

Seria a Cárie Dental uma Doença Transmissível?¹

Is Dental Caries a Transmissible Disease?

Cristiane Beatriz Costa SALES CUNHA*
Apoena de Aguiar RIBEIRO**
Bartira Cruxên Gonçalves VOLSCHAN***

SALES CUNHA, C.B.C.; RIBEIRO, A. de A.; VOLSCHAN, B.C.G. Seria a cárie dental uma doença transmissível? *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.30, p.107-110, mar./abr. 2003.

Este artigo tem por objetivo relatar o caso de uma criança com cárie de estabelecimento precoce, na qual foi identificada a influência de fatores biológicos, e não-biológicos no estabelecimento deste quadro bucal. Dentre os fatores biológicos ressaltaram-se a colonização precoce, tendo a mãe como principal fonte de transmissão dos microrganismos, presença de biofilme espesso devido a escovação deficiente, entre outros. Quanto aos não-biológicos, foram verificados fatores culturais, comportamentais, socioeconômicos, psicológicos e direta interação entre a transmissibilidade de hábitos da mãe. Concomitantemente ao tratamento curativo, foram enfatizados os seguintes procedimentos preventivos: motivação à higiene dental, orientação de dieta, estímulo e valorização da saúde bucal, ressaltando a importância da transmissibilidade de hábitos familiares para o desenvolvimento da doença cárie.

PALAVRAS-CHAVE: Cárie dentaria; Hábitos/ Transmissão; Odontopediatria.

¹Relato de caso concluído no final do Curso de Especialização em Odontopediatria na Universidade Estácio de Sá

*Especialista em Odontopediatria/Universidade Estácio de Sá; Rua Barão de Icarai, 25/503, Flamengo – CEP 22250-110, Rio de Janeiro, RJ; e-mail: ccscunha@terra.com.br/cristiane.cunha@ig.com.br

A doença cárie é compreendida como um processo dinâmico, que resulta no distúrbio do equilíbrio entre a superfície do esmalte dentário e o biofilme adjacente. Com o passar do tempo, acontece a perda mineral nessa superfície, e esta perda pode ser refletida clinicamente de diferentes maneiras: desde alterações na opacidade do esmalte dentário até grandes cavitações que podem acometer a polpa dental ou até mesmo levar à destruição do dente. A perda mineral localizada desses tecidos é chamada de lesão cariiosa (THYLSTRUP & FEJERSKOV, 1994).

A literatura descreve a participação dos estreptococos do grupo *mutans* no desenvolvimento da cárie. Köehler & Bratthall (1978), assim como Dutra *et al.* (1997), apontam que estes microrganismos são altamente cariogênicos, sua colonização ocorre logo após a erupção dos dentes e com predileção por áreas retentivas. Os primeiros pesquisadores verificaram que a mãe, pelo extremo contato com a criança, era a principal fonte de transmissão de microrganismos. Em 1983, Alaluusua & Renkonen ressaltaram a importância do bloqueio da transmissibilidade de microrganismos cariogênicos. Os

autores apontaram que as crianças contaminadas antes dos quatro anos de idade apresentavam uma maior experiência de cárie, quando comparadas a crianças não-infectadas até essa idade. Em contrapartida, Aaltonen (1994) demonstrou que a frequência do contato salivar entre mãe e filho estaria relacionado com a infecção e a imunidade de cárie em crianças.

Os fatores acima relatados são importantes para o desenvolvimento de lesões cariosas, entretanto, estes são condicionados pelo estilo de vida do paciente. Desta maneira, pode-se ressaltar a importância dos fatores culturais, comportamentais, socioeconômicos e psicológicos.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de cárie de estabelecimento precoce em estágio avançado, a conduta do tratamento e, principalmente, discutir os fatores envolvidos na etiologia e progressão desta doença.

**Mestre em Odontopediatria/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Professora do curso de Especialização em Odontopediatria/Universidade Estácio de Sá, Professora da Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO

*** Doutora em Odontologia Social/Universidade Federal Fluminense, Coordenadora da Disciplina de Odontopediatria da Universidade Estácio de Sá

INTRODUÇÃO

RELATO DE CASO

A paciente L.L.O., cinco anos de idade, compareceu à Clínica de Odontopediatria da Universidade Estácio de Sá com queixa principal de dor. Na anamnese, não foram encontrados dados relevantes que comprometessem a saúde da criança. A mãe relatou ter procurado atendimento anteriormente em outros locais, entretanto, o comportamento da paciente não permitiu o tratamento. No exame clínico, a paciente comportou-se negativamente, chorando muito, até mesmo no momento da escovação, mesmo estando acompanhada da mãe. L.L.O., apesar de vaidosa, mostrou-se muito tímida, envergonhada, apreensiva, apresentando gagueira e muito dependente da mãe.

Foi observado também que a paciente possui uma irmã gêmea (A.L.O.), com características físicas e comportamentais diferentes das dela: alegre, extrovertida, independente da mãe e mais desenvolvida fisicamente, conforme pode ser observado na Figura 1. Fato bastante curioso está relacionado à sua saúde bucal, a qual não apresentava a severidade da doença verificada na irmã. A mãe demonstrou ser extremamente protetora em relação à paciente L.L.O. Embora esta tenha relatado realizar higiene bucal domiciliar durante a anamnese, foi encontrado biofilme espesso em muitos elementos.

Durante o exame clínico foi constatada presença de restos radiculares, cavidades ativas em esmalte e dentina, lesões de mancha branca ativas em muitos elementos, demonstrando a atividade da doença cárie (Figura 2).

A mãe da paciente também foi examinada e observou-se higiene bucal deficiente, ausência de muitos dentes e uso de prótese parcial superior removível em más condições (Figura 3). A família apresenta condição socioeconômica e cultural desfavorável, com renda inferior a quatro salários mínimos, sendo o nível educacional dos pais de Ensino Fundamental incompleto.

O plano de tratamento foi estabelecido em duas fases: a primeira, de adequação do meio bucal e a outra, reabilitadora da estética e funções dentárias. Durante a fase de adequação do meio bucal, foi realizada a remoção sumária de tecido cariado e colocação de restaurações provisórias de cimento de ionômero de vidro (Vidrion R – S.S.White) nas cavidades abertas, extrações de restos radiculares e terapia pulpar dos dentes com indicação.

Foram fornecidas orientações sobre higiene bucal e a importância da modificação nos hábitos alimentares e comportamentais, tal como a demonstração de afeto através do beijo na boca entre mãe e filha, que ocorria diariamente (Figura 4).

A fase reabilitadora constituiu na realização de restaurações com compósito, coroas de aço e confecção de mantenedor de espaço removível para a arcada superior e inferior (Figuras 5 e 6).

DISCUSSÃO

A doença cárie é um problema social, político, comportamental, médico e odontológico que só pode ser controlado com a compreensão da estrutura familiar, alimentação e nível socioeconômico



FIGURA 1: Características físicas das irmãs gêmeas (L.L.O. à direita e A.L.O. à esquerda).



FIGURA 2: Aspecto clínico da cavidade bucal da paciente no início do tratamento.



FIGURA 3: Aspecto clínico da cavidade bucal da mãe da paciente.



FIGURA 4: Hábito diário entre mãe e filha de se beijarem na boca.

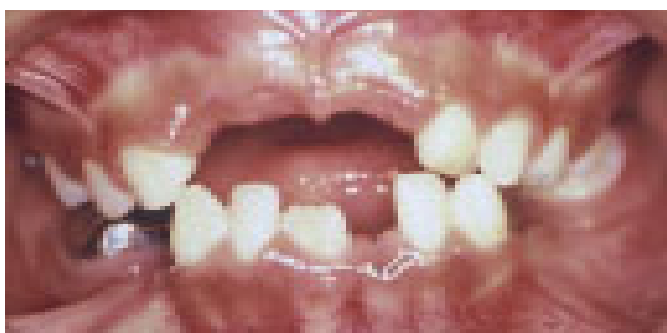


FIGURA 5: Aspecto bucal da paciente no final do tratamento restaurador.

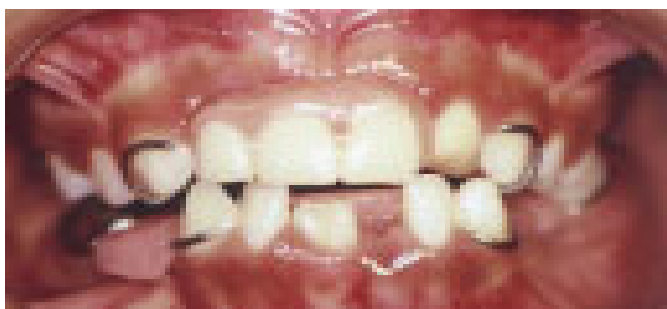


FIGURA 6: Aspecto bucal da paciente no final do tratamento, utilizando mantenedores de espaço removíveis.

da população (ISMAIL, 1998).

A Odontologia possui inúmeros trabalhos referenciando a importância da transmissão de microrganismos para o desenvolvimento da doença cárie (KÖHLER & BRATTHALL, 1978; ALALUUSUA & RENKOVEN, 1983; LI & CAULFIELD, 1995; DUTRA *et al.*, 1997). No caso relatado, observou-se a transmissão de microrganismos pelo contato direto, através do beijo entre mãe e filha, utilizado como uma demonstração de afeto. Entretanto, estes microrganismos necessitam de um ambiente propício para sua instalação e multiplicação, proporcionados pelos hábitos de consumo freqüente de açúcar e negligência de limpeza bucal. Desta maneira, torna-se importante enfatizar a prevenção da doença com mudanças de hábitos e atitudes.

Ismail (1998) verificou que o nível de educa-

ção dos pais é inversamente proporcional ao índice c.e.o. (cariados, extraídos e obturados na dentição decídua) em crianças de três anos de idade. Observou, também, que a falta de conhecimento sobre o que causa a doença cárie é predominante nas mães que possuem filhos com esta doença, quando comparadas às mães cujos filhos não apresentam este problema. O mesmo autor concluiu que o conhecimento é pré-requisito para o comportamento saudável, mas ele não é suficiente para influenciar a mudança no comportamento.

De Benedetto *et al.* (1999) observaram que o c.e.o. dos bebês cujas mães necessitam de tratamento, era duas vezes maior do que o c.e.o. dos bebês cujas mães não necessitam. Este fato relaciona-se com o presente caso, pois foi observado que a mãe possuía história passada e atual de doença muito severa.

A transferência de hábitos entre pais e filhos faz parte do contexto cultural familiar, presente em todas as classes sociais. Entretanto, nas classes sociais menos favorecidas, por razões inerentes à falta de recursos, são estabelecidos hábitos e atitudes que propiciam o desenvolvimento da doença cárie. As dificuldades financeiras e sociais, a preocupação com o trabalho, o cansaço e a falta de tempo são causas freqüentes de estresse, ocasionando a redução na resistência imunológica, aprendizagem e, conseqüentemente, deixando em segundo plano os hábitos de cuidado próprio (REISINE & DOUGLASS, 1998). O presente caso corrobora os autores anteriores, pois a paciente provém de família com baixos níveis de renda e escolar, associados, portanto, ao menor cuidado com a saúde e a dificuldades anteriores de realizar o tratamento odontológico.

Grytten *et al.* (1988) demonstraram que os hábitos bucais da criança estão relacionados com os da mãe. Em conseqüência disto, os pais são responsáveis pela transmissão dos comportamentos favoráveis e desfavoráveis a seus filhos. Este também enfatizou que, quando se estabelece uma rotina de saúde bucal positiva, a educação em saúde se dá como um reforço natural.

O estudo de Milgrom (1988) sobre a importância das atitudes positivas aos cuidados de saúde bucal apontou que as mães que estão satisfeitas com sua saúde bucal levam mais seus filhos ao Cirurgião-dentista. O mesmo autor concluiu, também, que existe uma interação envolvendo a mãe e a criança no que se refere aos cuidados com a saúde bucal. Intervenções com o objetivo de atingir apenas uma pessoa em particular estão condenadas a falharem. Foi observado que a mãe da paciente não está satisfeita com suas condições de saúde bucal, estando portanto o fato em concordância com o autor acima.

O comportamento negativo da criança durante a higiene bucal domiciliar foi relacionado por Fraiz (1998) com a presença de biofilme visível nos incisivos superiores. Em estudo complementar realizado pelo mesmo autor, este tipo de comportamento foi considerado como fator de risco à cárie. Essa característica está intimamente relacionada com a paciente do caso relatado, que apresentou comportamento negativo até mesmo no momento da instrução de higiene bucal. Este fato contrasta com o de sua irmã gêmea, a qual possuiu um comportamento positivo durante o atendimento odontológico.

Segundo De Benedetto *et al.* (1999), o fato de a mãe possuir ocupação, estando fora do lar, implica na alimentação da criança de maneira mais adequada, em intervalos de tempo regulares, sem também haver freqüência de contato salivar tão intensa. Observou-se que, no caso relatado, a mãe não trabalha fora de casa, permanecendo a maior parte do dia com as filhas. Nos casos de crianças com cárie de estabelecimento precoce, Naegele *et al.* (2000) observaram que estas freqüentemente são superprotegidas por suas mães, sugerindo então biológica característica como um fator importante. Entretanto, a pesquisa mostrou que os fatores não biológicos também são importantes, tais como: hábitos transmitidos pela mãe, informações sobre saúde bucal, educação, enfatizando a importância de ter hábitos saudáveis em casa.

tamental de risco para o desenvolvimento desta doença. Este fato corrobora o caso relatado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Medidas preventivas vinculadas somente aos fatores biológicos da doença não causam mudanças comportamentais. Há a necessidade do estímulo de estratégias de educação em saúde, a fim de conscientizar a valorização da saúde bucal na população.

Assim, de acordo com o que foi relatado, pode-se concluir que a doença cárie é transmissível. No entanto, a transferência de hábitos e valores de saúde bucal representam fatores importantes para o estabelecimento e severidade desta.

SALES CUNHA, C.B.C.; RIBEIRO, A. de A.; VOLSCHAN, B.C.G. Is dental caries a transmissible disease? **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.30, p.107-110, mar./abr. 2003.

The aim of this article is to relate the case of a child who had early dental caries and describe the biological and non-biological factors that lead to this disease. Among the

early colonization, microorganisms transmitted from mother to child, and thick dental plaque due to poor oral hygiene. The non-biological factors were the following: cultural, behavioral, social, economical, psychological, and habits transmitted by the mother. Preventive procedures were followed along with dental treatment, such as toothbrushing motivation, information about oral health, education, emphasizing the importance of having healthy oral habits in the family.

KEYWORDS: Dental caries; Habits/ Transmission; Pediatric Dentistry.

REFERÊNCIAS

- AALTONEN, S.A. Association between mother-infant salivary contacts and caries resistance in children: a cohort study. **Pediatr Dent**, Chicago, v.16, n.2, p.110-116, Mar./Apr. 1994.
- ALALUUSUA, S.; RENKONEN, O.V. *Streptococcus mutans* establishment and dental caries experience in children from 2 to 4 years old. **Scand J Dent Res**, Washington, v.91, n.6, p.453-457, June 1983.
- DE BENEDETTO, M.S. *et al.* Correlação epidemiológica de prevalência e necessidade de tratamento de cárie dentária entre mães e bebês de 6 a 24 meses de idade. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebe**, Curitiba, v.2, n.9, p.357-361, nov./dez 1999.
- DUTRA, G.V.; AZEVEDO, D.J.; FIGUEREDO, M.C. Cárie dentária: uma doença transmissível. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v.54, n.5, p.293-296, set./out. 1997.
- FRAIZ, F.C. **Estudo dos fatores associados à cárie dentária em crianças que recebem atenção odontológica precoce**: Odontologia para bebês. 1998. 108f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- GRYTEN, J. *et al.* Longitudinal study of dental health behaviors and other caries predictors in early childhood. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.16, n.6, p.356-359, Dec. 1988.
- ISMAIL, A.I. Prevention of early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.26, p.49-61, Feb. 1998. Suplemento 1
- KÖHLER, B.; BRATTHALL, D. Intrafamilial levels of *Streptococcus mutans* and some aspects of the bacterial transmission. **J Dent Res**, Chicago, v.86, n.1, p.35-42, Jan. 1978.
- LI, Y.; CAULFIELD, P.W. The fidelity of initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers. **J Dent Res**, Washington, v.74, n.2, p.681-685, Feb. 1995.
- MILGROM, P. Response to Reisine & Douglas: Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.26, p.45-48, Feb. 1998. Suplemento 1
- NAEGELE, M.A.; VOLSCHAN, B.C.G.; SILVEIRA, F.M. Identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de cárie precoce na infância. **Pesqui Odontol Bras**, São Paulo, v.14, p.111, 2000. Suplemento
- REISINE, S.; DOUGLASS, M.J.; Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.26, p.32-44, Feb. 1998. Suplemento 1
- THYLSTRUP A.; FEJERSKOV, O. Características clínicas e patológicas da cárie dentária In: THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia clínica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994. Cap.6, p.13-16

Recebido para publicação em: 24/05/02

Enviado para reformulação em: 21/06/02

Aceito para publicação em: 02/10/02