

CÁRIE DA PRIMEIRA INFÂNCIA: CONHECER PARA PREVENIR

DECAY OF KINDERGARTEN: LEARN TO PREVENT

Letícia Závoli Macedo¹, Michelle Mikhael Ammari¹

¹Cirurgia-dentista pela UFF- Nova Friburgo

²Professora de Odontopediatria UFF - Nova Friburgo

RESUMO

A cárie dentária continua sendo uma das grandes preocupações da odontologia contemporânea, especialmente da odontopediatria. Devido à sua origem multifatorial e complexa, além da incapacidade da criança controlar sozinho todos os fatores que influenciam no seu aparecimento, com isso, este trabalho teve por objetivo incentivar a prevenção da cárie da primeira infância através do conhecimento desta doença. Foram utilizadas bases de dados PUBMED, LILACS e SCIELO, no período entre março de 2011 a março de 2012, buscando filtrar e selecionar trabalhos relacionados aos fatores causais da cárie da primeira infância. De acordo com a análise dos artigos estudados, pôde-se considerar que a etiologia da referida doença está fortemente associada a fatores como higiene bucal deficiente, hábitos alimentares inadequados e transmissibilidade dos microrganismos cariogênicos. Além disso, outros fatores são relacionados, como condições socioeconômicas, culturais, psicológicas e comportamentais, podendo comprometer a qualidade de vida e o bem-estar da criança. A abordagem precoce da saúde bucal na criança é de suma importância, visto o impacto que promove no decorrer de toda sua vida. Com isso, sua prevenção deve ser priorizada de modo mais precoce possível, através de uma abordagem multiprofissional, para repercutir em saúde bucal não só para bebês e crianças, mas para todo o núcleo familiar.

Palavras-Chaves: Conhecimento. Cárie dentária. Responsáveis.

ABSTRACT

Dental caries remains a major concern of contemporary dentistry, especially in pediatric dentistry. Due to its multifactorial origin and complex, and an inability to control the child alone all the factors that influence its appearance, thus, this work aimed to encourage prevention early childhood caries through the knowledge of this disease. We used PUBMED, LILACS, and SCIELO in the period between March 2011 and March 2012, seeking to filter and select papers related to causal factors of early childhood caries. According to the analysis of the articles studied, we can consider that the etiology of the disease is strongly associated with factors such as poor oral hygiene, eating habits and transmissibility of cariogenic

microorganisms. In addition, other factors are related, such as socioeconomic, cultural, psychological and behavioral, can compromise quality of life and well-being of children. The early approach of oral health in children is of paramount importance, given the impact that promotes the course of his life. Thus, its prevention should be prioritized so as early as possible, through a multidisciplinary approach to oral health repercussions not only for babies and children, but for the whole family.

Keywords: Knowledge. Dental caries. Parents.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária continua sendo uma das grandes preocupações da Odontologia contemporânea. Devido a sua origem multifatorial e complexa, além da incapacidade da criança controlar sozinha todos os fatores que influenciam no seu aparecimento, a participação dos pais e profissionais da saúde são fundamentais para a sua prevenção. A abordagem precoce da saúde bucal na criança é de suma importância, visto o impacto que promove no decorrer de toda sua vida. Com isso, a prevenção dos fatores causais dessa doença deve ser priorizada de modo mais precoce possível para repercutir em saúde bucal não só para crianças, mas para todo o núcleo familiar.

REVISÃO DE LITERATURA

É aceito e estabelecido universalmente que a cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa e dieta-dependente, que produz uma desmineralização das estruturas dentárias. Esse conceito de cárie é embasado por Keyes⁽¹⁾ (1998), que pontuou os principais fatores etiológicos envolvidos no aparecimento e progressão desta doença: dente susceptível, microrganismo e dieta, determinando assim a cárie dentária⁽²⁾.

Com isso, adicionou-se a estes fatores o fator etiológico tempo, relatando que a cárie dentária é resultado de um processo crônico, que aparece após algum tempo da presença e da interação do biofilme, além da frequência da ingestão da dieta cariogênica^(2,3). A partir disso, sendo considerada uma doença comum, complexa e crônica, resultante de um desequilíbrio de múltiplos fatores ao longo do tempo^(4,5).

Os fatores relacionados à etiologia da cárie dentária juntamente com a formação do biofilme faz com que autores como Fejerskov⁽⁶⁾ (1997), considerem a cárie dentária como uma doença multifatorial, porém de uma única causa: o biofilme.

A susceptibilidade do hospedeiro (dente) à cárie é determinada pelo grau de mineralização do esmalte, proporcionando maior ou menor resistência à dissolução ácida, cuja mineralização

também é regida por fatores intrínsecos que ocorrem durante a formação do dente e os extrínsecos, que são fatores ambientais e locais ⁽⁷⁾. Como os dentes decíduos são menos mineralizados que os permanentes, estes serão mais susceptíveis, já que a resistência do esmalte é menor a um pH mais alto e fraco ⁽²⁾. Da mesma forma, a saliva atua como hospedeiro e possui participação no processo de desmineralização (des) e remineralização (re), pois em sua composição existem íons cálcio, fósforo e flúor produzindo um efeito de remineralização, que faz com que não ocorra a formação da lesão ⁽³⁾. A participação de grupos de microrganismos é indispensável e inquestionável, já que a lesão de cárie passa pelo metabolismo bacteriano, culminando com a formação de ácido e consequente desmineralização do esmalte, desencadeando o processo fisiológico de des-re, não determinando, porém, a cárie dentária. A cárie dentária é uma doença infecciosa e complexa, com grupos de bactérias que estão mais relacionadas aos seres humanos. Dentre eles, o mais comum é o *Streptococcus* do grupo *mutans*, que são transmitidos pelo contato salivar entre humanos, e a implantação bucal, propriamente dita, inicia-se com a colonização das superfícies dentárias ⁽⁸⁾.

Os *Streptococcus mutans* atuando sobre a sacarose determinam a formação de ácidos. Quando a acidificação é alta e o pH cai para menos de 5,2 existe a possibilidade de ocorrer desmineralização e consequente ruptura do esmalte com início de formação de lesão cariada ⁽³⁾. Há autores que consideram o microrganismo como um fator participativo na etiologia da cárie e não determinante ⁽⁷⁾.

Definição

O termo “cárie de mamadeira”, muito usado no passado, descrevia a cárie dentária em bebês, porque a amamentação noturna age nos quatro fatores etiológicos da doença: hospedeiro, a microflora, o substrato e o tempo ⁽³⁾. Essa denominação vem do inglês *nursing bottle decay*, *baby bottle syndrome* ou *baby bottle tooth decay*, e é caracteristicamente reconhecida pelo aspecto de “cárie rampante”, ou seja, afeta um grande número de superfícies em pouco tempo ⁽⁸⁾. Todavia, a Academia Americana de Odontopediatria - AAPD⁽⁴⁾ (2008), junto com a Academia Americana de Pediatria – AAP, reconheceram que a apresentação clínica não foi consistentemente associada somente às práticas de alimentação. Com isso, adotou-se o termo “cárie da primeira infância” para refletir melhor a sua etiologia multifatorial ⁽⁴⁾, até mesmo porque o consumo frequente de sacarose e a inadequada higienização do biofilme podem provocar a cárie dentária, independente se o veículo de consumo for ou não a mamadeira ⁽⁸⁾.

Quando a cárie dentária ocorre na dentição decídua, apresentando etiologia complexa e multifatorial, envolvendo microrganismos cariogênicos, carboidratos fermentáveis e superfícies dentárias susceptíveis ⁽⁹⁾, é denominada Cárie da Primeira Infância (CPI). Possivelmente a maturidade do sistema imune aliada à ineficácia na higienização da cavidade bucal, hábitos alimentares noturnos, alto consumo de carboidratos fermentáveis e as propriedades estruturais de dentes recém erupcionados, confere à CPI o caráter agressivo e de rápido desenvolvimento característico da doença ⁽²⁾.

Características clínicas

A cárie da primeira infância geralmente compreende um ou mais dentes cariados, perdidos (devido à cárie) ou restaurados ⁽¹¹⁾. Já o padrão de cárie de superfície lisa, atípica e de forma mais grave e agressiva, acometendo crianças menores de três anos, é denominada cárie severa da infância ⁽¹¹⁾. Esta doença inicia-se com o desenvolvimento de lesões de cárie, tipo mancha branca, nos incisivos superiores, próximo à margem gengival. Se o hábito não é interrompido e a doença evolui livremente, as faces vestibulares dos caninos e as oclusais dos segundos molares também são acometidas. Nesse período, muitas vezes, já se nota a perda das coroas dos quatro incisivos superiores, o que é a característica mais marcante nesses casos ⁽⁸⁾.

De acordo com a literatura, os dentes mais afetados são, em ordem crescente, os incisivos centrais e laterais superiores, molares inferiores, molares superiores e caninos superiores. A progressão da doença segue praticamente a sequência de erupção dos dentes decíduos, sendo que os incisivos inferiores constituem uma exceção, uma vez que são geralmente os primeiros dentes a erupcionar e os últimos a serem afetados pela cárie. Isto se dá porque os incisivos inferiores são protegidos pela posição da língua durante o ato da sucção e pelo fluxo salivar intenso na região ⁽¹²⁾. Geralmente as lesões originárias de aleitamento materno exclusivo são menos extensas e graves do que aquelas originadas pelo uso da mamadeira ⁽³⁾.

Em bebês, a morfologia também pode ser um fator de risco dependendo das características e da ocorrência de defeitos no esmalte, como fóssulas e fissuras mal coalescidas ou em locais incomuns, o que favorece ao acúmulo de biofilme ⁽⁸⁾.

Diagnóstico

As características agressivas deste tipo de cárie, atingindo uma idade precoce e em alta prevalência, tornam-na um padrão de cárie que requer atenção especial. O diagnóstico precoce das lesões iniciais, ainda em estágio reversível, e a avaliação dos fatores determinantes tornam-se fundamentais no estabelecimento de um tratamento mais simples,

menos invasivo e de menor custo ⁽¹²⁾. O exame físico-clínico permite ao profissional diagnosticar os desvios de normalidade, com o objetivo de estabelecer o diagnóstico e tratamento precocemente, de acordo com as necessidades individuais do paciente. O exame radiográfico é indispensável e fundamental entre os dados necessários para a elaboração do diagnóstico e plano de tratamento ⁽¹³⁾.

Quanto à presença ou ausência de cárie, a atividade só pode ser afirmada a partir do momento em que se encontrem, pelo menos, lesões de cárie incipientes do tipo mancha branca ativa: o indivíduo é cárie-ativo. Por outro lado, se nunca teve experiência de cárie, ou se apresenta lesão inativa (mancha branca sem brilho) ou crônica (enegrecida), no momento o indivíduo é cárie-inativo ⁽⁸⁾.

Levantamento Epidemiológico

Sabe-se atualmente que a prevalência da cárie dentária nas populações, em geral, tem apresentado reduções significativas nos últimos anos. Porém os índices de cárie da primeira infância, ainda vigentes, representam um importante indicador da precária saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos de idade. Tal fato vem contribuindo para o aumento do risco e progressão da doença ⁽⁹⁾.

Na literatura nacional, estudos realizados mostram que foi encontrada uma prevalência de cárie de 53,3% em crianças de 0-30 meses de idade, considerando todos os estágios da lesão ⁽¹²⁾. Dados epidemiológicos brasileiros mostraram que 27% das crianças entre 18 a 36 meses já apresentavam experiência de cárie. Aos 5 anos chega a 60% e aos 12 anos 90% apresentaram a doença ⁽⁸⁾.

Em relação à redução da prevalência de cárie da população, é fundamental o seu reconhecimento como uma doença e, portanto, passível de prevenção e controle, desde que os elos da cadeia de transmissão sejam quebrados ⁽⁹⁾.

Fatores de risco

Hábitos alimentares: O papel da dieta na aquisição da cárie da primeira infância é crítico. Existe um período de acomodação entre as crianças e os membros da família, e esta adaptação está relacionada à dieta do núcleo familiar, que oferece alimentos doces, os quais, culturalmente, apresentam significado de amor e afeto, e assim aumenta a frequência do consumo de açúcar nesta idade ⁽³⁾. Em relação à dieta, a ingestão de pequenas quantidades de açúcar várias vezes ao dia deve ser evitada, uma vez que isso leva à manutenção do pH bucal em valores críticos, ou seja, pH menor que 3, durante amplos períodos de tempo. Recomenda-

se ingerir alimentos açucarados imediatamente após as refeições, seguido de correta higiene bucal ⁽²⁾.

Quanto ao aleitamento materno não existem restrições, pois ele é importante tanto para o desenvolvimento físico como para o emocional da criança nesta idade ⁽³⁾. Ao comparar clinicamente o efeito do leite materno e bovino, observaram que as lesões originárias de aleitamento materno exclusivo eram menos extensas e graves do que as originadas do uso de mamadeira ⁽³⁾.

Uso de medicamentos: As crianças que necessitam utilizar medicamentos adoçados durante longos períodos, fazem parte necessariamente do grupo de risco à cárie dentária e merecem atenção especial para a prevenção. Além disso, remédios caseiros à base de xaropes de mel ou açúcar devem ser desestimulados, principalmente quando fornecidos durante o sono, onde os fatores salivares estão diminuídos ^(14,15). Se o uso for crônico, estes devem ser substituídos por outros sem adição de açúcar na composição, sempre fazendo enxague e higiene bucal após o uso ⁽¹³⁾.

Desnutrição: A dieta e a nutrição desempenham um papel significativo na integridade dos tecidos orais. A deficiência energético-protéica pode gerar hipoplasia de esmalte durante a odontogênese e afetar as glândulas salivares, além de reduzir o fluxo salivar, aumentando a susceptibilidade dos dentes à lesão de cárie ⁽¹⁴⁾.

Higiene bucal: Sabendo que um dos principais fatores etiológicos para o estabelecimento da cárie dentária é a presença de biofilme, a higiene bucal assume um papel de extrema importância, uma vez que a remoção do biofilme ainda é considerada o mais efetivo e acessível meio de prevenção à cárie ⁽¹⁶⁾. A realização da higiene bucal na primeira infância tem por finalidade a retirada de restos alimentares, manutenção da cavidade bucal saudável, potencializar a função remineralizadora da saliva, e ainda ajuda a criar hábito de higienização ao longo da vida ⁽⁷⁾. Todavia, para alguns autores ⁽¹³⁾, este hábito não deve ser realizado após a amamentação, pois remove imunoglobulinas presentes no leite materno, importantes para a proteção do bebê contra infecções. O grande problema para as crianças alimentadas com o uso da mamadeira é a sua utilização na hora de dormir, pois a criança adormece antes da higiene bucal, tendo risco de desenvolver a cárie da primeira infância ⁽¹²⁾.

Transmissibilidade: O reconhecimento da cárie dentária como uma doença causada por meio de infecção por microrganismos específicos é de extrema importância, pois permite uma atitude por parte dos pais de modo a interferir na iniciação ou progressão da doença em seus filhos⁽¹⁶⁾. A aquisição de *Streptococcus mutans* em bebês ocorre em um período de idade bem definido, o qual foi definido por pesquisadores como “janela da infectividade”⁽¹⁸⁾. Esses autores analisaram crianças e suas mães em estudo longitudinal e esses microrganismos foram detectados em 25% das crianças aos 19 meses e 75% das crianças aos 31 meses de idade. Um estudo mostrou que a fonte de infecção primária está na mãe, e pesquisas indicam que 90% das famílias abrigam a mesma cepa. Mães e filhos compartilham a mesma cepa de *Streptococcus mutans*, comprovando que elas são as principais fontes para a aquisição desse microrganismo pelas crianças⁽¹⁸⁾.

Com a melhor compreensão da dinâmica do processo saúde/doença, ficou clara a necessidade de se implementar a atenção odontológica para o binômio mãe/criança, pois a ciência já comprovou a transmissão vertical, que se dá pela passagem de microrganismos da mãe para o filho, e a principal fonte a partir do qual as crianças adquirem bactérias cariogênicas é a saliva da mãe, através de beijo na boca, soprar a papinha e pelo hábito da criança colocar a mão na boca da mãe e voltar para a sua boca⁽⁸⁾. Já a transmissão horizontal é definida como transmissão entre membros da família ou grupo, tais como creches e escolas, sendo necessário eliminar o compartilhamento de utensílios, chupetas, ajudando a diminuir a aquisição de microrganismos pelas crianças⁽⁹⁾.

Nível socioeconômico cultural: A cárie dentária não é uma “doença da pobreza” como as enfermidades transmissíveis e a desnutrição, e sim uma consequência do desenvolvimento, o qual costuma apresentar como um dos seus efeitos perversos um ativo incremento nos padrões do consumo de açúcar⁽¹⁹⁾, porém existe a associação entre o aumento do risco de cárie da primeira infância e uma baixa condição socioeconômica familiar e reduzido nível de escolaridade materna⁽⁵⁾. A promoção e manutenção da saúde de uma comunidade dependem da sua realidade sócio-comportamental. A conduta das pessoas frente à manutenção da saúde bucal é condicionada pelo conhecimento que as mesmas possuem⁽⁹⁾. Dentro deste contexto, conhecer os hábitos, crenças, valores, a organização da comunidade onde os indivíduos estão inseridos, além do conceito de qualidade de vida e processo saúde/doença, permite elaboração de estratégias coerentes com a realidade de cada um^(8,16).

Medidas de prevenção

Novos conceitos foram desenvolvidos a partir do princípio de que a educação gera hábitos de vida saudáveis, surgindo então a necessidade de uma atuação precoce, no intuito de manter a saúde, antes mesmo de prevenir a doença ⁽¹⁷⁾.

Há décadas atrás, existiam recomendações para que os pais levassem os filhos ao dentista após os três anos de idade, porque se acreditava que a criança só poderia cooperar a partir desta idade. Quando se falava em atender bebês, a população estranhava, pois pensava-se que a criança com esta idade não possuía problemas e que só deveria ir ao dentista quando necessitasse ⁽³⁾. Entretanto, existe uma concordância atual de que a primeira visita ao dentista deve ocorrer por volta dos seis meses de idade, coincidindo com a erupção dos primeiros dentes, e, na consulta, fazer um plano de visitas para controle regular ^(3,9). Como as gestantes são mais colaboradoras em assumir a responsabilidade pelos cuidados com a saúde bucal de seus filhos a primeira consulta deve ser realizada durante o pré-natal, onde receberá orientações não só do seu bebê, mas da sua própria saúde ⁽³⁾.

A associação entre higiene bucal e o uso de fluoretos é a maneira mais racional de controlar a cárie dentária. Porém, mais importante que ter fluoreto incorporado na estrutura mineral do dente, é ter fluoreto disponível na cavidade bucal para potencializar a remineralização do dente, reduzindo a atividade bacteriana do biofilme ⁽¹⁰⁾. Dentre todos os meios de utilização de fluoreto, o dentifrício fluoretado é o mais racional, pois associa a desorganização do biofilme dental, cujo acúmulo é necessário para desenvolvimento da doença, à exposição da cavidade bucal ao fluoreto ^(10,20). Alguns autores ⁽⁸⁾ recomendam que o dentifrício contendo flúor seja utilizado em crianças maiores de 2 anos de idade, colocando-se apenas uma pequena quantidade na escova dental, como um grão de arroz. Em relação à água de abastecimento, a presença de flúor é um fator importante para a prevenção da cárie na primeira infância ⁽⁵⁾, pois reduz a possibilidade de cárie em cerca de 50%, além de melhorar condições dos dentes ⁽³⁾.

Responsabilidade dos profissionais de saúde

Considerando a precocidade das consultas de bebês aos pediatras, deve-se ter em mente que, muitas vezes são esses profissionais os primeiros agentes a manipular as crianças, sendo de importância fundamental na educação, reconhecimento de anormalidades e encaminhamento precoce aos odontopediatras, fato que demonstra a importância de maior interação entre profissionais de Medicina e Odontologia no atendimento a crianças de pouca idade ⁽⁹⁾.

DISCUSSÃO

A cárie dentária, ao longo dos anos, tornou-se uma doença comum e endêmica em várias populações. Porém muitos profissionais da saúde não obtêm conhecimento necessário sobre este assunto ^(5,8). Para Fejerskov ⁽⁶⁾ (1997) a cárie dentária é uma doença multifatorial de uma única causa: o biofilme. E os dentes decíduos estão mais susceptíveis a esta doença, pois esses dentes ainda estão nos estágios de calcificação, mineralização e incorporação de flúor ⁽³⁾.

É de senso comum que o grupo de bactérias que está mais relacionada à cárie dentária em humanos seja o *Streptococcus mutans* ^(3,8).

A Cárie da Primeira Infância é uma doença com etiologia complexa e multifatorial, envolvendo microrganismos cariogênicos, carboidratos fermentáveis e superfícies dentárias susceptíveis ⁽⁹⁾. Alguns autores ^(2,4) relatam ser uma doença de caráter agressivo e de rápido desenvolvimento pela falta de maturidade do sistema imune aliada aos hábitos deficientes de higiene bucal, alimentação noturna, dentes susceptíveis e alto consumo de carboidratos fermentáveis. Sendo assim, torna-se importante a necessidade de os profissionais da saúde atuarem de forma precoce em relação a esta doença.

Vários termos surgiram ao longo dos anos para descrever a cárie dentária na dentição decídua. O termo “cárie de mamadeira” descreve bem porque a amamentação noturna age nos fatores etiológicos da doença ⁽³⁾. Porém, sabe-se que não é somente pela amamentação noturna que se adquire cárie dentária, mas sim por um conjunto de fatores etiológicos ⁽⁸⁾. Sendo assim, a Academia Americana de Odontopediatria ⁽⁴⁾ junto com a Academia Americana de Pediatria adotaram o termo “cárie da primeira infância”.

Há um consenso na literatura sobre as características clínicas da cárie da primeira infância, sendo de grande importância que não só os cirurgiões-dentistas, mas médicos pediatras e obstetras as conheçam. Autores a definem compreendendo ser um ou mais dentes cariados, perdidos ou restaurados, e a forma mais agressiva e atípica corresponde à cárie severa da infância ^(11,12). Os dentes mais afetados são, em ordem crescente, os incisivos centrais e laterais superiores, molares inferiores, molares superiores e caninos superiores. Os incisivos inferiores são menos afetados, porque são protegidos pela posição da língua durante o ato de sucção e fluxo salivar intenso na região ⁽¹²⁾.

Por se tratar de uma doença agressiva atingindo uma idade precoce e de alta prevalência, autores ^(12,13) relatam a importância de um diagnóstico precoce das lesões iniciais, para que o tratamento seja mais simples, menos invasivo e de menor custo, sendo o exame radiográfico indispensável. É fundamental também que o profissional tenha conhecimento de que a

atividade de cárie só pode ser afirmada a partir do momento que se encontre lesões do tipo mancha branca ativa ⁽⁸⁾.

Muitos trabalhos mostram a prevalência de cárie na dentição decídua. Dados reportados nos Estados Unidos ⁽⁵⁾ e Brasil ⁽¹²⁾ concluíram que a prevalência de atividade de cárie em crianças era de 41%, e 53,3% respectivamente. A cárie dentária tem tido reduções significativas nos últimos anos, mas a cárie da primeira infância não pode entrar nessa afirmação, pois sua redução não é tão significativa e cada vez mais devemos nos preocupar com esta faixa etária, para que não sejam “esquecidos” por estarem inseridos dentro de um contexto generalizado e mal interpretado, na maioria das vezes.

O papel dos hábitos alimentares para o desenvolvimento da cárie da primeira infância é bastante crítico, pois está relacionado à dieta de todo o núcleo familiar. É de grande importância a quantidade e frequência de açúcares na alimentação de crianças, pois leva à queda do pH ⁽²⁾, durante longos períodos de tempo, caso não haja a higienização bucal posteriormente.

Existem controvérsias na literatura quanto à cariogenicidade do leite materno e leite bovino. Ao comparar o leite materno e bovino concluíram que o uso exclusivo de leite materno causava lesões menos graves e extensas ⁽³⁾. Mas o mais importante é orientar quanto à higiene bucal posterior à amamentação, e, neste caso, são os pediatras os profissionais que possuem maior contato com as mães ⁽³⁾.

Existem autores na literatura chamando atenção para o uso de medicamentos, principalmente remédios caseiros, xaropes de mel ou açúcar como fatores de risco à cárie da primeira infância. Alguns autores ^(14,15) estão de acordo ao dizerem que estes devem ser desestimulados, principalmente quando fornecidos durante o sono, onde há diminuição do fluxo salivar. Para as crianças que fazem uso crônico destes medicamentos com alta concentração de sacarose, indica-se substituição por outros sem adição de açúcar na composição ⁽¹³⁾. Nesta etapa, é de grande importância a atuação da medicina na escolha do medicamento e orientação quanto à higienização posterior para remoção do açúcar.

Um fator etiológico que também está associado, porém que há pouco tempo é discutido na literatura é a deficiência energético-proteica. Todavia, atualmente autores ⁽¹⁴⁾ já relataram em seus estudos a associação significativa entre esta deficiência e o aumento do risco da cárie na primeira infância.

A remoção do biofilme ainda é considerada o mais efetivo e acessível meio de prevenção à cárie dentária em crianças pré-escolares, mas ainda assim, muitas mães não a realizam de maneira adequada. Além disso, muitas consideram desnecessária a realização desse hábito

quando o bebê ainda não possui dentes. Alguns autores compartilham a mesma opinião sobre a manutenção da cavidade bucal saudável ao realizar sua higiene, além de potencializar a função mineralizadora da saliva e criar hábitos quando o bebê ainda não possui dentes. Alguns autores compartilham a mesma opinião sobre a manutenção da cavidade bucal saudável ao realizar sua higiene, além de potencializar a função mineralizadora da saliva e criar hábitos adequados ^(7,8). Entretanto outros contraindicam esse hábito após a amamentação, pois remove imunoglobulinas presentes no leite materno, o que garante proteção ao bebê contra infecções ⁽¹³⁾. A cárie da primeira infância está fortemente ligada ao seu caráter noturno/sono, tendo em vista que logo após a amamentação a criança dorme e não é realizada a higienização do meio bucal.

Através da biodiversidade existente na cavidade bucal do ser humano, a microbiota funciona como um fator etiológico sempre presente, sendo parte da natureza de um indivíduo. A literatura é unânime ao relacionar a transmissão de microrganismos, principalmente os *S. mutans*, das mães para seus filhos, chamada de transmissão vertical. Estudo realizado ⁽¹⁸⁾ revelou que aos 31 meses de idade, 75% das crianças apresentavam os mesmos microrganismos detectados em suas mães. Essa associação também é descrita por outros autores ⁽⁸⁾. Alguns pesquisadores já relacionam a microbiota dos filhos não só com a mãe, mas sim com todo o núcleo familiar, creche e escolas, através do compartilhamento de utensílios e chupetas ^(9,16).

A cárie dentária não deve ser considerada uma “doença da pobreza”, e sim uma consequência do desenvolvimento econômico e cultural ⁽¹⁹⁾, o qual representa um dos seus efeitos perversos um ativo incremento nos padrões do consumo de açúcar. Porém, autores associam o aumento do risco de cárie dentária com a baixa condição socioeconômica familiar e reduzido nível de escolaridade materna ⁽⁵⁾.

A prevenção da cárie dentária, principalmente em crianças, já é um assunto bastante discutido nos dias atuais. Cada vez mais existem implementações de ideias a partir do princípio de que a educação gera hábitos saudáveis e esta deve atuar o mais precocemente. Porém, pouca ênfase tem-se dado à prevenção precoce, destinada a bebês e gestantes ⁽¹⁷⁾.

Em relação à idade da primeira consulta da criança ao cirurgião-dentista, vale salientar que as idades são controversas na literatura. Há décadas atrás a recomendação era que a primeira consulta ocorresse após os três anos, devido à cooperação da criança ⁽¹⁷⁾. Recomenda-se que a primeira visita deva ocorrer por volta de 6 meses de idade, coincidindo com a erupção dos primeiros dentes ⁽⁹⁾. Ainda na mesma linha de pensamento, se a mãe não tiver recebido orientações na gravidez, a primeira visita deve ser antes dos 6 meses ⁽¹³⁾. A primeira consulta

deve ser no período pré-natal, onde a gestante está mais sensibilizada e colaboradora em assumir responsabilidades com a saúde bucal dos filhos ⁽³⁾.

Há uma variedade significativa de métodos para se prevenir a cárie na primeira infância. Dentre eles, há o destaque para a importância do flúor nas águas de abastecimento ^(3,5). Todavia, dentre todos os meios de utilização de fluoreto, o dentifrício fluoretado é o mais racional, pois associa a desorganização do biofilme dental, cujo acúmulo é necessário para desenvolvimento da cárie dentária ⁽¹⁰⁾. Crianças de todas as idades, inclusive os pré-escolares, devem utilizar dentifrício de concentração padrão de fluoreto (1000-1100ppm) e, usando a quantidade de um grão de arroz no sentido transversal da escova dental e sendo realizada pelos pais ⁽²⁰⁾. Para esses autores, essa quantidade de flúor, quando ingerida, é segura em termos de fluorose dental. Estamos de acordo com estes autores, porque devido ao baixo risco de fluorose, se usado corretamente, o benefício para a prevenção e controle da cárie na primeira infância e em todas as idades é muito relevante.

A interação multidisciplinar dos profissionais de saúde, quando bem efetivada, traz muitos benefícios para a população. Vários autores ^(8,13,16,17) estão de acordo ao afirmarem que cirurgiões-dentistas, pediatras e obstetras devem atuar juntos de modo que as informações básicas sejam incorporadas ao conhecimento dos pais.

CONCLUSÃO

É necessário que os profissionais de saúde, atuando de forma multiprofissional, aprofundem seus conhecimentos sobre a cárie da primeira infância, pois como visto, ainda é uma doença de grande preocupação na sociedade. A cárie dentária pode e deve ser evitada, não só durante os primeiros anos da criança, mas sim por toda sua vida. Com isso, sua prevenção deve ser priorizada de modo mais precoce possível, ou seja, durante a gestação, para repercutir em saúde bucal não só para bebês e crianças, mas para todo o núcleo familiar, garantindo qualidade de vida a toda a população.

REFERENCIAS

1. Keyes PH, Jordan HV. Factors influencing the initial transmission and inhibition of dental caries. *In*: HARRIS, R.S. editor. Mechanisms of hard tissue destruction. New York: **New York Academy**, 1963 p.261-283, 1998.
2. Seow WK. Biological mechanisms of early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, n. 26 (1 suppl), p. 8-27, 1998.

3. Walter, RLF, Ferelle A, Issao M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas. 1996.
4. AAPD. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. **Pediatric Dentistry**, v. 30, n. 6, p. 40-42, 2008.
5. Crall JJ. Rethinking prevention. **Pediatric Dentistry**, v. 28, n. 2, p. 96-101, 2006.
6. Fejerskov O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 25, n.1, p. 5-12, February, 1997.
7. Lima, JEO. Cárie dentária: um novo conceito. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v.12, n. 6, p. 119-130, ISSN 1415-5419, 2007.
8. Bonecker M. *et al.* **Odontopediatria**. In: GUEDES- PINTO, A.C.. 8ª ed. São Paulo: Santos, p. 1048, 2010.
9. Ramos BC, Maia LC. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v.13, n. 3, p. 303-311. ISSN 0103-0663, 1999.
10. Cury, JA; Tenuta, LMA. Evidências para o uso de fluoretos em odontologia. **Colgate Palmolive Company: Odontologia baseada em evidências**. Ano 2, n. 4, Jan/2010.
11. Drury TF, Horowitz AM, Ismail AL. *et al.* Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 59, n. 3, p. 192-197, 1999.
12. Barros SG, Castro Alves A, Pugliese LS, Reis SRA. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 15, n. 3, p. 215-222, jul./set. 2001.
13. Bonecker M, Oliveira LB, Corrêa MSNP **Abordagem odontológica em Bebês** In: GUEDES- PINTO, A.C.. 8ª ed. São Paulo: Santos, p. 1048, 2010.
14. Quiñonez RB, Keels MA, Vann jr WF. Early childhood caries: Analysis of psychosocial and biological factors in a high risk population. **Caries Research**, n.376, p. 376-383, 2001.
15. Gibson S, Williams S. Dental caries in preschool children: association with social class, toothbrushing and consumption of sugars. **Caries Research**, n. 33, p. 101-113, 1999.
16. Guarienti CA, Barreto VC, Figueiredo MC. Conhecimento dos Pais e Responsáveis Sobre Saúde Bucal na Primeira Infância. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria da Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 9, n. 3, p.321-325, set/dez. 2009.

17. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 271-274, jul./set. 2007.
18. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants. Evidence for a discrete window of infectivity. **Journal of Dental Research**; n. 72, p.37-45, 1993.
19. Pinto VG. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 23, p. 509-514, 1989.
20. Santos, APS; Nadanovsky, P.; Oliveira, BH A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. June 2012.