



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

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE ORAL DA
GRÁVIDA E DA CRIANÇA – PERSPETIVA DO MÉDICO E DOS
PAIS**

Trabalho submetido por
Ana Catarina Mateus dos Santos Felicíssimo
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2013



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE ORAL DA GRÁVIDA E DA CRIANÇA – PERSPETIVA DO MÉDICO E DOS PAIS

Trabalho submetido por
Ana Catarina Mateus dos Santos Felicíssimo
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof.^a Doutora Virgínia B. Milagre

Setembro de 2013

DEDICATÓRIA

If you can't explain it simply, you don't understand it well enough

Albert Einstein

**Aos meus pais, Estela e Paulo, e à minha avó Linete como uma pequena
manifestação da minha gratidão**

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho marca o fim de uma importante etapa da minha vida. Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram de forma decisiva para a sua concretização.

Aos meus pais, Estela e Paulo, por serem modelos de coragem, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amor, amizade e paciência, bem como, pela ajuda total na superação dos obstáculos que ao longo da minha caminhada foram surgindo.

À minha avó Linete por tudo o que fez por mim, todo o amor, todas as brincadeiras, toda a amizade e todo o apoio incondicional. Obrigado por seres a melhor avó do mundo e do universo. E um muito obrigado por teres criado a melhor mãe do mundo.

Ao meu avô João que alterou a sua vida para me apoiar, amar e ver crescer.

Ao meu avô Albertino, independentemente do lugar onde esteja, um muito obrigado por tudo e espero que te sintas orgulhoso de mim.

À minha avó Rosa pelos momentos passados.

Ao meu amor António por todo o apoio, amor, amizade, carinho e paciência que tem comigo. És o meu príncipe.

À minha parceira de box, Liliana Ventura, que para além de tudo o mais, é a minha melhor amiga, obrigado por toda a amizade, companheirismo, carinho, paciência, apoio e ajuda.

À Prof.^a Doutora Virgínia Milagre, pela disponibilidade, pelo apoio, pela orientação, pela confiança e pelo carinho dado.

À Direção Clínica, ao Conselho de Gerência e ao Conselho de Ética do SAMS – Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, por terem autorizado a realização do estudo nas suas instalações (Hospital e Centro Clínico). Aos médicos, doentes e pais que me acolheram de braços abertos.

A todos os professores do I.S.C.S.E.M. que com o seu saber e dedicação contribuíram para a minha formação.

A todos os funcionários que fazem girar a grande instituição que é o I.S.C.S.E.M..

Por último a todos os doentes que nos meus cuidados confiaram.

RESUMO

Introdução: As doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde da população portuguesa. Desta forma, torna-se necessário fomentar as práticas de saúde oral desde cedo, sendo o período ideal durante a gestação. Procurou-se verificar quais os conhecimentos dos profissionais de saúde e dos não profissionais de saúde, de forma a criar meios de transmissão das informações essenciais.

Objetivos: Avaliar o conhecimento da grávida sobre a sua saúde oral; Avaliar o conhecimento dos responsáveis de crianças sobre a saúde oral destas; Avaliar o conhecimento dos médicos ginecologistas/obstetras sobre a saúde oral da gestante e do bebé; e Avaliar o conhecimento dos médicos pediatras sobre a saúde oral das crianças.

Metodologia: Aplicação de quatro inquéritos diferentes, um para cada um dos grupos de estudo mencionados acima.

Resultados: A maioria das gestantes (95%) considera que podem ir ao dentista, mas apenas 86,7% considera que podem fazer tratamentos dentários durante este período.

Dos responsáveis pelas crianças apenas 23% considera que a higiene oral deve ter início após o nascimento, e para a maioria destes (83%) a cárie dentária não é transmissível.

Em relação aos médicos ginecologistas/obstetras, 96% considera necessário a gestante consultar o médico dentista, contudo apenas 46% dos profissionais considera que as doenças orais maternas estão associadas a parto prematuro/baixo peso à nascença.

No que se refere aos médicos pediatras, somente 14% considera que a primeira consulta de medicina dentária deve ser antes de um ano de idade, no entanto, 53% referem que as bactérias cariogénicas são transmissíveis.

Conclusão: As gestantes e os profissionais de saúde (ginecologistas/obstetras e pediatras) inquiridos neste estudo demonstraram ter conhecimentos sobre a saúde oral, contudo os pais de crianças apresentaram fracos conhecimentos sobre a saúde oral.

Campanhas de educação e promoção de saúde oral são necessárias para transmitir a importância de ter saúde oral.

Palavras-chave: Saúde Oral; Grávidas; Crianças; Profissionais de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The oral diseases are major health problems of the Portuguese population. Thus, it becomes necessary to promote oral health practices early, and the optimum period during pregnancy. We tried to see what knowledge of health professionals and non- professionals, to create means of transmission of essential information.

Objective: To evaluate the knowledge of pregnant women about their oral health, Evaluate the knowledge of caregivers of children on the oral health of these, Evaluate the knowledge of gynecologists/obstetricians about the oral health of the mother and baby, and Evaluate the knowledge of medical pediatricians on children's oral health.

Methodology: Application of four different surveys, one for each of the study groups mentioned above.

Results: Most patients (95%) believe that they can go to the dentist, but only 86.7% consider that can make dental care during this period.

From guardians only 23% believe that oral hygiene should begin after birth, and most of these (83%) dental caries is not transferable.

Regarding gynecologists / obstetricians, 96% consider it necessary to consult the dentist pregnant, yet only 46 % of professionals think that maternal oral diseases are associated with preterm / low birth weight.

With regard to pediatricians, only 14% consider that the first dental consultation should be before one year of age, however, 53% report that the cariogenic bacteria are transmitted.

Conclusion: Pregnant women and health professionals (gynecologists/obstetricians and pediatricians) surveyed in this study have demonstrated knowledge about oral health, yet the parents of the children had poor knowledge of oral health.

Education campaigns and promotion of oral health are necessary to convey the importance of having oral health.

Key Words: Oral Health; Pregnancy; Children; Health Professionals

ÍNDICE GERAL

I – INTRODUÇÃO.....	14
II – DESENVOLVIMENTO.....	15
1. Revisão Bibliográfica.....	15
<i>1.1 Gravidez.....</i>	<i>15</i>
1.1.1 Alterações Orais.....	15
1.1.1.1 Erosão Dentária.....	16
1.1.1.2 Cárie Dentária.....	16
1.1.1.3 Mobilidade Dentária.....	17
1.1.1.4 Doença Periodontal.....	17
1.1.1.4.1 Gengivite.....	18
1.1.1.4.2 Periodontite.....	18
1.1.1.4.3 Doença Periodontal e Complicações Obstétricas.....	19
1.1.1.5 Granuloma Piogénico.....	20
1.1.2 Atendimento Dentário na Gravidez.....	21
1.1.2.1 Tratamento Dentário.....	22
1.1.2.2 Classificação dos Fármacos.....	24
1.1.2.3 Utilização de Anestésicos Locais.....	25
1.1.2.3.1 Classificação dos Anestésicos Locais.....	25
1.1.2.3.2 Anestésicos Locais e Gestação.....	26
1.1.2.4 Radiografias Dentárias durante a Gestação.....	27
1.1.2.5 Terapêutica Medicamentosa na Gestante.....	28
1.1.2.5.1 Talidomida.....	29
1.1.2.5.2 Medicamentos mais utilizados na Medicina Dentária.....	30
1.1.3 Dieta e Nutrição durante a Gravidez.....	33
1.1.3.1 Necessidades Nutricionais durante a Gestação.....	34
1.1.4 Educação e Promoção da Saúde Oral na Gestante.....	36
<i>1.2 Crianças.....</i>	<i>38</i>
1.2.1 Desenvolvimento Dentário.....	39
1.2.1.1 Fases de Desenvolvimento.....	39
1.2.2 Erupção Dentária.....	40
1.2.2.1 Cronologia e Sequência de Erupção de Dentição Decídua.....	40

1.2.2.2	Cronologia e Sequência de Erupção de Dentição Definitiva.....	41
1.2.2.3	Variações na Cronologia de Erupção.....	42
1.2.2.3.1	Fatores relacionados com o indivíduo e com o ambiente.....	42
1.2.2.3.2	Fatores Sistêmicos.....	42
1.2.2.3.3	Fatores Locais.....	43
1.2.2.4	Sintomatologia da Erupção Dentária Decídua.....	43
1.2.2.5	Dentições.....	44
1.2.3	Dieta e Nutrição na Criança.....	45
1.2.3.1	Nutrição Fetal.....	45
1.2.3.2	Amamentação.....	46
1.2.3.2.1	Vantagens da amamentação materna.....	47
1.2.3.2.2	Amamentação de forma correta.....	47
1.2.3.3	A Diversificação Alimentar.....	48
1.2.4	Hábitos Parafuncionais Infantis.....	51
1.2.4.1	Biberão.....	51
1.2.4.2	Hábitos de Sucção não nutritiva.....	52
1.2.4.2.1	Chupeta.....	52
1.2.4.2.2	Sucção Digital.....	53
1.2.4.2.3	Sucção Digital versus Chupeta.....	54
1.2.4.3	Deglutição Atípica.....	54
1.2.4.4	Respiração Oral.....	54
1.2.4.5	Onicofagia.....	55
1.2.4.6	Bruxismo.....	55
1.2.5	Cárie Dentária na Criança.....	56
1.2.5.1	Etiologia da Cárie.....	56
1.2.5.2	Alimentação e Cárie.....	57
1.2.5.3	Suscetibilidade do Hospedeiro.....	57
1.2.5.4	Cárie Dentária Precoce na Infância.....	58
1.2.6	Promoção e Educação para a Saúde Oral Infantil.....	59
1.2.6.1	Higiene Oral.....	59
1.2.6.1.1	Do nascimento aos 3 anos de idade.....	59
1.2.6.1.2	Dos 3 anos aos 6 anos de idade.....	60
1.2.6.1.3	A partir dos 6 anos de idade.....	61

1.2.6.1.4	Técnicas de Controlo Mecânico da Placa Bacteriana.....	61
1.2.6.1.4.1	Escovagem Dentária.....	61
1.2.6.1.4.2	Fio Dentário.....	62
1.2.6.1.5	Flúor.....	62
1.2.6.2	Medicamentos.....	63
1.2.6.3	Dentes Natais e Dentes Neonatais.....	64
1.2.6.4	Primeira Consulta de Medicina Dentária.....	64
III – OBJETIVOS DO ESTUDO.....		65
IV – HIPÓTESES DO ESTUDO.....		65
V – MATERIAIS E MÉTODOS.....		66
1.	Tipo de Estudo.....	66
2.	Considerações Éticas.....	66
3.	Recolha de Dados.....	66
4.	Critérios de Inclusão.....	67
5.	Critérios de Exclusão.....	67
6.	Questionários.....	68
7.	Local do Estudo.....	68
8.	Análise Estatística.....	69
VI – RESULTADOS.....		70
VII – DISCUSSÃO.....		86
VIII – CONCLUSÃO.....		90
IX – BIBLIOGRAFIA.....		92
X – ANEXOS		

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Atlas do Desenvolvimento e Erupção Dentária.....	45
Figura 2 – Escolaridade das Grávidas.....	70
Figura 3 – Fase da Gravidez.....	70
Figura 4 – Fontes de informação sobre saúde oral.....	71
Figura 5 – Frequência de Consulta de Medicina Dentária – Gestantes.....	72
Figura 6 – Classificação da saúde oral numa escala de péssima a ótima.....	73
Figura 7 – Grau de importância de uma boa saúde oral na gravidez.....	74
Figura 8 – Alterações que podem ocorrer durante a gravidez.....	74
Figura 9 – Razões para o “enfraquecimento” dos dentes.....	75
Figura 10 – Grau de influência do tipo de alimentação durante a gravidez na saúde oral.....	75
Figura 11 – Idade do início da higiene oral da criança.....	76
Figura 12 – Idade da primeira ida ao médico dentista.....	76
Figura 13 – Meios eficazes para uma boa saúde oral.....	77
Figura 14 – Fontes de informação sobre saúde oral da criança.....	78
Figura 15 – Frequência de consulta do médico dentista – crianças.....	78
Figura 16 – Primeira Consulta de Medicina Dentária da Criança.....	79
Figura 17 – Classificação da saúde oral dos dentes, lábios, maxilares e boca do filho.....	80
Figura 18 – Higiene oral da criança.....	80
Figura 19 – Frequência de escovagem dentária.....	81
Figura 20 – Alterações que podem ocorrer na boca da criança.....	81
Figura 21 – Causas para ter cárie.....	82
Figura 22 – Ingestão de doces.....	82
Figura 23 – Idade de início de consumo de alimentos com sacarose.....	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo das Guidelines para o Tratamento Dentário na Gestante.....	28
Tabela 2 – Antibióticos durante a gestação, opções aceitáveis e a evitar	32
Tabela 3 – Erupção da Dentição Decídua	40
Tabela 4 – Erupção da Dentição Definitiva.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP – American Academy Pediatric

AAPD – American Academy Pediatrics Dentistry

ADA – American Dental Association

AL – Anestésico Local

ATM – Articulação temporomandibular

C – Dente Canino

CDC – Center for Disease Control and Prevention

cm - Centímetro

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

CSI – Cárie Severa na Infância

cox-2 – Ciclo-oxigenase 2

DGS – Direção Geral de Saúde

DHA – Ácido docosahexaenóico

EAPD – European Academy Paediatric Dentistry

EUA – Estados Unidos da América

FDA – Food and Drug Administration

G – Gramas

G6PD – Glucose-6-Fosfato-Desidrogenase

GP – Granuloma Piogénico

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IC – Dente Incisivo Central

Ig E – interglobulina E

IL – Dente Incisivo Lateral

IL-1 β – Interleucina 1 beta

Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

ISCSEM – Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

Kcal – Quilocalorias

Kg – Quilograma

K-S – Kolmogorov-Smirnov

M – Dente Molar

mg – miligrama

ml – mililitro

m.o. – micro-organismo

OMS – Organização Mundial de Saúde

PGE₂ – Prostaglandina E2

pH – Potencial de hidrogénio

PM – Dente Pré-molar

ppm – parte por milhão

RN – recém-nascido

SAMS-SBSI – Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato de Bancários do Sul e Ilhas

SPSS – Statistical Package for Social Science

TNF- α – Fator de Necrose Tumoral alfa

I – INTRODUÇÃO

As doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde da população portuguesa sobretudo a população infantil e juvenil, de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) em 2005. A Organização Mundial de Saúde (OMS) exige um reforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais.

É necessário desmistificar as ideias e os medos pré-concebidos sobre a saúde oral e sobre a Medicina Dentária de forma a implementar hábitos de higiene oral e idas regulares ao médico dentista.

A promoção da saúde oral deve-se iniciar durante a gravidez, pois é nesta etapa que ocorre o começo de uma nova vida, fazendo, por isso, todo o sentido fornecer as informações sobre a cavidade oral e a forma correta de como mantê-la saudável. É necessário ensinar e fomentar hábitos de higiene oral de forma que o novo ser que irá nascer comece desde cedo a ter hábitos saudáveis e higienizar sem sacrifício e de forma consciente.

Por esse motivo, neste trabalho fomos no encalço da população gestante e infantil até aos 6anos de idade, tendo sido abordadas duas vertentes, uma a perspetiva dos profissionais de saúde (médicos ginecologistas/obstetras e médicos pediatras) e outra a perspetiva dos não profissionais de saúde (pais e gestantes).

II – DESENVOLVIMENTO

1. Revisão Bibliográfica

1.1 Gravidez

A gravidez é um período especial na vida da mulher onde uma vida depende da saúde e do bem-estar de outra vida. Esta etapa implica algumas alterações orgânicas, fisiológicas e de comportamento, que podem ter repercussão na cavidade oral (A. Antunes, Rosete, & Fagulha, 2001).

Desta forma, a grávida deve ter maiores cuidados orais que a população em geral e os profissionais de saúde têm o dever de orientar a gestante. As orientações quanto à saúde oral são de extrema importância e neste período as mulheres encontram-se ávidas para receber novos conhecimentos. Estão bastante receptivas a realizar mudanças de comportamentos menos saudáveis que possuam. A gravidez torna-se uma época oportuna para desmistificar algumas crenças/mitos e preocupações no que diz respeito à saúde oral e ao tratamento dentário (Bastiani e tal., 2010).

1.1.1 Alterações Orais

Durante a gestação, as alterações hormonais e vasculares podem afetar a futura mãe predispondo a mulher à gengivite, periodontite, lesões de cárie e ainda ao desenvolvimento de tecido hiperplásico (Martínez-Beneyto, Vera-Delgado, Pérez, & Maurandi, 2011).

No período gestacional, a gengivite e a formação de tecido hiperplásico resulta do aumento dos níveis de estrogênio e progesterona na circulação e os efeitos dessas hormonas na microvascularização gengival.

A tendência para o aparecimento de lesões de cárie neste período deve-se ao facto de haver uma diminuição do número de vezes que se efetua a higiene oral e também ao aumento do consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono fermentáveis (Martínez-Beneyto et al., 2011).

Assim sendo, os problemas orais mais comuns na gestação são: erosão dentária, lesões de cárie, granuloma piogénico, mobilidade dentária, gengivite e periodontite (Silk, Douglass, Douglass, & Silk, 2008).

1.1.1.1 Erosão Dentária

A Erosão Dentária consiste no desgaste dentário (inicialmente no esmalte podendo progredir para a dentina) por químicos, e, nesta fase da vida da mulher ocorre pelo aumento dos episódios de refluxo gástrico e de vômito, ficando a cavidade oral exposta ao ácido gástrico e numa fase tardia da gestação pelo relaxamento do esfíncter esofágico e da pressão que o útero exerce, podendo causar ou exacerbar o refluxo esofágico.

É necessário reduzir o tempo de exposição do ácido na cavidade oral através de alterações dietéticas e do estilo de vida.

A gestante deve ser informada que após um episódio de vômito não deve realizar de imediato a escovagem dentária, mas sim bochechar com um copo de água com uma colher de chá de bicarbonato de sódio (sal) para neutralizar o ácido proveniente do estômago ou com um colutório fluoretado de forma a proteger os dentes, e, só depois proceder à escovagem dentária preferencialmente com uma escova macia e com movimentos suaves (Silk et al., 2008).

1.1.1.2 Cárie Dentária

A Cárie Dentária é uma doença multifatorial e transmissível com alta prevalência em todo o mundo, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um grave problema de saúde pública (Melo, Azevedo, & Henriques, 2008).

A cárie é determinada pela interação de quatro fatores: suscetibilidade (hospedeiro), placa bacteriana (agente infeccioso), hidratos de carbono (alimentação) e tempo (frequência e duração). É provocada pela ação de determinadas bactérias que podem originar a destruição parcial ou total do dente.

A formação de uma lesão de cárie pode surgir quando os alimentos que possuem hidratos de carbono, como doces, bolos, chocolates, gomas, etc. são ingeridos e as bactérias vão decompô-los e dar origem a ácidos que provocam a dissolução do conteúdo mineral dos dentes e conseqüentemente o aparecimento de lesões de cárie. Esta ação é mais eficaz quando estes alimentos são consumidos com grande frequência fora das refeições ou à noite antes de deitar (Jorge, 1995).

A mulher grávida tem um risco maior de desenvolver lesões de cárie, pois o potencial de hidrogénio (pH) da cavidade oral é mais baixo, ou seja, é mais ácido; o desejo por alimentos cariogénicos está aumentado; o número de ingestões aumenta; a higiene oral diminui e a saúde oral passa a receber menos atenção (Silk et al., 2008).

É fundamental que haja a transmissão de conhecimentos, de forma a alertar a grávida para o facto de haver necessidade de esta ter uma boa saúde oral, de modo a não transmitir as suas bactérias para o bebé (transmissão vertical da cárie), diminuindo assim a probabilidade de este vir a desenvolver lesões de cárie.

1.1.1.3 Mobilidade Dentária

Existe um ditado popular que diz: “por cada filho um dente”, contudo isto não passa de uma crença popular sem fundamento científico. A Saúde Oral deve ser mantida em todas as fases da vida e a gestação não é exceção, desde que a cavidade oral seja vigiada e cuidada não há razões para se perderem os dentes nesta fase da vida.

Os dentes podem apresentar mobilidade, mesmo que não exista doença periodontal, devido aos níveis mais elevados de progesterona e estrogénio que afetam o periodonto (o ligamento periodontal e o osso que suporta o dente). Contudo, esta condição é temporária regredindo após o parto, pelo que os médicos dentistas devem tranquilizar a paciente (Silk et al., 2008).

1.1.1.4 Doença Periodontal

Doença Periodontal é um nome que engloba uma série de alterações patológicas que ocorrem no periodonto. Os dois grandes grupos são: gengivite e periodontite.

Na gengivite apenas os tecidos moles, a gengiva, sofrem alterações. Enquanto na periodontite além dos tecidos moles também os tecidos duros são alterados (Louro, Fiori, Louro, Steibel, & Fiori, 2001).

1.1.1.4.1 Gengivite

A gengivite é a doença oral mais comum na gestação com uma prevalência entre 60-75%. A gengivite é uma inflamação do tecido gengival como resposta à presença de placa bacteriana, contudo durante o período gestacional a gengivite pode agravar-se pelo aumento dos níveis de progesterona e estrogénio em combinação com as alterações na flora oral e com a diminuição da resposta imune (Silk et al., 2008).

Se a flora microbiana for eliminada, a gengivite regride e a gengiva volta a ser saudável. Por outro lado, se a gengivite não for tratada, o processo patológico tende a atingir os tecidos duros, evoluindo assim para periodontite (Louro et al., 2001).

Na gengivite a flora microbiana é predominantemente constituída por bactérias gram-positivas, aeróbias, sacarolíticas e imóveis (Louro et al.,2001).

1.1.1.4.2 Periodontite

A Periodontite é uma doença inflamatória destrutiva do periodonto e afeta aproximadamente 30% das gestantes. O processo envolve infiltrações de bactérias no periodonto, as quais vão produzir toxinas que estimulam uma resposta inflamatória crónica, levando à destruição do periodonto. Na periodontite predominam bactérias gram-negativas, anaeróbias ou microaerófilas, proteolíticas e móveis – *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus* e *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Louro et al.,2001). Este processo pode induzir bacteriémia recorrente, que indiretamente desencadeia a resposta hepática de fase aguda, resultando na produção de prostaglandinas, citocinas e interleucinas que podem afetar a gestação. Níveis elevados destes marcadores foram encontrados no líquido amniótico de mulheres com periodontite que tiveram partos prematuros, o que sugere que estes dois acontecimentos estão relacionados e que este processo inflamatório desencadeia o parto prematuramente.

O mecanismo é semelhante para recém-nascidos com baixo peso à nascença, a libertação de Prostaglandina E₂ (PGE₂) restringe o fluxo sanguíneo placentário, provoca necrose placentária e restrição do crescimento intrauterino (Silk et al.,2008).

1.1.1.4.3 Doença Periodontal e Complicações Obstétricas

Em 1996, Offenbacher e os colegas relataram pela primeira vez uma potencial associação entre doença periodontal materna e parto prematuro/baixo peso à nascença (Boggess & Edelstein, 2006).

Parto Prematuro ou Nascimento antes do termo, de acordo com a OMS, designa o nascimento que ocorre com menos de 37 semanas (menos de 259 dias) após o último período menstrual normal (Manuila, Manuila, Lewalle, & Nicoulin, 2003). O parto prematuro ocorre em aproximadamente 12% de todos os nascimentos.

A prematuridade é a principal causa de morbidade/morbilidade (portador de determinada doença) e mortalidade (frequência de óbitos) em recém-nascidos. Existem inúmeros fatores associados à prematuridade como baixo índice de massa corporal materno, tabagismo materno e infecções maternas (Boggess & Edelstein, 2006).

Gestação de termo ou Nascimento de termo, de acordo com a OMS, é o nascimento que se dá de 37 até menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias) após o último período menstrual normal (Manuila et al., 2003), sendo o recém-nascido considerado com baixo peso à nascença se pesar menos de 2.500gramas. O nascimento de recém-nascidos de baixo peso é um problema grave que representa 6-9% de todos os nascimentos.

Durante a gestação, as mulheres passam por alterações fisiológicas únicas que podem alterar o equilíbrio existente entre a defesa do hospedeiro e os fatores etiológicos envolvidos (placa bacteriana) na iniciação da doença periodontal.

Rezende et al. (2002) acreditam que as infecções periodontais podem servir de reservatório para a translocação de bactérias e seus produtos, especialmente os lipopolissacarídeos, por via hemática (via sanguínea) até à unidade fetoplacentária.

Neste local as toxinas bacterianas, poderiam levar à necrose placentária, aborto espontâneo, malformações, baixo peso à nascença ou à morte dos recém-nascidos. Durante o processo de doença periodontal há libertação de mediadores inflamatórios como a PGE₂, fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e interleucina 1 beta (IL-1 β). As citocinas ao entrarem na circulação sanguínea podem alcançar a região uterina levando ao desenvolvimento de parto prematuro, pois estas substâncias têm a capacidade de provocar contração da musculatura lisa do útero, iniciando o trabalho de parto.

A PGE₂ é um importante regulador dos processos fisiológicos do parto, aumentando durante toda a gestação até atingir um nível crítico para induzir contração, dilatação cervical e o nascimento (Novaes, Novaes, & Todescan, 2010).

Offenbacher et al. demonstraram que o risco de parto prematuro é pelo menos duas vezes superior em gestantes com doença periodontal moderada a grave, considerando a doença periodontal como um fator de risco para parto prematuro e para recém-nascidos com baixo peso à nascença independentemente de outros fatores de risco (Offenbacher et al., 2006).

A associação entre doença periodontal e baixo peso à nascença/ parto prematuro não pode ser desvalorizada, nem minimizada.

Se a doença periodontal aumenta a incidência de baixo peso à nascença/parto prematuro, parece claro que a saúde periodontal e a saúde oral das grávidas devem passar a ter um espaço dentro das ações pré-natais da saúde pública como o acordado pela DGS (Direção Geral de Saúde, 2011).

1.1.1.5 Granuloma Piogénico

O granuloma piogénico quando surge durante a gestação também é denominado de Granuloma Gravídico, Epúlide Gravídica, Tumor Gravídico e ainda Tumor da Gestação (Pérez et al., 2010).

O granuloma piogénico (GP) é uma lesão oral benigna de natureza não neoplásica, considerada uma lesão reacional e multifatorial resultante de agressões repetitivas de microtraumatismo e irritação local (placa bacteriana) sobre a mucosa. Em resposta a esta agressão há formação de tecido de granulação em excesso.

Ocorre em cerca de 5% das mulheres grávidas, tendo início no primeiro trimestre da gravidez e o seu crescimento rápido acompanha o aumento constante de estrogénio e progesterona (Gaetti-Jardim, Vieira, Castro, Gaetti-Jardim Júnior & Felipini, 2009).

Clinicamente esta lesão é exofítica lisa ou lobulada, geralmente pedunculada podendo ser séssil, de superfície ulcerada, a coloração varia de rosa a vermelho podendo também apresentar cor roxa, de tamanho variado, indolor e apresenta hemorragia espontânea devido à sua grande vascularização (Aleixo, Moura, Almeida, Silva, & Moreira, 2010).

77% dos GP desenvolvem-se na gengiva, havendo maior prevalência no maxilar superior. Esta lesão também pode aparecer na língua, lábios, mucosa jugal e com menor frequência no palato duro (Gaetti-Jardim et al., 2009).

Histologicamente observa-se um infiltrado celular inflamatório crônico (linfócitos e plasmócitos), tendo como característica principal a proliferação endotelial e a formação de numerosos espaços vasculares. O diagnóstico diferencial do granuloma piogénico é feito com a lesão periférica de células gigantes, hiperplasia fibroepitelial inflamatória e hemangiomas. Algumas vezes, o GP pode ser confundido com neoplasias malignas devido ao seu rápido crescimento (Freitas, Caballero, Pereira, Bonan, & Mol, 2011).

O tratamento deste tipo de lesão no caso de ser de pequena dimensão não interferindo na função pode ser “esperoterapia”, pois na maioria dos casos após o término da gestação estas lesões regridem. No caso de se optar pela remoção da lesão existem várias formas de tratamento (laser, criocirurgia, injeção intra-lesão de etanol ou de corticosteroides), contudo a remoção cirúrgica da totalidade da lesão com bisturi continua a ser o método de tratamento de eleição (Camacho, Guillén, Márquez, & Hernández, 2012).

1.1.2 Atendimento Dentário na Gravidez

O atendimento dentário durante o período gestacional pode e deve ser realizado. Segundo Silva (2002), a mulher grávida necessita de um atendimento singular, uma vez que está muito mais sensível a nível psicológico e o espírito de proteção em relação ao bebé é bastante elevado (Mameluque et al., 2005).

O atendimento à gestante não deve ser negado/recusado e estas devem ser informadas que durante esta fase podem ir ao médico dentista e realizar tratamentos dentários. Deve-se estabelecer um vínculo de confiança mútua entre o profissional de saúde e a paciente de forma a evitar situações de stress e medo!

Um das principais dúvidas, em relação ao atendimento dentário durante a gravidez, relaciona-se com os riscos para o bebé que são, na maioria das vezes, menores que os riscos que os problemas orais podem causar à mãe e ao bebé. De acordo com Martins (2004) as consequências da dor ou de uma infeção que se pode disseminar no organismo materno tem sequelas muito mais prejudiciais à mãe e ao feto do que aquelas decorrentes do tratamento dentário (Mameluque et al., 2005).

Deste modo, devem ser estabelecidos protocolos de orientação a pacientes no sentido de redobrar a higiene oral e realizar consultas periódicas para controlo da placa bacteriana (três vezes no mínimo em toda a gestação) (Elias, Figueiredo, & Yurguel, 2004).

1.1.2.1 Tratamento Dentário

Os serviços de cuidado da Saúde Oral deveriam ser integrados nos serviços de cuidado pré-natal para todas as mulheres grávidas.

Os profissionais de saúde devem:

- educar a gestante sobre a importância da sua saúde oral, não só para a sua saúde em geral, como também para a saúde oral da criança;
- perguntar à grávida se tem alguma dúvida, receio ou medo em relação aos cuidados dentários durante a gravidez, de forma a esclarecer todas as suas dúvidas e terminar com os mitos e com as ideias pré-concebidas;
- avisar a gestante que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das patologias orais (incluindo o uso de anestésicos locais e a realização de radiografias orais) podem ser realizados durante toda a gestação sem perigo para o feto e para a grávida (California HealthCare Foundation, 2010).

A gestação pode ser dividida em dois períodos, o primeiro período é designado de embriogénese (série de transformações sofridas pelo ovo fecundado destinadas à formação do embrião, as suas fases principais são: segmentação do ovo, a gastrulação, a formação dos folhetos embrionários, a histogénese e a organogénese) que corresponde às primeiras oito semanas, e, o segundo período é denominado período fetal que vai desde o fim da oitava semana até ao nascimento, e, é neste período que ocorre a continuação da diferenciação enquanto o feto cresce e ganha peso (Sadler, 2006).

Contudo, a divisão mais amplamente conhecida é a dos três trimestres. O primeiro trimestre é definido desde o primeiro dia da última menstruação até às 13 semanas e 6 dias, onde a organogénese ocorre. Designa-se de embrião até à nona semana e a partir daí denomina-se de feto, e é durante o período da embriogénese que existe risco teratogénico. O segundo trimestre inicia-se à décima quarta semana e o terceiro trimestre inicia-se à vigésima oitava semana.

No 1º Trimestre a incidência de abortos espontâneos é de 10-15% e é nas primeiras 10 semanas que o risco teratogênico é mais elevado. (New York State Department of Health, 2006).

Apesar de ser possível e seguro realizar tratamentos dentários em qualquer fase da gestação, considera-se que o período ideal é entre as 12 e as 34 semanas. Antes das 12 semanas a grávida encontra-se numa fase de náuseas e de episódios de hipotensão postural (no primeiro trimestre de gestação e ocorre normalmente pela manhã) e a realização de tratamentos dentários torna-se complicada porque provoca muitas náuseas na gestante. A maioria dos profissionais, talvez por falta de conhecimentos ou por medo de ser acusado de alguma malformação embrionária, prefere adiar os tratamentos dentários para o 2º Trimestre, realizando nesta fase apenas tratamentos dentários de emergência. Depois das 34 semanas a grávida já se sente desconfortável durante o tratamento dentário, podendo levar à hipotensão supina, com sensações de falta de ar decorrente do crescimento uterino (Mameluque et al., 2005).

Na segunda metade da gravidez, especialmente durante o terceiro trimestre, devido ao tamanho aumentado do útero, manter a paciente na posição supina pode, por compressão, causar a obstrução parcial ou completa da artéria aorta e da veia cava inferior. A redução no retorno do suprimento sanguíneo cardíaco reduz a pressão sanguínea e a circulação útero-placentária. A manutenção dessa posição causa à gestante sintomas de insuficiência circulatória, como a hipotensão, taquicardia e síncope, este fenómeno é conhecido como o Síndrome da Hipotensão Supina.

Esta posição deve, portanto, ser evitada por longos períodos de tempo, logo a gestante deve ficar numa posição semisentada ou em decúbito lateral para aliviar a compressão (Tirelli, Armonia, Tortamano, & Simone, 1999), esta última deve ser para o lado esquerdo, preferencialmente, porque a artéria aorta encontra-se do lado esquerdo e esta sofre pouca compressão pela espessa parede muscular que possui, ao contrário da veia cava inferior que se encontra do lado direito e sofre ação de compressão com maior facilidade (Echeverria & Politano, 2011).

Os tratamentos dentários passíveis de efetuar durante a gestação são os mesmos que uma pessoa não grávida incluindo extrações e procedimentos periodontais desde que sejam simples e sejam realizados de forma atraumática, contudo os procedimentos muito prolongados devem ser adiados para depois do término da gestação por uma questão de conforto para a gestante.

As consultas devem, portanto, ser de curta duração, agendadas para a segunda metade da manhã, quando os enjoos são menos frequentes e, deve-se agendar em períodos diferentes do atendimento infantil, de forma, a reduzir a probabilidade de contágio de doenças virais como a rubéola, sarampo, entre outras (Mameluque et al., 2005).

1.1.2.2 Classificação dos Fármacos

A maior preocupação na administração de fármacos durante a gestação consiste no risco de efeitos teratogénicos, pois a maioria dos fármacos atravessa a placenta por difusão simples. Os fármacos devem ser usados na gestação quando eles oferecem um benefício claro para a mãe com baixo risco de toxicidade para o feto. O tipo e a dose do fármaco, bem como o tempo de gestação devem ser avaliados cuidadosamente.

O efeito dos fármacos sobre o feto depende de uma série de fatores, incluindo a quantidade de substância que o atinge e a sua suscetibilidade ao efeito dos fármacos. A quantidade de substância que atinge o feto depende do peso molecular do fármaco, da sua lipossolubilidade, do grau de ionização, da capacidade de ligação às proteínas, do fluxo sanguíneo útero-placenta e as condições das plaquetas (F. M. Silva, Xavier, Coppola, Lemes, & Silva, 2000).

É no período da organogénese que existe risco máximo teratogénico e como tal determinou-se o risco associado com o uso dos fármacos durante a gestação. Nos Estados Unidos da América (EUA) a Food and Drug Administration (FDA) classificou os fármacos em 5 categorias, de acordo com o nível de risco para o feto:

A – não há evidências de riscos. Os estudos controlados em mulheres não têm mostrado risco para o feto durante o primeiro trimestre;

B – Não há estudos adequados em mulheres, mas em animais não houve riscos, também se aplica aos medicamentos nos quais os estudos em animais mostraram efeitos adversos sobre o feto, mas os estudos em humanos não demonstraram riscos para o feto;

C – Estudos em animais tem demonstrado que podem exercer efeitos teratogénicos ou tóxicos para os embriões, mas não há estudos em mulheres ou não há estudos disponíveis em animais nem em humanos;

D – Há evidências de risco em fetos humanos;

X – Estudos revelaram riscos para o feto (Cengiz, 2007).

1.1.2.3 Utilização de Anestésicos Locais

A anestesia local é definida como um bloqueio reversível da condução nervosa, determinando perda das sensações sem alteração do nível de consciência (Paiva & Cavalcanti, 2005).

A molécula do A.L. é dividida em três partes: um grupo aromático, uma cadeia intermediária e um grupo aminado. A parte aromática confere propriedades lipofílicas à molécula, enquanto o grupo aminado fornece hidrossolubilidade, e, por último a cadeia intermediária fornece a separação espacial necessária entre o grupo lipofílico e o grupo hidrofílico, mas também a ligação química entre estes dois grupos, servindo de base para a classificação dos A.L. em dois grandes grupos: Tipo Éster e Tipo Amida.

A solubilidade lipídica é a propriedade que mais influencia a potência dos A.L., ou seja, quanto mais lipossolúvel for, mais facilmente penetram na membrana, contudo também precisam de ter propriedades hidrofílicas, pois estas asseguram que uma vez injetado, o A.L. em concentração eficaz, não se precipitará com a exposição ao líquido intersticial.

Em relação ao mecanismo de ação os A.L. inibem a geração e a condução de impulsos através do bloqueio da permeabilidade ao sódio da membrana das células nervosas (Guimarães, Moura & Silva, 2006).

1.1.2.3.1 Classificação dos Anestésicos Locais

De acordo com a cadeia intermediária podem-se classificar os A.L. em dois grupos: tipo éster e tipo amida. A diferença entre estes dois grupos reside na estabilidade química, no risco de alergia, na potência e no metabolismo.

Os Aminoésteres são hidrolisados facilmente pelas esterases, que existem no plasma e em todo o organismo, fazendo com que a duração do efeito seja menor, e são instáveis em solução. As Aminoamidas são as mais estáveis e estão sujeitas a biotransformação enzimática no fígado, obtendo-se maior duração de ação e as alergias são raras neste grupo de A.L. (Guimarães et al., 2006).

Alguns exemplos de A.L. do grupo Éster são: procaína, cloroprocaína e a tetracaína; e do grupo Amida são: lidocaína, mepivacaína, prilocaína, bupivacaína, ropivacaína e levobupivacaína.

Em relação ao A.L. Articaína este é considerado do tipo amida como a lidocaína apesar de ser o único do grupo amida que também possui um grupo éster (Victorino et al., 2004).

1.1.2.3.2 Anestésicos Locais e Gestação

O Journal of the Canadian Dental Association afirma que é seguro usar anestésicos locais durante a gravidez e a lactação, contudo de forma a minimizar o risco de injeção intravascular deve-se realizar aspiração prévia e injeção lenta da solução (Wrzosek & Einarson, 2009).

Os A.L. apesar de atravessarem a barreira placentária são considerados seguros e não teratogénicos.

O anestésico local preferencial, durante a gestação, é a Lidocaína 2% com adrenalina, devendo-se por uma questão de segurança, usar no máximo dois anestubos por consulta sempre com aspiração prévia e injeção lenta do anestésico (F. W. G. de P. Silva, Stuani, & Queiroz, 2006).

O A.L. pode afetar o feto de duas maneiras: diretamente (quando ocorrem altas concentrações na circulação fetal) e indiretamente (alterando o tónus muscular uterino ou deprimindo os sistemas cardiovascular e respiratório da mãe).

A Lidocaína é o A.L. mais apropriado para as gestantes, sendo classificada como Categoria B pela FDA. A Prilocaína e a Articaína não devem ser usadas por poderem provocar metahemoglobinémia (distúrbio hematológico no qual a hemoglobina se transforma em metahemoglobina por meio de oxidação, tornando a molécula incapaz de transportar oxigénio) tanto na mãe como no feto (Silva et al., 2006).

A Bupivacaína apresenta a maior cardiotoxicidade, maior penetrabilidade nas membranas do coração e maior resistência após eventual paragem cardíaca. Em relação à Mepivacaína devem ser feitos mais estudos, pois os riscos para o feto não são bem detalhados, sendo o seu uso desaconselhado (Paiva & Cavalcanti, 2005).

Em relação ao uso de vasoconstritor no A.L., em gestantes, estes devem ser utilizados. A ausência de vasoconstritor permite que o A.L. não seja tão eficaz, para além de o seu efeito ser menos duradouro.

As principais vantagens do uso de vasoconstritores são limitar a difusão do anestésico local e de tornar mais lenta a sua absorção, reduzindo a toxicidade deste, aumentando a duração do efeito, possibilitando o uso de menores quantidades de solução, além de potenciar o efeito anestésico.

As substâncias vasoconstritoras podem pertencer a dois grupos farmacológicos: aminas simpatomiméticas (adrenalina/epinefrina, noradrenalina/noraepinefrina e fenilefrina) e análogos da vasopressina (octapressina/felipressina).

A felipressina está contraindicada em pacientes grávidas por ter capacidade de levar à contração uterina (Paiva & Cavalcanti, 2005).

O Anestésico Local recomendado à paciente gestante é a Lidocaína a 2% com Adrenalina 1: 100 000 ou com Noradrenalina 1: 50 000 (Mameluque et al., 2005) na dosagem máxima de 2 anestubos procedendo-se sempre a aspiração prévia e a injeção lenta da solução (Corrêa, Andrade, & Volpato, 2003).

1.1.2.4 Radiografias Dentárias durante a Gestação

O atendimento à gestante no consultório dentário não promove risco para o feto, porém quando se aborda a realização de exames radiográficos gera-se muita dúvida devido à dose de radiação capaz de induzir malformação (Cruz, Beda, Castilho, & Moraes, 2002). As radiações ionizantes são fatores responsáveis por mutações genéticas. Os principais efeitos da radiação no feto e embrião durante a gestação são: alterações de desenvolvimento, somáticas e genéticas, lesões no sistema nervoso central e possíveis manifestações como neoplasias pós-natais (leucemia) (Mameluque et al., 2005).

O exame radiográfico não precisa de ser evitado durante a gestação, uma vez que a quantidade de radiação a que a mãe é exposta para uma radiografia periapical é muito menor que a dose necessária para originar malformações congênitas, porque o feto recebe 1/ 50 000 da exposição direta na cabeça da mãe (Silva et al., 2006).

Caso seja necessário realizar uma radiografia oral para um correto diagnóstico e plano de tratamento, este deve ser feito, utilizando sempre, um avental de chumbo para proteção do abdômen e um colar de chumbo para proteger a tireoide (California HealthCare Foundation, 2010). É fundamental manter o aparelho de raios-x calibrado, com a filtração e a colimação corretas, para além de utilizar películas rápidas (Mameluque et al., 2005).

O avanço tecnológico proporcionou o aparecimento das radiografias digitais que possibilitam a obtenção dos resultados com o tempo de exposição ainda menor que os das radiografias convencionais. Isto indica que a dose de radiação durante a realização de exames radiográficos sofreu uma enorme diminuição, deixando de haver riscos de mutação no feto e aumentando a segurança para os médicos dentistas, bem como, para os outros profissionais da área da saúde (Cruz et al., 2002).

As radiografias mais utilizadas na Medicina Dentária (ortopantomografia e periapical) são seguras durante a gestação (Silva et al., 2006).

Indicações	Radiografias Orais	Anestesia Local	Colocação ou Remoção de Amálgama
Em qualquer período da Gestação	Radiografias são seguras durante a gestação; Usar proteção de chumbo no pescoço (tiroide) e proteção de chumbo no abdómen.	Lidocaína a 2% com adrenalina a 1:100 000, considerada segura durante a gestação	Não há evidência científica que o tipo de Mercúrio libertado das restaurações prejudica o feto; Usar dique de borracha e aspiração de alta velocidade para reduzir a inalação de vapor de mercúrio

Tabela 1 – Resumo das Guidelines para o Tratamento Dentário na Gestante (Tabela adaptada de New York State Department of Health, 2006)

1.1.2.5 Terapêutica Medicamentosa na Gestante

O uso de medicamentos na gestação merece especial atenção pelos potenciais riscos para o feto em desenvolvimento.

A maioria dos fármacos administrados a mulheres grávidas atravessa a barreira placentária e entra na corrente sanguínea do feto (G. C. B. Guerra et al., 2008). O Center for Disease Control and Prevention (CDC) e a OMS estimam que mais de 90% das mulheres grávidas fazem uso de medicamentos controlados ou de venda livre (Mameluke et al., 2005).

A utilização de medicamentos por gestantes e os seus efeitos sobre o feto passaram a ser alvo de preocupação após a tragédia com a Talidomida (1950-1960). Antes deste acontecimento pensava-se que a placenta funcionava como uma barreira efetiva, protegendo o feto.

Um agente pode ser considerado teratogénico quando produz uma alteração na morfologia e/ou na fisiologia do feto. Tais alterações, principalmente as malformações congénitas, têm maior risco de incidência quando o medicamento com potencial teratogénico é utilizado no primeiro trimestre da gravidez. Nos outros períodos podem ocorrer alterações fetais decorrentes de alterações na fisiologia materna, efeitos farmacológicos sobre o feto e interferência no desenvolvimento fetal (Carmo & Nitri, 2004).

1.1.2.5.1 Talidomida

A Talidomida era um sedativo conhecido na Europa e Japão, onde era prescrito para mulheres grávidas como antiemético no alívio de enjoos matinais.

No início dos anos 60, os investigadores provaram que este fármaco era o responsável pelo nascimento de bebés com malformações congénitas principalmente nos membros superior e inferior. O fármaco interrompia o crescimento das extremidades nos embriões humanos e aumentava a ocorrência de nados-mortos. Por volta de 1962, o fármaco foi retirado do mercado, apesar de, na atualidade, estarem a ser feitos estudos utilizando a talidomida para tratamento de doenças como o cancro e a sua utilidade em doenças como lúpus, alívio dos sintomas de portadores de vírus da imunodeficiência humana (HIV), diminuição do risco de rejeição em transplantes de medula e artrite reumatoide. A talidomida é indicada em cerca de 60 tratamentos.

Os efeitos da Talidomida serviram para alertar os riscos dos medicamentos na gestação e a necessidade de realização de estudos científicos antes da aprovação de novos fármacos (Rodrigues & Terrenghi, 2006).

Os fármacos, hoje em dia, passam por um amplo e rigoroso processo de avaliação de segurança ao longo do seu desenvolvimento (ensaios não-clínicos e clínicos) (Osorio-de-Castro, Paumgarten, & Silver, 2004).

1.1.2.5.2 Medicamentos mais utilizados na Medicina Dentária

O princípio fundamental da prescrição de medicamentos, quer para gestantes, quer para lactantes baseia-se no conceito de risco e benefício.

De acordo com o Boletim de Farmacovigilância do Ministério da Saúde e da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed) a lista de fármacos comprovadamente teratogénicos nos humanos é:

- agentes androgénicos;
- anticonvulsivantes em geral;
- anti-inflamatórios não esteroides;
- antimetabólitos e agentes alquilantes;
- antitiroideus (propiltiouracilo e metibazol);
- bloqueadores dos recetores da angiotensina II;
- hipoglicemiantes orais;
- inibidores da enzima de conversão da angiotensina;
- lítio;
- misoprostol;
- opiáceos, benzodiazepinas;
- talidomida;
- tetraciclina;
- varfarina;
- isotretinoína (derivado da vitamina A)

(Infarmed & Ministério da Saúde, 2001).

De acordo com a literatura o analgésico de primeira linha para gestantes é o Paracetamol, este pode ser prescrito em qualquer fase da gestação e é considerado a melhor alternativa para a dor leve a moderada (Mameluque et al., 2005; Navarro et al., 2008). O paracetamol é classificado como categoria B pela FDA, sendo considerado um bom analgésico e antipirético (California HealthCare Foundation, 2010).

Em relação aos anti-inflamatórios estes devem ser evitados durante o período gestacional, principalmente no 3º Trimestre. Esta classe farmacológica está associada ao aumento da pressão arterial pela retenção de água e sódio, mas também por inibir a síntese de prostaglandinas, ocasionando prolongamento do trabalho de parto.

Para além disso, estes fármacos podem induzir o encerramento precoce do canal arterial do feto (Mameluque et al., 2005; Navarro et al. 2008).

O ácido acetilsalicílico é categoria C, segundo a FDA, devendo ser evitado no 1º e no 3º Trimestres apesar de ser compatível durante a amamentação, apesar disso no caso de ser utilizado deve ser por um curto período de tempo (menos de 72 horas) (California HealthCare Foundation, 2010).

Quanto aos inibidores seletivos da ciclo-oxigenase 2 (COX-2), os COXIBES, estudos em animais demonstraram efeitos teratogénicos apenas para doses várias vezes superiores às de uso clínico em humanos, contudo é prudente a sua abstenção na grávida (Infarmed & Ministério da Saúde, 2001).

Os corticosteroides pertencem à categoria C da FDA. A utilização de formas tópicas no tratamento de lesões inflamatórias orais é segura para a gestante. Porém, se usados sistemicamente, em altas doses e por curto período de tempo, atravessam a barreira placentária e são excretados no leite materno, assim sendo, lactantes que façam uso de altas doses de esteroides devem aguardar 4 horas para amamentar, reduzindo, deste modo, a quantidade do fármaco no leite (Silva et al., 2006).

Os antibióticos devem ser utilizados na presença de sinais de disseminação da infeção, bem como, na profilaxia da endocardite bacteriana. As infeções orais são, normalmente, provocadas por bactérias anaeróbias, anaeróbias facultativas ou aeróbias. Desta forma, as penicilinas têm sido consideradas medicamentos de escolha para o tratamento de infeções orais.

Durante a gestação as opções de 1ª escolha são as penicilinas e derivados ou, em caso de alergia, a eritromicina base (Infarmed & Ministério da Saúde, 2001).

Opções Aceitáveis	Observações	A evitar	Observações
Cefalosporinas (B)		Aminoglicosídeos (C)	Lesão do nervo auditivo ou vestibular em qualquer dos trimestres
Clindamicina (B)		Co-Trimoxazol (D)	Risco Teratogénico
Cloranfenicol (C)	Exceto 3ºTrimestre: Síndrome do Bebê Cinzento	Claritromicina (D)	Não é recomendada durante a gravidez
Azitromicina (B), Eritromicina base (B), Espiramicina (C), Roxitromicina (B)		Eritromicina (estolato) (B)	
Isoniazida (C), Etambutol (B), Rifampicina (±) (C)	Etambutol e Rifampicina no 3ºTrimestre: risco de hemorragia no recém-nascido e grávida por hipoprotrombinémia	Estreptomicina (D), Pirazinamida (C), Rifampicina (C)	Estreptomicina: ototoxicidade Pirazinamida: evitar no 2º e 3ºtrimestre de gestação
Metronidazol (B)	A usar com prudência no 1ºTrimestre, embora atualmente se pense ser seguro durante toda a gravidez	Quinolonas (D)	Possível artropatia fetal
Nalidíxico (ácido) (C)		Tetraciclina (D)	Quelação aos dentes em desenvolvimento a partir da 18ªsemana de gravidez
Nitrofurantoína (C)	Exceto no 3ºTrimestre: anemia hemolítica no feto com deficiência em G6PD	Sulfonamidas (±) (B, mas se usado perto do termo é D)	Evitar no 3ºTrimestre: hemólise neonatal, metahemoglobinemia e icterícia
Penicilinas (B)	Evitar associação com ácido clavulânico apesar de não haver provas de teratogenicidade		

Tabela 2 – Antibióticos durante a gestação, opções aceitáveis e a evitar (Tabela adaptada de Infarmed & Ministério da Saúde, 2001).

O conhecimento por parte do Médico Dentista sobre as principais características de cada trimestre gestacional e sobre os cuidados a serem tomados durante o atendimento dentário, incluindo a prescrição medicamentosa, é importante para possibilitar o tratamento da gestante com segurança e com o menor risco de efeitos adversos para o futuro recém-nascido.

1.1.3 Dieta e Nutrição durante a Gravidez

Uma correta nutrição é um componente essencial para uma adequada saúde oral. A saúde oral e os comportamentos adequados de dieta e nutrição precisam de começar antes da gravidez, e uma nutrição adequada associada a corretos hábitos de higiene oral devem ser mantidos durante o período gestacional e serem estabelecidos no recém-nascido.

A gravidez e o início de uma vida são ótimas oportunidades para incutir comportamentos orais preventivos e hábitos alimentares que promovam a saúde oral (Fitzsimons, Dwyer, Palmer, & Boyd, 1998).

As alterações fisiológicas que ocorrem no período de gestação determinam o aumento das necessidades nutricionais da grávida.

É fundamental que todas as mulheres no período pré-concepcional tenham um bom estado nutricional e procurem atingir um peso saudável, obtendo uma alimentação adequada durante a gestação de forma a reduzir ou prevenir as complicações associadas a determinadas patologias, como a diabetes gestacional, a hipertensão, a pré-eclampsia e a eclampsia (Caniço, 2008).

O estado nutricional é um fator determinante no crescimento e no desenvolvimento fetal, portanto, uma alimentação saudável e equilibrada é fundamental para otimizar não só a saúde materna, mas também assegurar as reservas necessárias ao desenvolvimento do feto.

As mulheres que pretendem engravidar devem adquirir determinados estilos de vida, como aumentar o consumo de alimentos ricos em ácido fólico e ferro, moderar o consumo de bebidas com cafeína, evitar ingerir bebidas alcoólicas e deixar de fumar (Williamson, 2006).

1.1.3.1 Necessidades Nutricionais durante a Gestação

Em relação às necessidades nutricionais de gestantes apenas existem algumas diferenças das de mulheres não grávidas, no que diz respeito às necessidades de energia, proteínas, algumas vitaminas (tiamina, riboflavina, ácido fólico e vitamina C) e alguns minerais (ferro, zinco, cobre, magnésio e cálcio).

De acordo com a OMS, as necessidades de Energia durante o 1º Trimestre são iguais às das mulheres não grávidas, sofrendo alterações no 2º Trimestre, em que é necessário um aporte extra de 340 quilocalorias (kcal) por dia, e no 3º Trimestre, sendo necessário um aporte extra de 452 kcal por dia neste período (Caniço, 2008).

No que se refere às Proteínas, as mulheres grávidas necessitam de 1,1 gramas (g) de proteínas por quilograma (kg) de peso corporal por dia, em vez das 0,8g recomendadas para mulheres em idade adulta. Contudo em Portugal a ingestão proteica diária é de aproximadamente 100g, o que é muito superior ao recomendado, tornando-se desnecessário recomendar o aumento da ingestão de proteínas durante a gestação (Caniço, 2008).

A ingestão de Lípidos durante a gravidez e a lactação influencia o crescimento, o desenvolvimento e a saúde das crianças. As recomendações para a ingestão de gordura são cerca de 20 a 35% do valor energético diário.

Quanto à ingestão de ácidos gordos, as grávidas deviam consumir um mínimo de 200 miligramas (mg) de ácido docosahexaenóico (DHA) por dia, o que se consegue facilmente através da ingestão de uma a duas porções de peixe de água salgada por semana, sendo uma delas peixe gordo. O aumento do consumo de DHA pela mãe, aumenta o fornecimento deste ao feto e à criança após o nascimento proporcionando benefícios no desenvolvimento da visão, da atenção e das funções cognitivas; maturidade dos padrões de sono e imunidade (Williamson, 2006).

Em relação às Vitaminas, as necessidades de tiamina e riboflavina estão aumentadas, uma vez que são necessárias para a libertação de energia a nível celular, a qual está aumentada durante a gestação.

A tiamina encontra-se amplamente distribuída nos alimentos como os cereais integrais e a carne, já a riboflavina encontra-se principalmente nas hortaliças verdes, na carne e nos laticínios.

As necessidades de vitamina C estão aumentadas particularmente no último trimestre, a grávida deve ser por isso incentivada a consumir alimentos ou bebidas ricas em vitamina C juntamente com refeições ricas em ferro, para haver uma maior absorção deste mineral.

O ácido fólico é de máxima importância, quer no período pré-concepcional, quer no período gestacional, pois protege contra malformações do tubo neural do feto, nomeadamente a espinha bífida. Estas malformações acontecem quando o cérebro e a espinhal medula não se desenvolvem apropriadamente durante as primeiras quatro semanas após a concepção. Esta vitamina também é importante para prevenir as anemias megaloblásticas. Pode ser necessário recorrer a suplementos durante o período pré-concepcional para conseguir satisfazer as necessidades extras desta vitamina.

A forma sintética do ácido fólico (folato) pode ser encontrada no extrato de levedura, na carne bovina, nos vegetais de folha verde escura (espinafres, bróculos e ervilhas) e ainda nas amêndoas, amendoins e no arroz integral (Caniço, 2008).

Alguns Minerais apresentam as suas necessidades aumentadas durante a gestação; esses minerais são o cálcio, o ferro, o zinco, o cobre e o magnésio.

No que diz respeito ao cálcio, como existe um aumento da reabsorção das reservas de cálcio, recomenda-se que as grávidas que têm uma ingestão de cálcio insuficiente devam consumir fontes alimentares ricas em cálcio, como os produtos lácteos, as leguminosas, soja, frutos secos e ainda peixes como as sardinhas, de forma a não prejudicar o metabolismo ósseo neonatal.

As necessidades de ferro durante a gravidez estão aumentadas para assegurar o desenvolvimento do feto e da placenta, bem como a produção de eritrócitos (glóbulos vermelhos). No caso das reservas de ferro maternas serem insuficientes, instalar-se-à uma anemia ferropénica. De forma a manter as reservas suficientes em ferro, as grávidas deveriam consumir alimentos ricos em ferro (peixe, carne de aves, gema de ovo e vegetais de folha verde escura).

Quando se fala de zinco, cobre e magnésio, as necessidades destes minerais estão ligeiramente aumentadas no período gestacional. Facilmente se consegue satisfazer as necessidades em zinco, basta realizar uma alimentação variada que inclua peixe, carne de aves, leite, ovos, feijão, nozes, e amendoins. O cobre encontra-se em carnes, nozes, grãos de cereais e leguminosas.

Finalmente o magnésio consegue-se com suplementos, e observou-se que o consumo do suplemento, durante a gestação, estava associado a baixa incidência de pré-eclampsia e de atraso de crescimento intrauterino, o que não é de estranhar visto que o magnésio é necessário para o crescimento fetal (Caniço, 2008).

Concluimos que uma alimentação completa e equilibrada associada a suplementos de ferro e de ácido fólico permite fornecer as vitaminas e os minerais para a grávida.

1.1.4 Educação e Promoção da Saúde Oral na Gestante

A educação em saúde constitui um processo destinado a manter e a elevar o nível de saúde da população e, ao mesmo tempo, reforçar a manutenção de hábitos positivos para a saúde (Reis et al., 2010).

É importante consciencializar a gestante sobre as alterações fisiológicas durante a gestação e salientar a necessidade de hábitos de higiene oral para controlo da placa bacteriana. A American Dental Association (ADA) recomenda que as gestantes mantenham uma dieta balanceada, escovem os dentes com dentífricos fluoretados pelo menos duas vezes por dia, utilizem fio dentário pelo menos uma vez por dia e visitem de forma regular o médico dentista durante o período gestacional (Silva et al., 2006).

As alterações hormonais durante a gravidez podem aumentar a suscetibilidade para desenvolver gengivite e periodontite. Outro problema associado à gravidez é os episódios de enjoos/náuseas que podem levar a grávida a evitar realizar as técnicas adequadas de higiene oral. Para além disso a exposição frequente, da cavidade oral, ao ácido gástrico pode provocar um aumento do risco de erosão dentária (destruição química do esmalte dentário) (Fitzsimons et al., 1998).

Os conselhos para minimizar o risco de erosão dentária são:

- comer pequenas quantidades de alimentos não cariogénicos – lanches ricos em proteínas como o queijo;
- bochechar com uma solução fluoretada ou caso não tenha, bochechar com água com uma colher de chá de bicarbonato de sódio (sal) após o episódio de vómito, evitando escovar os dentes imediatamente após o episódio de vómito, minimizando a probabilidade de potenciar a erosão dentária;
- usar uma escova macia ou média, nunca dura, com pasta fluoretada pelo menos 2 vezes por dia;

- usar uma solução fluoretada antes de se deitar para ajudar a remineralização dos dentes

(California HealthCare Foundation, 2010).

Em relação às técnicas para reduzir a formação de lesões de cáries as principais são:

- realizar a higiene oral utilizando, pelo menos uma vez por dia, fio dentário antes de escovar os dentes e realizar a escovagem dentária com pasta dentífrica fluoretada pelo menos duas vezes por dia, especialmente antes de dormir;
- se não conseguir lavar os dentes depois das refeições deve consumir pastilhas elásticas com xilitol, mas nunca substituir a escovagem pelo consumo de pastilhas elásticas;
- não adiar os tratamentos dentários;
- limitar o consumo de alimentos com hidratos de carbono fermentáveis – rebuçados, bolachas, biscoitos e batatas-fritas – apenas para as refeições principais;
- limitar o consumo de sumos de fruta, refrigerantes, bebidas desportivas e bebidas gaseificadas entre as refeições

(California HealthCare Foundation, 2010).

É importante alertar a grávida que pode transmitir as bactérias cariogénicas ao seu bebé, aumentando a probabilidade de a criança contrair lesões de cárie.

As cáries dentárias envolvem múltiplas bactérias acidogénicas que consomem hidratos de carbono fermentáveis e produzem produtos ácidos que dissolvem os minerais dos dentes pela diminuição do pH. Os dois principais grupos de bactérias que estão implicados nas lesões de cárie são: *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus*.

As bactérias cariogénicas podem ser transmitidas de mãe para filho – transmissão vertical, ou de crianças para crianças, bem como de adultos para adultos – transmissão horizontal.

A transmissão vertical ocorre normalmente pela transmissão de saliva, por isso dar beijos na boca da criança, soprar na colher antes de dar a comida à criança e lavar a chupeta na boca da progenitora são alguns exemplos de atitudes a serem evitadas (California HealthCare Foundation, 2010).

Em relação ao Flúor este pode ser aplicado de forma sistémica (águas fluoretadas, comprimidos e deglutição durante aplicações tópicas) ou de forma tópica (pastas dentífricas, géis e vernizes de aplicação profissional e colutórios). Porém a administração de suplementos de flúor na gravidez não foi aprovada pela ADA, e a FDA mantém proibido o emprego de flúor em medicamentos de uso pré-natal porque não existem comprovações científicas da sua eficácia clínica. No que diz respeito à utilização de flúor tópico, este é indicado por se constatar que reduz o índice de cárie pela sua ação cariostática, principalmente no período pós-eruptivo (Mameluque et al., 2005).

Uma mulher que está a planear engravidar deve ir ao seu dentista antes de engravidar para receber todas as informações e adquirir saúde oral antes de engravidar, para que durante a gestação só realize tratamentos dentários preventivos.

Se uma gestante não recebeu assistência dentária, os profissionais de saúde devem recomendar que ela visite o seu dentista o mais cedo possível para avaliação dos problemas de saúde oral e orientação preventiva (Fitzsimons et al., 1998).

1.2 Crianças

A criança não é um adulto em miniatura, é sim um ser altamente dependente do ambiente humano e físico que o rodeia. As condições em que se cresce e se desenvolve, favoráveis ou não, têm influência para a sua formação e para a sua saúde (Calvo, 2008).

A infância é um período crítico de aquisição de novos conhecimentos e hábitos, que poderão refletir-se posteriormente no padrão e nos comportamentos em saúde (Cascaes et al., 2011).

A saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente – social, biofísico e ecológico – é determinante. Deste modo, os pais devem ser educados e consciencializados para, desde cedo, sensibilizarem os seus filhos na aquisição de comportamentos que permitam um bom desenvolvimento de hábitos de saúde oral. Nesses comportamentos estão incluídos a dieta, a higiene oral, visitas regulares ao médico dentista e a perceção do estado da própria cavidade oral (Calvo, 2008).

1.2.1 Desenvolvimento Dentário

O ser humano tem duas gerações de dentes: a dentição decídua, vulgarmente conhecida como dentição de leite, que inicia o seu desenvolvimento por volta da 6^a semana de vida intrauterina, e a dentição definitiva, que se completa no início da vida adulta. Os dentes são uma matriz extracelular altamente especializada composta por dois componentes principais: o esmalte e a dentina, que são secretados por epitélios embrionários diferentes (AlQahtani, Hector, & Liversidge, 2010).

1.2.1.1 Fases de Desenvolvimento

Os dentes desenvolvem-se a partir de epitélio oral e crista neural derivada do mesênquima (Rothová, Peterková, & Tucker, 2012).

O desenvolvimento dos dentes começa com a migração das células da crista neural para as regiões dos maxilares superior e inferior. Algumas destas cristas neurais derivadas das células mesenquimais são específicas para a formação do dente. As células da crista neural atuam na ectoderme oral, espessando-a em bandas em forma de C (lâmina dentária) nos maxilares superior e inferior. O aparecimento das lâminas dentárias durante a sexta semana de vida intrauterina é a primeira manifestação de uma série de interações contínuas entre a ectoderme e o mesênquima, que continua até a formação dentária estar completa.

Embora cada um dos dentes tenha uma sequência e uma morfologia específica, existem etapas de desenvolvimento comuns. A lâmina dentária cresce no mesênquima circundante, formando um botão dentário por invaginação. Aproximadamente na 8^a semana de vida intra-uterina, a lâmina dentária de cada arco mostra 10 botões dentários. Os botões dentários estão associados a condensações de células mesenquimais. O gérmen dentário é formado por uma estrutura ectodérmica que dará origem ao esmalte e por uma porção mesodérmica que origina a polpa dentária, a dentina, o cemento e as estruturas de suporte do dente. O gérmen dentário sofre uma série de modificações morfológicas, essas modificações dividem-se em: Fase de Botão, Fase de Capuz e Fase de Sino. Depois destas fases ainda existe a Fase de Coroa, onde ocorre a formação de esmalte (amelogénese) e a formação de dentina (dentinogénese) e no final desta fase quando a diferenciação chegou à região cervical inicia-se a Fase de Raiz, onde ocorre a formação da raiz do dente, e só após a raiz estar concluída se inicia a formação do periodonto (cemento, ligamento periodontal e osso alveolar) (Carlson, 1994).

Após o início da formação dos dentes decíduos, a lâmina dentária inicia a formação dos seus sucessores permanentes (incisivos, caninos e pré-molares). Os gérmenes dentários permanentes desenvolvem-se a partir da lâmina dentária, por lingual dos decíduos correspondentes – ocorre por volta do 5º mês de vida intrauterina para os incisivos permanentes até ao 2º mês de vida extrauterina para os segundos pré-molares. Os molares definitivos desenvolvem-se a partir da lâmina dentária que prolifera a distal dos gérmenes dos 2º molares decíduos – o 1º molar por volta dos 4-5 meses de vida intrauterina, o 2º molar após o 1º ano de vida e o 3º molar por volta dos 4-5 anos de idade (Guedes-Pinto, 2010).

1.2.2 Erupção Dentária

A Erupção é um processo de desenvolvimento dentário que movimenta um dente desde a sua posição no processo alveolar até ocluir com o seu antagonista.

A Cronologia da erupção consiste na data em que o dente aparece na cavidade oral e a Sequência de erupção é a ordem pela qual os dentes vão aparecendo na boca (Guedes-Pinto, 2010).

1.2.2.1 Cronologia e Sequência de Erupção da Dentição Decídua

A cavidade oral da criança é edêntula (ausência de dentes), por norma, do nascimento até aos 6-7 meses de vida.

Aproximadamente a partir do 6º mês de idade inicia-se a erupção dos dentes decíduos, que ocorre, normalmente, na seguinte ordem para ambos os arcos: incisivo central, incisivo lateral, primeiro molar, canino e segundo molar. E, por norma, os dentes inferiores surgem antes dos superiores (Guedes-Pinto, 2010).

Dentes Decíduos	Erupção (idade em meses)
Incisivos Centrais inferiores	6º - 8º mês
Incisivos Centrais superiores	7º - 9º mês
Incisivos Laterais superiores	8 - 10º mês
Incisivos Laterais inferiores	10º - 12º mês
1º Molares superior e inferior	12º - 18º mês
Caninos superior e inferior	18º - 24º mês
2º Molares superior e inferior	24º - 30º mês

Tabela 3 – Erupção da Dentição Decídua (tabela adaptada de Guedes-Pinto, 2010)

1.2.2.2 Cronologia e Sequência de Erupção da Dentição Definitiva

A erupção dos dentes definitivos inicia-se após a calcificação total da coroa e provoca a rizólise (reabsorção da raiz) dos dentes decíduos, havendo a exfoliação dos dentes decíduos.

Em relação à Dentição Definitiva, também é conhecida como Permanente, as sequências mais comuns são:

- na maxila: 6-1-2-4-5-3-7
- na mandíbula: 6-1-2-3-4-5-7

Quanto à cronologia de erupção, os dentes definitivos começam a erupcionar por volta do 6º ano de vida e terminam por volta dos 12 - 13 anos, mas se incluirmos o 3º molar (dente do siso) terminam apenas por volta dos 17 - 21 anos (Guedes-Pinto, 2010).

Dentes Definitivos	Erupção (idade em anos)
Incisivo Central superior	7-8
Incisivo Lateral superior	8-9
Canino superior	11-12
1ºPré-Molar superior	10-11
2ºPré-Molar superior	10-12
1ºMolar superior	6-7
2ºMolar superior	12-13
3ºMolar superior	17-21
Incisivo Central inferior	6-7
Incisivo Lateral inferior	7-8
Canino inferior	9-10
1ºPré-Molar inferior	10-12
2ºPré-Molar inferior	11-12
1ºMolar inferior	6-7
2ºMolar inferior	11-13
3ºMolar inferior	17-21

Tabela 4 – Erupção da Dentição Definitiva (tabela adaptada de Guedes-Pinto, 2010)

1.2.2.3 Variações na Cronologia de Erupção

Existem diversos fatores que influenciam a cronologia da erupção dentária, esses fatores podem ser divididos em: Fatores relacionados com o indivíduo e com o ambiente, Fatores Sistémicos e Fatores Locais (Guedes-Pinto, 2010).

1.2.2.3.1 Fatores relacionados com o indivíduo e com o ambiente

Em relação aos dentes decíduos, o fator genético é o que apresenta maior influência, sendo que os outros fatores como os ambientais, os locais e os sistémicos são menos influentes.

Quanto ao género, na dentição decídua parece não haver diferenças. Já na dentição definitiva existem diferenças, o sexo feminino é mais precoce que o sexo masculino, e isto acontece porque o sexo feminino na pré-puberdade e puberdade têm desenvolvimento biológico mais rápido que o do sexo masculino.

O ambiente também provoca alterações na cronologia, as crianças que vivem em ambientes urbanos têm uma erupção mais precoce que as que vivem em meio rural.

Contudo, os fatores de maior variação correspondem à raça e à posição geográfica. Assim, crianças que nascem e vivem em países cuja temperatura média anual é baixa parecem apresentar um atraso ligeiro na erupção quando comparadas a crianças que nascem e vivem em países tropicais; também se detetou que no mesmo país pode haver diferenças entre crianças que nascem e vivem em zonas litorais e crianças que nascem e vivem em zonas do interior, sendo que as do litoral parecem apresentar uma erupção mais precoce (Guedes-Pinto, 2010).

1.2.2.3.2 Fatores Sistémicos

Os problemas sistémicos que podem afetar a erupção são normalmente problemas endócrinos como o hipotireoidismo e o hipopituitarismo que atrasam a erupção dentária. Por outro lado, o funcionamento em excesso destas glândulas geralmente promove a erupção precoce.

O atraso da puberdade em geral também provoca atraso na erupção. Ainda existe outros fatores que influenciam a erupção, como a desnutrição – quando ocorre deve-se a uma carência de vitaminas A, C e D e geralmente acontece na dentição decídua.

A erupção prematura de dentes decíduos ocorre quando esses são os dentes natais (dentes presentes na boca na altura do nascimento) ou os dentes neonatais (dentes que erupcionam no primeiro mês de vida extrauterina), podendo ser um ou dois incisivos centrais, cuja etiologia é desconhecida.

As crianças com Síndrome de Down apresentam alterações na sequência de erupção, bem como atraso na erupção.

Na disostose cleidocraniana, os dentes decíduos erupcionam normalmente, mas a sua esfoliação está extremamente atrasada, o que faz com que a erupção dos dentes definitivos sofra um grande atraso, sendo que a maioria não chega a erupcionar (Guedes-Pinto, 2010).

1.2.2.3.3 Fatores Locais

Na dentição decídua, um dos poucos fatores locais que provoca um atraso ligeiro na erupção é o hematoma de erupção, que ocorre normalmente nos molares superiores. O hematoma de erupção é um hematoma traumático que se torna fibroso e dificulta a erupção do dente.

Um outro fator local é a anquilose, onde a continuidade do ligamento periodontal está comprometida, o dente fica abaixo da linha de oclusão. Geralmente, o dente mais afetado é o 2º molar decíduo.

Outro fator é os dentes inclusos que não erupcionam por perda de força eruptiva, já os dentes impactados não erupcionam porque existe uma barreira mecânica no seu caminho eruptivo que o impede de erupcionar. A falta de espaço na arcada quer por apinhamento dentário quer por encerramento de espaço por perda precoce de um dente são fatores de impactação. Os dentes mais comumente impactados são os 3º molares inferiores e superiores, seguidos pelos caninos definitivos superiores (Guedes-Pinto, 2010).

1.2.2.4 Sintomatologia da Erupção Dentária Decídua

Os sintomas gerais associados à erupção dos dentes decíduos são: aumento da salivação, irritabilidade, diarreia leve, febre, sono agitado, falta de apetite e erupções cutâneas.

A hipersalivação pode estar relacionada com a dor e o desconforto da criança nessa altura, mas também pode ser explicada pela mudança na qualidade da saliva com a maturação das glândulas salivares.

O dente quando penetra a mucosa oral, provoca a libertação de algumas proteínas como a interglobulina E (IgE), que podem desencadear uma reação de hipersensibilidade local que pode provocar febre na criança.

O aparecimento de diarreia está relacionado com o facto de a criança levar mais objetos à boca e com isso o risco de maior ingestão de micro-organismos patogénicos.

Dias antes da erupção dos dentes observa-se um edema local e eritema gengival, para aliviar o desconforto sentido pela criança pode-se orientar para o uso de mordedores limpos e frios (ação anti-inflamatória) e oferecer alimentos duros como tiras de cenoura ou torradas, que provocariam isquémia gengival, acelerando, assim, o processo eruptivo (Guedes-Pinto, 2010).

1.2.2.5 Dentições

Os Seres Humanos têm 3 tipos de dentição: a dentição decídua, a dentição mista e a dentição definitiva.

A Dentição Decídua é constituída por 20 dentes no total e 5 tipos de dentes – IC, IL, C, 1ºM e 2ºM. Esta dentição inicia-se com a erupção do 1ºdente decíduo por volta dos 6 meses de idade e fica completa por volta dos 2,5 anos de idade.

A Dentição Mista consiste no período de tempo em que na cavidade oral existem dentes definitivos e dentes decíduos. Este período inicia-se com a erupção do 1ºdente definitivo – 1ºM – por volta dos 6anos de idade e termina por volta dos 12 anos de idade com a erupção dos 2ºPM.

A Dentição Definitiva é constituída apenas por dentes definitivos, sendo no total 32 dentes, isto se contarmos com os terceiros molares (dentes do siso).

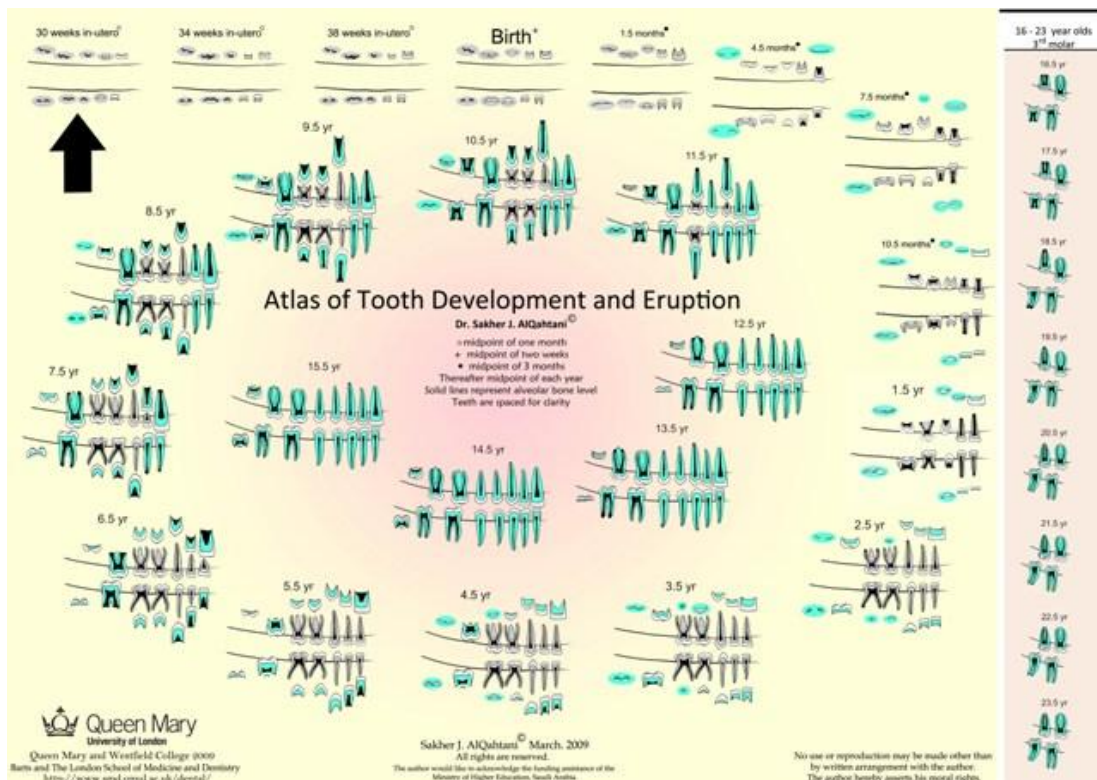


Figura 1 – Atlas do Desenvolvimento e Erupção Dentária (imagem retirada de AlQahtani et al., 2010)

1.2.3 Dieta e Nutrição na Criança

A aprendizagem do comportamento alimentar inicia-se na infância, tendo a família e todo o contexto sociocultural onde as refeições ocorrem, um papel determinante no processo de formação de hábitos alimentares da criança, tendo estes grande probabilidade de permanecerem na vida adulta.

1.2.3.1 Nutrição Fetal

O crescimento e o desenvolvimento fetal podem ser comprometidos caso haja desnutrição materna.

A nutrição materna pode influenciar o crescimento e o desenvolvimento dentário do feto, mas as influências alimentares são mais evidentes quando há déficits nutricionais severos (Fitzsimons et al., 1998).

O baixo consumo de açúcar durante a gestação também possui consequências na vida pós-natal, pois interfere na formação do paladar do neonato.

O desenvolvimento das papilas gustativas do feto começa por volta da décima quarta semana de vida intrauterina e pela vigésima quinta semana de vida intrauterina já há neurónios olfativos funcionais. O feto fica em contacto gustativo com o líquido amniótico.

A alimentação da grávida modifica a qualidade do líquido amniótico para mais ou menos doce. O feto pode habituar-se à alta taxa de glicose no sangue materno e quando nasce já pode ter o paladar com preferência para o açúcar.

O açúcar natural dos alimentos é suficiente para suprimir as necessidades da mãe e do feto e assegurar o desenvolvimento integral deste. Sendo a dieta uma das variáveis da etiologia da cárie dentária que o indivíduo pode modificar, é conveniente que o consumo de açúcar seja controlado e supervisionado durante a gestação (Praetzel, Ferreira, Lenzi, Melo, & Alves, 2010).

Para que a completa formação das dentições decídua e definitiva, que se iniciam, respetivamente, na 6ª semana de vida intrauterina e 5º mês de vida intrauterina, ocorra de maneira correta, é indispensável que a gestante tenha uma dieta adequada. A dieta deve ser rica em cálcio, essencial para a mineralização das estruturas calcificadas do feto.

É de salientar que o cálcio é obtido pela alimentação e pelas reservas maternas, e, não pelos dentes - o feto não “rouba” o cálcio dos dentes, este está nos dentes de forma fixa. (Praetzel et al., 2010).

A hipoplasia do esmalte pode resultar da utilização de fármacos, como a tetraciclina, de infeções ou de deficiências em vitamina D, sem vitamina D não é possível absorver o cálcio e dessa forma pode haver comprometimento das necessidades de cálcio durante a mineralização dos dentes (Fitzsimons et al., 1998).

É de extrema importância a orientação dietética da gestante, de forma que esta tenha uma dieta equilibrada e balanceada.

1.2.3.2 Amamentação

O aleitamento materno exclusivo significa que o lactente recebe unicamente leite materno e nenhum líquido ou sólido. O aleitamento será predominante, se além do leite materno, o lactente ingerir outros líquidos não lácteos, tais como água. Tanto o primeiro, como o segundo representam o aleitamento materno total.

O aleitamento será misto, se além do leite materno, o lactente consumir uma fórmula infantil e será parcial se o aleitamento materno for acompanhado de alimentação complementar.

De acordo com a OMS, é desejável que o aleitamento materno exclusivo ocorra até aos 6 meses de idade (A. Guerra et al., 2012).

1.2.3.2.1 Vantagens da amamentação materna

A amamentação materna apresenta inúmeras vantagens para a saúde da criança, mas também para a saúde da própria mãe.

Existe uma associação entre aleitamento materno e um menor risco de otite média, gastroenterite aguda, infeções respiratórias baixas severas, dermatite atópica, asma, obesidade, diabetes mellitus tipo 1 e 2, leucemia, síndrome de morte súbita no lactente e enterocolite necrotizante (Guerra et al., 2012).

Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher são menor risco de desenvolver cancro da mama ou cancro dos ovários, fraturas ósseas (por osteoporose), retorno ao peso pré-gestacional mais rapidamente e menor risco de hemorragia uterina pós-parto, pela maior libertação de ocitocina (Rea, 2004).

1.2.3.2.2 Amamentação de forma correta

As experiências que acontecem nas primeiras mamadas tornam-se rapidamente padrões bem definidos. É importante conhecer a forma correta do bebé pegar na mama para que haja uma correta alimentação deste e o desenvolvimento craniofacial aconteça de forma equilibrada e simétrica.

O recém-nascido (RN) vem preparado para exercer função de sucção, deglutição, respiração e chorar, através dos reflexos orais.

Os reflexos orais garantem a alimentação do RN na fase inicial do seu desenvolvimento, e, são os seguintes: procura – função de localizar o peito, sucção – função de retirar o leite, e deglutição.

O bebé deve realizar uma ampla abertura de boca, de forma a “abocanhar” não só o mamilo, mas também parte da aréola para que haja o selamento perfeito entre as estruturas orais e a mama. Para que este selamento ocorra a parte anterior dos lábios deve ficar virada para fora – o lábio superior e a língua são os principais responsáveis pela vedação correta – e a língua apoia-se na gengiva inferior curvando-se para cima.

O intuito do selamento consiste na formação de vácuo intraoral. A mandíbula apoia-se sobre os seios e o bebé “abocanha” o mamilo e 2-3cm de aréola. Na parte posterior da boca, a língua eleva-se e funciona como um mecanismo oclusivo contra o palato mole, estabelecendo-se pressão intraoral negativa (juntamente com o selamento anterior). Essa pressão mantém a mama dentro da boca do bebé, apesar de ser retrátil. Desta forma, o mamilo e parte da aréola são deslocados para o interior da boca, sendo que o bico do peito toca a região de transição entre o palato duro e o palato mole, facilitando a remoção de leite e a sua deglutição.

A mandíbula realiza um ciclo de movimentos – inicia-se com o abaixamento desta para abertura da boca, posteriormente ocorre protrusão mandibular de forma a alcançar o peito, depois realiza uma elevação para encerrar a boca e, em seguida, o movimento de retrusão para remoção do leite – estes movimentos produzem estímulos importantes para o crescimento da articulação temporomandibular (ATM) e, conseqüentemente, para o crescimento harmonioso da face do bebé.

É importante verificar se o queixo toca na mama, se os lábios estão voltados para fora, e se uma área maior de aréola é visível acima e não abaixo da boca do bebé.

Os movimentos da mandíbula devem ser suaves, coordenados com o ritmo de deglutição e respiração, sem a participação do músculo bucinador (ausência de covinhas), e as sucções devem ser lentas e profundas com pausas.

Em relação à posição da mãe e do bebé, é imprescindível que ambos se sintam confortáveis e que a mãe possa facilitar os reflexos orais do bebé. O corpo do bebé deve ficar voltado para o corpo da mãe (barriga do bebé encostada à barriga da mãe), o bebé deve ficar posicionado fazendo coincidir a nuca do bebé com a dobra do braço da mãe e com sustentação na região das ancas, de forma que a boca permaneça à altura do mamilo e da aréola. A cabeça do bebé deve ficar mais elevada que o resto do corpo. O posicionamento incorreto pode tornar a mamada ineficiente (Sanches, 2004).

1.2.3.3 A Diversificação Alimentar

Por volta dos 4 meses de idade, o lactente ganha uma maior estabilidade maxilar e do pescoço, e o padrão primitivo de sucção começa a modificar-se. Entre os cinco e os oito meses ocorre a transição progressiva das funções oro-motoras com passagem da sucção para a mastigação.

A partir deste período o lactente desenvolve a capacidade de mastigação, devendo este processo ser estimulado de modo a facilitar a integração na alimentação familiar.

A introdução de alimentos sólidos deve ocorrer até aos 10 meses, caso isso não aconteça o risco de dificuldades na alimentação aumenta.

A partir dos 6 meses de idade o volume de leite ingerido é insuficiente, não sendo possível suprimir as necessidades energético-proteicas e em micronutrientes. Torna-se necessário diversificar a alimentação a partir dos 5-6 meses de vida.

A janela para a habituação aos sabores é estreita, começando-se a fechar por volta dos 2 anos e encerrando por volta dos 3 anos, é importante, por isso, que aos 3 anos a criança já tenha consumido uma vasta gama de alimentos.

Deveremos proceder à introdução de alimentos que não o leite e de textura, progressivamente, menos homogénea até à inserção na dieta alimentar, que deverá ocorrer a partir dos 12 meses de idade.

As recomendações atuais são de não introdução de glúten antes dos 4 nem após os 7 meses, devendo a introdução ser gradual e preferencialmente acompanhada de aleitamento materno, para diminuir o risco de diabetes mellitus tipo 1, de doença celíaca e de alergia ao trigo.

De acordo com o padrão de crescimento desejável no 1º ano de vida, acrescido do facto de o sabor doce ser inato pelo que não se torna necessário treiná-lo, mas sim estimular, precocemente, o treino do paladar para sabores não doces. O início da diversificação ocorre, cada vez mais, entre o 5º e o 6º mês com caldo ou puré de legumes – a batata, a cenoura, a abóbora, a cebola, o alho, o alho francês, a alface, a curgete, o brócolo e a couve branca, agrupados 4 a 5, são os mais utilizados para iniciar este alimento. O espinafre, o nabo, a nabiça, a beterraba e o aipo contêm elevado teor de nitrato, bem como de fitato, razão pela qual só deverão ser introduzidos a partir dos 12 meses de idade. Atendendo, ao facto, de não haver gordura (extremamente importante para estruturação das membranas celulares e na maturação do sistema nervoso central, retina e sistema imunológico) deve-se adicionar 5-7,5 ml de azeite em cru a cada dose de puré ou caldo de legumes.

É aconselhável a introdução de carne aos 6 meses de idade pela necessidade de repor as reservas de ferro (que se esgotam a partir do 4º - 6º mês), e tendo em conta as características quantitativas e qualitativas em ácidos gordos deve-se preferir a carne de aves (frango, peru e avestruz) ou de coelho.

A introdução de peixe deverá ter início depois do 6º mês, com a oferta inicialmente de peixes magros como a pescada, o linguado, a solha ou a faneca. O salmão, devido ao seu elevado teor de gordura, poderá provocar intolerância digestiva, pelo que deverá ser introduzido mais tarde (depois dos 10 meses) e em pequenas porções (não mais que 15g em cada porção).

A introdução destas fontes de proteína animal (carne e peixe) deve iniciar-se no caldo/puré de legumes, com porções de 10g e aumentando gradualmente até atingir a dose de 25-30g de carne ou peixe isentos de gordura por dia. Esta poderá ser oferecida numa só refeição do dia (almoço) ou metade desta dose nas duas refeições principais. Idealmente deverá ser oferecida carne 4 vezes por semana e peixes as restantes 3 vezes por semana. A partir do 7º mês poderá adicionar-se a dose recomendada de peixe ou carne a preparados tais como farinha de pau ou açorda, e a partir dos 8-9 meses a arroz branco ou massa, cozidos sempre com legumes. Em relação ao ovo, pode introduzir-se a gema a partir do 9º mês, de uma forma progressiva e lenta (1/2 gema por refeição por semana, durante 2-3 semanas, seguida de uma gema por refeição por semana, durante 2-3 semanas). Deverá ser consumida apenas até 1 gema de cada vez e não deve exceder o número de 2-3 gemas por semana. Atenção que a utilização de 1 gema numa refeição obriga à ausência de oferta de qualquer outra fonte de proteína animal. A clara poderá ser introduzida a partir dos 11 meses.

O sal é um aditivo alimentar pelo que não é recomendado a sua adição nos preparados culinários durante o 1º ano de vida.

Os frutos podem ser introduzidos por volta do 6º mês, mas nunca constituir uma refeição por si só. Os frutos ricos em vitamina C deverão ser consumidos em simultâneo com legumes ricos em ferro (feijão, lentilha, agrião, salsa...) ou cereais, pois aumenta a absorção de ferro.

A maçã, a pera (cozidas ou assadas com casca e caroço ou em vapor) e a banana são os primeiros frutos a serem utilizados, e durante o primeiro ano de vida devem ser evitados os frutos potencialmente alergogénicos ou libertadores de histamina (morango, amora, kiwi, maracujá).

Os frutos tropicais (manga, papaia e pera-abacate) podem ser introduzidos por volta dos 6-7 meses.

Os frutos devem ser oferecidos individualmente e não sob a forma de puré de vários frutos, de forma a permitir o treino do paladar, nem sob a forma de sumo. Devem ser consumidos inteiros, e, em cada dia um fruto de cor diferente.

As leguminosas secas (feijão, ervilha, fava, lentilha e grão) poderão ser introduzidas por volta dos 9-11 meses (inicialmente o feijão frade, branco ou preto e a lentilha) sempre previamente demolhados e, inicialmente, sem casca e em pequenas porções.

O iogurte pode ser introduzido por volta dos 9 meses num lanche, em alternativa ao leite e à papa, deve ser natural sem aromas nem aditivos de açúcar (adocicado) ou de natas (cremoso).

O leite de vaca só deve ser introduzido depois dos 12 meses (preferencialmente 24-36 meses).

A água deverá ser oferecida ao lactente, várias vezes por dia, estando contraindicado o uso de outras bebidas (sumos ou chá) (Guerra et al., 2012).

1.2.4 Hábitos Parafuncionais Infantis

De acordo com Moyers, após a dentição decídua estar completa (por volta dos 2,5 anos de idade), a criança não deve apresentar hábitos de sucção, uma vez que o instinto de sucção deve ser substituído pelo de morder e pegar (Souza, Valle, & Pacheco, 2006).

Os hábitos orais que mais frequentemente estão relacionados com etiologia de maloclusões são os hábitos de sucção não nutritivos, a respiração oral e a interposição lingual (Amary, Rossi, Yumoto, Assencio-Ferreira, & Marchesan, 2002).

1.2.4.1 Biberão

A amamentação contribui para o desenvolvimento de deglutição, mastigação e fonoarticulação.

Quando falamos de hábitos de sucção nutritivos, referimo-nos ao uso de biberão. O biberão difere do peito em 3 pontos: no comprimento do bico, no fluxo do leite e na área que contorna o bico (Henringer, Reis, Pereira, & Ninno, 2005).

A maioria dos bicos artificiais do biberão e da chupeta não se moldam à cavidade oral (bico tradicional), não conduzindo ao exercício necessário para o desenvolvimento do sistema estomatognático do lactente.

Indica-se, quando o aleitamento artificial é inevitável, o uso de biberão com bico ortodôntico (favorece o movimento anterior da mandíbula em relação à maxila, devido aos movimentos de amplitude para a remoção do leite) e com furo pequeno. O facto de ter orifício pequeno favorece a musculatura oral, a coordenação da sucção, a deglutição e a respiração. É importante que se mantenha o orifício para cima, fazendo com que o líquido não corra diretamente na parte posterior da língua, mas percorra a sua parte central. Uma maneira de testar se o orifício é pequeno ou não é colocar o biberão na posição vertical, sem apertar, o leite não deve jorrar e sim pingar lentamente (aproximadamente 45 a 50 gotas por minuto). A posição de dar o biberão deve ser idêntica à de dar mama, sendo que se deve variar o lado para que se dá o biberão de forma a não desenvolver mais os músculos da face de um lado do que do outro. O tamanho do bico precisa de ser compatível com a idade do lactente.

A maioria dos pediatras considera que o período ideal para deixar de usar o biberão é entre os 9 e os 12 meses de idade – o ideal é conseguir concluir esta etapa por volta dos 13-14 meses (Lima, Watanabe, & Palha, 2006).

As crianças amamentadas por biberão por mais de um ano apresentam quase 10 vezes mais risco de apresentarem hábitos orais nocivos (Albuquerque, Duarte, Cavalcanti, & Beltrão, 2010).

1.2.4.2 Hábitos de Sucção não nutritiva

Os hábitos de sucção não nutritiva consistem na utilização de chupeta, sucção digital, sucção das bochechas e sucção da língua, sendo que a sucção na chupeta e a sucção digital são as mais comuns.

Os hábitos de sucção não nutritiva interferem no desenvolvimento normal dos maxilares, favorecendo o aparecimento de uma oclusão incorreta, alterações na fonação e na deglutição.

1.2.4.2.1 Chupeta

As chupetas são utilizadas na maior parte do mundo, apesar da OMS e a American Academy of Pediatric (AAP) desaconselharem o seu uso (Soares et al., 2003).

O hábito de sucção pela chupeta surge como uma necessidade de sucção, quando esta não é satisfeita pela alimentação natural ou artificial (Henringer et al., 2005). A sua utilização é estimulada pelos pais frente ao choro infantil com os objetivos de “pacificar” e “confortar” a criança inquieta (Tomita, Bijella, & Franco, 2000).

No caso de uso de chupeta deve-se optar por aquelas que têm bico ortodôntico, de preferência de silicone para permitir uma higienização fácil, e que tenham o tamanho adequado à boca da criança.

A remoção do uso de chupeta, está recomendada que seja feita antes dos 2 anos de idade (idealmente entre 1 ano e 1 ano e meio de idade), no entanto é necessário verificar qual o momento de vida da criança, pois em situações favoráveis é possível negociar o tempo e a frequência diária do uso de chupeta. Sempre que haja capacidade de compreensão por parte da criança, deve-se explicar o motivo pelo qual é necessário retirar a chupeta (Lima et al., 2006).

O uso prolongado de chupeta pode alterar a postura dos lábios e da língua; prejudicar a tonicidade dos músculos dos lábios, língua e face, deixando-os flácidos; induzir movimentos incorretos da língua na deglutição; prejudicar as arcadas dentárias; alterar a mastigação; provocar respiração oral e prejudicar a emissão correta dos sons. (Henringer et al., 2005).

1.2.4.2.2 Sucção Digital

A sucção, além de satisfazer a necessidade nutritiva, proporciona à criança uma sensação de segurança, prazer e satisfação, fazendo com que a criança recorra a estes hábitos.

A sucção é considerada um reflexo inato, desenvolvido ainda no útero, e fundamental para a amamentação e para o desenvolvimento psicológico (Valdrighi, Filho, Coser, Paula, & Rezende, 2004).

Frequentemente observa-se, por meio de exame ecográfico, que o feto suga os lábios, a língua e os dedos (Tenório, Rocha, Fraga, Tenório, & Pereira, 2005).

A sucção digital é um reflexo de preensão que proporciona prazer e satisfação à criança. Este hábito é de fácil aquisição e pode perdurar. O hábito de sucção digital pode estar associado a uma situação emocional por parte da criança, sendo representativa de angústia ou ansiedade, mas também uma forma de “chamar a atenção” por parte da mesma.

Este hábito deve ser removido assim que identificado, sendo que depois dos 3 anos as alterações que provocou já não se resolvem por si só, sendo necessário recorrer a aparelhos ortodônticos (J. T. Silva, 2012).

1.2.4.2.3 Sucção Digital versus Chupeta

O uso de chupeta é mais prejudicial que a sucção digital para o desenvolvimento da dimensão transversal do arco superior, predispondo mais à mordida cruzada do que a sucção digital. No entanto, o uso prolongado de chupeta é um hábito parafuncional que pode ser retirado mais facilmente, ao contrário da sucção digital que persiste por muito mais tempo, sendo o seu efeito mais nocivo (Silva, 2012).

1.2.4.3 Deglutição Atípica

Deglutição é o ato de engolir os alimentos, sendo uma função biológica complexa. O ser humano tem dois tipos de deglutição: Deglutição Infantil e Deglutição Adulta.

Na Deglutição Infantil há interposição da língua para engolir os alimentos, já na Deglutição Adulta a ponta da língua apoia-se na papila palatina e na face palatina dos incisivos superiores.

A deglutição infantil permanece até aos 18-24 meses, considerando-se que a criança apresenta deglutição atípica quando após este período ainda apresenta deglutição infantil.

A persistência da deglutição infantil leva à alteração do crescimento dos maxilares, perda dentária precoce e má-oclusão (Passos & Frias-Bulhosa, 2010).

1.2.4.4 Respiração Oral

A respiração oral tem uma etiologia multifatorial, desde uma predisposição anatómica até a uma consequência por hábitos orais nocivos. Em relação à predisposição anatómica existem várias patologias causadoras como, por exemplo, amígdalas e adenoides hipertróficas, pólipos nasais, desvios do septo nasal, alergias respiratórias, asma, sinusite, rinite alérgica e crónica e cornetos nasais hipertrofiados. Os hábitos orais nocivos que podem levar a uma respiração oral são o uso de chupeta e a sucção digital, pela deformação da arcada dentária (Passos & Frias-Bulhosa, 2010).

1.2.4.5 Onicofagia

A onicofagia ou o hábito de roer as unhas, geralmente, tem início por volta dos 4-5 anos de idade. Nesta fase a criança precisa de desenvolver uma forma de refúgio, podendo haver uma troca de hábito de sucção digital pelo hábito de roer as unhas.

A onicofagia é considerada um mecanismo que permite libertar tensões, podendo persistir por toda a vida.

Em relação à má-oclusão que pode advir deste hábito é de salientar a mordida cruzada ou a intrusão de peças dentárias. Assim como a onicofagia, o hábito de roer objetos, também possui o mesmo impacto do ponto de vista ortodôntico (Silva, 2012).

1.2.4.6 Bruxismo

O bruxismo é considerado uma atividade parafuncional ao nível do sistema mastigatório que apresenta como principal característica o “apertar” ou “ranger” dos dentes durante atividades não funcionais do sistema estomatognático. O bruxismo pode ser classificado em cêntrico – consiste no apertamento dos dentes, e em excêntrico – consiste no ranger dos dentes pelo contacto entre as faces oclusais dos dentes superiores e inferiores (Silva, 2012).

O Bruxismo Cêntrico é o mais comum no período diurno e pode ser mais destrutivo, visto as forças serem contínuas e menos toleradas.

O Bruxismo Excêntrico é o mais comum no período noturno durante períodos de preocupação, stress e excitação, acompanhado por um ruído notável.

Durante a infância, o bruxismo é mais severo nas crianças em idade pré-escolar devido às características estruturais e funcionais dos dentes decíduos, embora também apareça em crianças maiores e na dentição permanente.

Há evidências de que o bruxismo em crianças pequenas é uma consequência da imaturidade do sistema mastigatório neuromuscular.

O bruxismo infantil pode ser caracterizado pela presença de desgastes da superfície dentária, desconfortos musculares e articulares, podendo levar ao desenvolvimento de falsa Classe III, além de acelerar a rizólise dos dentes decíduos e provocar alterações na cronologia de erupção da dentição definitiva (Diniz, Silva, & Zuanon, 2009).

1.2.5 Cárie Dentária na Criança

O bebé quando nasce não apresenta bactérias na sua cavidade oral. As bactérias relacionadas com a cárie são lhe transmitidas, sendo os pais e avós os principais responsáveis por essa transmissão.

Os *Streptococcus salivarius* são considerados como a principal espécie pioneira a colonizar a cavidade oral (Guimarães, Zuanon, Spolidório, Bernardo, & Campos, 2004).

A cárie é uma doença infecciosa e multifatorial, que surge da combinação de fatores como a alimentação, a flora microbiana da cavidade oral, o pH da saliva, a higiene oral, a disponibilidade de flúor, a suscetibilidade dos dentes, o nível sócio-económico, o nível de educação e outras características do estilo de vida. A lesão de cárie caracteriza-se pela destruição dos tecidos duros dos dentes. As superfícies dentárias mais afetadas são as superfícies retentivas como as faces oclusais (que mastigam) dos dentes posteriores pela presença de sulcos. Na infância, infelizmente, é a doença mais comum, sendo um problema de saúde pública a nível mundial.

Nas crianças podemos encontrar lesões de cárie isoladas, como as que ocorrem durante toda a vida humana, mas também podemos encontrar as denominadas cáries precoces na infância (Amorim, 2005).

1.2.5.1 Etiologia da Cárie

O processo patológico que ocorre na cárie dentária consiste na desmineralização do esmalte e dentina por ácidos orgânicos formados pelas bactérias *Streptococcus mutans* e *Streptococcus sobrinus*.

Estes ácidos orgânicos são formados pelo metabolismo anaeróbio dos hidratos de carbono derivados da alimentação. Os ácidos orgânicos provocam a diminuição do pH salivar para valores inferiores a 5,5, criando o ambiente ideal para o desenvolvimento de cáries. A remineralização é possível quando há aumento do pH salivar por ação do cálcio e de fosfatos (Ribeiro & Ribeiro, 2004).

1.2.5.2 Alimentação e Cárie

De acordo com a ação que exercem no desenvolvimento da cárie dentária, os alimentos podem ser classificados em três tipos: alimentos cariogênicos – aqueles que contêm hidratos de carbono fermentáveis, causando diminuição do pH salivar para um valor inferior a 5,5 e promovendo a desmineralização quando em contacto com microorganismos (m.o.) na boca; alimentos cariostáticos – aqueles que não são metabolizados por m.o. na cavidade oral não provocando diminuição do pH salivar; alimentos anticariogênicos – aqueles que impedem o desenvolvimento da cárie dentária por impedir que a placa bacteriana reconheça um alimento como cariogênico e promovem a remineralização.

A Sacarose é o alimento cariogênico mais importante e mais amplamente utilizado. A Sacarose transforma alimentos não cariogênicos e anticariogênicos em cariogênicos; outros açúcares envolvidos na cariogénese são a glicose e a frutose, encontrados no mel e frutas. Uma simples exposição a alimentos cariogênicos não seria um fator de risco para a cárie dentária, mas o contacto prolongado e a frequência de consumo destas substâncias já o seria (Ribeiro & Ribeiro, 2004).

Uma dieta adequada passa pela seleção de alimentos naturais, frutas, legumes, cereais e alimentos fibrosos.

1.2.5.3 Suscetibilidade do Hospedeiro

Os fatores de risco do hospedeiro para o desenvolvimento de cáries são: esmalte pós-eruptivo imaturo, presença de defeitos de esmalte, como hipoplasia, e ainda a morfologia e características genéticas do dente (tamanho, superfície e profundidade de fossas e fissuras).

A saliva é o principal sistema de defesa do hospedeiro contra a cárie, removendo alimentos e bactérias e fornecendo capacidade tampão contra os ácidos produzidos. A capacidade tampão funciona como um reservatório mineral de cálcio e fosfato, necessário para a remineralização do esmalte, contendo ainda substâncias antibacterianas. No entanto, existem situações que diminuem o fluxo salivar e, conseqüentemente, a capacidade tampão, como acontece durante o sono, tornando os dentes mais suscetíveis à cárie.

A manutenção de flúor, de forma constante, na cavidade oral é importante para a resistência do esmalte, reduzindo a quantidade de minerais perdidos durante a desmineralização e promovendo a remineralização. A escovagem dentária com dentífrico fluoretado, em especial, antes de dormir é uma importante medida para controlo da doença, pois mantém a concentração de flúor na saliva por um período mais prolongado (Ribeiro & Ribeiro, 2004).

1.2.5.4 Cárie Dentária Precoce na Infância

A American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) classifica a cárie precoce na infância como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (devido à cárie) ou restaurados antes dos 71 meses de idade. Porém, qualquer sinal de superfície dentária lisa cariada, com ou sem cavidade, em crianças com menos de 3 anos de idade, é considerado cárie severa na infância (CSI). A CSI é de natureza rompante, aguda e progressiva. Também é considerada CSI se, dos 3 aos 5 anos de idade, a criança apresenta mais de quatro, cinco e seis superfícies afetadas em dentes anteriores decíduos aos 3, 4 e 5 anos respetivamente.

A CSI substituiu o termo anteriormente conhecido como “cárie de biberão” (Losso, Tavares, Silva, & Urban, 2009).

Este tipo de lesão é muito característico em crianças muito pequenas que adormecem com a chupeta embebida em líquidos açucarados (açúcar, mel) ou com o biberão. A gravidade é provocada pela agressão continuada aos dentes, em meio açucarado.

As CSI caracterizam-se por:

- ocorrerem em idades muito precoces;
- afetarem muitos dentes e superfícies lisas – geralmente livres de cárie;
- serem lesões extensas e rapidamente destrutivas;
- geralmente pouparem os incisivos inferiores.

A prevenção da cárie faz-se a três níveis: dieta, higiene oral e visita regular de 6 em 6 meses ao médico dentista (Amorim, 2005).

1.2.6 Promoção e Educação para Saúde Oral Infantil

A educação em Saúde Oral significa a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades e de atitudes para construção de valores que levem os indivíduos a agirem, no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde oral. A promoção de saúde visa mudanças de comportamento para que se consiga a manutenção ou o restabelecimento da saúde.

A educação em saúde oral deve ter início nos primeiros anos de vida da criança, devendo iniciar-se com a educação dos responsáveis pela criança. Assim, os conhecimentos sobre a saúde oral serão transmitidos aos familiares e educadores de maneira a promover a saúde oral da criança.

Informações como os efeitos negativos do uso de biberão noturno com líquidos açucarados, associado a uma higiene oral deficiente; a importância de uma dieta equilibrada; o uso de flúor, e os cuidados em relação à higiene oral, assim como a necessidade de uma consulta com o dentista aquando da erupção dos primeiros dentes decíduos, devem ser transmitidas aos pais o mais precocemente possível. Desta forma, as medidas serão implementadas impedindo o aparecimento de problemas que venham a interferir no desenvolvimento da criança (L. dos S. Antunes, Soraggi, Antunes, & Corvino, 2008).

1.2.6.1 Higiene Oral

As necessidades de higiene oral vão aumentando com o desenvolvimento da criança, mas é fundamental informar os pais que a higiene oral deve ter início logo após o nascimento do recém-nascido.

1.2.6.1.1 Do nascimento aos 3 anos de idade

É necessário sensibilizar os pais para que incorporem na rotina de higiene diária do bebé também a higiene da sua boca.

Do nascimento até à erupção do primeiro dente decíduo após o bebé se alimentar, ou, no mínimo, à noite, depois da última amamentação, a língua, a parte interna da boca e a gengiva precisam de ser higienizadas. Deve-se molhar a ponta da fralda ou de uma gaze em água filtrada ou fervida e começar a limpeza oral, esfregando-se todas as superfícies da boca de tal forma que se removam os detritos alimentares.

Tal atividade deve constituir-se um hábito diário, sendo os responsáveis consciencializados sobre a necessidade real da higiene oral do bebé, mesmo que este ainda não possua dentes (Rocha, Nascimento, & Pereira, 2004).

Após a erupção do 1º dente decíduo (aproximadamente aos 6 meses) até aos 3 anos, a higienização deve ser feita pelos pais, 2 vezes por dia, utilizando uma dedeira ou uma escova macia com um dentífrico fluoretado com 1000-1500ppm de fluoreto, sendo uma das vezes, obrigatoriamente, após a última refeição.

A quantidade de dentífrico a utilizar deve ser idêntica ao tamanho de um grão de arroz. Nesta fase pode-se permitir que, de forma progressiva, e sob vigilância, a criança comece a escovar os dentes.

Não se recomenda qualquer tipo de suplemento com fluoretos.

É necessário chamar a atenção dos pais para o facto de o bebé, a partir do 1º ano de idade, não usar prolongadamente o biberão nem adormecer com ele na boca, quer tenha leite, farinhas ou sumos. É também importante reforçar a absoluta contra-indicação da utilização de chupetas com açúcar ou mel (Direção Geral de Saúde, 2005).

1.2.6.1.2 Dos 3 aos 6 anos de idade

Neste período para a criança o exemplo dos pais é da maior relevância. Na tentativa de imitar, a criança, vai adquirindo o hábito de higiene oral. Por isso, nesta fase deve-se fomentar o início da escovagem dentária.

A escovagem dentária com um dentífrico fluoretado com 1000-1500ppm deve continuar a ser realizada pelos pais, dependendo da destreza manual da criança, pelo menos 2 vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. A quantidade de dentífrico a utilizar deve ser idêntica ao tamanho da unha do 5ºdedo da mão da própria criança (“dedo mindinho”).

Não se recomenda qualquer tipo de suplemento com fluoretos. Nesta fase, a criança adquire muitos dos erros alimentares do adulto, sendo por isso necessário promover uma dieta equilibrada e diversificada, evitando o consumo de alimentos cariogénicos. O consumo de doces e refrigerantes, especialmente os gaseificados, deve ser evitado sobretudo fora das refeições e durante as refeições os refrigerantes devem ser bebidos através de palhinha. Aconselha-se que a introdução de alimentos cariogénicos na dieta da criança seja o mais tardiamente possível (DGS, 2005).

Aconselha-se que as crianças realizem higiene oral durante o período em que se encontram nos jardins-de-infância, para isso é necessário que esta atividade esteja integrada no projeto educativo e seja pedagogicamente dinamizada pelos educadores de infância (DGS, 2005).

1.2.6.1.3 A partir dos 6 anos de idade

A partir desta idade, a escovagem dentária já deve ser efetuada pela criança, utilizando um dentífrico fluoretado idêntico ao usado pelos adultos, com uma quantidade de fluoreto entre 1000-1500ppm. No que diz respeito à quantidade de pasta deve ser aproximadamente de 1centímetro (cm), ou seja, do tamanho de um grão de ervilha. A escovagem deve ser pelo menos 2vezes/dia, sendo obrigatório antes de deitar.

É necessário lembrar, tanto aos pais, como às crianças, que o consumo de alimentos ricos em açúcar ou em gorduras, doces e bebidas açucaradas, aumenta a suscetibilidade do indivíduo de desenvolver lesões de cárie dentária.

Deve-se estimular a realização de escovagem dentária pelo menos uma vez por dia, depois do almoço, preferencialmente, nos estabelecimentos educativos, e estimular a auto-responsabilização da criança pela sua higiene oral, de manhã e à noite (DGS, 2005).

1.2.6.1.4 Técnicas de Controlo Mecânico da Placa Bacteriana

1.2.6.1.4.1 Escovagem Dentária

Existem várias técnicas de escovagem dentária envolvendo diferentes combinações de movimentos horizontais, verticais e rotatórios.

No entanto, a Técnica de Bass Modificada é a mais utilizada e ensinada, mesmo para a população infantil. Esta técnica consiste em colocar as cerdas da escova num ângulo de 45° em relação ao dente, em direção à gengiva, realizando movimentos circulares envolvendo dente e gengiva, promovendo a limpeza do dente, mas também do sulco gengival.

A técnica correta de escovar os dentes consiste em:

- realizar movimentos circulares com escova com inclinação de 45° nas faces vestibulares (contactam com bochecha) e nas faces linguais/palatinas (contactam com a língua/palato respetivamente);

- superfícies linguais/palatinas dos dentes anteriores devem ser limpas com a escova na vertical e realizar movimentos na direção gengiva-dente;

- superfícies oclusais (as que mastigam) escovadas com a escova na horizontal e realizar movimentos de vai-e-vem

(Sosa, Padrón, Pachano, Diaz, & Rosales, 2010).

1.2.6.1.4.2 Fio Dentário

A higienização dos espaços interdentários deve ter início por volta dos 9-10 anos, quando a criança começa a ter destreza manual para utilizar o fio dentário.

Antes deste período a utilização do fio dentário deve ficar ao encargo dos responsáveis pela criança, assim que esta comece a ter contactos interproximais. É importante salientar que a limpeza interdentária deve ser feita antes da escovagem dentária e pelo menos uma vez por dia, sendo obrigatório antes de deitar (DGS, 2005).

1.2.6.1.5 Flúor

O flúor tem comprovada eficácia na redução da prevalência e da gravidade da cárie.

A utilização de suplementos de flúor sistémico na forma de gotas orais e comprimidos, foi até à pouco tempo recomendada pelos profissionais de saúde dos 6 meses aos 16 anos. Contudo, na atualidade é contraindicado a prescrição de suplementos de flúor sistémico (Areias, Macho, Frias-Bulhosa, Guimarães, & Andrade, 2008), à exceção de crianças a partir dos 3 anos com alto risco de cárie (DGS, 2005).

Os estudos científicos demonstram que o mecanismo pelo qual o flúor confere maior resistência ao esmalte dentário ocorre na superfície da estrutura, ao longo de toda a vida (fase pós-eruptiva de forma tópica), através de sucessivos episódios de desmineralização e remineralização superficial, desencadeados pela diminuição de pH decorrentes da produção de ácidos a partir de hidratos de carbono.

A superfície dentária contendo flúor é menos solúvel em ácidos que a superfície de esmalte original.

Os dentífricos até aos anos 60 tinham apenas papel cosmético, mas posteriormente à incorporação de flúor nas pastas passou a ser um agente preventivo (Narvai, 2000).

A pasta dentífrica e os bochechos fluoretados são considerados aplicações tópicas de flúor. Segundo a OMS, as pastas dentífricas devem ter entre 1000-1500ppm e as soluções fluoretadas de uso diário devem ter concentração de fluoreto de sódio a 0,05% e as de uso semanal ou quinzenal devem ter 0,2% (Areias et al., 2008).

O uso excessivo de flúor, durante o período de mineralização do dente, pode levar a fluorose dentária. A fluorose dentária provoca alterações por exposição prolongada do germen dentário ao flúor durante a sua formação. Clinicamente a fluorose resulta em manchas fluoróticas nas superfícies dos dentes, levando à insatisfação estética, preocupação e vergonha de sorrir, tendo um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com este problema.

O perigo de desenvolver fluorose dentária é só até aos 12-13 anos, altura em que ocorre a mineralização dos 3º Molares; a partir dessa idade não existe risco de fluorose dentária (Furtado et al., 2012).

Recomenda-se o uso de bochechos fluoretados quinzenais com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2% a partir dos 6 anos de idade (DGS, 2005).

1.2.6.2 Medicamentos

A maioria dos medicamentos líquidos pediátricos (xaropes ou suspensão oral) apresentam açúcares na sua composição de maneira a mascarar o gosto amargo e desagradável de alguns ingredientes ativos. De entre esses açúcares destaca-se o uso de sacarose, que constitui uma preocupação para a saúde oral da criança, uma vez que os estudos demonstram o aumento de prevalência de cárie associado à ingestão frequente de medicamentos líquidos infantis.

A sacarose promove grande atividade acidogénica levando à diminuição do pH. Em adição, muitos dos medicamentos líquidos infantis possuem um pH endógeno baixo podendo favorecer a erosão dentária.

A maioria, para não dizer a totalidade, dos pais/tutores desconhecem os açúcares adicionados a muitos alimentos ou bebidas, bem como a medicamentos líquidos infantis, e, quando reconhecem a existência do açúcar, não identificam nem o tipo utilizado para adoçar as formulações pediátricas, nem a sua concentração. Desta forma, os responsáveis podem promover comportamentos que contribuem para o desenvolvimento de lesões de cárie.

A forma de prevenir, tal acontecimento, é proceder à escovagem dentária após a toma de um medicamento deste género (Neves, Pierro, & Maia, 2007).

1.2.6.3 Dentes Natais e Dentes Neonatais

Dentes natais são os dentes que estão presentes na cavidade oral aquando do nascimento do bebé.

Os dentes neonatais são os dentes que aparecem até 30 dias após o nascimento.

O médico dentista deverá orientar os responsáveis em relação à preservação, higienização e consequências da presença dos mesmos.

Os dentes que mais, comumente, erupcionam antes da época são os incisivos inferiores, sendo, normalmente, dentes decíduos e não supranumerários, e, por isso devem ser conservados na cavidade oral. No entanto, quando se trata de dentes supranumerários e a inserção destes é fraca, existe a indicação para se extrair o dente, pois o bebé vai sentir dor e vai recusar a amamentação, para além de haver o perigo deste o engolir e sufocar (Rocha et al., 2004).

1.2.6.4 Primeira Consulta de Medicina Dentária

A American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) e a European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) recomendam que a primeira visita ao médico dentista seja por volta dos 6 meses com a erupção do 1º dente decíduo. O objetivo é observar a saúde oral da criança e informar os pais sobre atitudes preventivas, detetar hábitos nocivos e estabelecer um programa adequado ao grau de risco do bebé (Lima et al., 2006).

III – OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos do presente estudo são os seguintes:

- Avaliar o conhecimento da grávida sobre a sua saúde oral;
- Avaliar o conhecimento das mães/pais sobre a saúde oral da criança;
- Avaliar o conhecimento dos médicos ginecologistas-obstetras sobre a saúde oral da gestante e bebé;
- Avaliar o conhecimento dos médicos pediatras sobre a saúde oral das crianças.

IV – HIPÓTESES DO ESTUDO

As hipóteses a serem analisadas neste estudo são:

H1a) - Gestantes conscientes da importância da sua saúde oral;

Em oposição à hipótese nula:

H0_{1a}) - Gestantes não conscientes da importância da sua saúde oral;

H1b) - Pais conhecedores da importância da saúde oral da criança;

Em oposição à hipótese nula:

H0_{1b}) - Pais não conhecedores da importância da saúde oral da criança;

H1c) - Ginecologistas/Obstetras conscientes da relevância da saúde oral durante a gestação;

Em oposição à hipótese nula:

H0_{1c}) - Ginecologistas/Obstetras desconhecedores da relevância da saúde oral durante a gestação;

H1d) - Pediatras conscientes da importância da saúde oral das crianças;

Em oposição à hipótese nula:

H0_{1d}) - Pediatras não conscientes da importância da saúde oral das crianças;

V – MATERIAL E MÉTODOS

1. Tipo de Estudo

Este estudo consiste num estudo observacional, descritivo e transversal.

2. Considerações Éticas

O presente estudo de investigação foi submetido a avaliação da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e foi aprovado a realização do estudo.

De seguida, realizou-se o pedido de autorização para realizar este estudo nos Serviços Clínicos do Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato de Bancários do Sul e Ilhas (SAMS- SBSI), o qual foi autorizado após avaliação do projeto pela Comissão de Ética, pela Direção Clínica, pelo Conselho de Gerência e pelo Serviço Ambulatório desta instituição. Assim, a realização deste estudo foi permitida quer no Hospital quer no Centro Clínico do SAMS-SBSI.

Posteriormente, foi apresentada a Proposta de Trabalho de Projeto Final à Comissão Científica do ISCSEM – Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, tendo sido aprovada. Por fim, foi apresentado o Pedido de Parecer à Comissão de Ética do ISCSEM, tendo sido aprovado por unanimidade.

Todos os participantes, antes da realização do inquérito, tiveram uma explicação detalhada sobre o estudo e os objetivos do mesmo. Foi também assinado o Consentimento Informado pelos participantes. Após assinatura do Consentimento Informado foi aplicado o questionário respetivo – Grávidas, Responsáveis de Crianças, Ginecologistas/Obstetras e Pediatras.

3. Recolha de Dados

Neste estudo de investigação foram utilizados 4 inquéritos aplicados a utentes e médicos do serviço do SAMS.

O inquérito de avaliação do conhecimento sobre a saúde oral foi aplicado a: Grávidas; Pais de Crianças dos 0 aos 6 anos de idade; Médico Ginecologista-Obstetra; e Médico Pediatra.

A amostra referente às Grávidas e aos Pais de Crianças é de 60 participantes em cada grupo.

A amostra referente aos Médicos Ginecologistas/Obstetras é de 27 convidados a participar no estudo (número total de médicos desta especialidade no Hospital e no Centro Clínico), contudo apenas 26 participaram no mesmo.

A amostra referente aos Médicos Pediatras é de 16 convidados a participar no estudo (número total de médicos desta especialidade no Hospital e no Centro Clínico), apesar de apenas 15 terem participado.

A recolha de dados teve início no dia 9 de abril de 2013 e teve o seu término a 26 de julho de 2013.

4. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão na amostra de gestantes são os seguintes: grávidas maiores de idade, que tenham comparecido na consulta de obstetrícia do Centro Clínico do SAMS ou na consulta de ecografia obstétrica do Hospital do SAMS.

Em relação à amostra dos pais de crianças os critérios de inclusão são: responsáveis pela criança (mãe/pai) maiores de idade, que tenham filhos com idade entre os 0 e os 6 anos, e que tenham estado na consulta de pediatria do Centro Clínico do SAMS.

No que diz respeito aos profissionais de saúde (médicos ginecologistas/obstetras e médicos pediatras) os critérios de inclusão são: trabalharem no Hospital ou no Centro Clínico do SAMS.

5. Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão da amostra de grávidas são: grávidas menores de idade e que não assinassem o Consentimento Informado.

Referentes à amostra de pais de crianças, os critérios de exclusão são: pais com crianças com idade superior a 6 anos e que não tenham assinado o Consentimento Informado.

Por último, os critérios de exclusão dos profissionais de saúde (médicos ginecologistas/obstetras e médicos pediatras) são: não assinatura do Consentimento Informado.

6. Questionários

O questionário aplicado às Grávidas era composto por 37 perguntas de resposta fechada, 4 perguntas para caracterização da amostra, 2 para caracterização da gravidez, 3 sobre informação de saúde oral, 7 sobre conhecimentos de saúde oral, 17 sobre saúde oral e 4 perguntas sobre higiene oral.

O questionário aplicado aos Pais de Crianças dos 0 aos 6 anos era constituído por 32 perguntas de resposta fechada, 7 perguntas para caracterização da amostra, 8 sobre saúde oral, 9 perguntas sobre hábitos de higiene oral, 5 sobre conhecimentos de saúde oral e 3 sobre hábitos de consumo de doces/açúcar.

O questionário aplicado aos Pediatras era formado por 21 perguntas de resposta fechada, 2 perguntas para caracterização da amostra e 19 questões sobre saúde oral infantil.

O questionário aplicado aos Ginecologistas/Obstetras era composto por 19 perguntas, 2 para caracterização da amostra e 17 sobre saúde oral da gestante.

7. Local do Estudo

O estudo realizou-se no Hospital do SAMS-SBSI e no Centro Clínico do SAMS-SBSI, mais especificamente no serviço de ecografias obstétricas do Hospital, no serviço de consultas de pediatria e no serviço de consultas de obstetrícia do Centro Clínico.

8. Análise Estatística

Caraterização da Amostra:

Para as variáveis de natureza contínuas ou discretas é apresentada a média, desvio padrão, mediana, valor máximo e valor mínimo. Em presença de variáveis de categóricas são apresentadas as frequências relativas, expressas sob a forma de percentagem (%).

Testes estatísticos:

Foram utilizados testes estatísticos para avaliar diferenças entre grupos de estudo, nomeadamente:

1. Grupos etários (Estudo Grávidas e Pais)
2. Grávidas primigestas e Grávidas multigestas (Estudo Grávidas)
3. Idade da criança (Estudo Pais)

Esta análise permitiu avaliar diferenças no grau de conhecimento entre os diferentes grupos. As diferenças foram testadas do ponto de vista estatístico através dos testes de Qui-quadrado perante variáveis do tipo categórico, e teste de t para amostras independentes para variáveis de nível contínuo ou discreto. A normalidade dos dados foi assegurada pelo teorema do limite central e testada através do teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Nível de Significância:

Todos os resultados com um nível de significância inferior a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

Software estatístico utilizado:

A análise estatística foi realizada utilizando o software SPSS 15.0.

VI – RESULTADOS

1. Estudo às Grávidas

1.1 Caracterização da amostra

Foram incluídas 60 grávidas, com idade média de 32,3 anos (desvio padrão 3,9 anos), variando entre uma idade mínima de 23 anos e uma idade máxima de 42 anos.

Metade das grávidas incluídas tinha como escolaridade mínima Formação Superior ou Pós-Graduação.

Do total de grávidas avaliadas, 10% referia ter Hábitos Tabágicos.

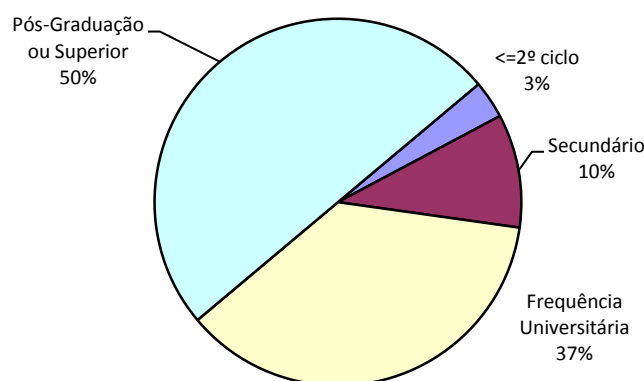


Figura 2 – Escolaridade Grávidas

1.2 Caracterização da gravidez

Para 48,3% das grávidas avaliadas esta era a sua primeira gravidez. A idade média das grávidas que se encontram na primeira gestação é de 30,6 anos (desvio padrão 3,7), significativamente mais jovens do que as grávidas para quem esta não é a sua primeira gravidez cuja idade média é de 33,9 anos (desvio padrão 3,4) ($p=0,001$).

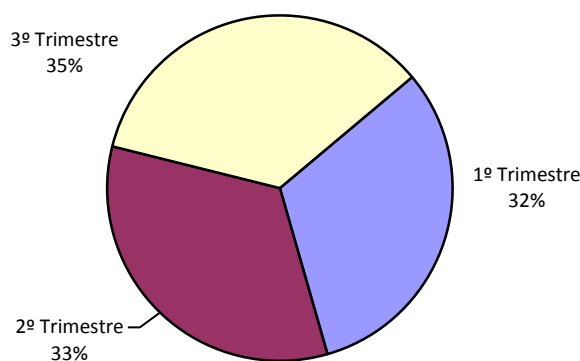


Figura 3 – Fase da Gravidez

1.3 Informação saúde oral

Durante a gravidez, 60% tiveram acesso a informação sobre saúde oral. Não há diferenças estatisticamente significativas entre grávidas primigestas (52%) versus grávidas multigestas (68%) ($p=0,206$). Também não se verificam diferenças estatisticamente significativas no grau de acesso a informação sobre saúde oral relativamente à idade ($p=0,833$) – 59% das grávidas com idade igual ou inferior a 32 anos tiveram acesso a informação sobre saúde oral, sendo este valor de 61% para grávidas com idade superior a 32 anos.

A quase totalidade das grávidas que tiveram acesso a informação sobre saúde oral (89%) considerou que esta tinha sido suficiente e esclarecedora.

A informação foi dada sobretudo através de Médicos Dentistas (42%), cerca de 19% tiveram acesso a informação sobre saúde oral noutras fontes de informação como internet, cursos, livros ou formação no local de trabalho.

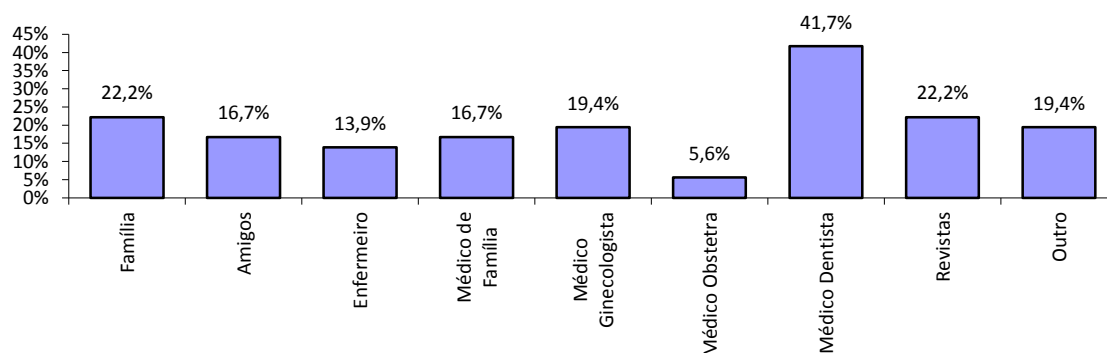


Figura 4 – Fontes de informação sobre saúde oral

1.4 Conhecimentos de Saúde Oral

A quase totalidade das grávidas inquiridas (95%) respondeu que durante a gravidez podiam ir ao dentista. Não há diferenças estatisticamente significativas entre grávidas primigestas (97%) versus grávidas multigestas (94%) ($p=0,594$). Também não há diferenças nas taxas de resposta entre grávidas com idade igual ou inferior a 32 anos (97%) versus grávidas com idade superior a 32 anos (94%) ($p=0,029$).

Durante a gravidez, a principal razão para se consultar o dentista é por prevenção (89,5%). A realização de tratamento é referida em 48,2% dos casos e outras razões apontadas por uma minoria (5,3%) consideram a realização de ortodontia e limpeza.

Cerca de 86,7% das grávidas inquiridas consideram que é possível realizar tratamentos dentários durante a gravidez. Esta percentagem é significativamente mais elevada em mulheres primigestas (96,6%) comparativamente ao grupo de mulheres multigestas (77,4%) ($p=0,029$). No entanto em termos de grupo etário não se verificou diferenças estatisticamente significativas nesta taxa de resposta (90% grávidas com idade ≤ 32 anos versus 84% grávidas com idade >32 anos, $p=0,510$).

Em termos de frequência de consulta do Dentista, 65% considera que deve ser inferior a 1 vez/mês.

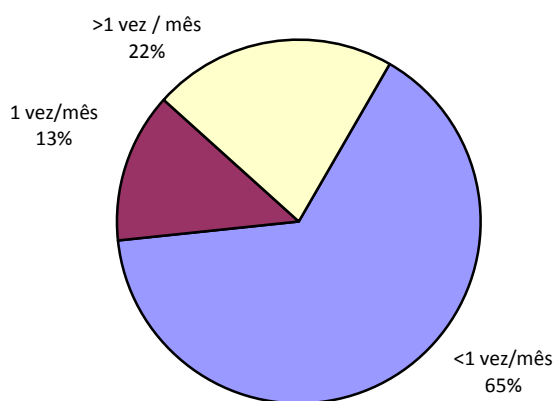


Figura 5 – Frequência de Consulta de Medicina Dentária - Gestantes

Para a maioria das grávidas a visita ao dentista deve ocorrer entre as 12 e as 34 semanas (62%), 19% considera que deve ser vista entre as 0 e as 12 semanas e 15% entre as 34 e as 40 semanas. Não existem diferenças na perceção da altura da visita entre grávidas primigestas e grávidas multigestas ($p=0,777$).

Relativamente ao uso de anestesia nos tratamentos dentários, 35% considera que se pode utilizar. Esta percentagem de resposta é mais elevada em mulheres primigestas (41,4%) comparativamente às restantes grávidas (29%), contudo as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p=0,316$). Também em termos de idade não há diferença no grau de resposta atribuído a esta questão ($p=0,316$).

Cerca de 83% considera contraindicado fazer exames radiológicos durante a gravidez. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre mulheres primigestas (79,3%) e mulheres multigestas (87,1%) ($p=0,419$). A idade não é fator diferenciador no grau de conhecimento sobre a utilização de exames radiográficos durante a gravidez ($p=0,419$).

1.5 Saúde Oral

Em termos globais, 21,7% consultou o Médico Dentista quando decidiu engravidar, proporção igual consultou após ter conhecimento que se encontrava grávida. Em mulheres que se encontram grávidas pela 1ª vez, a percentagem de consulta ao médico dentista quando decidiu engravidar (31,0%) ou quando soube que estava grávida (27,6%) era superior ao observado em grávidas multigestas (12,9% e 16,1%, respetivamente). No entanto apesar desta diferença de valores, estes não são estatisticamente significativos ($p=0,088$ e $p=0,282$). A idade não é fator diferenciador para o comportamento de visita ao médico dentista antes de engravidar ($p=0,088$) ou depois de engravidar ($p=0,859$).

Numa escala de saúde oral que variou entre péssima a ótima, mais de metade da amostra referiu que a sua saúde oral era razoável, 1/3 que era boa e apenas 3% que era ótima. Não se verificaram diferenças no padrão de resposta das grávidas primigestas comparativamente às grávidas multigestas ($p=0,123$), bem como na comparação entre grupos etários ($p=0,206\%$).

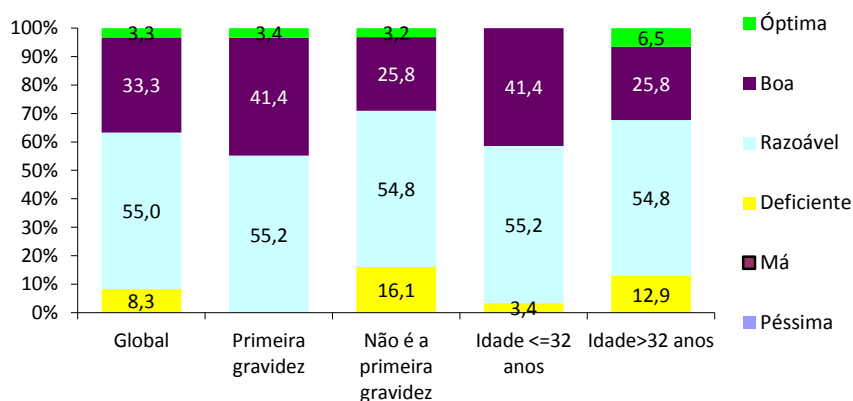


Figura 6 – Classificação da saúde oral numa escala de péssima a ótima

A importância dada a uma boa saúde oral na gravidez é geral à amostra em estudo. Não há diferenças estatisticamente significativas no padrão de resposta de mulheres grávidas pela 1ª vez ou não ($p=0,746$), ou mesmo entre grávidas mais jovens ou mais velhas ($p=0,730$).

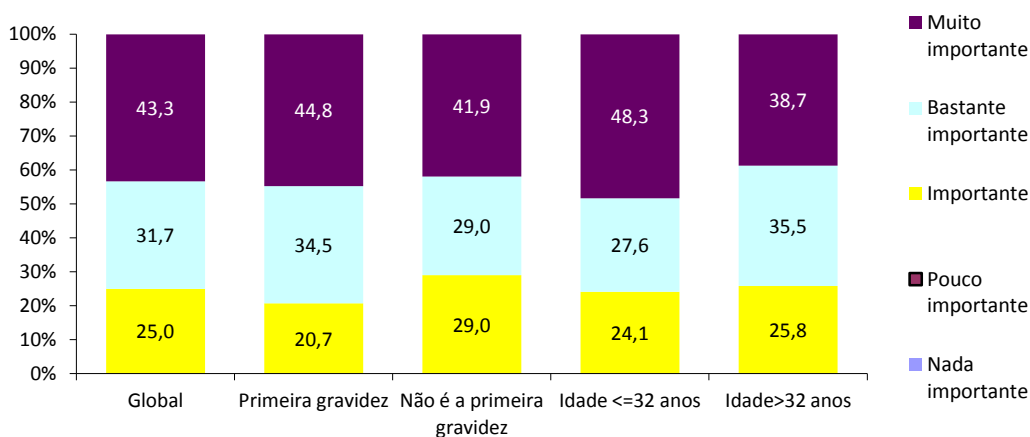


Figura 7 – Grau de importância de uma boa saúde oral na gravidez

Relativamente à saúde oral e o facto da gravidez a prejudicar, 53% da amostra considera que sim.

Quanto ao tipo de alterações que podem ocorrer durante a gravidez, 66,7% referem alterações nas gengivas, sendo esta a alteração mais perceptível para as gestantes. Contudo existe 13,3% que não sabem quais as alterações que podem ocorrer no período de gestação.

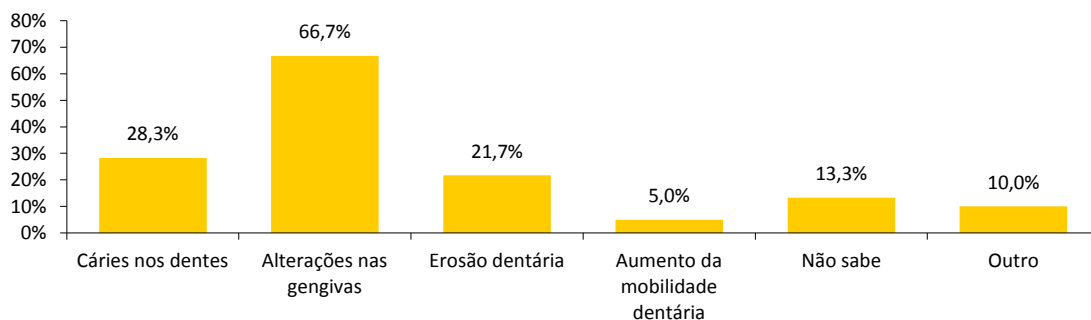


Figura 8 – Alterações que podem ocorrer durante a gravidez

A totalidade da amostra considera que os dentes “enfraquecem” durante a gravidez.

Apontando como razão principal para o “enfraquecimento” destes a perda de cálcio para o bebé.

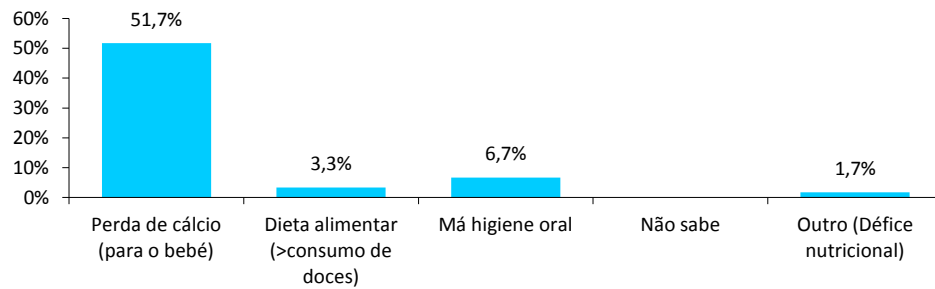


Figura 9 – Razões para o “enfraquecimento” dos dentes

A quase totalidade da amostra considera que o tipo de alimentação influencia em algum grau a saúde oral. Não há diferenças a assinalar do ponto de vista estatístico na comparação entre primigestas e multigestas ($p=0,607$), e entre grupos etários ($p=0,691$).

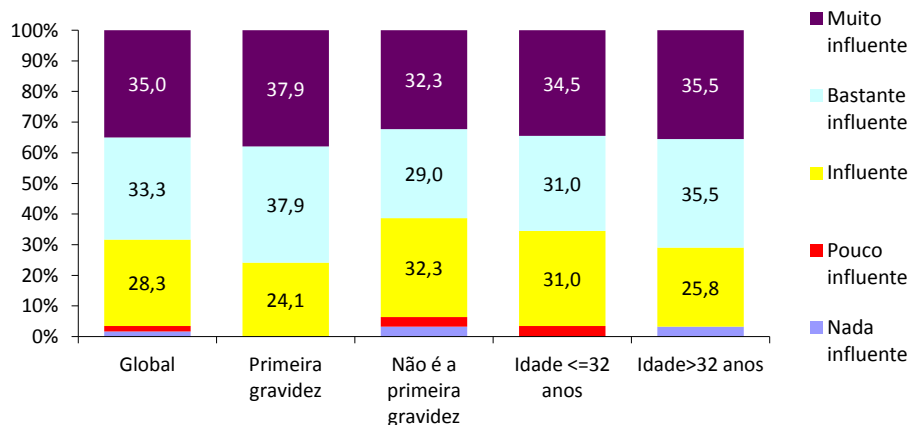


Figura 10 – Grau de influência do tipo de alimentação durante a gravidez na saúde oral

É também transversal e generalizado a toda a amostra (100%), que o aumento do consumo de açúcar e de produtos açucarados durante a gravidez pode aumentar o risco de cárie dentária, que uma infeção na cavidade oral pode causar parto prematuro, e que alguns medicamentos administrados à gestante podem levar a algum tipo de alteração nos dentes da criança. Relativamente à transmissão de cárie ao filho, apenas 13% da amostra considera que pode transmitir.

Em relação ao facto de o leite materno provocar cárie, apenas 10% do total da amostra considera esse facto.

Mais de metade da amostra considera que a higiene oral da criança se deve iniciar quando os primeiros dentes começam a erupcionar (58%), e apenas 27% considera que deve ser feita a partir do nascimento do bebé.

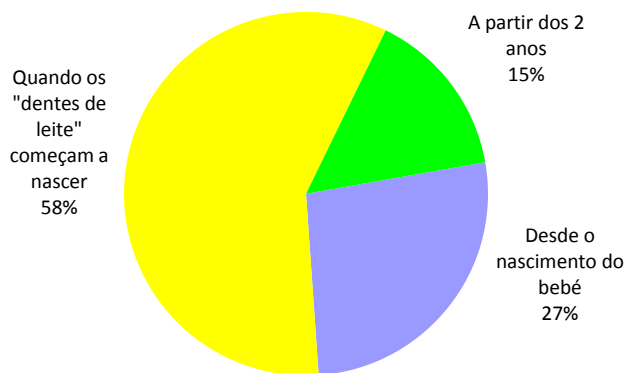


Figura 11 – Idade do início da higiene oral da criança

Em relação à idade da primeira consulta ao médico dentista, apenas 15% considera que deve ser por volta dos 6-8 meses, 37% considera que deve ser por volta dos 3-4 anos e 30% considera que é por volta dos 1-2 anos. É de salientar que 10% acha que deve ser por volta dos 6 anos.

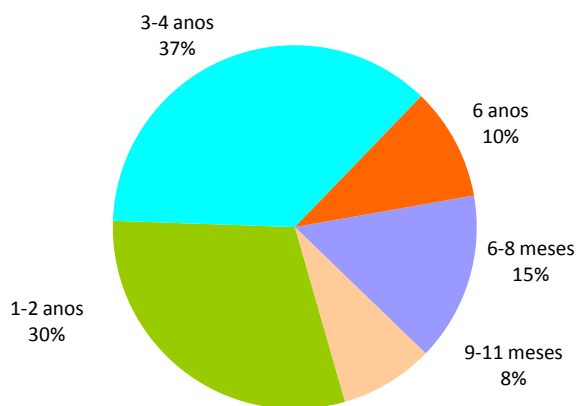


Figura 12 – Idade da primeira ida ao médico dentista

A existência de uma consulta de Odontopediatria no SAMS é do conhecimento de 45% da amostra.

1.6 Higiene Oral

A totalidade da amostra considera que após um episódio de vómito deve escovar os dentes.

A utilização de escova de dentes, fio dentário e elixir oral são os meios considerados mais eficazes para uma boa saúde oral.

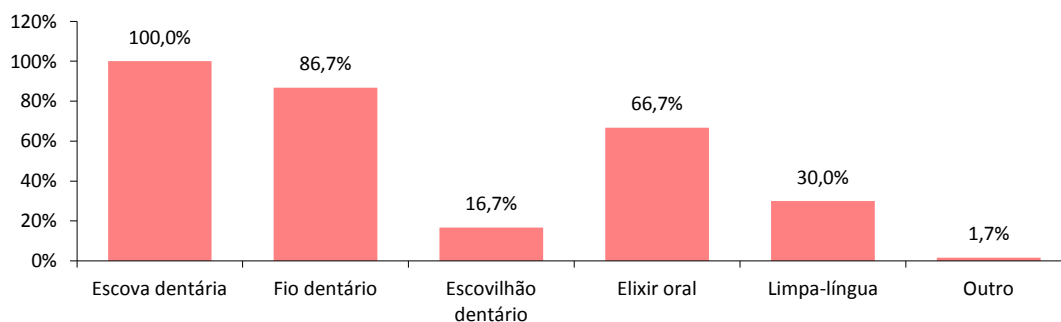


Figura 13 – Meios eficazes para uma boa saúde oral

O uso de flúor na higiene oral é feito por 60% da amostra, 67% faz localmente através de elixir, pastas dentífricas e gel profilático e 3% faz sistêmico e local. Não existem diferenças no comportamento de uso de flúor entre mulheres primigestas ou não ($p=0,983$).

A frequência de escovagem dentária é de 3vezes/dia para metade da amostra e de 2vezes/dia para 30%. Cerca de 13% faz mais de 3vezes/dia por oposição a 2% que só faz 1vez/dia.

2. Estudo aos Pais

2.1 Caracterização da amostra

Foram incluídos 60 pais tendo o questionário sido respondido na sua maioria por mães (77%). A idade média dos pais era de 36 anos (desvio padrão 6,2 anos), variando entre uma idade mínima de 24 anos e uma idade máxima de 63 anos.

A maioria dos pais inquiridos era casado (72%), 22% era solteiro e 7% divorciado.

Em termos do grau de escolaridade, 40% tinha pós-graduação ou superior, 35% tinha frequência universitária, 23% ensino secundário e apenas 2% um grau de escolaridade equivalente ou inferior ao 2º ciclo.

A maioria das crianças tinha idade superior a 1 ano (72%) e 55% era do sexo masculino.

2.2 Saúde Oral

Informação sobre saúde oral já foi apresentada a 65% dos pais inquiridos. Este valor é significativamente mais elevado junto de pais com crianças com idade igual ou superior a 12 meses (74% versus 41%, $p=0,015\%$).

A principal fonte de informação sobre a saúde oral da criança é o médico de família, ginecologista-obstetra ou pediatra, referido por 47% da amostra, logo seguido do médico dentista com 30% de referências.

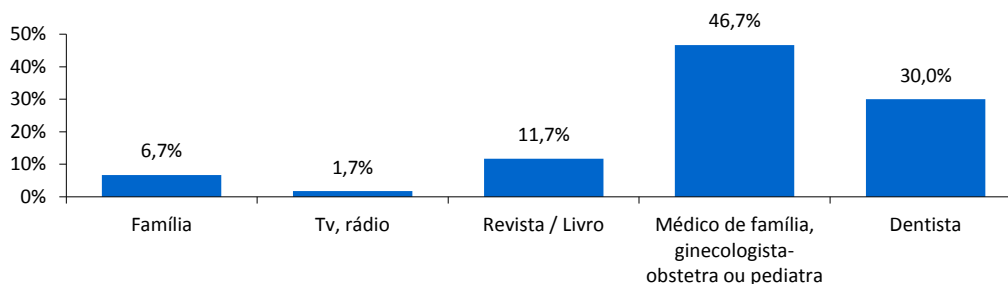


Figura 14 – Fontes de informação sobre saúde oral da criança

Aproximadamente 47% dos pais considera que a frequência de consulta do médico dentista deve ser de 1 vez/ano. Não há diferenças estatisticamente significativas no padrão de resposta relativamente à idade da criança ($p=0,223$).

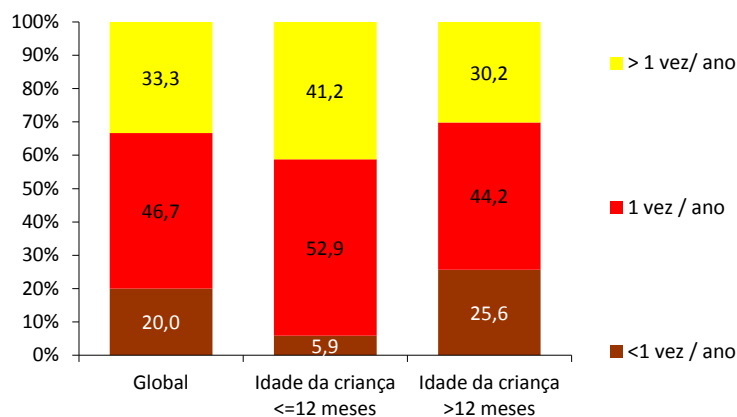


Figura 15 – Frequência de consulta do médico dentista - crianças

Para cerca de 1/3 dos pais a primeira consulta de medicina dentária da criança deve ser entre 1 e os 2 anos, 42% considera que deve ser entre os 3 e os 4 anos.

Existem diferenças na idade inicial da consulta de medicina dentária se estivermos a considerar pais com crianças com idade inferior a 1 ano ou pais cujo filho tem mais de 1 ano de idade. No primeiro grupo apenas $\frac{1}{4}$ dos pais consideram que a primeira visita deve acontecer entre os 6 e 8 meses, enquanto no segundo grupo metade considera que a idade inicial deve ser entre os 3 e 4 anos.

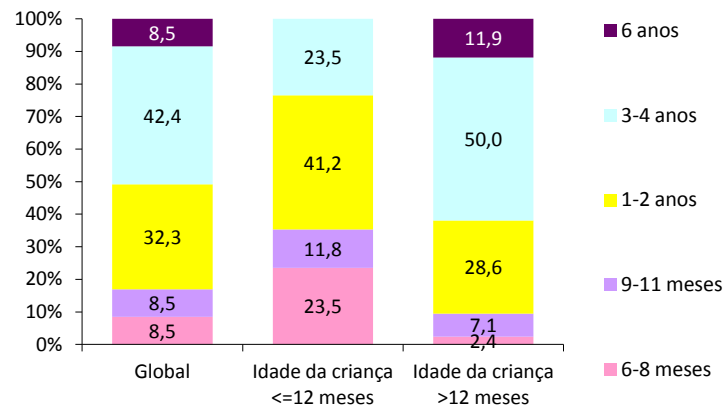


Figura 16 – Primeira consulta de Medicina Dentária da Criança

Cerca de $\frac{1}{3}$ das crianças já foi à consulta de medicina dentária, no caso de crianças com idade superior a 12 meses a percentagem de visita é de 44%, para crianças com idade igual ou inferior a 12 meses é de apenas 6%, diferenças significativas do ponto de vista estatístico ($p=0,005$).

A principal razão de ida à consulta de medicina dentária foi de motivos de prevenção.

No geral consideram a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca do filho como boa, muito boa ou excelente. Esta opinião não varia em função da idade da criança ($p=0,486$).

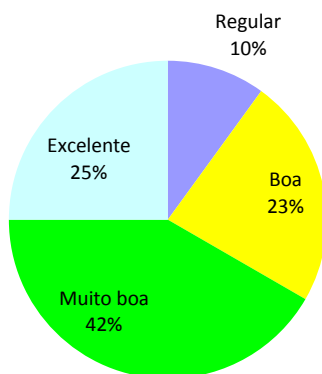


Figura 17 – Classificação da saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca do filho

Independentemente da idade do responsável da criança ($p=0,761$) ou mesmo da criança ($p=0,0332$), a maioria dos inquiridos (68%) considera que a higiene oral da criança deve ser iniciada quando os “dentes de leite” começam a erupcionar, 23% desde o nascimento e apenas 8% a partir dos 2 anos de idade.

2.3 Hábitos de higiene oral

A escova dentária e o fio dentário são os principais instrumentos utilizados na higiene oral da criança. A totalidade de utilizações de escova dentária é do tipo infantil.

Pasta dentífrica é utilizada por 63% da amostra. Na sua quase totalidade (97%) a pasta dentífrica é do tipo infantil.

Em 71% dos casos de utilização da pasta dentífrica esta contém flúor, 18% não tem e 11% deste grupo não sabe se a pasta tem ou não.

Em termos de hábitos de utilização de pasta dentífrica 11% cobre toda a escova com a pasta, 37% cobre metade da escova e 53% cobre menos de metade da escova.

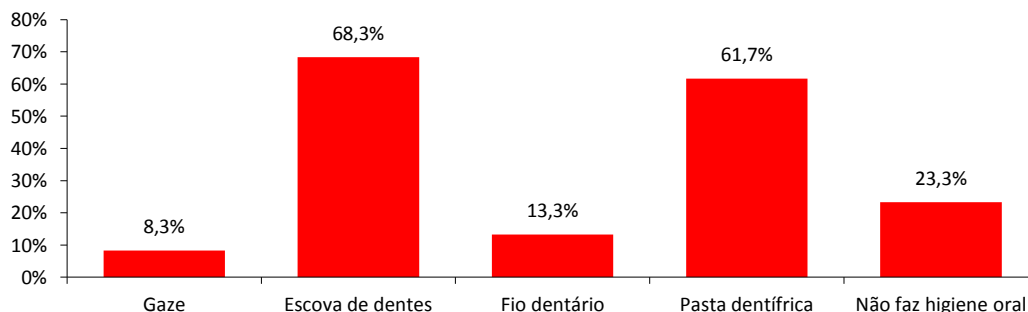


Figura 18 – Higiene oral da criança

Cerca de 23% das crianças escovam os dentes pelo menos 2 vezes/dia, 37% destas 3 vezes/dia. Na amostra 23% das crianças ainda não têm hábitos de higiene oral, 64% destas tem idade inferior a 1 ano. Em crianças com idade superior a 1 ano, apenas 36% ainda não tem hábitos de escovagem dentária.

A escovagem dentária é feita sobretudo pelos pais (46%) ou pela criança sozinha mas com supervisão dos pais (46%), sendo que 8% realiza a escovagem sozinha e sem supervisão.

De uma forma geral (83%) refere que é uma experiência agradável para a criança e 17% refere que é uma experiência indiferente para esta.

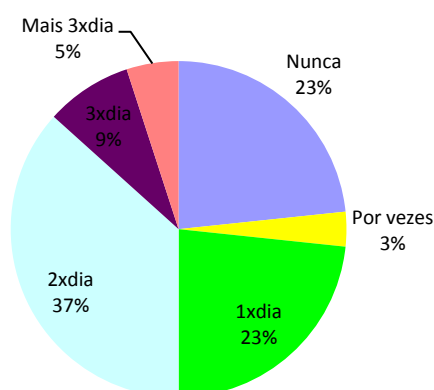


Figura 19 – Frequência de escovagem dentária

2.4 Conhecimentos de saúde oral

A principal alteração que os pais consideram que pode acontecer na cavidade oral da criança é a cárie dentária (88%) ou alterações gengivais (53%). Apenas 10% dos pais não sabem que alterações podem ocorrer na boca da criança.

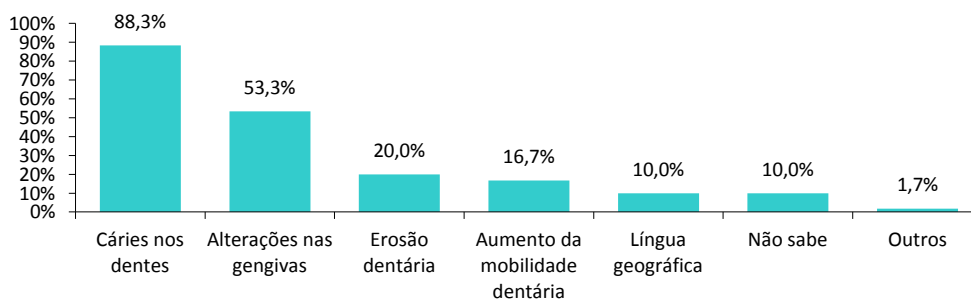


Figura 20 – Alterações que podem ocorrer na boca da criança

Mais de metade dos pais considera que a cárie é uma doença (68%), pais com idade superior a 36 anos referem com maior expressão (84%) comparativamente a pais com idade inferior a 36 anos (50%) ($p=0,004$).

A principal razão referida para ter cárie é a má higiene oral (95%), seguido do consumo de açúcar (67%) e as bactérias presentes na boca (45%).

A maioria dos pais não considera que a cárie é transmissível (83%).

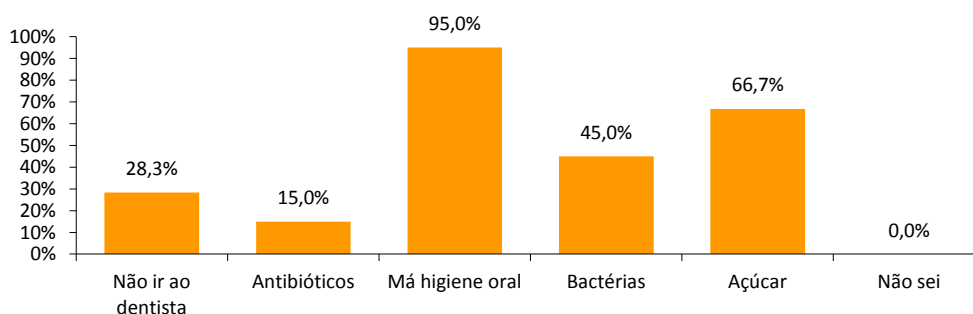


Figura 21 – Causas para ter cárie

Na perceção dos pais das crianças o tipo de alimentação para a saúde oral influencia em 20% dos casos, influencia bastante em 35% dos casos e influencia muito em 45% dos casos. Este padrão não se altera em função da idade dos pais ($p=0,399$).

2.5 Hábitos de consumo de doces/açúcar

A ingestão de doces é feito sobretudo por crianças com idade superior a 1 ano, apenas 6% das crianças com idade inferior a um ano o fazem ($p<0,001$).

O consumo destes é feito sobretudo de forma rara ou com uma frequência de 3 a 4 dias por semana.

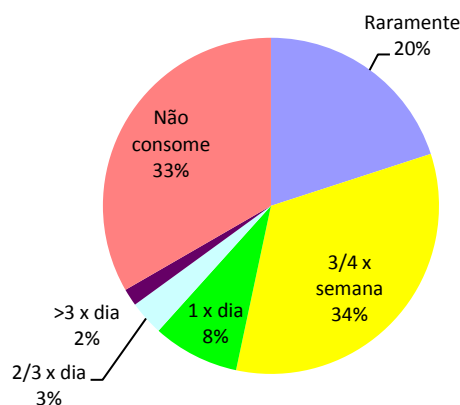


Figura 22 – Ingestão de doces

O consumo de alimentos com sacarose teve início entre 1 e 2 anos de idade (42%).

Em relação à consulta de Odontopediatria do SAMS mais de metade (52%) dos pais tem conhecimento da existência desta consulta.

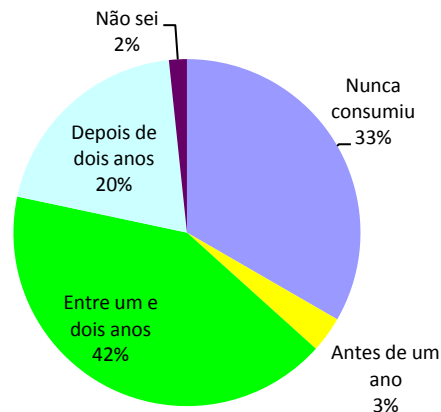


Figura 23 – Idade de início de consumo de alimentos com sacarose

3. Estudo aos Pediatras

Foram incluídos 15 pediatras do SAMS, cuja idade média era de 52,9 anos (desvio padrão 7,2 anos) com idades que variaram entre os 42 e os 66 anos.

A maioria da amostra era do sexo feminino (67%).

É da prática clínica dos pediatras observar a boca da criança sempre (93%) ou a maioria das vezes (7%), bem como os dentes da criança sempre (67%) ou a maioria das vezes (33%).

É também da prática clínica dos pediatras aconselhar os pais em relação aos métodos de limpeza dentária, 53% faz sempre, 40% a maioria das vezes e 7% às vezes.

Em relação ao uso de pasta dentífrica fluoretada, 60% dos pediatras refere sempre durante a sua consulta, 27% a maioria das vezes e 13% às vezes.

A prescrição de suplementos de flúor é feito por 7% dos pediatras, 13% prescreve às vezes e 80% não o faz.

O aconselhamento relativamente ao consumo de doces e alimentos açucarados é feito sempre em 87% dos casos, às vezes por 7% e os outros 7% não o faz.

Em crianças que frequentemente tomam medicação na forma de suspensão 27% recomenda sempre cuidados especiais de higiene oral, 40% só o faz às vezes e 33% não o faz.

Mais de metade dos pediatras (67%) aconselha sempre os pais sobre a não colocação de substâncias no biberão, 7% refere que só aconselha às vezes e 27% não o faz.

Quando questionados sobre a idade em que recomendam deixar o biberão ou o uso de chupeta não se observa uma resposta padrão.

A recomendação para ida a uma consulta de medicina dentária é feita por todos os pediatras, sendo que as suas recomendações incidem sobretudo entre os 2 e 3 anos (43%) ou entre os 4-5 anos (36%). Apenas 14% considera que a idade ideal para a primeira consulta é antes de 1 ano de idade. Ainda, 7% considera que a idade ideal deve ser a partir dos 6 anos de idade.

Na perceção dos pediatras, os dentes decíduos precisam de ser tratados (100%).

Sempre que identificam uma cárie dentária em dentes decíduos a maior parte dos pediatras aconselha os pais a levarem a criança ao médico dentista (87%), 40% faz um envio formal para o médico dentista e 33% tem como procedimento anotar a informação na ficha clínica. Mais nenhum procedimento é realizado.

Quando se trata de dentes definitivos, o comportamento é idêntico: 80% aconselha os pais a irem ao médico dentista, 47% faz um envio formal e 33% anota na ficha clínica.

De acordo com os pediatras inquiridos, nenhum considera que a cárie precoce da infância só afeta bebés alimentados com o biberão e 73% considera que as pastas dentífricas fluoretadas devem ser usadas por crianças com menos de 3anos.

A totalidade dos pediatras considera ainda que os dentes cariados, quando não tratados, podem afetar a saúde geral da criança.

Apenas 53% considera que as bactérias que provocam cárie dentária podem transmitir-se de mães para filhos.

4. Estudo aos Ginecologistas/Obstetras

Foram incluídos 26 ginecologistas/obstetras do SAMS, cuja idade média era de 54,2 anos (desvio padrão 9,1 anos) com idades que variaram entre os 35 e os 72 anos.

A maioria da amostra era do sexo feminino (77%).

É quase consensual (96%) entre ginecologistas/obstetras que é necessário que a gestante consulte o seu médico dentista, no entanto apenas 20% destes refere que envia sempre a gestante para a consulta de medicina dentária.

Nenhum dos médicos inquiridos considera contraindicado a realização de tratamentos dentários durante a gestação.

Na percepção destes o período ideal para tratamentos dentários é entre as 12 e as 34 semanas (85%). Uma minoria refere entre as 0 e as 12 semanas (4%), entre 34 e as 40 semanas (4%) ou mesmo durante todo o período gestacional (8%).

A maior parte (69%) dos médicos ginecologistas/obstetras refere que as grávidas por si acompanhadas costumam ter alterações orais, para 19% esta situação não se verifica e 12% não sabe.

As alterações mais comuns são a gengivite (46%) e a cárie (39%). Também são referidas fraturas das restaurações (4%) e outras alterações – abscessos (4%) mas em menor expressão.

A quase totalidade (92%) dos médicos ginecologistas/obstetras considera que a má higiene oral, acumulada ao longo da vida, é um fator de risco para a gestação.

Cerca de 46% considera que as condições orais maternas têm relação com a possibilidade de parto prematuro e baixo peso à nascença, mas 39% não sabe.

É da prática clínica (96%) fazer o controlo da grávida quanto ao consumo de sacarose.

Relativamente à dieta materna, também a quase totalidade dos médicos refere que esta pode influenciar a saúde oral durante a gestação, mas apenas 27% considera que pode influenciar o futuro paladar do bebé. No entanto, esta informação é desconhecida para 62% da amostra.

A prescrição de flúor é feita por 62% da amostra, 46% às vezes, 8% muitas vezes e uma proporção igual quase sempre. Esta prescrição é feita quando há história de cáries dentárias (31%), e por medida preventiva de rotina (31%).

Junto da amostra, 62% considera que a gravidez piora a saúde oral da grávida.

Contudo 15% considera que o bebé “enfraquece” os dentes da mãe e 15% por perda de cálcio para o bebé, 4% devido à dieta alimentar e maior consumo de doces e ainda 45% por má higiene oral.

VII – DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivos avaliar o conhecimento da grávida sobre a sua saúde oral; avaliar o conhecimento das mães/pais sobre a saúde oral da criança; avaliar o conhecimento dos médicos ginecologistas/obstetras sobre a saúde oral da gestante e do bebé, e, por último, avaliar o conhecimento dos médicos pediatras sobre a saúde oral das crianças.

Com o objetivo de avaliar o conhecimento das gestantes, definimos algumas perguntas chave para o determinar. Essas perguntas foram: “Acha que enquanto grávida pode ir ao dentista?”, “Podem fazer-se tratamentos dentários durante a gravidez?”, “Qual a altura ideal para o tratamento dentário durante a gravidez?” e “A grávida pode fazer tratamentos dentários com anestesia?”.

A maioria das gestantes inquiridas respondeu que podem ir ao dentista durante o período gestacional (95%), e, cerca de 86,7% consideram que é possível realizar tratamentos dentários, esta percentagem é significativamente mais elevada em mulheres que se encontram grávidas pela 1ª vez (96,6%), qualquer um dos valores do nosso estudo é bastante mais elevado do que o encontrado por Antunes et al. em 2001 (60%), por Bastiani et al. em 2010 (68,75%), e por Mesquita, Meneses, Pessoa & Farias em 2013 (65,6%), o que significa que a informação sobre saúde oral em Portugal tem chegado à população em geral, e em especial há população gestacional.

No que diz respeito ao período ideal para a grávida realizar tratamentos dentários, entre as 12 e as 34 semanas, esta opção foi assinalada por 62%, contudo valores mais significativos foram encontrados por Tirelli et al. em 1999 (74,55%).

Relativamente ao uso de anestesia nos tratamentos dentários, 35% da amostra considera que se pode utilizar. Esta percentagem é mais elevada em primigestas (41,4%) o que se pode dever ao facto de estas estarem ávidas por informação referente à sua saúde, bem como à saúde do seu bebé. Estas grávidas têm uma maior perceção de que o uso de anestésicos locais neste período é seguro. Para estes valores não encontramos estudos comparativos.

Para avaliar o conhecimento dos responsáveis pela criança sobre a saúde oral desta decidiu-se algumas perguntas chave, estas são: “Quando deve ser a 1ª consulta de medicina dentária da criança?”, “Quando acha que se deve iniciar a higiene oral da criança?”, “Acha que a cárie dentária é uma doença?”, e por último “Acha que a cárie é transmissível?”.

Em relação à idade da 1ª consulta apenas 8,5% respondeu acertadamente (entre os 6 e 8 meses de idade). A maioria respondeu que deveria ser entre os 3 e 4 anos (42,4%). A AAPD e a EAPD recomendam que a 1ª visita seja por volta dos 6 meses com a erupção do 1º dente. Valores mais elevados foram encontrados nos estudos de Faustino-Silva et al. em 2008 (30%) e de Massoni, Ferreira, Silva, Carvalho & Duarte em 2009 (38,5%) no que se refere à idade ideal para a 1ª ida ao médico dentista – por volta dos 6 meses.

No que se refere ao momento de iniciar a higiene oral da criança 68% dos responsáveis acha que esta deve ser iniciada quando os dentes decíduos começam a erupcionar e apenas 23% considera que deve ter início logo após o nascimento, um estudo de Fontinha & Milagre realizado em 2011 na mesma instituição hospitalar demonstrou que apenas 9% consideraram que o início da higiene oral devia ser após o nascimento, tal facto permite determinar que durante estes dois anos, o conhecimento dos responsáveis aumentou no que se refere a este aspeto. Outros valores foram encontrados nos estudos de Oliveira & Forte em 2011 (33,9%), e no estudo de Martínez, Barrios & Salinas em 2011 (33,3%) no que se refere a iniciar a higiene oral após o nascimento.

No que diz respeito à cárie dentária, cerca de 68% dos responsáveis consideram que esta é uma doença, mas apenas 17% destes considera que a cárie é transmissível. Um estudo realizado na mesma instituição por Loureiro & Milagre (2011) obteve resultados de 74,5% que considera a cárie uma doença e 27,5% que acha que a cárie é transmissível. Outros valores foram obtidos em estudos de Massoni et al., em 2009, onde 73,6% dos pais considera que a cárie é uma doença e 56,1% não acreditam que esta pode ser transmissível, e, no estudo de Oliveira & Forte (2011), cerca de 77% considera que pode transmitir a cárie aos seus filhos. Estes dados demonstram que os responsáveis necessitam de mais informações sobre a saúde oral da criança, mas também a nível geral.

Tendo em vista avaliar os conhecimentos dos médicos especialistas em ginecologia/obstetrícia determinou-se como questões chave: “Considera necessário que a gestante consulte o médico dentista?”, “Considera contraindicado a realização de tratamentos dentários durante a gestação?”, “Considera que as condições orais maternas têm relação com a possibilidade de parto prematura e baixo peso à nascença?”, e, por fim, “Considera que o bebé “enfraquece” os dentes da mãe?”.

Em relação à necessidade de a gestante ir ao médico dentista durante este período, os médicos ginecologistas/obstetras têm uma opinião consensual de que tal é necessário (96%), valores semelhantes foram encontrados no estudo de Tirelli em 2004 (97,06%).

A totalidade da amostra não considera que esteja contraindicado a realização de tratamentos dentários na gestante (100%), valor mais elevado do que aquele encontrado por Tirelli em 2004 (97,06%), por Ferreira, Gasparin, Oliveira, Neto & Praetzel em 2009 (95,3%), e por Araújo, Pohlmann & Reis em 2009 (62,6%); considerando que o período ideal para tais tratamentos é entre as 12 e as 34 semanas em 85% da amostra, percentagem bastante mais elevada do que a encontrada por Tirelli em 2004 (64,71%), e por Ferreira et al. em 2009 (25,6%). Tal facto revela melhor informação na nossa amostra.

No que se refere à implicação de doenças orais maternas no parto prematuro e no baixo peso à nascença apenas 46% o consideram e 39% não sabe. No estudo de Tirelli, em 2004, 100% dos ginecologistas/obstetras refere que é necessário que a gestante tenha uma saúde oral íntegra para que o desenvolvimento da gestação decorra normalmente e sem problemas obstétricos.

O facto de o bebé “enfraquecer” os dentes da progenitora é considerado falso para 85% dos médicos ginecologistas/obstetras, e, é importante que esta mensagem seja transmitida às gestantes de forma a remover essa crença/mito da sociedade. Porém para estes valores não foram encontrados estudos comparativos.

Por último, em relação aos médicos especialistas em pediatria o modo de avaliar os conhecimentos sobre saúde oral infantil consistiu nas seguintes perguntas chave: “Qual a idade ideal para a 1ª consulta de medicina dentária?”, “A cárie precoce da infância só afeta bebés alimentados com biberão?”, “As pastas dentífricas fluoretadas devem ser usadas por crianças com menos de 3 anos de idade?”, e “As bactérias que causam cárie dentária podem transmitir-se de mães para filhos?”.

Os pediatras quando inquiridos sobre a idade ideal para a primeira consulta de medicina dentária referiram, 43%, que devia ser entre os 2 e 3 anos de idade e para 36% consideram ser entre os 4 e os 5 anos de idade. Apenas 14% considera que a primeira consulta seja antes de 1 ano de idade. De acordo com os estudos de Schalka & Rodrigues, em 1996, apenas 10,4% dos pediatras aconselha que a 1ª consulta de medicina dentária seja entre os 6 meses e 1,5 anos de idade; valores mais elevados foram encontrados nos estudos de Cavalcanti, Albuquerque & Santana em 1999 (35%) para a 1ª consulta ser até aos 12 meses, e nos estudos de Nunes, Brusco, Brusco, Perussolo & Patussi (2011) cerca de 54,2% dos pediatras recomenda que a 1ª consulta seja aos 6 meses.

De acordo com os pediatras indagados nenhum considera que a cárie precoce da infância afete apenas bebés alimentados com biberão (100%). Para estes valores não foram encontrados estudos comparativos.

Aproximadamente 73% considera que as pastas dentífricas fluoretadas devem ser utilizadas por crianças com idade inferior a 3 anos. Os nossos valores foram bastante mais elevados do que os encontrados no estudo de Nunes et al., em 2011 (49,9%).

No que diz respeito à transmissibilidade de bactérias cariogénicas de mães para filhos apenas 53% referem a veracidade de tal facto. Outros valores foram encontrados nos estudos de Cavalcanti et al. em 1999 (44%) e de Dalto, Turini & Junior em 2008 (48,1%). O que traduz a qualidade dos nossos pediatras e das atualizações destes na área da saúde oral.

VIII – CONCLUSÃO

Considera-se que a educação em saúde oral deve ter o seu início nos primeiros anos de vida, sendo, por isso, necessário a colaboração dos médicos obstetras e dos médicos pediatras com os odontopediatras (médicos dentistas que se dedicam às crianças). As interações entre estas três especialidades médicas devem ser aumentadas de forma a não serem transmitidas informações contraditórias sobre a saúde oral, quer da gestante, quer da criança.

Os resultados do presente trabalho permitem concluir:

- gestantes possuem um conhecimento satisfatório (69,68%) sobre a sua saúde oral (gestantes conscientes da importância da sua saúde oral), no entanto existem arestas que precisam de ser limadas como, por exemplo, o uso de anestesia nos procedimentos dentários, na importância de consultar o médico dentista antes de engravidar, para que seja feito um check-up dentário, se realizem os tratamentos necessários e haja a transmissão das técnicas corretas de higienização dentária, bem como a importância de consultar o médico dentista durante o período da gestação. As crenças/ mitos têm de ser desmistificados e compreendidos por toda a população. Crenças como a dos “bebés enfraquecerem os dentes maternos” e “por cada filho, um dente” necessitam de terminar e medidas preventivas devem ser adotadas.

É necessário salientar que em relação à frequência de escovagem dentária, houve muitas respostas que parecem ter sido dadas por conveniência ou por inibição, pois apesar de saberem qual deve ser o número de escovagens dentárias por um ou outro motivo não o efetuam na prática.

- pais de crianças até aos 6 anos de idade possuem um baixo nível de conhecimento sobre a saúde oral das crianças (29,13%) (pais não conhecedores da importância da saúde oral da criança); informações como quando deve ser a 1ª consulta de medicina dentária da criança, quando se deve iniciar a higiene oral e as corretas técnicas de higiene oral infantil, bem como a importância de uma dieta equilibrada e saudável livre de alimentos cariogénicos precisam de ser passadas e salientadas pelos profissionais de saúde.

- ginecologistas/obstetras apresentam um bom nível de conhecimentos sobre a saúde oral da gestante e do bebé (79%) (ginecologistas/obstetras cientes da relevância da saúde oral durante a gestação). Contudo existe a necessidade de reforçar algumas alterações que ocorrem com a evolução da ciência e dos conhecimentos, como o facto de estar contraindicado a prescrição de suplementos fluoretados à gestante. Transmitir à gestante: a importância de a grávida possuir saúde oral de forma a não aumentar o risco de parto prematuro e de baixo peso à nascença; a necessidade de o médico ginecologista/obstetra enviar sempre as suas gestantes durante o período gestacional ao médico dentista; alertar para o facto que a gravidez por si só não piora a saúde oral e que o bebé não enfraquece os dentes da progenitora.

- pediatras apresentam um conhecimento satisfatório (60%) sobre a saúde oral da criança (pediatras conscientes da importância da saúde oral das crianças). É necessário introduzir no meio pediátrico qual a idade certa para a 1ª consulta de medicina dentária; informar que os suplementos de flúor sistémico estão contraindicados antes dos 3 anos de idade; sinalizar a necessidade de aconselhar os responsáveis quanto ao consumo de doces e colocação destes no biberão, tal como as alterações e consequentemente as consequências da utilização de biberão e chupeta.

Em suma, é necessário criar programas educativos em saúde oral quer para os utentes, quer para os profissionais, para que estes possam atuar como multiplicadores do saber em benefício da criança.

As iniciativas de medicina preventiva partem na sua maioria dos profissionais de saúde ou de instituições privadas, não tendo o impacto imediato desejado. Infelizmente ainda não foi institucionalizado a incorporação de programas de saúde oral nos programas pré-natais. Tal mudança iria alterar a forma de pensar e de atuar da população portuguesa, sensibilizando estes a procurarem e obterem saúde oral.

IX – BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, S. S. L. de, Duarte, R. C., Cavalcanti, A. L., & Beltrão, É. de M. (2010). A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 371–378.
- Aleixo, R. Q., Moura, C. O. de, Almeida, F. A. de, Silva, H. M.-L. L. e, & Moreira, K. F. A. (2010). Alterações bucais em gestantes – revisão da literatura. *Saber Científico Odontológico*, 1(1), 68–80.
- AlQahtani, S. J., Hector, M. P., & Liversidge, H. M. (2010). Brief Communication: The London Atlas of Human Tooth Development and Eruption. *AMERICAN JOURNAL OF PHYSICAL ANTHROPOLOGY*, 142, 481–490. doi:10.1002/ajpa.21258
- Amary, I. C. M., Rossi, L. A. de F., Yumoto, V. A., Assencio-Ferreira, V. J., & Marchesan, I. Q. (2002). HÁBITOS DELETÉRIOS - ALTERAÇÕES DE OCLUSÃO. *Revista CEFAC*, 4, 123–126.
- Amorim, J. M. S. (2005). Caso Estomatológico. *Nascer e Crescer Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, XIV(2), 128–129.
- Antunes, A., Rosete, V., & Fagulha, J. (2001). SAÚDE ORAL NA GRÁVIDA. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 385–393.
- Antunes, L. dos S., Soraggi, M. B. S., Antunes, L. A. A., & Corvino, M. P. F. (2008). Conhecimentos , práticas e atitudes de responsáveis frente à saúde bucal do pré-escolar. *Odontologia Clín.-Científ.*, 7(3), 241–246.
- Araújo, S. M. de, Pohlmann, C. dos S., & Reis, V. G. (2009). Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. *RFO*, 14(3), 190-196.
- Areias, C., Macho, V., Frias-Bulhosa, J., Guimarães, H., & Andrade, C. de. (2008). Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediatr Port*, 39(4), 163–170.
- Bastiani, C., Cota, A. L. S., Provenzano, M. G. A., Fracasso, M. de L. C., Honório, H. M., & Rios, D. (2010). Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol. Clín.-Cient.*, 9(2), 155–160.
- Bogges, K. A., & Edelstein, B. L. (2006). Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health Journal*, 10, S169–S174. doi:10.1007/s10995-006-0095-x

- California HealthCare Foundation. (2010). *Oral Health During Pregnancy & Early Childhood: Evidence-Based Guideline for Health Professionals*.
- Calvo, S. M. A. (2008). *Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia* (Tese de Licenciatura em Enfermagem). Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.
- Camacho, M. L., Guillén, J. Y., Márquez, O. P., & Hernández, M. (2012). GRANULOMA PIÓGENO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA: REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. *REVISTA ODONTOLÓGICA DE LOS ANDES*, 7(1), 43–53.
- Canico, L. (2008). *Alimentação e Nutrição em grávidas adultas* (Tese de Mestrado em Ciências da Nutrição). Universidade do Porto - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto.
- Carlson, B. M. (1994) *Human Embryology and Developmental Biology*. 1th Edition. USA: Mosby.
- Carmo, T. A. do, & Nitrini, S. M. O. O. (2004). Prescrições de medicamentos para gestantes : um estudo farmacoepidemiológico. *Cad. Saúde Pública*, 20(4), 1004–1013.
- Cascaes, A. M., Peres, K. G., Peres, M. A., Demarco, F. F., Santos, I., Matijasevich, A., & Barros, A. J. D. (2011). Validade do padrão de higiene bucal de crianças aos cinco anos de idade relatado pelas mães. *Rev. Saúde Pública*, 45(4), 668–675.
- Cavalcanti, A. L., Albuquerque, A. T. D. L., & Santana, M. A. (1999). Conhecimentos e atitudes do médico pediatra das cidades de João Pessoa e Campina Grande com relação à saúde bucal. *Pediatr mod*, 35(6), 411-412.
- Cengiz, S. B. (2007). The pregnant patient: considerations for dental management and drug use. *Quintessence International*, 38(3), 133–142. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17510722>
- Corrêa, E. M. de C., Andrade, E. D. de, & Volpato, M. C. (2003). Tratamento odontológico em gestantes. Escolha da solução anestésica local. *Rev. ABO Nac.*, 11(2), 107–111.
- Cruz, G. A. da, Beda, E. C. de C., Castilho, J. C. de M., & Moraes, L. C. (2002). RADIOPROTEÇÃO EM GESTANTE. *Revista da ABRO*, 3(2), 59–61.

- Dalto, V., Turini, B., & Junior, L. C. (2008). Conhecimento e atitudes de pediatras em relação à cárie dentária. *Comunicação Saúde Educação*, 12(24), 205-210.
- Diniz, M. B., Silva, R. C. da, & Zuanon, A. C. C. (2009). Bruxismo na infância : um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Rev. Paul Pediatr*, 27(3), 329–334.
- Direcção Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Lisboa, Portugal.
- Direcção Geral da Saúde. (2011). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B*. Lisboa, Portugal.
- Echeverria, S., & Politano, G. T. (2011). *Tratamento Odontológico para Gestantes*. 1ª Edição. São Paulo, Brasil: Santos Editora.
- Elias, R., Figueiredo, M. A. Z. de, & Yurguel, L. (2004). Atendimento estomatológico em gestantes — Verdades e mitos. *Rev. ABO Nac.*, 11(6).
- Faustino-Silva, D., Ritter, F., Nascimento, I. M., Fontanine, P. V. N., Persici, S., & Rossoni, E. (2008). Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. *Rev Odonto Ciênc.*, 23(4), 375-379.
- Ferreira, F. V., Gasparin, A. B., Oliveira, M. D. M., Neto, F. S. de S., & Praetzel, J. R. (2009). Percepção de médicos obstetras sobre a saúde bucal de gestantes. *Int. J Dent*, 8(2), 72–78.
- Fitzsimons, D., Dwyer, J. T., Palmer, C., & Boyd, L. D. (1998). Nutrition and oral health guidelines for pregnant women, infants, and children. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(2), 182–189.
- Fontinha, C. (2011). *Cárie Dentária na Dentição Decídua em Crianças com baixo peso à nascença* (Tese de Mestrado em Medicina Dentária). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Monte da Caparica.
- Freitas, D. A., Caballero, A. D., Pereira, M. M., Bonan, P. R. F., & Mol, V. C. (2011). Granuloma piogênico intraoral em gestante - relato de caso. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 40(1), 43–45.
- Furtado, G. E. de S., Sousa, M. da L. R. de, Barbosa, T. de S., Wada, R. S., Martínez-Mier, E. de los A., & Almeida, M. E. L. de. (2012). Percepção da fluorose dentária e avaliação da concordância entre pais e filhos : validação de um instrumento. *Cad. Saúde Pública*, 28(8), 1493–1505.

- Gaetti-Jardim, E. C., Vieira, J. B., Castro, A. L. de, Gaetti-Jardim Júnior, E., & Felipini, R. C. (2009). Granuloma gravídico - relato de caso. *RFO*, *14*(2), 153–157.
- Guedes-Pinto, A. C. (2010) *Odontopediatria*. 8ª Edição. São Paulo, Brasil: Santos Editora.
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediatr Port*, *43*(2), S17–S40.
- Guerra, G. C. B., Silva, A. Q. B. da, França, L. B., Assunção, P. M. C., Cabral, R. X., & Ferreira, A. A. de A. (2008). Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal , Rio Grande do Norte , Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, *30*(1), 12–18.
- Guimarães, M. de S., Zuanon, A. C. C., Spolidório, D. M. P., Bernardo, W. L. de C., & Campos, J. Á. D. B. (2004). Atividade de cárie na primeira infância fatalidade ou transmissibilidade? *Cienc Odontol Bras*, *7*(4), 45–51.
- Guimarães, S., Moura, D., & Silva, P. S. da. (2006). *Terapêutica Medicamentosa e as suas bases farmacológicas*. 5ª Edição. Portugal: Porto Editora.
- Heringer, M. R. C., Reis, M., Pereira, L. F. S., & Ninno, C. Q. de M. S. Di. (2005). A INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NATURAL NO DESENVOLVIMENTO DOS HÁBITOS ORAIS. *Revista CEFAC*, *7*(3), 307–310.
- Infarmed, & Ministério da Saúde. (2001). *Boletim de FARMACOVIGILÂNCIA*. Volume 5 , número 2, 2º Trimestre.
- Jorge, A. C. (1995). *Cárie Dentária e Gravidez*. (Tese de Doutoramento em Medicina Dentária). Universidade do Porto - Faculdade de Medicina Dentária, Porto.
- Lima, C. M. G. de, Watanabe, M. G. de C., & Palha, P. F. (2006). Atenção precoce à saúde bucal : tarefa da equipe de saúde da família. *Pediatria*, *28*(3), 191–198.
- Losso, E. M., Tavares, M. C. R., Silva, J. Y. B. Da, & Urban, C. D. A. (2009). Severe early childhood caries: an integral approach. *Jornal de Pediatria*, *85*(4), 295–300. doi:10.2223/JPED.1908
- Loureiro, T. F. (2011). *Transmissão Vertical da Cárie* (Tese de Mestrado em Medicina Dentária). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Monte da Caparica.
- Louro, P. M., Fiori, H. H., F., P. L., Steibel, J., & Fiori, R. M. (2001). Doença Periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. *Jornal de Pediatria*, *77*(1), 23–28.

- Mameluke, S., Júnior, E. B. S., Rezende, J. C., Costa, C. C. G. da, Vanham, I. M., Oliveira, J. M., Rocha, M. V., Amaral, T. da S., & Carvalho, W. A. L. de. (2005). Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. *Unimontes Científica*, 7(1), 67–75.
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Nicoulin, M. (2003). *Dicionário Médico*. 3ª Edição. Portugal : CLIMEPSI EDITORES.
- Martínez, F. G., Barrios, C. C. S., & Salinas, L. E. M. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Pública de México*, 53(3), 247-257.
- Martínez-Beneyto, Y., Vera-Delgado, M. V, Pérez, L., & Maurandi, A. (2011). Self-reported oral health and hygiene habits, dental decay, and periodontal condition among pregnant European women. *International journal of gynecology and obstetrics*, 114(1), 18–22. doi:10.1016/j.ijgo.2011.03.003
- Massoni, A. C. de L. T., Ferreira, J. M. S., Silva, F. D. S. C. M. e, Carvalho, L. F. P. da C., & Duarte, R. C. (2009). Conhecimento de Gestantes sobre a saúde bucal dos bebês. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 13(1), 41-47.
- Melo, P., Azevedo, Á., & Henriques, M. (2008). Cárie dentária – a doença antes da cavidade. *Acta Pediatr Port*, 39(6), 253–259.
- Mesquita, B. S., Meneses, I. H. C., Pessoa, T. R. R. F., & Farias, I. A. P. (2013). Aspectos Norteadores da Atenção à Saúde Bucal de Gestantes da Estratégia Saúde da Família de João Pessoa, Brasil. *Rev. Odontol Bras Central*, 21(60), 45-49.
- Narvai, P. C. (2000). Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 381–392.
- Navarro, P. da S. L., Dezan, C. C., Melo, F. J., Alves-Souza, R. A., Sturion, L., & Fernandes, K. B. P. (2008). Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina , PR , Brasil. *Rev. Fac. Odontol.*, 49(2), 22–27.
- Neves, B. G., Pierro, V. S. da S., & Maia, L. C. (2007). Percepções e atitudes de responsáveis por crianças frente ao uso de medicamentos infantis e sua relação com cárie e erosão dentária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1295–1300.
- New York State Department of Health. (2006). *Oral Health Care during Pregnancy and Early Childhood - Practice Guidelines*.

- Novaes, V. M., Novaes, C. M., & Todescan, S. M. C. (2010). DOENÇA PERIODONTAL EM GESTANTES COMO FATOR DE RISCO AO BAIXO PESO E NASCIMENTO DE BÊBES PREMATUROS. *R. Periodontia*, 20(1), 30–37.
- Nunes, O. P., Brusco, E. H. C., Brusco, L. C., Perussolo, B., & Patussi, E. G. (2011). Percepções e condutas de médicos pediatras com relação à promoção de saúde bucal. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, 59(2), 251-257.
- Offenbacher, S., Boggess, K. A., Murtha, A. P., Jared, H. L., Lieff, S., McKaig, R. G., Mauriello, S. M., Moss, K. L., & Beck, J. D. (2006). Progressive Periodontal Disease and Risk of Very Preterm Delivery. *Obstetrics & gynecology*, 107(1), 29–36. doi:10.1097/01.AOG.0000190212.87012.96
- Oliveira, W. de F., & Forte, F. D. S. (2011). Construindo o significado da saúde bucal a partir de experiência com mães. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin Integr*, 11(2), 183-191. doi:10.4034/PBOCI.2011.112.06
- Osorio-de-Castro, C. G. S., Paumgartten, F. J. R., & Silver, L. D. (2004). O uso de medicamentos na gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 987–996.
- Paiva, L. C. de A., & Cavalcanti, A. L. (2005). ANESTÉSICOS LOCAIS EM ODONTOLOGIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, 11(2), 35–42.
- 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.
- Pérez, O. G., Villoldo, M. S., Marini, M. G., Arra, A., Solarz, H., & Marini, M. (2010). Granuloma piógeno del embarazo Presentación de un caso con valoración de receptores de estrógeno y progesterona. *Arch. Argent. Dermatol.*, 60, 155–157.
- Praetzel, J. R., Ferreira, F. V., Lenzi, T. L., Melo, G. P., & Alves, L. S. (2010). Percepção materna sobre atenção odontológica e fonoaudiológica na gravidez. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, 58(2), 155–160.
- Rea, M. F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 142–146.

- Reis, D. M., Pitta, D. R., Ferreira, H. M. B., Jesus, M. C. P. de, Moraes, M. E. L. de, & Soares, M. G. (2010). Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 269–276.
- Ribeiro, N. M. E., & Ribeiro, M. A. S. (2004). Breastfeeding and early childhood caries: a critical review. *Jornal de pediatria*, 80(5), S199–210. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15583771>
- Rocha, A. M. L., Nascimento, R. M. do, & Pereira, V. A. da S. (2004). Saúde Oral em Bebês entre 0 e 6 Meses de Idade. *JBP - Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê*, 7(36), 204–210.
- Rodrigues, A. V. P., & Terrenghi, L. C. S. (2006). Uso de medicamentos durante a gravidez. *Rev Enferm UNISA*, 7, 9–14.
- Rothová, M., Peterková, R., & Tucker, A. S. (2012). Fate map of the dental mesenchyme: dynamic development of the dental papilla and follicle. *Developmental Biology*, 366(2), 244–254. doi:10.1016/j.ydbio.2012.03.018
- Sadler, T. W. (2006). *Langman's Medical Embryology*. 10th Edition. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sanches, M. T. C. (2004). Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 155–162.
- Schalka, M. M. S., & Rodrigues, C. R. M. D. (1996). A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. *Rev. Saúde Pública*, 30(2), 179-186.
- Silk, H., Douglass, A. B., Douglass, J. M., & Silk, L. (2008). Oral Health During Pregnancy. *American Family Physician*, 77(8), 1139–1144. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18481562>
- Silva, J. T. da. (2012). *Hábitos Parafuncionais Infantis e o seu Impacto na Cavidade Oral* (Tese de Mestrado em Medicina Dentária). Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.
- Silva, F. M., Xavier, C. B., Coppola, M. C., Lemes, R. da S., & Silva, D. S. da. (2000). USO DE ANESTÉSICOS LOCAIS EM GESTANTES. *Revista Robrac*, 9(28).
- Silva, F. W. G. de P. e, Stuani, A. S., & Queiroz, A. M. de. (2006). Atendimento Odontológico À Gestante - Parte 2: Cuidados Durante A Consulta. *R. Fac. Odontol. Porto Alegre*, 47(3), 5–9.

- Soares, M. E. de M., Giugliani, E. R. J., Braun, M. L., Salgado, A. C. N., Oliveira, A. P. de, & Aguiar, P. R. de. (2003). Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria*, 79(4), 309–316.
- Sosa, L., Padrón, K., Pachano, B., Diaz, M., & Rosales, A. (2010). ESTRATEGIA PREVENTIVA PARA EL CONTROL DE LA CARIES DENTAL APLICADA A UNA POBLACIÓN INFANTIL DEL ESTADO MÉRIDA. *REVISTA ODONTOLOGICA DE LOS ANDES*, 5(2), 25–34.
- Souza, D. F. R. K. de, Valle, M. A. S. do, & Pacheco, M. C. T. (2006). Relação clínica entre hábitos de sucção , má oclusão , aleitamento e grau de informação prévia das mães. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, 11(6), 81–90.
- Tenório, M. D. H., Rocha, J. E. S. da, Fraga, A. B., Tenório, D. M. H., & Pereira, P. S. (2005). SUCÇÃO DIGITAL: OBSERVAÇÃO EM ULTRA-SONOGRAFIA E EM RECÉM-NASCIDOS. *Radiol Bras*, 38(6), 435–438.
- Tirelli, M. C. (2004). *Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes*. (Tese de Doutorado em Odontologia). Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia, São Paulo, Brasil.
- Tirelli, M. C., Armonia, P. L., Tortamano, N., & Simone, J. L. (1999). Odontologia e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes gestantes. *Rev. Odontol. Univ Santo Amaro*, 4(1), 26–29.
- Tomita, N. E., Bijella, V. T., & Franco, L. J. (2000). Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev. Saúde Pública*, 34(3), 299–303.
- Valdrighi, H. C., Filho, M. V., Coser, R. M., Paula, D. B. de, & Rezende, S. E. (2004). Hábitos Deletérios x Aleitamento Materno. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, 52(4), 237–239.
- Victorino, F. R., Daniel, A. N., Filho, L. I., Camarini, E. T., Mazucheli, J., & Pavan, A. J. (2004). Análise comparativa entre os anestésicos locais Articaína 4 % e Prilocaína 3 % na extração de terceiros molares retidos em humanos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(2), 351–356.

Williamson, C. S. (2006). Nutrition in pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31, 28–59. doi:10.1111/j.1467-3010.2006.00541.x

Wrzosek, T., & Einarson, A. (2009). Dental care during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 55, 598–599.

X – ANEXOS

Anexo 1 – Autorização CNPD, SAMS e Ética do I.S.C.S.E.M.

 <p>COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE DADOS</p>	Proc. N.º: 12856/2012 1	 <p>INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ</p>
AUTORIZAÇÃO N.º 689/2013		
I. Do Pedido	Ex.ma Senhora Ana Catarina Mateus dos Santos Felcissimo	
Ana Catarina Mateus dos Santos Felcissimo, no âmbito da sua Tese de Mestrado, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional sobre a "Avaliação do conhecimento sobre a saúde oral na gravidez e infância – perspectiva do médico e dos pais".	Monte de Caparica, 25 de fevereiro de 2013	
Serão incluídos no estudo aproximadamente cinquenta grávidas, cinquenta mães/pais, quinze médicos pediatras e dezasseis médicos ginecologistas/Obstetras do Hospital SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social/Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS/SBSI) e Centro Clínico dos SAMS - Fialho de Almeida.	Ex.ma Senhora,	
A participação no estudo consiste na resposta a um inquérito a realizar pela investigadora.	Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema "Avaliação do conhecimento sobre a saúde oral da grávida e da criança – Perspetiva do médico e dos pais", foi aprovado por unanimidade.	
A investigadora no estudo solicitará consentimento informado titulares dos dados, cuja declaração será arquivada em local de acesso reservado no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.	Queira aceitar os melhores cumprimentos,	
Os dados serão recolhidos num caderno de recolha de dados em formato eletrónico e em papel.	O Diretor do ISCSEM,  Prof. Doutor Manuel Jorge de Queiroz Medeiros	
No "caderno de recolha de dados" não há identificação nominal do titular, sendo aposto um código de participante. A chave desta codificação só será conhecida da investigadora.	c.c. – Prof.ª Doutora Virginia Milagre	
Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832 geral@cnpd.pt www.cnpd.pt	21 393 00 39 Linha Privacidade Dias úteis das 9h às 13h duvidas@cnpd.pt	Campus Universitário Quinta da Gralva - Monte de Caparica • 2829-511 Caparica - Portugal Tel.: +351 21 294 67 00 • Fax: +351 21 294 67 48 • e-mail: acad@egmoniz.ulisboa.pt
SBSI SAMS - CONSELHO DE GERÊNCIA Rua Cidade de Gêzeira, 1 1849 - 017 Lisboa	 <p>SAMS Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas</p>	www.aisrlis.pt
Contacto Tel: 217 917 400 Fax: 218 422 290 Email: cg@iams-sbsi.pt NIF 500 825 556	Ex.ma Senhora Dra. Ana Catarina Mateus Santos Felcissimo Rua Barão de Sabrosa, nº 213-4º Esq	1900-089 LISBOA
DATA: 2012-12-18 N/REF: SAMS-CGH-12/144 V/REF:		
ASSUNTO: Estudo Clínico Observacional		
Ex.ma Senhora,		
Em resposta ao pedido apresentado para a realização de estudo "Avaliação do conhecimento sobre a saúde oral na Gravidez e Infância – perspectiva do médico e dos pais", vimos informar que o mesmo foi autorizado, após parecer favorável da Comissão de Ética e Direção Clínica dos SAMS e sob a orientação da Prof.ª Dra. Virginia Milagre.		
Com os nossos melhores cumprimentos,		
O Conselho de Gerência		
		
	Filiação em: I FERAS - Federação de Setor Financeiro	União Geral de Trabalhadores
União Europeia		

Anexo 2 – Folheto Informativo Grávidas e Bebés

GRÁVIDA

⇒ A GRAVIDEZ "ENFRAQUECE" OS DENTES, AUMENTANDO O RISCO PARA A DOENÇA CÁRIE?

Não, mas comer mais vezes, mais doces ou ter refluxo gástrico obriga a **escovagens mais frequentes**.

⇒ NA GRAVIDEZ OS DENTES ENFRAQUECEM PORQUE HÁ PERDA DE CÁLCIO PARA O BEBÉ?

Não, o cálcio está presente nos dentes da mãe de forma estável.

⇒ A GENGIVA SANGRA MAIS NA GRAVIDEZ?

Sim. As alterações hormonais contribuem para uma resposta exacerbada à Placa Bacteriana.

É comum haver gengivite gravídica. Esta pode ser causa de parto prematuro e baixo peso há nascença.

⇒ A GRAVIDA PODE FAZER TRATAMENTOS DENTÁRIOS?

Sim, mesmo que necessite de anestesia. As radiografias também podem ser realizadas no caso de ser imprescindível para diagnóstico ou tratamento, mas sempre com proteção - avental de chumbo.

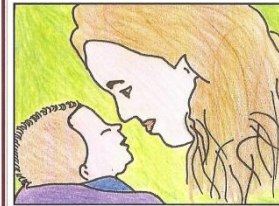
O período ideal para fazer tratamentos é entre as 12 e as 34 semanas!

Se não tiver cáries deve ir 3 vezes durante a gestação para fazer a "limpeza" diminuindo o risco de gengivite gravídica e parto prematuro.

Se tiver cáries deve ir as vezes necessárias de forma a ter todos os tratamentos terminados antes do fim da gravidez.

SAÚDE ORAL

SAÚDE ORAL PARA GRÁVIDAS E BEBÉS



SAÚDE ORAL

Visite o seu Estomatologista/Médico Dentista e esclareça todas as dúvidas

Com o apoio de:



Elaborado por:

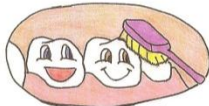
Ana Felicíssimo, aluna do MIMD do ISCSEM

Prof. Doutora Virgínia Milagre, Médica Estomatologista do SAMS e I.S.C.S.E.M.

BEBÉ

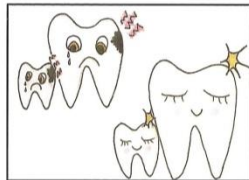
⇒ A HIGIENE ORAL DA GRÁVIDA PODE INFLUENCIAR A SAÚDE DO BEBÉ?

Sim. É a medida preventiva mais eficaz para evitar infeções orais. A mãe pode transmitir ao bebé bactérias que causam cárie dentária e doenças periodontais.



⇒ ENTÃO A MÃE PODE TRANSMITIR A CÁRIE AO BEBÉ?

Sim. Se a mãe tiver cárie transmite ao filho/a através da saliva, beijo na boca, objetos contaminados, colher - soprar ou provar a comida, chupeta - limpa na boca da mãe, etc.

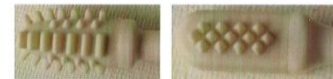


⇒ QUANDO SE DEVE INICIAR OS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL INFANTIL?

Ainda antes de ter dentes! Após as mamadas limpar as gengivas com gaze humedecida com água, especialmente antes de dormir! Esta higienização com a gaze permite que o bebé se habitue à higiene oral para que quando ocorra a passagem para escova, este a aceite melhor.

Quando os dentes decíduos ("de leite") começam a nascer deve-se iniciar a escovagem com dedeiras e só mais tarde use escova dentária para bebés, contudo os bebés devem eles próprios utilizar as escovas de massagem.

Os pais são os responsáveis pela escovagem dos dentes do bebé.



⇒ QUANDO É QUE NASCEM OS PRIMEIROS DENTES DECÍDUOS ("DE LEITE")

1^o sinais são: aumento de salivação, ansiedade, perda de apetite, dificuldade em dormir e meter tudo à boca.

Os primeiros "dentes de leite" nascem entre os 6-8 meses de idade terminando por volta dos 2,5-3 anos e é composta por 20 dentes.

Contudo pode acontecer que alguns recém-nascidos nasçam com

dentes (dentes natais) ou estes erupcionem durante o primeiro mês de vida (dentes neonatais).

⇒ OS DENTES DECÍDUOS SÃO IMPORTANTES?

Extremamente importantes. Devem ser tratados.

Fazem falta para: estética, mastigação, manter espaço para os dentes definitivos, fonética, influência no crescimento dos maxilares, respiração e deglutição.

Quando a criança começa a andar é normal fazer traumatismo dentário. É uma urgência para ir ao Dentista.



⇒ QUANDO É QUE É A IDADE IDEAL PARA A PRIMEIRA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA?

Primeira visita — quando do nascimento do primeiro dente decíduo. A Academia Europeia e Americana de Odontopediatria recomendam a primeira visita nos 6 meses após a erupção do primeiro dente.

O objetivo é observar a saúde oral da criança e informar os pais sobre atitudes preventivas, detetar hábitos nocivos (utilização de biberão ou chupeta) e estabelecer um programa adequado ao grau de risco do bebé!

Anexo 3 – Folheto Informativo Crianças

CRIANÇAS

⇒ **QUAL A IDADE PARA A 1ª CONSULTA AO MÉDICO DENTISTA?**

A 1ª **Consulta** deve ser com a **erupção** (nascimento) dos **primeiros dentes**, por volta dos 6 meses de idade, de forma a estabelecer um programa preventivo de saúde oral e interceder hábitos prejudiciais.

Prosseguir com consultas de 6 em 6 meses, podendo esta periodicidade ser alterada de acordo com a saúde oral da criança.



⇒ **QUANDO NASCEM OS DENTES?**

Existem 3 tipos de dentição: Dentição Decídua (ou "de leite"), Dentição Mista (existem dentes decíduos e dentes definitivos) e Dentição Definitiva.

Dentição Decídua - inicia-se entre os 6 e os 8 meses de idade e termina por volta dos 2,5 e os 3 anos de idade, altura em que os 20 dentes decíduos se encontram em boca.

Dentição Mista - período em que existe na cavidade oral dentes decíduos e dentes definitivos. Este período inicia-se por volta dos 6 anos de idade e termina por volta dos 12 anos de idade.

Dentição Definitiva - os primeiros dentes definitivos começam a erupcionar por volta dos 6 anos de idade e terminam por volta dos 21 anos com a erupção dos dentes do siso. Esta é constituída por 32 dentes (contando com os 4 sisos).

SAÚDE ORAL

Para uma vida melhor e mais saudável

Visita o Estomatologista/Médico Dentista para perguntares tudo sobre a tua boca!

Com o apoio de:



Elaborado por:

Ana Felicíssimo, aluna do MIMD do ISCSEM

Prof. Doutora Virgínia Milagre, Médica Estomatologista do SAMS e I.S.C.S.E.M.

SAÚDE ORAL

CRIANÇAS 1ª INFÂNCIA (DOS 0 AOS 6 ANOS DE IDADE)



⇒ **QUANDO SE DEVE ELIMINAR O USO DA CHUPETA, BIBERÃO OU SUCCÃO DO DEDO?**

Estes hábitos devem terminar até aos 3 anos de idade. Se houver mordida aberta esta pode ser autocorrigida.

Em relação ao Biberão, este deve ser retirado quando a criança completar 1 ano de idade.



⇒ **COMO SE PODE PREVENIR O APARECIMENTO DE CÁRIES NA INFÂNCIA?**

Existem diversas medidas que podem e devem ser adotadas sempre que possível.

- Promover a amamentação materna pelo menos até aos 4-6 meses de idade;
- Após o último biberão e antes de dormir devem limpar a boca do bebé;
- Não colocar líquidos açucarados no biberão nem na chupeta;
- Iniciar a higiene oral desde o nascimento e após as refeições;
- Evitar alimentos pegajosos (por exemplo: gomas, bolachas e batatas fritas, doces)

⇒ **DEVE-SE ADMINISTRAR FLUÓR ÀS CRIANÇAS?**
A Direção Geral de Saúde recomenda a **aplicação tópica sob a forma de dentífricos fluoretados** administrados na escovagem dos dentes desde a sua erupção.

Os comprimidos e gotas anteriormente recomendados só serão administrados após os 3 anos de idade e por indicação médica.

⇒ **COMO SE DEVE ESCOVAR OS DENTES NA CRIANÇA?**

A criança deve ser incentivada desde o início com as escovas de massagem, cabendo aos pais a eficácia da higiene oral. As crianças a partir de 1 ano de idade devem ser elas próprias a fazer a sua higiene oral, sendo que os pais devem supervisionar e completar a mesma.

A criança aprende por imitação, vendo os pais e irmãos a fazer a higiene oral.



Antes de nascer os dentes - compressa/gaze humedecida ou dedeira (realizado pela mãe)

Depois de nascer o 1º dente - escova de massagem (o bebé) e a mãe completa com escova e pasta dentífrica fluoretada entre os 1000 e os 1500ppm

Até aos 3 anos a quantidade de pasta deve corresponder a um grão de arroz

Escovagem dentária pelo menos 2x's por dia, após as refeições, sendo que uma deve ser antes de deitar

A partir dos 3 anos:

Utilizar escova dentária macia e adequada ao tamanho da boca da criança

Utilizar pasta dentífrica fluoretada entre os 1000 e os 1500ppm:

Dos 3 aos 6 anos de idade - quantidade correspondente à unha do 5º dedo da mão (o dedo mindinho) da criança

A partir dos 6 anos de idade - quantidade aproximadamente do tamanho de uma ervilha ou até 1cm

Escovagem dentária pelo menos 2x's por dia, sendo essencial que uma seja antes de deitar



Anexo 4 – Questionário Grávidas

Conhecimento sobre Saúde oral da Gestante e do Bebê Questionário realizado a grávidas

1. Idade: _____
2. Escolaridade:
 - ≤ 2ºCiclo
 - 3ºCiclo
 - Secundário
 - Frequência Universitária
 - Pós-Graduação ou Superior
3. Profissão: _____
4. Hábitos Tabágicos
 - Sim
 - Não
5. Encontra-se em que fase da gravidez?
 - 1º Trimestre
 - 2º Trimestre
 - 3º Trimestre
6. É a sua primeira gravidez?
 - Sim
 - Não
7. Teve informação sobre a saúde oral durante a gravidez?
 - Sim
 - Não
8. Se respondeu sim na pergunta 7, achou a informação suficiente e esclarecedora?
 - Sim
 - Não
9. Onde lhe foi dada a informação acerca da saúde oral na gravidez?(pode escolher uma ou mais)
 - Família
 - Amigos
 - Enfermeiro
 - Médico de Família
 - Médico Ginecologista
 - Médico Obstetra
 - Médico Dentista
 - Revistas
 - OutroQual? _____
10. Acha que enquanto grávida pode ir ao dentista?
 - Sim
 - Não
11. Se respondeu sim na pergunta 10, porquê?(1 ou mais)
 - Prevenção
 - Tratamento
 - OutroQual? _____
12. Podem fazer-se tratamentos dentários durante a gravidez?
 - Sim
 - Não
13. Frequência de consulta do Dentista?
 - < 1vez/mês
 - 1vez/mês
 - >1vez/mês
14. Se respondeu sim na pergunta 12, qual a altura, a seu ver, ideal para o tratamento dentário durante a gravidez?
 - Das 0 às 12 semanas
 - Das 12 às 34 semanas
 - Das 34 às 40 semanas
15. A grávida pode fazer tratamentos dentários com anestesia?
 - Sim
 - Não
16. Considera contraindicado fazer exames radiológicos (rx) durante a gravidez?
 - Sim
 - Não
17. Consultou o Dentista quando decidiu engravidar?
 - Sim
 - Não
18. Consultou o Dentista quando soube que estava grávida?
 - Sim
 - Não
19. Como classificaria a sua saúde oral na gravidez numa escala de 0 (péssima) a 5 (ótima)?
 - 0 (péssima)
 - 1 (má)
 - 2 (deficiente)
 - 3 (razoável)
 - 4 (boa)
 - 5 (ótima)
20. Qual a importância que acha que tem uma boa saúde oral na gravidez?
 - 1 (Nada importante)
 - 2 (Pouco importante)
 - 3 (importante)
 - 4 (Bastante importante)
 - 5 (Muito importante)
21. Considera que a gravidez prejudica a saúde oral?
 - Sim
 - Não
22. Quais as alterações que considera que podem ocorrer durante a gravidez? (escolher uma ou mais opções).
 - Cáries nos dentes
 - Alterações nas gengivas
 - Erosão Dentária (desgaste químico que não envolve ação de bactérias)
 - Aumento da mobilidade dentária
 - Não sabe
 - Outros(s)
23. Considera que os dentes "enfraquecem" durante a gravidez?
 - Sim
 - Não
24. Se respondeu sim na pergunta 23, porquê?
 - Perda de Cálcio (para o bebé)
 - Dieta Alimentar (>consumo de doces)
 - Má Higiene Oral
 - Não sabe
 - Outro(s)Qual? _____
25. Qual a influência que tem o tipo de alimentação durante a gravidez para a saúde oral?
 - 1 (Nada influente)
 - 2 (Pouco influente)
 - 3 (Influente)
 - 4 (Bastante influente)
 - 5 (Muito influente)
26. Considera que se aumentar o consumo de açúcar e produtos açucarados durante a gravidez pode aumentar o risco de cárie dentária?
 - Sim
 - Não
27. Faz flúor?
 - Sistémico (comprimidos)
 - Local (elvíx, pastas dentífricas, gel profilático no Dentista)
 - Ambos
 - Não
28. Se tiver enjoos e vômitos, acha que deve escovar os dentes após um episódio de vômito?
 - Sim
 - Não
29. Acha que uma infeção na cavidade oral, nas gengivas, pode causar parto prematuro?
 - Sim
 - Não
30. Acha que medicamentos administrados à mulher grávida podem levar a algum tipo de alteração nos dentes da futura criança?
 - Sim
 - Não

31. Qual(s) o(s) meio(s) que considera eficaz para uma boa saúde oral? (pode escolher uma ou mais)?

- Escova Dentária
- Fio Dentário
- Escovilhão Dentário
- Elivar Oral
- Limpa-língua
- Outro

Qual? _____

32. Frequência de escovagem dos dentes

- Nunca
- Por vezes
- 1x/dia
- 2x/dia
- 3x/dia
- Mais que 3x/dia

33. Considera que pode transmitir a cárie ao seu filho?

- Sim
- Não

34. Acha que o leite materno pode provocar cárie dentária?

- Sim
- Não

35. Quando acha que se deve iniciar a Higiene Oral do Bebê?

- Desde o nascimento do bebé
- Quando os "dentes de leite" começam a nascer
- A partir dos 2anos

36. Quando acha que o seu filho deve ir a 1ª vez ao Dentista?

- 6-8 meses
- 9-11 meses
- 1-2 anos
- 3-4 anos
- 6anos

37. Sabe se existe Consulta de Odontopediatria no SAMS?

- Sim
- Não

Obrigada por ter respondido a este questionário

Anexo 5 – Questionário Mães/Pais de Crianças

Conhecimento sobre Saúde Oral da Criança Questionário à Mãe/Pai da Criança

1. Questionário preenchido por:

- Mãe
 Pai
 Outro

Qual? _____

2. Idade do Responsável: _____

3. Estado Civil:

- Solteiro/a
 Casado/a
 Divorciado
 Viúvo

4. Escolaridade:

- 5º Ciclo
 3º Ciclo
 Secundário
 Frequência Universitária
 Pós-Graduação ou Superior

5. Profissão: _____

6. Idade da Criança: _____

7. Sexo da Criança:

- Masculino
 Feminino

8. Já recebeu alguma informação sobre a saúde oral da criança?

- Sim
 Não

9. Se sim, onde?

- Família
 Tv, Rádio
 Revista/Livro
 Médico de família, ginecologista-obstetra ou pediatra
 Dentista

17. Se respondeu escova de dentes na pergunta 16, esta é como?

- De adulto
 De criança
 Não sei

18. O seu filho usa pasta dentífrica?

- Sim
 Não
 Não sei

19. Se respondeu sim na pergunta 18, como é a pasta?

- De adulto
 De criança
 Não sei

20. Se respondeu sim na pergunta 18, a pasta...

- Tem flúor
 Não tem flúor
 Não sei

21. Se respondeu sim na pergunta 18, qual a quantidade de pasta?

- Cobre toda a escova
 Cobre metade da escova
 Cobre menos de metade da escova
 Não sei

22. Qual a frequência de escovagem dos dentes

- Nunca
 Por vezes
 1x/dia
 2x/dia
 3x/dia
 Mais que 3x/dia

23. A escovagem dentária da criança é realizada:

- Pela criança sozinha
 Pelos pais
 Pela criança sozinha mas com supervisão dos pais
 Nenhuma das anteriores

10. Qual a frequência de consulta do Dentista, a seu ver?

- < 1vez/ano
 1vez/ano
 >1vez/ano

11. Quando acha que deve ser a 1ª Consulta de Dentária da Criança?

- 6-8meses
 9-11meses
 1-2anos
 3-4anos
 Ganos

12. O seu filho já foi à consulta de Dentária?

- Sim
 Não

13. Se respondeu sim na pergunta 12, qual o motivo?

- Prevenção
 Precisava de tratamento e já apresentava dor
 Precisava de tratamento, mas não tinha dor
 Outro

14. Como classifica a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca do seu filho(a)?

- 1 (Má)
 2 (Regular)
 3 (Boa)
 4 (Muito Boa)
 5 (Excelente)

15. Quando acha que se deve iniciar a Higiene Oral da Criança?

- Desde o nascimento
 Quando os "dentes de leite" começam a nascer
 A partir dos 2anos

16. O que utiliza para fazer a higiene oral da criança?(pode escolher uma ou mais)

- Gaze
 Escova de dentes
 Fio Dentário
 Pasta Dentífrica
 Não faz higiene oral

24. A higiene oral da criança é para esta uma experiência?

- Agradável
 Indiferente
 Detestável

25. Qual al(s) alteraç(ões) que considera que pode(m) ocorrer na boca da criança?

- (escolher uma ou mais opções)
 Cáries nos dentes
 Alterações nas gengivas
 Erosão Dentária (desgaste químico que não envolve ação de bactérias)
 Aumento da mobilidade dentária
 Língua Geográfica
 Não sabe
 Outro(s)

26. Acha que a cárie é uma doença?

- Sim
 Não

27. Qual al(s) causa(s) para ter cárie, no seu entender?(pode escolher uma ou mais opções)

- Não ir ao dentista
 Antibiótico
 Má Higiene Oral
 Bactérias
 Açúcar
 Não sei

28. Acha que a cárie é transmissível?

- Sim
 Não

29. Qual a influência que tem o tipo de alimentação para a saúde oral?

- 1 (Nada influente)
 2 (Pouco influente)
 3 (Influente)
 4 (Bastante influente)
 5 (Muito influente)

30. Quanto à ingestão de doces pela criança?

- Raramente
 Três a quatro vezes por semana
 Uma vez por dia no máximo
 Duas a três vezes por dia
 Mais de três vezes por dia
 Não consome

31. Quando é que o seu filho iniciou o consumo de alimentos com sacarose?

- Nunca consumiu
- Antes de um ano
- Entre um e dois anos
- Depois dos dois anos
- Não sei

32. Sabe se existe a consulta de Odontopediatria no SAMS?

- Sim
- Não

Obrigado por responder a este questionário

Anexo 6 – Questionário Médicos Ginecologistas/Obstetras

Atuação na Saúde Oral

Questionário realizado a Médicos Especialistas em Ginecologia e Obstetrícia

1. Idade: _____

2. Sexo:
 Feminino
 Masculino

3. Considera necessário que a gestante consulte o Estomatologista/Médico Dentista?
 Sim
 Não

4. Envia sempre a gestante para a consulta de Estomatologia/Medicina Dentária?
 Sim
 Não

5. Considera contraindicado a realização de tratamentos dentários durante a gestação?
 Sim
 Não

6. Se respondeu sim à pergunta 5 qual o tratamento contraindicado na sua opinião?
 Ex. Radiográfico
 Endodontia
 Destartarização
 Restaurações Dentárias
 Endodontias (Desvitalizações)
 Tratamentos dentários com anestesia

7. Se respondeu não à pergunta 5, qual a seu ver o período ideal para tratamentos dentários?
 das 0 às 12 semanas
 das 12 às 34 semanas
 das 34 às 40 semanas

8. As grávidas por si acompanhadas costumam ter alterações orais?
 Sim
 Não
 Não sabe

17. Considera que a gravidez piora a saúde oral da grávida?
 Sim
 Não

18. Considera que o bebê "enfraquece" os dentes da mãe?
 Sim
 Não

19. Se respondeu sim na pergunta 18, porquê?
 Perda de Cálcio (para o bebê)
 Dieta Alimentar (>consumo de doces)
 Má Higiene Oral
 Não sabe
 Outro(s)
Qual? _____

Obrigada por responder a este questionário

9. Se respondeu sim à pergunta 8, qual a alteração mais comum? (escolher uma ou mais opções)

- Gingivite
- Cáries
- Fratura de restaurações
- Outra

Qual? _____

10. Considera a má condição oral, acumulada ao longo da vida, um fator de risco para a gestação?

- Sim
- Não

11. Considera que as condições orais maternas têm relação com a possibilidade de parto prematuro e baixo peso do bebê?

- Sim
- Não
- Não sabe

12. Costuma controlar a grávida quanto ao consumo de sacarose?

- Sim
- Não

13. A Dieta Materna durante a gestação pode influenciar a saúde oral desta?

- Sim
- Não

14. Acredita que a dieta alimentar materna pode influenciar o futuro paladar do bebê?

- Sim
- Não
- Não sabe

15. Costuma prescrever suplemento de flúor à gestante?

- 0 (Nunca)
- 1 (Às vezes)
- 2 (Muitas vezes)
- 3 (Quase sempre)
- 4 (Sempre)

16. Se respondeu 1,2,3 ou 4 à pergunta 15, quando o faz?

- História de Cáries
- Medida Preventiva de Rotina
- Outro

Qual? _____

Anexo 7 – Questionário Médicos Pediatras

Atuação na Saúde Oral

Questionário realizado a Médicos Especialistas em Pediatria

1. Idade: _____

2. Sexo:

- Feminino
 Masculino

3. Observa a boca da criança?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Maioria das vezes
 Sempre

4. Observa os dentes da criança?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Maioria das vezes
 Sempre

5. Aconselha os pais/responsáveis em relação aos métodos de limpeza dos dentes?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Maioria das vezes
 Sempre

6. Fala com os pais/responsáveis em relação ao uso de pasta dentífrica fluoretada?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Maioria das vezes
 Sempre

16. Como procede quando identifica uma cárie em dentes deciduos?

- Nunca observei uma criança com cárie
 Não efetuo nenhum procedimento
 Anoto na ficha clínica
 Aconselho os pais/responsáveis a levarem a criança ao dentista
 Faço um envio formal para o dentista
 Outros

17. Como procede quando identifica uma cárie em dentes permanentes?

- Nunca observei uma criança com cárie
 Não efetuo nenhum procedimento
 Anoto na ficha clínica
 Aconselho os pais/responsáveis a levarem a criança ao dentista
 Faço um envio formal para o dentista
 Outros

18. A cárie precoce da infância só afeta bebés alimentados com biberão?

- Sim
 Não

19. As pastas dentífricas fluoretadas devem ser usadas por crianças com menos de 3 anos de idade?

- Sim
 Não

20. Os dentes cariados, quando não tratados, podem afetar a saúde geral da criança?

- Sim
 Não

21. As bactérias que causam a cárie dentária podem transmitir-se de mães para filhos?

- Sim
 Não

Obrigada por responder a este questionário

7. Prescreve suplementos de flúor?

- Sim
 Às vezes
 Não

8. Aconselha os pais/responsáveis relativamente ao consumo de doces e alimentos açucarados?

- Sim
 Às vezes
 Não

9. Em crianças que frequentemente tomam medicação na forma de suspensão recomenda aos pais/responsáveis cuidados especiais de higiene oral?

- Sim
 Às vezes
 Não

10. Aconselha os pais/responsáveis sobre a não colocação de substâncias doces no biberão?

- Sim
 Às vezes
 Não

11. Qual a idade em que recomenda deixar o biberão?

Resposta: _____

12. Qual a idade em que recomenda deixar a chupeta?

Resposta: _____

13. Recomenda os pais/responsáveis a ir à consulta de Estomatologia/Medicina Dentária com a criança?

- Sim
 Não

14. Se respondeu sim na pergunta 13, qual, a seu ver, a idade ideal para a 1ª Consulta de Estomatologia/Medicina Dentária?

- Antes de 1ano de idade
 Entre os 2-3anos de idade
 Entre os 4-5anos de idade
 A partir dos 6anos de idade

15. Os dentes deciduos ("de leite"), uma vez que vão ser substituídos, precisam de ser tratados?

- Sim
 Não

Anexo 8 – Consentimento Informado



Consentimento Informado

Estamos a iniciar um estudo com o intuito de avaliar o grau de conhecimento sobre a saúde oral da grávida e da criança- 1ª infância. Este estudo tem como tema "Avaliação do Conhecimento sobre Saúde Oral da Grávida e da Criança –Perspetiva do médico e dos pais" e é referente ao Projeto de Investigação para obtenção do grau de Mestre no Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, realizado por Ana Felicíssimo, sob a orientação da Prof. Doutora Virginia Milagre.

Gostaríamos de contar com a sua participação neste estudo.

Se decidir participar, é-lhe pedido que preencha um questionário relacionado com a saúde oral da grávida e da criança.

As informações recolhidas são concebidas só para este estudo, sendo confidenciais.

Todos os participantes têm o direito de, a qualquer momento, ter acesso a todas as informações e procedimentos do estudo, excetuando dados referentes a outros participantes. Além disso, têm o direito de, a qualquer momento, retirar o seu consentimento, antes da publicação do estudo, sem que tal altere a qualidade dos cuidados a serem prestados.

Serão facultadas pelas autoras informações durante o estudo sempre que for solicitado.

Ao assinar este consentimento informado, autoriza o processamento e publicação dos dados recolhidos e não serão usadas para quaisquer outros fins.

Eu, _____,
declaro que após a informação escrita e esclarecimento oral que recebi sobre as características e conteúdo do estudo que se pretende realizar, de forma clara e detalhada, livre de qualquer obrigação, de eventuais desconfortos ou benefícios e conhecendo os direitos que me são inerentes como pessoa consinto a realização deste estudo e a minha participação no mesmo.

ASSINATURA: _____

Lisboa, ____ de _____ de 201_