

clusiva em nosso meio, a despeito da prática, também cultural e amplamente disseminada nas últimas décadas, de oferta de chás para alívio das cólicas do recém-nascido. Porém, é preciso ter em mente que essas mudanças são processuais e lentas, conforme apontamos em nosso artigo.

Em concordância com Cunha et al., consideramos fundamental pautar as ações sobre o não uso de chupeta, assim como todo o apoio à amamentação, em práticas de aconselhamento, que não impõem ou culpabilizam as mulheres, mas sim respeitam sua individualidade e fornecem informações relevantes para que elas decidam sobre o que é melhor para seus filhos. Isso significa que profissionais e responsáveis pelas políticas de saúde materno-infantil não podem manter posição neutra ou omissa sobre o uso de chupeta, prática associada a múltiplos desfechos negativos sobre a saúde e nutrição do lactente.

Referências

1. Parizoto GM, Parada CM, Venâncio SI, Carvalhaes MA. *Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children*. *J Pediatr* (Rio J). 2009;85:201-8.
2. Karabulut E, Yalçın SS, Ozdemir-Geyik P, Karaağaoğlu E. *Effect of pacifier use on exclusive and any breastfeeding: a meta-analysis*. *Turk J Pediatr*. 2009;51:35-43.
3. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. *Pacifiers and breastfeeding: a systematic review*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:378-82.
4. Kronborg H, Vaeth M. *How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration?* *Birth*. 2009;36:34-42.
5. Fein SB. *Exclusive breastfeeding for under-6-month-old children*. *J Pediatr* (Rio J). 2009;85:181-2.
6. Niemela M, Uhari M, Muttunen M. *A pacifier increases the risk of recurrent active otitis media in children in Day Care Center*. *Pediatrics*. 1995;96:884-8.
7. Peres KG, Barros, AJ, Peres, MA, Victora, CG. *Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study*. *Rev Saude Publica* 2007;41:343-50.

doi:10.2223/JPED.1939

Giuliana M. Parizoto

Mestre. Enfermeira, Banco de Leite de Bauru, Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, Bauru, SP.

Cristina M. G. de L. Parada

Livre-docente. Professora adjunta, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP.

Sônia I. Venâncio

Doutora. Pediatra, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP.

Maria Antonieta de B. L. Carvalhaes

Doutora. Professora assistente, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, SP.
E-mail: carvalha@fmb.unesp.br

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: o mito que sobrevive

Prezado Editor,

O artigo de revisão de Losso et al., recentemente publicado neste respeitado periódico, propôs-se a informar os fatores de risco para a cárie em pacientes menores de 6 anos¹. Lemos com muito interesse o manuscrito, uma vez que fomos citados em suas referências², e comentaremos alguns aspectos que achamos pertinentes.

O primeiro é sobre a denominação de cárie para essa faixa etária. A expressão *early childhood caries*, adotada pela Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD), busca enfatizar a presença da doença cárie na dentadura decídua nos 6 primeiros anos de vida. A tradução de Losso et al.¹, assim como de outros autores brasileiros, para esta expressão como "cárie precoce na infância" é inadequada, traz confusão quanto ao seu correto entendimento e não tem nenhuma relação com a conceituação proposta pela AAPD. Como o adjetivo "precoce" significa algo que é prematuro, que se produz antes do tempo normal ou que é formado antes da idade esperada, a adoção da nomenclatura "cárie precoce na infância" permite interpretar erroneamente que a cárie na dentição decídua é uma doença que se desenvolve em idade inferior à habitual. A confusão está no real significado da expressão *early childhood*, a qual designa o estágio de desenvolvimento humano que compreende os primeiros anos de vida, ou seja, o lactente e o pré-escolar. Por isso, a denominação "cárie do lactente e do pré-escolar (CLPE)", adotada pela primeira vez em literatura de língua portuguesa em nosso artigo², é a versão mais exata e adequada, pois define, de forma inequívoca, a presença dessa patologia em crianças de até 6 anos de idade.

O segundo aspecto importante é que Losso et al. afirmam que nosso estudo teria relatado informações conflitantes sobre a cariogenicidade do leite materno¹. Essa colocação não está correta, e a principal conclusão foi omitida por esses autores. Em nossa revisão sobre a relação entre o aleitamento materno e a CLPE, concluímos que não há evidências científicas que comprovem que o leite materno está associado com o surgimento de cárie. Complementamos afirmando que essa relação é complexa e confundida por muitas variáveis, principalmente infecção por *Streptococcus mutans*, hipoplasia do esmalte, ingestão de açúcares, em suas mais variadas formas, e condições sociais, representadas pela educação e nível socioeconômico dos pais². Com muito orgulho, nosso artigo foi considerado recentemente por White³ um dos cinco estudos com evidências científicas relevantes sobre a associação entre aleitamento materno e CLPE. Nesse estudo, White³ mostrou claramente nossa conclusão e listou as possíveis limitações da nossa revisão crítica. A autora concluiu que, em razão dos provados benefícios do aleitamento materno e da falta de evidências consistentes de sua relação com o surgimento da CLPE, os odontologistas devem apoiar as atuais recomendações para o aleitamento materno. A autora também recomenda que se dê ênfase à promoção de boas práticas de higiene dental a partir da erupção do primeiro dente

e que os pais sejam aconselhados a reduzir a frequência do consumo de alimentos e bebidas que contenham açúcar pelos lactentes e pré-escolares³.

O terceiro comentário diz respeito à grande preocupação de Losso et al. ao tentar enfatizar a posição da AAPD em desestimular o aleitamento materno sob livre demanda após o surgimento do primeiro dente decíduo¹. Os autores, apesar de realizarem uma revisão bibliográfica dos últimos 25 anos, desconsideraram as atuais evidências científicas que discordam dessa posição, incluindo grande parte das referências de nosso estudo² e o estudo de White³. Além disso, verificamos equívocos importantes e primários feitos por Losso et al. em relação ao estudo de Plutzer & Spencer⁴, o que prejudica as recomendações sugeridas por estes sobre o aleitamento materno. Segundo Losso et al., os achados de Plutzer & Spencer embasam as recomendações da AAPD⁴. Entretanto, ao analisarmos esse estudo⁴, observamos um erro importante de interpretação. Plutzer & Spencer testaram a eficácia de um programa de promoção de saúde oral em gestantes nulíparas com o objetivo de reduzir a prevalência de CLPE em seus filhos aos 18 meses de idade. Os autores observaram que as crianças cujas mães receberam orientações sobre saúde dental durante a gestação e aos 6 e 12 meses de idade da criança tiveram a prevalência de CLPE reduzida em quatro vezes. Em nenhuma parte do estudo de Plutzer & Spencer foram referidas as recomendações da AAPD⁴. Pelo contrário, as orientações nutricionais adotadas pelos autores foram baseadas em recomendações oficiais do governo australiano, as quais estimulam manter o aleitamento materno pelo menos até 1 ano de idade e não sugerem limitá-lo sob qualquer pretexto, devido a sua baixa prevalência aos 6 meses (aproximadamente 20%)⁵.

Além disso, recentemente outro estudo confirmou que o leite materno, além de não ser cariogênico, é um elemento protetor no surgimento de cáries⁶. Niemi et al. demonstraram que compostos do leite humano têm a capacidade de inibir *in vitro* a adesão do *S. mutans* em cristais de hidroxiapatita⁶.

Diante das evidências científicas atuais, que sustentam que o leite materno não é cariogênico, discordamos das conclusões dos autores quanto a qualquer limitação ao aleitamento materno em função da saúde oral pediátrica. A posição de Losso et al.¹ confirma outra informação relatada em nossa revisão crítica: apesar de não haver embasamento científico comprovando a associação entre aleitamento materno e cárie, muitos profissionais, tal como esses autores, ainda duvidam da ausência de cariogenicidade do leite humano, perpetuando o mito que se originou dessa associação.

Ressaltamos que nossos apontamentos não tiram o mérito do restante do artigo e esperamos ter contribuído com nossas observações.

Referências

1. Losso EM, Tavares MC, da Silva JY, Urban CA. Severe early childhood caries: an integral approach. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85:295-300.
2. Ribeiro NM, Ribeiro MA. Breastfeeding and early childhood caries: a critical review. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:S199-210.
3. White V. *Breastfeeding and the risk of early childhood caries*. Evid Based Dent. 2008;9:86-8.
4. Plutzer K, Spencer AJ. *Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries*. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36:335-46.

5. Jackson M. Food for toddlers. The information leaflet based on Child and Youth Health's 'Feeding Babies and Young Children' and the National Health and Medical Research Council's 'Dietary Guidance for Children and Adolescents'. Adelaide, SA: Anti-Cancer Foundation South Australia, 1999.

6. Niemi LD, Hernell O, Johansson I. *Human milk compounds inhibiting adhesion of mutans streptococci to host ligand-coated hydroxyapatite in vitro*. *Caries Res*. 2009;43:171-8.

doi:10.2223/JPED.1945

Nilza M. E. Ribeiro

Cirurgiã-dentista, odontopediatra. Mestranda, Saúde da Criança, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. E-mail: anraquel@terra.com.br

Manoel A. S. Ribeiro

Pediatra, neonatologista. Mestre em Pediatria, PUCRS, Porto Alegre, RS.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

Resposta dos autores

Prezado Editor,

Inicialmente, agradecemos a leitura bastante atenta e os comentários enviados por Ribeiro & Ribeiro a respeito do nosso artigo intitulado "Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral"¹. Nosso trabalho fez uma abordagem ampla sobre a cárie na infância, incluindo informações sobre sua prevalência, fatores de risco para seu desenvolvimento e aspectos clínicos, bem como repercussões locais e sistêmicas e prevenção. Desse modo, não foi nosso objetivo esgotar cada tópico abordado no artigo.

Em relação à terminologia empregada, observa-se que na literatura internacional podem ser encontradas diversas denominações, no decorrer dos anos, para o assunto em questão². Embora a proposta do termo "cárie do lactente e do pré-escolar" seja válida e interessante, os termos "cárie precoce na infância" e "cárie de acometimento precoce" são consagrados na língua portuguesa e utilizados em artigos de odontologia no Brasil, sendo os mais empregados na prática entre os odontólogos².

Em nenhum momento propusemos desestimular o aleitamento materno. Muito pelo contrário, entendemos que o papel do cirurgião-dentista é o de estimulá-lo, uma vez que, além dos inegáveis benefícios para a saúde física e psicológica da criança, a amamentação natural favorece um crescimento facial harmônico e previne o desenvolvimento de deglutição atípica e de maloclusões³.

Revedo o parágrafo onde citamos sua excelente revisão⁴ e no qual usamos a frase "informações conflitantes sobre a cariogenicidade do aleitamento materno"¹, tratou-se de uma referência ao comentário "os resultados encontrados frequentemente contradizem-se uns aos outros, e os achados nem sempre foram reproduzidos"⁴, o que pode ser observado pelos artigos originais citados na revisão. Concordamos que suas conclusões

foram de que "não há evidências científicas que comprovem que o aleitamento materno possa estar associado com o surgimento de cárie, sendo essa relação complexa e confundida por muitas variáveis"⁴. Nessa linha, Valaitis et al.⁵, em uma revisão sistemática sobre a associação entre aleitamento materno e cárie precoce na infância, concluem que "as evidências não sugerem uma associação consistente e forte entre aleitamento materno e o desenvolvimento de cárie precoce da infância"⁵ e que "as mulheres devem ser encorajadas a manterem o aleitamento materno enquanto desejarem"⁵. Entretanto, os autores também afirmam que as deficiências metodológicas dos 28 estudos revisados e incluídos na análise tornam difícil chegar a uma conclusão; além disso, os três estudos experimentais com melhor metodologia indicariam associação entre aleitamento materno noturno e cárie precoce da infância.

Uma das recomendações da Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD) para prevenção da cárie precoce na infância é que se evite a amamentação noturna com livre demanda após a erupção dos dentes. Em nosso parágrafo houve um erro de digitação, que fez com que realmente faltasse a palavra "noturna", o que, de fato, mudou o sentido da frase. Os odontólogos estimulam o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, idade na qual coincidem o início da alimentação mista e a erupção dos dentes decíduos. Nesse período, a criança já não está mais sob o regime de aleitamento natural exclusivo, e outros alimentos são introduzidos na sua dieta até seu completo desmame, aos 2 ou mais anos de idade. A continuidade da frase reforça a importância da higiene dental depois que a criança mamar e antes de ir para a cama. Mais uma vez agradecemos a leitura atenta, o que oportunizou o debate e a correção desta recomendação.

Os leites humano e bovino realmente possuem componentes protetores para o esmalte dental. Porém, as bactérias do biofilme dental podem metabolizar a lactose e apresentar propriedades cariogênicas quando o tempo de contato é prolongado e a frequência é alta (mais de seis vezes ao dia)³. Durante o sono, há redução do fluxo salivar e da frequência de deglutição, favorecendo a permanência do leite na cavidade bucal. Com a diminuição do fluxo salivar, ocorre a redução da capacidade tampão da saliva, que é o protetor natural das estruturas dentais. Além disso, devemos considerar que, após a amamentação durante o sono, os pais têm maior dificuldade para realizar a higiene dental da criança. A associação desses fatores pode tornar o ambiente bucal mais propício ao desenvolvimento da cárie dentária. A recomendação é que, após a amamentação, a higiene bucal seja realizada³. Nesse ponto, é interessante notar que, dependendo das condições experimentais, podemos encontrar estudos que indicam a presença de fatores protetores no leite materno⁶ e estudos que sugerem que o leite materno apresenta potencial cariogênico⁷.

Sendo a doença cárie de etiologia multifatorial, existe sempre associação de fatores de risco, e a relação será de associação, e não de causa-efeito. Ações de promoção de saúde que contemplam fatores distais de associação são, sem dúvida, as ações de maior impacto populacional. Porém, é inegável a participação de fatores comportamentais na experiência de cárie. A orientação nutricional sempre fará parte do rol de medidas de prevenção.

Conforme resumimos no artigo, Plutzer & Spencer⁸ realizaram um programa motivacional iniciado no período gestacional

e reforçado aos 6 e 12 meses de vida do bebê, que apresentou redução de cárie quando comparado ao grupo controle, que participou do programa somente no início da pesquisa. Não observamos contradição com a descrição, um pouco mais detalhada, de Ribeiro & Ribeiro. Acreditamos que os resultados Plutzer & Spencer⁸ podem dar suporte à recomendação da AAPD no que se refere à consulta precoce, pois esta favorece a prevenção da cárie dentária.

Agradecemos pelo espaço disponibilizado nesta excelente revista. Assuntos de grande importância, como a cárie, doença crônica mais comum na infância, mostram-nos a necessidade de uma integração dos profissionais da área da saúde que trabalham com crianças, objetivo principal de nosso artigo.

Referências

1. Losso EM, Tavares MC, da Silva JY, Urban CA. Severe early childhood caries: an integral approach. *J Pediatr* (Rio J). 2009;85:295-300.
2. Azevedo TD, Toledo OA. Cárie severa da infância: discussão sobre a nomenclatura. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*. 2002;5:336-40.
3. Nelson-Filho P, Queiroz AM, Mussolino ZM, Assed S. Avaliação dos hábitos alimentares em crianças portadoras de Cárie de mamadeira. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*. 2001;4:30-4.
4. Ribeiro N, Ribeiro M. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. *J Pediatr* (Rio J). 2004;80: S199-210.
5. Valaitis R, Hesch R, Passarelli C, Sheehan D, Sinton J. A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. *Can J Public Health*. 2000;91:411-7.
6. Niemi LD, Hernell, O, Johansson I. Human milk compounds inhibiting adhesions of mutans streptococci to host ligand-coated hydroxyapatite in vitro. *Caries Res*. 2009;43:171-8.
7. Peres RC, Coppi LC, Volpato MC, Groppo FC, Cury JA, Rosalen PL. Cariogenic potential of cows', human and infant formula milks and effect of fluoride supplementation. *Br J Nutr*. 2009;101:376-82.
8. Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36:335-46.

doi:10.2223/JPED.1946

Estela M. Losso

Doutora, Odontopediatria, cirurgiã-dentista. Professora, Mestrado em Odontologia Clínica, Universidade Positivo, Curitiba, PR. E-mail: emlosso@up.edu.br

Maria Cristina R. Tavares

Mestre, Saúde Coletiva. Cirurgiã-dentista. Professora, Saúde Coletiva e Odontologia da Infância, Universidade Positivo, Curitiba, PR.

Juliana Y. B. da Silva

Mestre, Odontopediatria, cirurgiã-dentista. Estágio Avançado, Disciplina de Odontologia da Infância, Universidade Positivo, Curitiba, PR.

Cícero de A. Urban

Médico. Professor, Graduação e Pós-Graduação em Medicina, Universidade Positivo, Curitiba, PR.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.