

Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos

Nursing caries and the importance of oral health promotion of 0 to 4 year-old children

Bárbara de Carvalho RAMOS*
Lucianne Cople MAIA**

RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 303-311, jul./set. 1999.

A Odontologia infantil em sua visão educativo-preventiva foi tema do presente estudo, em que coube aos autores desenvolver o assunto cárie tipo mamadeira, sua etiologia e a importância do leite no desenvolvimento de cáries em crianças de 0 a 4 anos, da transmissibilidade e do papel dos pais na alimentação e no controle de placa. Logrou-se ênfase também ao fato de a promoção de saúde estar inserida na função sócio-educativa e política da profissão odontológica.

UNITERMOS: Saúde bucal; Alimentação artificial; Cárie dentária; Odontologia preventiva.

INTRODUÇÃO

Sabe-se atualmente que a prevalência de cárie nas populações, em geral, tem apresentado reduções significativas nos últimos anos, na maioria das faixas etárias estudadas. Entretanto, os índices de cárie tipo mamadeira, ainda vigentes, representam um importante indicador da precária saúde oral em crianças de 0 a 4 anos de idade. Tal fato vem contribuindo para o aumento do risco e progressão da doença em idades subseqüentes.

O papel dos dentistas dentro do contexto de saúde oral da população infantil é de suma importância, uma vez que estes profissionais detêm amplo conhecimento a respeito dos fatores etiológicos, meios de prevenção e controle das doenças bucais.

A disseminação desses conhecimentos, objetivando a promoção de saúde da população, portanto, representa a principal meta educacional a ser alcançada, fato que deve ser iniciado o mais precocemente possível, através da orientação às gestantes e às mães de recém-nascidos, já que estas passam a ser o principal agente para o desenvolvimento de hábitos em seus filhos.

Neste sentido, o presente trabalho tem por objetivo fazer uma breve revisão de literatura sobre fatores etiológicos da cárie tipo mamadeira, bem como analisar necessidades e possibilidades de promoção de saúde oral em crianças de 0 a 4 anos de idade, reavaliando a importância da inter-relação pediatra e odontopediatra na educação em saúde de pais de pacientes infantis.

REVISÃO DA LITERATURA

1. Cárie tipo mamadeira

A cárie tipo mamadeira tem sido chamada por vários nomes que denominam uma doença aguda que afeta crianças em seu primeiro ano de vida²⁸. BERKOWITZ *et al.*⁴ (1984) vão além, associando-a com a alimentação prolongada através da mamadeira após os 12 meses de idade. De acordo com RIPA²⁴ (1988), pode ser considerada uma forma específica de cárie rampante nos primeiros dentes de bebês, cuja prevalência não ultrapassa os 5%²⁵.

Os incisivos superiores são os dentes mais severamente afetados, uma vez que são os primeiros a erupcionarem na cavidade bucal e estão estrategicamente mais expostos ao meio envolvido no processo de iniciação e progressão da cárie durante a amamentação²⁰.

Seu critério clínico de diagnóstico deve levar em consideração o número de dentes cariados, o padrão de cárie vestibular/lingual e o histórico positivo de hábitos deletérios²³. Uma característica-chave da cárie tipo mamadeira é a usual ausência de cárie nos incisivos inferiores, que diferencia esta condição das cáries rampantes^{5,10,11, 24}.

Quanto mais velha for a criança na sua primeira consulta odontológica, provavelmente mais severas serão as lesões. E, se à idade da criança estiverem associados fatores tais como erupção precoce dos dentes decíduos e longa duração do hábito de amamentação, maiores serão os danos encontrados²⁴.

O tratamento de crianças com cárie tipo mamadeira depende da extensão das lesões, da idade, do nível comportamental da criança e do grau de cooperação dos pais, levando-se em consideração o fator causal do distúrbio na tentativa de sua identificação e eliminação²⁵.

1.1 Etiologia

Todas as lesões cariosas, incluindo aquelas associadas à cárie tipo mamadeira, resultam da interação de três variáveis: microrganismo patogênico na boca; carboidratos fermentáveis que os microrganismos metabolizem em ácidos orgânicos; e superfícies dentárias suscetíveis à dissolução ácida. Para que as lesões progridam e sejam clinicamente diagnosticadas, essas três variáveis devem interagir num período de tempo apropriado²⁴.

A amamentação noturna age diretamente nesses fatores etiológicos da cárie dentária: hospedeiro (contato com os dentes); microflora (campo ideal para o desenvolvimento); substrato (cariogênico); e tempo (longa permanência)²⁷.

A severidade das lesões é comparada ao padrão de alimentação do bebê, que pode ser atribuída à estagnação de leite, fórmulas contendo leite e agentes adocicados em contato com os dentes durante o período de sono. Geralmente esse hábito é estimulado pelos pais devido ao efeito calmante que ele determina na criança e, muitas vezes, também pelo desconhecimento das conseqüências destrutivas sobre os dentes que a prática pode gerar^{11,24}.

De acordo com RIPA²⁴ (1989), o leite não pode ser considerado o único substrato orgânico para a fermentação bacteriana, devendo outros líquidos, como sucos de frutas (que contêm frutose e são naturalmente ácidos) e bebidas carbonatadas (com sacarose e baixo pH) ser levados em consideração e evitados, uma vez que existe uma correlação entre seu alto consumo e o desenvolvimento de lesões cáries²⁴.

A dominância dos *Streptococcus* do grupo *mutans* determina o processo cariogênico. Logo, para prevenir as cáries, faz-se necessário retardar a transmissão desses microrganismos e evitar a proliferação dos *Streptococcus* do grupo *mutans*, reduzindo assim a possibilidade de contagens microbianas acima daquelas consideradas naturais na saliva²³.

O tempo, aliado à frequência de utilização da mamadeira e à quantidade de líquido, mostra-se relevante no desenvolvimento da doença, haja vista que a duração dos hábitos nocivos pode afetar não somente a severidade das lesões como também o número de dentes envolvidos. Já a alta frequência do hábito pode influenciar tanto a iniciação quanto a progressão da lesão, já que o contato com o substrato tem um papel majoritário na progressão da doença²⁴.

No trabalho de DI REIS; MOREIRA⁹ (1995), em crianças que apresentaram mais de um fator de risco à cárie, observou-se a necessidade de orientação dos pais, desde os primeiros meses de vida dos seus filhos. Ainda neste trabalho, os autores concluíram que, para se garantir uma efetiva redução do risco de cárie, é de extrema importância o tempo de acompanhamento da criança e que a idade oportuna para início da atenção odontológica é de 0 a 12 meses — quando os fatores determinantes da doença começam a se instalar.

Embora existam outros fatores (nascimento prematuro, doença sistêmica, contato prévio com fluoreto) que possam estar envolvidos com a iniciação e a progressão da cárie em crianças pequenas, o hábito de amamentação noturna se apresenta como o principal agente relacionado à evolução do distúrbio. Fatores contributórios como hereditariedade e dieta também devem ser considerados na progressão da doença¹⁹.

1.2 Utilização de leite x cárie tipo mamadeira

O líquido mais utilizado nas mamadeiras é o leite, e as crianças com cárie tipo mamadeira demonstraram ter hábitos prolongados de alimentação através da mamadeira ou peito⁸.

O leite é um alimento natural bastante utilizado por conter vários minerais essenciais, vitaminas, gorduras, proteínas e carboidratos²⁵. Entretanto, o lento ritmo de deglutição observado durante o sono, associado ao diminuído fluxo salivar, permitem um permanente contato do leite com os dentes de bebês, favorecendo a formação de ácidos pelos microrganismos por um prolongado período. Além disso, o reduzido fluxo salivar resulta na diminuição de sua capacidade tampão e quase nenhuma remoção dos fluidos da cavidade oral, deixando claro que, mesmo em pequenas quantidades, o carboidrato presente no leite exerce um grande efeito na cariogenicidade do produto¹¹.

O que deu suporte à teoria básica do mecanismo para a ocorrência de cáries tipo mamadeira (e em parte à conclusão de WALTER *et al.*²⁷, 1996, de que as cáries exclusivas do aleitamento materno são as menos graves e extensas) foi

que, apesar de o volume de leite obtido do peito ou da mamadeira ser similar, o seio e o mamilo ocupam maior volume na boca do bebê que o bico da mamadeira. O mamilo dentro da boca do bebê fica mais ou menos na junção dos palatos duro e mole, e o ato de sucção faz com que o leite seja depositado no palato mole: o alimento nas partes posteriores da língua e na parede da orofaringe estimula o reflexo da deglutição. Com a mamadeira, o leite se acumula na boca, em volta do dente, até o reflexo da deglutição ser estimulado, porque o bebê não consegue sugar da mamadeira leite suficiente a fim de haver prontamente a deglutição^{10,24,27}.

Para RIPA²⁴ (1988), o leite bovino contém altas concentrações de cálcio e fosfato e estes podem estar ligados a alguma molécula ou estar livres (sob a forma iônica), podendo contribuir para a remineralização do esmalte. Além disso, seu grande conteúdo protéico, em especial a presença da caseína (fosfoproteína), pode reduzir a dissolução do esmalte²⁴. Entretanto, WALTER *et al.*²⁷ (1996), ao compararem clinicamente o efeito do leite materno e bovino, observaram que as lesões originárias de aleitamento materno exclusivo e em baixa frequência eram menos extensas e graves do que aquelas originadas do uso da mamadeira e outros hábitos inadequados. Os mesmos autores, contudo, ao compararem clinicamente os efeitos do leite materno e do bovino no desenvolvimento de cárie, salientaram que, embora o leite materno contenha mais lactose (o que por si só o tornaria mais cariogênico), na prática sua cariogenicidade é menor que a do leite bovino, fato que pode ser explicado considerando-se que ao leite bovino é adicionado alto conteúdo de sacarose, o que eleva seu potencial cariogênico. Além da gravidade, os diferentes tipos de amamentação propiciam diferentes prevalências de cárie, sendo que a associação de leite materno e mamadeira noturna representa maior possibilidade de gerar cárie dentária, e esta possibilidade está acima de 80%²⁷.

1.3 Transmissibilidade

Os microrganismos responsáveis pela iniciação da cárie dental podem ser transmitidos de um indivíduo para outro. A transmissão do *Streptococcus* do grupo *mutans* em bebês é geralmente feita através do contato com suas mães^{7,24}.

Considerando-se a saliva como o principal veículo de transmissibilidade, CAUFIELD *et al.*⁷ (1993) encontraram uma associação significativa entre os níveis salivares de *Streptococcus* do grupo *mutans* maternos e o risco de infecção do bebê⁷. Assim, justifica-se avaliar a atividade de cárie materna antes que o bebê nasça, com a finalidade de reduzir os riscos de infecção na criança após o seu nascimento²³.

Os hábitos de muitas das mães, tais como beijo na boca da criança, "limpeza" da chupeta com a língua, utilização da mesma colher, representam importantes vias pelas quais a microbiota oral materna é transferida para a boca dos bebês¹.

Embora em desacordo com os achados de CAUFIELD *et al.*⁷ (1993), os resultados do estudo realizado por AALTONEN *et al.*¹ (1994) sugerem que a exposição dos bebês aos antígenos (bactérias cariogênicas) da mãe, antes do surgimento dos primeiros dentes na cavidade oral, pode aumentar a resistência das crianças à infecção por esses patógenos, fato observado anteriormente pelos mesmos autores ao realizarem um estudo longitudinal no qual crianças com freqüentes contatos salivares com suas mães no período pré-dental tiveram significativamente mais imunoglobulinas G (anticorpos contra os *Streptococcus* do grupo *mutans*) nas idades de quatro a sete anos que crianças cujas mães evitaram tais contatos íntimos^{1,7}.

De acordo com a pesquisa de CAUFIELD *et al.*⁷ (1993), bactérias do tipo *Streptococcus* do grupo *mutans* têm dificuldade de colonização na cavidade oral

após o estabelecimento da flora antígena, uma vez que precisam competir com as bactérias que previamente colonizaram o meio ambiente bucal. Dessa forma, quanto mais tardio o contato inicial do bebê após erupção dentária com o *Streptococcus* do grupo *mutans*, mais difícil o seu estabelecimento na cavidade oral⁷.

2. Cuidados com o bebê

2.1 Importância materna

Para O'SULLIVAN; TINANOFF²² (1993), em alguns casos, a educação para a saúde bucal parece não se iniciar precocemente a ponto de interferir na iniciação e progressão do processo carioso em crianças. Em contrapartida, em outros casos, os pais estão cientes dos possíveis problemas que a perpetuação do hábito pode causar, porém se mostram relutantes para descontinuá-lo. Estes dados sugerem que existe uma necessidade educacional dos responsáveis pelas crianças para o controle da doença; entretanto, faz-se necessária também uma implementação do sistema preventivo-educativo vigente²⁰.

Há um desconhecimento dos pais quanto ao período de desmame e quanto à melhor época de instituição de higiene oral⁸. A conduta das pessoas frente à manutenção da saúde oral é condicionada pelos conhecimentos que elas possuem sobre os procedimentos mais adequados. Assim sendo, a negligência é muitas vezes resultante direta da ignorância a respeito desses procedimentos²¹. Logo, as cáries tipo mamadeira são fundamentalmente um problema relacionado ao desconhecimento dos pais, embora a indulgência excessiva possa contribuir sobremaneira na evolução do processo²⁴. Ainda dentro deste contexto, pode-se dizer que, muitas vezes, a cárie representa um problema de indulgência excessiva que se perpetua mesmo quando os pais descontinuam o uso de mamadeira¹⁶.

Os pais de bebês devem ser avisados para descontinuarem a amamentação em torno dos 12 meses de idade. Em acréscimo, visando a melhora na saúde oral infantil, esforços preventivos devem ser iniciados precocemente na vida de uma criança¹³.

Um estudo realizado para investigar as atitudes dos pais quanto à Odontologia preventiva para crianças com menos de um ano de idade revelou que a maioria dos pais, ainda que concordasse com a importância das visitas ao dentista desde cedo, não levaram seus filhos ao dentista antes de completar um ano de idade³.

2.2 Controle da dieta

Uma dieta adequada, bem balanceada e variada, contendo todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento infantil é, sem dúvida nenhuma, um fator de grande importância para a formação e manutenção de dentes saudáveis. A partir disso, a má utilização da mamadeira passa a ser um péssimo agente na boca do bebê: com líquidos açucarados ou não, é foco constante de contaminação²⁸.

Apesar de a reeducação materna constituir-se na principal estratégia preventiva das cáries tipo mamadeira, este processo educativo encontra uma grande barreira, visto que é a própria mãe quem vicia a criança com maus hábitos e alimentação inadequada, sendo esta mudança de hábito o passo mais difícil de um processo educativo em relação à cárie^{18,24}.

A orientação precoce da mãe envolve ainda a orientação nutricional para o pequeno bebê, principalmente em relação à amamentação noturna e à época

de desmame²³. A higiene dos dentes assim que erupcionam e a necessidade de utilização do fluoreto são condutas relevantes que devem ser levadas em consideração pelo Odontopediatra²³.

Em consonância com estes dados, RIPA²⁴ (1988) sugere que se devam enfatizar as necessidades de cuidados com o bebê através de práticas alternativas para aqueles que possuam o hábito de dormir mamando no peito ou na mamadeira. Uma dessas práticas inclui o oferecimento de uma chupeta que não seja adocicada, ou a diluição progressiva do líquido que a criança costuma tomar na mamadeira até sua completa substituição por água.

2.3 Controle de placa

O procedimento mais importante para reduzir a incidência de cárie dentária e uma das medidas preventivas de acesso mais fácil à comunidade baseiam-se no processo educativo em relação à higiene oral²¹, cujo objetivo genérico é limpar a boca (especialmente dentes e seus anexos). Não interessa o método a ser realizado, o importante é que nenhuma estrutura oral seja prejudicada e que dentes e anexos fiquem limpos².

Os pais de crianças pequenas devem ser esclarecidos sobre onde, quando, com que e como limpar; dentes e gengivas devem ser limpos logo após cada mamada. Não é importante determinar um número fixo de vezes ao dia em que se deve limpá-los. O que realmente importa é que isso ocorra logo após cada ingesta. Isso passa a ser um procedimento trabalhoso para aquelas crianças que constantemente comem algo, e principalmente para aquelas que se alimentam imediatamente antes e durante o período do sono^{2,27}.

De acordo com WALTER *et al.*²⁷ (1996), devem-se limpar os dentes, boca e língua do bebê com uma fralda, gaze ou cotonete umedecidos em uma solução contendo uma colher de sopa de água oxigenada dissolvida em três colheres de água fervida. Após a erupção dos molares decíduos, pode-se fazer uso das escovas de dentes²⁴.

A higiene oral antes de dormir é um procedimento altamente recomendável, porque este é um período de longa permanência com a boca fechada. A saliva, ficando estagnada, facilita grandemente a reprodução e o desenvolvimento bacteriano. No caso de permanecerem restos alimentares, os microrganismos terão ainda melhores condições de se desenvolver e produzir polissacarídeos extracelulares e intracelulares, além dos ácidos que formarão a lesão de cárie^{2,11}.

Para alguns dentistas, a cárie tipo mamadeira é um problema cultural, portanto, educar para prevenir torna-se imperativo, além de mais simples e a um menor custo¹⁷.

DISCUSSÃO

Segundo RIPA²⁴ (1988), a principal estratégia para se prevenir a cárie tipo mamadeira é alertar futuros e novos pais quanto à condição e suas causas, objetivando melhora em seus comportamentos, ficando clara a importância de programas orientados de educação e prevenção atingirem precocemente as gestantes^{12,24}. Os autores sugerem que sejam incluídas duas visitas ao dentista como parte integrante dos exames pré-natais^{12,24}.

Para JOHNSEN¹⁶ (1991), os pediatras podem exercer um importante papel, tanto direta quanto indiretamente, na prevenção da cárie, uma vez que são capazes de promover precocemente o aconselhamento materno quanto às

práticas alimentares de seus filhos, evitando assim o surgimento da cárie tipo mamadeira. Esses profissionais também podem reconhecer pacientes com alto risco de desenvolvimento da doença¹⁹.

O reconhecimento dos hábitos prolongados de amamentação noturna a partir de um exame feito pelo médico da família e/ou pelo pediatra da criança deve ser seguido de um alerta aos pais quanto à possibilidade de desenvolvimento de complexos problemas dentários. Nestes casos também um exame da cavidade oral da criança é indicado, seja este feito mais superficialmente pelo médico ou mais direta e criteriosamente pelo dentista²⁰.

Considerando, ainda, a precocidade das consultas de bebês aos pediatras, deve-se ter em mente que, muitas vezes, esses profissionais são os primeiros agentes de saúde a manipular as crianças, e por isso passam a ter importância fundamental, não apenas na educação mas também no reconhecimento de situações que fujam à normalidade e, principalmente, no encaminhamento precoce aos odontopediatras, fato que demonstra a importância de maior interação entre profissionais da Medicina e da Odontologia no atendimento a crianças de pouca idade.

Num estudo realizado por CARVALHO *et al.*⁶ (1996), que teve por objetivo avaliar os conhecimentos dos pediatras das cidades do Rio de Janeiro e de Petrópolis sobre doenças bucais em crianças, bem como a inter-relação Pediatria/Odontopediatria, pôde-se verificar que 91,2% dos 68 pediatras avaliados fazem exame rotineiro das arcadas dentárias das crianças, preocupando-se com os dentes e demais estruturas da cavidade oral, enquanto 77,9% se julgaram aptos a diagnosticar a doença cárie; porém, surpreendentemente, nenhum dos pediatras questionados respondeu corretamente sobre as formas de apresentação da doença, descrevendo-a apenas como cavidades ou manchas escuras. Quanto à aptidão em julgar a presença de cárie tipo mamadeira, 41,7% consideraram-se capazes de fazê-lo e, destes, apenas 3,1% responderam satisfatoriamente sobre as formas de apresentação e mecanismo de formação.

Mais recentemente, MACHADO; MEDEIROS²⁰ (1997) observaram que cerca da metade dos médicos questionados em seu estudo ignoravam o fato de a cárie ser uma das doenças crônicas mais prevalentes na população. Em acréscimo, 58% desses profissionais consideraram o exame da cavidade bucal de exclusiva responsabilidade do odontopediatra, informação esta totalmente contrária ao bom senso, pois a maioria das crianças brasileiras pequenas fazem freqüentes visitas ao pediatra e, em contrapartida, não têm acesso ao odontopediatra.

A partir dos resultados desses estudos, pode-se verificar que os médicos, e em especial os pediatras, embora façam rotineiramente o exame oral de seus pacientes, o consideram como uma função do odontopediatra e, a despeito de se julgarem aptos a diagnosticar corretamente a cárie, não são capazes de reconhecer os estágios iniciais de desenvolvimento das lesões.

Os trabalhos supramencionados, portanto, demonstram a fragilidade do sistema ora vigente, levando-nos a crer que os pediatras precisam se conscientizar que não se encontram totalmente aptos para atuar no diagnóstico precoce de cárie, necessitando adquirir conhecimentos em saúde bucal, para que se tornem capazes de atuar com segurança e propriedade. Em acréscimo, reiteram a importância do odontopediatra dentro do contexto de saúde bucal e geral do paciente infantil, fortalecendo a crença de que se deve buscar sempre uma interação entre esses dois profissionais (pediatra e odontopediatra), para que possam agir oportunamente na busca do melhor para a criança.

Levando-se em consideração que o estado de saúde oral depende em grande parte do comportamento dos indivíduos e dos grupos durante sua existência, faz-se necessária a aplicação de medidas eficazes de educação em saúde bucal

no Brasil¹⁹. Somente através desta capacitação da população para assumir a solução dos seus problemas de saúde, a partir da reflexão sobre eles, e tomando por base seus determinantes sociais, é possível desnudar a concepção medicalizante de saúde²⁶.

Portanto, todo planejamento social executável envolve o desenvolvimento de políticas de saúde, o que não o torna um ato meramente social, mas também político, cabendo ao planejador não apenas reconhecer o seu papel dentro deste contexto, mas desenvolver sua competência política.

Sabe-se que a problemática da saúde tem cunho político, social e econômico e que os governos encontram dificuldade para saná-la. Acredita-se que em saúde bucal, bem como em saúde geral, o ótimo será o que for possível realizar dentro das condições existentes no meio.

No que diz respeito à redução da prevalência de cárie da população, é fundamental o seu reconhecimento como uma doença transmissível e, portanto, passível de prevenção e controle, desde que os elos da cadeia de transmissão sejam quebrados. Assim, torna-se mister a educação materna, por parte dos pediatras e odontopediatras, dentro de um contexto de promoção de saúde diretamente vinculado e voltado para as mudanças de concepções e valores que culminem na adoção de hábitos direcionados ao retardo da infecção primária pelos microrganismos cariogênicos, bem como para a modificação dos hábitos deletérios de amamentação noturna, utilização de sacarose e má higiene oral. É importante salientarmos que esta concepção se mostra bastante viável e parece-nos fundamental a criação de políticas de saúde que a tenham como principal meta a ser alcançada.

Para que se entenda a necessidade da criação de programas de promoção de saúde bucal, pode-se citar como exemplo a China, que, desde 1989, unindo órgãos governamentais com não-governamentais, estabeleceu um programa de saúde bucal realizado anualmente, visando informar, motivar e promover a participação da população no desenvolvimento do autocuidado dental. Como resultado do programa, houve, após três anos, um aumento de 49,2% nos níveis de conhecimento da população sobre saúde oral⁵.

Nos EUA, devido à importância em saúde pública da continuidade da alta prevalência de cárie em crianças de pouca idade, foi criada uma área pioneira na Universidade de Nova York, com a finalidade específica de promover saúde oral e prevenir a cárie dentária em bebês, tendo como principal filosofia a reeducação materna quanto à saúde da boca, tanto de seus filhos quanto delas próprias¹⁴.

No Brasil, existe uma grande limitação quanto à devida execução das políticas de saúde vigentes, o que dificulta, sobremaneira, a mudança de um quadro tão enraizado em termos de costumes e hábitos. Neste sentido, passa a existir a necessidade de mobilização de todo o aparato de Saúde Pública disponível para o desenvolvimento de estratégias eficazes.

Parece lícito observar que a associação de práticas educativas e preventivas pode ser a forma mais adequada para o desenvolvimento de uma consciência voltada para a modificação comportamental. A idade dos bebês com cárie tipo mamadeira e os custos do tratamento preventivo dão grande incentivo para a realização de programas nacionais de prevenção e educação dirigidos para toda a população (gestantes, pais, babás, avós e demais responsáveis pelas crianças)^{21,24}.

Pioneiro no Brasil, Luis Walter e equipe criaram na Universidade Estadual de Londrina (Paraná) a Bebê Clínica, onde há mais de 14 anos são realizados procedimentos educativos em relação aos pais e preventivo-curativos em relação aos filhos, começando no primeiro ano de vida, por volta dos 6 meses

de idade (coincidindo com a erupção dos primeiros dentes). Segundo WALTER *et al.*²⁷ (1996), seus resultados têm sido tão promissores que vêm estimulando outras entidades a implementarem o mesmo programa, como a Universidade Estadual de Ponta Grossa (RS), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PR) e a Faculdade de Odontologia de Caxias (RJ), entre outras.

A partir do exposto, pode-se compreender que a principal medida na promoção de saúde bucal em relação à cárie dentária é que esta comece precocemente, de preferência na gravidez, com a orientação da mãe fazendo parte do pré-natal, onde ela poderia receber informações simples como, por exemplo, quando começar a limpar os dentes de seu bebê e com que idade levá-lo ao dentista pela primeira vez. Desta forma, poderiam ser evitadas a transmissão dos patógenos pela mãe, já que se trata de uma doença infecto-contagiosa e, como tal, transmissível²³. Entretanto, é comum pais de crianças pequenas não levarem seus filhos ao dentista antes dos três anos de idade e desconhecem a gravidade dos problemas dentários até que estes atinjam graus de severidade acentuado e sintomático, desconforto doloroso ou a aparência estética desagradável, pois estes parecem ser os primeiros indicadores para os pais quanto à necessidade de cuidados²⁴.

Com o seu lema "Educar prevenindo, prevenir educando", WALTER *et al.*²⁷ (1996) e seus seguidores vêm demonstrando, no Brasil, ao longo da última década, o sucesso de seu programa de educação em saúde e de atenção odontológica às crianças de pouca idade. E, ainda, dentro deste contexto de educação em saúde, o educador deve compartilhar seus conhecimentos de maneira a esclarecer e capacitar os pais de bebês para o entendimento da doença, seus mecanismos de desenvolvimento, bem como as formas de atuar na reversão do processo, caso este já tenha se estabelecido.

Assim, o cirurgião-dentista assume papel fundamental na questão, pois tem responsabilidades sociais, já que sua função na sociedade não se restringe apenas a tratar¹⁷. Desenvolver a capacidade de ensinar é grande parte de sua função quando se deseja a saúde do paciente. Contudo, isto ocupa uma posição secundária para grande parte dos profissionais da área odontológica, contribuindo para que a população continue desconhecendo ou desvalorizando as medidas preventivas que visam à manutenção da saúde da boca²¹.

Tanto a adequação quanto a efetividade de medidas preventivas variam durante toda a vida de uma criança, e as recomendações devem ser norteadas pelas necessidades individuais de cada ser¹³. De acordo com os resultados obtidos no estudo de KAWAGUSHI¹⁸ (1991), o atendimento de crianças no mínimo três vezes antes de completarem um ano e meio de idade pareceu ser o caminho mais efetivo na redução de cárie dental aos três anos de idade. Em associação, quanto maior a frequência das consultas, mais facilidade na mudança para a melhora dos hábitos alimentares e de higiene oral.

Embora a cárie dentária vigore como uma das possíveis doenças do homem civilizado, seu aparecimento em bebês cria uma situação de extrema frustração¹⁹. Neste contexto, pode-se dizer que a doença cárie, principalmente quando acomete bebês, manifesta-se como um problema de saúde pública, e a sociedade, percebendo ou não, passa a ser grande incentivadora, uma vez que dele participa de forma em nada humanitária, o que limita o valor da saúde a um mero instrumento capitalista. Cabe, por fim, aos profissionais da área de saúde transpor as barreiras e limitações do sistema, buscando, através do processo educativo, melhores condições de saúde para a população brasileira.

CONCLUSÃO

Como ainda não há nenhum segmento da sociedade em idade adulta que tenha usufruído da Odontologia para bebês, cuja filosofia se calca na educação em saúde e prevenção precoce, não se pode avaliar o tamanho do benefício advindo desta prática, ao longo da vida do indivíduo.

A cárie tipo mamadeira é uma doença com estreita ligação com o hábito prolongado de amamentação e diretamente relacionado ao conteúdo de carboidrato fermentável presente no líquido ingerido.

Já se sabe, todavia, que, mesmo sendo praticamente impossível a não-contaminação pelo *Streptococcus* do grupo *mutans*, é perfeitamente viável não se contrair a cárie dental, o que pode ser obtido através de um contínuo processo de educação em saúde, onde a interação pediatra/odontopediatra se mostra de vital importância.

A idade de 0 a 4 anos, em evidência neste estudo, é fundamental para o condicionamento da criança em relação a ter uma alimentação saudável e hábitos de higiene oral adequados. Daí os pais serem tão importantes quanto os profissionais da área de saúde na educação de seus filhos, uma vez que são os pais, e em especial a mãe que amamenta, que influenciam mais na educação em saúde da criança.

RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Nursing caries and the importance of oral health promotion of 0 to 4 years-old children. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 303-311, jul./set. 1999.

The aim of this study was to analyse the preventive and educative practice in Dentistry for infants, emphasizing the nursing caries, and mainly the parents' role in the beginning and development of this disturbance as well as their importance on their babies health care, and the social, educative and also politic importance of the dental professional on the oral health of babies.

UNITERMS: Oral health; Bottle feeding; Dental caries; Preventive dentistry.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AALTONEN, A. S.; TENOVUO, J.; LEHTONEN, O. P.; SAKSALA, R.; MEURMAN, O. Serum antibodies against oral *Streptococcus mutans* in young children in relation to dental caries and maternal close-contacts. **Arch Oral Biol**, v. 30, n. 4, p. 331-335, 1985 apud AALTONEN, A. S.; TENOVUO, J. Association between mother infant salivary contact and caries resistance in children: a cohort study. **Ped Dent**, v. 16, n. 2, p. 110-115, 1994.

2. BARROS, E. R. C. **Fundamentos da Higiene Oral**. Monografia apresentada no Centro de Pesquisa em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Odontologia, p. 26, 1976. [[Links](#)]

3. BENTLEY, E. Dental health I. Views about preventive dental care for infants. **Health Visit**, v. 67, n. 3, p. 88-89, 1994.
4. BERKOWITZ, R. J.; TURNER, J.; HUGHES, C. Microbial characteristic of the human dental caries associated with prolonged bottle feeding. **Arch Oral Biol**, v. 29, n. 11, p. 949-951, 1984. [[Links](#)]
5. BIAN, J. Y.; ZHANG, B. X.; RONG, W. S. Evaluating the social impact and effectiveness of four year "Love Teeth Day" campaign in China. **Adv Dent J**, v. 9, n. 2, p. 130-133, 1995. [[Links](#)]
6. CARVALHO, F. R. P.; REIS, P. P. G.; MELLO, H. S. A. Inter-relação da Pediatria com a Odontopediatria. **Rev do Centro de Estudos da Faculdade de Odontologia da UERJ**, v. 2, n. 2, 1996. [[Links](#)]
7. CAUFIELD, P. W.; CUTTER, G. R.; DASANAIAKE, A. P. Initial acquisition of *Mutans Streptococci* by infants: evidence of a discrete window of infectivity. **J Dent Res**, v. 72, n. 1, p. 37-45, 1993.
8. DILLEY, G. J.; DILLEY, D. H.; MACHEN, J. B. Prolonged nursing habit: a profile of patients and their families. **J Dent Res**, v. 47, n. 2, p. 102-108, 1980.
9. DI REIS, I. T.; MOREIRA, S. C. Risco de cárie em bebês. **Rev Odont Bras Cent**, v. 5, n. 14, p. 11-17, 1995. [[Links](#)]
10. ERONAT, N.; EDEN, E. A comparative study of some influencing factors of rampant or nursing caries in preschool children. **J Clin Pediatr Dent**, v. 16, n. 4, p. 275-279, 1992. [[Links](#)]
11. FASS, E. Is bottle feeding of milk a factor in dental caries? **J Dent Child**, v. 29, p. 245-251, fourth quarter, 1962. [[Links](#)]
12. GOEPEL, E.; GOEPEL, K.; STOK, K. H.; GAY, H. The need for cooperation between the gynecologist and dentist in pregnancy, a study of dental health education in pregnancy. **Geburtshilfe Frauenheilkd**, v. 51, n. 3, p. 231-235, 1991. [[Links](#)]
13. GRIFFEN, A. L.; GOEPFERD, S. J. Preventive oral health care in infant, child, and adolescent. **Pediatr Clin North Am**, v. 38, n. 5, p. 1209-1226, 1991. [[Links](#)]
14. GUEDES-PINTO, A. C.; WALTER, L. R. F.; CHELOTTI, A.; MATUK, S. Prevenção: o primeiro vício. **Rev ABO Nac**, v. 3, n. 1, p. 6-8, fev./mar. 1995.
15. HERMAN, N. G. An idea that works. NYU Harris Infant dental education area. **N Y State Dent J**, v. 61, n. 2, p. 26-29, 1995.
16. JOHNSEN, D.C. The role of pediatrician in identifying and treating dental caries. **Pediatr Clin North Am**, v. 38, n. 5, p. 1173-1181, 1991. [[Links](#)]
17. JOHNSEN, D. C.; GERSTENMAIER, J. H.; DiSANTIS, T. A.; BERKOWITZ, R. J. Susceptibility of nursing caries children to future approximal molar decay. **Pediatr Dent**, v. 8, n. 2, p. 168-170, 1986. [[Links](#)]
18. KAWAGUCHI, Y. Study on availability of dental health services for children in health center correlation between attendance of three year old children at

dental health services and caries prevalence. **Kokubio Gakkai Zassi**, v. 58, n. 4, p. 650-669, 1991. [[Links](#)]

19. KROLL, R. G.; STONE, J. H. Nocturnal bottle-feeding as a contributory cause of rampant dental caries in the infant and young. **Child J Dent Child**, v. 34, n. 6, p. 454-459, 1967. [[Links](#)]

20. MACHADO, O. F.; MEDEIROS, U. V. Conhecimento de médicos pediatras acerca da saúde bucal de pacientes bebês. No prelo.

21. MEDEIROS, U. V. **Saúde oral do escolar, análise do ensino de saúde oral, prevalência de cárie, doença periodontal e condições de H. O. dos escolares de 1º grau da cidade de Vitória - Estado do ES, Vitória, 1983.** Dissertação de Mestrado em Odontologia Social - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Espírito Santo. [[Links](#)]

22. O'SULLIVAN, D. M.; TINANOFF, N. Social and biological factors contributing to caries of maxillary anterior teeth. **Pediatric Dent**, v. 15, n. 1, p. 41-44, 1993. [[Links](#)]

23. PINHEIRO, A. R. **Informações básicas a respeito da cárie, fatores etiológicos e aspectos preventivos.** Niterói : Universidade Federal Fluminense, Pró-Reitoria de Extensão, 1994, 5p. [[Links](#)]

24. RIPA, L. W. Nursing caries: a comprehensive review. **Pediatr Dent**, v. 10, n. 4, p. 268-281, 1988.

25. RUGG-GUNN, A. J.; ROBERTS, G. J.; WRIGTH, W. G. Effect of human milk on plaque pH *in situ* and enamel dissolution *in vitro* compared with bovine milk, lactose, and sucrose. **Caries Res**, v. 19, n. 3, p. 327-334, 1985. [[Links](#)]

26. VALENÇA, A. M. G. **A educação em saúde na formação do cirurgião-dentista**, Niterói : UFF, 1998. 108 p. [[Links](#)]

27. WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê.** São Paulo : 1996. 246 p. [[Links](#)]

28. ZOTTIS, L. H. Dieta balanceada não-cariogênica para creches de crianças até seis anos. **Rev Odontol Ciênc**, v. 10, n. 20, p. 245, 1995. [[Links](#)]

* Acadêmica do curso de Odontologia - Universidade Federal Fluminense - RJ.

** Mestre em Odontopediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Doutoranda em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense - RJ.