

A cárie dentária em pré-escolares: evolução do conceito

Márcia Maria Dantas Cabral de Melo¹

1 – Mestre em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ/ Recife-PE. Doutoranda em Odontologia do Programa de Pós-Graduação da UFPE.

Correspondência:

Endereço: Rua Afonso Celso, 142/801- Tamarineira – Recife - PE - Brasil. CEP-52060-110. marciamdcm@hotmail.com.

Internacionalmente é, ainda, considerado precário o conhecimento da situação de saúde bucal das crianças em idades pré-escolares, não havendo um quadro claro que permita comparações entre países.

Apenas em 1997 a Organização Mundial de Saúde¹ introduziu a idade índice de cinco anos para o estudo da dentição decídua, e definiu uma padronização dos critérios de diagnóstico. Entretanto, para outras idades pré-escolares, problemas referentes à uniformização de nomenclatura, à obtenção de amostras representativas, pela dificuldade de acesso a esses grupos infantis e questões relacionadas à não padronização de idades-índice continuam sendo discutidos.

Sobre a ocorrência de cárie dentária que atinge as crianças nos primeiros anos de vida, muitos termos foram propostos para descrever esse acometimento precoce e cujo padrão de manifestação pode apresentar períodos de latência e de curso assintomático não prolongado, rampante ou aguda. Fass² foi o primeiro autor a atribuir a ingestão de líquidos açucarados na mamadeira ao aparecimento das lesões de cárie em crianças menores de três anos, tão logo os dentes erupcionam na cavidade bucal, denominando-as de "nursing bottle mouth".

Apesar de vários estudos mostrarem uma estreita associação entre o uso de mamadeira e a ocorrência de cárie em infantes, os termos utilizados para descrever esse evento, como: "cárie de mamadeira", "nursing caries", "night bottle mouth labial caries", "rampant caries", "early childhood dental decay", "infant tooth decay", "cárie de amamentação", entre outros, são

considerados impróprios por atribuir a apenas um único fator a complexa dinâmica do processo saúde-doença (cárie precoce)^{3,4}.

A compreensão ampliada sobre os múltiplos determinantes envolvidos nos diversos processos de saúde-adoecimento, vem sendo objeto de inúmeras pesquisas embasadas no arcabouço da Epidemiologia Social⁵. Na área da saúde bucal, observa-se, no país, um crescimento na produção de estudos com abordagens epidemiológicas que articulam eventos em saúde bucal com as condições e contextos sociais⁶. Nessa linha, cada vez mais são delineadas investigações e construídos modelos explicativos para demonstrar heterogeneidades dos determinantes nos índices de cárie infantil^{7,8,9}.

Para unificar a definição desse acometimento em crianças de pouca idade, em 1994 os Centers for Disease Control and Prevention sugeriram o termo "early childhood caries" (ECC)¹⁰. Em 1997, durante a Early Childhood Caries Conference, realizada em Bethesda, Maryland, ficou estabelecida que a presença de uma ou mais lesões de cárie envolvendo dentes anteriores em crianças menores três anos caracterizaria a ECC^{11,12}.

De acordo com Drury et al.¹³, a existência de lesão cariosa cavitada em crianças com até 71 meses de idade indica a presença de cárie precoce na infância ou susceptibilidade a ela. A presença também de uma ou mais superfícies lisas, nos incisivos superiores, com cavitação, restauração ou, ainda, perda do elemento dentário é classificada como cárie precoce grave na infância, (*Severe Early Childhood Caries* S-ECC), especialmente se o índice

ceo-s¹ entre 36 aos 47 meses for ≥ 4 e entre 48 e 59 meses for ≥ 5 .

Mais recentemente, a *American Academy of Pediatric Dentistry*^{14,15} rever conceitos e define que a ECC representa a presença de uma ou mais superfícies dentárias com lesões de cárie cavitada ou não, dentes perdidos por cárie ou restaurados em qualquer dente decíduo de crianças de 71 meses ou menos. É estabelecida também uma conceituação para gravidade (S-ECC), compreendida como a presença de uma ou mais superfícies cariadas, perdidas ou restauradas, localizadas nos incisivos superiores em crianças entre três a cinco anos, ou que apresentem scores maiores que 4, 5, 6, nas idades de três, quatro ou cinco anos, respectivamente. Destaca, ainda, que em crianças de três anos ou menos qualquer sinal de cárie deve ser classificado como cárie severa.

Vale destacar a opinião de Ismail¹⁶ que considera o aparecimento de uma única lesão em qualquer face do dente como um problema de saúde pública em crianças em idades pré-escolares. Sugere o autor, que o debate ao invés de ser dirigido para o número e localização das lesões, deveria ser direcionado para a prevenção da ocorrência de qualquer atividade de cárie, especialmente, durante os primeiros três anos de vida. Tais observações, integram-se às discussões sobre a importância da indicação de intervenções sanitárias integrais e de caráter intersectorial para o controle da cárie dentária por meio de ações que englobem uma abordagem populacional, bem como os grupos de alto risco¹⁷.

Sublinha-se, ainda, que apesar de serem observados esforços para unificar a nomenclatura e promover uma revisão crítica sobre os mecanismos biológicos e psicossociais da ECC, outros aspectos como a definição dos critérios de diagnóstico e dos valores utilizados no ponto de corte para gravidade permanecem como fontes de divergências, o que impede a obtenção de estudos com maior poder de generalização. Mais recentemente, autores como Hallet e O'Rouke¹⁸ definem um índice ceo-s ≥ 6 , como ponto de corte para o estudo da S-ECC em crianças menores de 6 anos.

No que se refere à padronização das idades, especialistas internacionais em um

encontro para revisão da definição de caso e critérios clínicos de diagnósticos usados¹³, recomendaram que os estudos de cárie direcionados a crianças em idades até os 71 meses, deveriam ser organizados para os seguintes grupos etários: < 12 meses; 12-23 meses; 24-35 meses; 36-47 meses; 48-59 meses; 60-71 meses.

Vale ressaltar que apesar da Organização Mundial de Saúde¹ ter definido, a mais de 10 anos, a idade índice de cinco anos para o estudo da dentição decídua, não oferece recomendações para as idades menores, constituindo-se tal fato, uma lacuna para o estabelecimento de padrões de comparação sobre o ataque de cárie em épocas de vida mais precoces.

No Brasil, destaca-se a iniciativa do último levantamento epidemiológico de base nacional¹⁹, que, além de manter a orientação internacional¹ para o estudo da dentição decídua, incluiu idades menores, de 18 a 36 meses, para revelar a experiência de cárie mais precocemente, e, utilizando também o índice ceo-d.

É importante salientar que todo esse debate ocorre em num contexto onde, internacionalmente, discute-se sobre a desvantajosa situação de saúde bucal dos pré-escolares, em relação aos escolares e a necessidade de inclusão, desse grupo de atenção, nas políticas públicas de saúde e nas padronizações para os levantamentos.

Considera-se, portanto, pertinente ampliar as discussões sobre questões relacionadas ao estabelecimento de uniformizações e definição de parâmetros internacionais para os levantamentos epidemiológicos da cárie dentária em idades até os 71 meses. Assim, promove-se a realização de estudos com maior poder de generalização e propicia-se comparações mais confiáveis entre distintos padrões de distribuição da cárie dentária em idades pré-escolares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 1997.
2. Fass EM. Is bottle feeding of milk a factor in dental caries? ASDC J Dent Children 1962; 29(3): 245-51.
3. Ismail AI, Sohn W. A systematic review of clinical diagnostic criteria of early childhood caries. J Public Health Dent 1996; 59:171-91.
4. Tinanoff N, Kanellis MJ, Vargas CM. Current understanding of the epidemiology mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. Pediatr Dent 2002; 24:543-51.

¹ ceo-s - índice correspondente ao número de dentes cariados perdidos e obturados na dentição decídua e cuja unidade de medida é a superfície dentária.

5. Barata RB. *Epidemiologia social. Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(1): 7-17.
6. Botazzo C.; Narvai PC. Editorial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 4-5.
7. Antunes LF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decidua no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:79-87.
8. Harris R, Nicoll AD, Adail PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health* 2004; 21:71-85.
9. Pine CM. Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health* 2004;21(Suppl): 86-95.
10. Tinanoff N. Introduction to the early childhood caries conference initial description and current understanding. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26:5-7.
11. Tinanoff N. The early Childhood Caries Conference - October 18-19, 1997. *Pediatric Dent* 1997;19(8):453-54.
12. Tinanoff N, Kaste LM, Corbin SB. Early childhood caries: a positive beginning. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(suppl):117-19.
13. Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. *J Public Health Dent* 1999;59(3):192-97.
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy in early childhood caries (ECC): unique challenges and treatment. *Pediatric Dent* 2006; 24(1): 24-5.
15. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy in early childhood caries (ECC): unique challenges and treatment options 2008 [cited 2008 fev 20]. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCUniqueChallenges.pdf -
16. Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(supl):49-61.
17. Batchelor P, Sheiham A. The limitations of a "high-risk" approach for the prevention of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:302-12.
18. Hallett KB.; O'Rourke PK. Early childhood caries and feeding practice. *Community Dent Health* 2002; 19:237-42.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: MS; 2004.