

Cárie de Estabelecimento Precoce: Relação Entre o Biológico e o Psicossocial

Caries de Establecimiento Precoz:

Relación entre el Aspecto Biológico y el Sicosocial

Early Childhood Caries: Relation Between the Biological and the Psychosocial Aspects

Bartira Cruxên Gonçalves Volschan*
Eduardo Lúcio Soares**

Volschan BCG, Soares EL. Cárie de estabelecimento precoce: relação entre o biológico e o psicossocial. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(34):533-40.

As iniquidades sociais apresentam reflexos nas condições de saúde da população, e a cárie dentária não é exceção. Devido à alta prevalência em famílias de baixa renda, a cárie de estabelecimento precoce é considerada um sério problema de saúde pública. O presente trabalho tem como objetivo discutir as causas etiológicas da cárie de estabelecimento precoce, evidenciando-a como uma doença determinada pelos fatores biológicos e condicionada socialmente.

PALAVRAS-CHAVE: Cárie dentária; Odontopediatria; Cárie dentária/etiologia.

INTRODUÇÃO

Embora seja observado o declínio na prevalência de cárie dentária em crianças e adolescentes, a presença dessa doença nos primeiros anos de vida é um assunto muito preocupante em virtude da alta prevalência e das sérias repercussões médicas, emocionais e financeiras proporcionadas pela destruição dentária.

A literatura odontológica, ao longo dos anos, empregou diversos termos para descrever este tipo de doença: cárie vestibular, cárie de mamadeira de leite, síndrome da cárie de amamentação, cárie rampante, cáries de mamadeira, cárie da primeira infância (Yasin-Harnekar, 1988; Veerkamp, Weerheijm, 1995).

Durante muito tempo, a descrição etiológica desta enfermidade apontava as causas biológicas da cárie na primeira infância, ou seja, os fatores que influenciam diretamente a qualidade do dente, o conteúdo da mamadeira e a frequência com que os dentes são limpos. Esta visão reducionista da Odontologia em resolver os problemas da cárie dentária, restringindo-se aos fatores

Volschan BCG, Soares EL. Caries de establecimiento precoz: relación entre el aspecto biológico y el sicosocial. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(34):533-40.

Las iniquidades sociales se reflejan en las condiciones de salud de la población, y la caries dental no es la excepción. Debido a la alta prevalencia en familias de bajos ingresos, la caries de establecimiento precoz se considera un serio problema de salud pública. El presente trabajo tiene como objetivo tratar acerca de los orígenes etiológicos de la caries de establecimiento precoz, evidenciándola como una enfermedad determinada por los factores biológicos y socialmente condicionada.

PALABRAS CLAVE: Caries dental; Odontología pediátrica; Caries dental/etiología.

prevalencia de cárie em crianças e adolescentes, a presença dessa doença nos primeiros anos de vida é um assunto muito preocupante em virtude da alta prevalência e de las serias repercusiones médicas, emocionales y financieras derivadas de la destrucción dental.

La literatura odontológica, a lo largo de los años, empleó diversos términos para describir este tipo de enfermedad: caries vestibular, caries de biberón de leche, síndrome de la caries de lactancia, caries rampante, caries de biberón, caries de la primera infancia (Yasin-Harnekar, 1988; Veerkamp, Weerheijm, 1995;).

Durante mucho tiempo, la descripción etiológica de esta enfermedad apuntaba a las causas biológicas de la caries en la primera infancia, o sea a los factores que influyeron directamente en la calidad del diente, el contenido del biberón y la frecuencia de limpieza de los dientes. Esta visión limitada de la Odontología en resolver los problemas de la caries dental, restringiéndose a los factores primarios, produjo poco efecto en la

*Coordenadora da Disciplina de Odontopediatria – UNESA/RJ; Doutora em Odontologia Social – UFF, Faculdade de Odontologia – Universidade Estácio de Sá; Rua Paulo de Frontin, 628, Rio Comprido – CEP 20260-243, Rio de Janeiro, RJ; e-mail: bartiravolschan@terra.com.br

**Coordenador da Pós-graduação em Odontologia Social – UFF, Centro de Ciências da Saúde – Hospital Antônio Pedro

primários, produziu pouco efeito na incidência dessa doença (Tinanoff, 1998).

A mudança de terminologia, de "cárie de mama-deira" para "cárie de estabelecimento precoce", ocorrida na Conferência do Centro para Controle e Prevenção de Doenças, em 1994, reflete a mudança no entendimento filosófico sobre as causas da doença cárie em crianças muito jovens. O novo termo diverge todas as atenções provenientes ao uso da mamadeira para a importância de fatores psicossociais, comportamentais e socioeconômicos, os quais contribuem para o desenvolvimento de cáries rompantes na infância (Reisine, Douglass, 1998).

Dessa forma, a mudança na nomenclatura objetivou não tornar absoluta a associação entre o hábito de mamadeira e a doença cárie. A denominação recomendada não nega as razões básicas para a desmineralização em criança muito jovem: extensiva exposição a uma dieta cariogênica e a infecção precoce de bactérias cariogênicas. Por outro lado, também compreende que os hábitos noturnos que envolvem a alimentação, com mamadeira de leite ou outra bebida açucarada, nem sempre causam cáries (Horowitz, 1998; Tinanoff, 1998).

Reconhecer a complexidade da etiologia deste tipo de cárie irá guiar o desenvolvimento de estratégias inovadoras – que vão além da eliminação da mamadeira noturna – e outros fatores que contribuem para a cárie de estabelecimento precoce. Tais perspectivas irão ajudar a compreender por que os esforços anteriores para a redução desse tipo de cárie falharam (Reisine, Douglass, 1998).

REVISÃO DA LITERATURA

Fatores etiológicos

Os fatores biológicos – dieta, dente, microrganismos e tempo – são determinantes da doença cárie, que por sua vez estão sempre condicionados a fatores comportamentais, culturais e sociais (Volschan, 2001).

A causa dessa doença deve apresentar, por conseguinte, uma abordagem comportamental, para avaliar as razões que levam as mães a ofertarem a mamadeira, a estenderem o hábito da amamentação (peito e mamadeira), o tipo de conteúdo utilizado na mamadeira e a utilização da mamadeira durante o dia (Reisine, Douglass, 1998).

É muito reduzida a quantidade de trabalhos que examinam crianças com e sem cáries e que fazem uso de mamadeira noturna. Em geral, as pesquisas são voltadas somente para as crianças com cárie de mamadeira. Entretanto, a prevalência de crianças que são colocadas para dormir é elevada – e boa parte dessas crianças não apresentam cárie (Reisine *et al.*, 1989; Fraiz, 1998; Reisine, Douglass, 1998).

A esse respeito, Del Valle *et al.* (1998) observaram pequena evidência para que a alimentação por mamadeira, por si só, possa ser considerada como fator de risco. As horas de sono da criança e as práticas maternas para que a criança pare de chorar à noite, por exemplo, foram apontadas como os fatores de risco mais influentes. Os pais de crianças com cárie relatam mais insucesso na remoção da mamadeira que

incidencia de la enfermedad (Tinanoff, 1998).

El cambio de terminología, de "caries de biberón" a "caries de establecimiento precoz" acacido en la conferencia del centro para control y prevención de enfermedades, en 1994, refleja un cambio en el entendimiento filosófico acerca de las causas de la enfermedad caries en niños muy jóvenes. El nuevo término vuelca la importancia dirigida al uso del biberón hacia: factores sicosociales, conductuales y socioeconómicos; los cuales contribuyen al desarrollo de caries rampante en la infancia (Reisine, Douglass, 1998).

De esa forma, el cambio en la nomenclatura impulsó a no asumir como absoluta la asociación entre el hábito del biberón y la enfermedad caries. La denominación recomendada no niega las razones básicas para al desmineralización en niños muy jóvenes, tales como: la intensa exposición a una dieta cariogénica y la infección precoz de bacterias cariogénicas. Por otro lado, también comprende que los hábitos nocturnos que involucran la alimentación -como biberón de leche u otra bebida azucarada- no siempre originan caries (Horowitz, 1998; Tinanoff, 1998).

Reconocer la complejidad de la etiología de este tipo de caries guiará el desarrollo de estrategias innovadoras – que van mas allá de la eliminación del biberón nocturno–y otros factores que contribuyen para la caries de establecimiento precoz. Tales perspectivas ayudarán a comprender por qué fallaron los esfuerzos previos para la reducción de este tipo de caries (Reisine, Douglass, 1998).

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Factores etiológicos

Los factores biológicos – dieta, diente, microorganismos y tiempo – son determinantes de la enfermedad caries, los mismos que a su vez están siempre condicionados a factores conductuales, culturales y sociales (Volschan, 2001).

Por consiguiente, la causa de esa enfermedad requiere un abordaje conductual, para evaluar las razones que llevan a las madres a ofrecer el biberón, a extender el hábito de lactancia (pecho y biberón), el tipo de contenido utilizado en el biberón y la utilización del biberón durante el día (Reisine, Douglass, 1998).

Es muy reducida la cantidad de trabajos que examinan niños con y sin caries y que hacen uso del biberón nocturno. En general, las investigaciones se dirigen solamente a los niños con caries de biberón. De otra parte, la prevalencia de niños a quienes se les coloca biberón para dormir es elevada y un buen número de ellos no presentan caries (Reisine *et al.*, 1989; Fraiz, 1998; Reisine, Douglass, 1998).

Al respecto, Del Valle *et al.* (1998) encontraron una pequeña evidencia de que la alimentación por biberón, por si misma, pueda considerarse como factor de riesgo. Las horas de sueño de los niños y las prácticas maternas para que el niño deje de llorar en la noche, por ejemplo, fueron registradas como los factores de riesgo más influyentes. Los padres de niños con caries refirieron más fracasos en la exclusión del biberón que aquellos padres de niños sin caries.

Shantinath *et al.* (1996) advirtieron que existen

os pais de crianças livres de cárie.

Shantinath *et al.* (1996) advertem que existem muitas evidências de fatores comportamentais relacionados à amamentação prolongada, por peito ou mamadeira; alimentação associada ao sono; utilização de líquidos cariogênicos (suco, leite e fórmulas) com a doença, mas pouco se sabe sobre como cada comportamento alimentar possa surgir.

Muitas vezes o comportamento social negativo da criança ("choraminguentas", importunas, ou que dormem mal) faz com que os pais sejam mais resistentes ao abandono do hábito (Everdingen *et al.*, 1996; Shantinath *et al.*, 1996). Everdingen *et al.* (1996) acrescentam que os pais não quebram este hábito por inabilidade de impor limites aos seus filhos.

Crianças que vivenciam dificuldades familiares, nervosismo e estresse, filhos de mães que não conseguem amamentar corretamente (tempo e idade), tornam-se crianças com humor alterado, mais fáceis de assimilar hábitos nocivos, crianças carentes que utilizam a mamadeira como fuga ou, ainda, assimilam o hábito como forma de chamar a atenção dos pais (Reisine, Douglass, 1998).

Para Benitez *et al.* (1994), o hábito da amamentação prolongada ocorre mais comumente com o primeiro filho, entretanto Müller (1996) constatou uma maior associação entre cárie e filhos caçulas.

Quando Naegele *et al.* (2000) procuraram estabelecer o perfil de crianças com cárie de estabelecimento precoce, dentre os fatores comportamentais levantados, observaram que 56,4% eram filhos caçulas com diferença média de 5,6 anos para o irmão de idade mais próxima e 30,8% eram filhos únicos. Estes dados, juntamente com a observação de que todas as crianças eram cuidadas durante o dia por suas próprias mães ou parentes muito próximos, sugerem que a atenção intensiva à criança seja fator comportamental de risco para cárie de estabelecimento precoce.

O comportamento negativo da criança, durante a higiene bucal domiciliar, foi relacionado à presença de biofilme dental nas superfícies dos incisivos superiores e maior experiência de cárie (Fraiz, Walter, 2000).

Volschan (2001) apontou o envolvimento comportamental das mães com relação ao filho doente: a conduta tomada é de atenção mais intensa e vontade de proporcionar-lhe consolo e, por sua vez, dificuldade de impor-lhe limites. Por meio de análise qualitativa das falas de algumas mães de crianças com cárie foi verificado que, durante o período de convalescência da criança, ocorre negligência de higiene bucal e mudanças no hábito alimentar, limitando as refeições a alimentos pastosos e açucarados. Foi encontrada correlação significativa entre a frequência de episódios de doenças e internações hospitalares e cárie de estabelecimento precoce.

Estudos anteriores a este contemplam estas observações. Müller (1996), quando no estabelecimento do perfil das crianças com cárie de estabelecimento precoce, verificou que uma parcela destas apresentava doenças crônicas, na maioria das vezes doenças asmáticas. Outro problema relacionado a doenças sistêmicas foi apontado por Bowen (1998): as crianças portadoras de problemas respiratórios, transitórios ou

muchas evidências de fatores conductuales relacionados a la lactancia prolongada, por pecho o biberón; alimentación asociada al sueño; utilización de líquidos cariogénicos (azúcar, leche y fórmulas) coligada con la enfermedad, pero poco se sabe sobre como puede surgir cada comportamiento alimentario. Muchas veces el comportamiento social negativo de los niños ("llorones", impertinentes, o que duermen mal) hacen que los padres sean más renuentes al abandono del hábito (Everdingen *et al.*, 1996; Shantinath *et al.*, 1996). Everdingen *et al.* (1996) agregan que los padres no interrumpen este hábito por su inhabilidad de poner límites a sus hijos.

Los niños que pasan dificultades familiares, nerviosismo y estrés, así como los hijos de madres que no logran lactar apropiadamente (tiempo y edad), se vuelven niños con humor perturbado, más proclives a asimilar hábitos nocivos, niños menesterosos que utilizan el biberón como medio de escape, o inclusive aquellos que asimilan el hábito como una forma de llamar la atención de sus padres (Reisine, Douglass, 1998).

Para Benitez *et al.* (1994), el hábito de lactancia prolongado se dá más comúnmente con el primer hijo, mientras que Müller (1996) constató una mayor asociación entre caries e hijos benjamines o últimos.

Cuando Naegele *et al.* (2000) trataron de establecer el perfil de niños con caries de establecimiento precoz, dentro de los factores conductuales observados, encontraron que el 56,4% eran hijos benjamines con diferencia media de 5,6 años respecto al hermano de edad más próxima y el 30,8% eran hijos únicos. Estos datos, conjuntamente con la observación de que todos los niños eran cuidados durante el día por sus propias madres o parientes muy cercanos, sugieren que la atención intensiva al niño sea un factor conductual de riesgo para la caries de establecimiento precoz.

El comportamiento negativo del niño, durante la higiene bucal casera, fue relacionado a la presencia de biofilm dental en las superficies de los incisivos superiores y a una mayor experiencia de caries (Fraiz, Walter, 2000).

Volschan (2001) señaló respecto al desarrollo conductual de las madres con relación al hijo enfermo: la conducta adoptada es de una atención más intensa, unida a la voluntad de proporcionarle consuelo y, al mismo tiempo, dificultad de imponerle límites. Por medio de un análisis cualitativo de las fallas de algunas madres de niños con caries se encontró que durante el período de convalecencia del niño, sobreviene negligencia en su higiene bucal y cambios en sus hábitos alimenticios, limitándose las comidas a alimentos pastosos y azucarados. Se encontró una correlación significativa entre la frecuencia de episodios de enfermedades e internamientos hospitalarios y caries de establecimiento precoz.

Estudios anteriores a éste advirtieron tales observaciones. Müller (1996), respecto al establecimiento del perfil de los niños con caries de establecimiento precoz, encontró que una parte de ellos presentaban enfermedades crónicas, en la mayoría de las veces enfermedades asmáticas. Otro problema relacionado a enfermedades sistémicas fue detectado por Bowen (1998): los niños portadores de problemas respiratorios, transitorios o crónicos, realizan la respiración bucal, principalmente por la noche, repercutiendo en la ausencia de humedecimiento

crônicos, realizam a respiração bucal, principalmente à noite, resultando na ausência de umedecimento da saliva nas regiões dentárias superiores anteriores, tornando a criança mais suscetível às desmineralizações provenientes da retenção de líquidos açucarados e da ausência de proteção salivar. Por outro lado, as crianças comprometidas sistematicamente consomem medicamentos contendo elevado teor de sacarose, favorecendo o processo cariioso (Müller, 1996).

As doenças bucais mais comuns se estabelecem na infância, particularmente, devido ao ambiente doméstico: os hábitos bucais da criança estão muito relacionados com os de suas mães. A cada dia, os pais estão ensinando às crianças comportamentos favoráveis ou desfavoráveis à saúde bucal ou a combinação de ambos (Doshi, 1985).

O impacto de fatores culturais, o conhecimento da saúde dental, o padrão social e a experiência de saúde causam influência no comportamento da saúde (Durward, Wright, 1989). Atitudes positivas com relação aos cuidados dentários são muito importantes. Foi verificado que mães satisfeitas com seu estado de saúde bucal realizavam visitas mais frequentes ao Dentista de suas crianças (Ismail, 1998; Milgrom, 1998). Por outro lado, Weinstein *et al.* (1999) aponta que mães que já tiveram experiências de dor, medo e ansiedade tendem a procurar atendimento somente em casos de emergência.

Fatores culturais também conduzem os pais a não procurarem o Cirurgião-dentista na primeira infância e/ou em períodos posteriores, pois acreditam que a ausência da dor (ou de qualquer alteração visível nos dentes) não justificaria a visita ao Cirurgião-dentista (Gift, Neuman, 1992).

Comportamentos referentes à alimentação do bebê, após o nascimento, são produtos da cultura e da estrutura familiar. Os Clínicos relatam tentativas frustradas de mudança nesses comportamentos. Trabalharam quase inteiramente sem compreender o modelo da doença e sem o auxílio proveniente da ciência comportamental (Veerkamp, Weerheijm, 1995; Milgrom, 1998).

A exemplo disso, têm-se os trabalhos realizados com gestantes submetidas à aplicação de quimioterápicos. O objetivo da intervenção é produzir a redução de níveis de estreptococos do grupo *mutans* e, conseqüentemente, reduzir a incidência de infecção e cáries em seus filhos. No entanto, essa intervenção com as mães é vista somente como um veículo biológico para controle de cáries em crianças muito jovens. Em uma visão mais abrangente, as atitudes e o conhecimento da gestante podem ser deficientes e desfavoráveis para as práticas preventivas (Doshi, 1985; Gift, Neuman, 1992; Milgrom, 1998).

A associação entre experiência de cárie e classe social foi constatada em vários estudos epidemiológicos (Battellino *et al.*, 1997; Gibson, Williams, 1999; Teixeira, 2000). Verificaram que a experiência de cárie é de 2 a 5 vezes mais alta em crianças de classes sociais menos favorecidas. Também observaram associação com os níveis educacionais dos pais, falhas em hábitos alimentares e comportamento preventivo.

Indicadores socioeconômicos parecem, então, interagir de tal forma que aqueles indivíduos que apre-

de saliva em las regiones dentales superiores anteriores, tornando al niño más susceptible a las desmineralizaciones provenientes de la retención de líquidos azucarados y de la ausencia de protección salival. Por otro lado, los niños comprometidos sistematicamente consumen medicamentos que contienen elevada cantidad de sacarosa favoreciendo el proceso cariioso (Müller, 1996).

Las enfermedades bucales más comunes se establecen en la infancia, particularmente, debido al ambiente doméstico: los hábitos bucales del niño están muy relacionados con los de sus madres. Cada día los padres están enseñando a los niños, comportamientos favorables o desfavorables a la salud bucal o a la combinación de ambos (Doshi, 1985).

El impacto de factores culturales, o el conocimiento de la salud dental, el nivel social y la experiencia de salud influyen en el comportamiento de la salud (Durward, Wright, 1989). Son muy importantes las actitudes positivas con relación a los cuidados dentales. Se constató que las madres satisfechas con su estado de salud bucal realizaban visitas más frecuentes al dentista de sus niños (Ismail, 1998; Milgrom, 1998). Por otro lado, Weinstein *et al.* (1999) considera que las madres que experimentaron dolor, miedo y ansiedad tienden a buscar atención solamente en casos de emergencia.

Factores culturales también conducen a los padres a no buscar al Cirujano-dentista en la primera infancia y/o en períodos posteriores, pues piensan que la ausencia de dolor (o de cualquier alteración visible en los dientes) es un indicativo válido para no visitar al Cirujano-dentista (Gift, Neuman, 1992).

Los comportamientos relacionados a la alimentación del bebé, después del nacimiento, son producto de la cultura y de la estructura familiar. Los clínicos refieren tentativas frustradas de modificaciones en estos comportamientos. Trabajarán casi íntegramente sin comprender el modelo de la enfermedad y sin la ayuda proveniente de la ciencia de la conducta (Veerkamp, Weerheijm, 1995; Milgrom, 1998).

Un ejemplo de ellos, se tiene en los trabajos realizados con gestantes sometidas a quimioterapia. El objetivo de la intervención es producir la reducción de niveles de estreptococos del grupo mutans, y consecuentemente reducir la incidencia de infección y caries en sus hijos. Pero, esa intervención con las madres es vista solamente como un vehículo biológico para control de caries en niños muy jóvenes. En una visión más amplia, las actitudes y el conocimiento de la gestante pueden ser deficientes y desfavorables para las prácticas preventivas (Doshi, 1985; Gift, Neuman, 1992; Milgrom, 1998).

La asociación entre experiencia de caries y clase social fue constatada en diversos estudios epidemiológicos (Battellino *et al.*, 1997; Gibson, Williams, 1999; Teixeira, 2000). Se encontró que en niños de clases sociales menos favorecidas la experiencia de caries es de 2 a 5 veces más alta. También observaron asociación con los niveles educacionales de los padres, fallas en hábitos alimentarios y comportamiento preventivo.

Entonces, los indicadores socioeconómicos parecen interactuar en tal forma que aquellos individuos que presentan una combinación de ventajas (mayores ingresos, seguro de salud y fuentes de educación) tienen más probabilidades de cuidados odontológicos. El

sentam uma combinação de vantagens (maior renda, seguro de saúde e fontes de educação) possuem maior probabilidade de cuidados odontológicos. O custo do tratamento é uma das razões que levam o indivíduo a não visitar o Cirurgião-dentista (Gift, Neuman, 1992).

O estudo de Benitez *et al.* (1994) indica que a amamentação prolongada é mais frequentemente estabelecida por mães de nível socioeconômico menos elevado. Não é incomum encontrarmos casos de crianças cuja amamentação no seio é prolongada devido ao leite materno não ter custo e a família não possuir condição de oferecer outro alimento à criança.

A distinção entre as classes sociais – com relação à atenção odontológica – foi observada por Vasconcelos *et al.* (2000): as crianças de creches públicas, em sua maioria, nunca tiveram acesso ao consultório dentário. Aquelas que o fizeram foram motivadas por sensação dolorosa, enquanto, nas particulares, todos os responsáveis mencionaram realizar revisões periódicas. A mesma iniquidade foi apontada por Teixeira (2000).

Por conseguinte, fatores sociais considerados de risco para a cárie dentária em crianças incluem a educação dos pais, a classe social e a quantidade de crianças por família (Del Valle *et al.*, 1998; Khan, Cleaton-Jones, 1998; Ramos-Gomez *et al.*, 1998; Teixeira, 2000).

Com relação ao nível educacional, Shantinath *et al.* (1996) afirmam que a cárie precoce atinge maior número de crianças cujos pais têm menor escolaridade, pois estes apresentam maiores dificuldades de receberem e assimilarem informações, são mais pessimistas com sua saúde bucal e menos preocupados com sua auto-estima.

No estudo qualitativo realizado por Maupomé (1998), foi observado que a percepção dos problemas de saúde bucal é frequentemente explicada em termos mais amplos de estrutura familiar e de valores sociais. A discussão deste trabalho enfatiza que o estilo de vida moderno, consumista, conduz à obtenção de conforto frente à vida em ambiente desfavorecido, assim verifica-se a fascinação por gastar mais para gratificar a si próprio e à família. Estas gratificações tomam forma de símbolos tais como refrigerantes, doces, e outros alimentos. Outras explorações dentro do estilo de vida moderno são mais elaboradas, tais como a adoção de práticas para a substituição da amamentação no peito pela mamadeira.

Controle e prevenção da cárie de estabelecimento precoce: estratégias e propostas

Segundo Horowitz (1983), a cárie dentária não é inevitável, entretanto a habilidade para preveni-la mostra-se imperfeita.

A melhor maneira de controle e prevenção centra-se na educação em saúde. Com base neste princípio, as clínicas de bebês têm se multiplicado por todo o Brasil.

A Odontologia, voltada ao atendimento do bebê, trouxe mudanças comportamentais no exercício da profissão. A Odontologia deixou de ser uma profissão solitária para tornar-se solidária, uma vez que exige a participação efetiva dos pais, que deverão ser motivados e educados para que a ação transformadora seja realizada em sua plenitude (Walter *et al.*, 1997).

costo del tratamiento es una de las razones que llevan al individuo a no visitar el Cirujano-dentista (Gift, Neuman, 1992).

El estudio de Benitez *et al.* (1994) indica que la lactancia prolongada es más frecuentemente observada por madres de nivel socioeconómico menos elevado. No es infrecuente encontrar casos de niños cuya lactancia de pecho es prolongada, debido a que la leche materna no tiene costo y la familia no está en condiciones de ofrecer otro tipo de alimento al niño.

La diferencia entre las clases sociales – respecto a la atención odontológica – fue observada por Vasconcelos *et al.* (2000): los niños de guarderías públicas, en su mayoría, jamás tuvieron acceso al consultorio dental. Aquellos que lo hicieron fueron motivados por sensación dolorosa, mientras que en las casas cuna particulares, todos los responsables refirieron realizar revisiones periódicas. La misma iniquidad fué apuntada por Teixeira (2000).

Por consiguiente, los factores sociales considerados de riesgo para la caries dental en niños incluyen: la educación de los padres, la clase social y la cantidad de niños por familia (Del Valle *et al.*, 1998; Khan, Cleaton-Jones, 1998; Ramos-Gomez *et al.*, 1998; Teixeira, 2000).

Con relación al nivel educacional, Shantinath *et al.* (1996) afirman que la caries precoz afecta a un mayor número de niños cuyos padres tienen menor escolaridad, ya que estos tienen mayores dificultades de recibir y asimilar informaciones, son más pesimistas con su salud bucal y menos preocupados con su auto estima.

En el estudio cualitativo realizado por Maupomé (1998) se observó que la percepción de los problemas de salud bucal está frecuentemente explicada en términos más amplios de estructura familiar y de valores sociales. La discusión de este trabajo enfatizó que el estilo de vida moderno, de tipo consumista, conduce a la obtención de confort frente a la vida en un ambiente desfavorable, así se verifica la fascinación por gastar más para gratificarse a si mismo y a la familia. Estas gratificaciones toman la forma de símbolos tales como: bebidas gaseosas, dulces, y otros alimentos. Otras exploraciones dentro del estilo de vida moderno son más elaboradas, tales como la adopción de prácticas para la sustitución de la lactancia de pecho por la de biberón.

Control y prevención de la caries de establecimiento precoz: estrategias y propuestas

Segun Horowitz (1983), la caries dental no es inevitable, pero la habilidad para prevenirla se muestra imperfecta.

La mejor manera de control y prevención se centra en la educación en salud. Basada en este principio, las clínicas de bebés se han multiplicado por todo Brasil.

La Odontología, volcada a la atención del bebé, trae cambios conductuales en el ejercicio de la profesión. La Odontología dejó de ser una profesión solitaria para tornarse solidaria, pues exige la participación efectiva de los padres, que deberán ser motivados y educados para que la acción transformadora se realice en su plenitud (Walter *et al.*, 1997).

Las madres, frecuentemente tienen el control para enfrentar los problemas de salud surgidos en la familia. Por lo tanto, son ellas quienes determinarán el comportamiento asociado a la salud de sus niños. Las rutinas

As mães, freqüentemente, possuem o controle para enfrentar os problemas de saúde surgidos na família. Portanto, são elas que determinarão o comportamento associado à saúde de suas crianças. As rotinas mais importantes a serem afetadas estão relacionadas à higiene bucal e ao padrão de consumo de açúcar (Doshi, 1985).

Entretanto, Benitez *et al.* (1994) advertem que medidas tradicionais de educação e instrução podem não ser efetivas para proporcionar mudanças de hábitos inadequados ou para melhorar o comportamento preventivo em certas populações de risco.

Sobre este fato, Shantinath *et al.* (1996) observaram que a maioria dos esforços para reduzir a incidência de cárie em crianças pré-escolares envolve a educação dos pais sobre as conseqüências da alimentação inapropriada, ensinando a encerrar o hábito da mamadeira, substituindo o leite por água ou suco e utilizando o copo. Desconsiderando como é difícil este comportamento familiar, entretanto, necessário para ajudar na troca abrupta de algum hábito da criança.

Ao comentar sobre os trabalhos que relatam o sucesso limitado das estratégias educativas em restringir a cárie de estabelecimento precoce, Horowitz (1998) concorda que as razões para este fato encontram-se relacionadas às pressões familiares e sociais em continuar com práticas alimentares não saudáveis. Portanto, a autora mostra-se enfática na denúncia da necessidade de pesquisas que focalizem a superação destas barreiras. Adicionalmente a esses estudos, Horowitz não deixa de considerar de extrema valia as pesquisas relacionadas à evolução de quimioterápicos, cariostáticos, vernizes fluoretados e com clorexidina, além da técnica de Tratamento Restaurador Atraumático (TRA).

Certamente, a educação, por si só, não perfaz elemento suficiente para a prevenção. A prevenção da cárie, na primeira infância, deve estar baseada em ações amplas e multidisciplinares, visto a complexidade etiológica desta doença. Destaca-se, então, o contato com fluoretos por meio de dentifrícios e das águas de abastecimento públicas, bem como políticas para melhorar as condições de moradia, de trabalho e de escolaridade são medidas que têm provocado menores índices de ataque pela cárie dental nas crianças, visto ser a cárie um desequilíbrio do processo saúde/doença, intimamente ligada a fatores sociais. Essas estratégias de bases amplas (populacionais) levarão à mudança de comportamentos, antes determinados por normas sociais, como o consumo de açúcar e a higiene bucal (Nadanovsky, 2000).

A esse respeito, Ismail (1998) enfatiza que a cárie de estabelecimento precoce configura um problema político, porque as suas soluções envolvem mudança e reorganização de valores e prioridades políticas. As doenças infantis, a fome, a falta de educação e de apoio familiar, o desemprego de pais e baixa auto-estima são alguns dos muitos problemas que permeiam as famílias onde a cárie de estabelecimento precoce é endêmica. Logo, a mudança crítica – necessária para promover a prevenção desta doença – deve constituir trabalho de rede, no qual participem outros profissionais de saúde, líderes comunitários, organizações nacionais de assistência à infância e líderes políticos.

más importantes a ser afetadas estão relacionadas a la higiene bucal y al esquema de consumo de azúcar (Doshi, 1985).

Mientras que Benitez *et al.* (1994) advierten que las medidas tradicionales de educación e instrucción, pueden no ser efectivas para proporcionar cambios de hábitos inadecuados o para mejorar el comportamiento preventivo en ciertas poblaciones de riesgo.

Sobre este hecho, Shantinath *et al.* (1996) observaron que la mayoría de los esfuerzos para reducir la incidencia de caries en niños pre-escolares incluye la educación de los padres respecto a las consecuencias de la alimentación inapropiada, enseñando a suprimir el hábito del biberón, sustituyendo la leche por agua o jugo y utilizar el vaso. No obstante lo difícil de este comportamiento familiar, sin embargo es necesario para ayudar en el cambio abrupto de determinados hábitos del niño.

Al comentar sobre los trabajos que reportan el limitado éxito de las estrategias educativas para restringir la Caries de Establecimiento Precoz, Horowitz (1998) coincide en que las razones para este hecho se encuentran relacionadas a las presiones familiares y sociales para continuar con prácticas nada saludables de alimentación. Por lo tanto, la autora enfatiza la necesidad de investigaciones dirigidas a superar estas barreras. Adicionalmente a estos estudios, Horowitz no deja de considerar de extrema valia las investigaciones acerca de la evolución de quimioterápicos, cariostáticos, barnices fluorados y con clorhexidina, además de la técnica de Tratamiento Restaurador Atraumático (TRA).

Ciertamente, la educación por si sola, no constituye elemento suficiente para la prevención. La prevención de la caries en la primera infancia debe basarse en acciones amplias y multidisciplinarias, dada la complejidad etiológica de esta enfermedad. Se incide entonces en el contacto con fluoruros por medio de dentifriscos y de las aguas de abastecimiento público, así como de políticas para mejorar las condiciones de vivienda, de trabajo y de escolaridad son medidas que han provocado menores índices de caries dental en niños, en vista de que la caries es reflejo de un desequilibrio del proceso salud/enfermedad, estrechamente ligada a factores sociales. Estas estrategias de bases amplias (poblacionales) llevaron al cambio de comportamientos, antes determinados por normas sociales, como el consumo de azúcar y a la higiene bucal (Nadanovsky, 2000).

Al respecto, Ismail (1998) enfatiza que la caries de establecimiento precoz configura un problema político, porque su solución involucra cambios y reorganización de valores y prioridades políticas. Las enfermedades infantiles, el hambre, la falta de educación y de apoyo familiar, el desempleo de los padres y la baja auto estima son algunos de los múltiples problemas que afectan a las familias, en las cuales la caries de establecimiento precoz es endémica. Luego, el cambio crítico – necesario para promover la prevención de esta enfermedad – debe constituir un trabajo en red, en el cual participen otros profesionales de la salud, líderes comunitarios, organizaciones nacionales de asistencia a la infancia y líderes políticos.

Müller (1996) y Reisine, Douglass (1998) también resaltan la importancia de proporcionar estas informa-

Müller (1996) e Reisine, Douglass (1998) também salientam a importância do fornecimento dessas informações aos Médicos Pediatras, destacando que a erradicação dessa condição pode ser conseguida com a cooperação interdisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise da problemática envolvida na cárie de estabelecimento precoce, observa-se a influência tanto das questões biológicas quanto das dimensões socioculturais. Desta maneira, pode-se afirmar que a cárie é uma doença determinada biologicamente e condicionada socioculturalmente.

Quando existem envolvimento de fatores híbridos, ou seja, sociais e biológicos, a lógica de informar para responsabilizar, estratégias tradicionais de educação e instrução, é combatida e deve ser superada através do apoio social. Desta forma, as cobranças e os aconselhamentos sobre saúde bucal devem ser feitos sem agressividade e com compreensão.

Considera-se a cárie de estabelecimento precoce como problema de saúde pública; verifica-se, portanto, a necessidade dos profissionais de saúde se empenharem neste trabalho, romperem as barreiras impostas e proporcionarem à população, por eles assistida, a conscientização para a superação dos limites e a busca de qualidade de vida.

Volschan BCG, Soares EL. Early childhood caries: relation between the biological and the psychosocial aspects. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6(34):533-40.

The effect of social iniquities on the health conditions of the population and particularly on dental caries occurrence is not an exception. Early childhood caries has high prevalence in low-income families and is considered as a serious public health problem. This paper presents the etiological factors of early childhood caries, evidencing that it is a disease related to biological factors and social conditions.

KEYWORDS: Dental caries; Pediatric dentistry; Dental caries/etiology.

REFERÊNCIAS/REFERENCIAS

- Battellino LJ, Cornejo LS, Cattoni STD de, Yankilevich ERLM de, Calamari SE, Azcra AI *et al.* Evaluación del estado de salud bucodental en preescolares: estudio epidemiológico longitudinal (1993-1994), Córdoba, Argentina. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(3):272-81.
- Benitez C, O'Sullivan D, Tinanoff N. Effect of a preventive approach for the treatment of nursing bottle caries. *J Dent Child* 1994; 61(1):46-9.
- Bowen WH. Response to Seow: biological mechanisms of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(26):28-31.
- Del Valle LL, Velazquez-Quintana Y, Weinstein P, Domoto P, Leroux B. Early childhood caries and risk factors in rural Puerto Rican children. *J Dent Child* 1998; 65(2):132-5.
- Doshi SB. A study of dental habits, knowledge and opinions of nursing mothers. *J Canad Dent Assoc* 1985; 1(6):429-32.
- Durward CS, Wright FAC. Dental knowledge, attitudes and behaviors of Indochinese and Australian-born adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17(1):14-8.
- Everdingen TV, Eijkman MAJ, Hoogstraten J. Parents and nursing-bottle caries. *J Dent Child* 1996; 63(4):271-4.
- Fraiz FC. Estudo dos fatores associados à cárie dentária em crianças que recebem atenção odontológica precoce: odontologia para bebês [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1998.
- Fraiz FC, Walter LRF. Comportamento durante higiene bucal domiciliar e fatores de risco à cárie em crianças [resumo 27]. In: Encontro Nacional de Odontologia para Bebês; 2000; Araçatuba. Anais. Araçatuba: FOA/UNESP; 2000. p.23.

ções a los Médicos Pediatras, destacando que la superación de tal condición se puede conseguir mediante la cooperación interdisciplinaria.

CONSIDERACIONES FINALES

En el análisis integral de los problemas relacionados al desarrollo de la caries de establecimiento precoz, se observa la influencia tanto de las cuestiones biológicas así como las dimensiones socioculturales. Por consiguiente, se puede afirmar que la caries es una enfermedad determinada biológicamente y condicionada socio culturalmente.

Cuando se encuentran involucrados factores híbridos, o sea sociales y biológicos, se combate la estrategia de informar acerca de métodos radicales de educación e instrucción, para establecer responsabilidades y por ende superarlas mediante el apoyo social. Por ello, los compromisos sobre salud bucal deben establecerse sin agresividad y con comprensión.

La caries de establecimiento precoz se considera como un problema de salud pública, por lo tanto se hace patente la necesidad de que los profesionales de salud se empuñen en este trabajo, rompan las barreras impuestas y faciliten a la población, asistida por ellos, el conocimiento para superar tales límites y para a la búsqueda de una mejor calidad de vida.

Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. *Caries Res* 1999; 33(2):101-13.

Gift HC, Neuman JF. Oral health activities of U.S. children: results of national health interview survey. *J Am Dent Assoc* 1992; 123(10):96-106.

Horowitz AM. Effective oral health education and promotion programs to prevent dental caries. *Int Dent Journal* 1983; 33(2):171-8.

Horowitz AM. Research issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(1):67-81.

Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(1):49-61.

Khan MN, Cleaton-Jones PE. Dental caries in African preschool children: social factors as disease markers. *J Publ Health Dent* 1998; 58(1):7-11.

Maupome G. An introspective qualitative report on dietary patterns and elevated levels of dental decay in a deprived urban population in northern Mexico. *J Dent Child* 1998; 65(4):276-85.

Milgrom P. Response to Reisine & Douglass: psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(1):45-8.

Müller M. Nursing-bottle syndrome: risk factors. *J Dent Child* 1996; 63(1):42-50.

Nadanovsky P. Promoção da saúde e prevenção das doenças bucais. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2000. p.293-310

Naegele MA, Volschan BCG, Silveira FM. Identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de cárie precoce na infância. *Pesq Odontol Bras* 2000; 14(supl):111.

Ramos-Gomez FJ, Tomar SL, Ellison J, Artiga N, Sintes J, Vicuna G. Assessment of early childhood caries and dietary habits in a population of migrant Hispanic children in Stockton, California. *J Dent Child* 1998; 66(6):395-403.

Reisine S, Douglass JM. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(1):32-44.

Reisine S, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17(1):7-10.

Shantinath SD, Breiger D, Williams BJ, Hasazi JE. The relationship of sleep problems and sleep-associated feeding to nursing caries. *Pediatr Dent* 1996; 18(5):375-8.

Teixeira DL. Multifatoriedade complexa da cárie precoce: estudos dos fatores não biológicos que influenciam a condição de saúde bucal de crianças de 0 a 3 anos, matriculadas em duas creches públicas e duas creches privadas da Baixada Fluminense [Monografia de Especialização]. Rio de Janeiro: Faculdade de Odontologia, Universidade Estácio de Sá; 2000.

Tinanoff N. Introduction to the early childhood caries conference: initial description and current understanding. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(1):5-7.

Vasconcelos C, Cabral MB, Cangussu MC. Prevalência de cárie dental em pré-escolares no distrito docente assistencial Barra-Rio Vermelho. *Rev ABOPREV* 2000; 3(1):60-5.

Veerkamp JSJ, Weerheijm KL. Nursing-bottle caries: the importance of a developmental perspective. *J Dent Child* 1995; 62(6):381-6.

Volschan BCG. Diagnóstico social da cárie de estabelecimento precoce em comunidade assistida pelo Programa Médico de Família, Niterói-RJ [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense; 2001.

Walter LRF, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para o bebê*. São Paulo: Artes Médicas; 1997.

Weinstein P, Troyer R, Jacobi D, Moccasin M. Dental experiences and parenting practices of Native American mothers and caretakers: what we can learn for the prevention of baby bottle tooth decay. *J Dent Child* 1999; 66(2):120-6.

Yasin-Harnekar S. Nursing caries: a review. *Clin Prev Dent* 1988; 10(2):3-8.

Recebido para publicação em: 04/06/2002

Enviado para reformulação em: 11/06/2002

Aceito para publicação em: 04/10/2002