



TAISSA DOS REIS VENÂNCIO

CÁRIE PRECOCE NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Sinop/MT

2019

TAISSA DOS REIS VENÂNCIO

CÁRIE PRECOCE NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Sinop - FASIPE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Alves Ferreira

TAISSA DOS REIS VENÂNCIO

CÁRIE PRECOCE NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia da FASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 06/07/2019.

Márcia Alves Ferreira
Professora Orientadora
Departamento de Odontologia – FASIPE

Katiéli Fagundes Gonçalves
Professora Avaliadora
Departamento de Odontologia – FASIPE

Robson Ferraz
Professor Avaliador
Departamento de Odontologia – FASIPE

Giuliane Nunes De Souza Passoni
Coordenadora do Curso de Odontologia
FASIPE - Faculdade de Sinop

Sinop/MT
2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, me dando saúde e forças para superar as dificuldades.

Aos meus pais, Amélia R. C. Venâncio e Josenaldo S. Venâncio, pelo amor, incentivo e apoio emocional e financeiro.

Ao meu esposo David C. S. Camera, pela paciência e auxílio quando nossa filha nasceu, não me deixando trancar a faculdade.

A minha orientadora Márcia A. Ferreira, pelas correções e ensinamentos.

A todos os professores do curso de Odontologia, pelos ensinamentos durante minha formação.

Aos amigos que fiz durante a faculdade que me deram apoio e não me deixarem desistir.

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma na minha jornada acadêmica. O meu muito obrigada.

VENÂNCIO, Taissa Reis. **Cárie precoce na infância: relato de caso clínico.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso - FASIPE - Faculdade de Sinop.

RESUMO

A cárie dentária é reconhecida como um problema de saúde pública que traz um impacto considerável na qualidade de vida da população. Quando acomete crianças em idade pré-escolar, é chamada de cárie precoce na infância (CPI). Apresenta fatores de risco locais e socioculturais, por isto é considerada como sintoma de alguma alteração na criança e de falta de cuidados adequados. É uma doença multifatorial e possível de ser evitada. Para isso, faz-se necessário que se conheçam os fatores de risco associados a suas formas de prevenção. O presente trabalho se propôs a realizar um estudo de caso abordando a etiologia e formas de prevenção da CPI, para servir de orientação aos profissionais de saúde e às famílias das crianças em idade pré-escolar, para prevenção desta doença. As informações foram coletadas a partir de livros e artigos científicos recentes publicados nas bases de dados Scielo e livros técnicos e estudo do caso clínico. Por fim, apesar de a cárie ser uma doença com possibilidade de prevenção, seu controle não é simples, pois não depende somente de procedimentos clínicos, mas também do envolvimento familiar e fatores socioeconômico.

Palavras-chave: Cárie Dentária. Higiene Bucal. Odontologia Preventiva. Odontopediatria. Dieta Cariogênica.

ABSTRACT

Tooth decay is recognized as a public health problem that brings a considerable impact on people's quality of life. When affects children of preschool age, is called Early Childhood Caries (CPI). It features local and sociocultural risk factors, so it is considered as a symptom of a change in the child and lack of proper care. It is a multifactorial disease and can be avoided. For this, it is necessary to know them risk factors associated with its prevention. This study aimed to conduct a case study regarding the etiology and prevention of the CPI, to provide guidance to health professionals and the families of children in pre-school age, to prevent this disease. Information was collected from books and recent scientific papers published in Scielo databases and technical books and study of the case. Lastly, although the caries is a disease with the possibility of prevention, it is not simple its scontrol because it depends not only on clinical procedures but also of family involvement socioeconomic factors.

Key-words: Dental Caries. Oral Hygiene. Preventive Dentistry. Pediatric Dentistry. Cariogenic Diet.

INTRODUÇÃO

O termo cárie dentária é usado comumente como expressão dos sinais da perda de minerais na superfície do dentária. É considerada um problema de saúde pública desde o século XX e conceituada como uma doença multifatorial, que acontece em adultos e crianças¹.

Envolve fatores primários relativos ao hospedeiro, ao substrato e à microbiota e fatores secundários relativos a aspectos amplos, como o comportamento e o conhecimento do hospedeiro, atitudes e educação recebida e fatores socioeconômicos e culturais do lugar em que vive². Em vista disso, seu tratamento vai além dos procedimentos operatórios¹.

A cárie dentária quando acomete crianças em idade pré-escolar é chamada de Cárie Precoce na Infância (CPI) e seu índice de prevalência no Brasil é considerado alto³. Segundo o último levantamento de saúde bucal realizado no Brasil, em 2010, ocorreu alto índice dessa doença em crianças de 5 anos de idade, a pesquisa mostrou que cerca de 53,01% das crianças tinha sido acometida pela cárie, sendo que 48,2% delas estava na condição da doença não tratada⁴.

Destaca-se que a doença cárie tem possibilidade de prevenção, e para tal faz-se necessário que se conheçam os fatores de risco associados e suas formas de prevenção para que sejam orientadas as famílias e os profissionais da saúde¹. Por meio de estratégias de prevenção da cárie na infância, pois grande parte da população principalmente de baixa renda não reconhece a devida importância de se prevenir ou tratar essa doença na dentição decídua, muitas vezes por falta de informação, pela dificuldade da mudança de hábitos ou até mesmo por falta de interesse dos responsáveis⁴.

O presente trabalho tem por apresentar um relato de caso clínico abordando a etiologia e formas de prevenção da CPI no intuito de servir como meio de orientação para os profissionais de saúde e famílias das crianças em idade pré-escolar, atuando na prevenção desta.

REVISÃO DE LITERATURA

Etiologia e Fatores de Risco para o Desenvolvimento da Cárie Dentária

A cárie dentária ainda é considerada a doença mais prevalente do ser humano. É uma doença infecciosa e de etiologia multifatorial, por isto seu tratamento não deve ser realizado somente por procedimentos clínicos, pois também sofre a influência da dieta e da falta de higienização dos dentes. Sua prevenção deve ser iniciada na infância¹.

O diagrama de Venn de Keyes (1960) mostra de maneira resumida a etiologia básica da doença cárie, também denominados fatores primários ou determinantes, sendo eles as bactérias, o dente e a dieta. Em 1978, este diagrama foi modificado por Newbrun ao adicionar o fator tempo, por considerar que, para que se inicie uma lesão no tecido dentário, é necessário um determinado tempo de contato e interação destes três fatores⁵.

Em 1990, Manji&Fejerskov elaboraram o diagrama adaptado com fatores determinantes e modificadores ou secundários relacionados com a etiologia da cárie dentária⁵. Estudos relatam a cárie como uma doença comportamental e que existem outros fatores que exercem ação sobre os primários, são eles: a classe social, a renda, escolaridade, conhecimento, atitudes, comportamento do indivíduo, dentre outros⁶, sendo esses fatores mais difíceis de serem modificados².

O último levantamento de saúde bucal realizado no Brasil, em 2010, indicou índices altos de prevalência de cárie em crianças de 5 anos de idade e mostrou que cerca de 53,01% das crianças tinham sido acometidas pela cárie, sendo que 48,2% delas estavam na condição de doença não tratada. O Índice ceo-d (dentes decíduos cariados, extração indicada e obturados) foi de 2,41 para todo o país e houve desigualdade na distribuição geográfica. Observou-se que, nas regiões mais desprovidas socioeconomicamente, como as regiões Nordeste e Centro Oeste este índice foi maior comparado ao índice de outras regiões com qualidade de vida melhor, como as regiões Sudeste e a Sul⁴.

Definição da Doença Cárie Precoce na Infância

Em 1962, Jacobi, o primeiro pediatra a descrever a cárie relacionada ao hábito de aleitamento noturno, descreveu-a como uma discreta desmineralização, que poderia causar infecção e perda prematura dos dentes⁷. Isso ocorre devido ao declínio do fluxo salivar que ocorre à noite, podendo ocasionar maior paralisação de carboidratos no biofilme bacteriano que é apontado como um fator predisponente para a doença cárie. O primeiro sinal clínico

detectável da cárie dentária é a existência de manchas brancas e opacas (áreas desmineralizadas), que acontece por dissolução dos componentes inorgânicos do esmalte devido à presença do biofilme dental e, se não for interrompido o processo, evolui formando cavidades, podendo levar à perda de toda a coroa do dente⁸. Como consequência, pode acarretar problemas locais, sistêmicos, psicológicos e sociais à criança⁹.

A Academia Americana de Odontologia Pediátrica denomina Cárie Precoce na Infância quando esta se apresentar em um ou mais dentes decíduos (com lesões cativadas ou não), que tenha restauração ou até sofrido perda precoce antes de completar 6 anos. Várias denominações foram atribuídas à CPI, como cárie de mamadeira, cárie de amamentação, cárie da primeira infância, cárie severa da infância, entre outros termos. Porém, esses termos foram considerados impróprios por fazer associações apenas a alguns fatores, como por exemplo, a mamadeira ou ao leite materno como sendo os agentes causadores, mas sabe-se que a CPI pode estar também associada ao consumo de outros alimentos e à falta de higienização oral⁸.

Prevenção da Cárie Precoce na Infância

A melhor forma de controle da doença cárie é que se estabeleça um efetivo programa de prevenção à saúde bucal antes mesmo do nascimento do bebê, pois nesta fase os pais estão mais vulneráveis para abraçar propostas que possam melhorar a qualidade de vida de seu filho, devendo ser orientados a realizar a higienização bucal do recém-nascido. Somente a educação pode gerar a prevenção, para tal as práticas das medidas preventivas dependem de alguns fatores, tais como: a atuação do profissional, a cooperação da criança, a resistência da criança ao tratamento da doença cárie e a cooperação dos pais ou responsáveis^{6,10}.

Alguns autores recomendam que a primeira consulta odontológica do bebê deva ser realizada entre o 6º mês e 1 ano de idade e deve ser promovida a educação da família para a importância da prevenção da cárie^{9,11}. Outros autores recomendam antes dos seis meses para que a família seja orientada quanto aos benefícios da amamentação e também para que haja um vínculo entre o odontopediatra e a criança, além de orientar os pais ou responsáveis em técnicas de prevenção^{6,12}.

É recomendável que a cavidade bucal do recém-nascido seja avaliada por um pediatra ainda dentro do hospital e, caso seja observada alguma alteração, o médico deve encaminhar o neonato para um odontopediatra. Orientam também que a primeira consulta odontológica do bebê seja por volta dos 4 meses e novamente quando os dentes começarem a irromper na cavidade¹³.

Alguns autores concordam que a limpeza deva ser realizada pelo responsável uma vez ao dia, com o uso de uma compressa de gaze ou ponta de fralda de pano úmida, de modo que seja passada pelos tecidos gengivais realizando uma massagem delicada; e que, após a erupção dos primeiros dentes, a higienização deva ser feita com escovas do tamanho adequado para a idade, para que ocorra o controle do biofilme, pois nesta fase as crianças devem criar hábitos de higienização diário^{14,15}.

A cárie dentária vem diminuindo sua incidência nas crianças brasileiras devido às políticas públicas de saúde com a implantação de água fluoretada com a concentração de 0,7 ppm F, adição de flúor nos dentifrícios com concentração de no mínimo 1.000 ppm F, projetos de incentivo à escovação e educação sobre higiene oral nas escolas e creches; aos indivíduos que não tem acesso à água fluoretada, outros métodos podem ser adicionados, como a aplicação profissional de fluoretos; mas a colaboração dos pais ou responsáveis é primordial para que haja seu adequado controle^{1,10}.

Existem várias técnicas de escovação que podem ser indicadas, para isso deve-se considerar a idade da criança, sua habilidade, o interesse da família e a disponibilidade de tempo para o ensino e aprendizagem. A técnica de Fones é recomendada para crianças pequenas, até 7 anos e menos hábeis, por ser uma técnica mais fácil. Com os dentes cerrados, são feitos movimentos circulares nas superfícies vestibulares, palatinas e linguais dos dentes; nas incisais e oclusais são realizados movimentos anteroposteriores. Esta técnica também está recomendada para a escovação realizada pelos responsáveis, utilizando-se a posição de Starkey, em que a criança fica de pé, na frente e de costas a este, apoiando a cabeça em seu braço, com a mão esquerda se estabiliza a mandíbula e com os dedos desta mão se afasta os lábios e as bochechas da criança e com a mão direita se realiza a escovação^{6,16}.

Os dentifrícios para crianças podem ou não conter flúor. Os fluoretados devem seguir a recomendação segura de seu uso, que é em quantidades muito pequenas de 0,1g, similares a um grão de arroz e sempre sob a supervisão de um adulto; e, durante a escovação, as crianças devem ser incentivadas a cuspir para que não haja ingestão do produto¹⁷. Atualmente, o flúor do creme dental é reconhecido como o grande responsável pela diminuição da incidência de cárie na população².

Basear o tratamento odontológico apenas em higiene bucal é um erro comum que ocorre na odontologia, a dieta tem um papel importante para o desenvolvimento do processo da cárie¹⁸. Constatou-se que grande parte dos cirurgiões-dentistas não fazem o aconselhamento de seus pacientes quanto à dieta¹⁰. Recomenda-se o registro realizado pelos

pais ou responsáveis, dos alimentos e bebidas consumidos diariamente pela criança, pois pode ser uma ferramenta para conscientização da necessidade de uma dieta mais nutritiva¹⁹.

Alguns autores propõem que a orientação alimentar deva ser realizada para que os padrões a serem adquiridos estejam dentro de uma dieta equilibrada^{6,10,18}. Entretanto, outro autor alerta para a existência de um desafio nesta orientação, que é a mudança de comportamento, pois os hábitos alimentares têm seu início na infância e tendem a seguir padrões socioeconômicos e culturais que podem ser compreendidos como a condição de vida da família e sua educação, por isso, complexos de serem mudados^{6,10}.

Para estabelecer uma boa abordagem familiar, devemos entender como a família funciona, as ações educativas são de grande importância para prevenção de doenças, tornando a família uma unidade de ajuda. Atualmente existe uma grande demanda de creches, o que revela que os cuidados das crianças estão sendo compartilhados por terceiros. Muitas vezes, os cuidados após as creches, são realizados pelos avós. Devido a isto, as ações educativas e preventivas devem ser trabalhadas com todos os integrantes da família com bebês e crianças em idade pré-escolar^{16,20,21,22}.

Relato de Caso Clínico

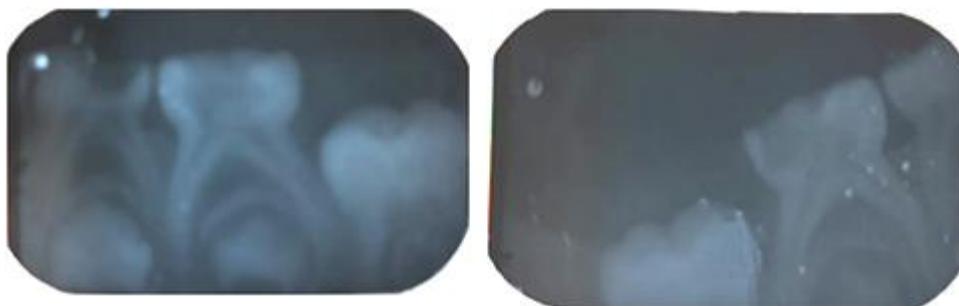
A paciente A.E.A., do gênero feminino, 5 anos de idade, compareceu com a mãe e a avó paterna para atendimento na Clínica Odontológica da Faculdade FASIPE de Sinop MT (FASICLIN), apresentando como queixa principal questões estéticas. Na anamnese a mãe relatou que trabalha em um posto de combustível no horário das 16 às 22 horas e que o pai cuida de seus outros filhos, que são mais velhos, no período da noite, por essa razão, a avó paterna ficaria responsável em levar a criança nos dias em que ela não pudesse.

A mãe respondeu um questionário onde relatou também que tem a ajuda da avó nos cuidados com a criança nos horário sem que está trabalhando, que a criança escova os dentes sozinha duas vezes ao dia e não escova os dentes na escola. Também relatou que a avó costuma oferecer muitos alimentos açucarados e que é “viciada” em refrigerante. Durante a anamnese ainda, constatou-se que a paciente possuía boa saúde geral, ausência de doenças sistêmicas, alergia a insetos e não fazia uso de nenhum medicamento.

Realizou-se a profilaxia com pasta profilática e pedra pomes. Ao exame clínico, pôde-se observar a existência de várias lesões de cárie. Na arcada superior, observaram-se lesões cavitadas na face oclusal nos elementos 55 e 65, além das mesiais dos elementos 51 e 61. Na arcada inferior, foram encontradas cavidades extensas envolvendo a oclusal e lingual

dos elementos 75, 84 e 85. Após a realização das radiográficas periapicais dos elementos 75, 84 e 85, se constatou que o elemento 75 apresentava comprometimento pulpar e indicação para endodontia (Figura 1).

Figura 1. Películas radiográficas periapicais elementos 75 e 84



Fonte: Fotos cedidas por Taissa Reis.

Com o objetivo de conhecer melhor os hábitos alimentares e de higiene da criança para poder orientar, foi solicitado à mãe que fizesse um diário da criança contendo todas as refeições durante 7 dias e relatasse se realizava a higiene bucal. A mãe assinou o termo de consentimento esclarecido, autorizando o tratamento.

Nesta mesma consulta, realizaram-se as fotos iniciais (Figura 2) e o plano de tratamento, dividido em 5 sessões. Na 1ª sessão realização de restauração do elemento 85, endodontia e restauração do elemento 84, na 2ª sessão endodontia e restauração do elemento 75, na 3ª sessão restauração dos elementos 51 e 61, na 4ª sessão restauração do elemento 55 e na 5ª sessão restauração do elemento 65, profilaxia e orientações de higiene.

Figura 2 -Fotos iniciais da condição bucal da paciente.



Fonte: Fotos cedidas por Taissa Reis.

Os materiais de eleição utilizados para os procedimentos foram: pasta CTZ (Cloranfenicol, Tetraciclina, Óxido de Zinco e Eugenol) como material endodôntico e cimento de ionômero de vidro (CIV) *Riva Light Cure*® como material restaurador.

Durante o tratamento, em todos os procedimentos de dentística restauradora, a criança foi anestesiada com um tubete de Lidocaína 2% e feito o devido isolamento do campo

antes da remoção do tecido cariado. Também foi realizado aconselhamento sobre alimentação e orientações de higiene bucal após todos os atendimentos.

Na volta da paciente para a primeira sessão do planejamento, foi entregue o diário alimentar e de higiene. Observou-se nas anotações realizadas pela mãe que a criança fazia o consumo diário e frequente de alimentos ricos em carboidratos e que realizava a escovação após as refeições. Entretanto, depois de analisadas as anotações, no exame clínico foi constatado placa bacteriana e resto de alimentos entre os dentes. Assim, foi solicitado à mãe que não somente supervisionasse os momentos de higiene bucal da criança, mas que uma vez ao dia utilizasse o fio dental, realizasse a escovação na criança e trocasse os alimentos cariogênicos por alimentos ricos em nutrientes. A mãe se mostrou interessada e motivada a auxiliar a criança, visando à melhora da qualidade de vida de sua filha.

Nesta mesma sessão, foram realizados procedimentos nos elementos 84 e 85. O plano de tratamento indicava tratamento endodôntico do elemento 84, porém a cárie se apresentava inativa e foi mudado o planejamento e restaurado com ionômero de vidro (CIV), fotopolimerizável *Riva Light Cure*®.

Na segunda sessão, optou-se por não realizar a endodontia do elemento 75, pois a cárie estava inativa, então procedeu-se a anestesia, limpeza da cavidade e restauração. O planejamento da terceira sessão, seria as restaurações dos elementos 51 e 61 devido a preocupação da mãe pela estética, porém o elemento 65 apresentava maior urgência, assim foi realizada a restauração deste elemento.

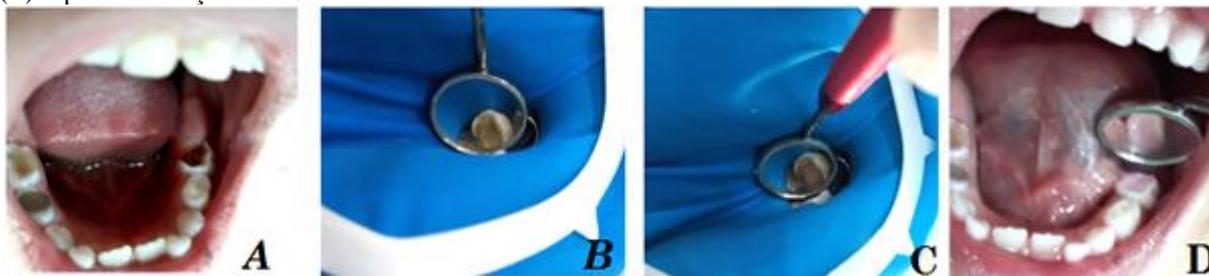
Na quarta sessão, o elemento 55 foi isolado com dique de borracha, porém durante o atendimento a paciente precisou ir ao banheiro e foi retirado o isolamento, no retorno não houve cooperação e foi dada continuidade com isolamento relativo e realizada a restauração. Após este dia, a Instituição de Ensino Superior (IES) Fasipe entrou em férias e foi suspenso o atendimento.

No retorno da paciente, após 54 dias, observou-se que a restauração do elemento 85 havia se deslocado, que o elemento 75 apresentava uma fístula e que os incisivos centrais inferiores permanentes estavam erupcionados na face lingual dos incisivos centrais decíduos. Devido a todas estas mudanças, houve necessidade de se rever o plano de tratamento.

Neste dia, foi realizada uma avaliação de higiene e detectada presença de placa bacteriana, assim foi reforçada a orientação e aconselhamento de técnicas de higiene e alimentação. Seguindo o novo planejamento, foram restaurados os elementos 51 e 61 com resina composta da marca Opallis na cor A 0,5, realizadas as exodontias dos elementos 71 e 81, a endodontia do dente 75 e restaurado com ionômero de vidro (CIV) *Riva Light Cure*®.

Pouco mais de dois meses depois da última sessão, a mãe entrou em contato relatando que a restauração do elemento 75 havia caído. Marcada a sessão para atendimento onde foi refeito o tratamento endodôntico e restauração com ionômero de vidro (CIV) *Riva Light Cure*® (Figura 3).

Figura3- Tratamento endodôntico.(A) Situação inicial. (B) Cavidade com CTZ. (C) Cavidade com guta percha. (D) Após restauração com CIV.



Fonte:Fotos cedidas por Taissa Reis.

No mesmo atendimento foi aplicado o evidenciador de placa bacteriana (Figura 4), para verificar as possíveis falhas na higienização e que fossem notadas pela paciente e sua mãe. Assim, reforçou-se a orientação sobre a importância de bons hábitos de higiene oral e a paciente foi liberada com o tratamento concluído. Para a manutenção e acompanhamento da saúde bucal da paciente, foi recomendado retorno em 6 meses.

Figura 4 - Evidenciação de placa.



Fonte:Fotos cedidas por Taissa Reis.

Na consulta de retorno, após 6 meses e 15 dias, observou-se que as restaurações dos elementos 51, 61 e 75 haviam se deslocado (Figura 5). Foi realizada a radiografia periapical do elemento 75 (Figura 6) para avaliação do processo de reabsorção radicular e verificou-se que estava indicado o retratamento endodôntico, que foi realizado nesta mesma sessão e restaurado com resina composta da marca Opallis A 0,5, para maior durabilidade.

Figura 5- Fotos da condição bucal que a paciente se encontrava



Fonte: Fotos cedidas por Taissa Reis.

Figura 6 - Radiografia periapical elemento 75



Fonte: Fotos cedidas por Taissa Reis

Durante a consulta notou-se melhoras na higiene da paciente, não apresentando cárie e apresentava controle da placa bacteriana. A paciente foi agendada para refazer as restaurações dos elementos 51 e 61. A mãe assinou o termo de consentimento livre e esclarecido para publicação do trabalho.

DISCUSSÃO

Além dos fatores primários, que determinam a cárie dentária, existem outros fatores que exercem ação sobre eles. Estudos relatam a cárie como uma doença comportamental envolvendo fatores, como a classe social, a renda, a escolaridade, conhecimento, atitudes, comportamento do indivíduo, sendo esses mais difíceis de serem modificados^{2,5,6}.

Somado a isto, nos tempos atuais, a busca por creches ou terceiros para ajudar na criação das crianças está aumentando a cada dia. Isto se deve ao fato de os pais terem, muitas vezes, que fazer jornada dupla ou tripla de trabalho para suprir as necessidades básicas da família²¹.

Com a falta de vagas nas creches públicas e o alto custo de escolas particulares, os avós constituem um papel importante na criação dos netos, porém eles acabam sendo mais permissivos que os pais quanto à alimentação e higiene da criança²². Somado a isso, no

período em que a criança está em casa, os pais, cansados de trabalhar o dia todo, não conseguem dar a atenção necessária para os seus cuidados.

A paciente, alvo deste estudo, era cuidada pela avó paterna quando não estava na escola. Durante o tratamento, a avó acompanhou a criança em duas sessões e foi orientada sobre os cuidados de higiene bucal e alimentação da criança, mas apenas comentou que iria comunicar a sua nora. Supõe-se que a falta de interesse dos cuidadores tenha sido responsável pelo quadro apresentado após o retorno das aulas, onde na avaliação da cavidade bucal da criança se constatou manchas brancas ativas nos elementos 71 e 81, o que demonstrou que não foram seguidas as orientações e conselhos dados durante as sessões.

Apesar da mãe relatar que a criança continuava comendo doces e tomando refrigerantes, na avaliação final observou-se que não apresentava novas lesões de cárie e a placa bacteriana estava controlada. Pode-se compreender que este resultado ocorreu devido a conscientização da importância dos hábitos de higiene. Segundo alguns autores a melhor forma de controlar a doença é através da educação, realizando a prevenção na atuação do profissional com a criança e a cooperação dos pais ou responsáveis^{6,10}.

Com os avanços das técnicas odontológicas, a dificuldade na odontopediatria no controle da cárie precoce na infância está na mudança de hábitos familiares e sociais. Isto se evidencia nas dificuldades de se lidar com relacionamentos que envolvam os cuidados das crianças, seja no lar, nas creches ou escolas²¹. Vale lembrar, que neste caso, a avó paterna foi a cuidadora por boa parte do dia e foi relatado seu hábito de oferecer alimentos cariogênicos a neta, isto pode acarretar dificuldades no relacionamento familiar.

Considerando que os conflitos existem na vida familiar e social, sendo necessário negociações entre os integrantes para que seus objetivos em comum sejam alcançados²¹, é importante conhecer e compreender a estrutura familiar e seu funcionamento, pois as ações educativas são importantes na prevenção das doenças, com isso evidencia-se a necessidade de comunicação dos profissionais da saúde e os responsáveis, um ambiente de confiança, identificação das necessidades, fortalecimento da participação do paciente e da família, para que se possa alcançar e garantir o seguimento das orientações dadas pelo profissional²⁰.

Nas ações no ambiente familiar pode-se verificar a realidade da saúde bucal dos membros da família, para que ocorra a conscientização da importância da higiene bucal faz-se necessário motivação pelo cirurgião dentista, sendo que as orientações devem ser repetidas várias vezes durante o tratamento, para facilitar a memorização e se adquira o hábito^{16,20}.

Segundo Moysés o nível socioeconômico e cultural esta relacionado com a qualidade de vida e saúde da população, nas sociedades com nível de capital social maior as pessoas vivem mais, tem mais acesso a saúde e conseqüentemente melhores condições de vida²⁰.

Sendo assim, os maiores desafios são as desigualdades sociais e culturais que impõe a sociedade um ritmo intenso de trabalho para suprir as necessidades básicas em busca de melhores condições de vida, o que ocasiona falta de tempo para a família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cárie precoce na infância é uma doença que apresenta alto índice de prevalência nas crianças, porém é considerada uma doença que pode ser prevenida. Seu tratamento pode ser bem-sucedido, dependendo não somente das técnicas utilizadas ou da atuação do dentista, mas principalmente da cooperação da criança e interesse dos pais ou responsáveis. O que é mais difícil de conseguir, como foi constatado neste caso clínico.

Faz falta na formação profissional dos cirurgiões-dentistas, maior capacitação para trabalhar com mudanças de hábitos e com ferramentas de comunicação para motivação e estímulos para a prevenção.

A situação imposta pela sociedade, em que há a necessidade de os pais trabalharem o dia todo, e terceirizarem os cuidados com as crianças, deveria ser mais discutida em busca de soluções mais benéficas a população.

Por fim, apesar de a cárie dentária ser uma doença possível de prevenir, não é simples seu controle por ser necessário um trabalho intersetorial, pois perpassa pela cultura de nossa sociedade na qual adquirimos hábitos alimentares e de higiene que necessitam ser mudados, exigindo um esforço conjunto.

REFERÊNCIAS

1. RIBEIRO, Nilza. M. E.; RIBEIRO, Manoel A. S. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. **J Pediatr** (Rio J). 2004;80(5 Supl):S199-S210.
2. FEJERSKOV, Ole; KIDD, Edwina. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2011. 615p
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 - 2003 Resultados principais**, 1. ed. Editora MS: Brasília-DF, 2004.

4. ARDENGHI, Thiago Machado; PIOVESAN, Chaiana; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2013; 47(Supl 3): 129-37.
5. CERQUEIRA, Daniella Ferraz. **Fundação teórica: Etiologia e epidemiologia da cárie dentária Caso Complexo 5 -Amélia**. Especialização em saúde da família. São Paulo - SP, 2007.
6. GUEDES - PINTO, Antonio Carlos; MELLO-MOURA, Anna Carolina Volpi. **Odontopediatria**. 9 ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. 818p.
7. DIAS, Ana Claudia Gonçalves; RASLAN Susane; SCHERMA Alexandre Prado. Aspectos nutricionais relacionados à prevenção de cáries na infância. **ClipeOdonto** 11; 3(1): 37-44. Universidade de 32 Taubaté – UNITAU, Brasil. 2011.
8. DUQUE, Cristiane; CALDO-TEIXEIRA, Angela Scarparo; RIBEIRO, Apoena Aguiar; AMMARI, Michele Mikhael; ABREU, Fernanda Volpe; ANTUNES, Livia Azevedo Alves. **Odontopediatria: uma visão contemporânea** 1ed. São Paulo: Santos, 2013. 698p.
9. LOSSO, Estela M.; TAVARES, Maria Cristina R.; SILVA, Juliana Y. B.; URBAN, Cícero A. **Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Jornal Pediátrico, 2009.
10. PORDEUS, Isabela Almeida; PAIVA, Saul Martins. **Odontopediatria**, 1ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. 160p.
11. KRAMER, Paulo Floriani; ARDENGHI, Thiago Machado; FERREIRA, Simone; FISCHER, Laura Almeida; CARDOSO, Luciana; FELDENS, Carlos Alberto. **Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 24(1):150-156, jan, 2008.
12. GERIBONE, Kamila Fonseca; CARNEIRO, Rafaela Baumgarten. **Primeira Infância Melhor - Cartilha da Saúde Bucal**. Universidade do Rio Grande do Sul, 2014.
13. WALTER, Luiz Reynaldo Figueiredo; LEMOS, Letícia Vargas Freire Martins; MYAKI, Sílvio Issáo; ZUANON, Ângela Cristina Cilense; **Manual de odontologia para bebês**, 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
14. CORRÊA, M. S. N. P.; CORRÊA, J. P. N. P.; TESSLER, A. P. C. V. **Controle mecânico do biofilme dental**. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. 2º ed. São Paulo: Santos, 2005.
15. TOLEDO, Orlando Ayrton. **Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica**, 2. ed. São Paulo: Primer, 1996. 344p.
16. ISSÁO, Myaki; GUEDES-PINTO, Antonio Carlos. **Manual de Odontopediatria**, 5 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1981.
17. MASSARA, Maria Lourdes Andrade; RÉDUA, Paulo César Barbosa. **Manual de referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria**, 2. ed. São Paulo : Santos, 2017. 331p.

18. MALTZ, Marisa, et. al. **Cariologia: Conceitos básicos, diagnósticos e tratamento não restaurador**, 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2016. 144p.

19. FERREIRA, Gabriel Caixeta; MIZAE, Vanessa Paulino; ARAÚJO, Tatiany Gabrielle Freire. Utilização do diário alimentar no diagnóstico do consumo de sacarose em Odontopediatria: Revisão de literatura. **RFO**, Passo Fundo, V. 23, n. 1, P. 68-72 Jan./Abr. 2018.

20. MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias: trabalho com evidências**, 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

21. MARANHÃO, Damaris Gomes; SARTI, Cynthia Andersen. Creche e Família: uma parceria necessária. **Cadernos de pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 171-194 Jan/Abr. 2008.

22. RAMOS, Anne Carolina. Sobre avós, netos e cidades: entrelaçando relações intergeracionais e experiências urbanas na infância. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 35, nº 128, p. 629-996, jul-set., 2014.