

# Cárie Precoce na Infância: Relato de Caso Clínico<sup>1</sup>

## *Early Childhood Caries: Case Report*

Josemary Zamorano HOLANDA\*  
 Maria José RODRIGUES\*\*

HOLANDA, J.Z.; RODRIGUES, M.J. Cárie precoce na infância: relato de caso clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.29, p.12-17, jan./fev. 2003.

Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico sobre cárie precoce na infância, numa criança com três anos de idade, do sexo masculino, atendida na Clínica de Especialização em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP – UPE) no período entre 11 de julho de 2000 e 20 de março de 2001. Apresenta também uma revisão da literatura sobre alguns aspectos importantes relacionados com o aleitamento natural e a cárie dentária precoce em crianças pré-escolares. Por fim, apresenta algumas conclusões, como: 1) a amamentação natural é importante para o desenvolvimento físico e mental do bebê; 2) o consumo de leite materno após a erupção dos primeiros dentes, associado a uma dieta de desmame cariogênica, favorece o desenvolvimento de cárie precoce na infância; 3) a perda precoce de dentes decíduos anteriores altera algumas funções anatômicas como fonação e deglutição, e é importante a educação do núcleo familiar para o sucesso do tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno; Desmame; Cárie dentária; Odontopediatria.

<sup>1</sup>Resumo de monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP – UPE) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria

\*Especialista em Odontopediatria – FOP - UPE; Rua Manoel Brandão, 570, Cajueiro – CEP 52221-290, Recife, PE; e-mail:

O alimento é apenas um dos fatores responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento máximos. Diferente do adulto, a criança não é responsável pelo que come e bebe. Mas, como a infância é um dos períodos mais vulneráveis na vida de um ser humano, o que a criança ingere pode potencialmente determinar seu futuro. Essa é a razão da importância maior do leite materno para o bebê. O aleitamento materno é vital, necessário inclusive para a sobrevivência de crianças dos países em desenvolvimento (SERVA, 1996).

Embora basicamente sejam a favor do aleitamento materno, os profissionais de saúde não são treinados para orientar sobre os problemas surgidos durante o período da lactação. Essa falta de treinamento, evidentemente, não justifica eliminar o aleitamento materno das crianças. O desmame deve ser natural, consensual, acordado entre mãe e bebê, isto é, deve haver um ritmo próprio, um período da mãe e do bebê em que ambos aprendem a dar e receber carinho, a se comunicar de uma maneira nova que não através dos seios. O processo de desmame é a transição progressiva da alimentação do bebê com leite materno para a alimentação com a dieta da família. Geralmente, o período entre quatro e seis meses tem sido visto

como adequado para que os bebês comecem a se adaptar a diferentes alimentos (FISBERG, 1991).

Uma das consequências do desmame tardio é a cárie precoce na infância. A perda precoce de dentes decíduos pode alterar as funções anatómicas, trazendo consequências deficitárias para a mastigação e para o desenvolvimento harmônico das arcadas, além de expor a criança a brincadeiras e considerações inoportunas por parte dos colegas, produzindo marcas indeléveis na formação psicológica da criança (GOMES *et al.*, 1996).

Este trabalho, portanto, tem por finalidade principal apresentar um caso clínico para o qual foi desenvolvido um programa de orientação e prevenção da cárie precoce na infância junto aos pais e à criança, assim como a reabilitação bucal do paciente.

### REVISÃO DA LITERATURA

#### **Aleitamento e desmame**

De acordo com Carvalho (1995), os movimentos de ordenha durante a amamentação natural

josemaryzh@bol.com.br

\*Professora-assistente de Odontopediatria – FOP – UPE, Doutora em Odontopediatria – FOP – UPE; e-mail: mjrodonto@yahoo.com.br

### INTRODUÇÃO

são para abaixar, protruir, elevar e retruir a mandíbula. Os músculos que entram nessas fases são: pterigoídeo lateral, pterigoídeo medial, masseter, temporal, digástrico, geno-hióideo e milo-hióideo. Em contrapartida, a amamentação na mamadeira trabalha apenas os músculos bucinadores direito e esquerdo e muito pouco os orbiculares dos lábios. O fluxo da mamadeira não requer os movimentos de protrusão e retrusão da mandíbula, que exercitam o crescimento mandibular, a tonicidade da cápsula articular da ATM (articulação temporomandibular) e seus ligamentos; a língua fica parada, com um leve movimento de vai e vem, funcionando como uma válvula. Assim, pode-se concluir que a amamentação é a prevenção da síndrome do respirador bucal, das patologias do aparelho respiratório, da deglutição atípica, da má-oclusão, das disfunções craniomandibulares e das dificuldades de fonação.

Segundo Souza (1997), a amamentação natural deve ser incentivada, não só por ser o leite materno o alimento mais completo e digestivo para crianças de até um ano de idade, como também por ter ação imunizante, protegendo-as de diversas doenças. As crianças aleitadas no peito têm melhor desenvolvimento mental e maior equilíbrio emocional. Com a amamentação os maxilares são mais estimulados, o que os torna mais desenvolvidos e promove um melhor alinhamento dos dentes, diminuindo a necessidade futura do uso de aparelhos ortodônticos. Os músculos firmes ajudam na fala; durante a amamentação aprende-se a respirar corretamente pelo nariz, evitando amigdalites e pneumonias, entre outras doenças. Quando a criança respira pela boca, os dentes ressecados ficam mais expostos à cárie, as gengivas ficam inflamadas e os maxilares e os dentes tendem a sofrer deformações.

Para Correa (1998), o aleitamento materno é considerado o mais natural e desejável método de alimentação infantil no que diz respeito aos aspectos fisiológicos, físicos e psicológicos. Fornece proteção contra infecções e condiciona o trato intestinal do recém-nascido. É imprescindível no desenvolvimento psicológico do bebê, dada a dependência físico-afetiva deste em relação à mãe.

Apesar da importância do aleitamento natural, o consumo do mesmo por períodos prolongados e associado a uma dieta de desmame cariogênica pode favorecer o desenvolvimento de cárie precoce na infância. O desmame deve ser gradativo, racional, com a condição das satisfações mínimas do bom senso e da experiência materna. O desmame em situações normais deve ser iniciado em períodos não inferiores ao 4º mês ou superiores ao 6º mês de vida. Antes dos 6 meses, a criança não se encontra totalmente preparada para incorporar a

dieta do adulto, por incompatibilidade neurológica, renal, digestiva e psicológica. A maturação total destes elementos, associada à plena capacidade mastigatória (por volta do 7º mês), pressupõe um desmame tardio. A própria posição sentada, a possibilidade de se "combater" o reflexo da língua, são situações que só se consegue obter com êxito em idades superiores aos 5-6 meses de vida. A introdução tardia do desmame pode levar a um baixo ganho de peso e estatura, dificuldades adaptativas à vida adulta, anemia e obstipação intestinal (FISBERG, 1991).

Para Correa (1998), o processo de desmame é a transição progressiva da alimentação com leite materno para a alimentação com a dieta da família. Não é necessário oferecer outros alimentos além do leite materno ao bebê antes dos 4 meses de vida. Por outro lado, em torno dos 6 meses de idade muitos bebês amamentados com leite materno necessitam de suplementação e estão fisiologicamente prontos para ela, sendo o período entre 4 e 6 meses adequado para que os bebês comecem a se adaptar a diferentes alimentos.

Existe a necessidade de reforçar que o aleitamento materno deve ser exclusivo até os 6 meses, devendo o aleitamento noturno ser desestimulado a partir do 2º mês de vida. O processo de desmame deve ser realizado respeitando-se o ritmo e as diferenças individuais de cada criança; no entanto, o surgimento dos primeiros dentes funciona como um sinal que a própria natureza dá, indicando o momento ideal para o início do desmame, que deve ocorrer de forma paulatina, durante o primeiro ano de vida (MASSARA *et al.*, 1998).

### **Etiologia**

A cárie rampante na infância é há muito tempo reconhecida como uma síndrome clínica à qual atribuem-se vários nomes, incluindo: cárie de mamadeira, síndrome da mamadeira e cárie de amamentação. O ponto comum entre estes termos está compreendido na função central do uso inapropriado da mamadeira na etiologia e na progressão das lesões cariosas. O uso da mamadeira não é o único e não deve ser o mais importante fator para o desenvolvimento da cárie. Por causa das questões sobre a função da mamadeira nas cáries em crianças, os centros de controle e prevenção das doenças recentemente sugeriram que o termo para esta síndrome clínica seja modificado para "cárie precoce na infância" (REISINE & DOUGLAS, 1998).

Segundo Ripa (1978) e Shafer *et al.* (1987), a "cárie de mamadeira" é uma variedade da doença cárie que afeta a dentição decídua, sendo atribuída ao uso prolongado de mamadeira contendo leite ou fórmula de leite, suco de fruta ou água açucarada,

amamentação pelo seio ou calmantes adoçados com açúcar ou mel. Por sua vez, Gomes *et al.* (1996) e Swerts *et al.* (1996) observaram que se a criança faz uso do aleitamento artificial e o faz frequentemente e em períodos prolongados, durante o dia ou a noite, o leite irá se acumular ao redor dos dentes. Como os carboidratos fermentáveis são metabolizados por microorganismos orais em ácidos orgânicos que desmineralizam os dentes, nesse meio ácido estagnante as lesões cariosas podem se desenvolver rapidamente.

De acordo com Correa *et al.* (1991), na etiologia das cáries rampantes consideram-se três fatores determinantes: os carboidratos, as enzimas bacterianas e a composição química dos dentes. Ludmila & Gleiser (1984), Sander & Bellini (1987) e McDonald & Avery (2001) observaram que, associado a esses fatores, tem-se uma diminuição do fluxo salivar durante o sono, o que proporciona um meio de cultura ideal para a proliferação de microorganismos acidogênicos.

### Diagnóstico

De acordo com Shafer *et al.* (1987), Ripa (1988), Correa *et al.* (1991), Yiu & Wei (1992), Navarro *et al.* (1998), Martins *et al.* (1998) e McDonald & Avery (2001), o primeiro sinal da presença de cárie rampante é uma faixa de desmineralização de cor branca opaca ao longo do colo próxima à gengiva, que com o tempo torna-se escurecida. Na medida em que os dentes vão erupcionando, novas lesões vão seguindo com a seqüência de erupção. Já em relação à ausência de cáries em dentes anteriores inferiores, os autores são unânimes ao justificarem o fato pela proteção da língua e pela proximidade dos mesmos às saídas das glândulas sublinguais. No caso clínico apresentado neste trabalho, observou-se que nos incisivos superiores as lesões de cárie já haviam progredido para a perda da estrutura dental, ficando os dentes reduzidos a cotos radiculares. Os incisivos inferiores apresentavam manchas escurecidas indicativas de lesões cariosas em processo de remineralização. Outras lesões de cárie, em diferentes níveis, foram encontradas em todos os dentes posteriores

### Tratamento

Segundo Walter *et al.* (1996) e Guedes-Pinto (1997), para o tratamento da cárie rampante deve existir cooperação mútua mãe-família-criança, para que novos hábitos alimentares sejam introduzidos e nova perspectiva com relação aos dentes seja aceita. Dependendo da motivação da família para o tratamento, da extensão da destruição dos dentes, da idade e da cooperação da criança, uma abordagem individualizada deverá ser planejada para cada caso. A identificação dos fatores que levam ao processo

de cárie aguda e orientações aos responsáveis sobre os fatores etiológicos constituem o tratamento inicial. Após a identificação dos fatores que levam ao processo da cárie aguda e orientação aos responsáveis, o tratamento inicial de "preparo do meio bucal" antes do restaurador definitivo é fundamental para paralisar a doença e favorecer o sucesso do caso. Esta etapa constitui-se de educação familiar sobre prevenção e controle da doença (dieta e higiene), fluoroterapia profissional, exodontias, tratamentos pulpares e restaurações provisórias para se eliminarem os focos de infecção e a dor da criança.

### RELATO DO CASO CLÍNICO

O menor F.F.C.S., sexo masculino, 3 anos de idade, cor parda, compareceu à clínica de especialização em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco-UPE, acompanhado de sua genitora para atendimento odontológico. A queixa principal ou motivo da consulta foi "dentes estragados e dor", de acordo com as palavras da genitora.

Na anamnese, a mãe do menor relatou que não apresentou complicações e nem foi submetida a nenhum tratamento médico durante a gestação, nem tomou nenhuma medicação. A criança nasceu através de parto cesariana e a duração da gravidez foi de 9 meses. Relatou, ainda, que a criança não apresentava problemas com relação à saúde geral, e já tinha uma experiência odontológica anterior, apresentando uma falta de habilidade cooperativa. Com relação à dieta, a genitora informou que o paciente consumia leite materno em regime de livre demanda, além da ingestão freqüente de carboidratos e sacarose. A escovação era realizada pela mãe, quatro vezes ao dia.

No exame dos tecidos moles, não foi observada nenhuma afecção aparente, nem alterações da cadeia ganglionar e das glândulas salivares; no exame dos tecidos duros foram observadas lesões cariosas em todos os elementos superiores (Figura 1) e nos elementos 74 e 75; os elementos 71, 72, 81 e 82 apresentavam manchas acastanhadas nas superfícies vestibular e lingual; os elementos 75, 73 e um extra-numerário apresentavam manchas brancas nas faces vestibulares, e o 85, na face lingual (Figura 2). No exame da oclusão, observou-se que o paciente apresentava uma mordida aberta anterior associada ao hábito de interposição lingual.

Radiograficamente, observou-se comprometimento pulpar dos elementos 62, 63, 51, 52; o elemento 61 apresentava uma lesão periapical; o elemento 54 necessitava de um re-tratamento endodôntico, por apresentar falhas na obturação coronária; o elemento 74 apresentava um início

de reabsorção irregular das raízes.

Após a análise dos dados obtidos durante a anamnese e pelas características clínicas e radiográficas das lesões de cárie, foi diagnosticado cárie precoce na infância em estado avançado, e elaborado um

evitando, assim, a futura necessidade de correção ortodôntica, protética e até mesmo cirúrgica do conjunto dentomaxilomandibular e suas estruturas adjacentes. Souza (1997) e Correa (1998) acres-



**FIGURA 1:** Aspecto clínico inicial – arcada superior.



**FIGURA 2:** Aspecto clínico inicial – arcada inferior.

plano de tratamento no qual foi realizado um trabalho educacional em que técnicas de higiene bucal para a criança e para a família foram estabelecidas, como orientações sobre hábitos dietéticos (diminuição do número de carboidratos e respeito aos intervalos entre as refeições) e disciplina alimentar (reeducação, orientando para uma dieta balanceada), além do tratamento restaurador (Figuras 3 e 4). Foi confeccionado um aparelho removível (prótese) com um dispositivo impedidor de hábito, do tipo placa de acrílico, um impedidor de língua para a região anterior superior (Figura 5) e um mantenedor de espaço funcional para a região posterior inferior (Figura 6).

#### DISCUSSÃO

Conforme Carvalho (1995), a amamentação é a prevenção da síndrome do respirador bucal, das patologias do aparelho respiratório, da deglutição atípica, da má-oclusão, das disfunções craniomaxilomandibulares e das dificuldades de fonação,



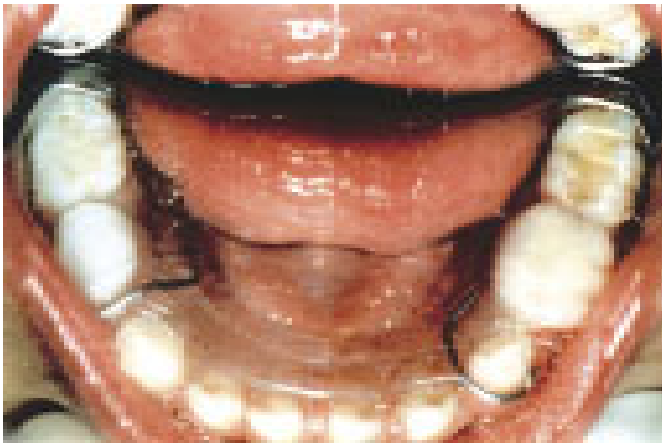
**FIGURA 3:** Arcada superior após o tratamento.



**FIGURA 4:** Arcada inferior após o tratamento.



**FIGURA 5:** Instalação do mantenedor de espaço com uma placa de acrílico impedidora de hábitos.



**FIGURA 6:** Instalação do mantenedor de espaço funcional na arcada inferior.

centaram que as crianças aleitadas no peito têm melhor desenvolvimento mental e maior equilíbrio emocional, dada a dependência físico-afetiva em relação à mãe. Além disso, o leite materno forma uma camada de imunoglobulinas em toda a mucosa bucal, o que protege essa via de entrada de uma série de doenças.

De acordo com Fisberg (1991) e Correa (1998), o desmame deve ocorrer por volta dos quatro a seis meses de idade; no entanto, alguns autores, como Massara *et al.* (1998), relataram que o desmame deve coincidir com a erupção dos primeiros dentes e o aleitamento noturno ser desestimulado a partir do segundo mês de vida. No caso aqui apresentado a criança ainda amamentava no seio, apesar de já ter três anos de idade e possuir a dentição decídua completa, fato sugestivo de que possivelmente a criança não teria desenvolvido o quadro de cárie precoce se o desmame tivesse ocorrido na época adequada.

Para a maioria dos autores consultados (Ripa, 1978; Shafer *et al.*, 1987; Swert *et al.*, 1996 e Reisine & Douglas, 1998) a "cárie de mamadeira" ou cárie precoce na infância é uma doença que afeta a dentição decídua, sendo atribuída ao uso prolongado de mamadeira contendo leite ou fórmulas de leite, suco de fruta, água açucarada e calmantes adoçados com açúcar ou mel, ou à amamentação pelo seio. Por sua vez, Correa *et al.* (1991) observaram que na sua etiologia devem-se considerar três fatores determinantes: os carboidratos, as enzimas bacterianas e a composição química dos dentes. Enquanto isso, Ludmila & Gleiser (1984), Sander & Bellini (1987) e McDonald & Avery (2001) acrescentam que, associado a esses fatores, tem-se uma diminuição do fluxo salivar durante o sono, o que proporciona um meio de cultura ideal para a proliferação de microorganismos acidogênicos. Em conformidade com a opinião dos autores aci-

ma, observou-se que o fator etiológico das cáries apresentadas pela criança deste caso foi o consumo de leite materno em regime de livre demanda, associado à ingestão freqüente de carboidratos fermentáveis.

Com relação às características clínicas da cárie precoce, Shafer *et al.* (1987), Ripa (1988), Correa *et al.* (1991), Yiu & Wei (1992), Navarro *et al.* (1998), Martins *et al.* (1998) e McDonald & Avery (2001) observaram que o primeiro sinal da presença de cárie rampante é uma faixa de desmineralização de cor branca opaca ao longo do colo próxima à gengiva, que com o tempo torna-se escurecida. Na medida em que os dentes vão erupcionando, novas lesões vão surgindo. Esse fato foi observado na criança do caso clínico aqui relatado, uma vez que a mesma apresentava lesões cáries em estágios mais avançados justamente nos dentes que estavam há mais tempo erupcionados.

O tratamento da cárie rampante exige cooperação mútua entre mãe-família-criança, para que novos hábitos alimentares sejam introduzidos e uma nova perspectiva com relação aos dentes seja aceita (Walter *et al.*, 1996). No presente caso clínico foi realizado um trabalho educacional com a criança e com a família, sendo estabelecidas orientações sobre higiene bucal, hábitos dietéticos e disciplina alimentar, uma vez que a falta de conscientização por parte dos responsáveis em relação à manutenção da saúde bucal pode comprometer o prognóstico do tratamento realizado. Além disso, este trabalho educacional visa criar uma nova perspectiva não apenas para a saúde bucal da criança, mas também de todo o núcleo familiar.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na literatura consultada e com os resultados obtidos após a realização do caso clínico, pode-se concluir que:

- a amamentação natural é importante para o desenvolvimento físico e mental do bebê;
- o consumo de leite materno após a erupção dos primeiros dentes, associado a uma dieta de desmame cariogênica, e o uso prolongado da mamadeira contendo leite ou fórmulas de leite, sucos de frutas, água açucarada ou chupetas adoçadas favorece o desenvolvimento de cárie precoce na infância;
- no presente caso clínico, o aleitamento natural prolongado associado a uma dieta cariogênica foi o fator etiológico da cárie precoce na infância;
- a perda precoce de dentes decíduos altera as funções anatômicas e a estética; neste caso clínico, a perda dos dentes anteriores influenciou

a estética e favoreceu o hábito de interposição lingual;

- é importante para o sucesso do tratamento a educação do núcleo familiar, para que novos hábitos alimentares e de higiene bucal sejam induzidos; no caso aqui relatado, a mãe do menor já demonstrava consciência dessa importância.

HOLANDA, J.Z.; RODRIGUES, M.J. Early childhood caries: case report. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.29, p.12-17, jan./fev. 2003.

physical and mental development; consumption of maternal milk after the eruption of the first teeth and a cariogenic weaning diet can cause early childhood caries; and the early loss of deciduous teeth can affect child's speech and swallowing.

The purpose of this study is to present a clinical case of early childhood caries in a three year-old boy attending the Pediatric Dentistry Specialization Clinic of the Dentistry University of Pernambuco – FOP – UPE, from July 11<sup>th</sup>, 2000 to March 20<sup>th</sup>, 2001. It also presents a literature review on the important aspects related to breast feeding and early tooth decay in preschool children. In conclusion, breastfeeding is important for the baby's

**KEYWORDS:** Breast feeding; Weaning; Dental caries; Pediatric dentistry

## REFERÊNCIAS

- CARVALHO, G.D. Amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. **Rev Secretários de Saúde**, São Paulo, Ano II, n.10, p.12-13, out. 1995.
- CORREA, M.S.N.P.; RODRIGUES, C.R.; ULSON, R.C.; FAZZI, R. Cárie rampante: considerações sobre etiologia. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v.45, n.5, p.597-600, set./out. 1991.
- CORREA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. Cap.8, p.71-86.
- FISBERG, M. Desmame adequado. In: WEHBA, J. **Nutrição da criança**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1991. Cap.5, p.197-209.
- GOMES, M.P.; SOUZA, I.P.; MODESTO, A. Fatores envolvidos no desenvolvimento da cárie de amamentação. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v.50, n.6, p.497-501, nov./dez. 1996.
- GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 6.ed. São Paulo: Santos, 1997. Cap.21, p.299-321.
- LUDMILA, P.A.; GLEISER, R. Cárie provocada pelo leite materno: revisão e apresentação de caso clínico. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v.41, n.2, p.22-24, mar./abr. 1984.
- MARTINS, A.L.C.F.; FERNANDES, F.R.; CORRÊA, M.S.N.P.; GUERRERA, A.C. A cárie dentária. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na 1ª infância**. São Paulo: Santos, 1998. Cap.17, p.195-208.
- MASSARA, M.L.; RIBEIRO, F.R.; RODRIGUES, P.M. Associação entre aleitamento materno e lesões cariosas: relato de um caso. **Rev do CROMG**, Belo Horizonte, v.4, n.2, p.94-100, jul./dez. 1998.
- MCDONALD, R.; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap.10, p.151-175.
- NAVARRO, N.P.; GALVÃO, V.; CIAMPIONI, A.L. Reabilitação bucal de pacientes portadores de cárie rampante: apresentação de caso clínico. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.1, n.2, p.26-32, jul./ago. 1998.
- REISINE, S.; DOUGLASS, J.M. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.26, n.1, p.32-44, June/Aug. 1998.
- RIPA, L.W. Nursing habits dentl decay in infants: nursing bottle caries. **J Dent Child**, Chicago, v.45, n.4, p.274-275, June/Aug. 1978.
- RIPA, L.W. Nursing caries: a comprehensive review. **Pediatr Dent**, Chicago, v.10, n.4, p.268-282, Dec. 1988.
- SANDER, R.; BELLINI, L. Cárie de mamadeira: quadro generalizado de lesões cariosas agudas. **Rev Odont Ciência**, Porto Alegre, v.2, n.4, p.40-46, jun. 1987.
- SERVA, V.M. Aleitamento materno. In: FIGUEIRA *et al.* **Pediatria – Instituto materno infantil de Pernambuco (IMIP)**. 2.ed. Recife: Medsi, 1996. Cap.2., p.77-87.
- SHAFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. **Tratado de patologia bucal**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. Cap.7, p.376-442.
- SOUZA, A.M.L. A amamentação e a Odontologia. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São

Paulo, v.51, n.4, p.387, jul./ago. 1997.

SWERTS, M.S.; SILVA, J.B.O.; BALDIM, A.A. Cárie de mamadeira. **Rev Uni Alfenas**, Alfenas, v.2, n.2, p.161-163, jul./dez. 1996.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê – Odontopediatria do nascimento aos 3 anos**. São Paulo: Artes Máficas, 1996. Cap.6, p.93-106.

YIU, C.K.; WEI, S.H.Y. Management of rampant caries in children. **Quintessence Int**, Munique, v.23, n.3, p.159-168, Mar. 1992.

Recebido para publicação em: 6/12/2001

Enviado para reformulação em: 22/01/2002

Aceito para publicação em: 30/07/2002