essa população vulnerável, que vão desde o incentivo à adoção de hábitos saudáveis precocemente até a conscientização sobre a importância da adoção desses hábitos em suas vidas por meio de seus responsáveis²⁵.

Os resultados desta pesquisa, comparados aos do estudo realizado por Silva et al.¹⁷, mostram que, ao longo de 10 anos, houve redução no percentual de crianças com cárie. Vale ressaltar que a doença é prevenível e controlável e pode interferir negativamente no desenvolvimento físico e emocional das crianças pré-escolares afetadas, além de impactar suas famílias.

Como limitações, é importante mencionar que os resultados deste estudo não podem ser extrapolados para todas as crianças dessa mesma faixa etária, uma vez que participaram da pesquisa apenas crianças do setor público. Além disso, a natureza transversal do estudo impossibilita o estabelecimento de relação causal entre as variáveis estudadas. Apesar das limitações, reforça-se a importância da necessidade de programas educativos, preventivos e assistenciais, tendo em vista o objetivo de minimizar as desigualdades e aumentar o nível de saúde bucal da população pré-escolar.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a prevalência de cáries e lesões cavitadas na dentição decídua foi alta. As crianças com impacto na QVRSB foram aquelas com experiência de cárie, pertencentes a classes sociais mais baixas ou com histórico de tratamento odontológico.

REFERÊNCIAS

1. Pitts NB, Baez RJ, Diaz-Guillory C, Donly KJ, Alberto Feldens C, McGrath C, et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *J Dent Child (Chic)*. 2019;86(2):72.
2. Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent*. 2019;29(3):238-48. <https://doi.org/10.1111/ipd.12484>
3. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17030. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.30>
4. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. *Dental caries: the disease and its clinical management*: John Wiley & Sons; 2015.
5. Uribe SE, Innes N, Maldupa IJljpod. The global prevalence of early childhood caries: a systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. 2021;31(6):817-30. <https://doi.org/10.1111/ipd.12783>
6. de Lucena EHG, Júnior GAP, de Sousa MFJTAdSC. A política nacional de saúde bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. 2011;5(3):53-63. <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i3.1042>
7. Genderson MW, Sischo L, Markowitz K, Fine D, Broder HL. An overview of children's oral health-related quality of life assessment: from scale development to measuring outcomes. *Caries Res*. 2013;47 Suppl 1(0 1):13-21. <https://doi.org/10.1159/000351693>
8. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vitolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;45(3):216-24. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12279>
9. Firmino RT, Gomes MC, Clementino MA, Martins CC, Paiva SM, Granville-Garcia AF. Impact of oral health problems on the quality of life of preschool children: a case-control study. *Int J Paediatr Dent*. 2016;26(4):242-9. <https://doi.org/10.1111/ipd.12182>
10. Correa-Faria P, Daher A, Freire M, de Abreu M, Bonecker M, Costa LR. Impact of untreated dental caries severity on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 2018;27(12):3191-8. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1966-5>
11. Abanto J, Panico C, Bonecker M, Frazao P. Impact of demographic and clinical variables on the oral health-related quality of life among five-year-old children: a population-based study using self-reports. *Int J Paediatr Dent*. 2018;28(1):43-51. <https://doi.org/10.1111/ipd.12300>
12. Granville-Garcia AF, Gomes MC, Perazzo MF, Martins CC, Abreu M, Paiva SM. Impact of Caries Severity/Activity and Psychological Aspects of Caregivers on Oral Health-Related Quality of Life among 5-Year-Old Children. *Caries Res*. 2018;52(6):570-9. <https://doi.org/10.1159/000488210>
13. Perazzo MF, Gomes MC, Neves ETB, Firmino RT, Barros AA, Silva LC, et al. Self-Perceptions of the Impact of Oral Problems on the Social Behavior of Preschoolers. *JDR Clin Trans Res*. 2020;5(4):342-8. <https://doi.org/10.1177/2380084419894576>
14. Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leao AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). *BMC Oral Health*. 2011;11:19. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-11-19>
15. Abanto J, Paiva SM, Sheiham A, Tsakos G, Mendes FM, Cordeschi T, et al. Changes in preschool children's OHRQoL after treatment of dental caries: responsiveness of the B-ECOHIS. *Int J Paediatr Dent*. 2016;26(4):259-65. <https://doi.org/10.1111/ipd.12192>
16. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabe E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195

- Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res*. 2017;96(4):380-7. <https://doi.org/10.1177/0022034517693566>
17. Silva SRCd, Fernandes CE, Alves RXJRdOdU. Condição da saúde bucal de escolares e pré-escolares, Araraquara-SP, 2004. 2013;36(2):145-50. Disponível em: <https://revodontolunesp.com.br/journal/rou/article/588018087f8c9d0a098b4a34>
 18. Uribe SE, Innes N, Maldupa I. The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(6):817-30. <https://doi.org/10.1111/ipd.12783>
 19. Sîrbu D, Racoviță M, Chele N, Motelica GJBAdȘaMȘM. Influența factorului microbian în apariția pericoronaritei acute. 2021;70(2):179-84. <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.32>
 20. Figueiredo MJ, de Amorim RG, Leal SC, Mulder J, Frencken JE. Prevalence and severity of clinical consequences of untreated dentine carious lesions in children from a deprived area of Brazil. *Caries Res*. 2011;45(5):435-42. <https://doi.org/10.1159/000330531>
 21. Fisher J, Berman R, Buse K, Doll B, Glick M, Metzl J, et al. Achieving Oral Health for All through Public Health Approaches, Interprofessional, and Transdisciplinary Education. *NAM Perspect*. 2023;2023. Doi: 10.31478/202302b.
 22. Fernandez MDS, Pauli LA, da Costa VPP, Azevedo MS, Goettems ML. Dental caries severity and oral health-related quality-of-life in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci*. 2022;130(1):e12836. <https://doi.org/10.1111/eos.12836>
 23. Martins-Júnior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge MLJCdsp. Validations of the Brazilian version of the early childhood oral health impact scale (ECOHS). 2012;28:367-74.
 24. da Silva RPR. Avaliação da influência da saúde bucal na qualidade de vida de pré-escolares no município de Porto Velho/RO. 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-05122011-110501/>
 25. Correa-Faria P, Paixao-Goncalves S, Paiva SM, Pordeus IA. Incidence of dental caries in primary dentition and risk factors: a longitudinal study. *Braz Oral Res*. 2016;30(1). <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0059>
 26. Hakeberg MJCDH. IMPACT OF ACCESS TO HEALTH SERVICES ON ORAL HEALTH INEQUALITIES. 2016;33(04):S2-S3. <https://doi.org/10.1177/0265539X2016033004004>
 27. Li Y, Wulaerhan J, Liu Y, Abudureyimu A, Zhao J. Prevalence of severe early childhood caries and associated socioeconomic and behavioral factors in Xinjiang, China: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):144. <https://doi.org/10.1186/s12903-017-0432-z>
 28. Xavier A, Bastos RDS, Arakawa AM, Caldana MDL, Bastos JRDMJRdOdU. Correlação entre cárie dentária e estado nutricional: pré-escolares em um município brasileiro. 2013;42:378-83.
 29. Rebelo Vieira JM, Pereira JV, Sponchiado Junior EC, Correa ACC, Santos A, Silva TSD, et al. Prevalence of dental caries, periodontal disease, malocclusion, and tooth wear in indigenous populations in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Braz Oral Res*. 2023;37:e094. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2023.vol37.0094>
 30. Cangussu MC, Cabral MBBdS, Mota ELA, Vianna MIPJRBdSMI. Risk factors for dental caries in early childhood in Salvador, in the Brazilian State of Bahia. 2016;16:57-65. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100007>
 31. Lara JS, Romano A, Murisi PU, Tedesco TK, Mendes FM, Soto-Rojas AE, et al. Impact of early childhood caries severity on oral health-related quality of life among preschool children in Mexico: A cross-sectional study. *Int J Paediatr Dent*. 2022;32(3):334-43. <https://doi.org/10.1111/ipd.12889>
 32. Pereira LF, de Deus Moura Lima M, de Moura MS, Nogueira NG, Lima CCB, de Fatima Almeida Deus Moura LJCOI. Does outpatient dental treatment have impact on the quality of life of children with early childhood caries? 2022:1-8. <https://doi.org/10.1007/s00784-021-04133-x>
 33. Brasil CdCEJCB. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). 2015;1:21-46.
 34. Rocha MFEd, Fujimaki M, Pascotto RC, Mendes LLC, Lacerda CM, Pereira OC, et al. Survival analysis of ART restorations in primary molars of preschool children: 1 year follow-up. 2018;47(2):112-8. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.03318>