

FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO – FACIPE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

RAPHAEL DE SOUZA MARQUES FERREIRA
TAMIRIS MEIRA SIQUEIRA

CÁRIE PRECOCE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Recife
2018

RAPHAEL DE SOUZA MARQUES FERREIRA
TAMIRIS MEIRA SIQUEIRA

CÁRIE PRECOCE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Trabalho de conclusão de curso submetido à Faculdade Integrada de Pernambuco como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Kátia Virginia Guerra Botelho.

Recife
2018

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por cada amanhecer e por proporcionar nossa chegada até aqui. Aos nossos familiares por toda a paciência e contribuição para que nos pudéssemos ter um caminho mais fácil e proveitoso durante esses anos.

Agradecemos aos nossos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado em especial a nossa orientadora Prof. Dra. Katia Virginia Guerra Botelho, pela sua paciência ao nos orientar de forma clara e muito valiosa para conclusão do nosso trabalho.

Agradecemos também a nossa instituição de ensino por ter nos dado chance e todas as ferramentas que permitiram a chegar hoje ao fim desse ciclo de maneira satisfatória.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. METODOLOGIA.....	08
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	09
3.1 – Definições da cárie precoce na infância.....	09
3.2 – Etiologia.....	10
3.2.1 – Fatores de riscos.....	10
3.2.2 – Fatores preventivos.....	12
3.3 – Tratamento.....	13
3.3.1 – Controle da Doença.....	14
3.3.2 – Materiais Restauradores das sequelas da Cárie.....	14
3.3.3 – Prevenção.....	16
4. DISCUSSÃO.....	18
5. CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

RESUMO

A cárie precoce na infância é o termo empregado como acometimento dos dentes decíduos por lesões cariosas em crianças de 0-6 anos. Entretanto qualquer criança nesta faixa etária que apresente uma superfície dentária cariada, seja cavitada, perdida ou restaurada é considerada cárie precoce na infância.

Justificativa: Trata-se de um problema grave e atualmente vem sendo enfrentado por um grande número de crianças, principalmente as mais desfavorecidas social e economicamente, sendo uma doença de difícil solução. Está mais frequente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, onde se observa uso constante de alimentação açucarada e sob livre demanda noturna na vida dos pacientes infantis.

Objetivo: Identificar os problemas que a cárie precoce pode causar e o grau do conhecimento dos pais sobre a cárie infantil além dos métodos que os Cirurgiões Dentistas utilizam para seu controle, tratamento e prevenção.

Metodologia: Foi realizada uma revisão de literatura com base de dados como: Google Acadêmico, PubMed, Bireme, em artigos publicados entre 2010 – 2018, utilizando-se os seguintes descritores: Cárie dentária na infância, Cárie precoce, Dieta rica em sacarose e dentes decíduos cariados. Foram excluídos artigos e trabalhos científicos que abordassem cárie em dentes permanentes e que não tratassem da análise estudada.

Conclusão: Conclui-se que através da promoção de saúde, utilizando-se medidas de controle e prevenção da cárie, buscando-se a inclusão dos pais nas ações de higiene oral e controle de dieta bem como de todos os profissionais envolvidos, no primeiro ano de vida da criança, há de se prevenir e diminuir a incidência de cárie precoce, diminuindo a prevalência de cárie nessa faixa etária.

Palavras Chaves: Prevenção, Promoção, Aleitamento Materno, Destruição Precoce.

ABSTRACT

Early childhood caries is the term used as affection of deciduous teeth for carious lesions in children aged 0-6 years. However, any child in this age group who presents with a carious dental surface, whether cavitated, lost or restored, is considered to be early childhood caries. **Rationale:** This is a serious problem and is currently being faced by a large number of children, especially the most socially and economically disadvantaged, and it is a difficult disease to solve. It is more frequent in underdeveloped and developing countries, where there is a constant use of sugary food and free night demand in the lives of children. **Objective:** To identify the problems that early caries can cause and the degree of parents' knowledge about child caries in addition to the methods that Dental Surgeons use for their control, treatment and prevention. **Methodology:** We carried out a literature review with databases such as: Google Scholar, PubMed, Bireme, in articles published between 2010 and 2018, using the following descriptors: Dental caries in childhood, Early caries, Diet sucrose rich and teeth decayed deciduous. Scientific papers and papers dealing with caries on permanent teeth that did not deal with the analysis were excluded. **Conclusion:** It is concluded that through health promotion, using measures of control and prevention of caries, seeking the inclusion of parents in oral hygiene actions and diet control as well as all the professionals involved, in the first year of life of the child, the incidence of early caries should be prevented and reduced, reducing the prevalence of caries in this age group.

Key Words: Prevention, Promotion, Breastfeeding, Early Destruction.

1 INTRODUÇÃO

A academia Americana de Odontopediatria (AAPD) adotou a definição cárie do lactente e do pré-escolar (CLPE), em substituição às expressões “cárie de mamadeira” e “cárie do aleitamento materno”. O termo busca enfatizar a presença da doença cárie na dentadura decídua nos primeiros 6 anos de vida, sugerindo que após a erupção do primeiro dente e a introdução da alimentação complementar, a amamentação noturna deve ser evitada.

A cárie é uma doença cuja prevalência ainda é alta na primeira infância e traz como consequência muitas vezes a perda do elemento dentário precocemente, pois às consequências podem ser desastrosas quando hábitos alimentares inadequados são estabelecidos especialmente a partir do primeiro ano de vida, como o alto consumo de açúcares, aleitamento materno sob livre demanda e alimentação noturna, e ainda falta de controle periódico de biofilme constituem importantes fatores de riscos a esse processo. Fatores como escolaridade e condições socioeconômicas e ainda fatores relacionados às crianças envolvendo higiene bucal e dieta, estão diretamente ligados a uma maior chance de desenvolver a doença cárie, portanto ações de promoção de saúde devem priorizar a educação dos pais/responsáveis, formando-os personagens principais desse cenário (ASSUNÇÃO et al., 2015).

Sendo assim a progressão da cárie precoce na infância é bastante rápida, e se o diagnóstico não for feito rapidamente toda dentição decídua pode ser acometida pela doença, levando a uma total destruição dos elementos dentários, comprometendo muito a qualidade de vida do paciente infantil, envolvendo fatores nutricionais, estéticos, psicológicos entre outros (SILVA et al., (2015).

É necessário que a equipe de saúde bucal busque um maior entrosamento com a equipe de saúde da família, especialmente médicos e enfermeiros no sentido de que gestantes sejam encaminhadas para atendimento odontológico, iniciando um pré-natal odontológico com orientações voltadas para higiene oral dos seus filhos e a importância do atendimento pelo Cirurgião Dentista na primeira infância, buscando uma abordagem educativa, preventiva, restauradora e reabilitadora (RANK et al., 2015).

As principais medidas preventivas para a diminuição do risco da cárie precoce são: evitar o consumo de líquidos ou alimentos açucarados assim como mamadeiras e aleitamento materno pós erupção dos dentes decíduos, sob livre demanda,

implementar medidas de higiene oral pós erupção do primeiro dente, além de introduzir a escovação supervisionada com dentifrício fluoretado na escova de acordo com a idade da criança, são consideradas medidas eficazes (RODRIGUES et al., 2008).

A fluoretação das águas de abastecimentos público e uso de dentifrícios fluoretado foram extremamente significantes para o declínio da cárie dentária no nosso país. Mesmo assim, a prevalência de cárie precoce na infância no Brasil ainda é expressiva, atingindo mais de 50% da população brasileira de 5 anos de idade (BRASIL, 2010).

Dessa forma a presente pesquisa, teve por objetivo identificar os problemas que a cárie precoce pode causar e o grau do conhecimento dos pais sobre a cárie infantil além dos métodos que os Cirurgiões Dentistas utilizam para seu controle, tratamento e prevenção.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura com base de dados como: Google Acadêmico, PubMed, Bireme, em artigos publicados entre 2010 – 2018, utilizando-se os seguintes descritores: Cárie dentária na infância, Cárie precoce, Dieta rica em sacarose e dentes decíduos cariados. Assim conseguimos construir a seguinte pesquisa com 32 artigos e trabalhos científicos. Foram excluídos artigos e trabalhos científicos que abordassem cárie em dentes permanentes e que não tratassem da análise estudada.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Estudos indicam que a cárie na infância ainda é o principal agravo de saúde oral devido a sua prevalência e gravidade, podendo reconhecer que a interação entre aspectos socioeconômicos, comportamentais e biológicos constituem-se fatores de aumento na prevalência de cárie para essa faixa etária, (LOPES et al., 2015).

Uma associação entre estrutura familiar, baixa renda e baixo nível de instrução dos pais têm demonstrado um agravamento em relação á cárie, observando-se associação entre a patologia com o índice de maior prevalência de placa bacteriana nos elementos anteriores, (RAICHERT et al., 2016).

3.1 Definição da Cárie Precoce na Infância

A cárie é uma doença multifatorial, crônica e infecciosa, caracterizada pela presença de um ou mais dentes deciduos cariados (cavitados ou não cavitados), perdidos (devido a cárie) ou restaurados em crianças abaixo dos 6 anos de idade (PINHEIRO et al., 2015). É uma doença que apresenta varias sinonímias como: Cárie de mamadeira, síndrome da cárie de mamadeira, cárie de amamentação, cárie de aleitamento, síndrome de mamadeira noturna e cárie rampante. Esses termos foram substituídos por cárie precoce na infância, o qual ficou conhecida na literatura científica e reconhecida como uma patologia multifatorial e de etiologia complexa que se desenvolve em idade inferior ao habitual a partir do momento que irrompe o primeiro dente na cavidade bucal (IMPARATO et al., 2017).

Esta doença é um processo patológico localizado, de origem externa, que se inicia após a primeira erupção dentária. Seu desenvolvimento determina um amolecimento ou manchamento do tecido duro do dente decíduo e evolui até à formação de uma cavidade (LOPES et al., 2014). Pode-se entender que a cárie precoce é uma doença infecciosa, bacteriana, complexa, localizada nos dentes decíduos que provoca a destruição dentária através da ação de ácidos. Além de todos estes fatores, é progressiva, embora por vezes estabilize. Apresenta uma etiologia multifatorial, podendo ser prevenida através de hábitos saudáveis e higienização adequada.

3.2 Etiologia

A cárie precoce na infância apresenta uma etiologia multifatorial, iniciada nos elementos anteriores da arcada dentária superior. Vários fatores são necessários para que ela se desenvolva, dentre esses, estão os primários (somente se todos estiverem presentes, inicia-se e desenvolve-se a doença), e outros que são modificadores/secundários (influenciam mais ou menos significativamente a evolução das lesões de cárie). Os fatores primários essenciais são os dentes (hospedeiros), os microrganismos (agentes) e o ambiente (substrato), (IMPARATO et al., 2017).

Os fatores secundários modificadores são a higiene oral, a exposição ao flúor, o estado de saúde geral, fatores socioeconômicos, a predisposição genética e os cuidados de saúde dentária. As lesões de cárie precoce na infância são desenvolvidas a partir da presença do biofilme dentário cariogênico organizado, formado pelo consumo constante de sacarose, proporcionando a desmineralização dos tecidos dentários (CURY et al., 2013).

Bertodo, Correa, Nogueira., (2013), afirmaram que para ocorrer a formação do biofilme maduro são necessários aproximadamente 15 dias, visto que nas primeiras 4 horas ocorrem a adesão de células bacterianas na película adquirida, localizada sobre o esmalte do dente. Em seguida, de 4 a 24 horas, há um crescimento bacteriano e a formação de microcolônia de modo que a sucessão, a coagregação microbiana e o crescimento de microcolônia ocorrem no período de 1 a 14 dias. Sob este biofilme inicia a perda mineral, levando a formação da lesão de mancha branca, opaca e rugosa no esmalte, conhecida como lesão inicial. Caso não haja nenhuma medida preventiva a lesão de mancha branca pode vir a evoluir para cavidade em esmalte e avanço da doença.

3.2.1 Fatores de riscos

Estudos indicam que a cárie na infância ainda é o principal agravo de saúde oral devido a sua prevalência e gravidade, podendo reconhecer que a interação entre aspectos socioeconômicos, comportamentais e biológicos, que se constituem em fatores de aumento na prevalência de cárie para essa faixa etária (LOPES et al.,

2015). Uma associação entre estrutura familiar, baixa renda e baixo nível de instrução dos pais têm demonstrado um agravamento em relação à cárie precoce, observando-se associação entre a patologia e o índice de maior prevalência de placa bacteriana nos elementos dentários (RAICHERT et al., 2016).

Parisotto et al., (2010), ressaltaram que, criança que consome açúcar na forma sólida em alta frequência tem a maior chance de apresentar cárie na infância. As crianças brasileiras pré-escolares apresentam o maior índice de cárie devido a sua dieta rica em sacarose, muitas vezes levada de casa para a escola, e que esse fato contribuiu para o não consumo da merenda escolar. O uso de carboidratos (açúcares) bem como sua ingestão em alta frequência são fatores bastante relevantes para o estabelecimento da cárie precoce. Estudos de Lima Junior, Gonçalves, Correia., (2015) afirmaram que os alimentos cariogênicos na forma sólida ficam retidos na superfície dos dentes por tempos prolongados e dessa forma propiciam extensos períodos de produção de ácidos bacterianos e conseqüentemente saída de minerais da estrutura dentária. Por outro lado os açúcares de forma líquida permanecem na cavidade bucal por um período mais reduzido e por essa razão possui contato limitado com os tecidos dentários.

Santos et al., (2016), ressaltaram a importância nutricional à prática de alimentação infantil no período pré-escolar em especial nos primeiros anos de vida da criança, fase em que os padrões alimentares são estabelecidos e dessa forma Martins, Jetelina., (2016), afirmaram que quando os hábitos alimentares inadequados são praticados especialmente, a partir do primeiro ano de vida, como o alto consumo de açúcares e bebidas adoçadas, o aleitamento materno sobre livre demanda e alimentação noturna, e da falta de controle periódico do biofilme, constituem-se importantes fatores de risco ao desenvolvimento do processo cariogênico. São descritos como fatores de risco à cárie precoce: a prática alimentar rica em alimentos açucarados tanto na forma líquida como na forma sólida; higiene bucal deficiente; biofilme cariogênico e saliva; sexo; idade; ambiente familiar; escolaridades dos pais; renda familiar; acesso a serviço de saúde bucal e acesso ao flúor.

Imparato et al., (2017), ressaltaram que a transmissão vertical de microorganismos ocorre, principalmente, da saliva das mães ou de cuidadores com alto índice desta bactéria. Os mesmos apresentam alta concentração de streptococcus do grupo mutans na saliva, os filhos são infectados precocemente.

Estudos demonstrados por Souza et al., (2014), afirmaram que DNA bacteriano da mãe é encontrado no DNA bacteriano das crianças, favorecendo a contaminação da doença.

3.2.2 Fatores preventivos

Segundo Souza et al., (2015), para a redução da prevalência da cárie, uma boa medida preventiva seria, a primeira consulta odontológica ainda na gestação, visto que a gestante receberá informações e orientações a respeito da sua saúde e de seu filho, promovendo cuidados preventivos desde o nascimento. Um fato evidente é que pessoas que desenvolvem a cárie na infância têm grande tendência de desenvolver também na fase adulta. Assim afirmaram Scioni et al., (2012), uma nutrição adequada desde a infância, bem como o atendimento odontológico na primeira infância busca a familiarização da criança aos cuidados bucais e a prevenção de doenças. Assim como os hábitos bucais deletérios devem ser removidos antes dos 3 anos de idade, pois sua persistência exerce significativa influência no risco de desenvolvimento de oclusopatias.

Santos Junior, Roseblatt., (2015), afirmaram que a suplementação da vitamina D pode reduzir o risco do desenvolvimento de lesões cariosas e que o atendimento da criança no mínimo três vezes antes de completarem um ano e meio de idade, pareceu ser o caminho mais efetivo na prevenção da cárie dentária aos três anos de idade. Dessa forma, quanto maior a frequência das consultas, mais facilidade na mudança para a melhoria dos hábitos alimentares e de higiene oral mais saudáveis.

A odontopediatria em sua essência, supõe que o paciente atinja a idade adulta livre das doenças que acometem a cavidade bucal através de procedimentos preventivos, sendo esses iniciados durante a gestação e dando continuidade após o nascimento do bebê (MENDONÇA et al., 2015).

Klipe, Terrazzan., (2016), esclareceram nesse aspecto, ainda que no período gestacional, as gestantes devem receber informações sobre uma alimentação mais saudável e rica em elementos vitamínicos necessários a formação dentária de seu filho. Rodrigres et al., (2008), descreveram que, informar as gestantes no pré-natal sobre os cuidados bucais relacionados as gestantes e ao bebê constitui-se em uma estratégia boa em relação as medidas preventivas sobre os cuidados de higiene

oral. O aumento do número das lesões de cárie pode estar relacionado à desinformação dos pais em relação à saúde bucal, que poderia ser amenizada pela procura por atenção odontológica precoce, objetivando a promoção e prevenção de saúde bucal.

Cury et al., (2013), afirmaram que de acordo com a Associação Americana de Odontopediatria, as principais medidas preventivas para cárie precoce são: a primeira consulta odontológica realizada entre os 6 meses a 1 ano de idade, evitar o consumo de alimentos açucarados, implementar medidas de higiene bucal após o primeiro dente respeitando a quantidade de dentífrico fluoretado na escova de acordo com a idade da criança e realizar uma avaliação do risco da cárie individual para planejamento de aplicação tópica de flúor. As evidências científicas atuais, recomendam o uso de dentífricos fluoretado (1.100 ppm de fluoreto) duas vezes ao dia para todas as crianças a partir da erupção do primeiro dente, tendo como a escovação noturna a principal escovação para evitar a cárie precoce na infância.

3.3 Tratamento

Pineda, Osório, Frazin., (2014), afirmaram em seus estudos que a cárie precoce na infância exige tratamentos especiais, pois as crianças muitas vezes apresentam temperamento forte e difícil comportamento. O tratamento da cárie precoce consiste de uma abordagem educativa, preventiva, restauradora e reabilitadora. Na anamnese busca-se informações detalhadas sobre a saúde geral da criança, como: amamentação, exposição ao açúcar, hábitos parafuncionais, higienização e doenças sistêmicas relevantes na infância. Após a anamnese, investiga-se sobre a composição da dieta, orientação e treinamento do controle do biofilme, aplicação tópica de flúor e adequação do meio. Em seguida, inicia-se a remoção das sequelas da doença, constituindo-se em fases: restauradora e reabilitadora. Por fim, passa-se para a fase de preservação, controle da doença que deverá ser realizada por meio de consulta de acompanhamento de acordo com o grau de risco individual de cada paciente.

Assim, Lemos et al., (2014), afirmaram que o controle do biofilme é essencial para o tratamento da cárie precoce na infância e em função da faixa etária das crianças acometidas a responsabilidade dos pais/responsáveis nesse controle é fundamental.

3.3.1 Controle da Doença

O primeiro passo consiste em controlar os fatores etiológicos e dessa forma buscar o aconselhamento da alimentação, objetivando-se diminuir o consumo de açúcar entre as refeições tanto na forma líquida quanto na forma sólida, mantendo orientações e treinamento do controle do biofilme (PARISOTTO et al., 2010).

Dias, Raslan, Scherma., (2011), descreveram que o papel educativo dos pais é muito importante para obtenção do sucesso no controle da doença, na construção de hábitos saudáveis alimentares e de higiene bucal. Deficiências nutricionais podem causar defeitos nas estruturas dentárias, alterar quantidade e qualidade da saliva, aumentando a susceptibilidade a cárie dentária. É importante que os pais tenham conhecimento sobre os benefícios proporcionados pela amamentação natural, controle da ingestão de açúcar e correta higiene bucal.

Os estudos de Bertodo, Correa, Nogueira., (2013), apontaram para a importância do leite materno contra a colonização e estabelecimento de microorganismos orais, o que pode fortalecer ainda mais a importância do aleitamento materno na prevenção de doença, em especial a cárie dentária. Devemos tomar cuidados usando os métodos preventivos como o desmame noturno, em torno de 6-7 meses, época que normalmente erupciona os primeiros dentes decíduos para evitar aparecimento de cárie precoce.

As evidências científicas atuais recomendam o uso de dentrífico fluoretado (1.100 ppm de fluoreto) duas vezes ao dia para todas as crianças a partir da erupção do primeiro dente, tendo como a escovação noturna a principal escovação para evitar o surgimento da doença. Manter consulta de rotina, ações preventivas e educativas são fundamentais para o controle da cárie precoce na infância (CURY et al., 2013).

3.3.2 Materiais Utilizados no Tratamento Restauradores

As restaurações são necessárias devendo-se levar em consideração vários fatores como: o tipo e a etiologia da cárie, idade da criança, situação pulpar, cooperação dos pais e da criança, conscientização sobre as mudanças dos hábitos alimentares e de higiene (PINHEIRO et al., 2015).

Além desses fatores Pineda, Osório, Franzin, (2014), afirmaram que quantidades variáveis da estrutura funcional do dente são perdidas e, caso não se possa proceder ao devido tratamento, eventualmente ocorrerá necrose pulpar onde a criança passará por tratamentos mais invasivos através de endodontia.

Silva et al., (2015), ressaltaram que as medidas que a lesão da cárie se desenvolve, área de cavitação normalmente progride rapidamente e métodos restauradores devem ser empregados o mais rápido possível. Assim Borges et al., (2016), afirmaram que as sequelas da cárie precoce na infância são desastrosas assim trazendo consequências comprometedoras como: dificuldade na mastigação onde o paciente passa a não ter uma alimentação adequada, perda de peso, perda do elemento dentário, comprometimento estético, fonético, mau hálito, comprometimento do dente permanente onde as bactérias podem vir a migrar para as raízes dos dentes permanentes, podendo desenvolver abscessos e variáveis complicações sistêmicas, sendo capazes de afetar outros sistemas do organismo como: sistema nervoso, cardíaco e respiratório.

Assim Spezzia, (2017), afirmou que os Cimentos ionoméricos são o material de escolha para as restauração, forramento/base e cimentação. Os Cimentos de ionômero de vidro são resultantes de uma reação ácido-base entre partículas de vidro (pó) e um polímero solúvel em água. Apresentam várias propriedades que favorecem seu uso em crianças de uma união química ao esmalte e dentina, expansão similar a da estrutura dentária, biocompatibilidade, recarregamento e liberação de íons flúor e menor sensibilidade à umidade quando comparados com compósitos, tem sua capacidade de se unir à dentina e a de liberar fluoretos através do vidro presente em sua composição. São apresentados comercialmente em três formulações: os sistemas tradicionais pó/líquido com os poliácidos em uma solução aquosa, os sistemas anidros com o ácido desidratado incorporado no pó, e versões em cápsula.

Rank et al., (2015) afirmaram o tratamento restaurador atraumático (ART- Atraumatic Restorative Treatment) é um sistema de controle da cárie dental, que pode ser desenvolvido sem a necessidade de todo o equipamento tradicionalmente usado na Odontologia. Para realizar a técnica, são necessários poucos instrumentos, que podem ser facilmente acondicionados num recipiente e transportados em qualquer veículo, dando assistência às populações de todas as localidades. Dentre esses instrumentais estão: espelho bucal, sonda exploradora,

pinça clínica, colheres para dentina e outros para manipulação e inserção do cimento de ionômero de vidro. Geralmente não é realizada a anestesia, pois somente é removida a dentina completamente desorganizada, o isolamento do campo operatório é relativo por meio de rolos de algodão, e a remoção da cárie é manual, utilizando-se colheres de dentina.

Silva et al., (2011) afirmaram que a cavidade e a superfície oclusal, se presentes, devem ser tratadas com condicionador dentinário, sendo indicada a proteção pulpar com hidróxido de cálcio em cavidades profundas. Para manipulação do cimento do ionômero de vidro, a proporção pó/líquido deve ser rigorosamente observada, seguindo as instruções do fabricante assim como o tempo de espatulação. O aspecto brilhante, característico da mistura, indica que os ácidos ainda não começaram a reagir com o cálcio e alumínio do pó e se encontram livres para reagir com o cálcio da estrutura dental, sendo esse o momento ideal para inserção na cavidade. Spizzio, (2017), afirmou que após o preenchimento total da cavidade, o ionômero deverá também ser aplicado sobre as cicatrículas e fissuras. O profissional deve, então, lubrificar a luva com vaselina e pressionar a superfície que está sendo restaurada por 2 minutos, a fim de evitar a inclusão de bolhas e melhorar a adaptação do material as paredes cavitárias e superfície oclusal. A seguir, deve-se remover os excessos e verificar os contatos oclusais. Remove-se o excesso de vaselina, e a superfície deverá ser protegida com verniz cavitário ou esmalte cosmético. Após 24 horas o material já apresenta resistência suficiente para o acabamento final, que deverá ser realizado com brocas multilaminadas de carbide ou brocas de diamante com fina granulometria e abundante jato de água, a fim de se evitar o sobre-aquecimento e a desidratação do material.

3.3.3 Prevenção da doença

Silva, Penha., (2015), relataram que a cárie no Brasil e a perda do elemento dentário precoce ainda se constitui um problema de saúde pública e seu método de evitar a patologia é através de uma dieta e escovação com dentifício fluoretado, principalmente após as refeições principais, sendo a noturna a mais importante.

Além desses métodos preventivos, Mameluque et al., (2005), afirmaram o momento ideal para a primeira visita ao dentista, descrevendo que as gestantes afirmaram estarem desinformadas, sendo necessária a criação de um programa pré-

natal odontológico com orientações voltadas para higiene oral dos seus filhos e a importância do atendimento pelo Cirurgião Dentista na primeira infância. Assim, esse profissional pode contribuir para melhorar os indicadores de saúde bucal através de programas de promoção e prevenção, instituindo medidas que promovam mudanças de hábitos alimentares e de higiene oral para a população infantil.

4 DISCUSSÃO

A cárie precoce na infância é uma doença com alto índice de prevalência na atualidade, especialmente em áreas onde as pessoas têm menos poder aquisitivo e pouca informação sobre a importância da higienização bucal, de forma precoce em crianças (LOPES et al., 2015).

A cárie é uma doença que engloba várias sinônimas como: cárie de mamadeira, síndrome da cárie de mamadeira noturna e cárie rampante. Termos esses que foram substituídos por cárie precoce na infância, pois remetia esse padrão de cárie unicamente à mamadeira, quando na verdade essa patologia é multifatorial e de etiologia complexa. Entretanto, com base de pesquisa entre os autores, o termo mais empregado em território nacional pelos odontólogos e já consagrado na língua portuguesa é cárie precoce na infância (Losso et al., 2009).

Imparato et al., (2017), confirmaram que a expressão *earlychildhood* cárie, foi adotado em 1999 nos Estados Unidos da América com o objetivo de padronizar um termo para a denominação da cárie envolvendo dentes decíduos de crianças em idade pré-escolar, promovendo o avanço das evidências científicas mundial.

No Brasil o termo foi traduzido como cárie precoce na infância, o qual ficou consagrado na literatura científica, desta forma pode ser interpretada que a cárie na dentição decídua é uma doença que se desenvolve em crianças com idade inferior ao habitual. Toda criança que erupciona o primeiro dente na cavidade bucal, já está susceptível a cárie precoce. Como consequências do acometimento precoce, assim Assunção et al., (2015), concordaram que a cárie traz consequência e grandes destruições dentárias com prejuízos a estética, alteração de funções da fonação por envolver dentes anteriores e mastigação, perda da dimensão vertical e danos psicológicos devido a destruição parcial ou total da dentição decídua. Entretanto, segundo Raichert et al., (2016), ressaltaram que as lesões cariosas em dentes anteriores podem ser interpretadas como a evidência de atividade cariogênica excessiva que requer um programa preventivo que inclua orientações quanto aos hábitos alimentares e controle de placa bacteriana e fluoroterapia.

A cárie na infância ainda é o principal agravo de saúde oral devido a sua prevalência e gravidade, podendo reconhecer que a interação entre aspectos socioeconômicos, comportamentais e biológicos, se constituem em fatores de aumento na prevalência da cárie precoce. Assim uma associação entre estrutura

família, baixa renda e baixo nível de instrução dos pais tem demonstrado um agravamento em relação à cárie (LOPES et al., 2016).

Oliveira, Botta, Rosell, (2010), afirmaram que alguns métodos preventivos são utilizados em bebês na época do desmame noturno, em torno dos 6-7 meses e dessa forma recomendaram que a higienização bucal deve ser realizada após cada mamada e após a erupção dentária, desencorajando o uso de mamadeira e chupetas açucaradas, instaurando-se a profilaxia profissional em idade precoce e a utilização do flúor e vernizes fluoretados como agentes protetores, podendo contribuir para que as crianças possam desenvolver em relação à saúde bucal livre de cárie.

Assim para a prevenção da doença, utiliza-se controle da dieta, uso de dentifrício fluoretado (1.100 ppm de fluoreto) duas vezes ao dia com a escovação noturna a mais importante, mantendo consulta de rotina e ações preventivas e educativas (Cury et al., 2013). Além desses métodos de prevenção, afirmou Spezzia, (2017), que o material de escolha para a restauração dos elementos afetados nos pacientes infantis, são os cimentos de ionômero de vidro através de sua utilização na técnica de tratamento restaurador atraumático (ART- Atraumatic Restorative Treatment), trata-se de um método de controle da cárie dental que pode ser desenvolvido sem a necessidade de todo o equipamento tradicionalmente usado na Odontologia tendo um resultado positivo no tratamento da cárie no paciente infantil.

5 CONCLUSÃO

A exposição frequente aos açúcares em diversas formas e a falta de higienização, principalmente noturna e seu desmame no tempo incorreto, tem a probabilidade de influenciar de forma precoce o aparecimento de um tipo de lesão de cárie em crianças, acometendo os primeiros dentes erupcionados e trazendo muito prejuízo a dentição decídua. Hábitos alimentares inadequados, estabelecidos especialmente a partir do primeiro ano de vida, como o alto consumo de açúcares, aleitamento materno sob livre demanda, alimentação noturna e a falta de controle periódico de biofilme constituem importantes fatores de risco a esse processo.

Se a evolução da doença cárie não for interrompida, poderá ocorrer a destruição de vários dentes decíduos, acarretando em sérias repercussões locais, sistêmicas psicológicas e sociais, como: infecção, dor, dificuldade na mastigação, trauma psicológico, perda prematura de dentes, atividades cotidianas, função mastigatória, fonoarticulatória, favorece a instalação de prováveis problemas ortodônticos, dimensão vertical, possibilidade de perda de espaço para o dente permanente sucessores. Assim entendemos que promover saúde bucal infantil é essencial o mais precoce com o início no pré-natal odontológico, permitindo um conhecimento das gestantes, sobre alguns aspectos da saúde bucal do seu filho, devendo contribuir na qualidade de vida, bem estar e uma boa educação alimentar e nutricional da gestante e do seu bebê.

O Cirurgião Dentista pode contribuir para melhorar os indicadores de saúde bucal através de programas de promoção e prevenção, instituindo medidas que promovam mudanças de hábitos alimentares e de higiene oral para a população infantil, evitando-se assim o aparecimento e desenvolvimento da cárie precoce na infância.

REFERÊNCIAS

Assunção LRS, Villela KD, Rocha DP, Menezes SL, Pinheiro RDPS, Nascimento LS, Pinheiro HHC. **Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA.** REV ASSOC PAUL CIR DENT 2015; 69(1): 74-9.

Bertodo BB, Corrêa NFSB, Nogueira DR. **Influência do aleitamento materno no estabelecimento de microorganismo cariogênico e desenvolvimento de cárie.** UNOPAR CientCiêncBiol Saúde 2013; 15(4): 319-26.

Borges TS, Schwanke NL, Reuter CP, Kraether Neto L, Burgos MS. **Fatores associados à cárie: pesquisa de estudantes do sul do Brasil.** Rev Paul Pediatr. 2016; 34(4): 489-494.

Cury JA Tenuta LMA Feldens CA, Kramer PF. **Uso racional de fluoreto.** Feldens CA, Kramer PF, São Paulo: Santos, 2013, 312 p.

Dias ACG, Raslan S, Scherma AP. **Aspectos nutricionais relacionados à prevenção de cárie na infância.** ClipseOdonto – UNITAU. v.3, n.1, p.37-44; 2011.

Imparato JCP e et al. **Cárie precoce na infância.** Anuário 03 Odontopediatria Clínica Integrada e Atual. 1ª.ed. Nova Odessa-SP, Brasil: Napoleão Ltda; 2017. pág. 066-079.

Klipe CB, Terrazzan AC. **O Leite Materno e a cárie do Lactante e do Pré-Escolar.** Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v.17, n.3, p.515-527, 2016.

Lemos LVFN, Myaki SI, Walter LRF, Zuanon ACC. **Promoção da saúde oral na primeira infância: Idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais.** Einstein. 2014; 12(1): 6-10.

Lima Junior JLA, Gonçalves LV, Correia AA. **Alimentos x cárie; a ingestão do açúcar em excesso como fator estimulante do desenvolvimento da doença.** Ciência biológica e da saúde | recife | v.2 | n.2 | p.11-20|Dez 2015 | periódicos.set.edu.br.

Lopes LM, Vazquez FL, Pereira AC, Romão DA. **Indicadores e fatores de risco da cárie dentária em crianças no Brasil.** RFO, Passo Fundo, v.19, n.2, p.245-251, maio/ago.2014.

Lopes TR, Almeida AB, Moreira RO, Carvalho AAH, Garcia FM, Rocha CM, Siqueira LP, Fajardo EA, Pereira ER, Paula NCS, Alagoano VM, Guimarães TSD, Oliveira LM. **Determinantes Sociais e Biológicos da Cárie dentária na Infância: Uma Experiência Interdisciplinar no Pet Saúde-UFJF.** Rev. APS. 2015 jan/mar; 18(1): 30-38.

Losso EM, Tavares MC, Silva Junio YB, Urban CA. **Cárie precoce e Severa na Infância: Uma Abordagem Integral.** Jornal de Pediatria - Vol. 85, Nº 4, 2009.

Mameluque S, Souza Júnior EB, Rezende JC, Costa CCG, Vanham IM, Oliveira JM, Rocha MV, Amaral SA, Carvalho WAL. **Abordagem Integral no Atendimento Odontológico á gestante.** UNIMONTE CIENTÍFICA Monte Claro, v.7, n.1- jan./jun.2005.

Martins CLC, Jetelina JC. **Conhecimento dos Pais sobre Saúde Bucal na Infância e a Relação com o motivo da Consulta Odontologica.** J Oral Invest, 5(1): 27-33, 2016 - ISSN 2238-510X.

Mendonça CPS, Carvalho MEO, Amaral RC, Araújo TLC. **Avaliação do Grau de Conhecimento das Gestantes quanto a Saúde Oral do Bebê atendida em uma Unidade Básica de Saúde.** Revista INTERFACES, p.1 Mendonça et al., 2015.

Oliveira ALBM, Botta AC, Rosell FL. **Promoção de Saúde Bucal em bebês.** Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2010; 22(3): 247-53, set-dez.

Parisotto TM, Oliveira CS, Silva CMS, Almeida MEC, Rodrigues LKA, Santos MN. **A importância da prática de alimentação, higiene bucal e fatores socioeconômicos na prevalência da cárie precoce da infância em pré-escolares de Itatiba-sp.** Rev. Odontol. Bras. Central 2010, 19(51).

Pinheiro MLS, Nunes LRC, Colares NN, Silva IRF, Frota FDS. **Cárie precoce da infância; Aspectos etiológicos e preventivos – uma revisão de literatura.** Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica – Joac, V. 1, N. 1, 2015.

Pineda EC, Osório SRG, Franzin LCS. **Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em odontopediatria.** V.19, n.3, pp.51-55 (Jul - Set 2014).

Projeto SB Brasil. **Ministério da Saúde**, Brasil, 2010.

Raichert C, Gomes MAG, Barasuol JC, Ferreira FM, Fraiz FC, Menezes JVNB. **Cárie dentária e presença de placa visível em dentes Ântero-superiores em crianças de 0-5 anos.** REV ASSOC PAUL CIR DENT 2016; 70(1): 38-43.

Rank CLCR, Mendes LCM, Vilela REJ, Rank SM, Molina FO. **Programas de atendimento odontológico precoce no Brasil, uma revisão de literatura.** v. 7, n. 1, Jan/abr. 2015 UnirG, Gurupi, TO, Brasil.

Rodrigues HB, Baldim AA, Pereirs MSS, Carvalho LCF, Silva JBOR. **Conhecimento das gestantes sobre alguns aspectos da saúde bucal de seus filhos.** 2008; 10(2): 52-57 UFES Ver Odontol.

Santos Júnior VE, Rosenblatt A. **Impacto da deficiência de vitamina D prevalência de cárie precoce na infância; um estudo de revisão.** RFO, Passo Fundo, v. 20, n. 2, p. 248-251, maio/ago. 2015.

Santos SP, Vieira GO, Scavuzzi AIF, Gomes ISF. **Práticas alimentares e cárie dentária uma abordagem sobre a primeira infância.** REV ASSOC PAUL CIR DENT 2016; 70(1): 12-8.

Silva JM, Penha ES. **Acesso a Serviços Odontológicos e Perda Dentária em Crianças.** Revista Rede de Cuidados em Saúde ISSN-1982-6451, v. 9, n. 1 (2015).

Silval PDC, Giffoni TCR, Matsuura E. Franzin LCS, Progiante PS, Goya S. **Cárie Precoce da Infância, Qualidade de Vida e Tratamento: Revisão de Literatura.** v.24, n.3, pp.86-89 (Out-Dez 2015).

Silva FWGP, Queiros AM, Freitas AC, Assed S. **Utilização do ionômero de vidro em odontopediatria.** Odontol. Clín.-Cient., Recife, 10 (1) 13 - 17, jan./mar., 2011.

Souza JGMV, Lazzarin HC, Filipin KL, Schuarz DA. **Conhecimento das Gestantes Sobre Higiene Bucal dos Bebês em cidades da Região Oeste do Paraná, Brasil.** Arquivos do MUDI, v.19, n.2-3, p.6-17 (2015).

Souza SA, Zajkowski LA, Morais R, Queiros Y, Vieira T, Hartwing AD. **A cárie é uma doença transmissível? Fatores maternos e da criança relacionados com o desenvolvimento da cárie na primeira infância.** Arquivo Brasileiro de Odontologia, v.10, n.2, 2014.

Scilioni Filho AR, Curcio WB, Figueiredo SR, Alves RT, Leite ICG, Ribeiro RA. **Hábitos de dieta e cárie precoce da infância em crianças atendidas em faculdade de odontologia Brasileira.** Pesq. Bras. OdontopedClinIntegr, João Pessoa, 12(3): 399-404 Jul./set. 2012.

Spezzia S. **Cimento de ionômero de vidro: revisão de literatura.** Journal of Oral Investigations, v. 6, n. 2 (2017).