



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A IMPORTÂNCIA DO MÉDICO DENTISTA DURANTE A PRIMEIRA INFÂNCIA

Trabalho submetido por
Maria Carolina Sena Esteves de Magalhães Guedes
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2014



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**A IMPORTÂNCIA DO MÉDICO DENTISTA DURANTE A
PRIMEIRA INFÂNCIA**

Trabalho submetido por
Maria Carolina Sena Esteves de Magalhães Guedes
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Doutor José Grillo Evangelista

Setembro de 2014

Este trabalho não foi escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

Agradecimentos

Ao meu orientador de tese, José Grillo Evangelista, pelo enorme apoio, dedicação e disponibilidade demonstrada durante todo o meu percurso acadêmico.

Aos meus pais, irmãos, avós e a toda a família pelo carinho, compreensão, apoio e dedicação, porque sem eles nada seria possível.

Ao meu grupo de amigos, especialmente aos da faculdade, porque tornaram os meus dias melhores com a alegria com que me presentearam no trabalho e, por toda a ajuda para a chegada ao fim do meu percurso acadêmico.

À Dra. Camila Palma, pela cedência das suas imagens e disponibilidade.

Por fim, e não menos importante, agradeço a Deus, ser uma presença viva na minha vida.

1. Resumo

O Médico Dentista tem um papel fulcral na vida do bebé. Pretende-se mostrar com esta monografia a importância de uma intervenção precoce do Médico Dentista na vida do bebé, mais particularmente até aos 2 anos de idade.

Embora cada vez mais os médicos estejam familiarizados com a necessidade de prevenção da saúde oral na criança, é necessário reforçar essa importância em idades mais tenras. Pretende-se criar uma colectânea de informações e medidas única e exclusivamente dedicadas às crianças até aos dois anos para uma intervenção mais eficaz do Médico, quer na interacção com o Pediatra quer na informação dos responsáveis pela criança.

Palavras-chave: Médico Dentista, Primeira Infância, Pediatra, Pais

Abstract

The Dentist has a major role in a baby's life. The theme of this thesis is to point out the importance of an early intervention from the Dentist, especially during the first two years of childhood.

Although doctors are increasingly aware of the importance of oral health promotion, it's important to reinforce it's relevance in what early ages are concerned.

The purpose of this thesis is to collect a set of information and procedures focused on the early childhood for a more effective action from the Dentist both on the interaction with the Pediatrician and on providing information to the parents.

Key Words: Dentist, 1st childhood, Pediatrician, Parents

Índice

I. Introdução.....	16
II. Desenvolvimento	18
1. Primeira Visita ao Dentista	18
2. Amamentação	19
2.1 Vantagens da Amamentação	20
2.2 Período ideal de amamentação	22
2.3 Desvantagens de um período de amamentação curto.....	22
2.4 Desvantagens de um período de amamentação longo.....	24
2.5 Noções básicas da amamentação.....	25
3. Cárie e Alimentação.....	28
3.1 Cárie de Acometimento Precoce	34
3.2 Dicas de alimentação.....	35
3.3 Factores de Risco	37
4. Higiene Oral.....	38
5 Erupção Dentária e Sintomas Associados.....	43
5.1Cronologia e Sequência.....	43
5.2 Sintomatologia de Erupção	45
6. Traumatismos em Dentição Decídua	48
6.1 Urgências e Traumatismos	50
7 Hábitos Deletérios e Maloclusões.....	57
7.1 Respiração Oral	57
7.2 Sucção digital	60
7.3 Chupeta, Biberon.....	62
8. Prevenção e Flúor	65
8.1 Pastas Fluoretadas	67
8.2 Verniz de Flúor.....	68

8.3 Flúor Sistémico	71
9 Guia Prático Para Os Pais	71
III. Conclusão	74
IV. Bibliografia.....	75

Índice de Figuras

Figura 1 Peito: avanço da mandíbula.....	23
Figura 2 Biberon: Posição distal da mandíbula.....	23
Figura 3 Lesões de Cárie nos dentes decíduos anteriores.....	35
Figura 4 Alimentação adequada vs Alimentação contra-indicada.....	36
Figura 5 Dedeira para massagem gengival.....	39
Figura 6 Massagem gengival com dedeira.....	39
Figura 7. Posição de Starkey.....	42
Figura 8 Cronologia de Erupção.....	44
Figura 9 Sequência de Erupção	44
Figura 10 Tira de cenoura para alívio da sintomatologia de erupção.....	47
Figura 11 Fractura não complicado das coroas.....	57
Figura 12 Hábito de Sucção Digital com sucção do polegar Vs Hábito de Sucção Digital com sucção de dois dedos.....	62
Figura 13 Mordidas Abertas anteriores causadas pelo uso prolongado de chupeta.....	65
Figura 14 Diferenças de quantidade de pasta utilizada em crianças menores de 2 anos (“Esfregaço”) Vs Crianças maiores de 2 anos (“ervilha”).....	68
Figura 15 Aplicação de vernizes de Flúor.....	70
Figura 16 Verniz de Flúor Duraphat.....	70

Índice de Tabelas

Tabela 1. Traumatismos de tecidos duros, Definição e Respectivo Tratamento.....	52
Tabela 2. Traumatismos de tecidos moles, Definição e Respectivo Tratamento.....	54
Tabela 3. Modo de aplicação dos vernizes de Flúor.....	69
Tabela 4. Guia prático para os pais.....	71

Índice de Siglas

AAPD - American Academy of Pediatric Dentistry

ADA – American Dental Association

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS - Organização Mundial de Saúde

I. Introdução

O objectivo desta revisão bibliográfica é reunir o maior número de dados possíveis para que exista uma melhor saúde oral durante a primeira infância lactente do pós-Natal, entre os 29 dias e os 2 anos (Coitinho, 2002; Silva *et al.*, 2010). Cabe ao Médico Dentista criar uma boa relação com a mãe/pai do bebé com o intuito de ensinar técnicas, alarmar para determinadas situações frequentes do dia-a-dia e dar a conhecer elementos necessários para a boa saúde oral da criança.

Uma vez que são os pais os maiores responsáveis pela criação de bons hábitos nas crianças é de fundamental importância a concretização da promoção e educação para saúde oral do bebé. (Silva *et al.*, 2010 ; Oliveira *et al.* 2010)

O Médico Dentista torna-se o elemento chave pois, permite a ponte entre o conhecimento e a aplicação do mesmo directamente no interessado. Nos dias de hoje uma comunidade informada torna-se essencial e, com o desenvolvimento técnico-científico e desenvolvimentos na área da Saúde não se encontram justificações para que não se tomem as devidas precauções quando se trata de inferir hábitos na população em geral. (Portaro & Blanco, 2013)

A maioria das crianças desde o início da gravidez tem contacto com o Pediatra, o mesmo não se verifica com os cuidados em Medicina Dentária, em que a maioria das crianças, antes dos três anos, não tem contacto com este último profissional. Uma vez que a cárie dentária é a doença crónica mais comum na infância deve alertar-se os Médicos Pediatras para a importância de um acompanhamento dentário desde cedo. Deve ser feita a devida ponte com os pediatras em geral com o intuito de aumentar a responsabilidade para a promoção da saúde oral e prevenção precoce das doenças orais. Os médicos tornam-se fundamentais para ajudar as crianças a receberem o devido atendimento dentário (dela Cruz, Rozier, & Slade, 2004 ; Douglass *et al.*, 2004).

Um atendimento personalizado precoce durante a primeira infância pretende chamar a atenção dos pais para uma possível redução das hipóteses de desenvolvimento de cárie nas crianças e alertar os pais para os benefícios de uma boa higiene oral. Uma vez que o profissional detém conhecimentos da etiologia, modo de actuação, controle e prevenção faz sentido que os pais desde cedo tenham contacto com o Médico Dentista para uma intervenção precoce na vida dos filhos, para que o primeiro contacto da

criança não seja em situações de emergência em casos de dor ou estética (Oliveira *et al.*, 2010). Chama-se particularmente à atenção para a necessidade dos Médicos Dentistas oferecerem “completa assistência durante os primeiros anos de vida quanto às orientações necessárias para a amamentação, higiene e hábitos bucais e prevenção da doença de cárie” (Galbiatti, Gimenez, & Moraes, 2002).

Em particular deve chamar-se à atenção para a doença mais prevalente, sob a qual tem recaído a atenção neste último século: a cárie dentária (Silva, 2003). Cabe ao Médico Dentista difundir os seus conhecimentos de maneira a “esclarecer e capacitar os pais para o entendimento da doença, os seus mecanismos de desenvolvimento bem como as formas de actuar na reversão do processo(...)” (Oliveira *et al.*, 2010).

Tópicos como a primeira ida do bebé ao Dentista, o cuidado na observação parental/dentista, na erupção dos dentes decíduos, aplicação de flúor, prevenção de traumatismos, hábitos deletérios, cuidado em certos hábitos rotineiros e antigos, amamentação bem como o cuidado na alimentação como supressão de uma das epidemiologias mais frequentes que é a cárie são formas de intervenção directa do médico dentista durante a primeira infância através da mãe/pai do bebé (Galbiatti *et al.*, 2002).

Este tema torna-se de especial interesse, não só por tornar uma sociedade mais informada em conceitos e práticas de saúde oral, mas também por evitar o aparecimento de doenças prejudiciais ao bem-estar da criança, sendo uma actividade acessível e de baixo custo (Suyu & Iannacone, 2013).

Esta dissertação pretende revelar e esclarecer os pais, Pediatras e o Médico Dentista Generalista da influência na vida do bebé com o intuito de atingir a sociedade em geral, contribuindo para uma geração mais esclarecida, mais activa e preocupada com a saúde oral desde cedo. A união de esforços ajuda a resultados melhores (Guimarães, Costa, & Louise, 2003; Reis *et al.*, 2010)

II. Desenvolvimento

1. Primeira Visita ao Dentista

Grande parte das entidades responsáveis está de acordo que a primeira visita ao dentista deve ser realizada durante o primeiro ano de vida da criança. Se possível assim que se dê o aparecimento do primeiro dente na boca da criança. Alguns autores ainda adiantam que para que os pais possam receber alguns cuidados mesmo antes dos dentes erupcionarem podem deslocar-se ao Odontopediatra com o intuito de esclarecer dúvidas e inquietações relacionadas com a idade em questão (Schroth, Yaffe, & Jeanette, 2013; Ordem dos Médicos Dentistas, 2014).

A Ordem dos Médicos Dentistas – OMD - (2014) diz que é nesta altura que se podem estabelecer bons hábitos e que os pais devem preocupar-se desde cedo com a saúde oral da criança de modo a diminuir o risco de cárie, interceptando maus hábitos.

Palma (2011) refere que o objectivo destas consultas na primeira infância não é tratar precocemente as doenças, mas evitar a todo o custo que elas apareçam, essencialmente através do controlo dos factores de risco e orientando os pais de acordo com a idade das suas crianças.

“A idade da primeira consulta da criança ajuda a determinar a qualidade do atendimento dentário preventivo que a criança vai receber e, assim, o futuro da saúde oral da criança.” (Meera R *et al.* 2008).

A *American Academy of Pediatric Dentistry* – AAPD - (2014) e a *American Dental Association* – ADA - (2013) estão também de acordo que a primeira visita ao dentista deve decorrer após a erupção do primeiro dente ou no máximo até ao fim do primeiro ano de vida do bebé.

Pujar (2013) referiu num artigo o aconselhamento de várias organizações da altura ideal da primeira consulta do bebé. Assim sendo, citando o artigo, a *Australian Dental Association* e a *British Dental Association* recomendam o mais cedo possível de maneira a prevenir as lesões de cárie.

Acerca da primeira consulta no artigo realizado por Rayner (2003) em “The first visit: a UK point” no *International Journal of Pediatrics Dentistry*, já se aconselhava a uma primeira consulta antes do nascimento do bebé ou imediatamente a seguir à

erupção do primeiro dente, sendo crucial virar-se a promoção da saúde oral para as mães.

Em 2003, na Dinamarca, também com uma intenção clara de que o aparecimento pela primeira vez da criança no dentista devia ser feito antes da necessidade de qualquer tipo de tratamento, referindo o primeiro ano de idade como uma idade ideal, em que se abordariam temas como factores de risco na prevenção da cárie, ambientação ao consultório, e ganhar conhecimentos quanto ao tipo de actuação em caso de traumatismos (Poulsen, 2003).

Em 2003, na Austrália, Widmer refere que a ideia desta primeira consulta, após a erupção do primeiro dente ou no máximo até aos 12 meses, é o aconselhamento sobre procedimentos de higiene oral, alimentação e eventualmente necessidade de prescrição de suplementos de flúor.

Vemos assim que já desde há alguns anos para cá, que as várias organizações Mundiais de Saúde Dentária estão de acordo numa coisa: a necessidade de atendimento precoce da criança com o intuito da Promoção da Saúde Oral.

2. Amamentação

O incentivo à amamentação é um dos instrumentos que o Médico Dentista pode usar na construção de uma prática voltada para a prevenção: prevenção da maloclusão, malefícios causados pela chupeta e bicos e qual a maneira de usar caso seja indispensável (Andrade, 2011). Assim sendo neste subcapítulo tentaremos abordar assuntos como a relação entre o período de amamentação e as más oclusões, técnicas correctas de amamentação e algumas dicas e técnicas deste período em concreto.

Desde cedo que a criança sente uma necessidade de satisfazer o desejo de sucção, evidentemente ainda dentro do ventre materno. Na 29ª semana intra-uterina já existe o hábito de sucção estando perfeitamente desenvolvido às 32 semanas. Será justificado que após o seu nascimento este desejo permaneça, tenha que ser saciado e que esteja perfeitamente desenvolvido (Silva, Oliveira, Gouvêa, & Capellari, 2013).

2.1 Vantagens da Amamentação

Palma *et al.* (2010) referem a amamentação como uma actividade necessária para manter o bem-estar geral, nutricional e psicológico do bebé, para além de ajudar a um crescimento e desenvolvimento favorável das estruturas dentárias e esqueléticas do bebé.

Joanna Briggs Institute, (2005) refere o aleitamento materno como um procedimento que “leva a aumentar o vínculo mãe-bebé” e Andrade (2011) comenta que existe uma maior satisfação das necessidades emocionais da criança pelo contacto com a mãe.

Neiva (2003), Blanco-Cedres, Guerra, & Rodriguez (2007), Lima (2011); Guedes Pinto (2012) estão também de acordo que representa um papel fulcral no que toca ao desenvolvimento dos ossos, músculos e articulações da face e influencia futuros reflexos na fala respiração e deglutição, tendo também grande importância no que toca a estimulação do paladar da criança.

Rocha, Nascimento, & Pereira (2004) completam que crianças que sejam amamentadas até ao período de seis meses têm maiores probabilidades de desenvolverem correctamente os arcos dentários, bem como o palato por comparação com as crianças que recebem biberon.

Andrade (2011) em concordância com Silva *et al.* (2013) dizem que a amamentação permite movimentos correctos como o selamento labial durante o repouso, permite a correcção do retrognatismo mandibular fisiológico, favorece a conformação lingual na região palatina dos incisivos centrais pela aquisição da tonicidade adquirida pela intensa actividade dos músculos da língua. Adiantam ainda que o aleitamento materno parece diminuir a prevalência de hábitos deletérios.

Em 2011 a Organização Mundial de Saúde – OMS - afirma que o aleitamento materno do ponto de vista odontológico e da função mastigatória favorece o desenvolvimento do tónus muscular necessário à utilização quando chegada a primeira dentição, promovendo o crescimento antero-posterior dos ramos mandibulares e a modelação do ângulo mandibular. Bueno *et al.* (2013) também já partilhavam desta opinião (Bueno, Bittar, Vazquez, Meneghim, & Pereira, 2013).

Lima (2011) e Guedes Pinto (2012) referem que a amamentação constitui um bom aparelho ortodôntico uma vez que, durante este procedimento, o bebé movimenta e coloca a língua na posição correcta dentro das arcadas ajudando a uma sincronização das funções de deglutição e sucção, as bochechas tomam a sua posição correcta uma vez que acompanham estes movimentos.

Guedes Pinto (2012) referiu que a amamentação não sendo um acto passivo contribui em várias medidas para o desenvolvimento da criança. Uma vez que não é necessário parar a respiração nasal enquanto mama, as actividades nasais prosseguem e fomentam a criança a ter uma respiração nasal. Para além disso a criança quando mama precisa de “prender, avançar e retrair a mandíbula” favorecendo a interface correcta entre os dentes na mastigação por estimulação correcta de vários músculos. Por fim, provoca excitação da articulação temporo-mandibular porque “os movimentos protrusivo e retrusivo da mandíbula excitam ao mesmo tempo as partes posteriores da articulação temporo-mandibular e através das tracções e compressões da articulação ocorre como resposta o desenvolvimento pósterio-anterior dos ramos mandibulares e simultaneamente a modelagem do angulo mandibular”.

Para a mãe, existem também alguns benefícios como a diminuição de hemorragias uterinas após o parto, diminui o risco de anemia, ajuda a um retorno mais rápido da forma física, e diminui o índice de fractura por osteoporose, bem como a incidência de cancro da mama, explicando que a libertação de células transformadoras pela produção de leite inibem o crescimento celular, a ocorrência de trocas secretoras e a proliferação celular (Giugliani, 2000; Andrade, 2011).

Leone & Sadeck (2012) referem que a amamentação exclusiva até aos seis meses faz parte de uma componente fundamental de promoção de saúde oral. Justificaram também que existem alguns factores de desmame precoce como o nível socioeconómico, experiência anterior sem aleitamento materno, falta de suporte e incentivo por parte dos profissionais, tabagismo, trabalho fora de casa e menor idade materna, mais relacionados com a criança refere ser resultado de parto de cesariana, produto de gestação múltipla ou primeiro filho e /ou prematuro e por fim o uso de chupeta. Ainda realizaram um estudo de corte transversal em que avaliaram os factores de risco existentes decorrentes da não amamentação até aos seis meses de vida do bebé, mencionando que nos centros hospitalares onde foi feito esse estudo, crianças que

usavam chupeta não tinham sido amamentadas até aos seis meses alertando que o trabalho materno fora de casa impede essa amamentação exclusiva.

2.2 Período ideal de amamentação

Vários são os autores que referem que a amamentação exclusiva deve ser feita pelo menos até aos seis meses de idade.

Palma (2010) refere que se deve fomentar a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade. Após a erupção do primeiro dente deve-se ir retirando a alimentação nocturna e ir introduzindo alimentação complementar.

Franquet, Palma, & Cahuana (2009) expõem que a “melhor alimentação desde o nascimento até aos seis meses é a alimentação materna sem restrições nocturnas”, no entanto, se a amamentação se continuar até ao um ano de idade aconselham a descontinuar-se a alimentação nocturna porque a partir dos seis meses de idade aliada à má higiene oral pode favorecer o aparecimento de lesões de cárie.

A OMD, em 2014, refere que se deve promover a amamentação materna pelo menos até aos 4-6 meses de idade.

A OMS em 2014 defende que se deve promover a amamentação exclusiva até aos seis meses e fazer alimentação complementar até aos dois anos.

2.3 Desvantagens de um período de amamentação curto

Palma (2010) relata que um período curto de amamentação pode provocar problemas de sucção, deglutição e também influenciar negativamente as estruturas dentárias e esqueléticas.

Bueno *et al.* (2013) indica que um período curto de amamentação aumenta a probabilidade de instalação de hábitos não nutritivos, deficiente desenvolvimento do aparelho mastigatório, instalação de deglutição atípica, respiração mista tendo como resultado maloclusões.

Andrade (2011) indica que a amamentação exclusiva é essencial para promover um padrão respiratório normal e que a presença de uma duração insuficiente estava

associada à presença de hábitos de sucção não nutritivos persistentes em crianças com a dentição decídua completa. Acrescenta ainda que a curta duração é predisponente para classes II, mordidas abertas anteriores e espaçamento dos segmentos anteriores.

Thomaz, Cangussu, & Assis (2012) através de uns estudos realizados relacionam o curto período de tempo de amamentação com a prevalência de classe II e o aumento da probabilidade da criança vir a adquirir hábitos não nutritivos. Explicam também que uma criança saciada pelo peito da mãe tem menos necessidade de vir a procurar outros tipos de hábitos como a sucção digital ou a chupeta e que a criança se torna mais calma e satisfeita com menos necessidade de procurar outros objectos de substituição.

Kobayashi, Scavone, Ferreira, & Garib (2010) também apresentam nos resultados de um estudo que um período curto de amamentação pode levar a cabo o aumento da prevalência de mordidas cruzadas posteriores. Nesse estudo, por comparação de grupos verificou-se que as crianças que nunca tinham sido amamentadas apresentam um aumento de prevalência e gradativamente os grupos de maior tempo de amamentação apresentavam menor prevalência. Também relacionou o facto de serem amamentadas num menor período de tempo que inevitavelmente bebiam pelo biberon e adquiriam mais facilmente hábitos não nutritivos e por conseguinte havia um aumento de prevalência de mordidas cruzadas nessas crianças. Para terminar constataram que as crianças que eram amamentadas por mais tempo tinham menos problemas de respiração e no seguimento menos más-oclusões.

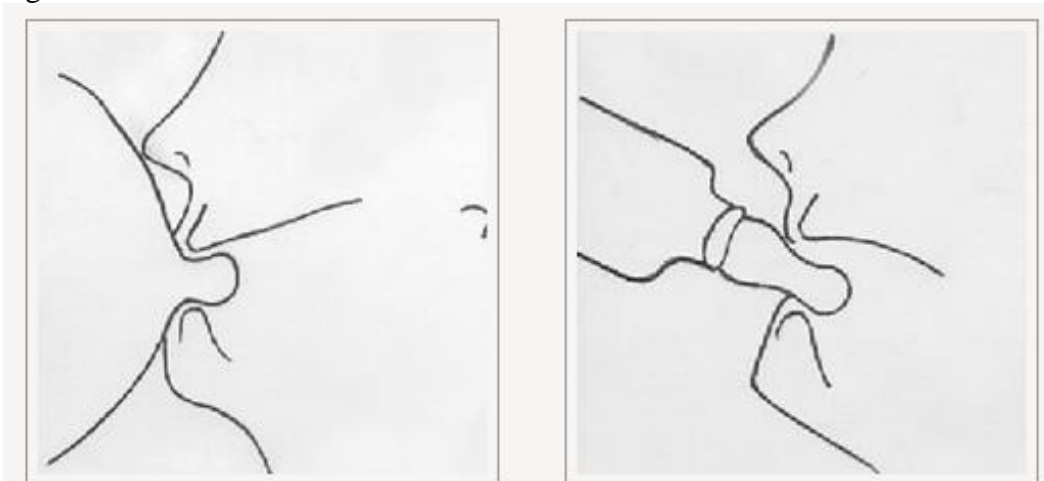


Figura 1. Peito: avanço da mandíbula

Figura 2. Biberon: Posição distal da mandíbula

Disponível em: www.odontologiaparabebes.com imagem cedida por Dra. Camila Palma

2.4 Desvantagens de um período de amamentação longo

Palma & Cahuana (2011) indicam que um período longo de amamentação, ou seja depois da erupção do primeiro dente primário, por volta dos seis meses, não é aconselhado sobretudo durante a noite, por aumentar o risco de cárie da criança com a adjuvante de outros factores de risco. Explicam que a lactação prolongada e a sua relação com as cáries é um tema de bastante controvérsia uma vez que não existe nenhum factor que origine a cárie sozinho. Ou seja, que o leite materno oferecido à criança, mesmo que seja por um maior período de tempo do que aquele que é aconselhado, eventualmente só originará lesões de cárie quando associado a outros factores como a elevada frequência sobretudo durante a noite onde há diminuição do fluxo salivar e também pela falta de higiene que ocorre após as tomadas durante a noite.

Segundo Ribeiro (2004) a amamentação durante um período de tempo indeterminado e sobretudo à noite pode provocar o aumento de risco de cárie. No entanto, acrescenta que o leite materno não é um elemento com grande capacidade cariogénica, mas que apenas associado a falta de higiene e tomas frequentes é que pode aumentar o risco de cárie nas crianças.

Um desmame tardio pode levar ao aumento da prevalência de cárie, nomeadamente após os 18 meses de idade, sobretudo quando combinado com outros factores de risco (Vieira, 2000; Palma, 2011)

A *American Dental Association's* em *Statement on Early Childhood Caries* afirmou que depois da erupção do primeiro dente, mantendo o aleitamento materno existe grande probabilidade de aumentar o risco de cárie na criança e em "*The American Academy of Pediatric Dentistry Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies* recomenda que a amamentação seja retirada após a erupção do primeiro dente e que sejam introduzidos outros hidratos de carbono" (*J Can Dent Assoc* 2013;79:d123.).

Como já foi referido anteriormente o leite materno é bastante substancial, não sendo necessária a sua introdução após um determinado período de tempo por ser altamente nutritivo. Sendo apresentado nas proporções ideais e de forma facilmente ingerível (Rocha *et al.*, 2004).

2.5 Noções básicas da amamentação

Posto isto, os bebés apresentam duas formas de sucção: a nutritiva, respondendo às necessidades básicas nutricionais, de crescimento e desenvolvimento adequado do bebé, sendo um “pré-requisito para a sobrevivência do Recém-nascido” (Neiva, 2003) e não nutritiva, que corresponde a um substituto como o dedo, chupeta ou objectos caso não alcance a amamentação, adquirindo hábitos deletérios. Estes tipos de hábitos primeiramente são conscientes, no entanto, por repetição tornam-se inconscientes (Lima *et al.*, 2011).

Sendo que a alimentação depende de uma sucção eficiente, é necessário um reflexo de busca e de sucção para que haja abertura da boca, protrusão da língua, firmeza no selamento labial, contracção dos lábios e músculos faciais, adequada movimentação da língua e adequado movimento da mandíbula (Neiva, 2000).

A amamentação consiste num estímulo externo imprescindível para o desenvolvimento da face, nomeadamente dos músculos, dentes, língua e das suas funções, sucção, respiração, deglutição, mastigação e fala. O bebé cria então a dinâmica necessária para que se dê o crescimento e avanço anterior da mandíbula. (Silva *et al.*, 2013) Assim “Os movimentos musculares para ordenhar o peito são baixar, protruir, elevar, e retruir são intensos e preparam os músculos para que exerçam uma boa função mastigatória.” (Lima, 2011; Guedes Pinto, 2012).

O leite materno é o alimento mais nutritivo, completo e digestivo para crianças até aos seis meses, que tem funções muito importantes como acção imunitária, protecção contra doenças, diminui a mortalidade e morbilidade proporcionando o crescimento de crianças saudáveis, por isso importante a níveis físicos e também emocionais, uma vez que cria ligações entre a mãe e o filho aumentando a satisfação das necessidades da criança pelo contacto que se estabelece e ainda tem um efeito psico-social positivo na criança. Sendo este alimento tão rico em termos nutricionais devem ser eliminados quaisquer suplementos (Neiva, 2000; Lima, 2011; Guedes Pinto, 2012). A riqueza deste alimento materno em nutrientes, anti-bacterianos, anti-víricos, anti-parasitários, hormonas, enzimas, factores de crescimento, células vivas como

macrófagos, linfócitos IgA e em muitos mais componentes, torna-o um benefício claro para a vida do bebé (Silva *et al.*, 2013).

Problemas na sucção podem levar ao desmame precoce e consequente movimentação incorrecta da língua, levando a uma protrusão exagerada da língua e do lábio inferior. Uma vez que o desmame precoce leva a substituição pelo biberon e são movimentos diferentes consequentemente o bebé sente-se menos satisfeito com esta substituição e podem surgir com maior facilidade problemas estruturais ao nível da mandíbula, dentes, palato, lábio e língua, da articulação de som e também de problemas de oclusão (Neiva, 2003). Guedes Pinto (2012) afirma que crianças amamentadas até aos 6 meses sentem menor necessidade de recorrer a hábitos de sucção não nutritivos como a chucha e dedo e apresentam também menor frequência de maloclusões. Blanco-Cedres *et al.* (2007) indicam que a amamentação gera fadiga nos músculos fazendo com que a criança se satisfaça não sentindo a necessidade de sucção não nutritiva. Embora se saiba que os hábitos de sucção não nutritivos, são factores psicológicos positivos, que acalmam a criança, oferecendo, bem-estar, segurança e protecção (Góes, Araújo, Góes, & Jamelli, 2013).

Lima (2013) referiu que “a amamentação é gratificante e pode contribuir para a saúde da mulher, por exemplo, diminuindo a probabilidade de cancro da mama, ajudando na involução do útero e na depressão pós-parto.” Quanto a benefícios orais Thomaz *et al.* (2012) afirma que a lactação não protege contra maloclusões mas tem um efeito sinérgico no hábito de sucção não nutritivo que por sua vez influencia a maloclusão. Vários autores como Guedes Pinto (2012) e Palma (2014), confirmam que a amamentação favorece o avanço da mandíbula de uma posição distal a uma posição mesial, que a sucção do biberão e de hábitos de sucção não nutritivos levam a forças opostas à da amamentação e que crianças que obtiveram amamentação levam menos o dedo à boca.

Weyne *et al.* (2013) apoiando esta teoria afirmam, que durante o primeiro mês, devem orientar-se “os responsáveis sobre a normalidade desta relação e o avanço mandibular que deve ocorrer nos primeiros seis meses de vida, estando associado ao exercício de sucção, conseguido em especial pelo aleitamento materno”

Quanto propriamente à sucção, certos problemas de lactação podem dever-se a má postura (Andrade, 2011).

No que se refere a avaliação da mamada a mãe e o Médico Dentista devem preocupar-se com dois aspectos. Um deles corresponde a posição do bebé durante a amamentação e o segundo corresponde à pega do bebé durante este mesmo acto. Assim sendo uma posição correcta do bebé e da mãe facilita o acto de amamentação. O contrário disto denomina-se má pega, dificultando a sucção do bebé e extracção do leite “podendo gerar traumas mamilares, dor e desconforto para a mãe, dificultando inclusive a continuidade do aleitamento, caso não seja devidamente corrigida” (Sanches, 2004). Pode também exigir em demasia das condições físicas do bebé, provocando mau-estar, um cansaço fácil do bebé, que pode culminar com maior agitação pela fome que sente ou, devido ao cansaço acabar por adormecer. Em casos repetitivos o bebé pode até mesmo recusar definitivamente a mama interferindo com o ganho de peso do bebé (Sanches, 2004).

Pelas conclusões tiradas acima, já vimos que devemos cumprir um tempo mínimo de amamentação para evitar consequências maiores no futuro da criança. Assim sendo, a má postura pode levar a um abandono precoce da amamentação.

Apresentam-se de seguida alguns indicadores que facilitam a amamentação:
(Giugliani, 2000; Sanches, 2004)

1. Bebé e mãe corpo contra corpo e bastante próximos
2. Orelha braço e perna do bebé em linha
3. Boca ao nível do mamilo e da auréola
4. Bebé vai ao peito agarrado pela nuca e não pela cabeça
5. Quanto maior a abertura bucal melhor
6. Mento e nariz cerca o peito, o queixo deve tocar na mama
7. Grande parte da auréola deve estar dentro da boca
8. Lábios virados para fora, invertidos, com correcto selamento labial
9. Língua deve apoiar-se na gengiva inferior
10. Língua debaixo do peito
11. Língua atrás do rebordo alveolar inferior
12. Língua envolve inferiormente o complexo aréolo-mamilar durante a sucção
13. Não deve existir ruído durante a sucção
14. As tomas não devem ser frequentes, nem curtas nem eternas
15. Área maior de aréola é visível acima, e não abaixo

16. A mãe passados os dias de adaptação não deve apresentar dores, para além de 15 dias é um mau sinal

3. Cárie e Alimentação

Um dos maiores problemas visíveis na prática de Medicina Dentária é a cárie dentária. E deve dar-se a devida importância uma vez que continua a ser a doença mais comum dos seres humanos, a mais frequente na primeira infância sendo igualmente a mais prevalente e prevenível (Palma, 2009; Bordoni, 2010).

Para além dos inconvenientes que tem a nível oral, pode ter consequências económicas, físicas, psicológicas e emocionais (Palma, García, & González, 2009).

Abdo, Nunes, & Salles (1998) e Arora *et al.*, (2011) indicam que uma criança afectada por esta patologia pode vir a sofrer de problemas de ansiedade, perda de sono, e problemas psicológicos, para além de estarem sujeitas a fenómenos de dor, infecção, problemas nutricionais, de fala e estética.

É certo que as medidas de prevenção podem ser implementadas em qualquer idade, no entanto, “é na criança que se pode conseguir o maior benefício” (Guedes Pinto, 2012). Bordoni (2010) completa que a cárie dentária tem uma das maiores frequências em crianças com menos de três anos e que está intimamente ligada ao tipo de alimentação que a criança recebe desde o nascimento.

Sendo a cárie dentária descrita como a doença infecto-contagiosa e multifactorial de origem bacteriana transmissível entre seres humanos deve ter-se consciência de que se pode, antes de entrar por métodos invasivos, conseguir-se um controlo e prevenção antes da instalação da doença (Silva, 2003; Noce, 2005).

Há também referência a que crianças com cáries na dentição decídua podem estar mais aptas a desenvolver a doença na dentição permanente e a ter repercussões na saúde geral da criança (Costa, 2011).

Neste período concreto da vida da criança, deve ter-se como objectivo a educação parental, fazer-se os possíveis para modificar a flora oral para favorecer a saúde do bebé, remineralizar as lesões cavitadas e ser-se o menos invasivo possível.

(Palma *et al.*, 2009). “É preciso que os pais tenham consciência de que a melhor maneira de educar seus filhos é pela imitação e de que educar é dar exemplo de hábitos saudáveis” (Reis *et al.*, 2010).

“Foi observado também que quanto maior o nível educacional das mães, menor a experiência de cárie de seus filhos.” (Reis *et al.*, 2010).

Ng *et al.* (2014) insistem numa avaliação dos factores de risco a que uma criança está exposta como combate à lesão de cárie. Palma *et al.* (2009) completam que primeiro devem eliminar-se os factores de risco e numa segunda fase aumentar-se a resistência ao hospedeiro.

É determinante que desde cedo sejam incutidos nos pais e responsáveis e na própria criança medidas e técnicas de combate à doença. Uma familiarização precoce e um acompanhamento desde a primeira infância facilitarão a motivação dos pacientes bem como a utilização de técnicas minimamente invasivas no caso de ser necessária a intervenção (Abdo, 1998; Rocha, 2004; Guedes Pinto, 2012).

Como sabemos microorganismos como *Streptococcus acidúricos* e *Lactobacillos*, são capazes de “produzir ácido suficiente para desmineralizar as estruturas dentárias quando alimentados de hidratos de carbono, especialmente o *Streptococcus mutans*” (McDonald & Avery, 2001). Assim derivado da dinâmica desmineralização, remineralização causada pelo metabolismo bacteriano podemos observar a formação de cavidades e perdas de minerais quando a desmineralização se sobrepõe à mineralização (Guedes Pinto, 2012).

Ribeiro (2004), Noce (2005) e Guedes Pinto (2012) referem que para que haja a instalação da doença é necessário que exista uma interacção entre hospedeiro, microbiota e dieta durante um determinado período de tempo sendo estes três considerados factores primários. Os factores primários são influenciados por factores secundários como a saliva, flúor, sexo, idade, raça nível socioeconómico que por sua vez aumentam ou diminuem a resistência dos doentes à instalação e progressão da doença.

Neste caso o hospedeiro é o nosso bebé com características individuais que podem levar a uma maior susceptibilidade à lesão. Maior ou menor susceptibilidade à

doença, quer pela composição do esmalte, conformação anatómica dos próprios dentes que podem aumentar o risco de aparecimento da lesão, a disposição dos dentes na arcada com maior ou menor disponibilidade de espaço, a composição salivar que pode ter maior ou menor capacidade de diluir e neutralizar os ácidos provenientes dos microorganismos e a capacidade de secreção das glândulas salivares. (Guedes Pinto, 2012) “As situações individuais que diminuem o fluxo salivar e, conseqüentemente, sua capacidade tampão, tal como ocorre durante o sono das crianças, aumentam a susceptibilidade do dente à cárie” (Ribeiro & Ribeiro, 2004).

No bebé é necessário ter atenção porque o esmalte dos dentes acabados de erupcionar não está completamente formado, ainda é imaturo, não totalmente cristalizado e por isso adquire maior permeabilidade sendo mais susceptível à desmineralização e aos ácidos e que, aliado a todas estas características se não se tomarem as devidas precauções, como higiene e adequação da dieta o bebé pode estar exposto com mais facilidade à ocorrência de lesões de cárie (Palma, 2009; Guedes Pinto, 2012)

Quanto ao microbiota já tínhamos referido que o *Streptococcus mutans* era o principal responsável pelo aparecimento de lesões. Para além deste *S. sobrinus* é também apontado como outro principal responsável (Ribeiro, 2004; Joanna Briggs Institute, 2005; Palma, 2009; Guedes Pinto, 2012). Estes microorganismos podem ser encontrados na placa bacteriana, saliva e língua sendo transmitidos pela componente salivar (Guedes Pinto, 2012).

Noce (2005) refere que o início da cárie dentária se dá pela acção do *Streptococcus mutans*, no entanto, a sua progressão deve-se aos *Lactobacillos* em situações mais avançadas onde já existe cavitação.

O *Streptococcus mutans* foi apontado como fonte mais comum de transmissão de bactérias mãe filho (McDonald & Avery, 2001). Constata-se assim que a “infecção na criança dependerá do nível de infecção da mãe ou da pessoa que tem mais contacto com ela” (Guedes Pinto, 2012). Bordoni (2010) afirma que o risco de transmissão que se verificava não era tanto pai-filho mas mais mãe-filho. Ribeiro *et al.* (2004), Noce (2005) e Palma (2014) esclarecem que a transmissão se faz de uma maneira vertical, ou seja quase que directamente pela quantidade de bactérias existentes na saliva da mãe e pelo

tipo de hábitos por elas praticados. Ribeiro (2004) sugere também que uma estratégia de diminuição da quantidade de bactérias num período pré-natal na cavidade oral da mãe, pela insistência numa boa higiene oral, o uso de xilitol ou mesmo de clorhexidina nas devidas proporções, pode ser uma das medidas de combate à diminuição da prevalência de cárie da criança na primeira Infância.

Noce (2005) diz que “o papel do pai é limitativo” no que diz respeito à transmissão da doença e que existe uma “relação quantitativa entre *Streptococcus mutans* na saliva dos pais e filhos, mas mais evidente nas mães.”

Os comportamentos que aumentam este risco de transmissão têm origem no contacto físico directo e indirectamente pela contaminação de objectos e por meio de alimentos. São exemplo os beijinhos que se dão a criança, a partilha de talheres, o hábito do bebé colocar as mãos dentro da boca da mãe, o experimentar a comida antes de levar à boca do bebé, o limpar a chupeta com a saliva da mãe quando cai ao chão e volta à boca do bebé. Tudo isto são exemplos de transmissão de gotículas de saliva da mãe para o bebé (Noce, 2005; Palma, 2011; Guedes Pinto, 2012). Assim o bebé gradualmente vai sendo exposto a microorganismos quer pelo ambiente quer pelas pessoas que o rodeiam desde o nascimento (Bordoni, 2010).

Bordoni (2010) afirma que nas primeiras dez horas após o nascimento o número de microorganismos é muito baixo e que as mucosas por serem sítios pouco retentivos não favorecem a colonização bacteriana. Já após erupção existem bactérias como os *S. sobrinus*, *S. sanguis* e *Actinomyces* que se alojam nas superfícies duras da cavidade oral por terem preferências por estas. Noce (2005) constata que entre o 6º e 14º mês as crianças já são portadoras de *S. sanguis*.

“De forma interessante os *Streptococcus mutans* não estão presentes na cavidade oral do recém-nascido e somente podem ser detectados após o início da erupção dos dentes decíduos” (McDonald & Avery, 2001). Uma vez que precisam de superfícies rígidas para que possa existir adesão e colonização (Rocha *et al.*, 2004) Bordoni (2010) diz que é por volta dos seis meses que a cavidade oral se torna o sítio predilecto do *Streptococcus mutans*. Guedes Pinto (2012) completa que a altura de erupção dos primeiros molares aumenta a janela de infecção porque temos presente um maior número de fossas e fissuras que permitem maior acumulação bacteriana.

Assim por ordem cronológica aos seis meses a criança fica exposta a uma primeira janela de infecção quando irrompem os incisivos inferiores decíduos, e dos 12 aos 24 meses com a erupção dos primeiros molares decíduos temos o início da segunda janela de infecção (Ribeiro, 2004; Guedes Pinto, 2012).

Pode então concluir-se que quanto mais cedo a bactéria invadir os tecidos da cavidade oral do bebé “maior o risco de desenvolvimento de lesões de cárie” (Guedes Pinto, 2012). Quanto à progressão da lesão de cárie, o *Lactobacillus* assume o principal papel (Guedes Pinto, 2012).

Sozinhas, as bactérias não têm grande influência. Quando conjugadas a uma grande falta de higiene e a uma alimentação à base de açúcares aumentamos o seu poder cariogénico. Há que controlar então os níveis de ingestão de sacarose da dieta e promover os devidos hábitos de higiene (Bordonni, 2010; Guedes Pinto, 2012). “Factores Dietéticos e biológicos tais como a frequência de alimentos ricos em açúcar, a presença de bactérias como *Streptococcus mutans* pode contribuir para a cárie da primeira infância. (Ribeiro, 2004; Hooley, Skouteris, Boganin, Satur, & Kilpatrick, 2012)

Arora (2011) refere que a presença de *Streptococcus mutans*, placa bacteriana e maus hábitos são a conjugação ideal para o desenvolvimento da cárie nas crianças.

Por último abordamos o terceiro elemento chave. A dieta/substrato. A relação que existe entre os três é de grande importância. Nomeadamente a dieta pode interferir em duas instâncias. Primeiramente antes da erupção dos dentes decíduos, por influência nutricional e num segundo momento pela influência no metabolismo das bactérias e respectiva desmineralização dentária (Franquet *et al.*, 2009; Guedes Pinto, 2012) asseguram que a nutrição afecta os dentes em desenvolvimento e que conseqüentemente uma má alimentação pode alterar a saúde oral. Completam também que interfere de duas maneiras, uma directamente nas lesões de cárie e outra pela erosão dentária Terminam referindo que a dieta interfere directamente na progressão desta doença infecciosa.

Já diz o ditado “ de pequenino se torce o pepino”. A educação alimentar deve ser privilegiada na primeira infância. Um bebé que não tenha maus hábitos será certamente no futuro uma criança com bons hábitos. Esta época é sobretudo de adaptação em que é mais fácil inculcar regras e costumes.

Assim sendo, existem alguns açúcares que vêm disponíveis nos alimentos, como nas frutas, vegetais que são denominados como os açúcares intrínsecos e os açúcares que são extrínsecos que são adicionados aos alimentos provenientes da cana do açúcar e de outros substratos. Desta maneira, os pais devem tentar ao máximo reduzir os açúcares extrínsecos da dieta, porque são estes os principais responsáveis pelo poder cariogénico dos alimentos (Guedes Pinto, 2012).

Existem certas características dos alimentos que os tornam mais ou menos cariogénicos. Se forem alimentos muito viscosos e que adiram facilmente aos dentes são, naturalmente, mais retentivos e por si só dificultam a limpeza interna pela saliva ficando a alimentar gradualmente as bactérias. Se forem alimentos com grande teor de hidratos de carbono são rapidamente utilizados pelas bactérias e por isso com alto poder cariogénico. Alimentos mais ácidos são alimentos que ajudam a diminuir o pH da placa bacteriana e dificultam o contacto desta com a saliva e, por isso, não existe higienização pela saliva. Alimentos mais duros e fibrosos obrigam a uma mastigação mais vigorosa estimulando as glândulas salivares, como consequência temos uma limpeza mecânica melhor, bem como graças ao aumento do fluxo salivar activamos a capacidade tampão que neutraliza os ácidos produzidos pelos microorganismos cariogénicos. Os hidratos de carbono, a maior fonte de energia das bactérias, em geral provocam uma descida do pH logo após ingestão provocando uma desmineralização dentária; a cada ingestão repete-se este acontecimento, daí fazer sentido diminuir a frequência de ingestão deste tipo de alimentos. As gorduras, quando não combinadas com hidratos de carbono porque aumentam o seu poder cariogénico, protegem o esmalte “através de uma barreira protectora que fazem aos hidratos de carbono tornando-os menos disponíveis. Alimentos como as nozes, amendoins e milho provocam subidas do pH da saliva contrariando a desmineralização. Por fim alimentos como o leite contêm uma proteína que unida a hidroxiapatite impede a sua libertação e adesão de microorganismos ao esmalte. Os mesmos autores informam que a consistência, tempo de permanência dos alimentos na boca e frequência de ingestão podem ser factores de risco cariogénico bem como a eficácia de higienização (Bordoni, 2010; Guedes Pinto, 2012).

Torna-se muito importante que o Médico Dentista não imponha medidas mas seja capaz de ajudar a criar bons hábitos, mantê-los ou mesmo melhorá-los pela intervenção directa dos pais na saúde oral do bebé.

McDonald & Avery (2001); Rocha (2004), Arora (2011) e Guedes Pinto (2012) aconselham a uma diminuição da frequência de alimentos açucarados, especialmente entre refeições, não adicionando açúcares extrínsecos aos alimentos naturais.

3.1 Cárie de Acometimento Precoce

Muito associado aos bebés em concreto conseguimos encontrar um tipo de lesão de cárie muito característica. A cárie do bebé, cárie da amamentação, cárie do biberon, cárie de acometimento precoce ou cárie rampante (McDonald & Avery, 2001).

Gomes & Ros (2010) apontam a cárie do biberon como o “problema mais significativo que demonstra relação clara entre a alta ingestão de açúcares e infecção por *Streptococcus mutans*.”

Este tipo de lesões são comumente encontradas por volta dos seis meses até aos dois anos em todos os dentes anteriores superiores não envolvendo os dentes inferiores (McDonald & Avery, 2001; Arora, 2011), sobretudo nas faces vestibulares, afectando um grande número de superfícies num curto espaço de tempo (Bordoni, 2011; Guedes Pinto, 2012). Por assim dizer, existe um “desequilíbrio no factor dieta no desenvolvimento da doença” (Guedes Pinto, 2012), adicionado à deficiente higiene e também uma diminuição “do fluxo salivar durante a noite”. Resultam na grande maioria quando “os pais (...) deitam a criança com leite ou alguma bebida açucarada e esta fica estagnada nos dentes anteriores” (McDonald & Avery, 2001).

Os dentes inferiores são poupados uma vez que se encontram protegidos pela língua bem como estão bastante próximos das glândulas salivares que asseguram a limpeza mecânica pelo fluxo salivar (Arora, 2011; Guedes Pinto, 2012).

Assim, como já tínhamos estabelecido que as bactérias tinham grande poder cariogénico quando eram devidamente alimentadas, com este alimento constante é fácil libertarem maiores quantidades de ácidos capazes de desmineralizar as superfícies. (McDonald & Avery, 2001).

A cárie de acometimento precoce é o termo mais indicado porque esta situação pode ter lugar não só na presença do biberon mas sempre que as situações acima acontecem (Guedes Pinto, 2012). Foi demonstrado que crianças que apresentam este tipo de lesão são crianças que acordam muitas vezes durante a noite, e por isso

alimentadas mais vezes, quer seja pela amamentação quer pela cedência do biberon para resolver estes problemas de sono (Ribeiro *et al.*, 2004).

Após os seis meses de aleitamento materno devemos tentar reduzir gradativamente este tipo de alimentação, porque após esta data vão sendo ingeridos alimentos com algum teor de açúcares. Sendo o leite materno um alimento tão rico que não necessita de nenhum elemento adicional durante a toma, objectivamente o contrário também se verifica. Quando o bebé se começa a alimentar de outros alimentos deve retirar-se este elemento tão rico. Os dois tipos de alimentação em simultâneo podem aumentar o risco cariogénico da criança (Guedes Pinto, 2012).



Figura. 3 Lesões de Cárie nos dentes decíduos anteriores disponível em: www.odontologiaparabebes.com_imagem cedida por Dra. Camila Palma

3.2 Dicas de alimentação

Para facilitar o aconselhamento às mães acerca da alimentação dos seus filhos até aos dois anos Costa (2011) e Palma (2011) referem dicas para uma alimentação saudável:

1. Até aos seis meses amamentação exclusiva sem oferecer outro tipo de líquidos ou sólidos. A água e o chá não são necessários nem outro alimento.
2. Evitar a alimentação nocturna (biberon ou mama) a partir da erupção do primeiro dente, realizando sempre higiene oral após a amamentação, especialmente a última toma.
3. A partir dos seis meses até aos dois anos ir introduzindo lentamente outro tipo de alimentos mantendo o leite materno até aos 2 anos. Evitar o biberon, se possível oferecer em copos.

4. A partir dos seis meses se a criança ainda estiver em amamentação materna oferecer 3 vezes ao dia alimentos complementares como cereais, frutas e legumes, se já não estiver a ser amamentada oferecer estes alimentos 5 vezes ao dia.
5. Não ter horários muito rígidos no que se refere a alimentação complementar, respeitando minimamente a vontade da criança.
6. Se possível desde o início oferecer a alimentação à colher, começando por papas e purés e ir aumentando a consistência das refeições até chegar à alimentação familiar
7. Oferecer uma alimentação variada e colorida várias vezes ao dia, estimulando o consumo diário de frutas, verduras e legumes às refeições.
8. Evitar açúcar, café, enlatados, frutas, guloseimas, bolinhos, refrigerantes, caramelos, biscoitos, croissants, bolos, chocolates, gelados até aos dois anos. Sobretudo no que se refere a ingestão de açúcares escondidos como nas batatas fritas, pão de leite.. etc.
9. Retirar os alimentos com sacarose entre as refeições. Se não for possível, realizar a higiene oral imediatamente após.



Figura 4. Alimentação adequada vs Alimentação contra-indicada disponível em: www.odontologiaparabebes.com cedidas por Dra. Camila Palma

3.3 Factores de Risco

É comum os pais perguntarem-se quais são os factores de risco que aumentam a probabilidade da doença com o intuito de se exporem menos a este problema. São também os pais a principal força social para influenciar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida.

Palma (2009) e Arora (2011) com as suas pesquisas concluíram que os maiores indicadores de risco são a história de cárie da criança, a quantidade de placa madura na cavidade oral, a existência de manchas brancas e o número de lesões cavitadas. Palma (2011) refere que o indicador mais fiável de risco de cárie no futuro é a sua história anterior de cáries percebendo-se que crianças com lesões na dentição decídua terão maiores probabilidades de adquirir lesões de cárie no futuro.

Gomes & Ros (2010) referiram vários factores de risco. Primeiramente afirmaram que o consumo de açúcar é o factor mais importante na etiologia da cárie, crianças com grandes quantidades de *Streptococcus mutans* têm uma alta prevalência de cárie. Asseguraram que uma escovagem eficaz remove a placa presente na cavidade oral que por sua vez diminui a prevalência de cárie. Apontaram também que o nível de educação, grau de pobreza, raça e etnia podem constituir factores de risco, mais propriamente pessoas de classe alta apresentam menor risco de cáries enfatizaram também que hábitos e práticas de higiene oral, exposição ao flúor e tipo de alimentação são factores de risco de cárie. Para além destes factores Neves, Pierro, & Maia (2007) e Peelm (2008) referem que a ingestão de muitos medicamentos pediátricos mastigáveis ou líquidos, sobretudo os que apresentam elevados níveis de sacarose, glicose ou frutose, é considerada um factor de risco para o aparecimento e progressão da lesão de cárie. Nestes casos os autores aconselham à limpeza mais eficaz da cavidade oral e na tentativa de prescrição de medicamentos com níveis menores de sacarose.

Já numa revisão da literatura sobre a influência dos pais no desenvolvimento de cárie em crianças dos 0 aos 6 anos, Hooley (2012) refere que existem vários factores de risco para as crianças durante a primeira infância. Pais expostos a maiores quantidades de *stress* revelam menos eficácia parental descuidando por vezes a saúde oral dos filhos, famílias monoparentais estão expostas igualmente a mais *stress*, “menores conhecimentos dentários estão directamente relacionados com o maior número de cáries na idade pré-escolar”. Esclarecem que a ordem de nascimento também é um factor de

risco, os filhos mais novos têm tendência para apresentarem mais cáries. Em relação à educação constata-se que pessoas com melhores condições socioeconómicas são capazes de fazer escolhas de vida mais saudáveis e que portanto pais com menor nível de educação enfrentam maiores riscos de cárie nos seus filhos. No entanto, por oposição pais com capacidades económicas elevadas e que gastam muito em açúcar também expõem os seus filhos a um maior risco de cárie. No que diz respeito à alimentação nocturna, um desmame retardado está associado a um alto nível de cárie bem como alimentação mais de duas vezes ao longo da noite mais de 15 minutos aumenta o risco. Crianças com alimentação nocturna também; isto verifica-se frequentemente em crianças com dificuldades em adormecer hora a que os pais se servem dos biberons para facilitar esta tarefa. Quanto a higiene, pais que vigiam as crianças na execução da sua higiene diária diminuem a probabilidade de risco, crianças com escovagens frequentes também representam menores riscos, já pais com medo do dentista são indicadores de risco, porque o estado de saúde dos pais é um óptimo indicador de risco, assim sendo pais com alto nível de cáries, índices de inflamação e placa elevados representam um maior risco para os filhos dada a transmissão sobretudo mãe/filho (Hooley *et al.*, 2012).

Palma (2009) sugere que em bebés de baixo risco de cárie se reforcem apenas os hábitos de higiene. Em crianças de médio risco se identifiquem e suprimam os factores de risco e se aplique flúor. Já em crianças de alto risco devem ser suprimidos os factores de risco, aplicando-se vernizes de flúor.

4. Higiene Oral

Nos dias que correm sabe-se que a higiene oral é o melhor método de prevenção da doença oral e que tem efectivamente influência sobre a saúde oral e bem-estar da criança (Guedes Pinto, 2012).

Vieira (2000) diz que o Médico Dentista tem “o dever de contribuir para a qualidade total de vida dos seus pacientes, ou seja, garantir através de todos os meios existentes e disponíveis uma cavidade oral saudável.”

A pergunta mais frequente costuma ser: “Com que idade se deve começar a escovar os dentes?”

A maioria dos autores está de acordo de que a higiene oral nos bebês, não deve só começar quando aparecerem os primeiros dentes. Apesar da placa bacteriana não aderir tão facilmente às mucosas como adere a superfícies duras como os dentes, é de enorme importância a higienização das mucosas com uma gaze húmida esterilizada, uma dedeira ou a ponta de uma fralda que envolve o próprio dedo passando pelos tecidos gengivais. Não só para criar um ambiente favorável de saúde oral, diminuindo ao máximo a microflora bacteriana, mas também para ajudar a criança a familiarizar-se com os vários tipos de higienização, habituando-se precocemente ao tacto dentário e criar relação com futuros cuidados em saúde oral. (Rocha *et al.*, 2004; Oliveira, Moura, & Oliveira, 2008). Este tipo de limpeza impede também a acumulação de leite e restos de alimentos nas comissuras labiais. (Oliveira *et al.*, 2008)



Figura 5. Dedeira para massagem gengival



Figura 6. Massagem gengival com dedeira

Disponíveis em: www.odontologiaparabebes.com cedidas por Dra. Camila Palma

Palma (2011) refere os 4 meses como a data de início para estas massagens gengivais pelo menos uma vez ao dia para que se vão acostumando à ideia de manipulação da boca.

Com a erupção do primeiro dente, aumenta a retenção da placa bacteriana por oposição à mucosa ainda com ausência de dentes, por isso deve ter-se maior atenção na chegada desta altura (Oliveira *et al.*, 2008). A partir da erupção dos primeiros molares, devem ser deixadas as massagens gengivais, passando para a utilização de escovas adaptadas à boca da criança, uma vez que há diminuição da eficácia das dedeiras, gaze ou fralda quando se pretende chegar às fossas e fissuras dos molares decíduos (Vieira, 2000).

A criança quando nasce não tem microorganismos mas desde cedo que fica exposta a contaminações bacterianas. Embora a saliva consiga combater grande parte

destes microorganismos é inevitável que uma outra percentagem se aloje nos tecidos da criança (Guedes Pinto, 2012).

Assim, Palma (2011), sugere que crianças até ao um ano recebam massagens gengivais e limpeza das superfícies dentárias com uma gaze, dedeira ou fralda, duas vezes ao dia, uma de manhã e outra à noite. Crianças com um ano ou mais realizem a higienização com uma escova ajustada ao tamanho da sua boca. Se a alimentação não é rica em açúcares então pode ser realizada só com água, se porventura a criança está exposta a grandes quantidades de açúcares e já sabe cuspir, então uma pasta de 1000 ppm é indicada para diminuição do risco de cárie apesar de outras Organizações indicarem as pastas de 500ppm para crianças até aos dois anos. A quantidade indicada de pasta deve ser do tamanho de um grão de arroz/esfregaço. Quando existirem contactos interproximais dar início a utilização do fio dentário (Palma, 2011).

Hoje em dia a maioria dos pais já tem uma certa preocupação com a higiene oral da criança. No entanto, esta preocupação está também directamente relacionado com o estatuto socioeconómico da família em questão. Cabe ao médico-dentista em conjunto com a sociedade alertar para as vantagens de uma boa saúde oral e dos riscos na sua ausência, implementando medidas preventivas. São exemplos formações, acções preventivas em escolas, instrução dos pais fazendo chegar uma série de conceitos essenciais que ajudam na promoção da saúde oral. (Portaro & Blanco, 2013)

Vieira (2000) através de um estudo pode comprovar estatisticamente que existem variações nos resultados higiénicos e que estes dependem de quem o realiza. Por ordem crescente de melhoria temos primeiramente a criança, depois os pais e por fim o Médico Dentista. Por isso é de grande importância a boa instrução dos pais/responsáveis para que se possam notar melhorias na higiene da criança. Notou-se no estudo realizado pela autora que o facto de esta actividade ser realizada pelos pais é mais fácil e mais efectiva no combate à limpeza da placa. Completa que a escovagem é muito importante para quem deseja uma boa saúde oral e cabe ao profissional orientar os pais das crianças que chegam ao consultório nesse sentido.

Numa primeira instância têm que ser os pais a realizar esta tarefa. Assim que a criança ganhe uma certa autonomia e se torne capaz de executar os movimentos correctos deve-se capacitá-la dessa função. No entanto, até aos dois anos a criança deve ser sempre supervisionada e auxiliada uma vez que ainda não possui capacidades para a

realização das técnicas autonomamente. Inicialmente os pais executam a tarefa e numa segunda instância devem deixar a criança fazê-lo ainda que incorrectamente pois ajuda a tornar o instrumento familiar e imprescindível na vida da criança (Guedes Pinto, 2012; Palma, 2011). Vieira (2000) refere que “ a ajuda dos pais na higienização, diminui a prevalência de acumulação de placa” reforçando a importância de dar orientações aos pais de como realizar eficazmente a higienização da cavidade oral da criança.

É importante que haja uma motivação ao longo das várias consultas e não apenas na consulta inicial, sendo crucial o reforço constante e instruções das técnicas e capacitando os responsáveis de uma execução eficaz. Deve ser feita a higienização pelo menos uma vez ao dia, essencial a seguir a última mamada, com uma gaze, fralda, dedeira até a erupção dos primeiros molares e quando estes erupcionarem deve passar-se à utilização de uma escova de cerdas macias, com um cabeça estreita e adaptada a boca da criança, duas vezes ao dia, mesmo que haja intolerância por parte da criança (Vieira, 2000).

Vieira (2000) reforça que com a repetição da higienização costumam existir melhorias no comportamento e aumento do à vontade da criança para a realização desta tarefa diária, o que apenas trás benefícios para um posterior contacto com o Médico Dentista.

Uma boa escovagem deve eliminar totalmente o biofilme e ter resultados efectivos na saúde oral da criança, evitando efeitos colaterais como retracções gengivais e abrasões cervicais (Guedes Pinto, 2012).

Posição de Starkey

Quando em idades muito precoces e ainda existe pouca agilidade motora, esta posição é recomendada. A criança fica de pé de costas para a mãe/elemento responsável e encosta a cabeça contra ela. “ A mão esquerda segura e estabiliza a mandíbula e com os dedos desta mão afastam-se os lábios e as bochechas, a mão direita executa os movimentos” (Guedes Pinto, 2012).

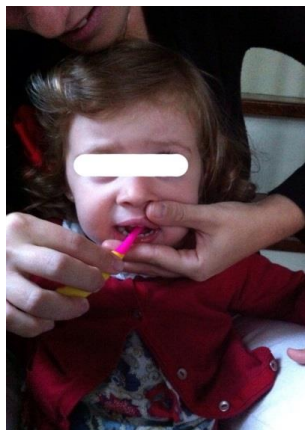


Figura 7. Posição de Starkey cedida
por M^a Carolina Guedes

Vieira (2000), no seu estudo refere que esta técnica é muito eficaz quando comparada com a técnica, que coloca o profissional /responsável de frente para a criança e é realizada a higienização com a cabeça encostada a uma superfície estável.

Segundo Guedes Pinto (2012) nestas idades é indicada a técnica de Fones ou de Stillman modificada.

Técnica de Fones

A técnica de Fones é uma técnica muito simples indicada para pacientes menos hábeis ou menos interessados. São realizados movimentos circulares nas suas superfícies vestibulares, linguais e palatinas dos dentes. Nas superfícies oclusais e incisivas são realizados movimentos antero-posteriores. Devem ser realizados 15 movimentos por área.

Técnica de Stillman modificada ou de Bass

Para crianças mais interessadas e habilidosas. “ A escova é colocada na região mucogengival, com o longo eixo das cerdas apoiado lateralmente na gengiva e as cerdas vão deslizar da gengiva para oclusal ou incisal (...) com movimentos vibratórios (...) e de deslizamento.”

Já Vieira (2000) diz que a técnica mais simples, a horizontal, se torna mais eficaz porque está sempre em contacto com as superfícies, sendo também de mais fácil execução. Em qualquer uma das técnicas deve seguir-se uma sequência de escovagem para não haver esquecimentos de nenhuma superfície.

5 Erupção Dentária e Sintomas Associados

Muitos são os pais que se preocupam com a data de nascimento dos “dentes de leite” dos seus filhos. Preocupações relativas a atrasos ou às vezes a datas prematuras de erupção, ordem correcta, apinhamentos e existência de espaços entre os dentes das crianças normalmente fazem parte das maiores dúvidas dos pais relativamente a esta temática.

Assim sendo, com o objectivo de esclarecer estas dúvidas, abordaremos sucintamente, através da ajuda de vários autores, os tópicos da cronologia e sequência de erupção dos dentes decíduos bem como os sintomas e sinais característicos desta altura.

Se os pais estiverem informados correctamente ajudam a uma intervenção precoce do Médico Dentista para tentar evitar problemas complicados no futuro.

Nakamura (2009) refere que “a evolução normal da dentição depende do equilíbrio fisiológico de todo o organismo, sendo que a idade dentária em crianças pode ser estimada clinicamente pela contagem dos dentes irrompidos representando um elemento auxiliar para avaliação da idade fisiológica, pois quando comparado à idade cronológica, poderá orientar um diagnóstico de alterações do desenvolvimento.”

5.1 Cronologia e Sequência

Guedes Pinto (2012) refere que “ a cronologia de erupção corresponde à data que o dente irrompe na cavidade oral” e que a sequência de erupção é a ordem na qual os dentes vão irrompendo na boca e, para alguns autores é mais importante a sequência do que a cronologia, uma vez que a cronologia é fortemente influenciada por uma série de factores.

Quanto à cronologia Guedes Pinto (2012) indica que a data de erupção do primeiro dente é por volta dos 6/7 meses e Duarte et. al, (2010) defendem que a erupção de todos os dentes decíduos ocorre até aos 30 meses de vida da criança. Já Palma (2014) indica que a erupção dos dentes decíduos pode iniciar-se por volta dos 5, 6 meses terminando por volta dos 2, 3 anos. Nakamura (2009) dá como início os 6, 7, 8 meses e o fim por volta dos 24 até aos 31º mês.

Esquemáticamente Palma (2014) apresenta a seguinte figura que resume a Cronologia de erupção estando em concordância com Lunt & Law referidos por McDonald & Avery (2001):

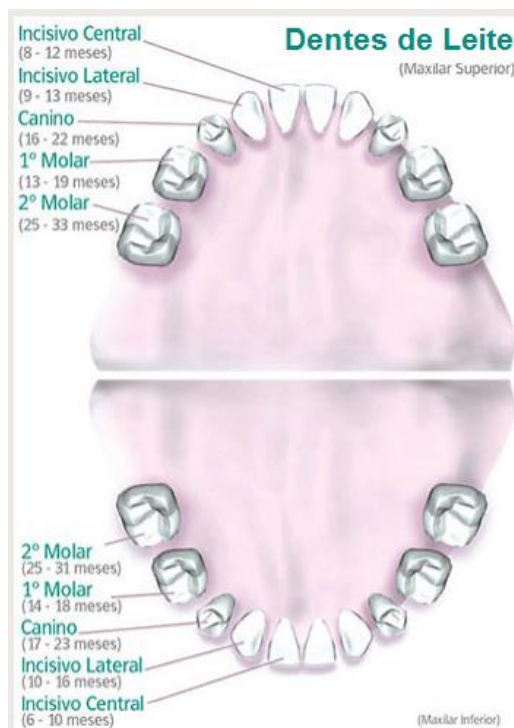


Figura 8. Cronologia de Erupção, disponível em: www.odontologiaparabebes.com cedida por Dra. Camila Palma

Em relação às sequências existem umas mais frequentes que outras. No entanto a mais comum e que tomamos como referência coloca por ordem de erupção os seguintes dentes: Incisivo central inferior, Incisivos centrais superiores, incisivos laterais superiores, Incisivos laterais inferiores, Primeiros Molares superiores, Primeiros Molares Inferiores, Caninos Superiores, Caninos Inferiores, Segundos Molares Inferiores e Segundos Molares Superiores. Assim esquematicamente apresentamos o seguinte quadro: (McDonald & Avery, 2001; Nakamura, 2009; Guedes Pinto, 2012)

maxila	IC	IL	1M	C	2M
mandíbula	IC	IL	1M	C	2M

Figura 9. Sequência de Erupção retirado de Nakamura, A. (2009).

Determinados factores como o género, etnia, aspectos socioeconómicos, nascimento prematuro da criança, alterações sistémicas, como a desnutrição, crianças que não são amamentadas apresentam atrasos, alterações de glândulas quer por excesso de funcionamento quer por défice, doenças genéticas, como o Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Displasia Cleidocraniana, atrofia hemifacial, que alteram a sequência e cronologia, ou mesmo factores locais que afectem a erupção como anquiloses, fibroses, dentes inclusos por falta de força ou impactados quando há presença de barreiras mecânicas ou até mesmo falta de espaço e apinhamentos, são tudo factores que influenciam a erupção dos dentes na cavidade oral (Duarte *et al.*, 2010; Guedes Pinto, 2012).

Palma (2014) dá alguns conselhos acerca da erupção dentária: Crianças com mais de três anos e que não tenham 20 dentes decíduos em boca devem dirigir-se ao Médico Dentista para procurar as causas associadas a estas ausências.

Crianças com espaços entre os dentes decíduos não devem ser motivo de preocupação para os pais uma vez que é um bom sinal de espaço para a erupção dos dentes definitivos (Palma, 2014).

Faz sentido que os Pais estejam atentos a erupção dos dentes dos filhos e que alguma anormalidade, nomeadamente atrasos significativos em relação às datas estimadas para a erupção dos dentes, alterações de forma, estrutura possam desencadear nos Pais o reflexo para pedir opinião e intervenção por parte do Médico Dentista.

5.2 Sintomatologia de Erupção

Existem alguns sintomas associados à erupção dentária que não devem preocupar os pais, uma vez que são bastante comuns durante esta fase. No entanto, este assunto não está totalmente esclarecido, uma vez que não existe grande evidência científica e muitos destes sintomas são associados a outros eventos durante a infância.

Temos dois grupos distintos de profissionais, os que apontam certos sinais e sintomas associados à erupção dentária e os que sustentam que “a erupção dentária em si não provoca qualquer transtorno à criança” (Ginani, 2011).

Porém, segundo, Wake, (2000), Duarte *et al.*, (2010) e Guedes Pinto (2012) e Ramos-Jorge *et al.*, 2011 existem alguns sintomas universalmente aceites e associados à erupção dentária como a irritabilidade, dor, diarreia, corrimento nasal perturbações do sono, hipersalivação, perda de apetite e erupções cutâneas. Curiosamente, estas análises já estavam em sintonia com Hipócrates em 460-361 a.C. (Junior *et al.*, 2008)

A diarreia é apontada, por muitos autores, como consequência da contaminação dos dedos levados à boca para alívio do desconforto nesta fase contribuindo para o desenrolar de infecções (Ginani, Vasconcelos, Augusto, & Barboza, 2011; Guedes Pinto, 2012). A diarreia também se pode justificar pelo aumento da irritabilidade e *stress*, uma vez que “é um factor que provoca alterações psicofisiológicas, podendo actuar no tubo digestivo” (Ginani, 2011). Vasques *et al.* (2010) completa que durante a fase de erupção o organismo acumula grande quantidade de citocinas no fluido crevicular que pode provocar distúrbios gastro-intestinais nas crianças.

O movimento do dente em erupção provoca muito facilmente desconforto e irritabilidade à criança, uma vez que a gengiva se encontra inflamada e edemaciada (Vasques *et al.*, 2010).

Guedes Pinto (2012) afirma que na altura da erupção é frequente alguma hipersensibilidade e que “a presença de imunoglobulinas seria a causadora de hipersensibilidade capaz de gerar os sintomas de erupção.”

Guedes Pinto (2012) afirma que o aumento da salivação se deve essencialmente ao facto de na altura da erupção dentária os bebés levarem mais objectos à boca. Bordoni (2010) justifica o aumento de salivação pelo estado de amadurecimento das glândulas aos seis meses a que um bebé não está habituado. Junior, Duca, Rosa, & Poletto (2008) numa revisão bibliográfica acerca dos conhecimentos e condutas dos médicos pediatras em relação à erupção dentária, fundamentando-se em vários autores como Rocha *et al.*, Noronha, Crespim, Duarte, Bonecker, Bengtson, e Piccianini, Abujamra, Ferreira e Guedes Pinto, é igualmente da opinião de que existe um aumento de salivação neste período e justifica-se dizendo que se pode dever a um aumento de dor e desconforto da criança durante esta fase, porque “há uma mudança na qualidade da saliva, aumentando a sua viscosidade e dificultando a deglutição, desencadeada pela recente maturação das glândulas salivares” (Poletto, 2008).

Para além disto Guedes Pinto (2012), em concordância com um estudo de Freitas e Moliterno e de Kruska em 2001 referenciado por Junior *et al.* em 2008 e Camila Palma (2011), afirmam que dias antes da erupção dos dentes na cavidade oral ocorre edema e eritema gengival.” Guedes Pinto (2012) e Palma (2014) sugerem às mães que para aliviar o desconforto momentâneo associado à erupção, as mães utilizem uns mordedores limpos e resfriados, bem como ofereçam alimentos duros como torradas ou tiras de cenoura que provoquem isquémia na gengiva e ajudem na aceleração da erupção dos dentes decíduos. Sugerem que nessas situações podem igualmente recorrer a dedeiras que estimulem a área em questão e se necessário em última instância utilizem anestésicos locais bem como analgésicos.



Figura 10. Tira de cenoura para alívio da sintomatologia de erupção disponível em: www.odontologiaparabebes.com cedida por Dra. Camila Palma

Já a febre, conclui Duarte *et al.*(2011) num estudo realizado em 2011 diferentemente de alguns autores, não deve ser associada à erupção dos dentes decíduos. Ginani (2011), em desacordo, justifica a febre por libertação de IgE na altura da erupção.

Pouco fundamentados por alguns autores estão alguns sintomas como a tosse, apatia, bruxismo, convulsões, herpes (instabilidade fisiológica). Não apresentando por isso evidência científica. Com isto, os sinais e sintomas, única e exclusivamente associados à erupção dentária decídua não são severos, sendo que problemas sistémicos mais complicados devem ser sinais de alarme (Junior, 2008; Vasques, 2010).

Segundo um estudo realizado por Junior *et al.* (2008), a “conduta clínica mais adoptada pelos médicos pediatras é a orientação dos pais/responsáveis” e que a maior parte dos médicos pediatras entrevistados (76%) “acreditam que o processo de erupção dentária possa estar associado a manifestações sistémicas e/ou locais”. O que significa

que ainda existia uma grande percentagem (24%) que não associava alguns factores sistémicos à erupção dentária. Uma vez que o primeiro profissional a ter contacto com a criança corresponde ao pediatra, sendo que o contacto do Médico Dentista é geralmente mais tarde, idealmente aos seis meses aquando da erupção do primeiro dente decíduo, afirma que é muito importante que os Médicos Dentistas actuem de forma a informar os médicos pediatras sobre cuidados de saúde oral bem como a necessidade de estarem em permanente contacto com os médicos dentistas transmitindo a importância da necessidade de uma primeira consulta numa fase precoce da vida do bebé. (dela Cruz *et al.*, 2004; Douglass *et al.*, 2004)

6. Traumatismos em Dentição Decídua

É importante mostrar aos pais a importância dos dentes decíduos na cavidade oral, e que qualquer traumatismo por mais pequeno que seja pode ter repercussões na dentição permanente da criança. É pois então necessário quando se aborda este tema em crianças bebés que se dê bastante importância à prevenção, situações de atendimento de urgências, tratamento de traumas e suas repercussões na dentição decídua e permanente, (Wanderley, 2003) porque “constitui um problema estético-funcional e psicológico.” (Guedes Pinto, 2012)

Assim estes inconvenientes acima referidos como consequência de perda de peças dentárias decíduas, podem passar por comprometimento na dentição definitiva, aquisição de maloclusões, desenvolvimento incorrecto da musculatura facial, comprometimentos fonéticos e na dicção, problemas digestivos relacionados com a dificuldade na alimentação e problemas psicológicos e sociais da criança (Maurício Silva *et al.*, 2009).

No entanto, Guedes Pinto (2012) diz que “A habilidade para prevenir o traumatismo às estruturas orais é limitada, pois viver e crescer abrange um alto risco para acidentes”.

Vários estudos foram realizados ao longo do tempo para tentar definir uma idade mais propícia ao acontecimento de traumas na dentição decídua. Bonini em 2008 na sua dissertação concluiu que se observavam traumatismos desde os 5 meses da criança. Quanto à idade mais propícia a lesões traumáticas segundo Bijella *et al*; Cunha;

Pugliese; Vieira (2001) era entre um e dois anos, mas nessa mesma dissertação segundo outros dois autores, Haavilko e Rantanen em 1976 observaram maior risco entre os um e três anos (Bonini, 2008).

É comum verificar que os pais na grande generalidade só se deslocam ao Médico Dentista quando verificam que existem hemorragias e dilacerações sendo portanto fulcral que se alertem os pais para certos tipos de traumas que no imediato não apresentam alterações clínicas mas que a longo prazo podem ter as suas consequências (Guedes Pinto, 2012).

São vários os autores que referem que os traumatismos são muito frequentes na dentição decídua sobretudo na fase em que a criança ganha uma certa autonomia, não tendo ainda os seus reflexos totalmente desenvolvidos, ou seja até aos três anos. É um período em que existem inúmeras adaptações por parte da criança, como aprender a sentar, gatinhar, andar, e que até ganhar uma certa estabilidade e coordenação motora a criança passa por muitas quedas, umas maiores outras menores que acabam por provocar traumatismos de maior ou menor gravidade (Guedes Pinto, 2012; Barberia, 2002; Munoz, 2004; Maurício Silva *et al.*, 2009). Sendo por isso igual a prevalência entre sexos uma vez que todas as crianças passam por isto. Apesar de em idades mais avançadas não se verificar o mesmo (Leache, 2002; Munoz, 2004; Bonini, 2008; Guedes Pinto, 2012).

Os traumatismos em dentição decídua são muito frequentes em espaços ao ar livre, fins de semana e férias bem como em situações de brincadeiras apelando à parte desportiva. Situações em que as crianças andam de meias podem também criar condições ideais para quedas (Leache, 2002; Munoz, 2004; Bonini, 2008; Guedes Pinto, 2012). Bonini (2008) cita Bhar em 1990 referindo que 70% das crianças com menos de 5 anos caíam no banho. Por isso, torna-se de extrema importância alertar os pais para que tenham atenção redobrada às crianças, por exemplo, quando estas se encontram junto a escadas, zonas altas, janelas, móveis e esquinas vivas, cuidados com o chão molhado, camas altas e carros sem cadeirinhas especiais adaptadas às idades das crianças. (Bonini, 2008; Guedes Pinto, 2012).

Palma (2014) aponta certas crianças com mais aptidão a sofrerem traumatismos, crianças com incisivos centrais superiores protruídos, crianças com incompetência

labial, crianças hiperactivas, ou que sofram convulsões, e também crianças que, de algum modo, tenham os sentidos da visão e audição afectados.

“Os incisivos centrais decíduos são normalmente os dentes mais afectados por se encontrarem numa posição mais anterior da face” (Wanderley, 2003). Bonini (2008) e Guedes Pinto (2012) também estavam de acordo com esta afirmação. Dos 18 meses aos 2 anos existe uma maior frequência de traumatismos de natureza leve, lesões ao nível das estruturas de suporte, deslocamento ou avulsão do dente, mais que fracturas da coroa ou da raiz (Leache, 2002; Wanderley, 2003). Nestas idades é frequente os mesmos dentes sofrerem vários traumas repetidos (Wanderley, 2003).

Crianças que tenham hábitos de sucção digitais, ajudam na formação de maloclusões como a protrusão dos incisivos centrais superiores e a lingualização dos incisivos inferiores criando uma falta de selamento labial. Torna-se então necessário, enfatizar, mais uma vez, que crianças com hábitos de sucção aliadas a quedas não esperadas tenham maiores riscos de traumatismos nos dentes anteriores superiores. Assim sendo cabe aos pais, por todos os motivos já antes referidos tentarem eliminar estes tipos de hábitos, porque embora de difícil previsão sabemos que as consequências podem ser maiores e mais graves em crianças que tenham este tipo de oclusão (Wanderley, 2003; Guedes Pinto, 2012).

Bonini (2008) em 915, 1138, 1265 crianças nos anos de 2002, 2004, 2006 respectivamente dos 5-59 meses concluiu que as crianças que tinham maior prevalência de traumas eram as que tinham mordida aberta anterior, trespasse horizontal aumentado e incorrecto selamento labial. A utilização de chucha por mais do que os dois anos favorece o aparecimento de mordidas abertas. Por estas duas afirmações anteriores concluimos que é útil os pais fazerem um bom controlo do uso da chupeta de modo a prevenir situações mais complicadas em traumas futuros.

6.1 Urgências e Traumatismos

Quando a criança chega ao consultório médico o profissional deve realizar um bom exame objectivo e exame clínico. Para além disto deve recolher todas as informações respondendo inevitavelmente a três questões principais: quando, onde e como. Associado a isto deve informar-se sobre os dados do paciente, sinais e sintomas após o traumatismo, história médica pertinente, história odontológica, Avaliação

neuroológica e história da lesão traumática. Com estes dados o médico dentista deve saber actuar de forma rápida e eficaz alertando os pais para possíveis consequências e riscos sempre tentando solucionar o problema. É de notar que na grande maioria das vezes o prognóstico depende da rapidez do tratamento e intervenção médica quando relacionado com avulsões ou fracturas ósseas o que nem sempre é possível tomar-se consciência disto porque existem complicações maiores que implicam mais atenção e intervenção médica geral. Como por exemplo sinais de irritabilidade excessiva, vômitos, apatias, sangramento nasal perdas de consciência ou até mesmo convulsões (Leache, 2002; Munoz, 2004; Guedes Pinto, 2012).

As três perguntas referidas chamam a atenção para alguns factos.

O momento do traumatismo é bastante importante no que toca por exemplo a influências de prognóstico no caso de avulsões ou fracturas ósseas e até mesmo influenciando na escolha do plano de tratamento. O local do traumatismo deve chamar-nos a atenção porque no caso da criança ter caído num local com terra, deve levar-nos a conferir se as vacinas da criança estão em dia, como por exemplo a vacina do tétano (“2, 4, 6 meses de vida com reforço aos 15-18 meses”; Guedes Pinto, 2012) ou até mesmo fazer medicação de acordo com as necessidades. O modo como aconteceu o traumatismo pode ajudar-nos a alertar os pais para possíveis prevenções futuras, diagnósticos diferenciais ou até mesmo despertar-nos para possíveis maus tratos das crianças.

Quanto ao exame clínico somos chamados a realizar o exame visual, de palpação e percussão servindo-nos de meios complementares de diagnóstico que são bons termos de comparação ao longo do tempo e ajudam-nos a detectar muitos dos problemas associados aos traumas. Devemos verificar a existência de lacerações, abrasões, contusões na cara ou no pescoço, detectar objectos estranhos, procurar se existem fragmentos noutras zonas, feridas nos lábios ou língua e penetração de objectos nestes locais, hematomas, hemorragias nos sulcos e fracturas ósseas. A palpação “permite sentir o grau de mobilidade do dente, a movimentação das estruturas ósseas no rebordo alveolar, a presença de saliências e crepitação, sinais de possíveis fracturas radiculares, lesão da membrana periodontal, fractura do rebordo alveolar ou do osso” (Guedes Pinto, 2012). O teste de percussão permite-nos perceber a dor da criança a estímulos, avaliar as

estruturas de suporte no entanto em crianças pequenas não se realiza devido a facilidade de falsos positivos não ajudando ao diagnóstico (Guedes Pinto, 2012).

Após observação o Médico Dentista é chamado a intervir de acordo com a situação encontrada. No caso de haver feridas abertas o médico dentista deve limpar a zona com uma gaze limpa e esterilizada servindo-se por exemplo de água, soro fisiológico, sabão neutro, oxigenada ou solução de clorhexidina, removendo cuidadosamente os fragmentos. Alertando para que se deva “Manter a região em repouso: não morder na região; ter uma alimentação pastosa, morna; não usar chupeta e biberon” (Wanderley, 2003).

De uma maneira geral a OMS organizou os traumas da seguinte maneira: Traumas de tecidos duros e traumas de tecidos moles.

Tabela 1. Traumas de tecidos duros, Definição e Respetivo Tratamento:

Fractura não complicada da coroa	Definição: Lesão que pode afectar o esmalte e dentina sem afectar a polpa Tratamento: Polimento, arredondamento de margens aplicação tópica de flúor ou restauração em resina composta se existir comprometimento estético. Se existir proximidade com a polpa pode colocar-se cimento de ionómero de vidro como material de protecção pulpar. Em casos de sensibilidade pode ser realizado um selante de superfície. Se o fragmento estiver intacto e bem preservado (de preferência em leite, fazer recomendação aos pais, ou transportá-lo em soro ou mesmo na própria boca, o que em crianças muito pequenas não é aconselhável por possível ingestão), pode proceder-se à adesão do fragmento ao remanescente dentário com o devido acondicionamento ácido e técnicas adesivas e uma resina compostas próprias. (ex: fluidas) Escovagem eficaz sempre recomendada.
Fractura complicada da coroa	Definição: Lesão que afecta esmalte, dentina e polpa. Tratamento: Tratamento depende se a rizogénese está ou não completa. Tratamento endodôntico e reabilitação coronária Pulpotomia e quando rizogénese completa realização de

	pulpectomia (pode ser feita até 72 horas após o trauma). Em última instância exodontia.
Fractura corono-radicular não complicada	Definição: Lesão que afecta esmalte, dentina e cimento sem exposição da polpa Tratamento: Exodontia
Fractura corono-radicular complicada	Definição: Lesão que afecta esmalte, dentina e cimento com exposição da polpa Tratamento: Exodontia da parte coronal e fragmento apical é deixado, mantendo o espaço que mais tarde será reabsorvido e evitando lesionar o gérmen do definitivo. (pulpectomia/pino/coroa)
Fractura radicular	Definição: Afecta dentina, cimento e polpa Tratamento: Exodontia Fragmentos radiculares reposicionados contenção não é necessária
Fractura do processo alveolar	Reposicionar e realizar contenção Controlo em 4, 8, 26 semanas e depois anualmente
Fractura da mandíbula ou maxila	Envio ao cirurgião maxilo-facial

Tabela 1 realizada com base em McDonald & Avery (2001); Wanderley (2003); Bordoni (2010); Guedes Pinto (2012).

Tabela 2. Traumas de tecidos moles, Definição e Respectivo Tratamento

Concussão	<p>Definição: Não há mobilidade nem deslocamento, ligamento inflamado, contacto com o gérmen pouco provável. Mais problemático necroses e inflamações quando há densidade de cor, indica severidade da lesão.</p> <p>Tratamento: Observação, controlo clínico e radiográfico. “Repouso” do dente lesado. Alimentação pastosa a uma temperatura tépida.</p>
Subluxação	<p>Definição: Mobilidade sem deslocamento do dente com hemorragia no sulco</p> <p>Tratamento: Tratamento orientado para regenerar o tecido periodontal pode ser necessário alívio oclusal. “Repouso” do dente lesado. Alimentação pastosa a uma temperatura tépida.</p>
Luxação extrusiva	<p>Definição: Deslocamento parcial do dente no alvéolo para lingual, vestibular, lateral apresentando mobilidade e pode coexistir fractura do osso alveolar</p> <p>Tratamento: Extrair ou reposicionar cuidadosamente se a extrusão tiver sido menor que 2 mm. Ferulização de 2 semanas. Mais de 2 mm fazer extracção do dente para evitar danos futuros.</p>
Luxação intrusiva	<p>Definição: Deslocamento para apical do dente dentro do alvéolo.</p> <p>Tratamento: Normalmente re-erupcionam naturalmente (deve ter a sua re-erupção num período de seis meses, se em 2-4 semanas não há sinais de re-erupção faz-se a extrusão do dente. Se se verificar intrusão para dentro do folículo exodontia imediata, quando intrui em direcção palatina. Deve realizar-se exame clínico e radiográfico (oclusal e periapical) fazendo palpação para conferir se existiu fractura das tábuas. “Devemos alertar ao responsável para a remoção de hábitos de sucção, dieta pastosa, limpeza com gaze embebida em água oxigenada, ou outra solução anti-séptica, até que se possa utilizar a escova”</p>

Luxação lateral	<p>Definição: Traumatismo que desloca a zona apical do dente para longe do gérmen.</p> <p>Tratamento: Deixa-se que o dente reposicione espontaneamente, no caso de existir mobilidade pode fazer-se reposicionamento com ferulização (semi-rígida onde poderá ser feita com fio de <i>nylon</i> ou de aço e resina composta, com fractura óssea mantém-se por 30 dias, sem fractura óssea 14 dias)</p>
Avulsão	<p>Deslocamento para fora do alvéolo</p> <p>Tratamento: Não Reimplantar por não haver evidência científica pelo poder prejudicial com os dentes definitivos.</p> <p>Estar atento a reabilitação do espaço protético por perda de espaço necessário à dentição permanente.</p>

Tabela 2 realizada com base em McDonald & Avery (2001); Wanderley (2003); Bordoni (2010); Guedes Pinto (2012).

Após explicação breve dos traumas e possível hipótese de Tratamento torna-se necessário alertar os profissionais para as hipóteses mais comuns de Traumatismos para que possam estar preparados para intervir de uma melhor maneira e estarem conscientes das consequências que advenham das lesões.

Bonini (2008) no mesmo estudo já antes mencionado em crianças dos 5 aos 59 meses, constatou que “o trauma mais comum foi fracturas de esmalte (10,8%), seguido de alterações de cor (2,3%), fractura de esmalte e dentina (1,4%), ausência do dente (0,7%) e presença de fístula(0,2%)”

Wanderley (2003) e Bonini (2008) indicam que as luxações são mais frequentes na dentição decídua por oposição as fracturas que são mais comuns na dentição permanente por estarmos perante a presença de osso mais poroso nessas idades. Sendo o osso mais esponjoso e maleável “há uma absorção do impacto pela deformação do tecido ósseo.”(Maurício Silva *et al.*, 2009).

Nesta mesma revisão Bonini (2008) faz referência a vários autores constatando diferentes posições quanto a prevalência dos tipos de traumatismos. Refere que

Shayegan, Maertelleer e Abeele (2007) afirmam que as luxações são mais prevalentes (72,7%) bem como as fracturas sem envolvimento pulpar (14,9%). Skeare e Jacobsen (2005) num estudo de corte concluíram que a subluxação e concussão, traumas dos tecidos moles, são o mais comum (81%). Por fim Bonini (2008) diz que Kramer em 2003 refere que em relação aos tecidos duros as fracturas de esmalte são as mais comuns (75,5%) e, em 2001, Cunha, Pugliese e Vieira indicam que a predominância de fracturas não complicadas corresponde a 48,4%.

É muito importante perceber a origem e severidade do trauma e perceber que há consequências frequentes e imediatas.

O Médico Dentista deve estar alerta para possíveis: hiperémias pulpares (sempre verificado após traumatismos com aumento da vascularização e pequena infiltração celular, (Guedes Pinto, 2012), reabsorções radiculares externas e internas, calcificações por deposição rápida de tecido duro na câmara pulpar por falta de vascularização, necroses por rompimento dos feixes vasculo-nervosos, hemorragias pulpares por aumento da pressão interna dos vasos, anquiloses, e retenções prolongadas, hipomineralizações e hipoplasias dos dentes definitivos por destruições dos ameloblastos, infecções periodontais, alveólise e exposição da raiz do dente por infecção do alvéolo (McDonald & Avery, 2001; Wanderley, 2003;Guedes Pinto, 2012).

Deve também informar-se os pais de possíveis consequências nos dentes definitivos como alterações de forma, estrutura e cor no caso do trauma do decíduo afectar o germen do definitivo. As alterações sofridas podem comprometer a criança apenas esteticamente ou chegar até perda do ou dos dentes envolvidos (Wanderley, 2003).

Nem sempre é fácil um atendimento rápido e eficaz porque as situações de maior emergência trazem consigo doses elevadas de stresse e de histeria. Mas “muitas vezes, um telefonema realizado ao Médico Dentista logo após situações de traumas das crianças diminui a ansiedade dos pais ajudando a uma chegada mais calma dos pais e da criança à clínica de maneira a melhorar o tratamento quando na clínica.” (Bordoni, 2010).

Ainda assim, podemos deparar-nos com situações complicadas porque na maioria das vezes o primeiro contacto da criança com o médico dentista deve-se

precisamente a estas situações de emergência. Locais estranhos e situações dolorosas dificultam a actividade do médico dentista. É de salientar que o profissional deva vir munido de paciência, gerindo a ansiedade dos pais e tentando criar um ambiente propício aos tratamentos, o que nem sempre é possível (Silva, 2009).



Fractura não complicada das coroas disponível em: www.odontologia.parabebes.com cedida por Dra. Camila Palma

7 Hábitos Deletérios e Maloclusões

Existem muitas más-oclusões geradas por hábitos deletérios. Necessariamente mudando esses hábitos existem algumas hipóteses de reverter os males quando interceptados a tempo. Desta maneira, os Médicos Dentistas podem reforçar a importância de excluir do dia-a-dia estes hábitos parafuncionais (Leache, 2002).

A gravidade do hábito dependerá necessariamente da frequência, intensidade e duração do hábito, faz então sentido que os pais estejam atentos com o intuito de prevenir a instalação dos hábitos deletérios (Passos & Frias-bulhosa, 2010).

Destes hábitos abordaremos três mais comuns e importantes de abordar nesta idade. São eles o hábito de respiração oral, sucção digital e chupeta/biberon.

7.1 Respiração Oral

Guedes Pinto (2012) refere que “quando um recém-nascido possui um obstáculo nas vias respiratórias altas, ele automaticamente e de forma adaptativa inicia a respiração oral, deixando assim de excitar os receptores neurais existentes nas mucosas nasais e nos seios maxilares, ocorrendo então uma deficiência de crescimento nestas áreas. (...) devendo priorizar-se a respiração nasal no mínimo durante o primeiro ano de

vida uma vez que a partir desta altura é mais difícil perder este hábito por mais que apareçam obstruções passageiras do tracto respiratório”.

Existem várias possibilidades para este tipo de respiração. Bordoni (2010) refere causas fisiológicas como o ciclo nasal, não fisiológicas podendo ser alérgicas ou não alérgicas e secundárias. Se alérgicas podem ser de origem infecciosa: viral, fúngica ou parasitária; se não infecciosa: mecânica, devido a deformação do septo, hipertrofia dos cornetos, corpos estranhos; hiperreactivas, desequilíbrios hormonais, indução por drogas, irritantes, químicos e emocional; Não alérgicas: inflamatórias como pólipos granulomatosos de Wegener; tumores benignos ou malignos e distúrbios de fluxo como a sobreexpansão, rinite atrófica e perfuração do septo. Por fim secundárias devido ao espaço pós-nasal, à orofaringe amígdalas, palato mole ou base da língua ou tracto respiratório baixo devido à asma ou doença crónica obstrutiva das vias aéreas.

Angle (1907), citado por Stankiewics (2009) refere a respiração oral como uma das causas mais potentes da maloclusão uma vez que interfere indirectamente com os dentes obrigando a um desenvolvimento assimétrico dos músculos, ossos do nariz e maxilares bem como um desequilíbrio ao nível dos lábios, língua e bochechas

Bordoni (2010) cita vários autores referindo que em 1986 Lindon Aracon mostrou relação entre a obstrução nasofaríngea e aumento da altura facial inferior, angulo mandibular inclinado, mandíbulas retrognáticas e vestibularização dos incisivos. Behlfelt *et al.* (1990) mostrou relação entre amígdalas de maior tamanho e mandíbulas mais retrógnatas, maior altura facial inferior e maior angulo do plano mandibular, mordidas abertas, postura baixa da língua. Woodside *et al.* (1991) relaciona a obstrução nasal com apinhamento dos incisivos mandibulares e menor tamanho do arco mandibular e maxilar. Mcnamara em 1981 encontra relação entre obstrução nasal e altura facial inferior aumentada. Oulis *et al.* (1994) “encontraram que a respiração oral produzia maiores níveis de mordidas cruzadas. (Bordoni, 2010)

Leache (2002) alega que a respiração bucal provoca compressão do maxilar que consequentemente pode gerar apinhamento incisivo com protrusão incisiva. Afirma também que pela posição mais posterior e distal da mandíbula se geram mordidas cruzadas posteriores e aumento da altura facial.

Stankiewics, em 2009, refere que Lessa *et al.* em 2005 afirmam que os respiradores orais tem tendência para uma “maior inclinação mandibular e padrão de crescimento vertical com alterações nas proporções faciais normais, evidenciando assim a influência da função respiratória no desenvolvimento craniofacial.”

Apesar destas conclusões existem inúmeros estudos que alegam falta de relação entre maloclusões e a respiração oral. Por isto cada doente deve ser analisado individualmente bem como o seu caso pois existe falta de evidência nesta área (Bordoni, 2010).

Andreia Stankiewicz (2009) refere, baseando-se nos achados de Pedro Planas em 1997, que a passagem do ar pelas fossas nasais estimula as terminações nervosas que por sua vez vão interferir no desenvolvimento tridimensional das fossas nasais, sendo que a base destas é o tecto ou abóbada palatina, interfere com a ventilação e o tamanho dos seios maxilares, estando intimamente ligado com muitos estímulos vitais para todo o organismo.

Stankiewicz (2009) refere que quando o bebé respira pela boca deixa de conseguir realizar correctamente o selamento labial espontâneo, pelo que não há excitação das terminações nervosas influenciando o desenvolvimento das estruturas das fossas nasais.

Bordoni (2010) diz que se existe uma alteração no padrão respiratório é inevitável que aconteça uma alteração nas estruturas maxilares e da língua perturbando o seu equilíbrio.

Leache (2002) afirma que uma vez eliminado o hábito que impede a respiração nasal se não existir uma estimulação da respiração nasal o hábito persiste.

“Para poder respirar pela boca é necessário baixar a mandíbula e a língua movendo a cabeça para trás.” (Bordoni, 2010) ficando com os lábios entre-abertos. Acontecendo isto podem acontecer inúmeras consequências como sobreerupção dentária dos dentes posteriores, aumento da altura facial, pode gerar uma mordida aberta, aumentar o overjet e arco maxilar estreito e alto, lábios separados, mordida cruzada posterior unilateral e bilateral e, maloclusão Classe II (Leache, 2002; Munoz, 2004; Bordoni, 2010).

Guedes Pinto (2012) Justifica que “a não solicitação das fossas nasais atresia a região e conseqüentemente a maxila torna-se gradativamente alta, ogival, por não acompanhar o crescimento vertical dos rebordos alveolares. Portanto, à medida que cresce, a deformação torna-se mais grave, daí a importância do atendimento do respirador bucal o mais cedo possível.”

O respirador oral flete a cabeça para a frente obrigando a uma nova trajetória dos músculos direitos e esquerdos. A língua passa a assumir uma posição mais baixa e hipotônica, existindo também retorsão da mandíbula e compressão maxilar, tendo como consequência um estreitamento das fossas nasais tornando mais difícil a respiração nasal. Por fim e devido a este estreitamento, os dentes sofrem também com esta situação provocando maloclusões por falta de espaço (Stankiewics, 2009).

Torna-se por isso necessário um cruzar de informações entre o Médico Dentista-Otorrinolaringologista e os Pais da criança. Embora não esteja totalmente esclarecido a relação causa efeito da respiração oral e das má-oclusões sabemos que é de estar atento. (Bordoni, 2010)

Um diagnóstico precoce e uma abordagem multidisciplinar é essencial, sobretudo quando ainda não se verificaram alterações sejam elas deformações ósseas, cardio-respiratória, imunológicas ou comportamentais (Menezes, Cavalcanti, & Albuquerque, 2011).

Como já fizemos referência em cima, o desmame precoce pode favorecer a instalação deste hábito (Neiva, Cattoni, Ramos, & Issler, 2003).

7.2 Sucção digital

Como já tínhamos referido anteriormente, a componente da repetição tem grande importância. Quando não se tem a devida atenção, os hábitos podem provocar grandes danos (Guedes Pinto, 2012).

Bordoni (2010) afirma que a sucção do polegar é um hábito mais problemático do que a sucção da chupeta e que a prevalência da sucção em crianças com um ano vai desde 30 a 50% sendo igual em ambos os sexos diminuindo a necessidade deste hábito até aos 3 anos. Completa que se verifica essencialmente em crianças que se encontram

sós, mais especificamente em situações como a antes de dormir e quando estão a ver televisão.

Mendes (2012) diz que o hábito de sucção digital, a longo prazo, tem piores consequências na cavidade oral por comparação com a chupeta e que é de mais difícil correcção. Alerta por isso os pais a estarem atentos a interrupção deste hábito assim que possível e reforça a importância da amamentação até aos seis meses como prevenção da instalação deste hábito.

Palma (2014) refere que a alimentação com leite materno, previne a futura sucção digital.

Guedes Pinto (2012) afirma que mesmo que este hábito persista até aos cinco anos não é muito problemático, mas devemos estar atentos pois pode ter consequências muito graves, sobretudo se estiver próximo da esfoliação dos dentes decíduos.

Consequências como a protrusão dos incisivos superiores com mordida aberta são esperadas bem como a linguoversão dos incisivos inferiores se existir demasiada pressão (Guedes Pinto, 2012).

Silva (2004), citando Vadiakas e Roberts (1991), afirmou que o hábito da sucção digital pode causar mordida cruzada.

Cohen (1979) referiu que é necessário existir uma certa cooperação do paciente para cessar o hábito, o que nestas idades pode consistir num problema, refere também que a duração do hábito é um aspecto significativo e que por isso quanto menor a duração deste, menor os efeitos prejudiciais na criança. Por fim acrescenta que é mais difícil de eliminar este hábito em raparigas.

Mendes (2012) indica que a sucção digital advém de “insatisfação fisiológica de sucção, característica do bebé, que deveria ser saciada com a amamentação.” Complementa que só se deve considerar um hábito se persistir vários meses após o nascimento da criança, podendo ter início aos 4 meses de vida da criança e se não for interrompido até aos 4 anos terão graves consequências a nível oral sendo os mais difíceis de corrigir. Estas anomalias geradas podem ser Classe II, Divisão 1 de Angle, mordidas cruzadas posteriores, mordidas abertas anteriores, sobremordidas profundas, abóbadas palatinas altas, arcadas dentárias estreitas, overjets aumentados, entre outras.

Mendes (2012) descreve ainda dois tipos de sucção digital. A primeira em que a criança coloca apenas o polegar na boca, fazendo pressão contra o palato e faces palatinas dos incisivos superiores, originando mais frequentemente Classe II, e a segunda em que a criança coloca dois dedos na boca fazendo pressão sob o pavimento da boca e face lingual dos incisivos gerando mais frequentemente mordidas topo a topo e mordidas cruzadas anteriores.



Figura 12. Hábito de Sucção Digital com sucção do polegar Vs Hábito de Sucção Digital com sucção de dois dedos. Disponível em: www.odontologiaparabebes.com cedidas por Dra. Camila Palma

Foi também justificado pela literatura que a sucção digital pode consistir numa barreira mecânica para a erupção dos dentes, assim é sugerido por alguns autores que este hábito seja interrompido quando detectado e deve receber importância especialmente porque a criança a partir dos 18 meses já não deve sentir necessidade nem da chupeta nem do dedo (Mendes, 2012).

7.3 Chupeta, Biberon

“A chupeta é um objecto oferecido ao bebé para que sugue de modo a que se sinta confortável e permaneça quieto. Chupetas são conhecidas como tranquilizadoras e consoladoras e são usadas largamente para tranquilizar ou acalmar uma criança que está a chorar.” (Joanna Briggs Institute, 2005).

Os pais desconhecem por completo os malefícios do uso da chupeta. Usam-na como instrumento que trás conforto e comodidade sendo essencial no que toca a acalmar a criança bem como adormece-la. A não utilização de chupeta implica muito mais criatividade e atenção dos pais sendo por isso quase inevitável o uso por parte da sociedade. (Joanna Briggs Institute, 2005)

O uso da chupeta interfere com várias áreas, interfere com a amamentação, pode ter como consequência respiração oral, e ainda provocar maloclusões graves com difíceis soluções e ainda ter efeitos negativos sobre a fala da criança.

A OMS (2014) recomenda vivamente a não utilizar biberões, tetinas ou chupetas sobretudo durante o período de amamentação.

As crianças que usam chupeta desde muito cedo, têm tendência para abandonarem precocemente a amamentação. Largando a amamentação podemos vir a ter graves consequências ao nível da formação craniofacial uma vez que para satisfazerem as suas necessidades precisam de se alimentar através do biberon. O desejo de sucção continua a ser satisfeito pela chupeta e biberon, no entanto diminui a necessidade de contacto com a mama (Joanna Briggs Institute, 2005). O que está referido em bibliografia é que o selamento labial feito pelos lábios no caso de utilização de bicos artificiais, como é o caso da chupeta e biberon, é completamente diferente do selamento na amamentação. Havendo uma postura diferente dos lábios na sucção destes acessórios haverá uma perda de tonicidade comparativamente à amamentação (Stankiewicz, 2013)

Adicionado a estes factos, “(...)com os biberons, tetinas ou outros bicos, o recém-nascido satisfaz apenas as necessidades nutritivas ao seu desenvolvimento (...) gerando falta de desenvolvimento póstero-anterior da mandíbula, já que o biberon não desencadeia a propulsão e o retrocesso mandibular.” (Guedes Pinto, 2012).

Também estão descritas interferências da chucha com a oclusão das crianças. “Hábitos de sucção podem provocar alterações histológicas de reabsorção e aposição óssea, da mesma maneira que ocorre quando da utilização de forças ortodônticas leves e lentas.” Necessariamente, que um objecto desde cedo introduzido na boca da criança, dependendo da frequência e intensidade de utilização pode provocar também alterações nas estruturas ósseas. Haverá uma diferença de pressão devido a forças mecânicas que resultarão em modificações ao nível dos dentes e estruturas maxilares. Mais concretamente podem derivar daí mordidas abertas, mordidas cruzadas, maloclusão Classe II, overjet acentuado, sobremordida/mordida profunda. Existe também perigo de desenvolver problemas na ATM e bruxismo (Stankiewicz, 2013).

Pode alterar a fala das crianças, sobretudo quando elas tentam falar com a chupeta na boca, pode “atrapalhar na fala, mastigação, deglutição e respiração da criança. Podem surgir deficiências na dicção, presença de sibilo/ceceo na fala, voz rouca e/ou anasalada.” A mastigação também pode sofrer alterações e a criança passar a mastigar só de um lado por sua vez provocar alterações ao nível da articulação temporomandibular, fazer com que os ossos da face cresçam de forma pouco harmoniosa (Stankiewicz, 2013)

Palma (2014) afirma que a necessidade de sucção se vai extinguindo à medida que os dentes decíduos vão erupcionando na cavidade oral uma vez que adquirem um padrão mastigatório deixando a necessidade de sucção.

Vários autores referem que não existem grandes inconvenientes em oferecer chupeta até à idade de dois anos (Bordoni, 2010; Palma, 2014), uma vez que o bebé ainda tem capacidade de recuperar a anatomia correcta, no entanto, após o período de amamentação se se oferecer à criança uma chupeta, há certas indicações que devem ser cumpridas. Bordoni (2010) aconselha a que nunca se prenda a chupeta à fralda do bebé, nunca se deva limpar com a saliva dos pais, nem deva ser coberta com açúcar, mel ou outro tipo de açúcar.

Palma (2011) diz que se deve, em qualquer circunstância retirar a chupeta à criança aos dois anos e que não o fazer pode levar a graves problemas de oclusão como mordidas abertas anteriores e mordidas cruzadas posteriores sendo a segunda mais grave e mais permanente.

Quanto a oferta de biberon à criança, existe uma grande probabilidade de o bebé apresentar hipotonicidade labial. Por vezes as mães para facilitarem a sucção do bebé nas suas tomas, aumentam o buraco das tetinas, obrigando a um esforço menor por parte das crianças (Rocha, 2004).

Johanns, Furkim, & Marchesan (2011) revelam que hábitos deletérios como a chucha e o biberon podem ser a etiologia de más-oclusões podendo gerar problemas no crescimento da face, forma das arcadas e problemas na fala, sendo que as complicações mais frequentes passam por mordidas abertas anteriores, mordidas abertas posteriores e mudanças nas funções da mastigação, deglutição e respiração.



Figura 13. Mordidas Abertas anteriores causadas pelo uso prolongado de chupeta disponível em: www.odontologiaparabebes.com cedidas por Dra. Camila Palma

8. Prevenção e Flúor

A cárie dentária continua a ser o maior desafio que os Médicos Dentistas enfrentam por ser a doença mais prevalente na cavidade oral (Castro *et al.* 2009). Mas que tem vindo a diminuir muito graças à aplicação do flúor (Ribeiro, 2004).

O flúor é um mineral extremamente importante que serve de agente na prevenção da cárie dentária, (Murakami & Bönecker, 2010) que através dos seus mecanismos é capaz de inibir a desmineralização, aumentar a remineralização e inibir a actividade da placa bacteriana (Castro, Angelo, Araújo, & Torres, 2009; Mendes, 2012;) porque incorpora o esmalte dentário em conjunto com o cálcio e fosfato fortalecendo as estruturas cristalinas “com mais fluoreto e menos carbonato e mais resistente aos ácidos.” (Mendes, 2012).

Cada vez mais se reconhece a sua importância e, que a sua presença constante na cavidade oral bem como a sua aplicação tópica são uma medida eficaz de combate à lesão de cárie (Murakami & Bönecker, 2010; Guedes Pinto, 2012). Ribeiro (2004) chama a atenção para o facto de o flúor aumentar a resistência do esmalte e ajudar na redução da desmineralização sobretudo se se mantiver a sua presença na saliva durante um período de tempo maior.

A Direcção Geral de Saúde (2013) reforça que o flúor é de extrema importância porque “intervém no metabolismo ósseo e na mineralização dos dentes”, uma vez é incorporado no esmalte tornando mais resistente aquando do ataque ácido pelas

bactérias quando ingerem hidratos de carbono capazes de desmineralização dentária. Refere também que um combate eficaz à doença passa por uma higiene correcta com eliminação eficaz da placa, uma alimentação saudável adicionando a administração de flúor.

Pretende-se com este capítulo ajudar a determinar métodos eficazes comprovados com evidência científica para utilização das crianças dos 0 aos 2 anos e respectivas recomendações aos pais. Neste capítulo não se pretende abordar a importância do flúor na água nem nos alimentos, mas mais concretamente a sua utilização sob formas tópicas como nas pastas dentífricas e a sua aplicação em consultório sob a forma de vernizes.

A idade referida deve ser suficientemente importante porque é nesta altura que temos o início da formação dos dentes, bem como o seu aparecimento e onde surgem as primeiras preocupações relativas ao aparecimento de lesões de cárie (Gabrielle, 2007).

A aplicação tópica de flúor sob qualquer forma deve ter em conta o risco individual de cárie do bebé, e o Médico Dentista deve analisar e decidir o tipo de aplicação. (Guedes-Pinto, 2012; Palma, 2014). Assim os factores de risco da criança incluem o tipo de alimentação, quantificando a cariogenicidade, a deficiente higiene oral que a criança possa ter, ou os poucos cuidados que os pais prestam, a pouca exposição a flúor e eventuais carências socio-económicas. Assim detectando o risco de cárie do bebé pode efectuar-se a devida prevenção e a melhor abordagem (Mendes, 2012).

Mendes (2012) aponta que quando temos presença de placa bacteriana, a hidroxiapatite presente nos dentes vai sendo lentamente dissolvida pelos ácidos produzidos pelas bactérias quando atinge um pH de 5.5. Quando existe a presença de flúor na cavidade oral, este após dissolução do esmalte, vai sendo incorporado sob a forma de fluorapatite e hidroxiapatite pela reprecipitação do cálcio e fosfato. Quando combinado nestas formas o pH crítico destes cristais passa a de ser 4.5, tornando o esmalte mais resistente à dissolução por parte das bactérias. Ainda refere que quando temos disponível em grandes concentrações, o flúor é armazenado sob a forma de fluoreto de cálcio juntamente com proteínas da saliva e forma uma barreira mecânica que permite uma libertação lenta à medida que vai sendo necessário. Constitui também

um reservatório de flúor bem como possui actividade antimicrobiana (Murakami & Bönecker, 2010).

Abordaremos em especial dois tipos de aplicações tópicas. A utilização de dentífricos fluoretados e a utilização de vernizes de flúor.

Não se fará referência a bochechos em crianças até aos dois anos uma vez que não são aconselháveis pelo perigo de ingestão (McDonald & Avery, 2001).

8.1 Pastas Fluoretadas

Desde cedo, ainda antes de se dar a erupção dos primeiros dentes, a grande maioria dos autores recomenda o uso de uma gaze limpa e humedecida que deve massajar as gengivas após a amamentação facilitando a criação de um ambiente oral saudável para a erupção dentária (Bordonni, 2010; Guedes Pinto, 2012; Mendes, 2012; Palma, 2014).

Até a criança aprender a cuspir não devem ser utilizadas pastas fluoretadas. No entanto, crianças a partir de um ano ou mais se não comerem muitos doces nem forem alimentadas durante a noite pode realizar-se a escovagem só com água, se isto não se verificar há indicação para pasta de 1000ppm de flúor em quantidade de grão de arroz/ esfregaço (Palma, 2011). Do mesmo modo Apm refere a importância da escovagem duas vezes ao dia a partir da erupção do primeiro dente decíduo, evitando comer após escovar os dentes, sendo supervisionadas por um adulto. Sabendo que a ingestão de flúor leva ao aumento do risco de fluorose, deve ser ponderado o seu uso até a criança saber cuspir mesmo que com um risco de cárie elevado. Sugere que a quantidade de um “esfregaço” para crianças menores que dois anos é o ideal (Apm *et al.*, 2011).

A grande maioria dos autores recomenda que até a erupção dos molares não se torna necessário em crianças com baixo risco de cárie a utilização de pastas fluoretadas, ou seja a utilização de água chega, o mesmo não se aplica a crianças com elevado risco de cárie, em que a dose recomendada é a de um bago de arroz de pastas fluoretadas de 500 ppm. Sempre lembrando que a criança não deve engolir a pasta e supervisionar a criança durante a escovagem (Almeida, 2007).

Mendes (2012) recomenda a partir da erupção do primeiro dente a utilização de uma gaze ou dedeira ou uma escova macia com a utilização de uma pasta de 500 ppm para evitar o perigo de ingestão até aos 2 anos.

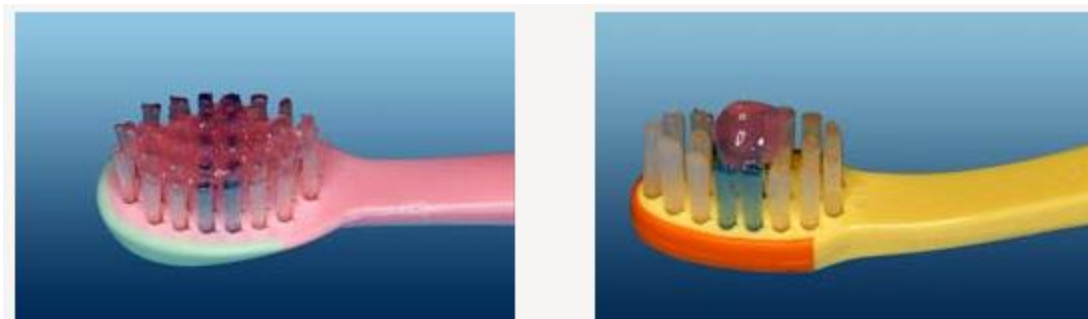


Figura 14. Diferenças de quantidade de pasta utilizada em crianças menores de 2 anos (“Esfregaço”) Vs Crianças maiores de 2 anos (“ervilha”) disponível em: www.odontologiaparabebes.com cedido por Dra. Camila Palma

8.2 Verniz de Flúor

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2013) “os vernizes de flúor (50 mg/ml) constituem uma alternativa viável, tendo a vantagem de serem produtos de acção tópica.” São também uma “forma muito eficaz, fácil, segura e bem tolerada de aplicar flúor quer a nível individual quer nível comunitário.” Almeida (2007) refere que os vernizes fluoretados mostraram-se eficazes na prevenção do aparecimento de lesões de cárie na dentição decídua.

Os vernizes inibem a desmineralização dentária e ajudam na remineralização tornando o esmalte mais resistente, ajudam também na inibição do metabolismo bacteriano reduzindo a quantidade de produção de ácido pelas bactérias e uma vez que formam uma película protectora vão sendo lentamente libertados aumentando o seu tempo de acção (Direcção Geral de Saúde 2013).

Cochrane Collaboration (2013) refere que os vernizes de flúor inibem a cárie dentária (Marinho, 2013).

Mendes, em 2012, refere que o verniz de flúor tem indicação para bebés até aos 36 meses e que são ideais para aqueles que ainda não tem capacidades de controlar a ingestão através de pastas ou bochechos. Afirma também que de acordo com o risco individual de cárie o Médico Dentista deve analisar a necessidade de aplicação de flúor sob a forma de vernizes.

Para crianças com alto risco de cárie podem ser feitas aplicações bimestrais ou mesmo trimestrais, para crianças com baixo risco de cárie uma aplicação semestral mostrou-se suficiente (Almeida, Yamamoto, Corleto, Fadel, & Baldani, 2007)

Tabela 3. Modo de aplicação dos Vernizes de Flúor:

Orientar os responsáveis para que o paciente não esteja em jejum no dia da aplicação, nem manifestem sinais de doença sistémica
Colocar o equipamento em local acessível tendo o cuidado para não estar ao alcance da criança
Realizar profilaxia profissional prévia com pedra pomes ou pasta profiláctica e uso de fio dentário
Remover o excesso de saliva com o aspirador e promover um isolamento relativo da hemi-arcada que receberá o produto
Secar com o jacto de ar antes da aplicação para evitar a diluição do produto e garantir uma boa adesão ao esmalte
Aplicar com o auxílio de um pincel, tempo de aplicação do verniz varia de 1 a 4 minutos
Quantidade para toda a dentição decídua = 0,3 a 0,5 ml
O aspirador e, no caso de bebés, o abridor de boca deve ser utilizado durante todo o procedimento de aplicação
É recomendável ir deitando gotículas de água levemente sobre as superfícies dentárias cobertas com verniz para facilitar a sua fixação antes da remoção do isolamento relativo

Tabela 3 realizada com base em Murakami & Bönecker, 2010; Carvalho, Salazar, Silva, & Coutinho, 2010



Figura 15. Aplicação de vernizes de Flúor disponível em: www.odontologiaparabebes.com cedida por Dra. Camila Palma



Figura 16. Verniz de Flúor Duraphat disponível em: <http://www.colgateprofissional.com>

Orientações aos responsáveis da criança: não ingerir alimentos durante 2h, manter alimentação líquida/pastosa e não escovar os dentes durante 12 horas para o verniz se manter em contacto com as superfícies o maior número de horas possível.

“Logo após a aplicação do produto a criança pode fechar a boca porque o verniz endurece em contato com a saliva e forma uma película que adere às superfícies dentárias.” (Carvalho *et al.*, 2010).

A Direcção Geral de Saúde afirma que devem ser aplicados 0,25 ml e não os dados referidos na tabela acima.

Carvalho *et al.* (2010) refere que os vernizes de flúor não favorecem o risco de fluorose dentária e dá exemplos de vernizes de flúor que foram testados em vários estudos: Duraphat (5% NaF), Fluorniz (5%NaF), Biophat (6%NaF). No entanto, o Duraphat é o mais referido para este tipo de utilização.

A *American Academy of Pediatric Dentistry - AAPD* (2011) em *Guideline on fluoride therapy* refere que as aplicações dos vernizes devem ser aplicações de 4 minutos, aplicações de seis em seis meses em crianças de alto risco de cárie, e em concordância com Carvalho *et al.* indica que as aplicações de 5% de NaF são aplicações eficazes e testadas (Committee & Council, 2013).

8.3 Flúor Sistémico

Antigamente administrava-se às grávidas flúor sistémico porque pensava-se que ajudariam a reforçar os dentes das crianças. No entanto, devido às incertezas deste passar pela barreira placentária e aumentar o risco de fluorose nos bebés foi deixada essa medida. (Palma, 2014). Assim é totalmente desaconselhável a “administração de fluoretos sistémicos a grávidas, crianças menores de 3 anos e a crianças que, em qualquer idade, consomam água com teor de fluoreto superior a 0,3ppm (mg/L) (Mendes, 2012).

9 Guia Prático Para Os Pais

Com a ajuda dos vários autores referidos reunimos uma série de condutas práticas que devem ser seguidas pelos pais:

Tabela 4. Guia Prático para os pais

Primeira consulta aos seis meses ou até ao fim do primeiro ano de vida do bebé. Pode também ser feita antes dos seis meses para que os pais possam receber instruções de promoção da saúde oral (OMD, 2014; Palma, 2014; AAPD, 2014)

Lactação materna exclusiva até aos 6 meses depois só alimentação complexa. (Rocha, 2004)

Durante o período de amamentação exclusiva não é necessário adicionar qualquer tipo de alimento nem líquido (OMS, 2014)

A amamentação exclusiva até aos seis permite um correcto crescimento e desenvolvimento das estruturas dentárias e esqueléticas do bebé (Palma, 2010)

A amamentação até aos seis meses diminui a prevalência de maloclusões (Guedes Pinto, 2012)

Reforçar a ideia de que após a erupção do primeiro dente se deve largar a amamentação nocturna (Palma, 2011)

Problemas na pega durante a amamentação podem gerar problemas na mãe e na criança levando a um abandono precoce da amamentação (Sanches, 2004)

Massagens gengivais com gazes, dedeiras ou fraldas antes da erupção de qualquer dente, crucial após a última mamada do dia (Vieira, 2000; Lima, 2011; Palma, 2014)

Massagem gengival deve demorar aproximadamente 2 minutos, duas vezes ao dia

(Costa, 2011)

Passar para utilização da escova a partir da erupção dos primeiros molares, mais ou menos a partir dos 18 meses (Vieira, 2000)

A erupção dentária deve iniciar-se por volta dos 6/7 meses e o bebê deve ter 20 dentes em boca por volta dos 30 meses (Duarte *et al.*, 2010; Guedes Pinto, 2012)

Existem alguns sintomas associados à erupção dentária como: dor, diarreia, irritabilidade, hipersalivação e perturbações do sono (Wake *et al.*, 2000; Duarte *et al.*, 2011; Guedes Pinto, 2012)

Para alívio do desconforto causado pela sintomatologia dolorosa na altura da erupção podem ser utilizados mordedores limpos e resfriados, podem ser oferecidos alimentos duros que causem isquemia na área ou ainda fazer massagens gengivais na zona (Guedes Pinto, 2012; Palma, 2014)

Hábitos de sucção não nutritiva têm relação significativa com maloclusão precoce (Leache, 2002)

Chupeta é desaconselhada pela Organização Mundial de Saúde sobretudo para evitar confusão de bicos e desmame precoce (Organização Mundial de Saúde, 2014)

Biberão aumenta a prevalência de maloclusões (Rocha, 2004)

No caso de não ser possível antes, abandonar o biberon por volta do 1 ano e definitivamente quando erupcionarem os molares. Se possível substituir o biberon pelo copo (Palma, 2011; Vieira, 2000)

Não aumentar o buraco das tetinas do biberon uma vez que o bebê realiza menos esforço podendo gerar hipotonicidade muscular (Rocha, 2004)

Nunca falar de chupeta na boca (Stankiewics, 2013)

Chucha pode gerar mordidas abertas anteriores, posteriores, problemas na fala, mastigação, deglutição. Retira-la até aos 2 anos (Palma, 2014; Stankiewics, 2013)

Não prender a chupeta na roupa, só em momentos de ansiedade/sono e logo retirar (Bordoni, 2010)

Abandonar a chupeta por volta do 1 ano e definitivamente antes de completar 2 anos (Palma, 2011)

Dedo é o hábito de sucção digital é mais frequente mas mais difícil de abandonar

(Bordoni, 2010)

Não pôr açúcar nem na chupeta nem no biberon (Rocha, 2004)

Estratégia de diminuição da quantidade de bactérias existentes no período pré-Natal na cavidade oral da mãe pode diminuir a prevalência de cárie da criança na primeira infância (Ribeiro, 2004)

Risco de transmissão cariogénica aumenta pelo contacto físico da mãe e pela contaminação dos objectos e alimentos que são levados à boca da criança (Noce, 2005; Oliveira, 2011; Guedes Pinto, 2012)

Não limpar chupetas com a saliva (perigo de transmissão patogénica) (Bordoni, 2010; Palma, 2011; Noce, 2005)

Alimentos mais duros e mais fibrosos geram uma mastigação mais vigorosa e consequente limpeza mecânica melhor (Guedes Pinto, 2012)

Diminuição da frequência de ingestão de açúcar especialmente entre refeições, não adicionando açúcares extrínsecos aos alimentos naturais (Rocha, 2004)

Ingestão de muitos medicamentos com grandes quantidades de açúcares pode aumentar o risco de cárie (Peelm, 2008)

Se a alimentação não é muito rica em açúcares a escovagem pode ser realizada com água. Se for é aconselhada a utilização de pasta de 1000 ppm na quantidade de um grão de arroz/esfregaço (Palma, 2014)

Pais devem realizar a tarefa de higienização e só depois deixar brincar após a tarefa cumprida (Vieira, 2000; Guedes Pinto, 2012)

Retirar a chupeta durante a dormida para deixar assentar no palato (Stankiewics, 2013)

Crianças com alto risco de cárie podem ter indicação para a realização de vernizes de flúor (Palma, 2014)

Em caso de traumatismo consultar o Médico Dentista o mais cedo possível

Os pais devem estar atentos à fase de adaptação em que a criança aprende a sentar, gatinhar e andar uma vez que é uma idade mais propícia à existência de traumatismos (Barberia, 2002; Munoz, 2004; Guedes Pinto, 2012)

Respiração Oral pode levar a maloclusões (Bordoni, 2010; Leache, 2002)

3. Conclusão

A partir desta revisão de literatura foi possível concluir o seguinte:

1. Não é de se desprezar a função do Médico Dentista na Primeira Infância
2. A primeira consulta deve ser aos seis meses ou até ao primeiro ano de vida da criança
3. O Médico Dentista deve reforçar junto dos Pediatras, os primeiros a entrar em contacto com a saúde do bebé, a importância de um acompanhamento da saúde oral do bebé
4. O Médico Dentista pode transmitir conhecimentos úteis no período Pós- Natal no que se refere às vantagens e desvantagens da amamentação e os períodos recomendados na tentativa de criar o ambiente favorável para o desenvolvimento de uma harmonia dento-esquelética
5. O Médico Dentista tem o dever de não só minorar patologias pré-existentes, ou intervir em situações de emergência, mas também educar a população em geral para os problemas da Saúde Oral
6. O Médico Dentista pode ajudar na diminuição da prevalência de cárie
7. O Médico Dentista deve informar os pais para cronologia e sequência de erupção dos dentes que podem revelar, por vezes, atrasos e problemas nas crianças
8. O Médico Dentista pode esclarecer e tranquilizar Pediatras e Responsáveis quais os sinais e sintomas que estão directamente relacionados com a erupção dentária

4. Bibliografia

- Abdo, R., Nunes, D., & Salles, V. (1998). Cárie rampante , etiologia e soluções de tratamento - Revisão da Literatura. *Revista da Universidade de Alfenas*, (4), 159–163.
- Almeida, G. J. F. (2007) Indicações de Odontopediatras quanto ao uso de flúor tópico por crianças entre zero e seis anos de idade: dados para elaboração de um protocolo. (Tese Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Bauru.
- Andrade, R. (2011) Importância do aleitamento materno na saúde bucal e geral da criança. . 46 f. (Tese Doutorado) - Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- APM, Gomes. (2011) Qual dentífrico indicar para crianças na primeira infância. 2011. 1 f. Póster Científico - Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.
- Arora, A., Scott, J. a, Bhole, S., Do, L., Schwarz, E., & Blinkhorn, A. S. (2011). Early childhood feeding practices and dental caries in preschool children: a multi-centre birth cohort study. *BioMedCentral Public Health*, 11(1), 28. doi:10.1186/1471-2458-11-28
- Blanco-Cedres, L., Guerra, M. E., & Rodriguez, S. (2007). Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la gran Caracas. *Acta Odontológica Venezolana*, 45, 1–6.
- Bonini, G. A. V. C (2008). Estudo da tendência das lesões dentárias traumáticas em crianças de 5 a 59 meses de idade. (Tese Mestrado) - Curso de Ciências Odontológicas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bordoni, N., Rojas, A. E., Mercado, R. C.(2010) *Odontologia Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Bueno, S. B., Bittar, T. O., Vazquez, F. D. L., Meneghim, M. C., & Pereira, A. C. (2013). Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 18(1), 30.e1–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23876964>
- Carvalho, D. M., Salazar, M., Silva, E., & Coutinho, F. (2010). O uso de vernizes fluoretados e a redução da incidência de cárie dentária em pré-escolares : uma revisão sistemática Fluoride varnishes and decrease children : a systematic review. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(1), 139–149.
- Castro, R., Angelo, A., Araújo, I., & Torres, B. (2009). A utilização do diaminofluoreto de prata na prevenção e controle da cárie em esmalte dentário. *International Journal of Dentistry, Recife*, 8(2), 98–101.

- Cohen M.; ORR JR, John R; BOREL, G.. (1979). *Ortodontia Pediátrica Preventiva*, 1ª Edição, Editora Interamericana, Rio de Janeiro.
- Coitinho, D. C. (2002). *Saúde da Criança - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Infantil- Ministério da Saúde*.
- Committee, O., & Council, R. (2013). Guideline on fluoride therapy. *Pediatric Dentistry*, 35(5), E165–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290545>
- Dela Cruz, G. G., Rozier, R. G., & Slade, G. (2004). Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*, 114(5), e642–52. doi:10.1542/peds.2004-1269
- Douglass, J., Douglass, A & Silk, (2004). A Practical Guide to Infant Oral Health *American Family Physician* 70(11).
- Duarte, M. E., Andrade, M., Faria, P., Marques, L., & Jorge, M. (2010). Fatores associados à cronologia de erupção de dentes decíduos - revisão de literatura: Erupção de dentes decíduos e fatores associados. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 9(1), 139–151.
- Franquet, M., Palma, C., & Cahuana, A. (2009). Nutrición y alimentación en la infancia del siglo XXI. *Odontología Pediátrica*, 17(2), 105–115.
- Galbiatti, F., Gimenez, C., & Moraes, A. (2002). Odontologia na Primeira Infância : Sugestões para a Clínica do Dia-a-dia Dentistry for Infants : Literature Review and Suggestions for a Day-to-. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia no Bebe*, 5(28), 512–517.
- Ginani, F., Vasconcelos, R. G., Augusto, C., & Barboza, G. (2011). Sintomas Locais e Sistêmicos Associados à Erupção Dentária, 15, 81–86. doi:10.4034/RBCS.2011.15.01.12
- Giugliani, E. (2000). O aleitamento materno na prática clínica Breastfeeding in clinical practice Elsa R. J. Giugliani. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, 76.
- Góes, M., Araújo, C., Góes, P., & Jamelli, S. (2013). Persistência de hábitos de sucção não nutritiva : prevalência e fatores associados Non-nutritive sucking habits persistence : prevalence and associated factors. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*, 13(3), 247–257. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000300006>
- Gomes, D., & Ros, M. (2010). Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento. *Revista CES Odontologia*, 23(1), 71–80.
- Guedes-Pinto, A. C. (2012) *Odontopediatria*. 8. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora.

- Guimarães, A. O., Costa, I., & Oliveira, A. (2003). As Origens , Objetivos e Razões de Ser da Odontologia para Bebês The Origins , Objectives and Reasons of Dentistry for Babies. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia no Bebe*, 6(29), 83–86.
- Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J., & Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *Journal of Dentistry*, 40(11), 873–85. doi:10.1016/j.jdent.2012.07.013
- Institute, J. B. (2005). Association between pacifier use and breastfeeding, sudden infant death syndrome and dental malocclusion. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 3(6) p147-167. Blackwell Publishing Asia, 9(3).
- Johanns, C. M., Furkim, A. M., & Marchesan, I. (2011). Há relação de hábitos orais deletérios com a tipologia facial e a oclusão dentária? *Revista CEFAC*, 13(6), 1095–1102. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000060>.
- Junior, I. M., Duca, F., Rosa, F., & Poletto, V. (2008). Conhecimentos e condutas de médicos pediatras com relação à erupção dentária. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(3), 258–264. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822008000300010>
- Kobayashi, H. M., Scavone, H., Ferreira, R. I., & Garib, D. G. (2010). Relationship between breastfeeding duration and prevalence of posterior crossbite in the deciduous dentition. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics : Official Publication of the American Association of Orthodontists, Its Constituent Societies, and the American Board of Orthodontics*, 137(1), 54–8. doi:10.1016/j.ajodo.2007.12.033
- Leache, E. B. *Odontopediatria*. (2002) 2. ed. Barcelona: Masson.
- Leone, C. R., & Sadeck, L. dos S. (2012). Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria*, 30(1), 21–26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000100004>
- Lima, A. A. (2011) *Odontologia e Amamentação: Contribuições do cirurgião dentista para a promoção da saúde bucal. (Tese Doutorado) - Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.*
- Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE.(2013) Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD002279. DOI: 10.1002/14651858.CD0 02279.pub2
- Mcdonald, R. E.; AVERY, D. R.(2001) *Odontopediatria*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Meera R, Muthu M S, Phanibabu M, Rathnaprabhu V. (2008) First dental visit of a child. *Journal Indian Society of Pedodontics Preventive Dentistry*;26:68-71
- Mendes, A. P. (2012). Saúde oral na criança. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 101, 8–9.
- Mendes, F. R. S. (2012) Sucção Digital - Implicações no Desenvolvimento Dentário. 2012. (Tese Mestrado) - Curso de Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa, Port0.
- Menezes, V. A. De, Cavalcanti, L. L., & Albuquerque, T. C. De. (2011). Respiração bucal no contexto multidisciplinar: percepção de ortodontistas da cidade do Recife, 16(6), 84–92. <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512011000600014>
- Munoz, Fernando Escobar. (2004) Odontologia Pediátrica. 2. ed. Venezuela: Amolca,
- Murakami, C., & Bönecker, M. (2010). Utilização de Fluoretos na Clínica Odontopediátrica Contemporânea. *Revista FGM News*, 12, 33–36.
- Nakamura, A. A.(2009) Erupção de dentes decíduos e cárie precoce da infância: estudo longitudinal. (Tese Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Neiva, F., Cattoni, D., Ramos, J., & Issler, H. (2003). Desmame precoce : implicações para o desenvolvimento motor-oral Early weaning : implications to oral motor development. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, 79(1), 7–12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000100004>
- Neves, B. G., Pierro, V., & Maia, L. (2007). Percepções e atitudes de responsáveis por crianças frente ao uso de medicamentos infantis e sua relação com cárie e erosão dentária Perceptions and attitudes among parents and guardians on the use of pediatric medicines and their cariogenic and erosive potential. *Ciências E Saúde Colectiva*, 12, 1295–1300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/51413-B12320070005000027>
- Ng, M. W., Ramos-Gomez, F., Lieberman, M., Lee, J. Y., Scoville, R., Hannon, C., & Maramaldi, P. (2014). Disease Management of Early Childhood Caries: ECC Collaborative Project. *International Journal of Dentistry*, 2014(Dm), 327801. doi:10.1155/2014/327801
- Noce, É. (2005) Aquisição de Estreptococos mutans e primogênitos de 7-19 meses de idade Estudo longitudinal em famílias primogênitos de 7-19 meses de idade Estudo longitudinal em famílias. (Tese Mestrado) - Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, São Paulo.
- Oliveira, A. L., Botta, A., & Rosell, F. (2010). Promoção de saúde bucal em bebês. *Revista de Odontologia Da Universidade Cidade de São Paulo*, 22(3), 247–253.

- Oliveira, D., Moura, H., & Oliveira, A. (2008). Higiene bucal de bebês de 0 a 6 meses. *Revista Científica Do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos*, 1(1), 34–38.
- Palma, C., & Cahuana, A. (2011). Orientaciones para la salud bucal en los primeros años de vida 1, *Odontología Pediátrica* 19(1), 101–116. Disponível em: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1814-487X2010000200007&lng=es&nrm=iso
- Palma, C., García, C., & González, Y. (2009). Prevenció de càries dental en infants menors de 3 anys. *Pediatrics Catalana*, 69, 200–205.
- Passos, M. M., & Frias-bulhosa, J. (2010). Hábitos de Sucção Não Nutritivos , Respiração Bucal , Deglutição Atípica - Impactos na Oclusão Dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária E Cirurgia Maxilofacial*, 51(2), 121–127. DOI: 10.1016/S1646-2890(10)70096-0
- Peelm, J. C. R., Alves, C., Maia, L., Castro, G. (2008). Influencia del consumo de azúcar, uso de medicamentos e higiene oral en la prevalencia de caries en bebés. *Acta odontologica venezolana* 46. Disponível em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000200011&lng=es&nrm=iso
- Portaro, C. P., & Blanco, J. R. (2013). Educación sobre salud oral infantil a través de un programa comunitario para bebés. *Odontología Pediátrica*, (21), 169–179.
- Poulsen, S. (2003). The child ' s first dental visit. *International Journal of Paediatric Dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*, 13, 264–265. DOI: 10.1046/j.1365-263X.2003.00473.x
- Pujar, P. (2013). Child ' s First Dental Visit *Indian Journal Dentistry Adv*, 5(4), 1400–1404. doi:10.5866/2013.541400
- Ramos-Jorge, J., Pordeus, I. a, Ramos-Jorge, M. L., & Paiva, S. M. (2011). Prospective longitudinal study of signs and symptoms associated with primary tooth eruption. *Pediatrics*, 128(3), 471–6. doi:10.1542/peds.2010-2697
- Rayner, J. a. (2003). The first dental visit: a UK viewpoint. *International Journal of Paediatric Dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*, 13(4), 269. Disponível em : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834389>
- Reis, D., Pitta, D., Ferreira, H., Jesus, M., Moraes, M., & Soares, M. (2010). Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes Health education as a strategy for the promotion of oral health in the pregnancy period. *Ciência & Saúde Colectiva*, 15(1), 269–276. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100032>
- Ribeiro, N. M. E., & Ribeiro, M. A. S. (2004). Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar : uma revisão crítica Breastfeeding and early childhood caries : a

- critical review. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, 80, 199–210. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700012>
- Rocha, A., Nascimento, R., & Pereira, V. (2004). Saúde Oral em Bebês entre 0 e 6 Meses de Idade Salud Oral en Bebés entre 0 y 6 Meses de Edad. *JBP - Revista Ibero-Americana Odontopediátrica de Odontologia do Bebê*, 7(36), 204–210.
- Sanches, M. T. C. (2004). Manejo clínico das disfunções orais na amamentação Clinical management of oral disorders in breastfeeding. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, 80, 155–162.c . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700007>
- Schroth, R. J., Yaffe, A. B., & Jeanette, M. (2013). Dentists ' Views on a Province-Wide. *Journal Canadian Dentistry Association*, 79.
- Silva, A. C. B. (2003) Bebe-clinica : Uma revisão crítica da literatura .(Tese Doutorado) - Curso de Odontologia em Saúde Colectiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Silva, A., Paulino, L., Athayde, P., Santos, T., & Medeiros-Serpa, E. (2010). Atenção Odontológica a bebês : Estratégia Educativa. *Universidade Federal da Paraíba- Pró Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários*, (1), 1–8. - XII Encontro de Extensão
- Silva, J., Oliveira, A., Gouvêa, J. A., & Capellari, A. (2013). Benefícios provenientes do aleitamento benefitis from exclusive breastfeeding. *Revista UNINGÁ*, 16, 13–18.
- Silva, L. I. C. (2004) “Pistas diretas planas” e mordida cruzada unilateral. (Tese Doutorado) - Curso de Ortopedia Funcional dos Maxilares, Centro Universitário Hermínio Ometto, São Paulo.
- Silva, M., Costa, A., Almeida, M., Maia, S., Carvalhal, C., & Resende, G. (2009). Avaliação do conhecimento da abordagem de trauma dental pelos profissionais de creches. *ConScientiae Saúde*, 8(1), 65–73.
- Silva, M., Guimarães, M., Rito, R., Valle, S., Maria, N., Elizabeth, S., ... Calasans, E. (2010). Linha de Cuidado da Criança 2010. *Secretaria Municipal de Saúde E Defesa Civil - Linha de Cuidado Da Criança*.
- Stankiewicz, A. (2009) Tratamento da maloclusão na dentição decídua com pistas diretas planas : relato de caso com pistas diretas planas : relato de caso. 2009. (Tese Doutorado) - Curso de Ortopedia Funcional dos Maxilares, Clínica Integrada de Odontologia Ciodonto, São Paulo.
- Stankiewicz, A. (2013). A Chupeta. Artigo - Curso de Ortopedia Funcional dos Maxilares, Clínica Integrada de Odontologia Ciodonto, São Paulo.
- Suyu, T., & Iannacone, J. (2013). Influence of teaching about oral hygiene awareness to parents of children less than three years in the health center of Mala, Peru. *The Biologist (Lima)*, 11, 307–319. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oiart?codigo=4701131>

- Thomaz, E. B. A. F., Cangussu, M. C. T., & Assis, A. M. O. (2012). Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: a multivariate analysis. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 76(4), 500–6. doi:10.1016/j.ijporl.2012.01.005
- Vasques, E., Vasques, E., Carvalho, M. G., Oliveira, P., Granville-Garcia, & Costa, E. (2010). Manifestações relacionadas à erupção dentária na primeira infância – percepção e conduta de pais. *Revista da Faculdade de Odontologia, Passo Fundo*, 15(2), 124–128.
- Vieira, A. L. F. (2000) Avaliação clínica da efetividade da remoção mecânica de placa dentária por diferentes dispositivos utilizados para higiene bucal em bebês. (Tese Mestrado) - Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, São Paulo.
- Wake, M. (2000). Estudo de corte sobre a erupção de dentes deciduos. *Pediatrics*, 106(6). Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822008000300010>
- Wanderley, M. T. (2003). Como tratar dentes traumatizados ou perdidos. *Aneis Do 15º Conclave Odontológico de Campinas ISSN, 104*, 1678–1899.
- Weyne, S., Medina, D. T., Sabra, A. (2013) Saúde bucal para pediatras: protocolo para abordagem da família e monitoramento da saúde bucal da criança. *Revista Brasileira de Medicina*
- Widmer, R. (2003). The first dental visit: an Australian perspective. *International Journal of Paediatric Dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*, 13(4), 270. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834390>

Referências On-line:

Palma, Dra. Camila. Odontologia para bebês. Disponível em: <http://www.odontologiaparabebes.com/index.html>. 21.5.2014

Site da Ordem dos Médicos Dentistas disponível em: www.omd.pt 21.5.2014

Site da World Health Organization disponível em: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/> 21.05.2014

Site da American Academy of Pediatric Dentistry disponível em http://www.aapd.org/resources/frequently_asked_questions/#36. 21.5.2014

Site da The Canadian Dental Association disponível em: *J Can Dent Assoc* 2013;79:d123 22.7.2014

Site da American Dental Association : http://www.ada.org/~media/ADA/Publications/Files/ADA_PatientSmart_First_Dental_Visit.ashx 22.7.2014

Site da Colgate: <http://www.colgateprofessional.com>