FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Especialização em Odontopediatria

Thamires Vênus Araújo Leite

CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA:

Uma revisão de literatura

São Paulo
2023

Thamires Vênus Araújo Leite

CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA:

Uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Orientador (a): Profa. Me. Ludimila Lemes Moura

Área de concentração: Odontologia

Thamires Vênus Araújo Leite

CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA:
Uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Área de concentração: Odontologia

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Silas Antônio Juvêncio de Freitas Filho

Profa. Me. Ludimila Lemes Moura

Profa. Alessandra da Silva Souza

São Paulo, ____ de Abril de 2023

AGRADECIMENTOS

Todos os dias louvarei ao Senhor pelas coisas grandiosas que fez em meu viver, e quando penso nisso, me alegro. Por seu amor, que preenche, e a sua fidelidade que permanece, eu o agradeço porquê o Senhor é bom e tem me permitido realizar o desejo do meu coração.

Agradeço ao Senhor pela vida dos meus pais, e por me permitir viver esta fase com eles ao meu lado. Eu os amo e agraço por investirem em minha vida. Eles fazem parte das minhas conquistas. Assim como todos que dividem a vida comigo, vocês me incentivam e ajudam na caminhada. Sintam-se abraçados, agradecidos e felizes por mim.

RESUMO

Objetivou-se contextualizar a doença cárie e sua prevalência em grupo etário infantil de fase pré-escolar, ou seja, abaixo dos 6 anos, intitulada como cárie na primeira infância, assim como a influência das práticas em saúde adotadas por pais e responsáveis e sua repercussão no desenvolvimento de hábitos das crianças inseridas no contexto familiar. Maus hábitos em saúde bucal possibilitam o surgimento de desordens bucais como a cárie. O presente trabalho descreve a progressão da presença de cárie na primeira infância e sua relação entre o comportamento alimentar rico em açúcares, que contribuem para o desenvolvimento de lesões de cárie no grupo interesse, bem como os impactos que tais desordens proporcionam em suas vidas, alterando os padrões comportamentais e a qualidade de vida das crianças afetadas, como para os demais integrantes do ambiente familiar. Por fim, serão apontadas medidas preventivas de higiene bucal e dieta, uma vez que a cárie é uma doença passível a prevenção.

Palavras-chave: cárie na primeira infância; pais; hábitos em saúde; qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective was to contextualize the caries disease and its prevalence in a preschool age group, that is, under 6 years old, entitled as caries in early childhood, as well as the influence of health practices adopted by parents and guardians and their impact on the development of habits of children inserted in the family context. Bad habits in oral health allow the emergence of oral disorders such as caries. The present work describes the progression of the presence of caries in early childhood and its relationship between eating behavior rich in sugars, which contribute to the development of caries lesions in the group of interest, as well as the impacts that such disorders have on their lives, changing behavioral patterns and the quality of life of affected children, as well as for other members of the family environment. Finally, preventive measures of oral hygiene and diet will be pointed out, since caries is a preventable disease.

Key Words: early childhood caries; country; health habits; quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 7

2 OBJETIVOS 8

2.1 GERAL 8

2.2 ESPECÍFICOS 8

3 METODOLOGIA 8

4 REVISÃO DE LITERATURA 9

4.1 PREVALÊNCIA 9

4.2 A CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA 10

4.3 A CORRELAÇÃO ENTRE CÁRIE E A DIETA ALIMENTAR PRATICADA NA PRIMEIRA INFÂNCIA 11

4.4 O IMPACTO DA CPI NA QUALIDADE DE VIDA DOS INFANTES 12

4.5 A INFLUÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO DE PAIS OU RESPONSÁVEIS NO DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS EM SAÚDE BUCAL 13

4.6 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA PRESERVAÇÃO DA SAÚDE BUCAL 14

5 DISCUSSÃO 15

6 CONCLUSÃO 17

REFERÊNCIAS 18

1 INTRODUÇÃO

Apesar de passível a orientações e práticas preventivas, a prevalência da doença cárie a torna um desafio de saúde pública comum em todo o mundo, acometendo todos os grupos etários, em especial o recorte infantil da população. A nível mundial, aproximadamente mais de 600 milhões de crianças são afetadas pela doença, e não submetidas ao tratamento (PITTS *et al*., 2019).

Importa ainda nesse sentido afirmar que a família, na condição de primeiro ambiente de desenvolvimento da criança, terá papel decisivo e fundamental para práticas saudáveis ou não saudáveis e que, por consequência, afetarão a qualidade de vida das mesmas. Portanto, a temática objeto desse estudo encontra sua importância uma vez que, embora seja doença de fácil prevenção, a cárie é crônica, sendo a que mais afeta os infantes em todo mundo (TONIAL *et al*., 2015).

A doença cárie é caracterizada por lesões de cárie nos tecidos dentários, sendo ela resultado direto do consumo cada vez mais precoce de açúcares, especialmente no que tange as crianças que se encontram na primeira infância. A seguir, este trabalho abordará a questão da dieta adotada pela família e sua influência na saúde bucal dos infantes.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Discutir, por meio de uma análise da literatura, a doença cárie na primeira infância e a influência do contexto familiar para o surgimento da doença.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrição da doença cárie;
- Cárie na primeira infância;
- O impacto da cárie na qualidade de vida dos infantes;
- A correlação entre cárie e as práticas alimentares adotadas na primeira infância;
- Medidas preventivas contra a doença cárie.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura a partir de pesquisas nas bases de dados do Scielo, PubMed, Google acadêmico, usando descritores: saúde bucal, cárie na primeira infância, hábitos em saúde, dieta, qualidade de vida, pais ou responsáveis, no período entre 1988 a 2022.

4 REVISÃO DE LITERATURA

KEYS (1962) estabelece a cárie como resultado de um processo de interação entre fatores como dente susceptível, microrganismos e dieta, tendo posteriormente, NEWBRUM (1983) sugerido o tempo como fator presente para propagar por um período a doença. Tais fatores representam os fatores determinantes.

Em caráter temporário, a cárie apresenta uma progressão lenta (FEJERSKOV, KIDD, 2005), tendo seu sinal clínico inicial percebido através de uma lesão de mancha branca. Segundo Maltz e Carvalho (2003) manchas brancas rugosas, opacas e porosas indicam lesões ativas, enquanto manchas lisas, polidas e brilhantes indicam lesões inativas.

Ou seja, a progressão das perdas das estruturas dentárias relativas ao tempo são perceptíveis no estágio inicial de lesão no esmalte, evoluindo posteriormente para formação da cavidade que se expande até outras camadas teciduais do elemento dentário (FEJERSKOV, KIDD, 2005).

Nas áreas comprometidas que não forem submetidas a terapêutica com o cirurgião dentista, a progressão continuará, atingindo o tecido dentinário. Em atividade ativa, a dentina apresenta tecido com consistência amolecida, de aspecto úmido, de cor amarelada ou castanho claro, com sintomatologia dolorosa. Quando inativa, a lesão mencionada encontra-se com tecido escurecido de coloração marrom escuro a enegrecida, com aspecto seco, brilhante com opacidade no esmalte circundante (BRAGA *et al*., 2008).

A ausência de tratamento progredirá a uma lesão em maiores extensões capazes de atingir o órgão pulpar, provocando uma grande sensibilidade dolorosa (BRAGA *et al*., 2008).

4.1. PREVALÊNCIA

No Brasil, estudos epidemiológicos continuados ao longo de anos, disponibilizam de informações sobre a saúde bucal da população brasileira, que contribuem para a percepção da realidade do país, assim como no desenvolvimento de estratégias específicas no combate aos principais agravantes (BRASIL, 1988; BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

A primeira pesquisa com levantamento de dados de saúde bucal, aconteceu em 1986, restrita a residentes na zona urbana de 16 capitais brasileiras. O inquérito

comprovou a prevalência de altos índices de cárie na população infantil brasileira, nas faixas de 6 aos 12 anos de idade. As idades estudadas possuíam, à nível mundial, um dos maiores CPO-Ds. Conforme dados, o CPO-D aumenta a medida que a idade avança. Sendo 1,25 a média aos 6 anos aumentando para 3,61 aos 9, atingindo 6,65 aos 12 anos. Sendo 60% dos dentes cariados, ainda sem tratamento; 6% indicados a extração; 5% submetidos anteriormente a extração e 29% obturados (BRASIL, 1988).

Outro dado estatístico significativo na pesquisa anterior, é o impacto relativo a cárie quando associada com a renda familiar, em quesito de salário mínimo (SM). Pior condição encontrada em crianças inseridas em contexto familiar de menor renda (1 e 2 SM) do que alta renda (5 SM e mais) (BRASIL, 1988).

No entanto, em 2003, foi realizada a primeira pesquisa nacional de saúde bucal, intitulada como Projeto SB Brasil 2003, que considerou geograficamente todas as 27 capitais do país, e os municípios do interior das 5 regiões. A média prevalente nesse ano de CPO foi correspondente a 2,8. Em relação aos cinco anos de idade, em média, 2,8 dentes eram afetados. O resultado do estudo ainda revelou que as regiões mais pobres do País, a saber Norte e Nordeste, possuem os maiores índices de dentes cariados sem qualquer tratamento (BRASIL, 2004).

O último relatório de Pesquisa Nacional de Saúde Bucal do Programa Brasil Sorridente, aconteceu em 2010, nomeado Projeto SB Brasil 2010. A amostragem sobre ataque de cárie em crianças de 05 anos teve uma média de 2,43 dentes, contudo a amostragem também revelou que mais de 80% (oitenta por cento) não estavam tratados quando os dados foram levantados (BRASIL, 2012).

Atualmente em todo mundo, de acordo com os dados trazidos e apresentados na Declaração de Bangkok da International Association of Paediatric Dentistry (PITTS *et al*., 2019), a cárie atinge mais de 600.000.000 (seiscentos milhões) de crianças, de modo geral não tratada.

4.2 A CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Em tempos passados a cárie em crianças de fase pré-escolar era denominada cárie precoce, cárie de mamadeira, cárie rampante. Contudo, em estudos atuais os termos acima trazidos foram redefinidos unicamente, sendo então a prefalada cárie denominada Cárie na Primeira Infância (CPI) (PITTS *et al*., 2019).

Esta doença é caracterizada pela presença dinâmica e progressiva de lesões de cárie em uma ou mais superfícies cariadas (com ou sem cavidade) dentárias de crianças com idade abaixo dos 6 ano, ou seja, crianças em fase pré-escolar (PITTS *et al*., 2019). Nesse sentido, dispõe periódico da Faculdade Pitágoras, em São Luís/MA:

> "Clinicamente essa condição acomete mais os dentes incisivos, em seguida dos primeiros molares, caninos e segundos molares, de acordo com a cronologia da erupção dentária. Ela se apresenta inicialmente com manchas brancas em região cervical, área propícia ao acúmulo de biofilmes, referindo-se a uma doença mais complexa devido sua velocidade de progressão, em questão da menor espessura do esmalte dentário nos dentes decíduos, somado ao consumo frequente de açúcar (sacarose), além de uma higiene bucal deficiente." (CARVALHO *et al*., 2022).

Assim, é correto afirmar que a CPI inegavelmente compromete a saúde bucal do infante, sendo ainda necessário dizer que esta cárie partilha do mesmo fator de risco presente em outras doenças não transmissíveis, como diabetes, obesidade e doença cardiovascular, uma vez que necessitam de uma dieta rica em açúcares (PITTS *et al*., 2019).

4.3 A CORRELAÇÃO ENTRE CÁRIE E A DIETA ALIMENTAR PRATICADA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Melo, Barros e Moraes (2016) observam que a ingestão de alimentos entre crianças pré-escolares se destaca pela baixa qualidade nutritiva, além de apontar que o consumo de alimentos industrializados ou que possuam açúcar acontece precocemente e com maior frequência.

As práticas dietéticas ricas em açúcares (sacarose, glicose, frutose e lactose) possuem um alto potencial cariogênico. A dieta cariogênica fornece aos microrganismos presentes o elemento açúcar, o qual é útil para o funcionamento do metabolismo das bactérias, que por sua vez produzem ácidos que atuam na superfície dos tecidos dentários, resultando na desmineralização do dente (LEITES *et al*., 2006).

Vale salientar que devido os hábitos praticados no seio familiar, o consumo de produtos que apresentam um alto potencial cariogênico se torna algo despercebido por todos os membros da família. Ora, é certo que os açúcares encontrados de forma excessiva nos produtos industrializados (biscoitos, refrigerantes, achocolatados,

dentre outros) são os grandes detentores de forte fator cariogênico, uma vez que o seu consumo é amplamente aceitável em decorrência do seu baixo custo, e mais ainda, pela boa aceitação entre as crianças (FARIA *et al*., 2016).

Um outro meio de propagação da doença cárie na primeira infância é o uso da mamadeira. O desmame precoce aumenta a incidência de cárie pelo fato de introduzir o aleitamento artificial com mamadeira que, muitas vezes, contém açúcares em seu preparo. E seu uso noturno, está diretamente ligada ao aumento de cárie na infância (BRASIL, 2009a).

4.4 O IMPACTO DA CPI NA QUALIDADE DE VIDA DOS INFANTES

Os impactos negativos das lesões de cárie provocam mudanças nos modos de comportamento habituais das crianças. Pelo quadro de infecção presente acompanhado em sua maioria pela dor (TONIAL et al., 2015).

Desse modo, faz-se necessário dizer que os impactos negativos de lesão de cárie provocam mudanças nos padrões de comportamento das crianças, o que decerto influencia diretamente na qualidade de vida delas. Ademais, é certo afirmar que o contrário também é verdadeiro, pois crianças livres de cárie apresentam menor impacto negativo na qualidade de vida, quando comparadas com crianças que possuem cárie (TONIAL *et al*., 2015).

Assim, é bom destacar o entendimento de Krammer et al (2013), que, em seus relatos oriundos de seus estudos, assevera que os impactos negativos na qualidade de vida das crianças alvos de cárie são triplicados.

Nessa mesma linha de entendimento, é cabível inferir que, em virtude deste quadro infeccioso instalado na dentição decídua, associada a dor, seguida de dificuldade na mastigação, há ambiente provocador de traumas psicológicos nas crianças inseridas nesse contexto, em decorrência de apresentação de fatores que perturbam o andamento de suas atividades básicas, a exemplo de comer e dormir (NUNES, PEROSA, 2015).

Então, sobre o impacto que a cárie provoca na qualidade de vida na primeira infância, primeiramente é importante mencionar a interferência direta na alimentação, problemas para dormir, irritação ou frustração, comprometimento no rendimento escolar, atenção reduzida durante as atividades, chegando até mesmo a prejudicar a

vontade de sorrir, uma vez que é um dano do ponto de vista estético bucal (NUNES, PEROSA, 2015).

Além dos impactos acima trazidos, é cogente trazer outro fator consideravelmente prejudicial, pois agora não se trata apenas da criança em si, mas da família também como alvo dos danos causados pela CPI. Isso porque a cárie é uma doença evidente nas atividades que a criança realiza, uma vez que a dor provocada é claramente percebida pelos pais, em virtude das mudanças de comportamento da criança com presença de dor, o que consequentemente provoca angústia no seio familiar (PERAZZO, PAIVA, 2019).

Carminatte et al (2017), que em sua pesquisa produzida a partir da interação entre pais e filhos (decíduos), verificou entre crianças pré-escolares a relação de impacto entre cárie dentária e a qualidade de vida desses infantes. Ora, a coleta de dados encontrou impacto na qualidade de vida, o qual demonstra a interferência direta na maneira como essas crianças se veem e interagem socialmente, fato este devidamente confirmado através da percepção dos seus responsáveis.

4.5 A INFLUÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS NO DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS EM SAÚDE BUCAL

A família é um agente primário na propagação de saberes e na formação de hábitos, desempenhando um papel participativo importante na construção educacional das crianças, por meio de ensinamentos dito em palavras ou visualizados no comportamento dos responsáveis (FIGUEIRA, LEITE, 2008).

As atitudes comportamentais adotadas pelos pais e/ou responsáveis repercutem nas ações dos seus filhos, por se consolidarem como referenciais pelo poder significativo do vínculo afetivo que os mesmos possuem sobre a vida dos infantes (FIGUEIRA, LEITE, 2008).

Nesse sentido, os hábitos de saúde praticados pelos responsáveis contribuem diretamente para o desenvolvimento dos hábitos dos filhos, visto que estes estão sendo construídos. Por certo, bons hábitos favorecem para a construção de bons hábitos nas crianças, assim como o contrário é verdadeiro, ou seja, maus hábitos proporcionam um impacto negativo em saúde, mas injustificável no que diz respeito à cárie, por ser uma doença que possui medidas preventivas (FIGUEIRA, LEITE, 2008).

Por outro lado, é correto afirmar também que o perfil socioeconômico de pais ou responsáveis, relativo ao acesso a informação sobre saúde bucal, contribui para a ocorrência da CPI, o que foi comprovado por meio de estudos (FIGUEIRA, LEITE, 2008; DOVIGO *et al*., 2008; Castilho *et al*., 2005).

Os dados obtidos em estudos sobre esse assunto, por meio dos dados fornecidos pelos participantes, concluiu que quanto maior a renda e o nível de escolaridade, maior a consciência e possibilidade de ter em suas rotinas hábitos desejáveis em saúde bucal, assim como as visitas frequentes ao cirurgião dentista (FIGUEIRA, LEITE, 2008).

‘Mais ainda, no estudo de DOVIGO *et al* (2021), intitulado “Avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças e suas famílias e fatores associados”, as análises estatísticas apontaram que os motivos de a criança pertencer à classe econômica C, D e E contribuem para mais forte impacto na qualidade de vida dela.

Portanto, é assertivo dizer que as atitudes adotadas pelos pais e/ou responsáveis, em virtude de perfil socioeconômico, repercutem no comportamento de seus filhos, especialmente no que diz respeito aos hábitos em relação à saúde. Assim, é cogente asseverar que a cárie está relacionada ao estilo de vida dos pais, ao consumo de açúcar e à frequência da escovação (Castilho *et al*., 2005).

Ademais, dados obtidos por meio de entrevistas, têm revelado que 63,3% dos pais e/ou responsáveis possuem a compreensão de que os dentes decíduos cariados necessitam de tratamento, em decorrência da importância de mantê-los. Por outro lado, outro dado obtido causa preocupação, visto que dos entrevistados apenas 42,9% afirmaram que a primeira consulta com o cirurgião dentista só deve ocorrer após o surgimento de todos os dentes (MASSONI *et al*., 2010).

Em outro estudo, por meio de 75 pais entrevistados, se verificou que 80% do grupo alvo supervisiona a escovação dos filhos e essa tarefa é fruto do hábito da escovação dos pesquisados. Todavia, 51,8% dos pais entrevistados permitem o consumo deliberado de sacarose por seus durante o dia e por todos os dias da semana (FIGUEIRA, LEITE, 2008).

4.6 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA PRESERVAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Conscientizar pais e/ou responsáveis no que se refere ao desenvolvimento de atitudes saudáveis, por parte dos infantes, as quais promovam qualidade de vida, no objetivo de reduzir o risco de cárie na primeira infância, é essencial, a fim de que pais informados dos fatores que desenvolvem a doença possam modificar práticas realizadas no ambiente familiar em que as crianças vivem (PITTS *et al*., 2019).

Recomenda-se, portanto, que seja estabelecido um padrão de alimentação saudável, rico em uma dieta baseada em frutas, verduras, legumes e cereais integrais, evitando ainda que o infante menor de dois anos de idade consuma líquidos ou alimentos com açúcar em sua composição (BRASIL, 2009a; PITTS *et al*., 2019)

Por fim é aconselhado que a escovação bucal das crianças seja um hábito diário, iniciado desde a erupção do primeiro elemento dentário, duas vezes ao dia, supervisionada pelos pais, realizada com uma escova de dentes de característica macia e tamanho apropriado, unida a um creme dental com flúor que possua, no mínimo, 1000 ppm com a quantidade adequada para a idade da criança, uso de fio dental, bem como visitas frequentes ao cirurgião dentista (BRASIL, 2009a; PITTS *et al.*, 2019).

DISCUSSÃO

No presente estudo, o conceito de cárie foi analisado, concluindo-se ser uma doença dinâmica, decorrente da associação de vários fatores (KEYS, 1962; NEWBRUM, 1983). Esta doença manifesta-se através de aspectos clínicos tais como lesões de cárie, que apresentam progressão dinâmica e contínua, na ausência de tratamento, com estágios que variam de inicial a mais agravantes, que interferem nos tecidos dentários (FEJERSKOV; KIDD, 2005; MALTZ, CARVALHO, 2003; BRAGA *et al.*, 2008).

Quando as estruturas afetadas são dentes decíduos de crianças menores de 6 anos, a doença cárie é intitulada, atualmente, como Cárie na Primeira Infância (PITTZ, 2019), sendo acometidos em sua maioria os dentes incisivos, logo seguidos dos primeiros molares, caninos e segundos molares (CARVALHO *et al*., 2022).

No Brasil, o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal ocorreu no ano de 1986 (BRASIL, 1988). Resultados relativos a dados obtidos nos últimos levantamentos, entre os anos de 2003 e 2010, revelam a redução de 17% no número de dentes decíduos acometidos por cárie, sendo a proporção de dentes não tratados

mantidas no mesmo percentual de 80% nos respectivos anos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

Conforme a Organização Mundial da Saúde, utiliza-se da faixa etária dos 12 anos de idade para medida comparativa entre os países. A nível global, segundo o dado anteriormente citado, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 com CPO entre 2,7 e 4,4 para condição de baixa prevalência em 2010 com CPO entre 1,2 e 2,6 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

Fatores sócio econômicos e educacional da família influenciam no surgimento e progressão da doença, especialmente entre os segmentos mais pobres, pela menor consciência associada a impossibilidade de hábitos desejáveis em saúde bucal, como visitas contínuas de suas crianças ao cirurgião dentista (DOVIGO *et al*., 2008; MASSONI *et al*., 2010; FIGUEIRA, LEITE, 2008; Castilho *et al*., 2005).

Desse modo, o presente estudo aponta que a incidência da doença determina de forma negativa a qualidade de vida dos infantes, causando mudanças no comportamento dessas crianças, que passam a ter ações e atividades restritas como perda de dias de escola, aprendizagem diminuída, alimentação comprometida, assim como comprometimento do período de sono (TONIAL *et al*., 2015; KRAMMER *et al*., 2013; NUNES, PEROSA, 2015; CARMINATTE *et al*., 2017).

Tais impactos se estendem para os outros membros da família, promovidos pela dor que gera angústia aos pais e/ ou responsáveis, por lidar com uma rotina não habitual e complicações da doença nos filhos (PERAZZO, PAIVA, 2019).

Destaca-se ainda que uma dieta com açúcares frequentes, a qual é bem aceita pelas crianças em virtude do fácil acesso e baixo custo para os pais, é considerada de alto potencial para o surgimento da doença, em virtude de promover o metabolismo das bactérias produzem os ácidos que atuam na estrutura dentária (FARIA et al., 2016; LEITES *et al*., 2006). Importa ainda afirmar que a ingestão de líquidos açucarados antes ou durante o sono, associado a ausência de escovação dentária e o uso da mamadeira, aumentam as possibilidades do surgimento da doença (BRASIL, 2009a).

Visto que o controle da dieta é fundamental para o não estabelecimento da doença, recomenda-se no período oportuno à introdução alimentar uma dieta equilibrada com alimentos naturais, rica em frutas, leguminosas, verduras, alimentos integrais, fontes de proteína (PITTS *et al*., 2019; MELO, BARROS, MORAES, 2016).

Nesse sentido, preconiza-se o não consumo de bebidas adocicadas ou doces de maneira precoce, estabelecendo os dois anos de idade como idade limite, assim como medidas de prevenção higiene bucal, como escovação com o uso de dentifrício fluoretado (1000 ppm), duas vezes ao dia, sedo supervisionada pelos pais e/ou responsáveis e visitas frequentes ao cirurgião dentista (PITTS *et al*., 2019) (BRASIL, 2009a).

CONCLUSÃO

Atitudes paternas não favoráveis em saúde bucal geram impacto presente e futuro na vida dos filhos pela experiência da cárie.

A relação da doença cárie, com hábitos instalados na vida do ser humano, comprova que quanto mais previamente for possibilitado orientações aos pais e responsáveis quanto a medidas de prevenção e cuidado no combate a doença, aumentará o nível de conscientização e conhecimento capazes de modificar atitudes e comportamentos em saúde que produzam um boa manutenção da saúde bucal, visando reduzir a CPI, contribuindo para um impacto positivo na qualidade de vida relativa a saúde bucal de crianças pré-escolares.

REFERÊNCIAS

BRAGA, M. M.; MENDES, F. M.; IMPARATO, J. C. P. A doença Cárie Dentária. In: IMPARATO, J. C. P.; RAGGIO, D. P.; MENDES, F. M. **Selantes de fossas e fissuras: quando como e por quê?** 1. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana**. Ministério da Saúde: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 112 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://goo.gl/joxr9X. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. **Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**: resultados principais / Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CARMINATTI M, L Pinto B, Franzon R, Rodrigues JÁ, Araújo FB, Gomes E. **Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares.** Audiol Commun Res. 2017;22:e1801. https://www.scielo.br/j/acr/a/3BdN3DCfymKQrcHg4ngc9YB/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

CARVALHO, W. C.; LINDOSO, T. K. N.; THOMES, C. R.; SILVA TCR.; DIAS A.S.S. **Cárie na primeira infância: um problema de saúde pública global e suas consequências à saúde da criança**. Faculdade Pitágoras. São Luiz – MA, Brasil. N. 58, v. 2. mai/ago, 2022. Niterói (RJ) Brasil. pg. 57-65.

CASTILHO AR.; Mialhe FL.; Barbosa TS.; Puppin-Rontani RM. **Influence of Family environment on children´s oral health a systematic review**. J Pediatr (Rio Janeiro). 2013; 89: 116-23.

DOVIGO G, PESSOA MN, SANTOS PR, VEDOVELLO SAS, MARCANTONIO E. **Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e suas famílias e fatores associados**. Ver Odonto UNESP, 2021.

FARIA, J. F. D. G, *et al*. **Análise do consumo de sacarose na dieta dos pacientes em tratamento na clínica da faculdade de odontologia da UFRGS**. RFO UPF, v. 21, n. 1, p. 43-48, 2016.

FEJERSKOV O, KIDD EAM. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. São Paulo: Santos; 2005.

FIGUEIRA, Taís Rocha; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves**. Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v.8, p. 87-92, 2008.

KEYES, P. H. **Recent advances in dental research: bacteriology**. Int. Dent. J., London, v. 12, no. 4, p. 443-464, 1962.

KRAMMER PF, FEIDENS CA, FERREIRA SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. **Exploring the impacto f oral diseases and disorders on quality of life of preschool children**. Community Dental Oral Epidemol. 2013 Aug; 41(4): 327-35.

LEITES, Antonio Cesar Bortowiski Rosa; PINTO, Marcia Bueno; SOUSA, Ezilmara Rolim de Sousa. **Aspectos microbiológicos da cárie dental**. Salusvita, Bauru, v. 25, n. 2, p. 239- 252, 2006.

MELLO CS, BARROS KV, MORAES MB. **Brazilian infant and preschool children feeding: literature review**. J Pediatr (Rio J). 2016; 92(5): 451-63. Doi: 10.1016/j.jped.2016.02.013

MALTZ M, CARVALHO J. **Diagnóstico da doença cárie**. In: Kinger L. Promoção de saúde bucal. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003.

MASSONI. **Saúde Bucal Infantil**: **Conhecimento e Interesse de Pais e Responsáveis**. Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 10, n 2, Maio-Agosto, 2010, p. 257-264. Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

NEWBRUN, E. **Cariology**. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.

NUNES, V.H; PEROSA, G. B. **Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sóciodemográficos, lócus de controle e atitudes parenterais**. Ciênc. Saúde coletiva, v. 22, n.1, p.191-200, 2017.

PERAZZO M, PAIVA, S. M. **Cárie na primeira infância e seus aspectos subjetivos**. 2019.

PITTS N, BAEZ R, DIAZ-GUALLORY C, *et al***. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration**. Int J Paediatr Dent. 2019; 29:384-386.

TONIAL, F.G., *et al*. **Impacto da doença cárie na qualidade de vida de pré-escolares atendidos na clínica da Universidade de Passo Fundo (UPF/RS).** Arq. Odontol, v. 51, n. 1, p. 47-53, 2015.