

Maria Salete Nahás Pires Corrêa

✓ Sucesso no

Atendimento Odontopediátrico

Aspectos Psicológicos



A Cárie de Mamadeira e suas Repercussões Psicológicas

Maria Salete Nahás Pires Corrêa
Fabíola Grammatico Carmagnani
Marina Pinotti Begosso

"Deus, se apodere de minhas mãos, infundindo-lhes a habilidade necessária para poderem realizar suas poderosas obras. Que elas possam operar seu verdadeiro amor. Deus, muito lhe agradeço. Pelas oportunidades de poder retribuir com paz e alegria a quem necessitar."

Marcos, 6:2

O lar de uma criança é considerado um bom lar quando um pai e uma mãe, fortes e unidos, estão desejosos de cuidar de sua saúde. Para isso, eles têm que estar aptos física e mentalmente.

A base da saúde mental adulta é construída na infância. Por isso, o grande cuidado que devem ter os pais, responsáveis e até os profissionais como médicos, dentistas e professores, no manejo e atenção com os pequenos.

Em 1949, Swartout em seu livro *"Conselheiro médico do lar"*, já orientava as mães sobre a formação de hábitos. Ele dizia que: *"Se a criança deve ter bons hábitos de saúde e de conduta, e chegar a ser um adulto útil, são e feliz, deve começar o cultivo de bons hábitos imediatamente depois do nascimento e continuá-los com constância durante a infância toda"*, e que *"os hábitos importantes que podem ser inculcados durante o primeiro ano de vida tem a ver com a alimentação, o sono e a higiene"*.

A cárie de mamadeira é uma manifestação da doença cárie em crianças com dentição decídua que pode ter diferentes graus de severidade, podendo ser considerada uma síndrome, a síndrome da cárie de mamadeira.

A cárie de mamadeira é atualmente conhecida como *Early Childhood Carie (ECC)*. A ECC se manifesta em crianças pequenas (de 0 a 3 anos de idade), estando relacionada com a prática de alimentação irregular, em que existe um consumo freqüente de leite, sucos, refrigerantes ou qualquer líquido contendo açúcar fermentável, geralmente sendo oferecido ao longo do dia e

da noite (Fig. 35.1), provocando uma destruição rápida dos dentes decíduos.^{3,8,9,12}

Essa cárie pode ter como sinais e sintomas severas dores, infecções, abscessos, dificuldade de mastigação, má-nutrição, distúrbios gastrointestinais, perda prematura de dentes decíduos e aumento do risco de cárie nas duas dentições.⁹ Suas características clínicas são: cáries extensas nos incisivos superiores e primeiros molares superiores e inferiores, atingindo os dentes anteriores inferiores, de acordo com a severidade da doença (Figs. 35.2 a 35.4). Devido à sua complexidade, o tratamento dessa doença deve envolver múltiplos fatores: orientação de dieta, controle da higiene, planejamento adequado e tratamento curativo, devolvendo à criança saúde bucal e geral.

Infelizmente, existe um grande número de crianças que sofrem com essa doença. Quando pensamos em sofrimento, devemos ter em mente, não apenas a dor física, mas também a psicológica pela qual essas crianças estão passando.

Neste capítulo, não vamos nos ater ao tratamento em si da doença, mas sim, tentar mostrar os danos psicológicos que essa doença pode causar na criança, seus familiares e pessoas do seu convívio.

De acordo com Klein,⁵ os sentimentos e as fantasias infantis deixam suas marcas na mente do indivíduo. São impressos, não desaparecem, mas são armazenados. Permanecem ativos, e exercem uma influência contínua e poderosa na vida emocional e intelectual do indivíduo.

Ilustramos este capítulo com o comportamento da reabilitação de crianças com cárie de mamadeira no seu estágio mais severo e na resposta dos pais em relação ao tratamento e comportamento da criança. Isso porque observamos respostas comportamentais após a reabilitação tanto bucal e de funções estomatognáticas, quanto social dessas crianças (Figs. 35.5 e 35.6).

É comum pais e mães cheguem desorientados no consultório, levando seus filhos ao dentista pela primeira vez ou não, mas insatisfeitos com os dentes dos filhos, até sentindo-se como pais descuidados e relapsos.

Os pais relatam que as crianças, por um motivo inexplicável, possuem dentes fracos. Relatam, contudo, a grande ingestão de alimentos cariogênicos, tais como doces e refrigerantes, ou o fato de fazerem a vontade do filho ou acha-

rem que o açúcar é importante para o desenvolvimento da criança. Muitos chegam a acusar o antibiótico como o grande “vilão”, causador de todos os danos dentários de seu filho. É difícil para um pai ou uma mãe entender que aquele alimento, aquela mamadeira adocicada, dada com tanto carinho é o que está prejudicando seu filho.

A ingestão de alimentos cariogênicos possui inúmeras razões, muitas vezes extrapolando a necessidade fisiológica de ingestão de açúcar, sobretudo a dimensão emocional para compensação da ausência dos pais ou até como prêmio por um bom comportamento.

Por outro lado, a pressão social também age como influência determinante no consumo exagerado do açúcar, pois, muitas vezes, as pessoas acreditam que dar doces significa amar e dar carinho.



Fig. 35.1



Fig. 35.2



Fig. 35.3



Fig. 35.4



Fig. 35.5



Fig. 35.6

Fig. 35.1 Esquema de um bebê mamando mamadeira deitado, dormindo.

Fig. 35.2 a 35.4 Criança com ECC, notem a grande destruição dos incisivos superiores, manchas brancas e lesões ativas na cervical dos dentes.

Fig. 35.5 Modelo inicial da paciente T.S., em oclusão.

Fig. 35.6 A paciente L.A.K. nos permitiu uma tomada radiográfica frontal e em oclusão, mas não permitiu foto de rosto.

É comum ouvirmos histórias de crianças que tomam 8 mamadeiras durante a noite, que as mães já deixam prontas do lado do berço, ou de crianças que passam a noite toda sugando o seio da mãe.

De acordo com o Dr. Henrique Klajner,⁴ as crianças, em geral, "não comem" em casos de doenças, irrupções dentárias ou quando foram habituadas a comer de maneira inadequada. Cita ainda, que crianças que só gostam de comer "porcarias" (Fig. 35.7) o fazem porque estas são de uso rotineiro em seu núcleo familiar ou porque se habituaram a elas em outros locais e esse hábito é tolerado pela família. Nesses casos, quando a criança recusa as refeições regulares, esses tipos de alimentos são oferecidos a ela. Assim, a criança come fora de hora porque os pais permitem:

"(...) Hábitos alimentares viciosos como ingerir leite em mamadeiras até idades avançadas (além de 1 ano e meio de idade) levam a criança ao comodismo de ter um alimento farto e fácil de ingerir, mas com o inconveniente de ser hipercalórico (engorda), de ser pobre em proteínas (contribui pouco para a "construção" do organismo), de matar fácil, rápida e precocemente a fome e impedir a aceitação de alimentos mais importantes, de provocar as famosas cáries rampantes destruidoras dos dentes (...)" (Klajner, 1998).

Uma má alimentação pode ameaçar o desenvolvimento mental da criança. Porém, se ela começar a se alimentar de forma correta e tiver um enriquecimento social e educacional antes dos 3 anos de idade, o crescimento e amadurecimento de seu cérebro pode alcançar o tamanho de uma criança normal.

A má alimentação e a falta de higiene adequada leva, então, ao aparecimento das cáries dentárias. Muitos pais só vão percebê-las quando um grande dano estrutural já aconteceu (Figs. 35.8 a 35.10).

O relato de um pai nos mostra bem a situação de uma criança que possui a ECC:

"As conseqüências de dentes mal conservados começaram a aparecer, tais como dores, mau hábito e até, por que não dizer, em relação à sua aparência, pois apesar da L.A.K. ter apenas 3 anos de idade, ela já era vaidosa. A maior preocupação era em relação à alimentação, pois em decorrência das dores de dentes, ela tinha dificuldade de mastigar os alimentos, o que gerava um desconforto e até desinteresse em se alimentar".

Essas crianças, muitas vezes, já passaram por outros profissionais que por falta de conhecimento científico do tratamento de crianças com pouca idade ou por falha na relação com os pais e com a criança acabaram realizando apenas tratamentos paliativos (como aplicações de flúor e adequação do meio com cariostáticos e ionômeros de vidro) ou não realizando tratamento nenhum. Em ambos os casos, esses profissionais falharam no tratamento dessas crianças que sentiram uma experiência ruim e desagradável com o tratamento dentário.

Segundo Helen Bee, a criança entre 18 meses e 5 anos de idade, compreende ser um 'eu', uma entidade única e contínua. E ela pode entender agora as coisas que as outras pessoas dizem a seu respeito, gênero das palavras que são usadas como referência a ela e os comentários que os outros fazem a respeito de suas capacidades ou dificuldades. Portanto, a criança se retrai socialmente depois de uma experiência de dor e desconforto, pois possui vaidade (apesar da pouca idade) e consciência para saber que aquilo que elas vêem na própria boca não é bonito e possui um cheiro ruim. Além de tudo isso, sabe que quando come coisas 'gostosas', sente dor. Esse afastamento social se dará justamente na época em que as crianças desenvolvem relações cada vez mais importantes com os companheiros, inclusive algumas amizades entre 4 e 5 anos de idade.

O relato de um pai nos mostra bem a passagem de crianças com a ECC por outros profissionais que não conseguiram realizar o tratamento:

"Pelo fato da L.A.K. estar "traumatizada" por tratamentos anteriores que não surtiram resultados positivos, achamos que encontraríamos dificuldades em submetê-la a novo tratamento, por outro lado, não poderíamos ficar inertes diante do quadro que gradativamente se agravava"

A criança com 3 anos de idade já possui um conhecimento cognitivo do certo e errado, do bem e mal e do feio e bonito. Com certeza essas crianças sabem que os dentes delas são feios e que isso é muito errado. Podemos verificar isso no comportamento da criança, no qual ela tem vergonha de sorrir e quando o faz é de forma discreta quando, nas fotos, por exemplo, seu sorriso não mostra os dentes. Além disso, se seus dentes não fossem feios, por que os pais as teriam levado em tantos dentistas para "consertá-los"?



Fig. 35.7



Fig. 35.8



Fig. 35.9



Fig. 35.10

Fig. 35.7 As “porcarias” que as crianças comem fora de hora.

Fig. 35.8 Lesões de cárie iniciais que, muitas vezes, passam despercebidas pelos pais.

Fig. 35.9 e 35.10 Fotografias de grandes destruições dentárias.

“Estávamos, em casa, todos incomodados, pois percebíamos o sofrimento da L.A.K., inclusive já influenciando o seu comportamento e não encontrávamos uma alternativa realmente eficiente para solucionar aquela situação” (relato dos pais).

Essa valorização dos dentes já existe há muito tempo e há tempo também é relatada pelos historiadores (Fig. 35.11). Na Bíblia encontramos um trecho que mostra bem a valorização deste órgão. *“Mas, se houver outros danos, urge dar a vida por vida, olho por olho, dente por dente, mão por mão, pé por pé, queimadura por queimadura, ferida por ferida, golpe por golpe.*

Se um homem, ferindo seu escravo ou escrava, atinge-lhe o olho e lho faz perder, deixá-lo ir livre em compensação do seu olho. E, se lho deitar fora um dente, deixá-lo-á ir livre em compensação do dente” (Bíblia – Antigo Testamento: Exodo 21: 23-27).

A valorização do órgão dentário existe desde os tempos mais remotos. Em muitos povos, os dentes não eram vistos apenas como símbolos de beleza, mas também como símbolos de

força, e sua perda significava fraqueza e enfermidade.⁹

Os incisivos significavam celebridade, alegria, juventude e jovialidade; os caninos, significavam trabalho, escarniçamento e ódio, já os molares, proteção, resistência e perseverança. Sua perda era o mesmo que perder a força agressiva da juventude, era símbolo de frustração, castração e falência.²

Os Fenícios, povo contemporâneo dos Egípcios e Hebreus, viviam no que hoje é o Líbano. Em escavações arqueológicas, descobriram-se sofisticadas restaurações dentais para a época, confirmando suas famosas habilidades manuais. Os Etruscos, povo que provavelmente emigrou da Ásia menor para a península italiana e lá se estabeleceu nos tempos pré-históricos, desenvolveram uma cultura com muitas habilidades, incluindo a prática odontológica. Os Romanos também eram muito preocupados com a estética dental.

Em escavações arqueológicas, nas regiões habitadas por esses povos, foram encontrados

artifícios protéticos para a substituição do dente perdido que datam de aproximadamente 400 a.C.²

Hoje, esses significados podem ainda se manter, mas com a valorização da estética, eles têm um significado social ainda muito mais forte. Os dentes são o nosso cartão de visitas, são eles que apresentamos no primeiro contato social (sorriso). Assim, vão ter influência determinante no tipo de relacionamento desejado. Seja no convívio familiar, social e escolar (Fig. 35.12).

É desnecessário dizer que essas crianças já são contrárias e negativas a qualquer manipulação em sua boca (Figs. 35.13 e 35.14) e que o odontopediatra precisará realizar um condicionamento rápido dessa criança. Às vezes, esse condicionamento se dá pela própria remoção da dor. Muitas vezes, após o tratamento de todos os abscessos e endodontias necessárias desses pacientes, as crianças param de chorar e ficam mais à vontade com o tratamento. Como no caso da menina T.S. que parou de chorar nas consultas seguintes, além de ter parado de entrar chorando na clínica.

A dor de dente é considerada uma das três piores dores humanas, tanto que durante a história humana podemos observar relatos de torturas feitas com a exodontia a "sangue frio".² Assim, podemos ver o quão deliciosamente bom foi para essas crianças quando conseguimos "curar" essa dor.

Sátiras, propagandas comerciais, filmes, charges e cartoons, associam até hoje a imagem do "sádico" com a do cirurgião-dentista, enquanto, para muitos, e até popularmente, estamos vinculados à imagem de "curador": aquele que liberta pessoas da dor e faz a remissão dos males do dente.²

O comportamento transformado da criança torna os pais mais tranquilos e satisfeitos, pois estes observam que estão conseguindo solucionar um problema que antes, para eles, parecia sem solução e traumatizante. Também, é muito gratificante para o odontopediatra ver a criança mais tranqüila e feliz no tratamento (Fig. 35.15).

É importante lembrar que a família inteira se envolve com o tratamento, pois padrões de dieta e higiene são mudados e a perseverança e disposição são fundamentais, isso porque, mesmo sabendo que a criança não está sentindo dor, nenhum pai ou mãe gosta de ouvir seu filho aos

prantos numa cadeira odontológica (Figs. 35.16 a 35.19).

É necessário formar uma tríade profissional-pai-criança, na qual a confiança é a pedra fundamental da relação; sem confiança os pais não cooperam em casa, a criança não "deixa" o profissional tratá-la corretamente e todo o tratamento é perdido (Figs. 35.20 e 35.21). Observe o seguinte relato de pais a esse respeito:

"Estabeleceu-se um relacionamento de amizade entre a paciente e a odontopediatra, que entendemos muito importante para que o tratamento fosse concluído, (...)" (relato dos pais).

Para conseguir o sucesso do tratamento de casos com a ECC, o profissional deve planejar um programa de desmame, seja do leite ou de líquidos açucarados, de forma gradativa. Esse desmame vai ser baseado na quantidade, frequência e horário em que esses tipos de alimentos são oferecidos às crianças. Muitos pais, se conscientizam mais rapidamente dos danos causados por essa dieta errada, outros de forma mais lenta. O profissional, então, não pode ser agressivo com aqueles que demoram mais para fazer o desmame. Porém, se após 2 meses esses hábitos não forem mudados, o profissional deve ser mais enérgico com os pais, e falar taxativamente que a remoção desses alimentos deve ocorrer, caso contrário, as cáries dentárias vão continuar aparecendo e o tratamento nunca acabará.

A confiança é muito importante durante todo o tratamento, e a anestesia aparece como algo que confirma nossa função: a de tirar a dor e o sofrimento daquela criança.

O tratamento de crianças com ECC não é apenas um tratamento dentário, pois entramos no modo de viver da criança e no relacionamento com seus familiares.

Sem a doença cárie, os pais relatam maior alegria de seus filhos perante a vida, aos seus amigos e a família. Além disso, essas crianças começaram a se alimentar melhor e a se impor perante os desafios que a vida lhes mostra (Figs. 35.22 a 35.24).

É importante ressaltar que a prevenção da ECC se dá principalmente com a **informação**. Ao prevenir esta doença, estaremos também prevenindo futuros problemas psicossociais da criança e de todos à sua volta. Ao tratarmos da doença, estaremos também tratando a readaptação desta criança na sociedade.

Afinal, uma criança doente não é uma criança feliz (Figs. 35.25 a 35.27).



Fig. 35.11



Fig. 35.12

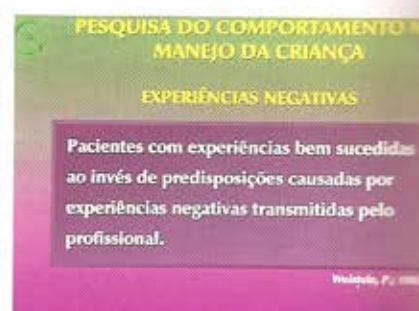


Fig. 35.13



Fig. 35.14



Fig. 35.15



Fig. 35.16



Fig. 35.17



Fig. 35.18



Fig. 35.19

Fig. 35.11 Slide esquemático da história da estética dentária.

Fig. 35.12 A importância dos dentes é tão grande, tanto estética como funcionalmente, que sempre colocamos nos pacientes mantenedores estéticos-funcionais. A vaidade vai ao ponto de escolher adesivos para enfeitar ainda mais o seu aparelho.

Fig. 35.13 Slide esquemático de experiências negativas anteriores passadas pela criança.

Fig. 35.14 Criança refratária ao atendimento odontológico.

Fig. 35.15 Notem a tranquilidade e sentimento de estar "à vontade" no consultório odontológico.

Fig. 35.16 Criança chorando durante o tratamento dentário.

Fig. 35.17 A escovação dentária deve ser feita mesmo no bebê e deve ser orientada pelo odontopediatra. Também em relação a sua técnica, quanto ao tipo de escova e o uso de dentifrício.

Fig. 35.18 e 35.19 Quando o hábito de higiene é incurtido na criança, a escovação e o uso do fio dental se torna rotina, mesmo para os pequeninos.



Fig. 35.20



Fig. 35.21



Fig. 35.22



Fig. 35.23



Fig. 35.24



Fig. 35.25



Fig. 35.26



Fig. 35.27

- Fig. 35.20 e 35.21 Criança após o tratamento dentário agradecendo sua amiga "dentista".
 Fig. 35.22 Criança com mantenedor estético-funcional. O uso é tão intenso que apesar do lateral fraturado, ela não o tira por nada.
 Fig. 35.23 e 35.24 Criança totalmente reabilitada, pronta para os desafios da vida.
 Fig. 35.25 a 35.27 A felicidade voltou ao rosto dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. BEE, H., *A criança em desenvolvimento*, 3. ed., São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1984.
2. GALITESI, C. R. L. *As mil e uma faces do dente*. São Paulo: Antropofósica, 175p., 2001.
3. GUEDES-PINTO, A.C. *Reabilitação bucal em odontopediatria – Atendimento integral*. São Paulo: Santos, 1999.
4. KLAJNER, H. *A auto-estimulação precoce do bebê*. 3.ed. São Paulo: Marco Zero, 169p., 1998.
5. KLEIN, M. *A educação de crianças à luz da investigação psicanalítica*, 2ed., Rio de Janeiro: Imago, 1973.
6. KLEIN, M. *Psicanálise da criança*, 3.ed., São Paulo: Mestre Jou, 1981.
7. MILGROM, P. Response to Reisine & Douglass: Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol – CDCE*, v.26, p.45-48, 1998. Suplemento.
8. PERETZ, B.; FAIBIS, S.; EVER-HADANI, P.; EIDELMAN, E. Children with baby bottle tooth decay treated under general anesthesia or sedation: behavior in a follow-up visit. *J Clin Pediatr Dent*, v.24, n.2, p.97-102, 2000.
9. RAMOS-GOMES, F. J.; TOMAR, S. L.; ELLISON, J.; ARTIGA, N.; SINTES, J.; VICUNA, G. Assessment of early childhood caries and dietary habits in a RING, M. E. *Dentistry: An illustrated history*. New York: Abrams Mosby-Year Book, p.319, 1995.
10. SWARTOUT, H.O. *O conselheiro do lar*. 10.ed. Santo André: Casa Publicadora Brasileira. 664p., 1949.
11. TINANOFF, N.; DALEY, N. S.; O'SULLIVAN, D. M.; DOUGLASS, J. M. Failure of intense preventive efforts to arrest early childhood and rampant caries: three case reports. *Pediatr Dent*, v.21, n.3, p. 160-163, may/jun., 1999.
12. TINANOFF, N.; KASTE, L. M.; CORBIN, S. B. Early childhood caries: a positive beginning. *Community Dent Oral Epidemiol – CDCE*, v.26, p.117-119, Suplemento, 1998.