

UNIVERSIDADE TIRADENTES

GÉRSICA MEDRADO DE ARAÚJO
PRISCILA ALVES DA SILVA ANDRADE

ETIOLOGIA E PREVENÇÃO DA CÁRIE PRECOCE
NA INFÂNCIA:
REVISÃO DE LITERATURA

Aracaju
2016

GÉRSICA MEDRADO DE ARAÚJO
PRISCILA ALVES DA SILVA ANDRADE

ETIOLOGIA E PREVENÇÃO DA CÁRIE PRECOCE
NA INFÂNCIA:
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Bacharel em
odontologia.

ALINE SOARES MONTE SANTO

Aracaju
2016

GÉRSICA MEDRADO DE ARAÚJO
PRISCILA ALVES DA SILVA ANDRADE

ETIOLOGIA E PREVENÇÃO DA CÁRIE PRECOCE NA
INFÂNCIA:
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Bacharel em
odontologia.

Aprovado em ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Orientador _____

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Aline Soares Monte Santo, orientadora das discentes Gérsica Medrado de Araújo e Priscila Alves da Silva Andrade, atesto que o trabalho intitulado “Etiologia e Prevenção da Cárie Precoce na Infância: Revisão de Literatura” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subescrevo,

Orientadora

AGRADECIMENTOS

Se hoje comemoramos essa conquista é graças, primeiramente, a Deus, que com sua infinita bondade e misericórdia nos capacitou para chegarmos até aqui. Se não fossem as mãos Dele estendidas para nos ajudar não teríamos alcançado a glória deste momento.

Agradecemos infinitamente aos nossos pais por todo amor, dedicação, confiança e incentivo. Vocês são os nossos alicerces, amamos vocês!

À Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbramos um horizonte superior. Agradecemos imensamente pela confiança no mérito e ética aqui presentes. Em especial, a nossa querida orientadora Aline Soares, que soube de forma extraordinária nos orientar em cada etapa do presente trabalho. Somos gratas por cada palavra de incentivo, elogios, paciência e compreensão. Mostrou-nos a beleza da odontologia, maiormente da odontopediatria. Tornou-se um verdadeiro exemplo a seguir como profissional e pessoa.

A banca examinadora, nossos sinceros agradecimentos. Nos orgulhamos dos membros que a constitui.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte na nossa formação, os nossos sinceros agradecimentos!

Etiologia e Prevenção da Cárie Precoce na Infância: Revisão de Literatura

Gérsica Medrado de Araújo^a; Priscila Alves da Silva Andrade^b; Aline Soares Monte Santo^c.

^{(a),(b)}Graduandas em odontologia – Universidade Tiradentes; ^(c)MSc. Professora Aline Soares Monte Santo do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.

RESUMO

A Cárie Precoce da Infância (CPI) é uma doença multifatorial de progressão rápida e severa que acomete crianças em idade pré-escolar, sendo influenciada por diversos fatores, como: a microbiota e a dieta cariogênica, principalmente a amamentação e o uso de mamadeiras em livre demanda, aliada a falta de higienização de forma adequada dos dentes decíduos. O primeiro sinal clínico da doença é uma mancha branca na região cervical que, se não tratada, pode evoluir até a total destruição do dente. Vários tratamentos são propostos a depender da extensão das lesões cariosas, desde a aplicação tópica de flúor até tratamentos mais invasivos, como a exodontia e reabilitação ortodôntica. Desta forma, o objetivo deste trabalho é fornecer informações através de uma revisão de literatura a todos os profissionais de saúde, quanto a etiologia e prevenção da CPI a fim de nortear as suas condutas clínicas. Diversos estudos demonstram a relação direta da doença com o nível socioeconômico dos pais, elucidando a necessidade de desenvolver programas educativos/preventivos que atinjam esse grupo da população. Assim, a CPI é uma doença que deve ser prevenida, por meio do acompanhamento odontológico da criança desde a vida intra-uterina, onde serão fornecidas instruções às mães quanto aos cuidados com a saúde do bebê, enfatizando a importância do desmame noturno, assim como a dieta e higienização mais eficiente.

Palavras-chave: cárie dentária; pré-escolar; fator socioeconômico; prevenção.

ABSTRACT

Early Childhood Caries (ECC) is a multifactorial disease which progresses quickly and severely, affects children in preschool age and is influenced by many causes, such as: microbiota and cariogenic diet, mainly free demand breast and bottle-feeding, associated with lack of hygiene of deciduous teeth. According to literature, others causes are directly related with appearance of this disease, especially the socioeconomic scale of family. Its first clinical sign is a white spot in cervical region that, if not treated, can progress to total destruction of deciduous tooth. Depending on the extension of carious lesions, many treatment options are proposed, from topical fluoride application until invasive treatments, such as tooth extraction and orthodontic rehabilitation. Thus, the objective of this study is to give information, based on a literature review, to all health professionals, especially to pedodontists, about etiology and prevention of ECC, looking to guide their conduct. Many studies demonstrate the direct relation between the disease and the socioeconomic status of the country, elucidating the necessity of developing educative and preventive programs that reach this group of population. Therefore, ECC is a disease that must be prevent, with dental care of child since intrauterine life, when mothers will receive all instructions about caring of baby's health, with emphasis on the importance of nocturnal weaning, as well as the diet and more efficient cleaning.

Keywords: dental caries, preschool, socioeconomic factor; prevention.

1. INTRODUÇÃO

Apesar de todos os avanços no âmbito da promoção de saúde bucal, a doença cárie ainda acomete um número considerável de indivíduos em todo o mundo, especialmente crianças com baixa idade, sendo apontada na literatura como a principal responsável pela perda precoce de dentes (TOLEDO, 2005, CARDOSO et al., 2011).

No ano de 2003 foi realizado um levantamento epidemiológico no Brasil no qual foi observado que a prevalência da doença cárie em crianças entre os 18 e 36 meses foi de 27%, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade, elucidando preocupante aumento com avanço da idade, independente do gênero (Brasil, 2004).

Durante muitos anos os termos “cárie de mamadeira” ou “cárie rampante” foram utilizados para se referir as lesões cariosas severas em crianças, porém entraram em desuso na medida em que a multifatorialidade da doença cárie foi sendo esclarecida. De fato, nomes como esses podem transmitir a ideia de causa e efeito da doença de forma errônea e incompleta, o que por sua vez, levaria ao insucesso do tratamento, uma vez que muitos outros fatores estariam sendo ignorados. Desta forma, o termo Cárie Precoce na Infância (CPI) abrange de forma mais adequada a doença que acomete bebês e crianças em idade pré-escolar, proporcionando uma visão mais ampla da real situação clínica e das variadas opções de tratamento, como restaurações diretas com resina composta, endodontia, coroas de aço facetadas, até mesmo a exodontia dos dentes acometidos (MIYATA et al., 2014).

De etiologia multifatorial, as lesões cariosas na CPI evoluem de forma rápida e severa, atingindo principalmente os incisivos superiores. O primeiro sinal clínico da doença são manchas brancas em região cervical dos dentes, podendo progredir para extensas

cavidades até a total destruição coronária (LOSSO, 2009, PINEDA, OSÓRIO, FRANZIN, 2014).

O fator causal mais comum é o uso de mamadeiras com líquidos fermentáveis, principalmente durante o período da noite. Leites, vitaminas, xaropes, sucos e alimentos açucarados no geral constituem também agentes responsáveis diretos pela doença (LOSSO, 2009). A amamentação prolongada tem gerado diversas discussões em relação a ser ou não considerada um fator causal da Cárie Precoce na Infância. Sabe-se que o aleitamento materno, de caráter exclusivo, é muito importante para o crescimento e desenvolvimento da criança nos primeiros meses de vida, além de exercer um papel fundamental na construção do relacionamento entre a mãe e o bebê. Imparato et al. (2010), afirmam que o leite materno contém minerais, vitaminas, gorduras, proteínas e carboidratos essenciais para o desenvolvimento da criança e prevenção de futuras doenças. Entretanto, o ritmo lento de deglutição observado durante o sono, associado à diminuição do fluxo salivar, permite um contato prolongado do leite com os dentes do bebê, favorecendo a formação de ácidos pelos microrganismos, oportunizando assim o surgimento de lesões cariosas.

Existem ainda outros fatores predisponentes ao surgimento das lesões e instalação da doença, dentre eles: fatores sociais, culturais, comportamentais e principalmente os hábitos alimentares e de higiene oral. Segundo Corrêa (2010), o grande desconhecimento dos pais sobre a época ideal de levar seus filhos ao odontopediatra, somado a “surpresa” em saber que as crianças podem ter lesões cariosas em idade precoce, agravam o quadro da doença. Perdas extensas de estrutura dental, e de manifestações de dor, infecções, maloclusões, abscessos, deficiências de crescimento e envolvimento psicossocial, má nutrição e baixa autoestima, constituem-se como

algumas das inúmeras consequências da CPI.

De acordo com Corrêa (2010), o tratamento da doença se dá primariamente, de maneira preventiva a fim de conscientizar e educar os pais quanto aos hábitos alimentares, e principalmente aos de higienização oral, sensibilizando-os quanto a sua importância. Como tratamento curativo é de suma importância levar em consideração a remoção dos hábitos prejudiciais, e definir o quanto de estrutura dental foi perdida para só então elucidar o melhor e mais correto tratamento reabilitador, tomando como partida se este será conservador ou não, a depender da extensão/progressão das lesões.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde, com o objetivo de expandir o acesso dos usuários às ações básicas de saúde bucal, através da Portaria n.º 1.444 de 28 de dezembro de 2000, promoveu a inclusão da área odontológica na ESF (Estratégia de Saúde da Família), oferecendo os serviços odontológicos como uma ferramenta importante para a promoção de saúde. Os profissionais envolvidos, hoje, têm procurado melhorar a saúde bucal desde a infância, prestando assistência odontológica desde a fase pré-natal, a partir da conscientização de gestantes.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é fornecer informações através de uma revisão de literatura a todos os profissionais de saúde, quanto a etiologia e prevenção da CPI a fim de nortear as suas condutas clínicas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A Cárie Precoce na Infância, dentre outras doenças bucais é a mais frequente em crianças em idade pré-escolar, e também a principal causa da perda de dentes decíduos. De prevalência alta em todo o mundo, especialmente no Brasil, estudos apontam sua dominância na região Nordeste, elucidando relação direta da doença com os fatores socioeconômicos. Segundo a Academia

Americana de Odontopediatria as crianças com risco aumentado de desenvolver problemas de saúde oral e que possuem dificuldades no acesso aos cuidados médicos pertencem a famílias pobres, sem instrução e sem seguros de saúde (AREIAS et al., 2010, CORRÊA-FARIA et al., 2013).

De evolução rápida e severa, devido à características peculiares da dentição decídua, como esmalte e dentina delgados, projeção de cornos pulpares, pouca mineralização, a doença afeta uma grande quantidade de dentes, incidindo inicialmente e preferencialmente a face vestibular dos incisivos superiores decíduos, assim como a oclusal dos primeiros molares superiores e inferiores. Raramente atinge os incisivos inferiores decíduos (CORRÊA et al., 1991) por serem protegidos pela língua e estarem próximos as saídas das glândulas submandibulares. As glândulas secretam a saliva que, de acordo com Guedes-Pinto (2010), desempenha funções protetoras através da capacidade de diluição e neutralização de ácidos e eliminação das substâncias com potencial cariogênico. O aspecto clínico inicial da doença é a presença de manchas brancas e opacas em terço cervical dos dentes, que são áreas desmineralizadas pela presença de biofilme dental (LOSSO et al, 2009), progredindo para uma cor amarronzada ou enegrecida e, em casos avançados, pode ocorrer fraturas nas coroas dos dentes na margem gengival.

De etiologia multifatorial, o uso de mamadeiras com líquidos fermentáveis em períodos noturnos, hábitos prejudiciais como chupetas, ingestão de vitaminas, xaropes, sucos açucarados no geral aliados a precariedade de instruções e higiene constituem-se como principais agentes causadores da doença (CORRÊA, 2010). Em 1967, Kroll e Stone constataram a relação direta e relevante da amamentação durante a dentição decídua e o acometimento da CPI, sendo esta o resultado do efeito local da impregnação do leite e agentes açucarados nos dentes, devido a seu uso

prolongado. Dez anos mais tarde, em 1977, Gardner, Wordwood e Eisenson, confirmaram os estudos de Kroll e Stone em relação ao uso da amamentação prolongada como fonte causadora da CPI.

O tratamento da cárie precoce na infância depende de uma série de fatores, como: a extensão das lesões, a idade e o comportamento da criança, assim como a cooperação dos pais. Inicia-se o tratamento com a identificação dos fatores etiológicos. Inicialmente é realizada a eliminação de maus hábitos. Em segundo lugar está a aplicação tópica de flúor, pois em lesões de mancha branca sem perdas consideráveis na superfície do esmalte, o tratamento conservador é o de escolha, sempre associado a uma higiene apropriada com dentifrícios fluoretados (PINEDA; OSORIO; FRANZIN, 2014). Segundo Corrêa (2010), a grande maioria dos casos de cárie precoce chega para o profissional quando há lesões de cavitação e dor. Nesses casos, uma intervenção mais complexa deve ser realizada, para a eliminação das cavidades de cárie e focos de dor e infecção.

Em casos mais extremos existe a possibilidade da restauração e reabilitação destes dentes. Pode-se utilizar cimento de ionômero de vidro, resinas compostas, coroas de resina, coroas de acetato, coroas de aço. E em terceiro lugar até a exodontia desses dentes (PINEDA; OSORIO; FRANZIN, 2014). De acordo com Cardoso (2011), a perda precoce dos dentes decíduos pode causar problemas como a instalação de hábitos bucais deletérios, interferência na função mastigatória e consequentemente na saúde física da criança, no fator estético, psicológico e ainda acarretar problemas na fonação devido à função incorreta dos lábios e da língua. Sendo assim pode-se reabilitar a criança através da indicação de mantenedores funcionais removíveis.

Para Corrêa (2010), o tratamento sintomático da cárie não interrompe a evolução da doença no longo prazo. Ele pode evitar que a situação se agrave e que ocorram complicações de ordem

sistêmica, proporcionando conforto ao paciente. Porém tudo isso ocorrerá temporariamente. O paciente que vai ao dentista para “tratar” suas lesões de cárie precisa de orientação para não necessitar mais de tratamento curativo, ou ele continuará sempre com novas lesões.

Atualmente, o diagnóstico precoce da CPI e a identificação dos fatores de risco são indispensáveis para estabelecer as medidas preventivas e as terapêuticas que permitem diminuir o impacto negativo das complicações e repercussões desta doença. (AREÍAS et al., 2010).

O desenvolvimento dos dentes decíduos tem seu início no período intra-uterino, tornando-se importante os controles de doenças infecciosas e da dieta materna. Dessa forma, a prevenção da cárie precoce e severa da infância deve ter início na gestação. A consulta odontológica se torna importante para avaliar a condição bucal da mãe, instituindo tratamento curativo ou preventivo, principalmente com motivação para os cuidados bucais, a fim de controlar os níveis de *S. mutans* e, dessa forma, diminuir a transmissão de bactérias cariogênicas para seus bebês. Assim, para promover saúde oral infantil, é essencial o mais precoce ingresso ao programa e a inserção de hábitos saudáveis, além da adesão às orientações por seus responsáveis (LEMOS et al., 2014).

3. DISCUSSÃO

Para ser considerada Cárie Precoce na Infância deve haver a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (devido à cárie) ou restaurados antes dos 71 meses de idade (LOSSO et al., 2009, CORRÊA, 2010). Existem três classificações básicas quanto a gravidade da doença, sendo elas: leve, quando há presença de cárie em pelo menos um dos incisivos superiores e/ou nos primeiros molares superiores; moderada, quando há presença de cárie na superfície vestibular de um ou ambos primeiros molares inferiores; e severa,

se há envolvimento de múltiplas superfícies dentárias (INAGAKE et al., 2015).

Em relação aos microrganismos responsáveis pela doença cárie, Corrêa (2010) afirma que as bactérias *Streptococcus mutans* e *Streptococcus sanguis* tem sido associadas à atividade de cárie dentária, sendo o *S. sanguis* predominante nos estágios iniciais de formação da placa bacteriana. Já Guedes-Pinto (2010) defende que os microrganismos responsáveis pelo surgimento das lesões cariosas são os *Streptococcus mutans* e o *Streptococcus sobrinus*, porém o *S. mutans* é encontrado em aproximadamente 90% da população, e o *S. sobrinus* em mais ou menos 20% da população.

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2010, mostrou que aos 5 anos de idade uma criança possui em média o índice de 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado, que é responsável por mais de 80% do índice. Considerando que a cárie dentária é uma doença multifatorial, as diferenças entre as condições socioeconômicas, o acesso e os cuidados com a saúde bucal também podem justificar a enorme diferença encontrada na pesquisa, onde as maiores prevalências foram encontradas nas Regiões Norte e Nordeste, corroborando a variância de fatores relacionados ao estilo de vida, realidade socioeconômica, demográfica e acesso aos serviços de saúde com os índices da doença (Brasil, 2010).

Em 2003 foi feito um levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal, onde foi constatada prevalência de 26,85% na experiência de cárie em crianças entre 18 e 36 meses, constituindo assim um sério problema de saúde com maior prevalência em grupos e regiões com os menores níveis socioeconômicos (Brasil, 2004). Em Juiz de Fora – MG, no ano 2000, foi feito um estudo onde 49,4% das crianças pré-escolares, de baixo nível socioeconômico, assistidas em creches públicas, apresentavam cárie. A CPI foi diagnosticada em 87%

da amostra (60/69 crianças) sendo superior às taxas relatadas anteriormente no Brasil. A baixa taxa de crianças livres de cárie registrada é ainda muito inferior aos 90% das crianças livres da doença na idade de cinco a seis anos, conforme a meta proposta pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2010 (SCALLIONI et al., 2012).

Rocha et al., em 1998, Soviero et al., 2002, Bordon et al., 2004, relatam e relacionam a relação direta do consumo frequente de alimentos ricos em açúcares extrínsecos com o surgimento e progressão de lesões cariosas, corroborando com os resultados encontrados em um estudo feito em 2010 em uma instituição filantrópica em Teresina no Piauí com crianças em idade pré-escolar, na qual evidenciou que o consumo elevado de alimentos como leite adoçado com açúcar, bolacha doce ou recheada, suco natural ou artificial com açúcar, refrigerante, achocolatados, balas, doces, chicletes e pirulitos esteve associado ao maior índice de lesões cariosas em superfícies dentárias.

A proporção de pré-escolares livres de cárie segundo o estudo foi de 19,6%. Quanto à alimentação, mais de 90,0% das crianças consumiam alimentos ricos em açúcar extrínseco. A proporção de crianças livres de cárie foi novamente menor que as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 e 2010, ratificando e justificando dessa forma porque a doença cárie constitui ainda um grande desafio na promoção de saúde pública.

Estudos como o de Losso et al. em 2009, e relatos literários como o de Corrêa em 2010 demonstram que na criança, hábitos como o uso amplo de mamadeira, adormecer mamando (sucos de frutas industrializados, chás adoçados, leite fermentado, leite com carboidratos fermentáveis como farináceos e açúcar), bem como medicamentos que contém sacarose na constituição estão associados ao desenvolvimento da cárie precoce em estágio severo da doença. Dentre os

hábitos familiares, os que mais contribuem para o desenvolvimento da patologia são dormir com mamadeira, dificuldade na higiene dental da criança e manter líquidos na boca por período prolongado, principalmente durante o sono.

O aleitamento materno ainda é considerado um grande causador de discussões entre os odontopediatras sobre os seus efeitos na dentição decídua. Porém, atualmente, a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) apoia as recomendações da Academia Americana de Pediatria quanto ao aleitamento materno exclusivo ou predominante de pelo menos 1 ano. Entretanto, assinala que a alimentação noturna por mamadeira, aleitamento materno em livre demanda e uso frequente de copos antitransbordantes está associado, porém não consistentemente implicado, com a CPI. Recomenda-se que o aleitamento materno noturno em livre demanda seja evitado após a erupção do primeiro dente. É importante frisar que essa posição é ambígua e criticável, porque a AAPD não inclui mais o aleitamento materno entre os fatores de risco para a doença cárie (AAPD, 2003).

Como repercussões locais e sistêmicas tem-se que, segundo Leal, Bezerra, Toledo e Nascimento nos anos de 2003 e 2005, com o desenvolvimento de cavidades de lesões de cárie, a criança acometida passa a desenvolver um quadro de infecção, dor, dificuldade de mastigação, trauma psicológico até a perda precoce dos dentes. Sabe-se que a dor local de dentes em bebês e crianças leva a uma série de transtornos psíquicos nestas, interferindo diretamente na execução de atividades do seu cotidiano, como dormir e brincar. Sendo, portanto, imprescindível a prevenção da perda desses dentes, já que sua destruição e/ou ausência pode derivar em fonação, mastigação e deglutição atípicas, além de lesar de maneira direta acelerando ou retardando o desenvolvimento do dente sucessor.

Estudos demonstram ainda como consequências graves da doença, a

perda significativa de peso, bem como estatura abaixo da normalidade quando comparadas a crianças livres de lesões, resultando em alteração no padrão de crescimento (LODOLINE; KAMINSKY; CISNEROS, 1992, AYHAN; SUSKAN; YILDIRIM, 1996). Relatos e pesquisas mostram que quando a estética e função são negligenciadas por parte dos pais, estes só costumam procurar o cirurgião dentista salvo os casos em que a criança se apresenta com quadro intenso de dor, alterações apreciáveis no sono ou mesmo por indicação do pediatra. Dessa forma, entende-se porque é imprescindível atuar de maneira preventiva sobre as lesões e doença.

Vários autores como Corrêa (2010), Guedes- Pinto (2010), Cardoso (2011), relatam que o tratamento depende muito da idade e do comportamento da criança, da cooperação dos pais e extensões das lesões. Em casos de manchas brancas o odontopediatra deve orientar os pais em relação a mudança nos hábitos alimentares, motivar e instruir sobre a adequada higienização oral e realizar a aplicação tópica de flúor ou utilizar verniz fluoretado.

Se ocorrer a evolução da doença o tratamento será voltado para a reabilitação, que de acordo com Cardoso et al. (2011), existem diferentes alternativas de tratamentos reabilitadores, principalmente para a região anterior, como, por exemplo, o uso de pinos pré-fabricados, coroas acrílicas que podem ser preenchidas com resina, coroa de aço facetada, fragmentos de dentes naturais colados, entre outros.

Em casos que não for possível salvar os dentes acometidos pela doença cárie, com tratamento restaurador ou endodôntico é indicado a exodontia, mas para Inagaki et al. (2015), as sequelas provenientes da perda prematura dos dentes decíduos podem interferir negativamente na qualidade de vida da criança, afetando a estética, alimentação, desenvolvimento da fala, integridade do arco dentário, desenvolvimento e erupção dos dentes

permanentes sucessores e possibilitar o desenvolvimento de hábitos bucais deletérios. Cardoso et al. (2011), afirma que quando a exodontia está indicada, pode-se reabilitar a criança através da surgimento das seqüelas relacionadas às perdas dentárias precoces, como o hábito de interposição lingual.

A cárie precoce na infância pode ser prevenida e Pineda, Osorio e Franzin (2014), afirmam que é de suma importância o desenvolvimento de programas educativos/preventivos às mães, se possível durante seu pré-natal, a fim de prevenir esta patologia o mais precocemente possível, corroborando com Rodrigues et al. (2008), os quais acreditam que uma intervenção precoce, com a abordagem da gestante, constitui-se de uma período muito importante, já que é na vida intra-uterina que começa a se formar os dentes decíduos, sendo portanto imprescindível orientações gerais às mães quanto a higiene, dieta e prevenção de hábitos deletérios. Sendo para isso, o consultório odontológico o lugar ideal para avaliar a condição bucal da mãe, instituindo principalmente a motivação para os cuidados bucais do futuro bebê.

Instruções quanto a época do desmame noturno exclusivo, em torno de 6-7 meses; higienização bucal feita após a erupção dentária e logo após o uso de mamadeiras e aleitamento materno; desencorajar o uso de chupetas açucaradas; instaurar a profilaxia profissional em idade precoce; instrução quanto a transmissibilidade vertical de microrganismos; utilização do flúor, bem como vernizes fluoretados, constituem-se ainda como os principais

indicação de mantenedores funcionais removíveis que são em geral bem aceitos, mesmo por aquelas com pouca idade. Esses mantenedores funcionais irão ajudar também a evitar o métodos auxiliares diretos na prevenção da patologia (PINEDA; OSORIO; FRANZIN, 2014). Desta forma, cabe ao cirurgião-dentista reconhecer e modificar os fatores de risco para o desenvolvimento da doença, oferecendo os cuidados e orientações a criança e à família, buscando interferir de maneira direta e positiva na saúde bucal de bebês e crianças, impactando uma condição bucal na vida adulta.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que a Cárie Precoce na Infância constitui um sério problema de saúde pública, sendo imprescindível o conhecimento dos seus agentes causadores. A literatura consultada aponta como fatores etiológicos principais da CPI a amamentação e o uso de mamadeiras açucaradas, ambas no período da noite e em livre demanda, aliadas à higienização precária. Somado a esses fatores a condição socioeconômica dos pais mostrou-se também em diversos estudos, forte ligação com o surgimento da doença. Dessa forma, torna-se evidente à necessidade de mais programas educativos/preventivos, em especial para as famílias menos favorecidas, cujo foco de atenção esteja voltado para o aconselhamento dietético e na importância na realização de higiene dentária das crianças de forma eficiente.

REFERÊNCIAS:

1. ACS, G., LODOLINI, G., KAMINSKY, S., CISNEROS, G.J. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. **Pediatr Dent**. 1992; 14:302-5.
2. AYHAN, H., SUSKAN, E., YILDIRIM, S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. **J Clinic Pediatr Dent**, 1996;20:209-12.
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Reference manual 2003 – 2004. **Pediatr Dent**. 2003; 25:1 – 150.
4. AREIAS, C., MACHO, V., RAGGIO, D., MELO, P., GUIMARÃES, H., ANDRADE, C., GUEDES-PINTO. Cárie precoce da infância – o estado da arte. **Acta PediatrPort** 2010;41(5):217-21.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002 – 2003 – Resultados Principais**. 1ª Edição. Brasília: editora MS; 2004, p. 20.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010 Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais**. 1ª Edição. Brasília: editora MS; 2012, p 38.
7. BRASIL. Portaria n. 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 29 dez 2000.
8. BEZERRA, R.T.P.A. **Percepção de um grupo de mães em relação à atenção odontológica precoce no município de Caruaru/PE, 2003**. Monografia (curso de graduação). Faculdade de Odontologia de Caruaru, Caruaru, 2003.
9. BONECKER, M., FERNANDES, F.R.C., GUEDES-PINTO, A.C. Cárie dentária. Cap. 21. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 8ª edição. São Paulo: Ed. Santos, p. 313 – 345, 2010, 1048 p.
10. BORDON, A.K.C.B., BUSSADORI, S.K., ARSATI, Y.B.O., IMPARATO, J.C.P. Levantamento epidemiológico da cárie dentária em crianças. **RGO**. Porto Alegre, 2004; 52:256-60.
11. CARDOSO, C.A.B., NETO, N.L., PASCHOAL, M.A.B., SILVA, S.M.B., LIMA, J.E.O. Reabilitação bucal na primeira infância: relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.32, nº2, p. 49-53, Julho/Dezembro, 2011.
12. CORRÊA-FARIA, P., MARTINS-JÚNIOR, P.A., VIEIRA-ANDRADE, R.G., MARQUES, L.S, RAMOS-JORGE, M.L. Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers. **Brazilian Oral Research**, vol. 27, no. 4 São Paulo; 27(4):356-62, Jul/Aug 2013.
13. CORREA, M.S.N.P., RODRIGUES, C.R.M.D., ULSON, R.C.B. Cárie rampante: considerações sobre etiologia. **Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.**, V.45, n.5, pp.597-600, 1991.
14. FERNANDES, F.R.C., CIAMPONI, A.L., MENDES, F.M., CORRÊA, M.S.N.P.A cárie dentária. Cap. 19. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. 3ª edição. São Paulo: Ed. Santos, p. 241 – 254, 2011, 923 p.
15. FILHO, M.D.S., CARVALHO, G.D.F., MARTINS, M.C.C.M. Consumo de alimentos ricos em açúcar e cárie dentária em pré-escolares. **Arquivos em Odontologia**, vol.46, nº 3, Belo Horizonte Jul./Set. 2010.
16. GARDNER, D.E., WORDWOOD, J.R., EISENSON, J.E. At Will breast feeding and dental caries, four case reports. **Journal Dent Child**, 1977; 44[3]: 186-91.
17. INAGAKI, L.T., PRADO, D.G.A., IWAMOTO, A.S., NETO, J.S.P., GAVIÃO, M.B.D., PUPPIN-RONTANI, R.M., PASCON, F.M. Atuação interdisciplinar Odontologia/fonoaudiologia no tratamento de paciente com cárie precoce da infância. **Rev. CEFAC**; 17(2):595-603, Mar/Abr, 2015.
18. KROLL, R.G., STONE, J.H. Nocturnal bottle feeding as a contributory cause of rampant dental caries in the infant and young child. **Journal Dent Child**. 1967; 34[6]: 454-9.
19. LEAL,S.C., BEZERRA, A.C., TOLEDO, O.A.Orientações terapêuticas utilizadas pelos cursos de especialização em Odontopediatria no Brasil para a cárie severa na infância. **Rev. ABENO**. 2003;4:57-62.
20. LEMOS, L.V.F.M, MYAKI, S.I., WALTER, L.R.F, ZUANON, A.C.C.

- Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. **Rev. Einstein**. 2014;12(1):6-10.
21. LIMA, A.M.P.C., TAVARES, B.S., SANTOS, R.T., BENEDETTO, M.S., BONINI, G.A.V.C., IMPARATO, J.C.P. Associação de aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar (CLPE). Cap. 6. In: IMPARATO, J.C.P. e col. **Odontopediatria: baseada em evidências científicas**. São Paulo: Ed. Santos, p. 63 - 77, 2010, 134 p.
 22. LOSSO, E.M., TAVARES, M.C.R., SILVA, J.Y.B., URBAN, C.A. Severe early childhood caries: an integral approach. **J. Pediatr**. Rio Janeiro, 2009; 85(4):295-300.
 23. MALTZ, M., PAROLO, C.C.F., JARDIM, J.J. Cariologia clínica. Cap. 6. In: TOLEDO, O.A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 3 edição. São Paulo: Ed. Premier, p. 105 - 150, 2005, 390 p.
 24. MIYATA, L.B., BONINI, G.C., CALVO, A.F.B., POLITANO, G.T. Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso. **REV ASSOC PAUL CIR DENT**, 2014; 68(1):22-9.
 25. NASCIMENTO, C.Q., SILVA, P.M., BEZERRA, A.C., TOLEDO, O.A., AZEVEDO, T.D. Treatment of severe-early childhood caries with an oral health promotion approach. **Oral Sci**. 2005;1:43-8.
 26. PINEDA, I.C., OSORIO, S.R.G., FRANZIN, L.C.S. Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em odontopediatria. **Revista UNINGÁ Review**, vol.19, nº3, p.51-55 Jul/Set 2014.
 27. REZENDE, L.N., SANTOS, F.C.S., NETO, M.S., SANTOS, F.S. Cárie rampante de mamadeira em crianças de 2 a 5 anos: revisão de literatura. **J ManagPrim Health Care**, 5(2):219-229, julho, 2014.
 28. RIBEIRO, N.M.E., RIBEIRO, M.A.S. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. **Jornal de Pediatria**, vol. 80, nº5(supl), 2004.
 29. ROCHA, C.M., ABREU, C.A.A.D., ARAUJO, D.R., ISAAC, S.Z., PORDEUS, I.A., PAIXÃO, H.H. Relação dieta/ carie na odontopediatria: uma análise do consumo de sacarose. **Arq. Odontol**. 1998; 34:25-31.
 30. SCALIONI, F.A.R., FIGUEIREDO, S.R., CURCIO W.B., ALVES, R.T., LEITE, I.C.G., RIBEIRO, R.A. Hábitos de dieta e cárie precoce da infância em crianças atendidas em faculdade de odontologia brasileira. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, 12(3):399-404, jul./set., 2012.
 31. SANTOS, A., SOVIERO, V. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 16, n. 3, p.203-208, jul/set 2002.