



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

CAROLINE DA CONCEIÇÃO SOUZA FERREIRA

**INFLUÊNCIA FAMILIAR NOS HÁBITOS ALIMENTARES PARA A
PREVALÊNCIA DA CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

SÃO LUÍS
2023

CAROLINE DA CONCEIÇÃO SOUZA FERREIRA

**INFLUÊNCIA FAMILIAR NOS HÁBITOS ALIMENTARES PARA A
PREVALÊNCIA DA CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao
Curso de Odontologia, da Universidade Federal do
Maranhão, para obtenção do grau de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Lima Costa.

SÃO LUÍS
2023

Ferreira CCS. Influência Familiar nos Hábitos Alimentares para a Prevalência da Cárie na Primeira Infância: Uma revisão integrativa da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

Data de Defesa: 26/04/2023

Profa. Dra. Elizabeth Lima Costa
(Orientadora)

Prof. Dr. Tarcísio Jorge Leitão
(Titular)

Profa. Dra. Rubenice Amaral da Silva
(Titular)

Profa. Dra. Leily Macêdo Firoozmand
(Suplente)

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Ferreira, Caroline da Conceição Souza.

Influência familiar nos hábitos alimentares para a prevalência da Cárie na Primeira Infância: Uma revisão integrativa da literatura / Caroline da Conceição Souza Ferreira. - 2023.

66 f.

Orientador(a): Elizabeth Lima Costa.

Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

1. Cárie dentária. 2. Dieta e hábitos alimentares. 3. Dieta familiar. 4. Odontopediatria. I. Costa, Elizabeth Lima. II. Título.

DEDICATÓRIA

*Às minhas queridas avós, Elci e Ozeni.
Tenho certeza de que estariam muito orgulhosas!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter sido o meu refúgio, minha fortaleza e meu amparo em todas as vezes que me senti fraca e precisei de um abrigo. Em cada momento dessa caminhada senti a sua mão em minha vida. Sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais, Simone e José Ferreira por terem sido os meus maiores incentivadores e por muitas das vezes acreditarem mais em mim do que eu mesma. Minha eterna gratidão por cada momento que colocaram a minha educação em primeiro lugar e por nunca deixarem me faltar nada nesta jornada da vida. Tenho orgulho em ser filha de vocês, por isso sempre busco nunca os desapontar.

À minha família, pelo carinho e apoio em todos os momentos, essa vitória não é só minha, mas de todos vocês, pois sei que são os mais felizes e orgulhosos.

Ao meu primo Marco, por fazer parte dessa trajetória, muito antes desse sonho acontecer, sempre altruísta e me ajudando quando precisava.

À minha prima Ingrid, por sempre se preocupar e torcer para que tudo desse sempre certo.

Especialmente gostaria de agradecer ao meu tio Hamilton, que no momento que mais necessitei, estendeu a sua mão com sua infinita generosidade.

Ao meu querido José Leandro, por sempre me ouvir, entender os meus momentos de ausência e está sempre pronto a me dar uma palavra de conforto. Obrigada por me tranquilizar e me fazer enxergar as soluções, onde sozinha eu não seria capaz de perceber. Sua presença em cada fase foi o suporte para que déssemos início a um novo ciclo.

Um agradecimento especial à minha orientadora, Profa. Elizabeth Lima Costa por todo apoio, dedicação e paciência. Com certeza aprendi muito como a senhora nesta caminhada e só tenho a agradecer por isto. Deus coloca as pessoas certas em nossas vidas, somente gratidão por tudo.

À minha dupla de curso, Alicia Moreno, por compartilhar comigo cada alegria, ansiedade, medos e vitórias. Fomos uma dupla na graduação que muitas das vezes éramos tidas como apenas uma pessoa: Alicia e Carol, o nosso companheirismo trazia sempre a mesma pergunta de todos: Vocês não se desentendem? A nossa resposta unânime era: Não. Obrigada por ser minha ‘‘Sis’’, o mundo é nosso e como eu sempre te digo: Nós ainda vamos ser muito felizes, amém.

Ao meu trio da faculdade, em especial Thayná, Rodrigues, pela sua amizade e companheirismo em cada momento deste curso. Seu humor, carisma e sobretudo responsabilidade fizeram a diferença.

Aos meus amigos de curso, a minha ‘‘Família Odonto’’, obrigada por tornarem a caminhada mais leve e feliz.

À Liga Acadêmica de Odontopediatria da UFMA (LAOP), pelas trocas e conhecimentos que pude adquirir nesses 8 períodos no qual fui membro da liga.

Aos professores que de forma positiva influenciaram, nesses anos de graduação, o meu crescimento profissional.

A todos que torcem por mim e tiveram alguma participação na minha conquista, sou grata a Deus por ter vocês em minha vida. GRATIDÃO.

A Deus toda honra e toda glória. Amém!

*Portanto, eu lhes digo:
Tudo o que vocês pedirem em oração,
creiam que já o receberam,
e assim sucederá.*

Marcos 11:24

SUMÁRIO

RESUMO.....	10
REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL.....	27
Resumo.....	27
Abstract.....	28
Introdução.....	28
Métodos.....	30
Resultados.....	30
Discussão.....	31
Conclusão.....	35
Referências.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE A: RESUMO DOS ESTUDOS SELECIONADOS.....	48
ANEXO 1. NORMAS DA REVISTA.....	60

RESUMO

A Cárie na Primeira Infância é uma doença de caráter multifatorial, não transmissível e açúcar-biofilme dependente, sofrendo a influência de fatores modificadores como: comportamento, nível de escolaridade, condições sociais, desinformação sobre a sua etiologia e tratamento. Dentre esses fatores, a dieta é um dos principais responsáveis pelo processo cariogênico. Os hábitos e conhecimento dos pais sobre saúde bucal influenciam o estado da mesma em seus filhos. A baixa condição socioeconômica da família e os maus hábitos de saúde bucal dos pais também contribuem para o desenvolvimento de cáries dentárias. Assim sendo o presente estudo objetivou analisar na literatura ***a influência que os hábitos alimentares familiares exercem na prevalência da cárie na primeira infância***. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura feita nas bases LILACS, PubMed, MEDLINE, Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO), SCIELO; Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes, considerando os estudos datados no período de 2010 a 2022, no qual foram selecionados 50 estudos. Para dar suporte à pergunta de investigação, segundo os critérios de inclusão e exclusão para seleção dos estudos, o referencial teórico foi dividido em tópicos envolvendo cárie dentária, características clínicas, diagnóstico, prevalência, fatores comportamentais, impactos e medidas preventivas. Os resultados mostram que evidências apontam que bons hábitos de saúde bucal podem ser adquiridos nesse período e perpetuados para a vida da criança e que o consumo de açúcar nesse período tem um papel negativo para a criança, favorecendo o estabelecimento da cárie na primeira infância; e que o cirurgião-dentista tem papel fundamental para a educação em saúde das mães. Concluiu-se ser consensual na literatura, que a família interfere nos hábitos alimentares e de saúde bucal das crianças e a exposição frequente do consumo de açúcar de adição no ambiente familiar exerce influência na prevalência da Cárie na Primeira Infância, havendo necessidade do envolvimento das mães e familiares nos programas educacionais em Saúde Bucal para melhor qualidade de vida desta população.

Palavras-Chave: *cárie dentária, odontopediatria, dieta e hábitos alimentares, dieta familiar*

1. REFERENCIAL TEÓRICO

Cárie dentária: Conceito e Etiologia

A Cárie na Primeira Infância (CPI), definida como uma ou mais lesões de cárie (cavidades ou não) em crianças de até 71 meses de idade (AAPD, 2008), continua representando um problema grave de saúde pública tanto nos países industrializados como naqueles em desenvolvimento (BRASIL, 2010; BERALDI *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2022).

A cárie dentária é uma das patologias mais comuns em todo mundo, sendo de etiologia multifatorial, ligada à influência de diversos fatores. Um dos principais fatores está relacionado à dieta inadequada, baseada em carboidratos fermentáveis por microrganismos, responsáveis pela produção de ácidos e acidúricos aderidos na superfície dos dentes (ASSUNÇÃO *et al.*, 2015).

A sua natureza é de caráter açúcar-biofilme dependente, sendo ocasionada pelo excessivo consumo dos açúcares de adição. Não apresenta risco de transmissão, sendo influenciada por fatores modificadores, que incluem o comportamento, o conhecimento da mãe e/ou cuidador e más condições socioeconômicas, associadas à falta de informação da comunidade sobre a sua etiologia, cuidados de higienização, prevenção e tratamento (DE SOUSA *et al.*, 2015; PHANTUMVANIT *et al.*, 2018; BERALDI *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2022).

Todas as lesões cariosas resultam da interação de três fatores primários: tecidos dentários susceptíveis à dissolução ácida (fatores do hospedeiro), bactérias cariogênicas na cavidade oral (fatores do agente) e substrato adequado às necessidades nutricionais das bactérias (fatores do ambiente) (Da SILVA; BASSO; LOCKS, 2010).

A interação destes fatores por um determinado período proporciona o desenvolvimento da doença (LOSSO *et al.*, 2009), que se inicia com o aparecimento de mancha branca opaca, sem cavitação, na superfície do dente, onde não havendo tratamento irá evoluir para uma destruição da estrutura dentária (MANGUEIRA *et al.*, 2011).

Os fatores de risco biológicos ou determinantes estão bem estabelecidos na literatura, entretanto, é importante ampliar o conhecimento sobre os fatores não biológicos/modificadores/mascaradores ou confundidores da cárie dentária, que poderão influenciar a ocorrência da doença (COSTA *et al.*, 2017). O que remete ao desenvolvimento da doença cárie não é somente a presença da microbiota sobre o hospedeiro que metaboliza o substrato em produtos ácidos, como descrito por Keyes em 1960, mas a relação entre saúde e doença também será determinada pelo tipo de alimentação, tipo de comportamento e pela natureza do meio ambiente do paciente (LOSSO *et al.*, 2009).

Numa revisão sistemática da literatura sobre cárie na primeira infância, foram apontados 106 fatores de risco associados à doença (HARRIS *et al.*, 2004). Dentre esses fatores, a presença de *Streptococcus* do grupo *mutans* tem sido alvo de inúmeros estudos, por serem apontados como o microrganismo responsável pela iniciação da doença cárie e progressão da doença (CAUFIELD *et al.*, 1993) e o nível salivar de *S. mutans* tem relação direta com sua proporção no biofilme dental.

O desenvolvimento da doença depende da participação da dieta, que oferece o substrato necessário para os microrganismos se manterem viáveis e capazes de proliferação e agregação celular. A sacarose é o carboidrato mais cariogênico, pois além de ser acidogênico, serve de substrato para a síntese de polissacarídeo extracelular pelos *Streptococcus mutans* (ZHAO *et al.*, 2014).

Diante disso, existem fortes evidências sobre a relação entre a quantidade de açúcar consumida e o desenvolvimento de cárie, pois a introdução muito precoce (antes do primeiro ano de vida) de alimentos e bebida doces, entre as refeições, está associada à Cárie na Primeira Infância, principalmente em crianças socialmente vulneráveis na faixa etária entre 3 e 5 anos de idade (NUNES *et al.*, 2014; DE PAULA *et al.*, 2019; ABANTO *et al.*, 2018).

A alta frequência e concentração no consumo destes carboidratos fermentáveis, irão resultar em alterações metabólicas e conseqüentemente a queda do Ph, modificando a composição do biofilme bucal, isso proporciona uma menor diversidade bacteriana, principalmente as acidogênicas e acidúricas (NYVAD; TAKAHASHI, 2020; BIRAL, *et al.*, 2013).

Oliveira; Oliveira (2019) associaram os novos padrões alimentares da sociedade aos níveis sociais das famílias. A substituição da alimentação caseira e in natura, pelos industrializados, este último provedor de alto valor energético e insuficiente benefício nutricional, assumem o novo perfil dos padrões alimentares atuais. Famílias com maior escolaridade materna e poder aquisitivo tendem a oferecer uma alimentação mais balanceada, com frutas, verduras e ovos. Por outro lado, famílias com menores rendas e baixa escolaridade acabam consumindo uma quantidade maior de alimentos industrializados e perfil cariogênico (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2019).

O efeito local da dieta, especialmente o consumo da sacarose, como um determinante no desenvolvimento da doença cárie já está amplamente embasado por mais de meio século de estudos (BURT; PAI, 2001). A exposição precoce de crianças aos açúcares de adição também pode aumentar os níveis de colesterol total (CT), LDL-colesterol (Low Density Lipoprotein, Cholesterol) e triglicerídeos, além de diminuir o HDL-colesterol (high density lipoprotein, cholesterol), que são fatores de risco cardiovasculares (DI BONITO *et al.*, 2012).

Souza; Paula (2021) enfatizam que o consumo de dieta rica em monossacarídeos, sem a devida remoção regular do biofilme presente na superfície dos dentes, a cárie irá se manifestar, pois esses monossacarídeos serão metabolizados por muitas bactérias orais ocasionando a elevação da produção de ácidos capazes de desmineralizar o dente.

Segundo Da Silva *et al* (2021), a falta de conhecimento sobre o mecanismo de evolução da cárie, impulsionava os profissionais a realizarem tratamentos bastante invasivos, como a remoção total do tecido infectado. Com o aprimoramento do conhecimento sobre a dinâmica da cárie e do biofilme bacteriano, a odontologia começou a desenvolver novas abordagens de tratamento, sendo menos invasivas, fazendo a remoção somente da dentina desorganizada, ou seja, aquela que não é mais capaz de passar pelo processo de remineralização.

Assim sendo, é de suma relevância disseminar a transdisciplinaridade sobre importância do conhecimento em relação a etiologia da doença cárie, a fim de facilitar o tratamento e minimizar os danos à saúde da criança e dos seus familiares (De ARAUJO *et al.*, 2018). Ao detectar uma lesão cárie precocemente, as estratégias de controle para evitar a sua progressão e novas manifestações devem ser estabelecidas (Da SILVA *et al.*, 2021).

Características clínicas e diagnóstico da Cárie na Primeira Infância

De acordo com a American Dental Association (AAPD), a Cárie na Primeira Infância (CPI), é definida como “a presença de uma ou mais lesões cariadas (não cavidadas ou cavidadas, ausência (devido a cárie) ou restauração em qualquer dente decíduo em criança de idade pré-escolar entre o nascimento e 71 meses de idade” (BERALDI, *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2022).

Clinicamente essa condição acomete mais os dentes incisivos, em seguida dos primeiros molares, caninos e segundos molares, de acordo com a cronologia de 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 (PHANTUMVANIT *et al.*, 2017; BERALDI, *et al.*, 2020).

As fortes mudanças verificadas durante as últimas décadas para estudo de prevalência de cáries dentárias, em particular em crianças e adolescentes estimularam os epidemiologistas a inovarem os métodos de diagnóstico (CASTRO *et al.*, 2019).

O método de detecção de lesões cárie deve apresentar algumas características imprescindíveis para ser considerado adequado. Ser confiável, não invasivo, capaz de detectar lesões de cárie em estágio inicial e capaz de diferenciar lesões reversíveis das irreversíveis. Os índices mais utilizados para avaliar o desempenho de um método são a reprodutibilidade, sensibilidade e a especificidade.

O diagnóstico da cárie pode ser feito por diferentes instrumentos e técnicas, porém o exame clínico e radiográfico ainda são os métodos mais utilizados e analisados de forma individualizada

para diagnosticar a doença. Entretanto, outros métodos são enfocados em seguida na condição de alternativas: a transiluminação com fibra ótica, separação temporária dos dentes, medição da resistência elétrica e outros (SOARES *et al.*, 2012).

A identificação dos comportamentos dietéticos de risco é realizada obtendo-se um diário alimentar do paciente para que o profissional identifique os hábitos de risco (alimentos propriamente ditos ou momentos de ingestão) e possa sugerir alterações capazes de auxiliar na modificação do padrão de progressão vigente da doença, pois o diário alimentar mostra que há um padrão dietético comum nas crianças portadoras de CPI.

O diagnóstico clínico tem sido feito em exames epidemiológicos, tradicionalmente, com base no exame visual. A inspeção visual avalia a presença de lesão de mancha branca, rugosidade no esmalte, cavitação e a consistência da dentina. O exame clínico atrelado ao radiográfico permitirá uma melhor avaliação da lesão (BRAGA *et al.*, 2012).

Para a determinação do diagnóstico da lesão de cárie, o brilho e coloração precisam ser analisadas. Para tanto, as superfícies dos dentes precisam estar limpas e sem biofilme. A sonda exploradora ajuda na percepção tátil da estrutura do dente e na remoção de possíveis detritos. O exame radiográfico, também atua como um bom aliado para complementar o diagnóstico, principalmente a técnica radiográfica de Bite-wing, onde através dela é possível a visualização de cáries nas faces proximais dos dentes (SOARES *et al.*, 2012).

Com a Odontologia de Promoção de Saúde, surgem índices epidemiológicos diferenciados. Tradicionalmente, a cárie é medida por índices e critérios de diagnóstico, sendo o índice Cariado, Perdido e Obturado (CPO) proposto por Klein e Palmer em 1937, o mais utilizado nos grandes estudos epidemiológicos, por ser mais fácil de compreensão, aplicação e calculado onde apenas os dentes ou superfícies com lesões cavitadas que se estendem até a dentina são contados e registrados. Trata-se de uma média dos dentes cariados, perdidos e restaurados (CASTRO *et al.*, 2019).

No índice CPO, é possível utilizar a unidade de medida dente; neste caso, é acrescentada a letra “d” ao final da sigla (CPOD). Quando a unidade de medida escolhida é a superfície dental se adiciona a letra “s” (CPOS). Para os dentes decíduos é utilizado o índice ceo; este índice corresponde, num indivíduo, à soma do número de superfícies (ceo-s) ou dentes decíduos (ceo-d) cariados (“c”), com extração indicada (“e”) e restaurados (“o”). O componente perdido foi excluído devido à dificuldade de separar os que foram perdidos pela cárie dos que foram perdidos pelo processo natural de esfoliação do dente (CASTRO *et al.*, 2019).

Têm sido utilizados na avaliação da atividade de cárie o Nyvad System criado por Nyvad em 1999, para avaliar atividade de cárie em lesões cavitadas e não cavitadas. Os critérios desse método levam em consideração as características clínicas da cárie, associadas à classificação da atividade da

lesão. Esse método tem mostrado validade preditiva para avaliar a atividade cariiosa (NYVAD, 2004; BRAGA *et al.*, 2012).

A descrição dos critérios de Nyvad apresenta os seguintes códigos:

- 0 Hígidez
- 1 Cárie ativa com superfície intacta
- 2 Cárie ativa com descontinuidade da superfície
- 3 Cárie ativa com cavidade
- 4 Cárie inativa com superfície intacta
- 5 Cárie inativa com descontinuidade da superfície
- 6 Cárie inativa com cavidade
- 7 Restaurada em superfície hígida
- 8 Restaurada + cárie ativa
- 9 Restaurada + cárie inativa

Entretanto, ao longo dos anos foram surgindo outros índices para avaliação da cárie. O sistema ICDAS é um Sistema Internacional de Detecção e Avaliação da Cárie, surgiu com o objetivo de avaliar gravidade e atividade da mesma. Foi desenvolvido para incluir lesões precoces de cárie de esmalte de acordo com o estágio de sua progressão, bem como para categorizar as lesões de cárie de dentina de acordo com sua progressão e para planejar a terapia de remineralização individual ou para monitorar o padrão de cárie em nível populacional (ISMAIL *et al.*, 2007).

Esse sistema preza por algumas recomendações no momento de revelar tal patologia. Dessa forma, o que eles levam em consideração é que o profissional determine, após limpeza e secagem, se o dente é hígido, selado, restaurado, com coroa ou ausente, para garantir com que as superfícies estejam classificadas em relação à cárie. Esse procedimento é feito usando uma escala ordinal, que vai da superfície hígida à cavitação extensa. Dessa forma, a escala ordinal que o ICDAS apresenta, faz com que o profissional consiga compreender de uma forma mais clara o processo histopatológico da lesão de cárie. Além de favorecer que o cirurgião-dentista consiga associar o que ele vê clinicamente e o que realmente está acontecendo (BRAGA *et al.*, 2012).

Este índice apresenta os seguintes códigos:

- 0 Sem evidência de cárie
- 1 Cárie inicial
- 2 Mudança visual distinta no esmalte
- 3 Ruptura localizada do esmalte devido a cárie sem dentina visível
- 4 Sombra escura subjacente da dentina
- 5 Cavidade distinta com dentina visível
- 6 Cavidade distinta extensa com dentina visível.

Para identificar uma cárie, antes de qualquer coisa, é necessário conhecer todo o histórico do paciente. Associar os fatores etiológicos e de como a doença se manifestou em cada paciente. Muito além do que apenas indicar e detectar se há de fato ou não uma cárie presente na cavidade bucal, o ICDAS identifica, portanto, particularidades da lesão (BRAGA *et al.*, 2012).

Prevalência da Cárie na Primeira Infância

As doenças bucais estão entre as doenças mais comuns do mundo. Entre estas, a cárie é a mais frequente em todos os grupos etários, em situação econômica menos favorecida. Sua maior ocorrência se dá em crianças em idade pré-escolar, afetando 60-90% das crianças em idade escolar e quase 100% dos adultos em várias regiões, com variações consideráveis na prevalência e incidência entre países. A estimativa é que 600 milhões de crianças são acometidas pela doença (SANTOS *et al.*, 2016; PHANTUMVANIT *et al.*, 2018).

A cárie dentária é considerada um problema de saúde pública nas populações desde o início do século XX. No entanto, estudos sistemáticos no Brasil só ocorreram após a década de 1950, para justificar a intervenção em saúde bucal (REZENDE *et al.*, 2014).

Apesar dos últimos indicadores apurarem o declínio da doença, a prevalência durante a primeira infância ainda tem sido preocupante. O último levantamento de saúde bucal do Ministério da Saúde identificou que 53,4% das crianças com 5 anos de idade estão com a dentição decídua acometida por cárie e o índice se encontra acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é abaixo de 3,0. O componente cariado ainda tem expressiva prevalência, quando comparado aos achados anteriores. O relatório constatou que o ocorrido se dá pela dificuldade de acesso aos serviços odontológicos e hábitos alimentares e de higiene inadequados nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2010).

Segundo alguns autores, a doença é considerada 32 vezes mais provável de ocorrer em crianças na idade pré-escolar (25,6%), pertencentes a famílias de baixo nível socioeconômico; com baixo nível de escolaridade, com dificuldades no acesso aos cuidados médicos, sem seguros de saúde e minorias étnicas (AREIAS *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2017; RETNAKUMARI; CYRIAC, 2012).

A prevalência de cárie em bebês é alta (em torno de 55%), principalmente na faixa etária de zero a 30 meses, demonstrando a necessidade de medidas preventivas, educativas e restauradoras para essa faixa etária. Gestantes e mães compõem o público-alvo para receber orientação, pelo fato de serem as maiores responsáveis pela alimentação e pelos cuidados com a higiene da criança (REZENDE *et al.*, 2014).

A alta prevalência da doença cárie em crianças, infelizmente é realidade em várias regiões do país e apresenta como fatores que contribuem para esse crescimento, como a deficiência na

higienização, escassez da oferta do tratamento e acompanhamento odontológico de forma acessível. Assim, afeta principalmente famílias com baixa renda, sem condições de acesso ao tratamento odontológico ou por custo ao tratamento, ou por questões de falta de infraestrutura local e até mesmo a falta do profissional na região da comunidade que atenda esta faixa etária (MARTINS *et al.*, 2015; CARVALHO *et al.*, 2022).

Castro *et al* (2019) enfatizam que atualmente, a cárie dentária possui 3 picos de prevalência aos 6, 25 e 70 anos. Em 2010, as lesões de cárie não tratadas em dentes permanentes foram a condição mais prevalente em todo o mundo, afetando 2,4 bilhões de pessoas, esse problema provoca prejuízos econômicos globais (KASSEBAUM *et al.*, 2015).

As mudanças nos critérios de diagnóstico e tratamento, por meio de uma postura menos intervencionista por parte dos cirurgiões-dentistas, foram relacionadas ao declínio dos índices de cárie em diversas populações (PINTO, 2013). Diversos levantamentos forneceram informações fundamentais para descrever as mudanças da prevalência da doença cárie no Brasil nos últimos 30 anos.

Fatores comportamentais da família da Cárie na Primeira Infância

O ser humano não nasce com uma cultura inerente a ele, ela é formada por meio do seu convívio em sociedade. Dessa forma, os indivíduos não nascem viciados em açúcar, sal ou gorduras, aprendem a partir da influência do meio e por experimentar. O consumo recorrente acaba se tornando um hábito, podendo até tornar-se um vício, proveniente do que o indivíduo externa como “necessidade“ em consumir certo alimento (PIASETZKI; BOFF; BATTISTI, 2020).

Há uma tendência global na mudança dos hábitos alimentares das crianças, ainda que difiram entre os países, para uma alimentação mais adocicada e com elevada densidade energética. Os alimentos ricos em fibras estão sendo cada vez mais substituídos pelos processados, onde a globalização dos *fast food* e outras práticas de alimentação moderna estão modificando os padrões da alimentação infantil de vários países (RODRIGUES; FIATES, 2012).

Uma nutrição adequada nos primeiros anos de vida é crucial para um desenvolvimento saudável, pois quando ocorre de forma contrária, trará danos à saúde, como carência de nutrientes, doenças crônicas associadas e prejuízos à saúde bucal como a cárie dentária (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2019).

O ambiente familiar é a primeira relação de núcleo social no qual a criança será inserida, possuindo um estilo próprio e peculiar. A família possui importante relação na influência dos primeiros hábitos alimentares infantis. A formação deste ocorrerá logo na primeira infância, o que implica que o estímulo à uma alimentação saudável seja feita precocemente com aporte nutricional

necessário para a manutenção da saúde (VALLE; EUCLIDES, 2007; DA SILVA; BASSO; LOCKS, 2010).

As práticas alimentares são formadas predominantemente na infância, transmitidas por pais, familiares e cuidadores, sendo mantidas pela cultura, valores e crenças (JAIME *et al.*, 2017; CASTILHO *et al.*, 2013).

O envolvimento materno é observado não somente como transmissora de patógenos, mas também como a principal multiplicadora de modelos, hábitos, valores e atitudes perante a criança. Quando modelos positivos são adquiridos e transferidos precocemente dos pais aos filhos, esses hábitos tornam-se persistentes na vida da criança e concorrem positivamente para sua saúde (CASTILHO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2021).

As crianças são totalmente dependentes de outras pessoas para se alimentarem, sendo os pais e/ou cuidadores figuras essenciais, pois são os principais responsáveis pela construção dos hábitos alimentares infantis e influenciadores de forma positiva na escolha dos alimentos. Essas práticas alimentares são mantidas pela cultura, valores e crenças. Alguns fatores têm sido associados com a introdução precoce de alimentos, exceto leite materno, na dieta das crianças, como baixos níveis socioeconômicos das famílias e educacional das mães, mães jovens, fumantes e parto cesáreo (SALDIVA *et al.*, 2011).

Os hábitos alimentares infantis estão sendo caracterizados por um consumo exagerado de alimentos ricos em gordura, sal e açúcar, baixo consumo de frutas e hortaliças (DE COSMI; SCAGLIONI; AGOSTONI, 2017), Nessa temática é levado em consideração também os açúcares escondidos em formulações industriais como papinhas, salgadinhos, catchup, refrigerantes, sucos de frutas industrializados entre outros alimentos cariogênicos, que são comumente consumidos pelas crianças e apresentam correlação positiva com a prevalência de cárie em crianças de 0 a 36 meses (MELO *et al.*, 2017).

O aprendizado adquirido a partir das experiências alimentares irão gerar o comportamento humano, sendo essas iniciadas durante a gestação e sofrendo as transformações a partir da lactação e com a introdução de alimentos em toda vida. Com a autonomia do paladar e olfato no útero, há a oportunidade de um aprendizado sensorial precoce, preparando o indivíduo para a experiência pós nascimento (PEREIRA; LANG, 2014).

Em geral, a mídia também tem sido persuasiva nas escolhas alimentares da família e, por sua vez, levando as crianças a adotarem hábitos poucos saudáveis (COSTA *et al.*, 2017). A facilidade no acesso de alimentos processados e de baixo custo fizeram com que a alimentação fresca e nutritiva fosse substituída.

O consumo desses alimentos está diretamente ligado por diversas variáveis, levando em consideração os custos, condições socioeconômicas, disponibilidade e as publicidades comerciais.

Esses alimentos industrializados, difundidos pelo marketing, em sua multiplicidade não possuem adequados valores nutricionais por apresentarem altos teores de sal, gorduras e açúcares. Em muitos existem elevadas quantidades de açúcar, superiores às contidas nos rótulos das embalagens, dos alimentos infantis industrializados (DOS SANTOS; CODATO; CALDARELLI, 2019).

O paladar e os hábitos alimentares são formados durante a vida intrauterina (DE FREITA *et al.*, 2016). O leite materno não representa o primeiro alimento a influenciar os hábitos alimentares de um indivíduo. Pesquisas mostram que existe a possibilidade de na vida intrauterina as experiências alimentares da mãe influenciarem no favoritismo de determinados alimentos pela criança, devido ao fato do feto ter exposição aos sabores por meio do líquido amniótico podendo influenciar na predileção dos alimentos após o nascimento (DOS SANTOS; CODATO; CALDARELLI, 2019; LEÃO *et al.*, 2022).

Para Branger (2019) o aleitamento materno funciona como um fator de proteção para a cárie dentária. Após 1 ano é difícil a conclusão sobre proteção e agravamento da cárie, pois existe a multiplicidade dos fatores de confusão, como os padrões alimentares que variam de famílias para famílias e sobretudo os hábitos de higiene bucal. Portanto, após o nascimento do primeiro dente do bebê é necessário iniciar o acompanhamento odontológico.

Nos estudos de Lavigne (2013); Nunes (2012) o aleitamento prolongado não seria um fator de risco para a CPI, enquanto a alta ingestão de sacarose entre as refeições e qualidade da higiene oral estiveram associados à doença em crianças.

Segundo De Freitas *et al* (2016), no primeiro ano de vida, a criança precisa ser apresentada a diferentes paladares, para facilitar a aceitação de uma alimentação diversificada. Contudo, a apresentação de determinados tipos de hábitos alimentares dependerá da família, e esses alimentos oferecidos deverão ser os mesmos que compõem a mesa familiar (PEREIRA; LANG, 2014). O gosto por certo tipo de alimentos se dá pelo processo de aprendizado. As crianças costumam ter uma maior preferência pelo tipo de alimentação que lhe são ofertados com maior periodicidade e estas preferências são constituídos por um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos à criança, relacionado principalmente às práticas dos pais no ambiente familiar (DOS SANTOS; CODATO; CALDARELLI, 2019).

Muitas famílias possuem o hábito de oferecer às crianças antes ou durante o sono bebidas açucaradas, não realizando a higienização bucal adequada, sendo assim uma atitude percussora da manifestação da cárie na primeira infância. Como consequência de uma dieta desfavorável sem uma higienização adequada, as perdas dentárias precoces, dores, infecções e abscessos e alterações oclusais podem surgir. Os impactos negativos possuem ação imediata, como faltas à escola, trabalho por parte dos pais e possíveis consequências negativas no comportamento social (DA SILVA; BASSO; LOCKS, 2010; VOZZA, *et al.*, 2019).

A primeira infância representa o período ideal para a incorporação de bons hábitos alimentares e na adoção de bons comportamentos para a prevenção de doenças bucais, pois comportamentos de risco associados à dieta ou até mesmo a higiene bucal, convencionado no primeiro ano da vida irá permanecer durante toda a infância, sendo este de responsabilidade da família (RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016; DE FREITA *et al.*, 2016).

Questões relacionadas às mães como, grau de instrução, visita frequente ao dentista, estado civil da mãe, condição socioeconômica, nível de conhecimento sobre saúde bucal e padrão cultural, entre outras, parecem constituir fatores mais precisos na identificação do risco individual de cárie em crianças (CAMPOS *et al.*, 2010).

A condição socioeconômica é uma das principais variáveis responsáveis pela ocorrência da cárie na primeira infância, pois influenciam outros níveis de causalidade, que compreendem os aspectos ambientais, relativos à esfera do comportamento ou do estilo de vida, como os hábitos de aleitamento (CANGUSSU *et al.*, 2002), dieta/alto consumo de alimentos e bebidas açucaradas e hábitos de higiene oral/ consumo de flúor ,além dos aspectos biológicos individuais (peso, anemia, consumo medicamentos (NUNES *et al.*, 2014).

Famílias com baixo nível socioeconômico frequentemente estão susceptíveis à alta prevalência de cárie (RETNAKUMARI; CIRIAC, 2012; NUNES *et al.*, 2012), considerando que a renda familiar pode afetar a aquisição de alimentos ricos em nutrientes para mães e crianças e, conseqüentemente, alterar o padrão da doença (LI *et al.*, 1996; de SOUZA *et al.*, 2015).

Segundo Luz *et al* (2021), as mães que possuem uma dieta representada por uma alta quantidade de açúcares e carboidratos, estariam mais predispostas a terem bebês com um alto consumo deles. Ao ser investigada a dieta cariogênica no grupo analisado, as mães com baixa escolaridade tiveram mais risco de terem tais práticas cariogênicas, diferentemente das mães com ensino superior.

Para Finlayson *et al.* (2007), as mães desempenham um papel chave ao orientar seus filhos a cuidarem da saúde bucal; constataram que filhos nascidos de mães que têm conhecimento da importância da higiene bucal, escovam seus dentes mais frequentemente, por desenvolverem melhores hábitos de escovação.

Existe uma complexa rede de influências genéticas e ambientais que irão formar os hábitos alimentares. As predisposições genéticas para a preferência ou não por um alimento e as diferenças na sensibilidade para alguns gostos e sabores são herdados pelos pais. Não obstante, essa influência genética não é imutável, sendo moldada ao longo da vida (PIASETZKI; BOFF; BATTISTI, 2020).

Os padrões globais de alimentação mudaram, as fontes, processamento e até a distribuição levaram a hegemonia de uma alimentação altamente processada. O consumo de alimentos ricos em açúcares de adição, tende a fazer as crianças a terem como preferência o doce e o salgado e rejeitar o

azedo ou amargo. Essa introdução precoce de uma alimentação açucarada irá auxiliar na colonização e a formação de uma microbiota cariogênica nas superfícies dentária (MADRUGA *et al.*, 2012; NOGUEIRA; COSTA; COELHO, 2020; SANTOS *et al.*, 2016).

Entre os principais achados na busca sobre CPI as pesquisas mostram elevado nível de alimentos ultraprocessados na primeira infância, associado às práticas alimentares não saudáveis. Isso se dá muita das vezes pela dificuldade das famílias em identificar o saudável e prejudicial à saúde. Além disso, a facilidade de acesso, facilidade de consumo e o custo acabam se sobressaindo na hora de fazer as escolhas (UNICEF, 2021).

A dieta representa o tipo de alimento ingerido, enquanto a nutrição está associada com a ingestão e absorção de nutrientes. As duas podem influenciar nos efeitos pré e pós-eruptivo, sendo o primeiro com efeito na formação dos elementos dentais e o segundo agindo localmente. Na infância, a dieta e a nutrição irão influenciar no aparecimento de cáries e defeitos na estrutura dentária (SILVA; BASSO; LOCKS, 2010).

Assim sendo, prevenção da cárie deve ter início ainda na infância e para que isso aconteça é de essencial importância uma modificação de atitude dos pais. A difusão de valores e rotinas bucais para crianças, de modo a incorporação de métodos preventivos adequados à manutenção de saúde bucal, é tarefa desafiadora para pais e profissionais de saúde (CARVALHO *et al.*, 2022).

A cárie dentária sendo de etiologia multifatorial possui forte ligação com a influência dos fatores comportamentais, com destaque para a dieta como influente participante do processo cariogênico. O ambiente familiar também exerce grande influência sobre a criança, e as atitudes dos pais podem afetar significativamente a saúde bucal e geral do filho (SCALIONI *et al.* 2012).

Impactos da Cárie na Primeira Infância

A cárie dentária, tendo maior prevalência na infância, se inicia com processos microbiológicos dentro de um consórcio microbiano, chamado biofilme dental, constitui em causa primária de dor e em casos mais graves a perda dentária. A manutenção dos dentes decíduos totalmente funcionais até a época da exfoliação fisiológica permite uma adequada saúde bucal, bem-estar físico e comportamental das crianças. A integridade e a preservação da primeira dentição assumem importante relevância, devido possuir influência na mastigação, deglutição; fonação (BEZERRA; NOGUEIRA, 2012).

A cárie quando evolui para um estágio de destruição dentária, onde a evolução da doença não foi interrompida, poderá ocorrer a destruição de vários dentes decíduos ou até mesmo a sua perda. As consequências como a má oclusão poderão surgir, pois haverá a migração do dente adjacente para o

local da perda, reduzindo o comprimento do arco, prejudicando também a erupção dos dentes sucessores permanentes (BEZERRA; NOGUEIRA, 2012).

A cárie de primeira infância (CPI) é capaz de afetar negativamente a qualidade de vida, por se apresentar como rápido desgaste da estrutura dental e presença de sintomatologia dolorosa, resultando em um quadro de perda precoce, má oclusão, prejudicando a mastigação, dentição permanente, sono, rendimento escolar, favorecendo a desnutrição e afetando desenvolvimento (CARVALHO *et al.*, 2022).

A dor de dentes é a consequência mais imediata e frequente quando a progressão da doença não é tratada. As crianças que tiveram experiência de dor dentária podem ter as suas atividades diárias afetadas, tais como a alimentação, o sono e a capacidade de concentração na escola, acabando por afetar o seu aproveitamento escolar (CASAMASSIMO *et al.*, 2009; LOSSO *et al.*, 2009).

A CPI é capaz de gerar grande destruição dentária. Quando não há interrupção da doença, vários dentes decíduos podem ser destruídos ou perdidos. A consequência disso se dará em complicações locais, sistêmicas, psicológicas e sociais, podendo haver graves repercussões na saúde geral das crianças (LOSSO *et al.*, 2009).

As alterações comportamentais nas crianças são observadas com a perda prematura dos dentes decíduos, levando a danos psicológicos, refletindo na insatisfação individual consigo mesmo e no sentimento de inferioridade diante das outras crianças. (BEZERRA; NOGUEIRA, 2012).

Tonial *et al.* (2015), em um estudo verificaram que a cárie precoce na infância apresenta impacto na qualidade de vida quando relacionada à saúde bucal. Dentre as crianças avaliadas as que possuíam quadro de cárie dentária grave tiveram um resultado maior de escore nas questões relacionadas à autoimagem, interação social e domínio das funções, em relação às crianças livres de cárie, devido a cárie grave gerar uma dor dentária dificultando a execução das atividades cotidianas como comer, dormir e brincar. O estudo demonstrou que a cárie acometendo crianças em idade precoce, implicam em prejuízos que ultrapassam os parâmetros odontológicas e modificam os aspectos fisiológicos, sociais e comportamentais das crianças. As relações sociais ficam prejudicadas, devido a percepção da autoimagem não ser satisfatória. As constantes faltas provenientes de episódios de dor dentária ocasionam diminuição no rendimento escolar.

Pereira *et al.* (2021), ressaltaram em seu estudo que as crianças que tinham uma saúde bucal mais prejudicada, apresentaram uma maior propensão em se sentirem preocupados ou chateados com a sua condição bucal. Os resultados mostraram que as crianças com experiência de cárie tinham a pior qualidade de vida relacionada a saúde bucal no domínio do bem-estar, tornando-se retraídas e tristes. O estudo realizado por MORO *et al.* (2021) apontou que dentre as crianças avaliadas, um terço apresentou dificuldade para dormir devido problemas dentários e que a cárie não tratada e as suas consequências clínicas tiveram associação aos problemas autorrelatados para dormir.

Essas complicações fisiológicas e sociais resultam em transformações no estilo de vida da criança. Os simples hábitos do cotidiano, como o de se alimentar, serão prejudicados. Ocorrerá dificuldade na mastigação ao se consumir determinados alimentos e até na ingestão de líquidos frios ou quentes, devido a sensibilidade dentária. A repercussão disso, virá no aporte nutricional, que as crianças necessitam, para o desenvolvimento ósseo e psicomotor. Ademais, problemas de oclusão oriundos da perda precoce de elementos dentais podem surgir (CARVALHO *et al.*, 2022).

A cárie na primeira infância possui impacto bastante negativo, principalmente quando atrelada à qualidade de vida das crianças e suas famílias. Com o avanço da doença, a sintomatologia dolorosa irá se manifestar e eventos de infecção e abscessos poderão acontecer. Além disso, o custo financeiro com tratamento poderá ser um obstáculo para a família e até um entrave para o tratamento da doença (LARANJO *et al.*, 2017).

A perda prematura de dentes decíduos é também uma consequência amplamente referida na literatura em casos de CPI não tratada. Esta perda prematura de dentes decíduos pode originar dificuldades na mastigação, na deglutição e na fonética, atrasar ou acelerar a erupção da dentição permanente, causar distúrbios psicológicos e/ou induzir problemas ortodônticos, resultantes, por exemplo, de possíveis perdas de espaço para a dentição definitiva (LOSSO *et al.*, 2009).

Além de ocasionar a destruição da estrutura dentária, a cárie pode gerar dor, infecção, problemas de caráter nutricional, dificuldades na fala, estética prejudicada e problemas psicológicos, sendo que o tratamento consiste na intervenção restauradora dos dentes afetados (REZENDE *et al.*, 2014).

Medidas Preventivas da Cárie na Primeira Infância

Os dentes decíduos são de extrema importância no bem-estar da criança, pois, contribuem com a estética, auxiliam na alimentação, fonética, e são fundamentais no processo de formação dos dentes permanentes, atuando como guias de espaços, além de ajudarem na estimulação do crescimento dos ossos da face e devem ser preservados em condições anátomo funcionais até a época de sua esfoliação fisiológica (CARVALHO *et al.*, 2022).

Para a prevenção da cárie na primeira infância ou posterior tratamento, há necessidade da estruturação em 3 fases associadas: 1. Prevenção primária: atuará na melhoria do saber dos pais e/ou responsáveis e os trabalhadores da saúde em limitar a ingestão na infância dos açúcares de adição presentes nas comidas e bebidas e oferecendo uma oferta diária de flúor; 2. Controle das lesões iniciais antes de evoluir para a cavitação. A prevenção secundária resultará em aplicações periódicas de flúor e de selantes nos molares que apresentarem suscetibilidade e fissuras; 3. Prevenção terciária

irá participar na interrupção das lesões cavitadas e no tratamento operatório, resguardando a estrutura do elemento dentário (PITTS *et al.*, 2019).

Na primeira infância o principal cuidador é a mãe, que desempenha um papel fundamental na saúde do seu filho. Entretanto, a saúde bucal das mães e seus determinantes têm influência direta sobre a saúde bucal do seu filho (SOUZA *et al.*, 2014). Se a figura materna exibe piores hábitos de cuidados com sua saúde bucal, seus filhos também têm a tendência de exibir hábitos desfavoráveis, e como consequência um maior nível de cárie dentária (BOEIRA *et al.*, 2012).

Nesse contexto, cabe destacar que a família, inegavelmente, constitui no principal elemento formador do hábito alimentar e de higiene bucal das crianças, sendo fatores determinantes em suas escolhas na fase adulta.

A falta de planejamento familiar, resultado em uma maternidade precoce e as determinadas características na constituição familiar têm sido apontadas como fatores de risco à CPI. Fazer parte de uma família com um elevado número de crianças, viver em famílias com relações conturbadas e a mudança de um novo padrão familiar podem influenciar a capacidade dos pais em proporcionarem os cuidados de higiene oral adequados à criança (ZAFAR; HARNEKAR; SIDDIQI, 2009; WIGEN; WANG, 2011).

Castilho *et al* (2013) enfatizam que a adoção de hábitos comportamentais coerentes na infância começa em casa com os pais, principalmente com a mãe, que desempenha um importante papel no estilo de vida relacionado à saúde bucal dos filhos.

Segundo Scalion *et al* (2012), pais/mães e/ou responsáveis legais das crianças devem receber orientações, individuais e/ou coletivas, quanto à cariogenicidade de determinados alimentos consumidos entre as refeições principais. Sugerem ainda, o estímulo à prática frequente de higiene bucal (escovação), após as refeições e antes de dormir, dirigido a este grupo de crianças de baixo nível socioeconômico, a fim de evitar o tempo longo de permanência dos mesmos na superfície dentária, promover a desorganização do biofilme bacteriano, bem como garantir a elas os efeitos benéficos dos dentifrícios fluoretados para a prevenção da cárie na infância (SCALION *et al.*, 2012).

Com a interação cirurgião-dentista e família, a abordagem sobre saúde bucal não deve se associar somente aos hábitos de higiene. Ressaltar a importância da mudança dos hábitos alimentares ruins, para uma alimentação saudável, é educar para prevenir. Essas mudanças não devem ser individualizadas, focando apenas na criança, mas sim em conjunto com toda família, pois as primeiras percepções e aprendizados são adquiridos no ambiente familiar (GUIA, 2017; BERALDI *et al.*, 2020).

A cárie, a doença bucal mais frequente, tem a sua prevenção a partir da adoção de medidas que intervenham no estilo de vida das pessoas, como o cuidado com a higiene bucal. No entanto, a população deve cooperar nessas abordagens de prevenção, pois apenas o conhecimento e a

informação não são as únicas ferramentas para a promoção da saúde bucal. As abordagens de prevenção envolverão modificações ambientais e desenvolvimento de estratégias. Essas estratégias permitem que os indivíduos escolham um estilo de vida mais saudável, provenientes dos recursos criados com a o intuito de incentivar um modo de vida mais ativo e produtivo, que resultarão em um bom estado de saúde e qualidade de vida satisfatória (CASTILHO *et al.*, 2013).

A literatura mostra que a escovação infantil com supervisão de um adulto está associada a um risco significativamente menor de desenvolvimento de CPI, mostrando que a higiene bucal é de inteira responsabilidade de pais (NOBILE *et al.*, 2014). Portanto, é necessário que os pais ou responsáveis sejam esclarecidos sobre como deve ser realizada essa higiene bucal.

Em um estudo realizado por De Souza *et al* (2015), mostrou que mães de crianças de 1 a 3 anos de idade relataram uma alta frequência de escovação dentária, entretanto quando os autores supervisionaram a qualidade desta escovação, os resultados mostraram que a maioria das mães não realizava de forma eficaz.

No estudo realizado por Afonso; Castro (2014) ficou evidente que os pais detinham níveis de conhecimento insatisfatórios sobre a importância de manter os dentes sem a presença de biofilme cariogênico e sobre hábitos saudáveis de higiene oral e de alimentação. A higiene bucal inadequada da mãe parece refletir tanto na quantidade de biofilme oral no seu filho quanto na presença de CPI (RETNAKUMARI; CIRIAC, 2012).

Estudos apontam uma associação entre CPOD materno com a CPI (WEINTRAUB *et al.*, 2010; BRUCE *et al.*, 2011; RETNAKUMARI; CIRIAC, 2012). A higiene bucal inadequada da mãe parece refletir tanto na quantidade de biofilme oral no seu filho quanto na presença de CPI (RETNAKUMARI; CIRIAC, 2012).

Estudo realizado por Boeira *et al* (2012) encontrou que mães que tiveram perdas dentárias (menos de 10 dentes em um ou dois arcos) tiveram filhos na idade de 5 anos com alto índice de cárie dentária e que experimentaram elevadas dores de dente. A higiene bucal inadequada da mãe parece refletir também tanto na quantidade de biofilme oral no seu filho quanto na presença de CPI (RETNAKUMARI; CYRIAC, 2012).

Para evitar danos à saúde bucal da criança, é recomendado que seja limitado o consumo de açúcar em livre demanda na infância, especialmente carboidratos (sacarose), visto que o controle da dieta apresenta um papel importante na etiologia da doença (FARIA *et al.*, 2016; ABANTO *et al.*, 2018; BIRAL *et al.*, 2013), além de trazer ganhos a qualidade de vida da criança, minimizando o desenvolvimento de doenças crônicas futuras (CARVALHO *et al.*, 2022).

A educação alimentar é um processo complexo, que tem o seu início ainda na infância, e depende da interação da criança com o alimento, com a família e com o meio ambiente. Determinantes culturais e sociais são marcantes sobre a preferência dos alimentos e essa surge desde os primeiros

meses de vida da criança (CASTILHO *et al.*, 2013), entretanto, tais preferências são construídas a partir de práticas alimentares estabelecidas desde o nascimento da criança, das quais a amamentação tem um papel preponderante.

Com base na literatura, é de extrema importância que haja um trabalho de educação em saúde com os pais ou responsáveis, a fim de que aprendam a fazer a vigilância da cavidade bucal de seus bebês, que consiste em introduzir a higiene oral, exemplificando-a e capacitando-os para a sua realização (SOUZA *et al.*, 2014). Por outro lado, anterior às orientações a serem prestadas aos pais e responsáveis, há a necessidade de que os cirurgiões-dentistas sejam capacitados em identificar a CPI dentre outras patologias, para que percebam a importância do diagnóstico e do tratamento para a integridade da saúde bucal (COSTA *et al.*, 2017).

Nesta mesma temática os autores propõem que as mães e famílias participem de Programas Educativos em Saúde Bucal para minimizar o aparecimento de Cáries na Primeira Infância com orientação sobre higiene bucal após cada mamada; o alerta sobre o efeito das mamadas noturnas nos dentes dos bebês; o desencorajamento do uso de mamadeiras e chupetas açucaradas; a instauração da profilaxia profissional em idade precoce por, pelo menos, uma vez ao mês; a utilização inteligente do flúor e de vernizes fluoretados como agentes protetores; o uso de cimentos de ionômero de vidro como material para adequação do meio bucal; o emprego de agente cariostático, como paralisante das lesões cariosas; e a reabilitação bucal após o controle da cárie (SOUZA *et al.*, 2014).

É dever do profissional de odontologia influenciar de maneira positiva a saúde sistêmica da gestante. Medidas educacionais e preventivas para as mães e pais precisam ser implementadas, para os resultados adversos da gestação e o risco de cárie nos filhos sejam mínimos (REZENDE *et al.*, 2014).

A Declaração de Bangkok sobre CPI considera a saúde como um direito fundamental do ser humano, recomenda que é de suma relevância disseminar a transdisciplinaridade sobre importância do conhecimento dos pais em relação a etiologia da doença cárie, a fim de facilitar o tratamento e minimizar os danos à saúde da criança e dos seus familiares. A orientação preventiva por um profissional da saúde é essencial para promoção em qualidade de vida da criança. A participação e colaboração dos pediatras é fundamental na conscientização de pais e cuidadores para que possam atuar na prevenção e controle da cárie na primeira infância (ARAÚJO *et al.*, 2018; PITTS *et al.*, 2019; CARVALHO *et al.*, 2022).

Assim sendo, para evitar a instalação de cáries em bebês, são necessários programas voltados para a promoção de saúde na primeira infância e para a manutenção da saúde bucal das crianças, uma vez que os hábitos alimentares adquiridos pelas crianças estão relacionados aos da mãe e ao com nível de conhecimento desta a respeito de sua saúde (COSTA *et al.*, 2017).

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL**INFLUÊNCIA FAMILIAR NOS HÁBITOS ALIMENTARES PARA A PREVALÊNCIA DA CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA****FAMILY INFLUENCE ON EATING HABITS FOR THE PREVALENCE OF CARIES IN EARLY CHILDHOOD: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW**Caroline da Conceição Souza Ferreira¹Elizabeth Lima Costa²**RESUMO**

A cárie é considerada uma das doenças infantis mais prevalentes no mundo. Possui etiologia multifatorial, com influência de fatores comportamentais e socioeconômicos, além da desinformação sobre a etiologia e tratamento da doença. Diante desses fatores, os hábitos alimentares se sobressaem como responsáveis pelo processo cariogênico, através do elevado consumo de alimentos açucarados. A dieta familiar e o conhecimento sobre saúde bucal parecem influenciar na prevalência da doença em seus filhos. Portanto, este estudo objetivou analisar na literatura a influência que os hábitos alimentares familiares possuem na prevalência da cárie na primeira infância. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura feita nas bases LILACS, PubMed, MEDLINE, Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO), SCIELO; Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes, considerando os estudos datados no período de 2010 a 2022, no qual foram selecionados 50 estudos. Evidências apontam que o ambiente familiar é capaz de incentivar as escolhas alimentares e os hábitos de saúde bucal das crianças, sendo estes adquiridos na infância e perpetuados para a vida toda. O consumo de açúcar favorece o estabelecimento da cárie na primeira infância. Concluiu-se ser consensual na literatura que a interferência familiar sobre os hábitos alimentares e de saúde bucal das crianças e a exposição frequente do consumo de açúcar de adição no ambiente familiar exercem influência na prevalência da Cárie da Primeira Infância, havendo necessidade do envolvimento das mães e familiares nos programas educacionais em Saúde Bucal para melhor qualidade de vida desta população.

Palavras-Chave: Cárie dentária, odontopediatria, dieta e hábitos alimentares, dieta familiar.

¹ Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão

² Professora Doutora do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão

ABSTRACT

Caries is considered one of the most prevalent childhood diseases in the world. It has a multifactorial etiology, influenced by behavioral and socioeconomic factors, in addition to lack of information about the etiology and treatment of the disease. Given these factors, eating habits stand out as responsible for the cariogenic process, through the high consumption of sugary foods. The family diet and knowledge about oral health seem to influence the prevalence of the disease in their children. Therefore, this study aimed to analyze in the literature the influence that family eating habits have on the prevalence of caries in early childhood. This is an integrative literature review carried out in LILACS, PubMed, MEDLINE, Brazilian Dental Library (BBO), SCIELO; Google Scholar and Portal de Periódicos da Capes, considering the studies dated from 2010 to 2022, in which 50 studies. Evidences indicate that the family environment is able to encourage children's food choices and oral health habits, which are acquired in childhood and perpetuated for life. Sugar consumption favors the establishment of caries in early childhood. It was concluded that there is a consensus in the literature, that the family influence on the eating habits and oral health of children and the frequent exposure to the consumption of added sugar in the family environment influence the prevalence of Early Childhood Caries, with the need to involve of mothers and family members in oral health educational programs for a better quality of life.

Keywords: Dental caries, pediatric dentistry, diet and eating habits, family diet.

INTRODUÇÃO

A Cárie na Primeira Infância (CPI) é definida como a presença de uma ou mais superfícies dentais cariadas (cavitada ou não), perdidas (devido à cárie), ou restauradas em qualquer dente decíduo até 71 meses de idade. Já a definição de cárie severa na infância (s-ECC) associa a presença da doença com a idade e número de superfícies cariadas (lesões cavitadas e não cavitadas), restauradas ou perdidas, sendo consideradas nesta definição as lesões de cárie não cavitadas ¹.

Sua etiologia é complexa e envolve interações entre fatores microbiológicos, sociais e comportamentais ². Alguns têm sido associados ao desenvolvimento da (s) ECC: má higiene bucal ³, início da escovação após o primeiro ano de vida ⁴ idade da criança e alto consumo de açúcar. Outros parecem ter uma grande influência sobre o desenvolvimento da (s-ECC), como o aspecto sócio-econômico da família, cuja relação entre a s-ECC e variáveis como renda familiar e nível educacional das mães já são estabelecidas ^{5,6,7,8}.

Diversos estudos que efetuaram a relação entre o aleitamento materno e a cárie precoce, apresentaram alguns fatores de risco (exceto o aleitamento materno): ineficiente ou ausente

higienização, lanches noturnos, uso de mamadeiras adoçadas, consumo exagerado de carboidratos, contagem elevada de *S. mutans*, visita tardia ao dentista (após os dois anos de idade), classe social baixa, nível escolar dos pais e defeitos no desenvolvimento de esmalte^{9,10}.

A Cárie é considerada uma das doenças de maior prevalência infantil em todo mundo. Sendo de etiologia multifatorial, está fortemente associada à influência dos fatores comportamentais, dessa forma não deve ser vista somente analisando os fatores biológicos, ou sendo fruto apenas da ação das bactérias presentes no processo, mas sim como resultado do meio¹¹.

Dentre esses fatores, a dieta é um dos principais responsáveis pelo processo cariogênico. A alta frequência na ingestão de alimentos açucarados, proporciona uma produção repetitiva de ácidos, que são gerados por bactérias na placa dental, formada nas superfícies do esmalte dos dentes^{12, 13}.

Há uma tendência crescente no aumento do consumo de alimentos com grande teor energético. Essa produção abundante de produtos com atrativo visual, sabor palatável e de custo baixo é oriunda da indústria de alimentos. Através dos avanços tecnológicos da indústria, agricultura e acelerada globalização da economia, o consumo desses produtos não nutritivos tem aumentado, gerando preocupação das ciências da saúde¹⁴.

A averiguação minuciosa do comportamento humano e o desenvolvimento infantil, possuem uma ampla dependência do ambiente em que a criança está inserida e quais as resultantes em sua saúde. O cuidado com as crianças no ambiente familiar, não repercute apenas em suprir as suas necessidades físicas ou biológicas, mas sim em ter prudência na influência cultural, social, comportamental e em como a estrutura e as alterações psicossociais familiares terão interferência na construção dos hábitos de vida¹⁵.

O ambiente familiar incentiva escolhas e estilos de vida saudáveis, os quais atrelados às atitudes dos pais exercem uma significativa influência sobre as crianças. A primeira infância tem a mãe e/ou responsável presente, como os principais cuidadores, responsáveis por manter a saúde e bem-estar da criança. A introdução dos novos alimentos ao paladar infantil, a partir dos seis meses de vida são essenciais para a saúde bucal¹⁵.

Estudos mostram que os hábitos de saúde na família são também compartilhados¹⁶ constatando que, os hábitos de higiene bucal dos pais influenciam os comportamentos de escovação dos filhos, tendo influência direta no número de dentes cariados de seus filhos^{17,18}. Os hábitos e conhecimento dos pais sobre saúde bucal parecem influenciar o estado da mesma de seus filhos⁸.

A conservação da saúde bucal infantil, possui a dentição decídua como fator importante, pois esta mantém espaço para a erupção dos dentes permanentes sendo essencial para o bem-estar das crianças., entretanto, quando a cárie dentária acomete esses dentes, pode provocar dor crônica, infecções e outros prejuízos para as crianças, como a perda dentária¹⁹.

Abordar os fatores que influenciam a saúde bucal das crianças é útil para o desenvolvimento e a implementação de ações complementares de saúde pública com foco no comportamento das crianças e seus pais, em um esforço para proporcioná-los uma boa saúde bucal e uma melhor qualidade de vida ¹⁸.

Assim sendo, este estudo se propôs analisar na literatura pertinente, a influência familiar dos hábitos alimentares para a prevalência da cárie na primeira infância

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida nas principais bases de dados, tais como: Pubmed, Scielo, Lilacs, *Biomedical Journal Literature a serviço da National Library of Medicine*, Pub Med Scorpions and Cochrane (MEDLINE/PubMed), Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO), EMBASE, SCIELO, LIBRA e páginas da internet, considerando os estudos datados no período de 2010 a 2022.

Avaliando a qualidade da literatura sobre a cárie de estabelecimento precoce foi feita a seguinte pergunta de investigação: ***Qual a influência que os hábitos alimentares familiares podem ter na prevalência da cárie na primeira infância?***

Os descritores pesquisados foram: cárie dentária; odontopediatria; dieta e hábitos alimentares; dieta familiar, usados de forma individual ou em combinação de dois ou mais, nos idiomas: português, espanhol e inglês. Os artigos selecionados foram analisados por dois revisores.

Os critérios de inclusão das buscas para responder à pergunta de investigação foram artigos com estudos primários envolvendo cárie dentária, alimentação, influência familiar, cárie primária, dieta, tendo como desfecho Cárie na Primeira Infância.

Os artigos foram excluídos quando não se encaixavam ao objetivo do estudo; Dowland do arquivo estava indisponível; o artigo estava duplicado nas bases de dados; quando não havia possibilidade de leitura do resumo e artigos publicados apenas como resumos ou prefácio de periódicos e eventos.

De posse dos artigos selecionados foi realizada a leitura dos títulos e resumos de cada estudo.

RESULTADOS

Após análise dos resumos os artigos foram selecionados para leitura completa, em sua íntegra, e analisados para compor o referencial teórico e dá suporte à proposição do estudo.

Todos os artigos identificados foram exportados de suas fontes para o programa de gerenciamento bibliográfico EndNote, versão 8.

A figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção, elegibilidade e inclusão de estudos selecionados e mostra os resultados encontrados nas bases de dados selecionadas: Pubmed, Scielo, Lilacs, *Biomedical Journal Literature a serviço da National Library of Medicine*, Pub Med Scorpions and Cochrane (MEDLINE/PubMed), Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO), EMBASE, SCIELO, LIBRA de acordo com os critérios de seleção

De acordo com as bases de dados pesquisadas (Scielo, PubMed e Lilacs) foram obtidos um total de 1672 trabalhos, dos quais 50 foram selecionados, por dois avaliadores para compor a amostra, os quais estão apresentados no Quadro 1 (APÊNDICE A).

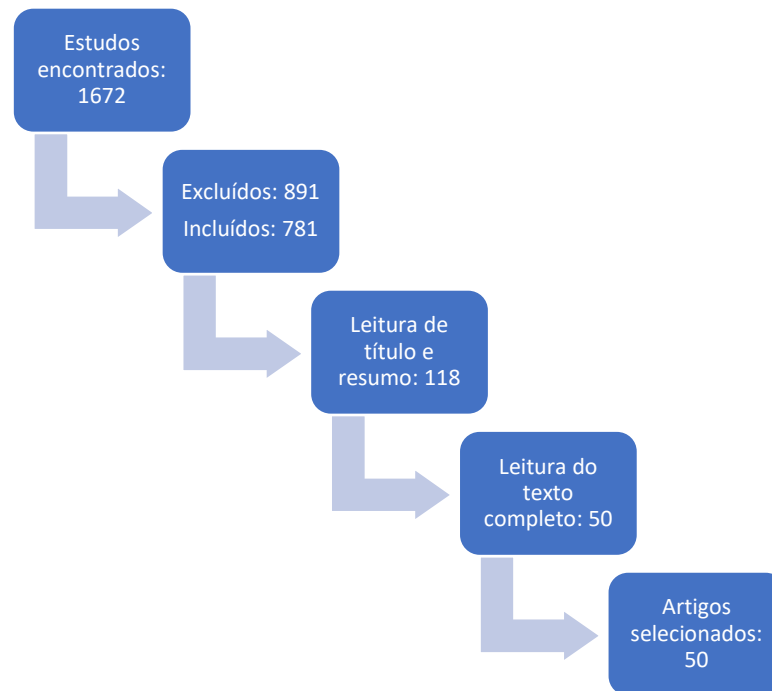


Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos que possuem como desfecho influência que os hábitos alimentares familiares podem ter na prevalência da cárie na primeira infância no período de 2010 a 2022.

DISCUSSÃO

A Cárie na Primeira Infância é uma doença de caráter multifatorial, não transmissível e açúcar-biofilme dependente, sofrendo a influência de fatores modificadores como: comportamento, nível de escolaridade, condições sociais, desinformação sobre a sua etiologia e tratamento. Sobretudo quando manifestada de forma precoce, ainda possui o fator conhecimento da mãe ou cuidador, pois estes são influenciadores diretos dos hábitos de saúde e doença no ambiente familiar^{20, 21, 22}.

Existem evidências substanciais relacionados aos hábitos alimentares e a cárie dental, sendo um consenso que o aumento da incidência da doença seja processo de civilização do homem, que acarreta alterações nos padrões de vida mais naturais²³.

Como a primeira infância constitui um período crítico para a sua ocorrência e gravidade, muitos estudos têm buscado elucidar os fatores de risco relacionados com as práticas alimentares nos primeiros dias de vida do bebê^{17, 24}. Essa relação é plausível, pois a cárie dentária é um processo bacteriano, no qual a dieta tem um papel preponderante^{18, 25, 26}. Dentre seus componentes, a sacarose representa o mais crítico, considerando as mudanças bioquímicas e microbiológicas que impõem ao metabolismo do biofilme dental, levando a uma seleção microbiana com maior potencial cariogênico^{21, 26, 27}.

Estudos mostram que a família representa o núcleo mais primitivo, no qual se formam e se desenvolvem hábitos, atitudes e comportamentos que serão reproduzidos durante toda a vida da criança e que os hábitos alimentares são claramente compartilhados dentro da mesma família^{17, 18, 28}, sendo o padrão alimentar das crianças influenciado tanto pelo consumo dietético da mãe quanto pelo nível socioeconômico familiar, educacional das mães, mães jovens, fumantes e parto cesáreo¹⁹.

A literatura também evidenciou que existem fortes evidências sobre a relação entre a quantidade de açúcar de adição consumida pela criança e o desenvolvimento de cárie, pois a introdução muito precoce (antes do primeiro ano de vida) de alimentos e bebida doces está associada à cárie na primeira infância^{24, 30, 31}. Essa relação não é somente limitada a essa fase da vida já que evidências científicas também indicam que o alto consumo de açúcar de adição na infância aumenta o risco de desenvolver de novas lesões de cárie e de outras doenças com desfechos sistêmicos como a obesidade, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as bucais desfavoráveis ao longo da vida³¹. A trajetória desses desfechos pode ser explicada se considerarmos as fortes correlações entre preferências alimentares estabelecidas durante a primeira infância e nas preferências alimentares durante a infância tardia, adolescência e idade adulta jovem como é evidenciado no estudo de ABANTO (2018)³².

Evidências sobre os efeitos nocivos do consumo de açúcares levaram a Associação Americana do Coração (AHA – American Heart Association) a publicar diretrizes que visam à redução do consumo de açúcares a não mais que 25 gramas diárias para crianças e adolescentes, com a recomendação de que crianças menores de dois anos não devem consumir açúcares adicionados³¹.

A literatura mostrou que a exposição precoce aos açúcares de adição, em especial às bebidas ricas em açúcares de adição (refrigerantes, sucos, achocolatados) está associada ao desenvolvimento da CPI^{25, 32, 33, 34}.

O elevado consumo de sacarose entre as refeições principais foi capaz de explicar a ocorrência da Cárie na Primeira Infância (CPI) em um grupo de crianças socialmente vulneráveis com idade

entre 3 e 5 anos³³. Crianças que ingerem alimentos ricos em sacarose com alta frequência, podem ser infectadas muito mais precocemente, logo ocorra a erupção dos primeiros dentes decíduos, principalmente se possuírem o hábito de dormirem com mamadeiras contendo bebidas açucaradas. O aleitamento artificial também está associado ao desenvolvimento de obesidade tardia, é um importante fator de risco metabólico para o desenvolvimento de DCNT ao longo da vida³¹.

Evidências científicas também indicam que o consumo de açúcar não é somente uma das maiores causas de doenças não transmissíveis, como a cárie dentária, mas também de obesidade e diabetes tanto em crianças quanto em adultos. Atualmente, combater o fator risco comum é a melhor estratégia. Por esse motivo, diversas entidades de saúde pública não recomendam o consumo de açúcar antes dos 2 anos de idade, pois o período de primeiros 1.000 dias é um período muito sensível em que ocorre a programação metabólica e a origem desenvolvimentista da saúde e da doença (Teoria do DOHad) que determinará todo o ciclo de vida³².

A nutrição desempenha um papel importante na saúde da mãe e do bebê. Durante o período pós-natal, a amamentação emerge como o primeiro e principal meio de nutrição da criança, sendo uma prática de saúde incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), principalmente devido aos seus efeitos benéficos para a saúde da mãe e do bebê a curto e longo prazo, além dos seus benefícios nutricionais para a criança³⁵.

Estudos remotos apontavam o aleitamento materno noturno como sendo o principal fator causal da doença cárie na primeira infância. Entretanto, a literatura mostra que não existe associação entre o leite materno e a diminuição do pH da boca das crianças, diferentemente do açúcar²⁶. O hábito mais comum associado ao desenvolvimento da doença é a ingestão de bebidas açucaradas durante o sono e posterior falta de higienização, associada à diminuição do fluxo salivar, na sua capacidade tampão^{22,36}. Nos estudos realizados por Avila *et al.*³⁷; Neves *et al.*¹⁰; Lavigne *et al.*³⁸, o leite materno não possui potencial cariogênico, entretanto, quando combinado com outros elementos cariogênicos da dieta, pode auxiliar no desenvolvimento da cárie dentária em crianças.

A AAPD¹, também considera como fator de risco para a cárie dentária o uso de de chupetas quando imersas em líquidos açucarados, ou também o aleitamento materno em livre demanda após a erupção dos primeiros dentes. Neves¹⁰ *et al* (2016), encontrou forte associação entre Cárie na primeira infância e a sacarose, mas não com aleitamento materno prolongado.

Ainda nesta temática, a literatura mostrou que o aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês de vida, sem adição de chás, sucos ou água, que as fórmulas artificiais devem ser usadas somente casos específicos³¹ e comprovaram que bebês alimentados com leite artificial têm muito mais chances de serem crianças e adultos com problemas de saúde diversos do que as amamentadas com leite materno⁴¹.

Crianças com diagnóstico de CPI podem apresentar dor nos dentes, na boca ou nos maxilares, irritação ou frustração, dificuldade para comer e problemas para dormir³⁹, inclusive podem apresentar crescimento mais lento quando comparado ao de crianças livres de cárie⁴⁰.

Ainda nessa discussão, há estudos mostrando que os hábitos de saúde na família são também compartilhados, sendo que a qualidade de higiene da mãe influenciou fortemente nos hábitos de saúde bucal dos filhos^{16,26,43}. Estudos mostraram que as mães são as primeiras a contaminarem seus filhos com bactérias cariogênicas, sugerindo que seu CPOD (números de dentes cariados, perdidos e obturados) possa ser um bom indicador de experiência com cáries em seus filhos^{17,18}.

Atitudes das mães para com a sua própria higiene dentária e um histórico prévio de saúde bucal deficiente foram associadas com crianças com maior experiência de cárie. Foi constatado que os hábitos de escovação dos pais influenciam os comportamentos de escovação dos filhos e que a qualidade da higiene bucal dos pais teve influência direta no número de dentes cariados de seus demonstrando que as atitudes dos pais têm impacto positivo sobre o estado de saúde bucal dos filhos^{16,17,44}.

A literatura mostra também que existe uma associação entre a saúde bucal precária da criança e o baixo nível socioeconômico da família⁴⁶. As características socioeconômicas afetam o conhecimento e as atitudes de saúde bucal de pais com nível de escolaridade mais baixo e afetam negativamente suas práticas de saúde bucal, influenciando diretamente na saúde bucal de seus filhos^{5,6,7,8,47}. A possível influência do nível socioeconômico sobre os fatores comportamentais na dieta e na saúde dental pode também ser a consequência dos diferentes padrões de hábitos alimentares e do consumo de açúcar nesta população, os quais estão interrelacionados e esta interação nem sempre é investigada com a respectiva etiologia da cárie³⁹.

Questões relacionadas às mães como, grau de instrução, visita frequente ao dentista, estado civil da mãe, condição socioeconômica, nível de conhecimento sobre saúde bucal e padrão cultural, entre outras, parecem constituir fatores mais precisos na identificação do risco individual de cárie em crianças^{5,8,45}. Dentre estes, o fator que mais chama atenção é a relação entre a saúde bucal precária da criança e o baixo nível socioeconômico da família³⁹.

Estudos mostram que os hábitos de saúde na família são também compartilhados¹⁶ constatando que, os hábitos de higiene bucal dos pais influenciam os comportamentos de escovação dos filhos, tendo influência direta no número de dentes cariados de seus filhos^{17,18}. Os hábitos e conhecimento dos pais sobre saúde bucal parecem influenciar o estado da mesma de seus filhos¹⁵.

A literatura evidencia que a qualidade de higiene bucal da mãe influencia fortemente nos hábitos de saúde bucal dos filhos no desenvolvimento da Cárie na Primeira Infância¹⁷. Assim, crianças com higiene bucal deficiente tendem a ter pais com uma má saúde bucal, sendo fruto das interações ambientais¹⁸.

Nesta temática os pais precisam ser informados sobre a necessidade de higiene dos dentes que estão irrompendo, bem como sobre o potencial cariogênico do leite em horários frequentes, pois este fica estagnado sobre os dentes, proporcionando um excelente meio de cultura aos microrganismos acidogênicos da cavidade bucal. Dessa forma, os pais não devem permitir que seus filhos adormeçam durante, ou logo após, serem alimentados ⁴⁸.

É fundamental para a educação da criança de 0 a 4 anos de idade que esta seja condicionada em relação a ter uma alimentação saudável e hábitos de higiene oral adequados ⁴⁹. Daí os pais serem tão importantes quanto os profissionais da área de saúde na educação de seus filhos, uma vez que são os pais, e em especial a mãe quem amamenta e quem mais influenciam na formação de hábitos adequados ²².

Com relação à promoção de saúde na primeira infância, foi observado que após a década de 80, ocorreram mudanças no padrão de morbidade da cárie, decorrente de avanços nos processos de diagnóstico, de novos hábitos sociais e de saúde e da difusão de técnicas preventivas, entre elas o uso maciço dos fluoretos. O uso do flúor, principalmente em cremes dentais, tem promovido melhorias significativas na saúde bucal e na qualidade de vida das populações, reduzindo os índices de cárie dental ⁵⁰. É essencial o uso na rotina de higiene, desde a erupção dos primeiros dentes, sendo instrumento eficaz e seguro para a prevenção e controle da Cárie ⁵¹.

A atuação dos pais é muito importante, sobretudo no desenvolvimento do comportamento alimentar que irá ter influência na saúde materna até a fase de contato com novas experiências alimentares ^{17,52,53}. Eles devem ser orientados a complementar a alimentação com outros alimentos e suspender a mamadeira assim que a criança seja capaz de beber em uma xícara ¹⁶. Além disso, devem fazer a higienização após a erupção dos dentes e utilizar flúor, caso a água não seja fluoretada; restringir o consumo de carboidratos; observar os primeiros sinais de cárie; e levar a criança ao dentista regularmente a partir dos primeiros meses de vida ²¹.

CONCLUSÃO

Os autores são unânimes em afirmar que a Cárie na Primeira Infância constitui um problema de difícil solução após sua instalação.

É consensual na literatura que os hábitos alimentares familiares e de saúde bucal das crianças e a exposição frequente do consumo de açúcar de adição, exercem influência na prevalência da Cárie na Primeira Infância., havendo necessidade do envolvimento das mães e da família em Programas de Educação em Saúde Bucal para melhor qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- 1- American Academy of Pediatric Dentistry. 2008-9. Definition, oral health policies and clinical guidelines. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/policies.asp>. Acessado em: 10/03/2023.
- 2- Feldens CA, Giugliani ER, Vigo A, Vítolo MR. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Res.* 2010;44(5):445-52.
- 3- Naidu, R.; Nunn, J.; Kelly, A. Socio-behavioural factors and early childhood caries: a cross-sectional study of preschool children in central Trinidad. *BMC Oral Health*, 2013;13
- 4- Bissar A, Schiller P, Wolff A, Niekusch U, Schulte AG. Factors contributing to severe early childhood caries in south-west Germany. *Clin Oral Investig.* 2014;18(5):1411-8.
- 5- Feldens CA, Vitolo MR, Rauber F, Cruz LN, Hilgert JB. Risk Factors for Discontinuing Breastfeeding in Southern Brazil: A Survival Analysis. *Maternal and Child Health Journal.* 2012 Aug;16(6):1257–65.
- 6- Corrêa-Faria P, Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers. *Braz Oral Res.* 2013;27(4):356-62.
- 7- Nunes AMM, Silva AAM, Alves CMC, Hugo FN, Ribeiro CCC. Factors underlying the polarization of early childhood caries within a high risk population. *BMC Public Health*, 2014; 988-96.
- 8- Biral AM., Taddei JAAC; Assoni DF; Palma D. Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo, 2013;26(1):37-48.
- 9- Da silva, C.M, Basso, D.F, Locks, A. Alimentação na primeira infância: abordagem para a promoção da saúde bucal. *Rev Sul-Bras Odontol*, 2010;4(7):458-465.
- 10- Neves, P. A., Ribeiro, C. C., Tenuta, L. M., Leitão, T. J., Monteiro-Neto, V., Nunes, A. M., Cury, J. A. Breastfeeding, Dental Biofilm Acidogenicity, and Early Childhood Caries. *Caries Research.* 2016;50(3):319-324.
- 11- Guia de saúde bucal para pediatras. [S. l.]: Associação latinoamericana de odontopediatria, 14 p, 2017.
- 12- Dias TK da S, Ferreira G de C, Almeida LHS de. Cárie na primeira infância e qualidade de vida de pacientes de zero a 3 anos. *Rev. Uningá* 2019 Mar; 56(S3):192-201
- 13- Assunção LR da S, Vilella KD; Rocha DP, Menezes SL, Pinheiro RDP da S *et al.* Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent* 2015;69(1);74-9
- 14- Barbosa DXF, De Almeida FS, Oliveira ECR. A influência dos pais nos hábitos alimentares das crianças e seu reflexo no perfil de transição nutricional brasileiro, 2019
- 15- Almeida, TF, Vianna, MIP. Contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares: uma abordagem quali-quantitativa em Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* 2013; 12(1):5-14
- 16- Retnakumari N, Ciriack G. Childhood caries as influenced by maternal and child characteristics in pre-school children of Kerala-an epidemiological study. *Contemp Clin Dent* 2012;3(1):2-8.
- 17- Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr* 2013;89(2):116–23.
- 18- Costa EL, Costa JF, Santos MP, Ladeira LLC, Silva RA, Ribeiro CCC. *Streptococcus mutans* in Mother-Child Dyads and Early Childhood Caries: Examining Factors Underlying Bacterial Colonization. *Caries Res* 2017;51:582-9.
- 19- Oliveira AM; Oliveira, DSS. Influência parental na formação de hábitos alimentares na primeira infância – revisão da literatura. *Rev eletrônica Estácio*, 2019;5(2).

- 20- Phantumvanit, P., Makino, Y., Ogawa, H., Rugg-Gunn, A., Moynihan, P., Petersen et al. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. *Community dentistry and oral epidemiology* 2018;46(3):280–287.
- 21- Beraldi MIR; Pio MSM; Dalledone M; Portugal MEG, Bettega PVC. Cárie na Primeira Infância: Uma Revisão de Literatura. *Rev. RGS* 2020; 22(2):9-42
- 22- Carvalho WC; Lindoso TKN; Da Silva TCR; Dias ASS; Thomes CR. Cárie na primeira infância: Um problema de saúde pública global e suas consequências à saúde da criança. *Internat Journ of Science Dentistry* 2022;58(2):57-65
- 23- Lima Junior JLA; Gonçalves LV; Correia AA. Alimentos x cárie: a ingestão do açúcar em excesso como fator estimulante do desenvolvimento da doença. *Ciências biológicas e da saúde* 2015;2(2):11-20.
- 24- De Paula BA.; Freire-maia, J.; Martins Júnior, P. A.; Bartolomeo Freire-Maia, F. Introdução precoce da sacarose está associada à presença de cárie dentária em bebês. *Arquivos em Odontologia* 2019;55(15)
- 25- Freitas, Laura Garcia de; Escobar, Renata de Souza; Penã Cortés, Margarita Alexandra; Faustino-Silva, Daniel Demétrio. Children's food consumption in the first year of life in a primary health care service. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2016;34(1): 46-52
- 26- Santos, SP dos; Vieira GO, Scavuzzi AIF, Gomes Filho IF. Práticas alimentares e cárie dentária - uma abordagem sobre a primeira infância. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, 2016;70(1):12-18.
- 27- De Cosmi V, Scaglioni S, Agostoni C. Experiências iniciais de sabor e escolhas alimentares posteriores. *Nutrientes* 2017; 9(107).
- 28- Silva CRE, Barbosa KRB, Santana, TNG; Gratão, LHA, De Gois BP. influência dos pais sobre o hábito alimentar na infância: revisão integrativa. *Enciclopedia biosfera, centro científico conhecer, Jandaia-GO* 2021;18(37)
- 29- Saldiva SRDM; Venancio SI; Gouveia AGC; Castro AL DA S; Escuder MML; Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad. Saúde Pública* 2011;27(11).
- 30- Jaime PC, Prado RR, Malta DC. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. *Ver Saude Publica* 2017;51.
- 31- Pereira SMS, Ribeiro CCC. Os primeiros 1000 dias de vida como uma oportunidade para a prevenção das DCNT bucais e sistêmicas: o que o cirurgião-dentista precisa saber? In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Curso Saúde Bucal na Atenção Primária: urgências, doenças transmissíveis, gestantes e pessoas com deficiência. Assistência odontológica para pacientes com DCNT na Atenção Primária: doenças cardiovasculares. São Luís: UFMA; Curso Saúde Bucal na Atenção Primária: urgências, doenças transmissíveis, gestantes e pessoas com deficiência, 2020
- 32- Abanto J; Oliveira EPS; Antunes JLF; Cardoso MA. Guidelines for the study of nutritional conditions and oral problems within the first thousand days of life. *Rev assoc paul cir dent* 2018;72(3):496-502
- 33- Nunes, AMM, Alves, CMC, Araujo, FB, Ortiz, TML, Ribeiro, MRC, Silva, AAM, Ribeiro, CCC. Association between prolonged breast-feeding and early childhood caries: a hierarchical approach. *Com Dent Oral Epidemiol*, 2012;40(6)5:42-9.
- 34- Zhao W; Li W; Lin J; Chen Z; Yu D. Effect of sucrose concentration on sucrose- dependent adhesion and glucosyltransferase expression of *S. mutans* in children with severe early childhood caries (s-ECC). *Nutrients* 2014;6:3572-86.
- 35- Pantano M. Primeiros 1.000 dias de vida. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2018;72(3)
- 36- De Araujo LF, Alexandria AK, Letieri A.S; Soares TCR. Cárie precoce da infância: uma visão atual em odontopediatria. *Rev. UNINGÁ* 2018;55(S3):106-114.
- 37- Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2015;10(11):1-14
- 38- Lavigne V. Breastfeeding and dental caries looking at the evidence. *Clinical Lactation*, 2013;4(1):12-16

- 39- Tonial, FG; Magnabosco C; Pavinato LCB; Bervian J; Orlando F. Impacto da doença cárie na qualidade de vida de pré-escolares atendidos na clínica da Universidade de Passo Fundo (UPF/RS). *Arq Odontol*, 2015;51(1):47-53.
- 40- Vozza I; Capasso F; Calcagnile, F; Anelli A; Corridore D; Ferrara C; Ottolenghi L. School-age dental screening: oral health and eating habits. *Clin Ter*, 2019;170(1):36-40.
- 41- Areias C, Macho V; Raggio D; Melo P; Guimarães C; Guedes-Pinto AC. Cárie precoce da infância – O estado da arte. *Acta Pediatr Port*. 2010; 41(5): 217-21
- 42- Ferreira SG, Béria JU, Kramer PF, Feldens EG, Feldes CA. Dental caries in 0-to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. *Int J Paediatr Dent*, 2014; 17(4):289-96
- 43- Souza L.M., et al. Saúde Bucal no Âmbito Escolar e Familiar: da Autonomia à Transformação Social. *Rev Brasil de Educa Méd* 2015; 39(3):426-432
- 44- Boeira GF; Correa MB; Peres KG; Peres MA; Santos IS; Matijasevich A; Barros AJ; Demarco FF. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. *Caries Res*, 2012;46(5):488-95.
- 45- Bezerra ESM, Nogueira AJS. Prevalência de Perdas Dentárias Precoces em Crianças de População Ribeirinha da Região Amazônica. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2012;12(1):93-98
- 46- Nobile CG., Fortunato L., Bianco A., Pileggi C., Pavia M. Pattern and severity of early childhood caries in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study. *BMC public health*, 2014;14(206).
- 47- Weintraub JÁ, Prakash P, Shain SG., Laccabue M, Gansky SA. Mothers' Caries Increase odds of Children's Caries. *J Dent Res*, 2010; 89(9):954-8.
- 48- Nogueira JMG de A; Costa AM; Coelho EC. Primeira infância sem açúcar: um direito a ser conquistado. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 2020;9(4):51–69
- 49- Piasetzki CTR, Boffeto, Battisti IDE. Influência da família na formação dos hábitos alimentares e estilos de vida na infância. *Rev Contexto & Saúde*, 2020;20(41):13-24
- 50- Afonso BA, Castro MCC. Avaliação do conhecimento de higiene bucal e motivação dos pais de uma instituição de ensino pública brasileira. *Arq Odontol*, 2014;50(4):161-169.
- 51- Luz S; Botton G; Rocha R. de O; Oliveira M. De M; Ortiz FR. Cárie na Primeira Infância e açúcar: relações e sugestões para prevenção. *Rev Gaúch Odontol*, 2021;69
- 52- Wigen TI; Wang NJ. Maternal health and lifestyle, and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to age 5 yr. *Eur J Oral Sci*, 2011;119(6):463-8
- 53- Pereira MM, Lang RMF. Influência do ambiente familiar no comportamento alimentar. *Revista Uningá*, 2014;41:6-89.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Cárie na Primeira Infância é um problema mundial, que não deve ser associado apenas ao ponto de vista biológico, mas sim levar em consideração outros fatores que estão relacionados à ocorrência da doença.

Dentre esses fatores, é consensual na literatura a importância da dieta na manifestação do processo cariogênico, onde a alta ingestão de alimentos ricos em açúcares de adição, associados a ineficiente higienização irão proporcionar o desequilíbrio do ambiente bucal, alterando o processo de desmineralização e remineralização.

A família representa a gênese das relações, na qual o indivíduo está inserido, de lá que irão surgir as primeiras influências que uma criança poderá ter. Dessa forma, o hábito de se alimentar em família constitui a primeira relação social na qual o indivíduo fará parte e absorverá os modos e costumes.

O seio familiar possui o papel de ser o reflexo para as boas escolhas dos filhos, sobretudo porque eles tendem a reproduzir os hábitos os cercam. Dentre esses hábitos a alimentação se encontra no topo dessas escolhas, pois inerentemente durante o momento da alimentação as famílias tendem a ficarem juntas e compartilharem hábitos.

Diante dos novos padrões alimentares que a modernidade trouxe, está sendo cada vez mais comum os primeiros contatos e influências gustativas serem feitos de forma errônea. A praticidade que a alimentação industrializada traz está sobressaindo-se aos sabores das frutas e verduras.

Essas escolhas erradas, representadas pelo consumo excessivo de açúcar, trazem consequências a curto e longo prazo. O alto consumo dessas calorias vazias aumenta o risco de obesidade, diabetes e sobretudo a cárie dentária.

Assim sendo, durante a primeira infância é importante que as mães e familiares recebam orientações dos cirurgiões-dentistas sobre os hábitos saudáveis alimentares e das práticas de higiene bucal, para que com os conhecimentos adquiridos possam atuar como agentes multiplicadoras da saúde bucal no ambiente familiar e estes hábitos sejam perpetuados durante a fase adulta.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J., OLIVEIR, E.P.S., ANTUNES, J.L.F; CARDOSO, M.A. Guidelines for the study of nutritional conditions and oral problems within the first thousand days of life. **Rev assoc paul cir dent**, v. 72, n.3, p. 496-502, 2018
- ADAIR, PM; PINE, C.M; BURNSIDE, G; NICOLL, A.D; GILLETT, A; ANWAR, S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socioeconomical diverse groups. **Community Dent Health**. v. 21, n. 102-111, 2004
- AFONSO, B.A, CASTRO, M.C.C. Avaliação do conhecimento de higiene bucal e motivação dos pais de uma instituição de ensino pública brasileira. **Arq Odontol**, v. 50, n.4, p. 161-169, out/dez 2014.
- Alimentação na primeira infância: conhecimentos, atitudes e práticas de beneficiários do Programa Bolsa Família. **UNICEF**, p. 58, 2021
- ALMEIDA, T.F; VIANNA, M.I.P. Contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares: uma abordagem quali-quantitativa em Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.** v. 12, n.1, p.5-14, 2013.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. 2008-9 Definition, oral health policies and clinical guidelines. <http://www.aapd.org/media/policies.asp> Acesso: 16/09/2022).
- AREIAS, C; MACHO, V; RAGGIO, D; MELO, P; GUIMARÃES, H; DE ANDRADE, C; GUEDES-PINTO. Cárie precoce da infância – O estado da arte. **Acta Pediatr Port**, v. 41, n. 5, p.217-21, 2010
- ASSUNÇÃO, L.R da S, VILELLA, K.D; ROCHA, D.P et al. Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** V. 6, n. 1, P. 74-9, Sao Paulo Jan./Mar. 2015.
- AVILA, W.M; PORDEUS, I.A; PAIVA, S.M; MARTINS, C.C. Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Plos One** v.10, n. 11, p.1-14, 2015.
- BARBOSA, D.X.F; DE ALMEIDA, F.S; OLIVEIRA, E.C.R. A influência dos pais nos hábitos alimentares das crianças e seu reflexo no perfil de transição nutricional brasileiro, 2019
- BERALDI, M.I.R, PIO, M.S.M, DALLEDONE, M. et al. Cárie na Primeira Infância: Uma Revisão de Literatura. **Rev. RGS**, v. 22, n 2, p. 29 - 42, 2020.
- BEZERRA, E.S.M; NOGUEIRA, A.J.S. Prevalência de Perdas Dentárias Precoces em Crianças de População Ribeirinha da Região Amazônica. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 93-98, jan./mar., 2012
- BIRAL, A.M., TADDEI, J.A.A.C., ASSONI, D.F, PALMA, D. Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo. **Rev. Nutr**, v. 26, n.1, p. 37-48, jan./fev., 2013
- BISSAR, A; SCHILLER, P; WOLFF, A; NIEKUSCH, U; SCHULTE, A.G. Factors contributing to severe early childhood caries in south-west Germany **Clin Oral Investig**. v. 18, n. 5, p.1411-8, 2014.

- BOEIRA, G.F; CORREA, M.B; PERES, K.G; PERES, M.A, SANTOS, I.S, MATIJASEVICH, A; BARROS, A.J; DEMARCO, F.F. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. **Caries Res.** V.46, n.5, p. 488-95, 2012.
- BURT BA, PAI S. Sugar consumption and caries risk: a systematic review. **J Dent Educ.** v. 65, n. 10, p. 1017-1023, 2001.
- BRAGA, M.M; MENDES, F.M; GIMENEZ, T; EKSTRAND, K.R. O uso do ICDAS para diagnóstico e planejamento do tratamento da doença cárie. **Rev Pro-odonto Prevenção**, v.5, n.4, p.9-55, 2012
- BRANGER, B; CAMELOT, F; DROZ; D; HOUBIERS; B, MARCHALOT; A, BRUEL, H; LACZNY, E; CLEMENT, C. Breastfeeding and early childhood caries. Review of the literature, recommendations, and prevention. **Arch Pediatr.** v. 26, n. 8, p. 497-503, 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal-2010. Principais resultados. Disponível em http://www.dab.saude.gov.br/sbbrasil.../apresentação_2010. Acesso em: 05 mar 23.
- BRUCE, A.D; CLEMÊNCIA, M.V; JESSICA, J.L; LAURENCE, M; NORMAN, T. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. **J Am Dent Assoc**, v.142, n. 2, p. 173-83, 2011
- CAMPOS, L; BOTTAN, E.R; BIROLO, J.B; DA SILVEIRA, E.G; SCHMITT, B.H.E. Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). **RSBO (Online)**. v.7, n.3, p. 287-295, 2010
- CANGUSSU, M. C.; Cabral, M. B. B. S.; Mota, E. L. A.; Vianna, M. I. P. Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador – BA. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 16, n. 1, p. 57-65, 2002.
- CARVALHO, W.C; LINDOSO, T.K.N; DA SILVA, T.C.R; DIAS A.S.S; THOMES, C.R. Cárie na primeira infância: Um problema de saúde pública global e suas consequências à saúde da criança. **Internat Journ of Science Dentistry**, v. 58, n. 2, p. 57-65, 2022.
- CASAMASSIMO, P. S., THIKKURISSY, S., EDELSTEIN, B. L., Maiorini, e. beyond the dtmf: the human and economic cost of early childhood caries. **J Am Dent Assoc**; v.140; 650-657, 2009.
- CASTILHO, A.R., MIALHE, F.L, BARBOSA, T.S., PUPPIN-RONTANI, R.M. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. **J. Pediatr.** v. 89, n. 2, p. 116-123, 2013
- CASTRO, A.L.S; VIANNA, M.I.P; MENDES, C.M.C. Métodos para detectar a doença cárie em populações: uma revisão da literatura. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**, v. 18, n. 1, p. 94-104, jan./abr. 2019.
- CAUFIELD, P.W., CUTTER, G.R., DASANAYAKE, A.P. Initial Acquisition of mutans streptococci by infants: Evidence for a discrete window of infectivity. **J Dent Res**, v. 72, p. 37-45, 1993.
- CORRÊA-FARIA, P; MARTINS-JÚNIOR, P.A; VIEIRA-ANDRADE, R.G; MARQUES, L.S; RAMOS-JORGE, M.L. Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers. **Braz Oral Res.** v. 27, n.4, p. 356-62, 2013.

COSTA, E.L; COSTA, J.F, SANTOS, M.P; LADEIRA, L.L.C, SILVA, R.A.S; RIBEIRO, C.C.C. Streptococcus mutans in Mother-Child Dyads and Early Childhood Caries: Examining Factors Underlying Bacterial Colonization. **Caries Res.** v. 51, n. 6, p. 582-589, 2017.

DA SILVA, C.M., BASSO, D.F., LOCKS, A. Alimentação na primeira infância: abordagem para a promoção da saúde bucal. **Rev Sul-Bras Odontol.** v. 4, n. 7, p.458-465, 2010.

DE ARAUJO, L.F; ALEXANDRIA, A.K; LETIERI, A.S; SOARES, T.C.R. Cárie precoce da infância: uma visão atual em odontopediatria. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 55, n. S3, p. 106-114, out./dez. 2018.

DE COSMI, V; SCAGLIONI, S; AGOSTONI, C. Experiências iniciais de sabor e escolhas alimentares posteriores. **Nutrientes.** v. 9, n 107, 2017.

DE PAULA, B. A.; FREIRE-MAIA, J.; MARTINS JÚNIOR, P. A.; BARTOLOMEO FREIRE-MAIA, F. Introdução precoce da sacarose está associada à presença de cárie dentária em bebês. **Arquivos em Odontologia**, v. 55, n. 15, 2019.

DE SOUSA, P.M.E.S, PROENÇA, M.A.M, FRANCO M.M., et al. Association between early childhood caries and maternal caries status: A cross-section study in São Luís, Maranhão, Brasil. **Eur J of Dent**, v. 9, n. 1. p. 103-7, 2015.

DE SOUZA, P.M.D.E.S; PROENÇA, M.A.M; FRANCO, M.M, RODRIGUES, V.P, COSTA, J.F, COSTA, E.L. Association between early childhood caries and maternal caries status: A crosssection study in São Luís, Maranhão, Brazil. **Eur J Dent**, v. 9, n. 1, p. 122-6, 2015.

DI BONITO P., et al. Usefulness of the high triglyceride-to-HDL cholesterol ratio to identify cardio metabolic risk factors and preclinical signs of organ damage in outpatient children. **Diabetes Care**, v. 35, n. 1, p. 158-62, 2012

DIAS, T.K DA S; FERREIRA, G DE C; ALMEIDA, L.H.S DE. Cárie na primeira infância e qualidade de vida de pacientes de zero a 3 anos. **Rev. Uningá.** v. 56, n.3, p.192-201, 2019.

DOS SANTOS, M.M; CODATO, L.A.B; CALDARELLI, P.G. Alimentação infantil e cárie dentária: uma abordagem baseada em evidências. **J Health Sci Inst**, v. 37, n. 1, p. 88-94, 2019.

EIDELMAN, A.I; SCHANLER, R.J; JOHNSTON, M; LANDERS, S; NOBLE, L; SZUCS, K. et al. Breastfeeding and the Use of Human Milk. **Pediatrics.** v. 129, n. 3, p. 827-41, 2012.

EMANUELSSON, I.R., LI, Y., BRATTHALL, D. Genotyping shows different strains of mutans streptococci between father and child and within parental pairs in Swedish families. **Oral Microbiol Immunol**, v. 13, n.5, p. 271-7, 1998.

FARIA, J.F.D.G., FIGUEIREDO, MC., SIMOES, B de S, MUNDSTOCK, K.S. 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.

FELDENS, C.A; GIUGLIANI, E.R; VIGO, A; VÍTOLO, M.R. Early feeding practices and severeearly childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. **Caries Res.** v.44, n. 5, p.445-52, 2010

- FELDENS, C.A; VITOLO, M.R; RAUBER, F; CRUZ, L.N; HILGERT, J.B. Risk Factors for Discontinuing Breastfeeding in Southern Brazil: A Survival Analysis. **Maternal and Child Health Journal**. v. 16, n. 6, p. 1257–65, 2012.
- FERREIRA, S.G; BÉRIA, J.U; KRAMER, P.F; FELDENS, E.G; FELDES, C.A. Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. **Int J Paediatr Dent**. v. 17, n.4, p. 289-96, 2014.
- FINLAYSON, T.L; SIEFERT, K; ISMAIL, A.I, SOHN, W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. **Community Dent Oral Epidemiol**. V. 35, p. 272-81, 2007
- FREITAS, L.G. DE., ESCOBAR, R.S., CORTÉS, M.A.P., FAUSTINO-SILVA, D.D. Children's food consumption in the first year of life in a primary health care service. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. vol. 34, nº 1, p. 46-52, 2016
- GRINDEFJORD, M; DAHLLÖF, G; MODÉER, T. Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age: a longitudinal study. **Caries Res**. v. 29, p.449-454, 1995.
- GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. 9ª Edição. São Paulo: Santos, 2016.
Guia de saúde bucal para pediatras. [S. l.]: **Associação latinoamericana de odontopediatria**, 14 p, 2017.
- GUIMARÃES, M.S, ZUANON, A.C.C, SPOLIDÓRIO, D.M.P., BERNARDO, W.L.C., CAMPOS, J.A.D.B. Atividade de cárie na primeira infância fatalidade ou transmissibilidade? **Cienc Odontol Bras**. v. 7, n. 4, p. 45-51, 2004 out./dez.
- HARRIS, R.D, NICOLL, A.; PAULINE, M.A, PINE, M. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. **Community Dental Health**, v. 21, p. 71–85, 2004.
- ISMAIL, A. Diagnostic levels in dental public health planning. **Caries research**. v.38, n. 3, p. 199-203, 2004.
- ISMAIL, A. I., SOHN, W., TELLEZ, M., AMAYA, A., SEN, A., HASSON, H., PITTS, N. B. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 25, n. 3, p. 170-8, 2007.
- ISMAIL, A.I; SOHN, W; TELLEZ, M; WILLEM, J.M; BETZ, J; LEPKOWSKI, J. Risk indicators for dental caries using the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 36, p. 55-6, 2008.
- JAIME, P.C; PRADO, R.R; MALTA, D.C. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. **Ver Saude Publica**, v. 51, 2017
- KASSEBAUM, N.J; BERNABÉ, E; DAHIYA, M; BHANDARI, B; MURRAY, C.J; MARCENES, W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. **J Dent Res**. v. 94, n.5, p. 650-8, 2015
- KOHLER, B; BRATTHALL, D; KRASSE, B. Preventive measures in mothers influence the establishment of the bacterium *Streptococcus mutans* in their infants. **Arch Oral Biol**. v. 28, p. 225-31, 1991

- LARANJO, E; BAPTISTA, S; NORTON, A.A; MACEDO, A.P; De ANDRADE C; AREIAS C. A cárie precoce da infância: uma atualização. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 33, p.426-429, 2017.
- LAVIGNE, V. Breastfeeding and dental caries looking at the evidence. **Clinical Lactation**, v. 4, n. 1, p. 12-16, 2013
- LEÃO, J.I.S; QUEIROZ, M.F.M; FREITAS, F.M.N.O; FERREIRA, J.C.S. Formação de hábitos alimentares na primeira infância. **Research society and development**. v. 11, n, 7, p. 1-9, 2022.
- LI, Y; NAVIA, J.M; BIAN, J.Y, Caries experience in deciduous dentition of rural Chinese children 3-5 years old in relation to the presence or absence of enamel hypoplasia. **Caries Res**. v. 30, p. 8-15, 1996.
- LIMA-JUNIOR, J.L.A; GONÇALVES L.V; CORREIA AA. Alimentos x cárie: a ingestão do açúcar em excesso como fator estimulante do desenvolvimento da doença. **Ciências biológicas e da saúde**. v. 2, n. 2, p. 11-20, Dez 2015
- LOSSO, E.M, TAVARES, M.C, SILVA, J.Y, URBAN, C. DE. A. Severe early childhood caries: an integral approach. **J Pediatr (Rio J)**. v. 85, n. 4 p. 295-300, 2009.
- LUZ, S; BOTTON, G; ROCHA, R. DE O; OLIVEIRA, M. DE M; ORTIZ, F.R. Cárie na Primeira Infância e açúcar: relações e sugestões para prevenção. **Rev Gaúch Odontol**. V. 69, 2021
- MADRUGA, S.W; ARAUJO, C.L.P; NEUTZLING, M.B; BERTOLDI, A.D. Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n.2, p. 376-86, 2012.
- MANGUEIRA, D.F.B, PASSOS, I.A, PEREIRA, A.M.B.C, DE OLIVEIRA, A.F.B. Cárie e erosão dentária: uma breve revisão. **Odontol. Clín.-Cient**, v. 10, n.2, p. 121-124, 2011
- MATTILA, M.L; RAUTAVA, P; AROMAA, M; OJANLATVA, A; PAUNIO, P; HYSSÄLÄ, L; HELENIUS, H; SILLANPÄÄ, M. Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age. **Caries Res**. v. 39, p.85-91, 2005
- MATTOS-GRANER, R.O., LI Y., CAUFIELD, P.W., DUCAN M., SMITH, D.J. Genotypic diversity of mutans Streptococci in Brazilian nursery children suggests horizontal transmission. **J Clin Microbiol**, V. 39, n. 6, p. 2313-6, 2001
- MELO, K.M; CRUZ, A.C.P; BRITO, M.F.S.F; PINHO, L. Influência dos pais no excesso. **Escola Anna Nery**, v. 21, n.4, 2017.
- MORO, J; SANTOS, P; GIACOMIN, A; CARDOSO, M; BOLAN, M. Associação entre problemas para dormir e condições orais em escolares. **Rev Paul Pediatr**. v. 39, 2021.
- NAIDU, R.; NUNN, J; KELLY, A. Socio-behavioural factors and early childhood caries: a cross-sectional study of preschool children in central Trinidad. **BMC Oral Health**. v. 13, 2013.
- NEVES, P. A., RIBEIRO, C. C., TENUTA, L. M., LEITÃO, T. J., MONTEIRO-NETO, V., NUNES, A. M., CURY, J. A. Breastfeeding, Dental Biofilm Acidogenicity, and Early Childhood Caries. **Caries Research**, v. 50, n. 3, p. 319–324, 2016

- NOBILE, C. G., FORTUNATO, L., BIANCO, A., PILEGGI, C., PAVIA, M. Pattern and severity of early childhood caries in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study. **BMC public health**, v. 14, n. 206, 2014
- NOGUEIRA, J. M. G. de A.; COSTA, A. M.; COELHO, E. C. Primeira infância sem açúcar: um direito a ser conquistado. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 4, p. 51–69, 2020.
- NUNES, A.M.M; ALVES, C.M.C; ARAUJO, F.B; ORTIZ, T.M.L; RIBEIRO, M.R.C; SILVA, A.A.M; RIBEIRO, C.C.C. Association between prolonged breast-feeding and early childhood caries: a hierarchical approach. **Com Dent Oral Epidemiol**, v, 40, n. 6, p.542-9, 2012.
- NUNES, A.M.M; SILVA, A.A.M; ALVES, C.M.C, HUGO, F.N; RIBEIRO, C.C.C. Factors underlying the polarization of early childhood caries within a high risk population. **BMC Public Health**, p. 988-96, 2014.
- NYVAD, B. Diagnosis versus detection of caries. **Caries research**. v. 38, n. 3, p.192–198, 2004
- NYVAD, B., TAKAHASHI, N. Integrated hypothesis of dental caries and periodontal diseases. **Journal of Oral Microbiology**, v.12, n.1, p.1710953, 2020.
- OKADA, M; SODA, Y; HAYASHI, F; DOI, T; SUZUKI, J; MIURA, K. et al. Longitudinal study of dental caries incidence associated with *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* in pre-school children. **J. Med Microbiol**. v.54, n. 661-665, 2005.
- OLIVEIRA, A.M; OLIVEIRA, D.S.S. Influência parental na formação de hábitos alimentares na primeira infância – revisão da literatura. **Rev eletrônica Estácio**, v.5, n. 2, dezembro, 2019
- PANTANO, M. Primeiros 1.000 dias de vida. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. v.72, n.3, 2018.
- PEREIRA, A.G; NEVES, A.M; TRINDADE, A.C. Imunologia da cárie dentária. **Acta Med Port**. v. 23, n. 4, p. 663-668, 2010
- PEREIRA, C.C; CARVALHO, G.D; OLIVEIRA, M.P.M; NOGUEIRA, D.N; DANTAS-NETA, N.B; CRUZ, M.R.S. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças. **J. Dent. Public. Health**, v. 12, n.2, p. 81-88, 2021
- PEREIRA, M.M; LANG, R.M.F. Influência do ambiente familiar no comportamento alimentar. **Revista UNINGÁ**, v. 41, p.6-89, 2014.
- PEREIRA, S.M.S; RIBEIRO, C.C.C. OS primeiros 1000 dias de vida como uma oportunidade para a prevenção das DCNT bucais e sistêmicas: o que o cirurgião-dentista precisa saber? In: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**. Curso Saúde Bucal na Atenção Primária: urgências, doenças transmissíveis, gestantes e pessoas com deficiência. Assistência odontológica para pacientes com DCNT na Atenção Primária: doenças cardiovasculares. São Luís: UFMA; Curso Saúde Bucal na Atenção Primária: urgências, doenças transmissíveis, gestantes e pessoas com deficiência, 2020.
- PHANTUMVANIT, P, MAKINO, Y, OGAWA H., ET AL. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 46, p. 280-287, 2018.

PIASETZKI, C.T.R; BOFF, E.T.O; BATTISTI, I.D.E. Influência da família na formação dos hábitos alimentares e estilos de vida na infância. **Rev Contexto & Saúde**, v. 20, n. 41, p. 13-24, 2020

PINTO, V.G. Saúde bucal coletiva. 6 ed. São Paulo: Santos; 718 p, 2013

PITTS, N.B; BAEZ, R.J; DIAZ-GUILLORY, C. et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. **J Dent Child (Chic)**. v. 86; n. 2; p. 72.

População Ribeirinha da Região Amazônica. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa**, v. 12, n. 1, p. 93-98, jan./mar., 2012

RETNAKUMARI, N; CYRIAC, G. Childhood caries as influenced by maternal and child characteristics in pre-school children of Kerala-an epidemiological study. **Contemp Clin Dent**, v. 3, n. 1, p. 2-8, 2012

REZENDE, L.N; SANTOS F.C.S; NETO, M.S; SANTOS, F.S. Cárie rampante de mamadeira em crianças de 2 a 5 anos: revisão de literatura. **Rev Manag Prim Health Care**. v. 5, n. 2, p. 219-229, 2014

RIGO, L., DALAZEN, J., GARBIN, R. R. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. **Einstein**. V. 14, n. 2, p. 219-225, 2016

ROBERTS, G.J; CLEATON-JONES, P.E; FATTI, LP; RICHARDSON, B.D; SINWEL R.E; HARGREAVES, J.A; WILLIAMS; LUCAS, V.S. Padrões de aleitamento materno e mamadeira e sua associação com cárie dentária em crianças sul-africanas de 1 a 4 anos de idade. **Rev Saúde da Comunidade Dent**. v. 11, n. 1, p.38-41, 1990.

RODRIGUES, V.M; FIATES, G.M.R. Hábitos alimentares e comportamento de consumo infantil: influência da renda familiar e do hábito de assistir à televisão. **Rev. Nutr**, v. 25, n. 3, p. 353-362, maio/jun., 2012

SALDIVA, S.R.D.M; VENANCIO, S.I; GOUVEIA, A.G.C; CASTRO, A. L DA S; ESCUDER; M.M.L; GIUGLIANI, E.R.J. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cad. Saúde Pública**. V. 27, n. 11, Nov 2011

SALONE, L.R; VANN, W.F; DEE, D.L. Breastfeeding An overview of oral and general health benefits. **JADA**, v. 144, n. 2, p.143-51, 2013

SANTOS, S.P. dos; VIEIRA, G.O; SCAVUZZI, A.I.F; GOMES FILHO, I.F. Práticas alimentares e cárie dentária - uma abordagem sobre a primeira infância. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 70, n.1, p. 12-18, 2016

SCALIONI, F.A.R; FIGUEIREDO, S.R; CURCIO, W.B; ALVES, R.T; LEITE, I.C.G; RIBEIRO, R.A. Hábitos de Dieta e Cárie Precoce da Infância em Crianças Atendidas em Faculdade de Odontologia Brasileira. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. v. 3, n. 12, p. 399-404, 2012.

SEOW, W. Biological mechanisms of early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 26, p.8-27, 1998.

- SILVA, C.R.E, BARBOSA, K.R.B; SANTANA, T.N.G; GRATÃO, L.H.A; DE GOIS, B.P. influência dos pais sobre o hábito alimentar na infância: revisão integrativa. **Enciclopedia biosfera, centro científico conhecer**, Jandaia-GO, v.18 n.37; p. 286, 2021
- SOARES, G.G; SOUZA, P.R; PURGER, F.P.C; DE VASCONCELLOS, A.B, APOENA, A. Métodos de detecção de cárie. **Rev. bras. Odonto**, v. 69, n. 1, p. 84-89, 2012
- SOUZA L.M; et al. Saúde Bucal no Âmbito Escolar e Familiar: da Autonomia à Transformação Social. **Rev Brasil de Educa Méd.** v. 39, n.3, p.426-432, 2015.
- SOUZA, A.S; ZAJKOWSKI, L.A; MORAES, R; Queiroz, Y; Hartwig, A.D; VIEIRA, T. A cárie é uma doença transmissível? Fatores maternos e da criança relacionados com o desenvolvimento da cárie na primeira infância. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v.10 n.2, 2014
- TEDJOSASONGKO, U., KOZAI, K. Initial acquisition and transmission of mutans Streptococci in children at day nursery. **ASDC. J Dent Child.** v. 69, n. 3, p. 284-8, 2002.
- TONIAL, F.G; MAGNABOSCO, C; PAVINATO, L.C.B; BERVIAN, J; ORLANDO, F. 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.
- TWETMAN, S., GRINDELJORD, M. Mutans streptococci suppression by chlorhexidine gel in toddlers. **Am J Dent**, v. 12, n.1, p. 89-91, 1999.
- VALLE, J.M.N; EUCLYDES, M.P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Ver APS**, v.10, n.1, p. 56-65, jan./jun. 2007.
- VOZZA, I; CAPASSO, F; CALCAGNILE, F; ANELLI, A; CORRIDORE, D; FERRARA, C; OTTOLENGHI, L. School-age dental screening: oral health and eating habits. **Clin Ter.** v. 170, n. 1, p. 36-40, 2019.
- WEINTRAUB, J. A., PRAKASH, P., SHAIN, S. G., LACCABUE, M., & GANSKY, S. A. Mothers' Caries Increase odds of Children's Caries. **J Dent Res.** V. 89, n. 9, p. 954-8, 2010.
- WIGEN, T.I; WANG, N.J. Maternal health and lifestyle, and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to age 5 yr. **Eur J Oral Sci** .v. 119, n. 6, p. 463-8, 2011.
- World Health Organization. Oral health surveys: basic methods, Edn 4, Geneva, **World Health Organization**, 2003
- ZAFAR, S; HARNEKARI, S.Y; SIDDIQI, A. Early childhood caries: etiology, clinical considerations, consequences and management. **International dentistry as**, v. 11, n. 4, 2009
- ZANATA, R.L; NAVARRO, M.F.L; PEREIRA, J.C; FRANCO, E.B; LAURIS, J.R.P; BARBOSA, S.H. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. **Braz Dent J.** v. 14, n.2, p.75-81, 2003.

APÊNDICE A- QUADRO SÍNTESE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

QUADRO 1. ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

AUTOR/ ANO	TÍTULO DO ARTIGO	METODO LOGIA	LOCAL	OBJETIVOS	DESECHO
1. Carvalho <i>et al.</i>, 2022	Cárie na primeira infância: um problema de saúde pública, global e suas consequências à saúde da criança	Revisão de literatura	Brasil	Definir a doença cárie e suas consequências para a saúde das crianças.	A orientação preventiva por um profissional da saúde é essencial para promoção em qualidade de vida da criança.
2. De Paula <i>et al.</i>, 2019	Introdução precoce da sacarose está associada à presença de cárie dentária em bebês	Estudo transversal	Belo Horizonte, Minas Gerais	Investigar o momento da introdução da sacarose na alimentação dos bebês atendidos na clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais	O consumo de açúcar antes dos 6 meses de idade apresentou associação positiva com a presença de cárie dentária.
3. Nobile <i>et al.</i>, 2014	Pattern and severity of early childhood caries in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study.	Estudo transversal	Itália	Identificar fatores que possam estar relacionados a CPI e que possam se tornar o foco de intervenções voltadas para a prevenção da doença	A maioria dos fatores associados à cárie, modificáveis conhecidos em relação às práticas de alimentação e higiene bucal ainda estão muito disseminados na população.
4. Santos <i>et al.</i>, 2016	Práticas alimentares e cárie dentária - uma abordagem sobre a primeira infância	Revisão de literatura	Brasil	Analisar a associação entre dieta e cárie dentária.	A exposição a uma dieta desfavorável no início da vida é um fator determinante na prevalência de cárie precoce.

5. Nogueira et al., 2020	Primeira infância sem açúcar: um direito a ser conquistado	Revisão de literatura	Brasil	Promover a reflexão acerca do impacto do consumo de açúcar na primeira infância à luz da garantia de direitos.	A escolha alimentar sem sacarose pode ser apontada como direito da primeira infância e representa um desafio aos serviços e às políticas públicas de saúde
6. De Cosmi et al., 2017	Early Taste Experiences and Later Food Choices	Revisão de literatura	Itália	Investigar o papel da amamentação, da alimentação complementar e os fatores parentais e socioculturais que definem a ingestão alimentar no início da vida	Verificaram que as crianças estão predispostas a preferirem alimentos com alto teor de açúcar e sal, e na idade pré-escolar a rejeitar novos alimentos.
7. Da Silva et al., 2010	Alimentação na primeira infância: abordagem para a promoção da saúde bucal	Revisão de literatura	Brasil	Apresentar informações sobre a influência dos hábitos alimentares na saúde bucal.	A formação de hábitos alimentares saudáveis contribui para a saúde bucal em geral e melhor qualidade de vida.
8. Phantumvanit et al., 2018	Who global consultation on public health intervention against early childhood caries	Análise documental	Tailândia	Fornecer um resumo do encontro sobre estratégias de prevenção de ECC e para enfatizar a necessidade urgente de ação neste importante problema de saúde pública	AS abordagens preventivas da CPI devem considerar as características sociais da família, dieta e alimentação, como os fatores de risco sociocomportamentais

9. Jaime et al., 2017	Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos	Estudo transversal	Brasil	Avaliar a influência de hábitos familiares e características do domicílio sobre o consumo de bebidas açucaradas em crianças brasileiras menores de dois anos.	Houve alta prevalência de consumo de bebidas açucaradas em crianças brasileiras menores de dois anos e que características sociodemográficas e hábitos familiares influenciam essa prática alimentar não recomendada na infância.
10. Silva et al., 2021	Influência dos pais sobre o hábito alimentar na infância: revisão integrativa	Revisão de literatura	Brasil	Investigar a influência que os pais exercem na alimentação dos filhos na infância	Verificaram que quando os pais possuem hábitos alimentares saudáveis o consumo alimentar infantil também tende a ser o mesmo.
11. Abanto et al., 2018	Diretrizes para o estudo das condições nutricionais e agravos bucais dentro dos primeiros 1.000 dias de vida	Revisão de literatura	Brasil	Mostrar a relação entre as condições nutricionais e de práticas alimentares durante o período dos primeiros 1.000 dias de vida relacionadas aos	Mostraram a relação da cárie dentária, o desenvolvimento orofacial e maloclusões.
12. Freitas et al., 2016	Consumo alimentar de crianças com um ano de vida num serviço de atenção primária em saúde	Estudo Transversal	Porto Alegre, Rio Grande do Sul	Descrever o consumo alimentar de crianças com um ano de idade atendidas em um serviço de Saúde comunitária	Concluíram que estabelecimento de bons hábitos alimentares das crianças é de responsabilidade da família.

13. Beraldi et al., 2020	Cárie na primeira infância: uma revisão de literatura	Revisão de literatura	Basil	realizar uma revisão de literatura sobre a cárie na primeira infância, buscando-se como resultado dela, o desenvolvimento de uma cartilha didática virtual com os principais aspectos dessa doença, em relação à sua etiologia e formas de prevenção	Mostraram que através da educação, informação e o trabalho conjunto do cirurgião dentista-família, o índice de cárie na primeira infância em crianças em idade escolar tende a diminuir significativamente.
14. Weintraub et al., 2010	Mothers' caries increases odds of children's caries	Estudo transversal	Califórnia, Estados Unidos	Averiguar a relação entre a saúde oral dos pais e dos filhos.	A cárie materna não tratada quase dobrou as chances de cárie infantil não tratada.
15. Castilho et al., 2013	Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática	Revisão de literatura	Brasil	Relatar sobre a influência de comportamentos de saúde bucal dos pais na cárie dentária de suas crianças	Verificaram que os hábitos de saúde dental dos pais influenciam a saúde bucal de seus filhos.
16. Retnakumari et al., 2012	Childhood caries as influenced by maternal and child characteristics in pre-school children of Kerala-an epidemiological study	Estudo descritivo	kerala	Determinar a prevalência e a gravidade da CPI em pré-escolares e descrever as características da criança associadas ao desenvolvimento da CPI, a fim de verificar a associação da CPI com os fatores de risco maternos.	Encontraram evidências que os fatores maternos, má higiene bucal e baixos fatores socioeconômicos, foram os fortes indicadores de risco para identificar crianças susceptíveis à cárie.

17. Nunes et al., 2012	Associação entre amamentação prolongada e cárie na primeira infância: uma abordagem hierárquica	Estudo retrospectivo	São Luis, Maranhão	Estudar a associação entre amamentação prolongada e CPI, em uma população de baixa renda.	A amamentação prolongada não foi um fator de risco para CPI. A idade, o consumo de sacarose entre as refeições principais e a qualidade da higiene bucal foram associados à CPI.
18. Oliveira et al., 2019	Influência parental na formação de hábitos alimentares na primeira infância – revisão da literatura	Revisão de literatura	Brasil	Revisar a literatura científica sobre a importância e o impacto da influência parental sobre a alimentação da criança na primeira infância	A influência parental sobre a formação dos hábitos alimentares é determinante na estruturação dos padrões alimentares que irão guiá-los durante a adolescência e a vida adulta.
19. Biral et al., 2013	Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo	Estudo transversal	São Paulo, Brasil	Avaliar associações entre a cárie dentária e a introdução de alimentos complementares em crianças de 11 a 34 meses matriculadas em	A cárie dentária precoce e o consumo de carboidratos simples foram claramente observados e associados na população estudada.
20. De Araújo et al., 2019	Cárie precoce da infância: uma visão atual em odontopediatria	Revisão de literatura	Brasil	Explorar uma visão atual da cárie precoce na infância.	A cárie dentária é uma doença possível ser prevenida e controlada, através da atuação nos fatores causais

<p>21. Barbosa et al., 2019</p>	<p>A influência dos pais nos hábitos alimentares das crianças e seu reflexo no perfil de transição nutricional brasileiro</p>	<p>Revisão de literatura</p>	<p>Brasil</p>	<p>Descrever a relação entre as influências recebidas dos pais no comportamento alimentar das crianças e seu reflexo com o perfil de transição nutricional brasileiro.</p>	<p>A influência dos pais sobre o hábito alimentar das crianças está diretamente ligada ao risco de doenças crônicas não transmissíveis</p>
<p>22. Piassetzki et al., 2020</p>	<p>Influência da Família na Formação dos Hábitos Alimentares e Estilos de Vida na Infância</p>	<p>Estudo qualitativo e quantitativo</p>	<p>Rio grande do sul, Brasil.</p>	<p>Analisar a influência da família na formação dos hábitos alimentares e estilos de vida de crianças</p>	<p>A família mostrou influência no número de refeições das crianças, no consumo de frutas, verduras, guloseimas e na prática de atividade física, assim como no aprendizado sobre alimentação saudável.</p>
<p>23. Pantano et al., 2018</p>	<p>Primeiros mil dias de vida</p>	<p>Análise documental da produção bibliográfica</p>	<p>Brasil</p>	<p>Compreender sobre os aspectos que envolvem os primeiros 1000 dias de vida com ênfase na saúde bucal.</p>	<p>O período é crucial para crescimento e desenvolvimento infantil, para adotar hábitos e atitudes que irão influenciar o futuro do indivíduo.</p>
<p>24. Bezerra et al., 2012</p>	<p>Prevalência de Perdas Dentárias Precoces em Crianças de População Ribeirinha da Região Amazônica</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>São Pedro e Aurá, Pará.</p>	<p>Avaliar a prevalência de perdas precoces dentárias em crianças de populações ribeirinhas da Amazônia.</p>	<p>A pesquisa concluiu que quase 100% das perdas precoces ocorreram em decorrência da cárie dentária.</p>

25. Costa et al., 2017	Streptococcus mutans em Díades Mãe-Filho e Cárie Infantil: Examinando os fatores subjacentes à colonização bacteriana	Estudo transversal	São Luís, Brasil	Investigar a associação entre colonização de díades mãe-filho por Streptococcus mutans e cárie precoce da infância.	A colonização infantil de Streptococcus mutans é apenas um mediador parcial da associação entre colonização materna de Streptococcus mutans e ECC.
26. Wigen et al., 2011	Maternal health and lifestyle, and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to age 5 yr	Estudo longitudinal	Noruega	Explorar associações entre cárie dentária em crianças com 5 anos de idade, a saúde materna, o estilo de vida durante a gravidez e primeira .	O estilo de vida materno na gravidez e na primeira infância foi associado à experiência de cárie em crianças antes dos 5 anos de idade.
27. Pereira et al., 2014	Influência do ambiente familiar no desenvolvimento do comportamento alimentar	Estudo Descritivo-reflexivo	Brasil	Apresentar os principais fatores no desenvolvimento do comportamento alimentar de crianças.	A família é crucial no desenvolvimento do comportamento alimentar.
28. Lavigne et al., 2013	Breastfeeding and dental caries looking at the evidence	Revisão de literatura	Austrália	Determinar a associação de cárie na primeira infância com práticas de amamentação e alimentação com mamadeira entre crianças em idade pré-escolar	Não há nenhuma evidência conclusiva de que amamentação prolongada aumentou o risco de cáries na primeira infância.
29. Ferreira et al., 2014	Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors	Estudo transversal	Canoas, Brasil	Investigar a prevalência da cárie dentária e sua associação com variáveis demográficas e socioeconômica.	As maiores chances de cárie dentária com a mãe < 4 anos de escolaridade, após o ajuste para confusão.

30. Afonso et al., 2014	Avaliação do conhecimento de higiene bucal e motivação dos pais de uma instituição de ensino pública brasileira	Estudo Descritivo transversal	Vila velha, Espírito santo	Descrever o perfil dos pais de alunos e avaliar se a aplicação de palestras informativas poderia motivá-los a melhorar os hábitos de higiene oral e de alimentação, tornando-os mais saudáveis.	As palestras informativas devem estar associadas a outras formas de motivações para produzir mudanças permanentes nos hábitos rotineiros dos indivíduos.
31. Boeira et al., 2012	Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort	Estudo transversal	Pelotas, Brasil	Avaliar a prevalência de dor de dente em pré-escolares e sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais.	A cárie não restaurada é o principal fator associado à dor de dente na infância. Aspectos sociais e contexto familiar também devem ser analisados
32. Tonial et al., 2015	Impacto da doença cárie na qualidade de vida de pré-escolares atendidos na clínica da Universidade de Passo Fundo (UPF/RS)	Estudo transversal	Passo Fundo, Rio Grande do Sul	Avaliar o impacto que a cárie precoce na infância causa na qualidade de vida de pré-escolares atendidos em uma clínica escola	A faixa etária da criança e a presença de cárie precoce na infância apresentam impacto negativo na qualidade de vida .
33. Nunes et al., 2014	Factors underlying the polarization of early childhood caries within a high risk population.	Estudo Transversal	São Luís, Maranhão	Identificar fatores associados à polarização da CPI em indivíduos de baixa renda.	O maior consumo de sacarose entre as refeições explica a causa de algumas crianças possuírem mais cárie do que outras.
34. Vozza et al., 2019	School-age dental screening: oral health and eating habits.	Estudo transversal	Roma, Itália	Avaliar a associação entre dados clínicos de crianças e seus hábitos alimentares.	O alto valor médio do índice ceod encontrado pode estar te associado ao consumo de alimentos doces

35. Lima Junior, et al., 2015	Alimentos x cárie: a ingestão do açúcar em excesso como fator estimulante do desenvolvimento da doença	Revisão de Literatura	Brasil	Mostrar a relação entre alimentação e ocorrência da doença cárie dentária baseado em literaturas que relatam essa problemática	Existe uma relação entre o tipo de alimentação e o aparecimento da cárie, mesmo que associada a um conjunto de variáveis tais como o nível socioeconômico, idade, grau de estudo e informação odontológica.
36. Saldiva et al., 2011	Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal	Estudo Transversal	Brasil	Avaliar a influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras	O consumo de leite artificial foi maior quando comparado aos demais alimentos em todas as capitais.
37. Zhao, et al., 2014	Effect of sucrose concentration on sucrose-dependent adhesion and glucosyltransferas e expression of S. mutans in children with severe early childhood caries (s-ECC)	Estudo Transversal	China	Usar um modelo de cultura <i>in vitro</i> para investigar os efeitos de diversos níveis de sacarose na síntese de glucana insolúvel em água	A síntese de glucano insolúvel em água a capacidade de adesão e a expressão do gene gtf em S. mutans isolados de S-ECC eram dependentes da concentração de sacarose.
38. Avila, et al., 2015	Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis	Revisão de literatura	Brasil	Analisar se as crianças alimentadas por meio da mamadeira têm mais cárie dentária na dentição decídua do que crianças amamentadas.	A amamentação é mais eficaz na prevenção da cárie dentária na primeira infância do que a alimentação com mamadeira.

39. Areias et al., 2010	Cárie precoce da infância – o estado da arte	Revisão de literatura	Brasil	Abordar a cárie precoce da infância, focando principalmente os aspectos etiológicos e preventivos.	O diagnóstico precoce da CPI e a identificação dos fatores de riscos são indispensáveis para estabelecer as medidas preventivas e as terapêuticas.
40. Souza et al., 2015	Saúde bucal no âmbito escolar e familiar: da autonomia à transformação social	Estudo transversal	Brasil	Promover a saúde de forma ampla, atingindo vários fatores sociais, e trabalhar a autonomia e a modificação de hábitos essenciais para alterações no fenômeno saúde-doença.	Houve melhoria nos níveis de saúde bucal e a criação de agentes multiplicadores de saúde, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e integralidade em saúde.
41. Feldens, et al., 2010	Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study.	Estudo Transversal	São Leopoldo, Brasil	Investigar a relação entre as práticas alimentares no primeiro ano de vida e a ocorrência de cárie precoce da infância severa (S-ECC) aos 4 anos de idade.	Fatores como, escolaridade da mãe, uso de mamadeira com líquidos que não fossem leite, consumo de sacarose e número de refeições e lanches foram associados à manifestação da cárie.
42. Naidu, et al., 2013	Socio-behavioural factors and early childhood caries: a cross-sectional study of preschool children in central Trinidad	Estudo Transversal	Trinidad e Tobago	Descrever a prevalência e gravidade da ECC em crianças pré-escolares em uma região central de Trinidad e explorar sua relação com fatores sociais e comportamentais.	A prevalência e a gravidade da CPI relacionadas a comportamentos de saúde bucal e acesso a atendimento odontológico.

43. Bissar, et al., 2014	Factors contributing to severe early childhood caries in south-west Germany.	Estudo Transversal	Alemanha	Investigar a contribuição de variáveis selecionadas para a ocorrência de cárie severa na primeira infância (CPI) em crianças de 3 a 5 anos de idade.	A ocorrência de S-ECC é uma interação complexa entre fatores socioeconômicos, psicológicos e comportamentais dos pais
44. Feldens, et al., 2012	Risk factors for discontinuing breastfeeding in southern brazil: a survival analysis.	Estudo Longitudinal	Brasil	Identificar fatores de risco para interrupção do aleitamento materno no primeiro ano de vida do lactente.	As taxas de interrupção da amamentação foram menores para as crianças que não usaram mamadeira ou chupeta no primeiro mês de vida .
45. Corrêa-Faria, et al., 2013	Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers	Estudo transversal	Brasil	Avaliar a prevalência de cárie precoce da infância em crianças e investigar a influência de variáveis sociodemográficas, qualidade da higiene bucal e aspectos relacionados à criança.	A ocorrência de CPI foi maior entre crianças com higiene bucal insatisfatória e naquelas de família com menor renda familiar mensal.
46. Neves, et al., 2016	Breastfeeding, Dental Biofilm Acidogenicity, and Early Childhood Caries	Estudo Experimental	São Luís, Maranhão - Brasil	Avaliar a acidogenicidade do leite humano pelos biofilmes dentais de crianças com e sem cárie .	A amamentação não provocou diminuição do pH do biofilme, enquanto a sacarose diminuiu o pH.
47. Dias, et al., 2019	Cárie na primeira infância e qualidade de vida de pacientes de zero a 3 anos	Revisão de Literatura	Brasil	Avaliar as repercussões da cárie na primeira infância na vida do paciente infantil.	A cárie na primeira infância, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normais da criança.

48. Assunção, et al., 2015	Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA	Estudo Transversal	Belém, Pará-Brasil	Avaliar o perfil epidemiológico da cárie dentária em crianças de 6 a 36 meses de idade no município de Belém-PA	Os dentes mais afetados foram os incisivos superiores nas crianças de menor idade e os molares inferiores para as crianças de maior idade.
49. Almeida, et al., 2013	Contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares: uma abordagem quali-quantitativa em Salvador, Bahia, Brasil	Estudo Transversal	Salvador, Bahia-Brasil	Analisar a relação entre o contexto familiar e a saúde bucal de pré-escolares.	Fatores como idade, renda familiar, escolaridade materna, tiveram influência com a Cárie na primeira infância.
50. Luz, et al., 2021	Early Childhood Caries and sugar: relationships and suggestions for prevention	Estudo transversal retrospectivo	Santa Maria, Brasil	Mostrar a relação entre o consumo de açúcar na dieta infantil e a presença de cárie precoce em um grupo de pré-escolares.	Houve uma intensa relação entre açúcar e cárie precoce na infância.

ANEXO A: NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE

NORMAS GERAIS

- a) Não serão aceitos trabalhos já publicados ou submetidos simultaneamente à apreciação por parte de outros periódicos ou quaisquer outras publicações;
- b) Os trabalhos serão analisados por membros da Comissão Editorial ou por consultores especializados no assunto e somente serão aceitos após o parecer dos mesmos, podendo sofrer correções ou modificações para adequação às normas após prévia consulta;
- c) Em cada edição serão selecionados no mínimo 5 (cinco) e no máximo 10 (dez) trabalhos. Os não selecionados serão apreciados por ocasião das edições seguintes. Decorridos um ano sem que tenham sido selecionados, serão devolvidos aos autores com justificativa do editor;
- d) Os conceitos emitidos nos trabalhos serão de responsabilidade integral dos autores;
- e) À RCS reservam-se todos os direitos autorais dos trabalhos publicados, permitindo entretanto a sua posterior reprodução como transcrição, com devida citação da fonte;

APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

- a) Os trabalhos deverão ser apresentados no Word, digitados em fonte Times New Roman corpo 12, com espaço duplo e margem de 3 cm de cada lado, em tamanho A4, sem qualquer outro tipo de formatação, a não ser:
 - Indicação de caracteres (negrito e itálico) para ressaltar termos ou nomes específicos;
 - Recuo de 1 cm no início do parágrafo;
 - Deve-se colocar entre aspas as citações diretas, ou seja, idênticas ao original. Quanto às citações com mais de três linhas, dá-se um recuo de parágrafo de 2 cm, com fonte corpo 10;
 - Uso de aspas (não usar caixa alta);
 - Os textos não devem exceder 15 laudas. - texto (incluindo tabelas e quadros). Esquemas, figuras, fotos e ilustrações devem ser submetidos em arquivo separado no Power Point;
 - A publicação de imagens em cores será custeada pelo(s) autor(es) interessado(s), que deve(m) expressar seu interesse no momento da submissão do artigo;
- b) Redação

Os originais deverão ser redigidos em português, de acordo com a norma culta do idioma nos seus aspectos morfológicos e sintéticos;
- c) A página de rosto deverá conter as informações na seguinte ordem:
 - Título em português;
 - Título em inglês;
 - Nome(s) do(s) autor(es);

- Título, vínculos e filiações em notas de rodapé;
- Resumo indicativo ou informativo em português com tradução em inglês logo abaixo, acompanhado dos descritores que identifiquem o conteúdo e sua versão para o inglês. Deve ser disposto em apenas um único parágrafo, usando o verbo na voz ativa e na terceira pessoa do singular. Contendo no máximo 250 palavras.

d) Ordem dos elementos que constituem o texto:

- Título no primeiro idioma;
- Título no segundo idioma;
- Nome(s) do(s) autor(es);
- Resumo em português;
- Descritores em português;
- Resumo em inglês;
- Descritores em inglês;
- Introdução;
- Material e métodos;
- Resultados;
- Discussão;
- Conclusão(ões);
- Agradecimentos (aos órgãos de fomento, quando houver);
- Referências;
- Autor para correspondência (nome e *email*). O mesmo deverá ser indicado por um asterisco na lista de autores;

e) As ilustrações (desenhos, gráficos, fotografias, plantas, mapas entre outras) são consideradas figuras e devem ser limitadas ao mínimo indispensável. Devem ser apresentadas com legendas numeradas em sequência, com algarismos arábicos precedidos do nome Figura, logo abaixo da figura a que se refere. As fotografias deverão ser em preto e branco. Caso o autor deseje que as mesmas sejam coloridas, arcará com a despesa da impressão colorida;

f) As tabelas e os quadros devem ser numerados consecutivamente em algarismo arábico, com o respectivo título, acima do quadro e ou tabela a que se refere;

g) Os nomes de medicamentos e materiais registrados, produtos comerciais, devem aparecer em notas de rodapé (indicadas por asterisco ou números arábicos e restritos ao indispensável). O texto deve conter somente nome genérico.

CITAÇÕES E SISTEMAS DE CHAMADAS

Sempre que for mencionada uma citação bibliográfica no texto, indica-se a fonte consultada. Para efeito de padronização, recomenda-se a citação pelo sobre nome do autor, o número da referência sobrescrito, seguido da data de publicação, a saber:

a) quando o nome do autor não estiver incluído na sentença, indica-se no final da frase o(s) número(s) correspondente(s) ao(s) autor(es).

Ex.: Estudos com ressonância magnética demonstram várias mudanças na articulação temporomandibular antes desconhecidas¹⁸.

b) quando o nome do autor fizer parte da sentença, somente a data e a página consultada aparecem entre parênteses. Ex.: Silva¹⁸ (2000) citaram que “estudos com ressonância magnética demonstram várias mudanças [...]” Silva¹⁹ (2000) afirmaram que os estudos com RM demonstram várias mudanças [...].

c) trabalhos de um mesmo autor, de um mesmo ano, acrescentam-se à data, letras minúsculas do alfabeto latino sem espaçamento. Ex.: Para Silva¹⁸ (2000a) estudos com ressonância magnética demonstram várias mudanças [...]. Silva²⁹ (2000b) citou que estudos com ressonância magnética demonstram várias mudanças [...].

d) quando houver coincidência de autores com o mesmo sobrenome e mesma data, acrescentam-se as iniciais de seus prénomes. Ex.: Para Silva¹⁸, L. (2000) estudos com ressonância magnética demonstram várias mudanças [...]. Silva¹⁹, M. (2000) citou que estudos com ressonância magnética demonstram várias mudanças [...].

e) quando o trabalho pertencer a dois autores, indica-se o sobrenome dos dois autores, separados por uma vírgula, seguido do ano.

Autor incluído na sentença

De acordo com Kreiborg e Cohen⁹ (1992), os fenômenos mais pronunciados antes da [...].

f) Quando o autor não for incluído na sentença. Ex.: Os fenômenos mais pronunciados antes da terapia são [...] (mesmo que item 4, letra a).

g) Quando forem mais de dois autores, indica-se o sobrenome do primeiro, seguido da expressão latina et al., e o ano. Ex.: De acordo com Abreu¹ et al. (1990), os fenômenos mais pronunciados antes da [...].

h) Quando se tratar de publicações diferentes, indica-se o sobrenome dos autores e o ano.

Autores incluídos na sentença:

Ex.: Abreu¹ et al. (1990), Kreiborg e Cohen⁹ (1992) e Silva¹⁸ (2000) afirmaram que os fenômenos mais pronunciados antes da [...]

Autores não incluídos na sentença:

Ex.: Alguns estudos^{1,9,18} têm investigado os fenômenos mais pronunciados antes da [...].

i) Nos trabalhos publicados por entidades coletivas deve ser mencionada a fonte, entre parênteses, no final da citação.

Ex: Sistema Educacional Brasileiro obedece a normas e metas consultivas (BRASIL³,1990).

j) citado por outros autores (apud) Abreu et al. (1990 apud Cohen⁹, 1992) afirmaram que um determinado grau de respostas [...].

OBS: Este recurso, no entanto, deve ser evita o ao máximo. Recomenda-se sempre a busca pelo artigo original.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser elaboradas obedecendo ao disposto no Estilo Vancouver. Todo autor citado deve constar em lista chamada REFERÊNCIAS, devendo ser ordenados conforme a ordem de citação no texto.

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o PubMed e impressos sem negrito, itálico ou grifo, não devendo ser pontuados e tendo a mesma apresentação em todas as referências. Nas publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, cita-se os seis primeiros autores seguido da expressão latina et al. Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé.

Exemplos

a) Livros

Livro com um autor

Madeira MC. Anatomia da face. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1997.

Livros com dois autores

Stock CJR, Nehammer CF. Endodontia na prática clínica. 3ª ed. São Paulo: Pancast; 1994.

Livro com até seis autores, citam-se todos. Acima de seis autores, cite os seis primeiros seguido da expressão et al.

Livro em suporte eletrônico

Braselli A. Toxoplasmose. [monografia online]. [citado 2003 jan 30]. Disponível em:
URL: <http://www.infecto.edu.uy>

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monografia em CD-ROM]. Houston: Addison Books; 1998. [citado 2002 fev27]. Disponível em: URL: <http://www.hist.com/dentistry>

Capítulo de livro

Puricelli E. Retenção dentária. In: Gonçalves EAN, Feller C. Atualização dentária na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 1998. p. 3-28.

Capítulo de livro em suporte eletrônico

Wada CS. Determinações bioquímicas. In: Moura RA, Wada CS, Purchio A, Almeida TV. Técnicas de laboratório [monografia on-line]. São Paulo: Atheneu; 1998. [citado 1999 maio 27]. Disponível em: URL: <http://www.sinuses.com/postsurg.htm>

b) Artigo de periódico

Com um autor

Varella JAF. Fatores biológicos no preparo da cavidade. Rev Assoc Paul Cir Dent 1961; 15(3): 149-154.

Com dois autores

Jürgensen CA, Jürgensen LD. Passivação do cobre, alternativa para obtenção da condição de anaerobiose. Rev Brás Pat Clin 1982; 18(3):58-63.

Com mais de seis autores

Zoitopoulos L, Brailsford SR, Gelbier S, Ludford RW, Marchant SH, Beighton D, et al. Dental caries and caries-associated microorganisms in the saliva and plaque of 3 and 4-year-old afro-caribbean and caucasian children in south London. Archs Oral Biol 1997; 41(11):1011-1018.

Em suporte eletrônico

Szwarcwald C, Barbosa Jr A, Fonseca MGR. Estimativa do número de crianças (0 a 4 anos) infectadas pelo HIV. Brasil. 2000. [citado 2002 mar 12]. Disponível em: URL <http://www.aids.gov.br/fnal/artigo.htm>.

Resumo

Varella JAF. Fatores biológicos no preparo da cavidade [resumo]. Rev Assoc Paul Cir Dent 1961; 15(3): 149.

Sem indicação de autor

The residual caries dilemma. Comm Dent Oral Epidemiol 1999; 22(2):439-441.

Volume com suplemento

Basting RT, Serra MC, Paulillo LAMS. Preparos de cavidades na era da dentística restauradora. Rev ABO Nac 2000; 8 Supl 1:176-181.

Fascículo sem indicação de volume

Jürgensen CA, Jürgensen LD. Passivação do cobre, alternativa para obtenção da condição de anaerobiose. Rev Brás Pat Clin 1982; (3):58-63.

Sem indicação de volume ou fascículo

Jürgensen CA, Jürgensen LD. Passivação do cobre, alternativa para obtenção da condição de anaerobiose. *Rev Brás Pat Clin* 1982:58-63.

Artigo citados por outros autores (apud)

Hellwig E. Clinical evaluation of chemomechanical caries removal in primary molars and its acceptance by patients (2001) apud Maragakis GM, Hahn P, Hellwig E *Caries Rés Sept* 2001; 35(3):205-210.

c) Dissertações e teses

Alves CMC. Análise morfométrica dos melanossomos presentes no interior do queratinócito na gengiva normal e inflamada em humanos [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1996.

Em suporte eletrônico

Azevedo VMNN. Avaliação clínica de pacientes portadores de lesões dentárias cervicais não cariosas relacionadas com alguns aspectos físicos, químicos e mecânicos da cavidade bucal [Tese em CD-ROM]. Bauru: Faculdade de Odontologia da USP; 1994.

d) Trabalhos apresentados em evento

Debortoli G. Ecoinformação: aquisição e uso da informação na preservação dos recursos naturais. In: 20º Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação: 2002; Fortaleza. Anais. Fortaleza: Centro de Convenção do Ceará; 2002. p. 50-65.

Em suporte eletrônico

Aun MP. Antigas nações, novas redes:

as transformações do processo de construção de políticas de informação [CD-ROM]. In: 20º Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação: 2002; Fortaleza. Anais. Fortaleza: Centro de Convenção do Ceará; 2002. p. 90-101.

e) Leis, decretos, portarias etc.

Brasil. Lei nº 8926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas de mais de 65 anos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília 1998; 126(190):19291-19292.

Brasil. Decreto-Lei nº 2481, de 3 de outubro de 1998. Dispõe sobre o gesto provisório para o médico estrangeiro em situação ilegal em território nacional, *diário oficial [da] Republica Federativa do Brasil*, Brasília 1998; 126(192):19292-19295.

SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos deverão ser enviados pelo site da revista:

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaud>