

PROMOÇÃO À SAÚDE

Bucal do Bebê



DÉBORA SOUTO SOUZA
HELOISA HELENA BARROSO
IZABELLA BARBOSA FERNANDES
MARIA LETÍCIA RAMOS JORGE

**ORGANIZADORAS:
DÉBORA SOUTO SOUZA
HELOISA HELENA BARROSO
IZABELLA BARBOSA FERNANDES
MARIA LETÍCIA RAMOS JORGE**

PROMOÇÃO À SAÚDE Bucal do Bebê

1ª Edição

Diamantina - MG
Universidade Federal dos Vales do
Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM
2021



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Para ver uma cópia desta licença, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Realização

Clínica de Atendimento Odontológico a crianças de 0 a 3 anos de idade

Apoio

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM

Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFVJM

Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFVJM

Ilustrações da capa e contracapa: Freepik

Elaborado com os dados fornecidos pelas editoras.

P965 Promoção à saúde bucal do bebê [livro eletrônico] / Organizado por Débora Souto-Souza, Heloisa Helena Barroso, Izabella Barbosa Fernandes, Maria Letícia Ramos-Jorge. – Diamantina: UFVJM, 2021. 80 p.: il. PDF

ISBN: 978-65-87258-18-8 (e-book).

1. Educação em saúde. 2. Odontologia. 3. Bebê. I. Souto-Souza, Débora. II. Barroso, Heloisa Helena. III. Fernandes, Izabella Barbosa. IV. Ramos-Jorge, Maria Letícia. V. Título. VI. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 617.6

Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecária: Jullyele Hubner Costa – CRB6/2972

ORGANIZADORAS

Débora Souto Souza - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutoranda em Odontologia pela UFVJM.

Heloisa Helena Barroso - Enfermeira - UFVJM. Mestrado em Ensino e Saúde - UFVJM. Doutoranda em Odontologia, Ciências da Saúde pela UFVJM.

Izabella Barbosa Fernandes - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Especialista em Endodontia pelo IES Pós-graduação. Mestrado e Doutorado em Odontologia - UFVJM. Docente do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente da UFMG.

Maria Letícia Ramos Jorge - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Especialista em Odontopediatria - ABO/MG. Mestrado em Odontopediatria - UFMG. Doutorado em Odontopediatria - UFSC. Docente do Departamento de Odontologia da UFVJM.

AUTORES

Alessandra de Souza Araújo - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Amanda Neves Rubim - Graduanda do curso de Odontologia - UFMG.

Ana Beatriz Silva Lopes - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestrado em Odontologia - UFVJM.

Ana Caroline Alves Duarte - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutoranda em Odontologia pela UFVJM.

Ana Cláudia Oliveira Teles - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Ana Luíza de Assis Avelino - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Especialista em Odontopediatria - SLMANDIC. Mestranda em Odontologia pela UFVJM.

Ana Luiza Peres Baldiotti - Cirurgiã-dentista - UFF. Mestrado em Odontologia - UFMG. Doutoranda em Odontologia pela UFMG.

Ana Luiza Reino Silva - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Andressa Stefany Guimarães Paulista - Graduanda do curso de Nutrição - UFVJM.

Angélica Beatriz Rodrigues - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestrado em Odontologia - UFVJM.

Bárbara Andrade Gonçalves - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Bianca Cristina Lopes da Silva - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutoranda em Odontologia pela UFVJM.

Caroline de Oliveira Rodrigues - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Débora Souto Souza - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutoranda em Odontologia pela UFVJM.

Ednele Fabyene Primo Miranda - Cirurgiã-dentista - UNIMONTES. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutoranda em Odontologia pela UFVJM.

Elaine Chaves Franca - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Érika Juliane Mendes Rocha - Graduanda do curso de Odontologia - FCO.

Estephane Paula Silva Neves - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestranda em Odontologia pela UFVJM.

Gabriela Cristina Cosme Sales - Graduanda do curso de Nutrição - UFVJM.

Gabrielly Fernandes Machado - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutoranda em Odontologia pela UFVJM.

Heloisa Helena Barroso - Enfermeira - UFVJM. Mestrado em Ensino e Saúde - UFVJM. Doutoranda em Odontologia, Ciências da Saúde - UFVJM.

Henrique Costa dos Santos - Graduando no curso de Odontologia - UFVJM.

Isabela Christina Meira Rocha - Graduanda do curso de Nutrição - UFVJM.

Isabelle D'Angelis de Carvalho Ferreira - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Isadora Rocha Sena - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Ivy Scorzi Cazelli Pires - Nutricionista - UFV. Mestrado e Doutorado Ciências de Alimentos - UFV. Professora Associada IV do Departamento de Nutrição da UFVJM.

Izabella Barbosa Fernandes - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Especialista em Endodontia pelo IES Pós-graduação. Mestrado e Doutorado em Odontologia pela UFVJM. Docente do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente da UFMG.

Jéssica Samara Oliveira Tolomeu - Enfermeira - FPAS. Especialista em Saúde Pública - UNOPAR. Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e Ambiente - UFVJM. Doutoranda em Odontologia, Ciência da Saúde pela UFVJM.

Lara Oliveira Freitas - Cirurgiã-dentista - UFVJM.

Larissa de Souza Mourão - Cirurgiã-dentista - UFVJM.

Laura Jordana Santos Lima - Cirurgiã-dentista - UNIMONTES. Especialista em Odontopediatria - SLMANDIC. Mestranda em Odontologia pela UFVJM.

Leandro Silva Marques - Cirurgião-dentista - UFVJM. Especialista em Ortodontia - PUC/MG. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutorado em Odontologia - UFRJ. Docente do Departamento de Odontologia da UFVJM.

Liliane da Consolação Campos Ribeiro - Enfermeira - UFVJM. Professora Doutora em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente pela UFMG. Professora Associada IV do Departamento de Enfermagem da UFVJM.

Luana Viviam Moreira - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestranda em Odontologia pela UFVJM.

Lucas Duarte Rodrigues - Cirurgião-dentista - UFVJM. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutorando em Odontologia pela UFVJM.

Lucas Garcia Santana - Cirurgião-dentista - UFVJM. Mestrado e especialização em Ortodontia - PUC/MG. Doutorando em Odontologia pela UFVJM.

Lucilene Soares Miranda - Nutricionista - UFV. Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos - UFV. Doutorado em Ciências de Alimentos - UNICAMP. Professora Associada IV do Departamento de Nutrição da UFVJM.

Ludmylla Mara da Silva Teixeira - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Marcella Alves Rodrigues - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Maria Eliza da Consolação Soares - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestrado e Doutorado em Odontologia - UFVJM. Pós-doutoranda em Odontopediatria pela UFVJM.

Maria Letícia Ramos Jorge - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Especialista em Odontopediatria - ABO/MG. Mestrado em Odontopediatria - UFMG. Doutorado em Odontopediatria - UFSC. Docente do Departamento de Odontologia da UFVJM.

Moisés Willian Aparecido Gonçalves - Cirurgião-dentista - UFVJM. Mestrando em Odontologia pela UFVJM.

Nathalia Moore Canarim - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Patrícia de Souza - Nutricionista - UFVJM. Mestranda do Mestrado Profissional Ensino em Saúde (ENSA) pela UFVJM.

Patrícia Gomes Fonseca - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestranda em Odontologia pela UFVJM.

Patrícia Marianna Silva de Jesus - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestranda em Odontologia pela UFVJM.

Priscila Seixas Mourão - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutoranda em Odontologia pela UFVJM.

Rafaela Luana Mendes Ireno - Graduanda do curso de Odontologia - UFVJM.

Raul Augusto Ribeiro Otoni - Graduando do curso de Odontologia - UFVJM.

Sabrina Rodrigues Pinto - Cirurgiã-dentista - UFVJM.

Taiane Oliveira Souza - Cirurgiã-dentista - UNIMONTES. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutoranda em Odontologia pela UFVJM. Docente da FCO.

Thais Amanda Azevedo - Graduanda no curso de Odontologia - UFVJM.

Vanessa Alves Ferreira - Nutricionista - UFRJ. Mestrado e Doutorado em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz - RJ. Professora Associada do Departamento de Nutrição da UFMG.

Vanessa Silva de Rezende - Cirurgiã-dentista - UFVJM. Mestrado em Odontologia - UFVJM. Doutoranda em Odontologia pela UFVJM.

APRESENTAÇÃO

A primeira infância é um período de singular importância no estabelecimento de hábitos saudáveis, que poderão ser levados para toda a vida do indivíduo. Tendo isso em vista, cada vez mais tem se dado ênfase ao estudo e aplicação de cuidados relativos à saúde do bebê durante a gestação e durante seus primeiros anos de vida. Entretanto, muitos cuidadores ainda não se sentem bem informados e aptos a aplicar esses cuidados em saúde em seus bebês. Dessa forma, nosso intuito ao elaborar essa obra foi abordar em linguagem clara e acessível os principais conceitos e tendências relativos aos cuidados bucais na primeira infância, sempre com embasamento científico.

Como é imensa a satisfação em apresentar o primeiro volume do livro “Promoção à Saúde Bucal do Bebê”. É indiscutível o empenho, cuidado e dedicação de todos os autores na elaboração dos conteúdos abordados no livro. Tenho certeza que esta obra, com seu enfoque interdisciplinar e inovador, será um instrumento de extrema importância na orientação aos cuidadores de bebês, acerca dos cuidados com a saúde bucal na primeira infância. Lembrando que o nosso principal objetivo é contribuir para que nossas crianças cresçam saudáveis e com uma excelente qualidade de vida!

SUMÁRIO

Capítulo 1 - Da gestante ao bebê.....	9
Capítulo 2 - Dentinho novo nascendo: o que os pais devem saber sobre essa fase de desenvolvimento do bebê?.....	19
Capítulo 3 - Higienização bucal do bebê.....	26
Capítulo 4 - O que fazer quando o bebê bate o dentinho?.....	41
Capítulo 5 - Quando e porquê levar o bebê ao Odontopediatra?.....	52
Capítulo 6 - Seu filho chupa bico? Dedo? E mamadeira?.....	66



Da gestante ao bebê

Gabrielly Fernandes Machado

Jéssica Samara Oliveira Tolomeu

Patrícia Gomes Fonseca

Heloisa Helena Barroso

Isabelle D'Angelis de Carvalho Ferreira

Marcella Alves Rodrigues

Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Lucilene Soares Miranda

Ivy Scorzi Cazelli Pires

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

Nas últimas décadas, no Brasil, houve uma redução nos óbitos de recém-nascidos nos primeiros dias de vida, porém ainda ocorrem um número expressivo de mortes que na maioria das vezes são evitáveis através de ações de promoção e prevenção da saúde, incluindo entre elas a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012). A assistência pré-natal tem como objetivo o acompanhamento da mulher e do bebê para assegurar o desenvolvimento adequado da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impactos negativos para a saúde da mãe.

A Unidade Básica de Saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante (Figura 1) no sistema de saúde, sendo que o ideal é iniciar o pré-natal logo no primeiro trimestre de gestação e as consultas são intercaladas entre o Enfermeiro e o Médico. O Ministério da Saúde (MS) recomenda que sejam realizadas entre 6 ou mais consultas durante o acompanhamento pré-natal (mínimo de seis consultas) e no caso de grávidas com maiores riscos deve-se ter uma atenção mais especializada, com atendimentos realizados por obstetra e equipe multiprofissional (BRASIL, 2012).



As consultas das gestantes deverão ser realizadas da seguinte forma:

- ✓ Consultas mensais até a 28^o semana de gestação;
- ✓ Consultas quinzenais entre a 28^o e a 36^o semana de gestação;
- ✓ Consultas semanais a partir da 36^o semana de gestação.

Não existe alta do pré-natal e quando o parto não ocorrer até a 41^o semana, é necessário encaminhar a gestante para a maternidade. A maior frequência de consultas no final da gestação visa a avaliação dos riscos e intercorrências mais comuns no terceiro trimestre, como trabalho de parto prematuro (parto de um bebê antes das 37 semanas de idade gestacional), pré-eclâmpsia (uma complicação da gravidez caracterizada pelo aumento da pressão arterial e presença de proteína na urina após 20 semanas de gestação), eclâmpsia (uma manifestação grave da pré-eclâmpsia, que provoca pressão alta, superior a 140x90 mmHg, presença de proteínas na urina, inchaço no corpo e convulsões) e óbito fetal (é a morte de um feto antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe durante o parto) (BRASIL, 2012).

Após o nascimento do bebê, a mulher precisa realizar mais um acompanhamento na unidade de saúde que é a Consulta Puerperal (consulta do pós-parto) que avalia o estado geral de sua saúde e orienta quanto aos cuidados com o corpo e sobre amamentação. Há também o agendamento das consultas de Puericultura (que estuda e avalia o desenvolvimento físico e psíquico da criança até a fase da adolescência), para acompanhamento e desenvolvimento do seu filho, que pode ser realizado pelo enfermeiro e/ou médico. As consultas de puericultura devem ser realizadas com frequência e a criança precisa ser avaliada na primeira semana de vida, no 1^o mês, 2^o mês, 4^o mês, 6^o mês, 9^o mês e 12^o mês, além de duas consultas no 2^o ano de vida (no 18^o mês e no 24^o mês) e, a partir do 2^o ano de vida, com consultas anuais, próximas ao mês do aniversário (BRASIL, 2012).



Figura 1 - A gestante.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

O PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

O estado de saúde bucal da gestante pode influenciar na saúde geral e bucal do seu bebê, por isso é necessário o acompanhamento com o cirurgião-dentista. Esse profissional irá avaliar como está a saúde bucal da gestante e se necessário realizar o tratamento mais adequado, lembrando que é fundamental essa avaliação e acompanhamento que também faz parte do pré-natal (BRASIL, 2008).

Durante o período gestacional ocorrem alterações físicas e comportamentais, estas relacionadas ao aumento dos hormônios capazes de comprometer e agravar reações inflamatórias na gengiva, aumentando o acúmulo de bactérias nos dentes, daí a necessidade da escovação e visita ao dentista (ECHEVERRIA; POLITANO, 2014).

Além disso, por ocorrer transformações orgânicas na mulher durante a gestação, ela se encontra mais propensa e receptiva para assimilar informações sobre sua saúde em prol do bem-estar do seu filho. Isso inclui a sua saúde bucal e a do seu bebê, tonando-se uma peça-chave para a disseminação desses cuidados até mesmo para dentro do seu núcleo familiar (CODATA *et al.*, 2011; CABRAL *et al.*, 2013; KLOETEZEL *et al.*, 2011). Logo, é de extrema importância aderir ao pré-natal odontológico para



promoção da saúde, prevenção de agravos da mãe e da criança e educação em saúde (PRAETZEL *et al.*, 2010).

A gestante deve cuidar de sua saúde bucal e manter hábitos alimentares saudáveis, pois estudos já demonstraram que problemas bucais podem causar complicações obstétricas, como, por exemplo, o baixo peso do bebê ao nascer, ou até mesmo um parto prematuro (BRASIL, 2011; CORBELLA *et al.*, 2016).

PROBLEMAS BUCAIS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO E CUIDADOS

A gestante deve cuidar de sua saúde bucal para que ela passe pelo período gestacional de forma mais confortável. A gravidez não causa cárie, o que ocorre é que durante esse período a gestante ingere lanches frequentes (BASTOS *et al.*, 2014), as vezes apresentam enjoos com o uso da pasta de dente evitando a escovação adequada, como também se esquecem desse hábito. As mães devem evitar a ingestão do açúcar em excesso, para controle do peso e dar preferência ao consumo das frutas. Nesse período, pode haver o sangramento da gengiva com maior facilidade, isso se deve a alterações hormonais que ocorrem durante o período gestacional, há uma maior sensibilidade (ROCHA *et al.*, 2015). O fio dental deve ser utilizado diariamente, juntamente com a escovação.

Vômitos frequentes são comuns nesse período. Como os dentes entram em contato com o líquido ácido do estômago, eles podem se desgastar e ficar mais sensíveis. É importante que não escove os dentes imediatamente após vomitar (ROCHA *et al.*, 2015).

É comum a sensação de boca seca, principalmente pelo fato da respiração pelo nariz se tornar mais difícil e muitas vezes a gestante respira pela boca. Assim, é recomendado a ingestão de água com frequência (ROCHA *et al.*, 2015).

Manter uma saúde bucal adequada é importante tanto para a saúde geral da futura mamãe, quanto para o seu bebê. Dessa forma é aconselhável estar em dia com a consulta odontológica.



MITOS SOBRE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ÀS GESTANTES

Devido às mudanças fisiológicas/psicológicas que uma mulher é submetida durante o período gestacional e o fato de estar gerando outra vida, ela enquadra-se à um grupo de pacientes que devem possuir um cuidado especial quanto ao atendimento odontológico e que, devido a essa condição, estão mais suscetíveis à algumas alterações/problemas bucais (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2000).

Existem mitos a respeito do atendimento odontológico durante a gestação, tanto pelos dentistas, quanto pelas próprias gestantes e embora ocorram mudanças e adaptações na mulher durante esse período, isso não pode ser considerado um empecilho para o atendimento das mesmas (VIEIRA; ZOCRATO, 2007; POLETTO *et al.*, 2008). O segundo trimestre (14^o a 28^o semanas) é o período ideal para realização de tratamentos odontológicos, uma vez que nessa fase ocorre uma melhora geral do estado de saúde da gestante e do bebê. Nos primeiros meses, a formação fetal exige que medicamentos sejam evitados e nos últimos meses o tamanho do abdômen é desconfortável, dificultando a respiração da gestante. Mas qualquer intervenção odontológica, especialmente aquelas que envolvem dor, infecção, controle de placa e orientações de higiene bucal, pode ser realizada independente do momento da gestação (COSTA, 2000; CASAMASSIMO, 2001).

O exame radiográfico é importante para o diagnóstico e elaboração de um plano de tratamento, sendo seguro e pode ser realizado em qualquer trimestre da gestação, desde que se tenha a proteção com o uso de avental de chumbo e protetor de tireoide (SILVA *et al.*, 2006).

Sobre a anestesia local durante o procedimento odontológico, o seu uso é recomendado se houver necessidade para evitar dor que poderá gerar estresse, causando prejuízos para a mãe e seu bebê (AMADEI *et al.*, 2011). O uso da anestesia será de acordo com cada caso e dependendo do procedimento não é necessário a realização. Caso alguma medicação seja prescrita pelo dentista, a gestante deve seguir corretamente as orientações conforme indicado na receita.

No geral, crenças como: “a cada gravidez perde-se um dente”, “gestantes não podem ir ao dentista”, “há enfraquecimento dos dentes das mães porque o feto tira o cálcio deles” (LEAL, 2006), são mitos sem suporte científico e comprovação (FINKLER *et al.*, 2004). Isso contribui para o afastamento das gestantes em relação aos



atendimentos odontológicos. A consulta ao dentista durante a gestação é essencial para manutenção da saúde da mãe e do bebê e no desenvolvimento de hábitos saudáveis de higiene bucal (OLIVO, 2013).

A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA NA PRIMEIRA INFÂNCIA E O SEU ACOMPANHAMENTO

O dentista da criança, nomeado Odontopediatra, inicia o acompanhamento da criança a partir da gestação da mãe, sendo continuada após o nascimento do bebê, com o objetivo de fazer com que o paciente atinja a idade adulta livre das doenças que acometem a cavidade bucal, educando e promovendo a saúde bucal da criança. Além disso, é nesse momento que ocorre a conscientização e orientação aos responsáveis sobre a saúde bucal do bebê, frisando informações a respeito de higiene bucal, dos hábitos alimentares, e como ocorre o desenvolvimento normal da dentição (FERNANDES *et al.*, 2010).

Segundo a Associação Brasileira de Odontopediatria, a primeira avaliação da cavidade bucal do recém-nascido deve ser na maternidade pela equipe hospitalar e, logo que possível, pelo Odontopediatra no consultório (RUIZ, 2019). Para identificação de possíveis alterações/variações bucais, como por exemplo, a presença de dentes natais (que já nascem com a criança) ou neonatais (dentes que aparecem no primeiro mês após o nascimento) (RUIZ, 2019).

É importante que a consulta seja realizada pelo profissional especializado, uma vez que ele possui conhecimento técnico e a maneira adequada de abordar o atendimento a bebês (RUIZ, 2019).

Mais especificamente, o acompanhamento do Odontopediatra é necessário para prevenir ou tratar algumas situações como (RUIZ, 2019):

- ✓ Erosão dentária: desgaste acentuado do dente;
- ✓ Cárie dentária;
- ✓ Doença periodontal: na fase inicial gengivite (doença na gengiva) e na fase mais severa, periodontite (doença nos outros tecidos que suportam os dentes);
- ✓ Oclusopatias: alteração no encaixe dos dentes e/ou arcadas;
- ✓ Traumatismos bucais: quedas e batidas na boca;
- ✓ Complicações referentes à erupção dentária;
- ✓ Hábitos bucais deletérios: como o uso da chupeta ou sucção de dedo (Figura 2).



Sendo que as visitas regulares ao profissional são essenciais para criação de um vínculo de confiança entre a família, profissional e a criança que é muito importante para o sucesso das ações odontológicas preventivas.

Figura 2 - Bebê com dedo na boca.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

REFERÊNCIAS

AMADEI, S. U.; CARMO, E. D.; PEREIRA, A. C. *et al.* Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. **Rev. Gauch. Odontol.** 2011; 59: 31-7.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. ADA. Position Statement on Early Childhood Caries, 2000. Disponível em: <<http://www.ada.org>> Acesso em 01 de outubro de 2019.

BASTOS, R. D. S.; SILVA, B. S.; CARDOSO, J. A.; FARIAS, J. G.; FALCÃO, G. G. V. C. Desmistificando o atendimento odontológico à gestante: revisão de literatura. **RBO.** 2014; 5(2):104-116.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf> Acesso em 01 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da gestante em APS** / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. 240 p. Disponível em:<<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/192/atencaosaudedagestante.pdf?sequence=1>> Acesso em 02 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> Acesso em 02 de outubro de 2019.

CABRAL, M.C.B.; SANTOS, T.S.; MOREIRA, T.P. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. **Rev Port Saúde Pública**; 31(2):173-80, 2013.

CASAMASSIMO, P. S. Maternal oral health. **Dent. Clin. North. Am.** Philadelphia, v.45, p. 469-478, 2001.

CODATA, L.A.B.; NAKAMA, L.; CORDONI, J. L.; HIGASI, M.S. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciênc Saúde Colet**; 16(4):2297- 301, 2011.

CORBELLA, S.; TASCHIERI, S.; DEL FABBRO, M.; FRANCETTI, L.; WEINSTEIN, R.; FERRAZZI, E. Adverse pregnancy outcome and periodontitis: A



systematic review and meta-analysis exploring potential association. **QuintessenceInt**, v. 47, p. 193-204, 2016.

COSTA I.C. **Atenção odontológica na triangulação médico-dentista-paciente: os (des)caminhos desse cotidiano** [Dissertação de Doutorado]. São Paulo: Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Araçatuba, UNESP, 2000.

ECHEVERRIA, S.; POLITANO, G.T. **Tratamento Odontológicos para Gestantes**. Rio de Janeiro: Editora Santos, 2014. 103 p.

FERNANDES, D.S.C.; KLEIN, G.V.; LIPPERT, A.O. *et al.* Motivo do Atendimento Odontológico na primeira Infância. **Stomatós**. 2010; v.16, p. 4-10, 2010.

FINKLER, M.; OLEINISKI, D. M. B.; RAMOS, F. R. S. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 13, p. 360-368, 2004.

KLOETEZEL, M.K.; HUEBNER, C.E.; MILOROM, P. Referrals for dental care during pregnancy. **J Midwifery Womens Health**; 56(2):110-7, 2011.

LEAL, N. P. **Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente**. 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

OLIVO, S. M. **Atendimento odontológico a gestantes: Mitos e Preconceitos por parte dos Cirurgiões Dentistas**. 2013. 69p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

POLETTO, V. C.; STONA, P.; WEBER, J. B. B. *et al.* Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão de literatura. **Stomatós**. 2008; v. 14, p. 64-75, 2008.

PRAETZEL, J.R.; FERREIRA, F.V.; LENZI, T.L. Percepção materna sobre atenção odontológica e fonoaudiológica na gravidez. **Rev Gaúch Odontol**; 58(2):155-6, 2010.



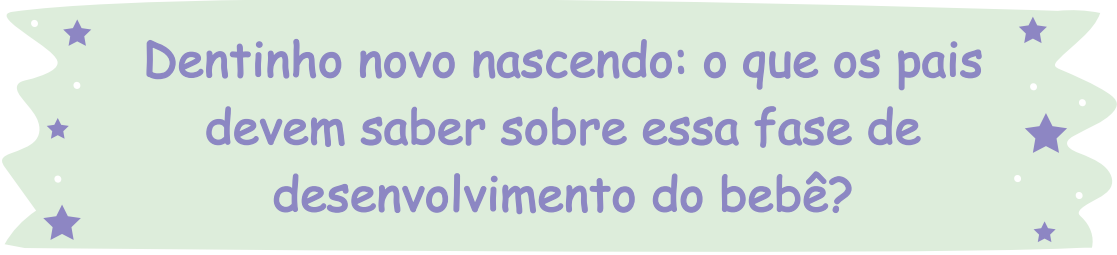
ROCHA, J. S. *et al.* **Cartilha da gestante**. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Programa de Pós-Graduação. 2015. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhadaGestante.pdf>> Acesso em 23 de setembro de 2019.

RUIZ, D. R. Orientações ao pais sobre cuidados com a saúde bucal do bebê e da criança. **Associação Brasileira em Odontopediatria (ABOPED)**, 2019. Disponível em: http://abodontopediatria.org.br/orientacoes_aos_pais_sobre_cuidados_com_a_saude_bucal_do_bebe_e_da_crianças.pdf Acesso em 01 de novembro de 2019.

SILVA, F. W. G. P.; STUANI, A. S.; QUEIROZ, A. L. Atendimento odontológico a gestante – parte 2: A consulta. R. **Fac. Odontol.** Porto Alegre. 2006; 47 (3): 5-9.

VIEIRA, G. F.; ZOCRATTO, K. B. F. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. **RFO**. v.12, p.27-31, 2007.





Dentinho novo nascendo: o que os pais devem saber sobre essa fase de desenvolvimento do bebê?

Ana Luíza Peres Baldiotti

Amanda Neves Rubim

Laura Jordana Santos Lima

Lucas Duarte Rodrigues

Patrícia Marianna Silva de Jesus

Alessandra de Souza Araújo

Andressa Stefany Guimarães Paulista

Vanessa Alves Ferreira

Izabella Barbosa Fernandes

A erupção dentária é um processo normal de desenvolvimento, em que o dente se move de dentro do osso até o seu surgimento na cavidade bucal (KARDOS, 1996; CRADDOCK, 2004).

A erupção dos dentes decíduos, popularmente conhecidos como “dentes de leite”, representa uma mudança significativa na vida da criança e serve como um guia para o desenvolvimento e crescimento do bebê. Nessa fase, acontecem mudanças muito significativas nos aspectos comportamentais e físicos da criança (CORRÊA, 2010). A identificação e interpretação dessas mudanças é essencial por parte do responsável e depende do seu conhecimento, sensibilidade e atenção, e é de grande importância para que o bebê vivencie essa fase da melhor forma possível.

VAMOS DESCONSTRUIR OS MITOS E CONHECER AS VERDADES ACERCA DESSE TEMA TÃO IMPORTANTE PARA A SAÚDE DA CRIANÇA?

Cronologia e sequência de erupção:

A cronologia de erupção corresponde à data que o dente da criança aparece na cavidade bucal, como observado na figura 1. A sequência de erupção é a ordem que os



dentes vão “nascer”. A cronologia e sequência de erupção dos dentes decíduos podem ser influenciadas por uma série de fatores genéticos e ambientais. Assim, a idade e a ordem que os dentes “nascem” pode variar de criança para criança (CORRÊA-FARIA *et al.*, 2013).

Os dentes decíduos começam a ser formados no início da gestação. Quando o bebê nasce, já tem os dentes quase totalmente formados e esperando a hora de aparecer na boca (COPLE-MAIA, PRIMO, 2012). Normalmente, aos 6 meses de idade os dentes começam a erupcionar (nascer), entretanto, esse período pode variar (CORRÊA, 2010). Podem haver crianças que aos 4 meses de idade já tem dentes, e outras que aos 12 meses de idade podem ainda não ter, e essa variação é frequente e natural. Os pais não devem ficar ansiosos caso percebam que o dentinho está “demorando muito” para nascer, entretanto, o acompanhamento com o Odontopediatra é essencial para melhores orientações e diagnóstico de alguma alteração.

Os primeiros dentes que aparecem na boca do bebê, normalmente, são os incisivos centrais inferiores. Por volta dos 2 anos e meio de idade, a erupção dentária se completa e a criança comumente possui os 20 dentes decíduos na boca (CORRÊA, 2010), como mostra a figura 2.

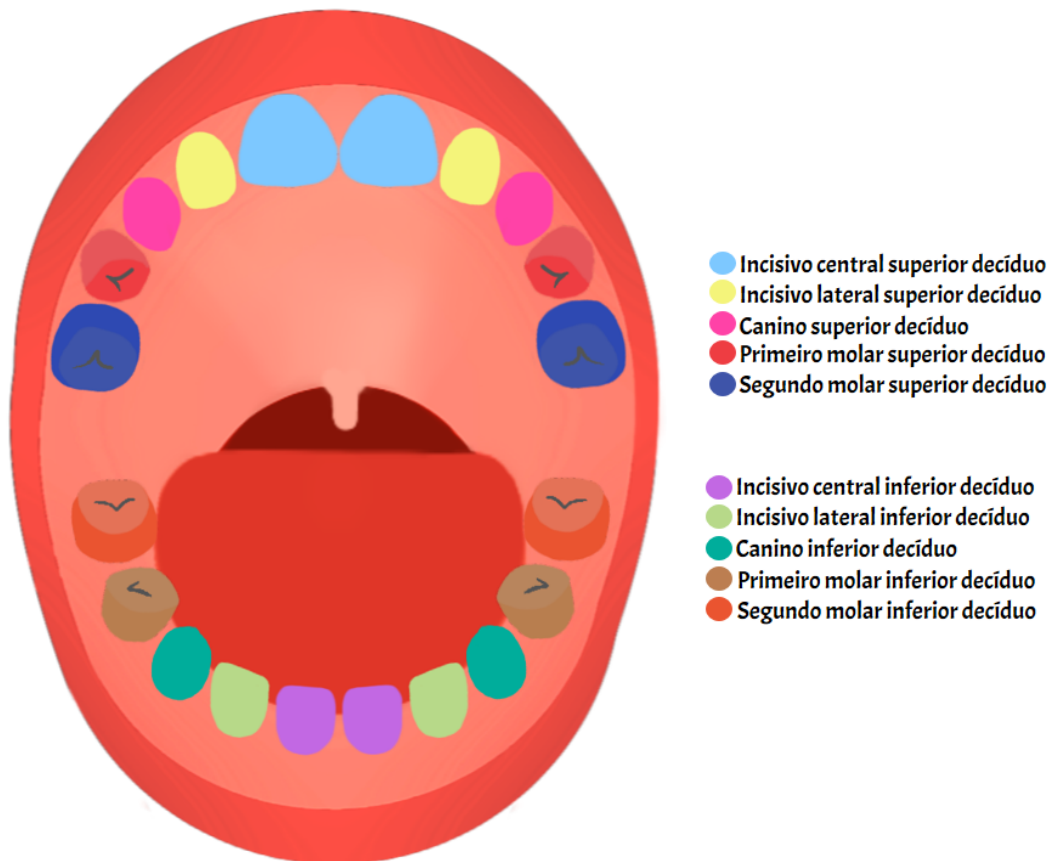
Figura 1 - Cronologia de erupção dos dentes decíduos.

DENTES	INFERIORES	SUPERIORES
Incisivos Centrais	06-08 meses	10 meses
Incisivos Laterais	09-11 meses	1 ano e 1 mês
Primeiros molares	1 ano e 4 meses	1 ano e 6 meses
Caninos	1 ano e 8 meses	1 ano e 10 meses
Segundos molares	2 anos e 4 meses	2 anos e 6 meses

Fonte: Arquivo pessoal, 2019.



Figura 2 - Os 20 dentes decíduos.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

Com a erupção dos dentes decíduos há uma melhora na mastigação, fala, estética e desenvolvimento e formação das arcadas dentárias da criança (COPLE-MAIA, PRIMO, 2012). Assim, faz-se essencial o acompanhamento do dentista Odontopediatra aliado a bons hábitos de higiene bucal e de dieta para que os dentes estejam saudáveis e presentes em boca até o momento de substituição pelos dentes permanentes.

Atenção: A sequência e cronologia de erupção dentária pode variar de criança para criança! Não se assuste se os dentes do seu filho nascerem antes ou depois do coleguinha! O importante é sempre ter o acompanhamento do Odontopediatra para avaliar se está tudo bem.

Sinais e Sintomas de erupção:

Próximo ao nascimento dos dentes decíduos, é comum a ocorrência de alguns desconfortos para o bebê. Entretanto, os pais devem sempre estar atentos a esses sinais e sintomas, pois nem sempre esses distúrbios estão relacionados com a erupção dentária. Na fase de erupção dos dentes, a criança apresenta menor resistência e maior facilidade de adquirir doenças e infecções, o que pode explicar uma coincidência entre a erupção



dos dentes decíduos e os sintomas gerais (COPLE-MAIA, PRIMO, 2012).

Os desconfortos relatados que podem surgir com mais frequência juntamente à erupção são coceira, diarreia, leve aumento da temperatura corporal, aumento da salivação, coriza, sono agitado, perda de apetite e consequente irritabilidade da criança. (RAMOS-JORGE, 2011; RAMOS-JORGE *et al.*, 2013; MASSIGNAN *et al.*, 2016).

O primeiro sinal da erupção dentária é o leve inchaço da gengiva que fica mais avermelhada na região onde o dente irá nascer (CORRÊA, 2010; MASSIGNAN *et al.*, 2016). É usual a criança levar a mão ou qualquer objeto à boca na tentativa de aliviar a coceira e incômodo. Esse hábito, pode levar à ocorrência de diarreias leves nesse período, por contaminação dos dedos ou objetos levados à boca (COPLE-MAIA, PRIMO, 2012).

Também tem sido relatada a perda de apetite da criança nessa fase. Durante a alimentação, a compressão da gengiva no local da erupção pode exacerbar a dor, levando o bebê à recusa dos alimentos (COPLE-MAIA, PRIMO, 2012). Outro sinal típico deste período envolve o aumento da salivação do bebê, que pode estar relacionado com a dor e desconforto experimentados pela criança no período de erupção (RAMOS-JORGE *et al.*, 2011; MASSIGNAN *et al.*, 2016). Com relação à febre, tem sido demonstrado que não há relação entre a erupção dentária e febre superior a 38°C (RAMOS-JORGE *et al.*, 2011). O que acontece é uma variação branda na temperatura, um aumento médio de 0,12°C um dia antes e um dia após a erupção do dente, como uma reação de hipersensibilidade local (RAMOS-JORGE *et al.*, 2011). Dessa forma, quando o bebê apresentar febre alta ou outros sintomas acentuados, eles não devem ser confundidos com sintomas da erupção dentária e o responsável deve procurar o médico Pediatra.

Todos esses desconfortos podem levar à irritabilidade e agitação do bebê de forma que ele não consegue dormir adequadamente e, consequentemente, torna-se mais irritado gerando um ciclo que se repete (COPLE-MAIA, PRIMO, 2012; MASSIGNAN *et al.*, 2016).

O processo de erupção dentária é natural, muito individual e os sintomas desaparecem rapidamente. É importante que os pais tenham conhecimento acerca da cronologia de erupção para fazer com que o bebê passe por essa fase de forma saudável e o mais confortável possível.



Lembrem-se: Os sinais e sintomas da erupção dentária são individuais, variam de criança para criança!

COMO ALIVIAR ESSES SINTOMAS?

A fim de aliviar os sintomas e promover segurança e conforto ao bebê, os pais podem oferecer mordedores de borracha resfriados e limpos que devem ser de material atóxico, como observado na figura 3. O uso desses mordedores resfriados provoca isquemia na região (redução do fluxo sanguíneo) e conseqüente alívio do desconforto do bebê (CORREA, 2010; COPLE-MAIA, PRIMO, 2012).

Figura 3 - Mordedores de borracha.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

Outra forma de aliviar o desconforto relacionado à erupção é a massagem da gengiva da criança com a pontas do dedo limpo e envolvido em gaze ou fralda úmida ou uma escova de dentes muito macia, por cerca de um a dois minutos (MEMARPOUR *et al.*, 2015).

Em algumas situações, em caso de muito incômodo, pode ser necessária a utilização de analgésicos. Porém, essas situações devem ser avaliadas pelo Odontopediatra e só ele poderá prescrever e orientar os responsáveis quanto a essa necessidade.



Outra observação importante é a NÃO recomendação da utilização de géis anestésicos para aliviar a dor da erupção dos dentes decíduos. Segundo o Comitê responsável pela segurança de fármacos e alimentos dos Estados Unidos (FDA), esses produtos podem causar uma condição chamada Metahemoglobinemia, que é rara, porém grave (FDA, 2011). Nessa condição, a quantidade de oxigênio transportada pelo sangue é reduzida e isso pode ser fatal. Após utilizar esse gel, a saliva da criança rapidamente limpa o local e a mãe tende a passar novamente, repetindo esse procedimento várias vezes, levando a uma alta dose ingerida. Além disso, o uso de géis anestésicos proporciona pouco ou nenhum benefício para o tratamento do desconforto bucal do bebê, uma vez que seu efeito é bem rápido.

É essencial que os pais deem muito carinho à criança e tenham paciência e consciência de que é uma fase de curta duração e de muita importância no desenvolvimento do bebê. A atenção e o cuidado dos pais podem ser eficazes para aliviar alguns desconfortos presentes nessa fase (MEMARPOUR *et al.*, 2015).

Lembrem-se: O momento de erupção dos dentes do bebê é uma fase, irá passar! Tenham calma! E em casos de dúvidas procurem o Odontopediatra e o Pediatra da criança.

REFERÊNCIAS

CORRÊA, M.S.N.P. *et al.* **Odontopediatria: na primeira infância**. Rio de Janeiro: Santos, 2010.

CORRÊA-FARIA, P.; LEITE-FARIA, L.; VIANA, A. N.; MARQUES, L. S.; FERREIRA, F. O.; RAMOS-JORGE, M. L. Factors associated with number of erupted primary teeth in Brazilian children: a cross-sectional study. **J Dent Child (Chic)**, v. 80, n. 3, p. 111-114, 2013.

CRADDOCK H.L.; YOUNGSON C.C. Eruptive tooth movement – the current state of knowledge. **British Dental Journal**, v. 197, p. 385-391.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. Risk of serious and potentially fatal blood disorder prompts FDA action on oral over-the-counter benzocaine products used for



teething and mouth pain and prescription local anesthetics. **FDA**, 2018. Disponível em: <<https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/risk-serious-and-potentially-fatal-blood-disorder-prompts-fda-action-oral-over-counter-benzocaine>>. Acesso em: 8 de Novembro de 2019.

KARDOS T.B. The mechanism of tooth eruption. **British Dental Journal**, v. 181, p. 91-95, 1996.

MAIA, L. C.; PRIMO, L. G. **Odontologia Integrada na infância**. Rio de Janeiro: Santos, 2012.

MASSIGNAN, C.; CARDOSO, M.; PORPORATTI, A. L.; AYDINOZ, S.; CANTO, G. D. L.; MEZZOMO, L. A. M. Signs and Symptoms of Primary Tooth Eruption: A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 137, n. 3, p. e20153501, 2016.

MEMARPOUR M.; SOLTANIMEHR E.; ESKANDARIAN T. Signs and symptoms associated with primary tooth eruption: a clinical trial of nonpharmacological remedies. **BMC Oral Health**, v. 15, p. 88, 2015.

RAMOS-JORGE, J.; RAMOS-JORGE, M. L.; MARTINS-JÚNIOR, P. A.; CORRÊA-FARIA, P.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. Mothers' reports on systemic signs and symptoms associated with teething. **J Dent Child (Chic)**, v. 80, n.3, p.107-110, 2013.

RAMOS-JORGE, J.; PORDEUS, I. A.; RAMOS-JORGE, M. L.; PAIVA, S. M. Prospective longitudinal study of signs and symptoms associated with primary tooth eruption. **Pediatrics**, v. 128, n. 3, p. 471-476, 2011.



Higienização bucal do bebê

Ana Beatriz Silva Lopes

Débora Souto Souza

Ana Cláudia Oliveira Teles

Elaine Chaves Franca

Henrique Costa dos Santos

Ludmylla Mara da Silva Teixeira

Sabrina Rodrigues Pinto

Izabella Barbosa Fernandes

Maria Letícia Ramos Jorge

O objetivo deste capítulo é conscientizar a família sobre a importância da higiene bucal do bebê e como realizá-la. Higienização bucal é tudo o que se faz para deixar a boca e os dentes bem limpos! Ela vai preservar os dentes decíduos, conhecidos como dentes de leite, até eles caírem e darem lugar aos dentes permanentes. Quando realizada de forma adequada, diminuirá os riscos de as crianças desenvolverem cárie dentária (KRALJEVIC, FILIPPI e FILIPP, 2017).

Se o bebê tem todos os dentinhos saudáveis, é bem provável que, quando for uma criança maior, ele continue com seus dentes saudáveis. Contudo, se o bebê tem uma lesão de cárie, o risco de ter outra lesão de cárie quando ficar mais velho é maior (LEROY e DECLERCK, 2013; LI e WANG, 2002).

A limpeza diária dos dentes é importante para evitar que restos de alimentos permaneçam na boca e nos dentes da criança após as refeições. Caso a higienização não seja realizada, os restos alimentares formarão uma placa sobre o dente, chamada de biofilme dentário, onde bactérias irão se aderir e produzir ácidos que causam a cárie (MANJI e FEJERSKOW, 1990).

Além disso, as bactérias presentes no biofilme dentário podem causar a inflamação da gengiva, sangramento e mau hálito. Na presença de uma lesão de cárie muito grande ou muito profunda, o bebê pode sentir dor de dente, não se alimentar



corretamente e, como consequência, isso pode prejudicar o seu processo de crescimento (FERNANDES *et al.*, 2017; FERRAZ *et al.*, 2014).

O comportamento da criança durante a higiene bucal em casa é gerenciado pelos pais ou responsáveis que podem promover ou desencorajar a criança na escovação dos seus dentes. Por isso, é importante que os responsáveis criem rotinas de cuidados da saúde bucal para “moldar” o comportamento da criança, mesmo quando ela faz birra durante a escovação (COLLETT *et al.*, 2015). Quando a criança reage de forma negativa, o responsável não deve interromper a atividade de escovação. Dessa forma, será possível estabelecer o hábito de higiene entre os responsáveis e seus filhos.

COMO POSSO PRESERVAR OS DENTES DE LEITE SEMPRE SAUDÁVEIS?

Para manter os dentes de leite sempre saudáveis é muito importante a colaboração dos pais/responsáveis. A higiene bucal é de inteira responsabilidade dos pais/responsáveis. O bebê não tem capacidade de fazer isso sozinho, pois ainda não desenvolveu uma coordenação motora adequada para pegar na escova e realizar os movimentos adequados. Também, frequentemente os bebês sugam a pasta de dentes da escova e/ou mastigam a escova de dente, sem que haja uma escovação real. Por esses motivos, é imprescindível a participação dos pais/responsáveis nas rotinas de escovação.

QUANDO E COMO REALIZAR A HIGIENIZAÇÃO DA BOCA DO BEBÊ?

Isso vai depender se já nasceu ou não o primeiro dentinho do seu bebê.

A partir do nascimento do primeiro dente da criança, a higienização é essencial. Antes dos dentes nascerem, a mãe pode optar por fazer ou não a limpeza da boca da criança com uma gaze ou fralda, uma vez ao dia (somente uma vez ao dia para não remover a proteção que o leite materno oferece para a boca da criança). Um passo a passo é demonstrado no quadro 1.

Ainda não existem estudos que demonstram vantagens ou desvantagens dessa higienização antes do nascimento dos dentes. Porém, acredita-se que limpar a boca do bebê antes de nascer o primeiro dente contribui para que ele se acostume com a manipulação da sua boca e alivie os desconfortos ocasionados pelo nascimento dos dentes (OLIVEIRA *et al.*, 2008).



Quadro 1 - Indicações para a higiene bucal.

Situação 1:	
O bebê não possui dentes	
Está indicada a higienização bucal?	Como proceder?
FICA À ESCOLHA DOS RESPONSÁVEIS	<p>Se os pais/responsáveis optarem por essa higienização:</p> <p>Higienizar APENAS uma vez ao dia.</p> <p>Você vai precisar de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uma gaze ou qualquer outro tecido macio limpo (por exemplo: fraldas de pano, toalha); 2. Água filtrada ou que tenha sido fervida (e já esteja morna ou fria). <p>Passos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O pai/responsável deve lavar as mãos antes de iniciar a higiene bucal do bebê. Isso é importante para não levar a sujeira das mãos para a boca do recém-nascido. ✓ Enrolar a gaze ou tecido limpo no dedo indicador (figura 1) e umedecer com a água filtrada ou fervida. Retire todo o excesso da água antes de começar a higienização para evitar que o bebê possa engasgar-se. <p>Inicie limpando a parte externa da boca do bebê, nos cantinhos onde pode acumular leite. Depois, vá para a limpeza dentro da boca do bebê, inicie pela gengiva, começando por toda parte superior e inferior da boca. Além disso, é importante limpar a parte anterior da língua (a ponta da língua) para finalizar a higiene bucal.</p>
Situação 2:	



O bebê já possui dente na boca.	
Está indicada a higienização bucal?	Como proceder?
SIM A higienização do dente está indicada.	<p>A higienização já deve ser feita com o uso de escova e pasta de dente. Pelo menos duas vezes ao dia. Quando há dois dentes ou mais, utilize também o fio dental.</p> <p>Utilize a escova de tamanho adequado e quantidade adequada de creme dental (ver final do capítulo).</p> <p>Passos:</p> <p style="padding-left: 40px;">Escovar todos os dentes na boca.</p> <p>É importante também escovar a língua para deixá-la sempre limpa e evitar o mau hálito.</p> <p>O fio dental deve ser usado para a limpeza entre os dentes, pois as cerdas da escova não têm a capacidade de limpar essa região.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Técnica de escovação: <p>Posicione a escova sobre os dentes próxima à gengiva e faça movimentos circulares (bolinhas) durante 10 segundos envolvendo sempre dois dentes. Percorra toda a superfície dentária voltada para a bochecha, depois nas faces internas (o lado do dente que é voltado para língua) e, por último, nas faces do dente que usamos para mastigação. As superfícies de mastigação dos dentes podem ser escovadas com movimentos de vai e vem.</p>

Fonte: ALOP, 2017.



Figura 1 - Gaze para higienizar boca do bebê.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

POSIÇÃO PARA HIGIENIZAR A BOCA DO BEBÊ:

Apoie o bebê da maneira que achar mais confortável. Uma ótima técnica é a posição joelho a joelho, na qual a criança ficará deitada no colo de duas pessoas e com a cabeça apoiada entre as pernas. Caso não conseguir apoiar o bebê nesta posição a mãe ou responsável poderá apoiar a criança deitada na cama ou no colo do responsável. O importante é realizar a higiene bucal do bebê da maneira mais confortável.

A seguir, a figura 2 mostra como será realizado o segundo passo:

Figura 2 - Apoio do bebê na posição joelho a joelho.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.



E A DEDEIRA DE SILICONE? POSSO HIGIENIZAR COM ELA?

NÃO pode higienizar com ela. A dedeira de silicone é um material que foi desenvolvido para massagear a gengiva do bebê antes do nascimento dos dentes, ajudando a aliviar os incômodos durante o surgimento dos primeiros dentinhos. É importante lembrar que a dedeira de silicone NÃO substitui a escova de dente do bebê. Sendo assim, quando o primeiro dente nascer, é sinal que chegou a hora de usar a escova de dente! A seguir, a figura 3 mostra como a dedeira de silicone pode ser utilizada no bebê.

Figura 3 - Utilização da dedeira de silicone para massagear a gengiva.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

DICAS PARA A ESCOVAÇÃO

É importante que o momento da escovação dos dentes seja prazeroso para a criança. Dessa forma, ela se tornará cada vez mais interessada e aberta ao ato de higienização de sua boca. Para isso, atividades explicativas e lúdicas como brincadeiras, músicas e vídeos são muito úteis, pois possibilitam que a criança comece a entender a importância desse ato de maneira leve e agradável.

A escolha da escova de dente merece atenção especial. O tamanho da cabeça da escova deve ser compatível com o tamanho da boca da criança, ou seja, pequena. A seleção das cerdas também é um fator importante e o recomendado é que elas sejam macias para não machucar a gengiva. A figura 4 mostra os tamanhos diferentes da cabeça da escova.



Figura 4 - Tamanhos de escovas.



Fonte: Arquivo pessoal, 2020.

Além disso, é importante que os responsáveis não coloquem tanta força para escovar os dentes das crianças, pois não é a força que proporciona a limpeza dos dentes e sim o modo e a frequência como os pais/responsáveis irão higienizar. A criança deve ter sua própria escova e não deve compartilhá-la com amigos ou familiares, evitando a transmissão de bactérias. Além disso, as escovas devem ser guardadas em ambiente limpo e seco. A troca da escova deve ser realizada de 3 em 3 meses ou então quando as cerdas estiverem desgastadas, abertas.

QUAL É A QUANTIDADE DE PASTA DE DENTE IDEAL?

Deve-se ficar atento à quantidade de pasta de dente a cada escovação. O indicado é que se coloque na escova de dente uma quantidade de pasta adequada à idade do bebê, conforme os exemplos a seguir:

- ✓ Bebês com 0 a 2 anos de idade: a quantidade de pasta de dente deverá ser semelhante a MEIO grão de arroz cru (figura 5);



Figura 5 - Quantidade de pasta de dente: meio grão de arroz cru.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

- ✓ Crianças com 3 a 5 anos de idade: A quantidade de pasta de dente deverá ser semelhante a UM GRÃO de arroz cru (figura 6);

Figura 6 - Quantidade de pasta de dente: um grão de arroz cru.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

- ✓ Acima de 5 anos de idade: A quantidade de pasta deverá ser semelhante a um grão de ervilha (figura 7).



Figura 7 - Quantidade de pasta de dente: um grão de ervilha.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

A escovação sempre deve ser supervisionada por um adulto para colocar a quantidade indicada de pasta e evitar acidentes como engolir o creme dental.

POSSO USAR A PASTA DE DENTE DO ADULTO NO BEBÊ?

Pode sim!

Mas essas pastas geralmente têm o gosto um pouco mais ardente em relação às pastas infantis. Então isso vai depender da aceitação do seu bebê. As pastas de dentes infantis geralmente têm cor e gosto mais agradáveis e isso pode estimular o bebê a aceitar melhor a escovação.

Mas tenha cuidado! O gosto mais agradável também pode incentivar as crianças a engolirem a pasta de dente e não desejamos isso, não é mesmo? Outro ponto que deve ser levado em consideração é o custo. Então a escolha é dos pais, de acordo com suas condições. O importante é que a escovação seja realizada e o creme dental esteja ligado às recomendações de acordo com cada idade.

PASTA DE DENTE COM FLÚOR, POSSO USAR?

SIM! DEVE!

Fazer a escovação já nos primeiros anos de vida, juntamente com um controle da dieta do bebê, é um grande passo para prevenir a cárie já nos primeiros anos de idade. Porém, outros recursos ainda podem ser usados para ajudar nessa prevenção, como por exemplo, o uso das pastas que contêm flúor. Mamães/responsáveis, vocês sabem qual



pasta de dente com flúor é a mais aconselhável para o seu bebê? Continuem atentos, pois iremos aprofundar esse tema e esclarecer todas as dúvidas.

Existem diferentes tipos, marcas e preços de pasta de dente no mercado. A principal dúvida dos pais/responsáveis é em relação ao uso da pasta com flúor em seu filho e se precisa ser uma pasta específica para crianças. A resposta a esse questionamento é que a pasta deve sim ter flúor e os pais/responsáveis não precisam comprar um creme dental infantil específico para criança. A remoção do biofilme (aquela sujeira com bactérias que fica no dente) da superfície dentária através da escovação com pasta fluoretada é o método mais efetivo para manter os dentes saudáveis.

Sendo assim, as crianças podem usar as mesmas pastas que os adultos. Deve-se ficar atento é se na pasta de dente a quantidade de flúor é eficiente para prevenir lesões de cárie severa (Flúor: quantidade no rótulo da pasta vem acompanhada da sigla “ppm”, que significa: partes por milhão) (ALOP, 2017).

QUAL A QUANTIDADE DE FLÚOR EM UMA PASTA DE DENTE PARA UMA CRIANÇA DE ATÉ 3 ANOS DE IDADE?

A quantidade de flúor em uma pasta de dente para que essa tenha efeito protetor contra cárie, é de no mínimo 1100 partes por milhão (1100 ppm) de flúor. O valor adequado permite variação entre 1100 ppm até 1500 ppm. Esses valores são recomendados pelo Ministério da Saúde e pela Associação Dentária Americana, desde o nascimento do primeiro dente. Estas informações vêm no rótulo da pasta de dente e devem ser conferidas antes da compra (figura 8) (BRECHER; LEWIS, 2018). Caso a quantidade de pasta de dente com flúor não seja adequada na escova, excedendo o indicado, a criança pode desenvolver fluorose.

Figura 8 - Quantidade de flúor que vem no rótulo do creme dental em partes por milhão (ppm).



O QUE É FLUOROSE?

Fluorose é uma alteração no dente que pode se apresentar como linhas brancas finas ou um aspecto totalmente opaco e, em casos mais graves, apresentar coloração marrom e até mesmo provocar depressões na superfície do dente, como observado na figura 10. A fluorose ocorre quando é feita uma ingestão EXCESSIVA de flúor no período de desenvolvimento do dente, ou seja, em um momento em que o dente está se formando ainda dentro do osso (CARVALHO *et al.*, 2010). Após o nascimento do dente, este não poderá mais desenvolver fluorose.

Figura 9 - Manchas da fluorose.



Fonte: ROMERO *et al.*, 2018.

A ingestão excessiva de flúor ocorre quando a escovação não é realizada/supervisionada por um adulto. Para evitar a fluorose, é necessário que a mãe ou responsável esteja presente com a criança na hora da escovação e se encarregue de colocar na escova de dente a quantidade correta de pasta com flúor, bem como monitorar a criança para cuspir a pasta de dente com a saliva durante a escovação (ALOP, 2017).

Esses cuidados são importantes para a proteção necessária contra a cárie e ao mesmo tempo assegurar que a criança não tenha fluorose. Sempre guarde a pasta de dente longe do alcance de seus bebês. Algumas pastas dentais podem ter cor e gosto atrativos e a criança pode querer comê-la se não houver um adulto por perto.

QUANTAS VEZES AO DIA É INDICADA A ESCOVAÇÃO?

Indica-se que a escovação seja realizada duas vezes ao dia para que a pasta com flúor exerça seu papel de prevenir o desenvolvimento da cárie (BRECHER e LEWIS,



2018; ALOP, 2017; WIGEN e WANG, 2014). Recomenda-se que uma dessas escovações seja feita a noite, após a última refeição.

É importante que os responsáveis não deixem os bebês escovarem os seus dentes sozinhos, com creme dental. Mas é importante deixar a criança escovar os dentes somente com a escova, para que crie o hábito e se sinta capaz. Ao acompanhar uma criança, os pais ou responsáveis devem estar atentos para que a criança não engula ou engula o mínimo possível da pasta de dente, principalmente nos três primeiros anos de vida, quando a criança ainda não sabe cuspir de forma eficiente.

Esse acompanhamento é importante, pois o flúor da pasta de dente, quando INGERIDO EM EXCESSO, pode trazer prejuízos para o bebê, como, por exemplo, a fluorose. Por isso a importância de atestar a quantidade de creme dental para cada idade. A forma de se evitar o excesso de ingestão do flúor é utilizar a quantidade adequada de pasta de dente com a quantidade adequada de flúor e com a escovação supervisionada pelos responsáveis. Assim, evita-se a fluorose e se mantém o benefício de prevenir a cárie dentária.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA ESCOVAÇÃO À NOITE?

É comum os pais ou responsáveis oferecerem mamadeiras com leite, copos de suco, bolachas, frutas, entre outros alimentos antes de os bebês irem dormir (quando a introdução alimentar já se iniciou). Essa prática é quase uma crença, sendo considerado um método de acalmar e preparar a criança para o sono. Esse hábito alimentar noturno, sem a escovação depois da ingestão, é uma das causas relacionadas à ocorrência de cárie em crianças. Isso acontece porque, se a criança não escova os dentes antes de ir dormir, ficam restos de comida na cavidade bucal que servem como fonte de alimento para as bactérias que causam a cárie (HÁ e DO, 2018).

É importante ressaltar que o açúcar não acalma, pois ele é estimulante. Então, ao se oferecer algum alimento com açúcar na intenção de acalmar a criança antes de dormir, na realidade pode ter efeito reverso e a criança demorar mais para dormir. Outra questão importante é o fato de que, no período da noite, a quantidade de produção de saliva diminui. A saliva é um líquido transparente, produzido na boca, que ajuda na proteção bucal e isso é importante para prevenir o surgimento da cárie. Durante o sono, todos nós produzimos uma menor quantidade de saliva e, conseqüentemente, a proteção bucal vai ser menor (NISHIDE *et al.*, 2019). Uma das formas de se compensar essa menor proteção é realizando a higiene bucal logo após as refeições noturnas.



COMO DEVO GUARDAR A ESCOVA DE DENTE?

É recomendado que, após cada escovação, as cerdas da escova de dente sejam limpas com água e bem secas para evitar o crescimento de bactérias. É importante guardar a escova em um ambiente seco e, sempre que possível, que as cerdas da cabeça da escova sejam protegidas para evitar contaminação, como por exemplo, em um porta-escovas com tampa (figura 8). Importante higienizar também o porta-escovas.

Figura 10 - Tipos de porta escova.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

PRECISO MESMO USAR O FIO DENTAL?

Pelo menos uma vez ao dia o fio dental deve ser utilizado, de preferência a noite, após a última refeição. É indicado quando já tiver dois dentinhos de leite na boca do bebê, um ao lado do outro.

Quando ocorre a erupção (nascimento) de outros dentes de leite, os espaços entre os dentes começam a diminuir (até os 3 anos) e, dessa forma, a escova de dente não consegue limpar entre um dente e outro. Assim, os pais/responsáveis devem usar o fio dental nas crianças ANTES da escovação (ALOP, 2017; MAZHARI *et al.*, 2018), para remover os alimentos retidos entre os dentes. Ordem da limpeza: primeiro o uso do fio dental, em seguida faz-se a escovação.

O fio dental chega a regiões que a escova não consegue alcançar. Seu uso evita o acúmulo de alimentos que, como já mencionado, é fonte de nutrientes para as bactérias responsáveis pela formação da cárie. Nos primeiros anos, a criança não tem habilidade motora para realizar essa função, ficando para os pais/responsáveis realizarem essa tarefa tão importante.



Para finalizarmos...

A higienização bucal é a principal abordagem para reduzir ou remover o aglomerado de bactérias e restos de alimentos das superfícies dos dentes, principalmente antes de dormir (HÁ e DO, 2018). A escovação dentária também é um meio de fornecer exposição frequente adequada ao flúor, sendo ele um importante produto preventivo da cárie.

- ✓ Importante: se por algum motivo você NÃO possuir uma escova de dente em mãos, mas sabe da importância da higienização bucal e deseja muito limpar os dentes do bebê naquele momento, utilize uma gaze, uma fralda ou qualquer pano limpo umedecido e limpe os dentes do seu bebê! Não é a melhor técnica, mas é melhor do que nenhuma limpeza!

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE ODONTOPEDIATRIA - ALOP. **Guia de Saúde Bucal para Pediatras**. 2017.

BRECHER, E. A.; LEWIS, C. W. Infant Oral Health. **Pediatric Clinics**, v. 65, n. 5, p. 909-921, 2018.

CARVALHO R. W. F.; VALOISR. B. V.; SANTOSC. N. A.; MARCELLINIP. S.; BONJARDIML. R.; OLIVEIRA C. *et al.* Study of the prevalence of dental fluorosis in Aracaju. **Ciencia & saude coletiva**, v. 15, p. 1875-1880, 2010.

COLLETT, B. R.; HUEBNER, C. E.; SEMINARIO, A. L.; WALLACE, E.; GRAY, K. E.; SPELTZ, M. L. Observed child and parent toothbrushing behaviors and child oral health. **International journal of paediatric dentistry**, v. 26, n. 3, p. 184-192, 2016.

FERNANDES, I.B.; PEREIRA, T.S.; SOUZA, D.S.; RAMOS-JORGE, J.; MARQUES, L.S.; RAMOS-JORGE, M.L. Severity of dental caries and quality of life for toddlers and their families. **Pediatric Dentistry**, v. 39, n. 2, p. 118-123, 2017.

FERRAZ, N.K.; NOGUEIRA, L.C.; PINHEIRO, M.L.; MARQUES, L.S.; RAMOS-JORGE, M.L.; RAMOS-JORGE, J. Clinical consequences of untreated dental caries and toothache in preschool children. **Pediatric dentistry**, v. 36, n. 5, p. 389-392, 2014.



HA, D. H.; DO, L. G. Early Life Professional and Layperson Support Reduce Poor Oral Hygiene Habits in Toddlers—A Prospective Birth Cohort Study. **Dentistry journal**, v. 6, n. 4, p. 56, 2018.

KRALJEVIC, I.; FILIPPI, C.; FILIPPI, A. Risk indicators of early childhood caries (ECC) in children with high treatment needs. **Swiss dental journal**, v. 127, n. 5, p. 398-410, 2017.

LEROY, R.; DECLERCK, D. Impact of caries onset on number and distribution of new lesions in preschool children. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 23, n. 1, p. 39-47, 2013.

LI, Y.; WANG, W. Predicting caries in permanent teeth from caries in primary teeth: an eight-year cohort study. **Journal of dental research**, v. 81, n. 8, p. 561-566, 2002.

MANJI, F.; FEJERSKOV, O. Dental caries in developing countries in relation to the appropriate use of fluoride. **J Dent Res.**, n. 69, p. 733-741; Fev. 1990.

MAZHARI, F.; BOSKABADY, M.; MOEINTAGHAVI, A.; HABIBI, A. The effect of toothbrushing and flossing sequence on interdental plaque reduction and fluoride retention: A randomized controlled clinical trial. **J Periodontol.**, n 89, p 824-832; Jul. 2018.

NISHIDE, S.; YOSHIHARA, T.; HONGOU, H.; KANEHIRA, T.; YAWAKA, Y. Daily life habits associated with eveningness lead to a higher prevalence of dental caries in children. Japão. **Journal of Dental Sciences** V. 14, Issue 3, P. 302-308; Set. 2019.

OLIVEIRA, D.F.S.; MOURA H. G; DE OLIVEIRA J. A. Higiene Bucal de Bebês de 0 a 6 meses. **Revista Científica do ITPAC**, V.1, N.1, Jul. 2008. Disponível em: <<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/11/6.pdf>> Acesso em: 26 de out. 2019.

ROMERO M. F.; BABB C. S.; DELASH J.; WILLIAM W. B. Minimally invasive esthetic improvement in a patient with dental fluorosis by using microabrasion and bleaching: clinical report. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, Copyright ©. 2018.

WIGEN, T.I.; WANG, N.J. Tooth brushing frequency and use of fluoride lozenges in children from 1.5 to 5 years of age: a longitudinal study. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2014;42(5):395-403. doi:10.1111/cdoe.12094



O que fazer quando o bebê bate o dentinho?

Maria Eliza da Consolação Soares

Ana Luiza Reino Silva

Luana Viviam Moreira

Taiane Oliveira Souza

Caroline de Oliveira Rodrigues

Érika Juliane Mendes Rocha

Gabriela Cristina Cosme Sales

Larissa de Souza Mourão

Ednele Fabyene Primo Miranda

O traumatismo dentário é relativamente comum entre crianças e considerado um problema importante de saúde pública. Os estudos mostram que 22,7% das crianças já sofreram algum tipo de traumatismo nos dentes de leite (PETTI, GLENDOR e ANDERSSON, 2018).

O traumatismo pode envolver os dentes, ossos e/ou gengiva e pode ser caracterizado pela fratura (quebra) ou rompimento do dente e das estruturas que o fixam no osso (MALMGREN *et al.*, 2016). São vários os tipos de traumatismos dentários, podendo ocorrer desde uma trinca na superfície mais externa do dente (que chamamos de esmalte) até a sua perda definitiva. Mesmo que a criança não apresente alterações clínicas (percebidas visualmente) nos dentes ou na boca, podem ocorrer vários tipos de complicações que só serão vistas através de radiografias e/ou durante o acompanhamento (RODRIGUES *et al.*, 2015). Portanto, somente o dentista poderá realizar o diagnóstico, avaliar a gravidade e propor o tratamento adequado (MALMGREN *et al.*, 2016).

As crianças que sofrem traumatismo dentário podem apresentar um impacto negativo na sua qualidade de vida e na de suas famílias (BORGES *et al.*, 2017), como por exemplo, alterações estéticas e funcionais na criança e psicológicas e sociais no contexto familiar (AGOSTINHO *et al.*, 2015).



Considerado uma situação de urgência, os atendimentos à criança com traumatismo dentário devem ser realizados imediatamente. O tempo de espera no atendimento influencia diretamente no resultado do tratamento após o traumatismo (MALMGREN *et al.*, 2016).

Caso o tratamento não seja realizado de forma adequada, a criança poderá apresentar uma piora na sua qualidade de vida (PORRITT *et al.*, 2015), pois o traumatismo além de afetar o dente de leite pode causar alterações na coloração e até a sua perda. Além disso, pode desencadear má formação e alterações no dente permanente, como por exemplo, manchas amareladas ou esbranquiçadas na coroa (parte visível do dente na boca da criança) (ANDREASEN, 2018).

O motivo mais comum das crianças apresentarem traumatismos dentários são as quedas (FILHO *et al.*, 2014). No entanto, algumas características orais da criança podem aumentar as chances de ocorrência do traumatismo, como por exemplo:

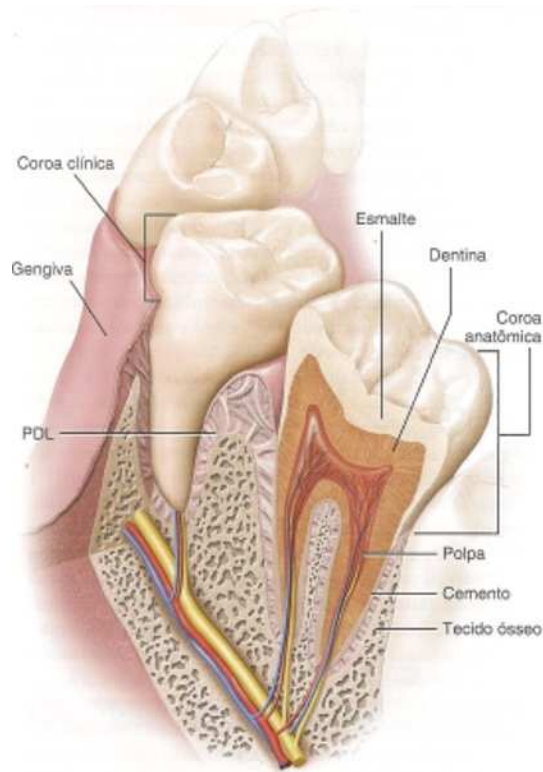
- ✓ Apresentar os dentes anteriores superiores mais protuídos (mais para frente) (BORN *et al.*, 2019).
- ✓ Não apresentar um selamento labial adequado (a criança precisa fazer força para conseguir fechar os lábios) (CORRÊA-FARIA *et al.*, 2015).
- ✓ Apresentar mordida aberta anterior (os dentes da frente não se unem no fechamento da boca. Há um espaço entre os dentes superiores e inferiores) (PRIMO- MIRANDA *et al.*, 2019).

TIPOS DE TRAUMATISMO DENTÁRIO

Para que possamos falar dos tipos de traumatismo dentário é fundamental o conhecimento das estruturas que compõem o dente. Sendo elas: esmalte (tecido mais superficial), dentina (estrutura posterior ao esmalte), cemento (tecido que recobre a superfície da raiz) e polpa (tecido mais interno do dente que contém nervos e vasos sanguíneos) (MALMGREN *et al.*, 2016). As estruturas do dente estão representadas na figura 1.



Figura 1 - Estrutura dos dentes.



Fonte: ANTÔNIO NANCE, 2013.

Existem alguns tipos de classificações para os traumatismos dentários. Estas classificações são importantes para o diagnóstico e avaliação da sua gravidade. Quando há uma fratura do dente, esta pode ser menos grave, acometendo somente o esmalte como observado na figura 2 A, ou apresentar maior gravidade com exposição da polpa como apresentado na figura 2 B, ou pode haver fratura da raiz como observado na figura 2 C (MALMGREN *et al.*, 2016).

No entanto, como o osso da criança é menos duro que o osso dos adultos, muitas vezes o dente não apresenta fratura, mas as suas estruturas de suporte são abaladas. Dessa forma, o dente pode ser deslocado para os lados, para dentro como apresentado na figura 3, ou para fora do osso. Em casos mais graves, o dente traumatizado pode sair completamente de dentro do osso (MALMGREN *et al.*, 2016).



Figura 2 A - Fratura de esmalte.



Fonte: GUEDES-PINTO, 2016.

Figura 2 B - Fratura complicada de coroa.



Fonte: GUEDES-PINTO, 2016.

Figura 2 C - Fratura radicular.



Fonte: CAMERON, 2012.

Figura 3 - Luxação intrusiva.



Fonte: GUEDES-PINTO, 2016.

MEDIDAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM CASOS DE TRAUMATISMO DENTÁRIO

O traumatismo dentário é uma situação de urgência comum na primeira fase da infância. No entanto, devido à falta de conhecimento dos pais ou responsáveis, ou ainda, pelo fato da primeira consulta ser realizada em pronto-atendimentos, postos de saúde ou clínicas médicas, muitas vezes a avaliação do dentista acaba não sendo imediata (GUEDES-PINTO, 2016). Dessa forma, é importante levar a criança para que o dentista avalie os casos de traumatismo dentário, mesmo que ela já tenha sido atendida por outro profissional de saúde (GUEDES-PINTO, 2016).

Em lesões que acometem os tecidos que sustentam os dentes, é recomendado que os pais ofereçam ao bebê, de preferência, alimentos macios, líquidos ou pastosos, além de remover os hábitos de sucção (chupar dedo, chupeta e mamadeira) para que o local acometido possa se recuperar mais rapidamente (GUEDES-PINTO, 2016).

Nos casos de fratura (quebra) do dente é importante que o responsável encontre o fragmento (pedaço do dente) e o armazene em um pote com soro fisiológico, leite ou



água (em temperatura ambiente, não devendo a água estar gelada ou fervente). Caso o dente seja avulsionado (saída por completo da boca), o mesmo deve ser segurado somente pela coroa (parte que fica fora da gengiva) e lavado em água durante 10 segundos sem esfregar (ANDREASEN, 2018). Após isso, deve ser armazenado em um pote com soro fisiológico, leite ou água e o dentista deve ser procurado imediatamente. Não se deve tentar colocar o dente no lugar, pois somente o dentista poderá avaliar a possibilidade dessa conduta (ANDREASEN, 2018).

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS APARENTES NA CRIANÇA

A criança pode vir a apresentar alguns sinais e sintomas após o traumatismo dentário, são eles: dor, presença de sensibilidade (ao toque, ao quente ou frio), sangramento, inchaço na região traumatizada, mobilidade e/ou mudança de posição e cor do dente (GUEDES-PINTO, 2016).

Contudo, mesmo se a criança não apresentar nenhum dos sinais e sintomas relatados acima, um dentista deve ser consultado para fazer sua avaliação e acompanhamento (ANDREASEN, 2018).

QUAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PROCURAR EM CASOS DE TRAUMATISMO DENTÁRIO?

É de fundamental importância procurar o dentista imediatamente em acidentes que envolvam a boca do bebê. Quanto mais rápido for esse atendimento, menores serão as consequências do traumatismo. Contudo, em casos que a criança apresente sintomas como náuseas, amnésia (perda de memória), vômito e desmaio, é necessário que se procure primeiramente um atendimento médico e logo após o atendimento odontológico (ANDREASEN, 2018).

O tempo ideal entre o acidente e a consulta com o dentista é de no máximo duas horas. Quanto mais rápido e efetivo for o atendimento à urgência, maiores são as chances de sucesso no tratamento (TOLEDO *et al.*, 2012).



O QUE PODE ACONTECER COM O DENTE DE LEITE TRAUMATIZADO E COM O SEU SUCESSOR PERMANENTE?

No interior do dente existe uma estrutura rica em vasos sanguíneos e nervos, chamada polpa, esse complexo pode sofrer inúmeras alterações após um traumatismo dentário (MALMGREN *et al.*, 2016).

Algumas consequências do traumatismo dentário:

1) Alteração de cor do dente: A cor se modifica, principalmente, devido a saída de sangue da polpa para as outras partes do dente. O dente pode se tornar acinzentado como observado na figura 4, amarelo ou amarronzado. Com o tempo, a cor normal pode voltar ou o dente ficar mais escuro, necessitando sempre de um acompanhamento com o dentista para avaliação sobre possíveis tratamentos (GUEDES-PINTO, 2016).

Figura 4 - Mudança de cor no dente traumatizado.



Fonte: GUEDES-PINTO, 2016.

2) Morte da polpa: Nem sempre a alteração de cor é um indicativo de que houve necrose pulpar (morte da polpa). Por isso, outros sinais clínicos são observados pelo dentista para concluir este diagnóstico. O surgimento de uma bolinha avermelhada (fístula) como apresentado na figura 5, e outras alterações na gengiva, além de dor espontânea e mobilidade (amolecimento do dente), são sinais de alerta para a ocorrência de necrose pulpar (GUEDES-PINTO, 2016). Somente o cirurgião dentista é capaz de avaliar corretamente o estado de saúde da polpa.



Figura 5 - Sinal clínico de necrose pulpar, presença de fistula



Fonte: GUEDES-PINTO, 2016.

3) Perda precoce do dente de leite:

As raízes dos dentes de leite sofrem um processo chamado esfoliação que é a destruição gradativa da raiz do dente, causada naturalmente pelo organismo da criança para que eles caiam, dando lugar aos dentes permanentes. No dente traumatizado, esse processo de destruição da raiz é acelerado. Com isso, pode haver perda precoce do dente de leite (KIMURA, 2017).

Além das alterações no próprio dente que foram citadas anteriormente, é preciso considerar os riscos ligados às consequências desse traumatismo ao dente permanente que irá nascer no espaço deixado pelo dente de leite. Durante a infância o dente permanente está sendo formado dentro do osso (LENZI *et al.*, 2015).

As consequências em dentes permanentes após o traumatismo nos dentes de leite podem variar de acordo com o tipo do traumatismo, a idade da criança e se houve alguma alteração no osso mais próximo do dente traumatizado (MALMGREN *et al.*, 2016). As complicações mais observadas nos dentes permanentes após traumatismo nos dentes de leite são: má formação, hipoplasia de esmalte (má formação da camada mais externa do dente) como observado na figura 6, interrupção da formação do dente, defeitos na textura e posicionamento do dente permanente (LENZI *et al.*, 2015).



Figura 6 - Hipoplasia de esmalte.



Fonte: GUEDES-PINTO, 2016.

PREVENÇÃO

O traumatismo em dentes de leite é mais recorrente em crianças de 1 a 3 anos de idade, pois é quando a coordenação motora ainda está em desenvolvimento. Assim, a criança tende a sofrer mais quedas e acidentes, aumentando o risco de envolvimento dos dentes (PETTI, GLENDOR e ANDERSSON, 2018).

Segundo Ribeiro (2018), para bebês, é recomendado que o uso de andadores seja evitado e não mantenha-se móveis de fácil acesso às crianças na casa. Sempre que possível, deve-se proteger as quinas e gavetas desses móveis para evitar acidentes. Quando as crianças vão crescendo, é importante evitar ainda, uso de meias e pisos molhados e para aquelas que praticam esportes, é indispensável o uso de protetores bucais.

A prevenção dos episódios de traumatismo dentário está associada aos cuidados gerais com a criança, por exemplo, adequar o ambiente para que seja seguro, dispor de utensílios e brinquedos adequados para a idade da criança e não deixá-la sem a supervisão de um adulto responsável. É importante ainda, evitar situações que facilitem a queda ou que a criança possa bater a boca, por exemplo, uso de carrinho sem cinto de segurança, uso de calças/macacões maiores que a criança e brinquedos espalhados pelo chão (WANDERLEY *et al.*, 2014).

Uma boa maneira de prevenir o traumatismo é evitando o desenvolvimento da má oclusão (posição incorreta, falta ou excesso de espaço dos dentes e/ou desenvolvimento inadequado de ossos da face) na infância. O aleitamento materno e uso restrito de mamadeira e chupeta podem contribuir para a diminuição do risco da criança



desenvolver mordida aberta (uma má oclusão fortemente ligada a maiores chances de ocorrência de traumatismo nos dentes de leite) (WANDERLEY *et al.*, 2014). Assim, é recomendado aos pais e responsáveis a não utilização e/ou retirada dos hábitos de sucção (chupar dedo, chupeta e mamadeira) o mais cedo possível (GUEDES-PINTO, 2016).

Então, se meu bebê bateu a boquinha o que devo fazer?

Segundo a Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED), em caso de traumatismo deve-se:

- 1) Entrar em contato com o dentista imediatamente ou buscar atendimento em alguma unidade de urgência mais próxima.
- 2) Se você encontrar o dente perdido do seu filho ou parte dele, deve-se armazená-lo em um recipiente com soro fisiológico, leite ou água filtrada e levá-lo para o atendimento. Em alguns casos, é possível que o Odontopediatra possa reimplantar o dente ou fazer a colagem de um fragmento perdido.
- 3) Caso seu filho apresente vômito, desmaio, sonolência ou dor de cabeça após o traumatismo, o atendimento médico deve ser realizado primeiramente.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, H. A.; FURTADO, I.A.; SILVA, F.S.; USTRELL, T. J.; *et al.* Cephalometric evaluation of children with allergic rhinitis and mouth breathing. **Acta Med Portuguesa**, v. 28, p. 316 - 321, 2015.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. **Wiley Blackwell**. 5nd ed. Oxford: England, 2018.



BORGES, T. S.; VARGAS-FERREIRA, S.; KRAMER, P.F.; FELDENS, C.A. Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and meta-analysis. **Plos One**, v. 12, 2017.

BORN, C. D.; JACKSON, T.H.; KOROLUK, L.D.; DIVARIS, K. Traumatic dental injuries in preschool-age children: Prevalence and risk factors. **Clin Exp Dent Res**, v. 5, p. 151-9, 2019.

CAMERON, A. C. **Manual de Odontopediatria**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CORRÊA-FARIA, P.; PAIVA, S. M.; PORDEUS, I.A.; RAMOS-JORGE, M. L. Influence of clinical and socioeconomic indicators on dental trauma in preschool children. **Braz Oral Res**, v. 29, p. 1-7, 2015.

FILHO, P.M.; JORGE, K.O.; PAIVA, P.C.; FERREIRA, E.F.; RAMOS-JORGE, M.L.; ZARZAR, P. M. The prevalence of dental trauma and its association with illicit drug use among adolescents. **Dent Traumatol**, v. 30, p. 122-7, 2014.

GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 9. ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2016.

KIMURA, J.S. **Associação entre a ocorrência de reabsorção radicular externa e a perda precoce de incisivos decíduos traumatizados: estudo de coorte histórico**. 2017. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

LENZI, M.; ALEXANDRIA, A. K.; FERREIRA, D. M.; MAIA, L. C. Does trauma in the primary dentition cause sequelae in permanent successors? A systematic review. **Dental Traumatol**, v. 31, p. 79-88, 2015.

MALMGREN, B.; ANDREASEN, J.O.; FLORES, M.T.; ROBERTSON, A.; DIANGELIS, A.J.; ANDERSSON, L.; *et al.* Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 3. Injuries in the Primary Dentition. **Pediatr Dent**, v. 38, p. 377-85, 2016.

MASSARA, M.L.A.; REDUA, P.C.B. **Manual de Referência Associação Brasileira de Odontopediatria**. 2. ed. Santos: Santos Lta, c2013. Disponível em:



<<http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-21-Abordagem-do-Traumatismo-Dentario.pdf>> Acesso em: 07/11/2019.

NANCI, A. **Ten Cate Histologia Oral**. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PETTI, S.; GLENDOR, U.; ANDERSSON, L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries. **Dent Traumatol**, V. 34, p. 71-86, 2018.

PORRITT, J. M.; RODD, H. D.; BAKER, S. R. Childhood dental injuries: A resiliency model of adaptation. **Br. Dent. J**, v. 25, p. 267-81, 2015.

PRIMO-MIRANDA, E.F.; RAMOS-JORGE, M.L.; HOMEM, M.A.; DE SOUZA, D.S.; STETLER, A.D.; RAMOS-JORGE, J.; *et al.* Association between occlusal characteristics and the occurrence of dental trauma in preschool children: a case-control study. **Dent Traumatol**, v. 35, p. 95-100, 2019.

RIBEIRO, L.C.C. **Gestante em foco: o cuidado à família, à mulher e à criança**. DIAMANTINA: UFVJM, 2018.

RODRIGUES, A. S.; CASTILHO, T.; ANTUNES, L. A. A.; ANTUNES, L. S. Perfil epidemiológico dos traumatismos dentários em crianças e adolescentes no Brasil. **Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 17, p. 267-78, 2015.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: Fundamentos Para a Prática Clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.

WANDERLEY, M.T.; WEFFORT, I.C.C.; KIMURA, J. S.; DE CARVALHO P. Trauma in primary teeth: understanding its complexity. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, v. 68, 2014.





Quando e porquê levar o bebê ao Odontopediatra?

Bianca Cristina Lopes da Silva

Ana Caroline Alves Duarte

Ana Luíza de Assis Avelino

Angélica Beatriz Rodrigues

Lara Oliveira Freitas

Patrícia de Souza

Rafaela Luana Mendes Ireno

Raul Augusto Ribeiro Otoni

Thais Amanda Azevedo

Vanessa Silva de Rezende

Por muitos anos, a ideia de se procurar um profissional da saúde sempre foi associada ao tratamento de doenças. Com o dentista não é diferente, pois, o que motiva o paciente a procurar esse profissional é principalmente a queixa de dor. Mas, no estágio atual do conhecimento sobre saúde bucal, tem-se adotado um modelo de abordagem focado principalmente na prevenção das doenças bucais, voltado para um caráter mais informativo e motivacional, além de envolver tratamentos preventivos e pouco invasivos (evitando o uso de aparelhos rotatórios, anestesia e preservando ao máximo a estrutura dentária). No caso das crianças, é fundamental o envolvimento da família para o sucesso de qualquer tratamento. E quanto mais cedo os pais e responsáveis forem informados sobre as doenças mais comuns, as formas de prevenção e o que fazer quando surgir alguma alteração, menos frequentes serão as ocasiões de visita ao dentista para tratamentos complexos.

A Odontopediatria é uma das especialidades da Odontologia que mais trabalha a prevenção (AAPD, 2018a). Mesmo que em muitos casos seja necessário o tratamento restaurador ou curativo, seu principal objetivo é prevenir doenças. Assim, o ideal é que a primeira consulta da criança com o Odontopediatra seja no máximo com 1 ano de idade, mesmo antes do surgimento dos dentes, porque é nessa fase que os responsáveis



estabelecem os hábitos de higiene e alimentares de seus filhos (AAPD, 2018b).

Entre as preocupações mais frequentes dos responsáveis na primeira consulta é quando deve aparecer o primeiro dente de leite na boca. A idade de surgimento dos dentes de leite pode variar, mas normalmente se inicia a partir do sexto mês de vida, podendo adiantar ou atrasar sem prejuízos para a saúde da criança (RAMOS-JORGE *et al.*, 2018). Os vinte dentes de leite normalmente estão presentes na boca até por volta dos 2 anos de idade (RUIZ, 2019b).

Alguns bebês podem já nascer com um ou mais dentes, ou ter um surgimento precoce nos primeiros vinte e oito dias de vida. São os chamados dentes natais e neonatais, respectivamente (NEVILLE, 2016). Nesses casos, o exame clínico bucal e a radiografia odontológica são fundamentais para a avaliação da manutenção ou remoção do dente. Caso o dente seja mantido e apresente bordas cortantes, é feito um arredondamento na incisal (borda) dos dentes, afim de evitar trauma no ventre da língua. Caso o dente seja removido, se necessário, o Odontopediatra irá acompanhar e atuar no restabelecimento da estética e função do dente extraído (RUIZ, 2019a).

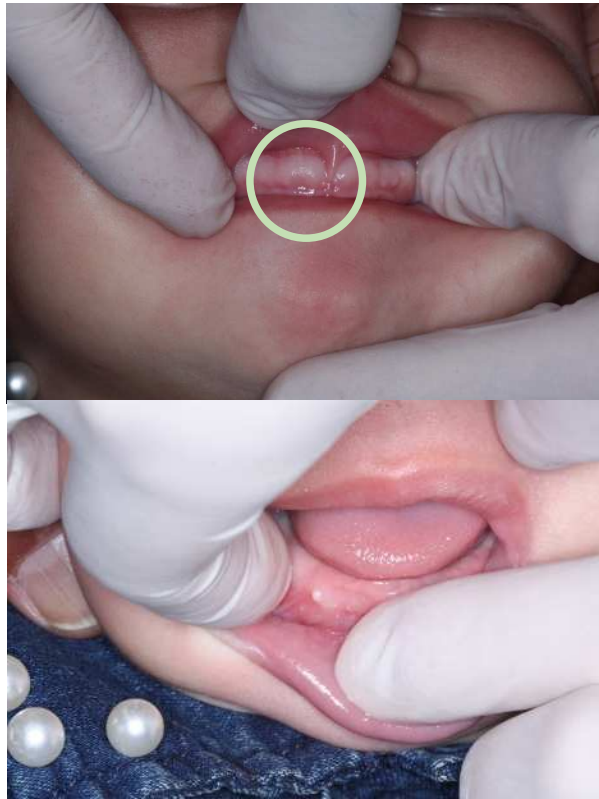
Quando os dentes estão surgindo na boca, o bebê pode apresentar aumento na salivação, babando muito. Além disso, pode ocorrer irritabilidade do bebê e desconfortos como corrimento nasal, perda de apetite, distúrbios do sono, coceira excessiva e pequenas elevações de temperatura. A febre alta (acima de 38°C) geralmente não pode ser relacionada à erupção dentária sendo necessário procurar um pediatra para investigar a causa da febre (RAMOS-JORGE *et al.*, 2018).

Não é indicado o uso de géis ou pomadas sem prescrição para aliviar o desconforto, pois, esses medicamentos tem um potencial tóxico. Normalmente é indicado o uso de mordedores resfriados, mas, apenas o Odontopediatra poderá avaliar qual a melhor conduta a ser abordada (AAPD, 2016).

Quando não for possível realizar o pré-natal odontológico, na primeira consulta ao dentista, os responsáveis deverão ser informados de que a boca do recém-nascido possui algumas características próprias. As alterações na boca do recém-nascido podem gerar receio dos responsáveis. Algumas delas são normais nessa fase da vida e se modificam ou desaparecem, mas existem outras que necessitam do acompanhamento ou intervenção do Odontopediatra. As alterações mais frequentes podem ser observadas nas figuras de 1 a 8 (NEVILLE, 2016):



Figura 1- Cistos Palatinos do Recém-nascido (Nódulos de Bohn, Pérolas de Epstein, Cisto Gengival).



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

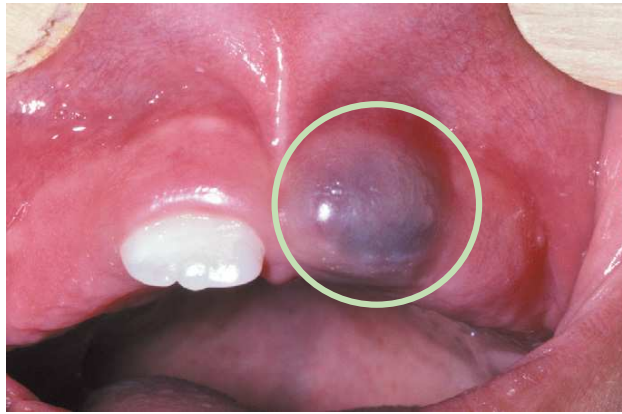
Figura 2 - Epúlide do recém-nascido



Fonte: NEVILLE, 2016.



Figura 3 - Cisto de erupção do recém-nascido.



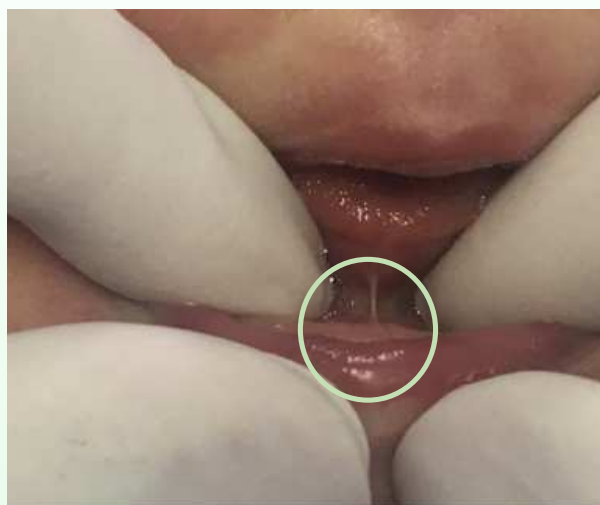
Fonte: NEVILLE, 2016.

Figura 4 - Doença de Riga- Fede.



Fonte: NEVILLE, 2016.

Figura 5 - Freio lingual curto.



Fonte: ALMEIDA *et al.*, 2018.



Figura 6 - Candidíase (Sapinho).



Fonte: PADOVANI *et al.*, 2013.

Figura 7 - Gengivostomatite herpética primária.



Fonte: NEVILLE, 2016.

Figura 8 - Fissuras e fendas no lábio e palato.



Fonte: NEVILLE, 2016.

O momento da consulta odontológica é também um espaço para que os responsáveis possam sanar suas dúvidas. Após conhecer a criança, sua família e entender a sua realidade, o Odontopediatra determinará o intervalo entre as próximas



consultas este será estabelecido de acordo com as necessidades individuais da criança.

Os responsáveis precisam ser informados sobre como realizar a higienização bucal da criança, qual a melhor escova, a melhor pasta, quais alimentos evitar, riscos do uso da chupeta, como abordar a sucção de dedo e o que fazer quando alterações bucais aparecerem e principalmente, a importância dos dentes de leite (AAPD, 2018b).

Mesmo sendo substituídos no futuro, os dentes de leite são muito importantes e os hábitos estabelecidos precocemente podem influenciar na saúde bucal durante toda a vida (MEJÀRE *et al.*, 2014). Estes dentes precisam estar saudáveis, em oclusão normal (forma como os dentes se adaptam entre eles na boca) para que a criança possa mastigar bem, falar corretamente e ter uma aparência estética que a permita estabelecer seu convívio social (ABO, 2019; AAPD, 2017; DAOU *et al.*, 2016).

O Odontopediatra domina técnicas de atendimento e controle do comportamento infantil, o que facilita a adaptação da criança ao ambiente odontológico, tornando este primeiro contato menos estressante e traumático (AAPD, 2018a). Para se trabalhar com a criança e obter a colaboração da mesma durante os procedimentos odontológicos, o dentista conhece e respeita cada fase do desenvolvimento infantil. Por isso, durante a consulta o dentista age e conversa com a criança de maneiras diferentes e prepara o ambiente para o atendimento. Depois de conhecer o paciente, ele irá escolher e empregar corretamente as técnicas de controle comportamental mais adequadas para cada situação. O Odontopediatra pode lançar mão de técnicas como estas (AAPD, 2015):

- ✓ **Dizer-mostrar-fazer:** essa técnica consiste em apresentar cada instrumento que será utilizado, dizendo para que serve, mostrando como funciona, para então após a compreensão, iniciar o procedimento. Como demonstrado na figura 9, são apresentados à criança os materiais a serem utilizados. Hoje já existem no mercado brinquedos lúdicos que podem auxiliar nesse momento da criança com o dentista, como demonstrado na figura 10.



Figura 9 - Apresentar à criança os instrumentos que serão utilizados e explicar de maneira adequada para sua idade.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

Figura 10 - Brinquedos tornam a explicação mais lúdica e divertida durante o atendimento.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.



- ✓ **Controle de voz:** o Odontopediatra modula o tom da voz de acordo com o atendimento, normalmente utiliza-se um tom mais firme ou suave. Em alguns casos onde a criança grita ou chora de birra, é necessário aumentar o tom de voz com a criança, para que o dentista retome a atenção do paciente.
- ✓ **Reforço positivo:** ao final do atendimento, quando bem-sucedido, tecer elogios à criança e presentear-la para reforçar o bom comportamento nas próximas consultas. Na figura 11 a criança apresentou bom comportamento na consulta e ganhou como prêmio pelo seu comportamento um lápis de dente.

Figura 11 - Lápis, chaveiros, balões e tatuagens são presentes que podem ser ofertados no final do atendimento com o intuito de reforçar o bom comportamento da criança durante as consultas.

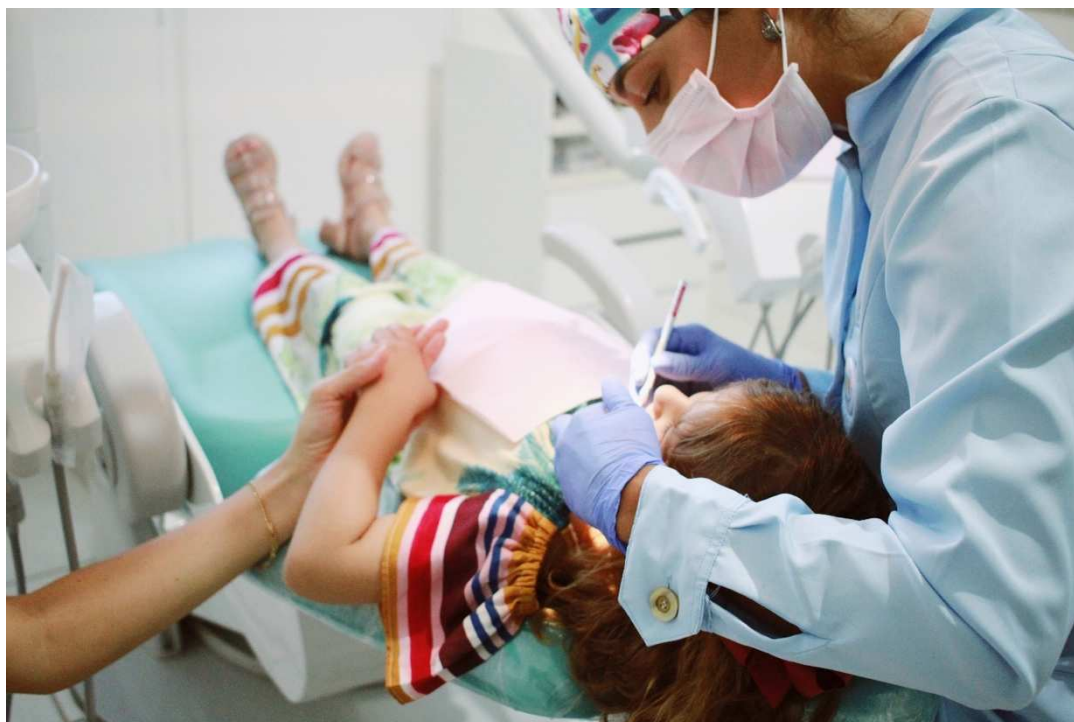


Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

- ✓ **Presença ou ausência dos responsáveis:** um acordo é feito com a criança e seus responsáveis sobre permanência do mesmo na sala durante atendimento, caso ela se comporte bem, o responsável pode ficar na sala, caso contrário, fica na sala de espera. No caso de bebês, a presença dos responsáveis é importante pois se trata de uma fase em que são dependentes e imaturos. Na figura 12, podemos observar a presença da mãe de uma forma bem sutil, dando a mão para a criança, sem atrapalhar o atendimento do cirurgião dentista.



Figura 12 - A presença dos responsáveis durante o atendimento deve ocorrer de uma forma bem sutil, afim de não atrapalhar a realização do tratamento.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

- ✓ **Modelo:** o paciente assiste ao atendimento de uma criança colaboradora, que pode ser ao vivo, por meio de vídeo, teatrinho ou estória.
- ✓ **Contenção passiva:** com o auxílio de um lençol, macas projetadas ou abridores de boca, evita-se sua movimentação durante atendimento; A limitação dos movimentos da criança é importante para que ela não se machuque durante o atendimento, pois o dentista trabalha com objetos cortantes, pontudos e pequenos, que podem facilmente ser engolidos. É uma forma de proteção para a criança e para o Odontopediatra.
- ✓ **Contenção ativa:** o responsável ou profissional contém os braços e pernas da criança para evitar movimentos bruscos.

A posição na cadeira para o atendimento também é diferente. Existem dispositivos que podem ser adaptados na cadeira odontológica ou cadeirinhas específicas para se colocar a criança. Mas, muitas vezes, o dentista solicita aos responsáveis que se posicionem na cadeira juntos com seu bebê no colo, ou deitados sobre seu corpo. Nas figuras 13 e 14, podemos observar respectivamente, essas posições para atendimento odontológico. Para o exame clínico e procedimentos mais simples como a limpeza, o bebê também pode ser atendido no colo da mãe, com a cabeça no



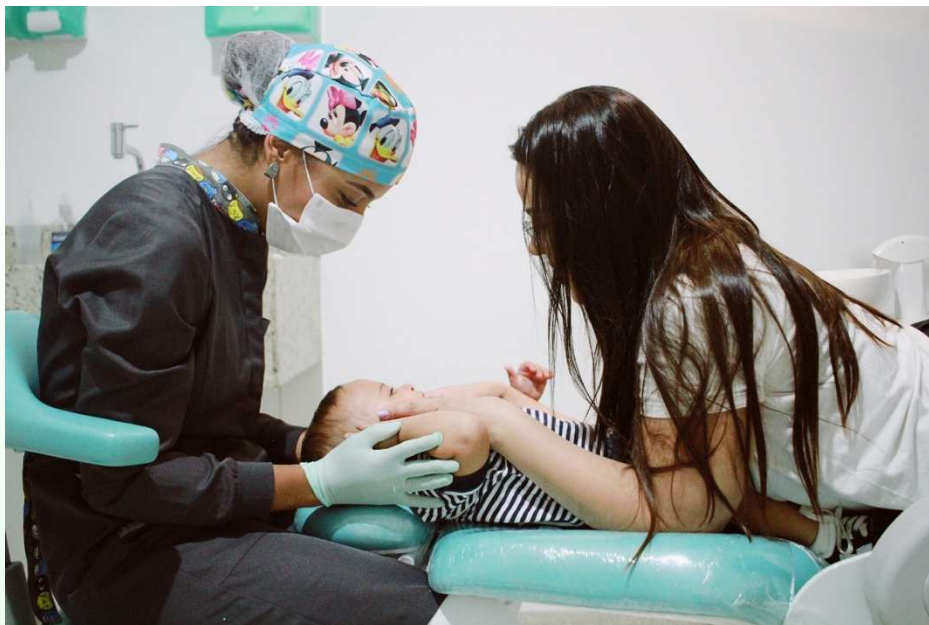
colo do dentista, como pode ser observado na figura 15. Todas as condutas necessárias são conversadas antes do atendimento e nada é realizado sem o consentimento dos responsáveis.

Figura 13 - Responsável sentada na cadeira com o bebê no colo para a realização do atendimento.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

Figura 14 - A criança é posicionada deitada na cadeira com seu responsável deitado sobre seu corpo, evitando movimentos bruscos da criança durante o atendimento.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.



Figura 15 - Posição joelho à joelho, onde o responsável se posiciona em frente ao Odontopediatra.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

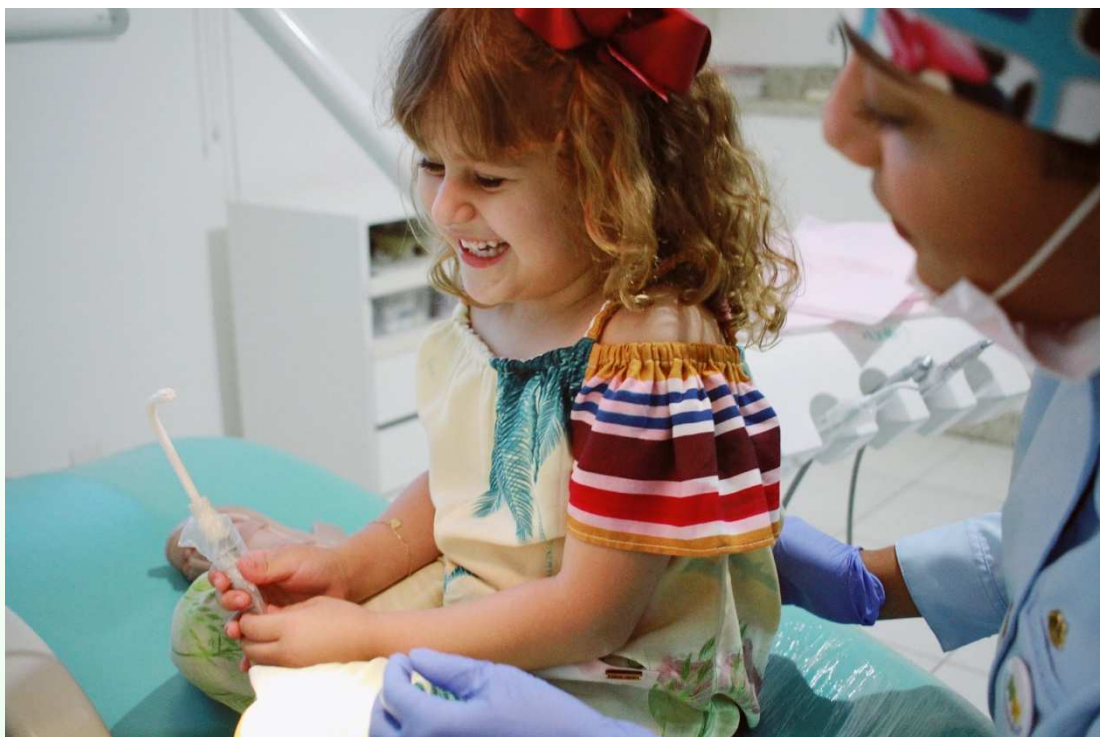
Antes e durante o atendimento, é ideal que os responsáveis evitem o uso de palavras negativas como ‘agulha’, ‘medo’ e ‘dor’, pois essa primeira experiência será norteadora para o comportamento e para a colaboração da criança em visitas futuras. É muito importante não criar expectativas ruins com base em suas experiências negativas ou de pessoas próximas. Também é fundamental não atribuir ameaças ou castigos direcionados ao dentista. Evite dizer frases semelhantes a essas: ‘se você continuar assim, vou falar com a dentista para arrancar seu dente ou te dar anestesia’, ‘o dentista tem e vai te dar uma injeção’; isso apenas dificulta o manejo do comportamento (GUEDES-PINTO, 2016). Os responsáveis devem evitar ficar ansiosos, pois essa ansiedade pode ser também motivo de ansiedade para o bebê. Se eles se apresentarem de forma tranquila, a tendência do bebê acostumar-se com o atendimento é ainda maior (GOETTEMS *et al.*, 2012). Os responsáveis devem compreender que o choro é algo comum durante o atendimento, é a forma da criança se comunicar e não quer dizer que será uma experiência traumática. Pois, se trata de um indivíduo ainda imaturo, que não sabe se expressar de outra forma. Assim, todos os procedimentos necessários serão realizados mesmo com a criança chorando. Somente a partir dos 3 ou 4 anos os tratamentos e exames passam a ser mais tranquilos, pois a criança já começa a entender alguns comandos e tem a capacidade de cooperar (GUEDES-PINTO, 2016).



Até que a criança adquira a capacidade de cooperar, pode ser que sejam necessárias consultas para a adaptação do comportamento. Nessas consultas, geralmente, nenhum procedimento é realizado, o Odontopediatra vai apenas prepará-la para colaborar na realização de procedimentos em consultas futuras. É nesse processo que se constrói uma relação de confiança entre a criança/família e dentista.

Alguns pacientes podem necessitar de consultas e intervenções preventivas em intervalos maiores ou menores a partir da avaliação clínica, do histórico de consultas anteriores ou exames radiográficos (AAPD, 2018b). Conforme o comportamento da criança, as primeiras consultas devem ser uma forma de adaptação, principalmente para crianças com comportamento difícil e aquelas que possuem algum trauma. Essas consultas iniciais onde não são feitas intervenções ajudam e facilitam o contato criança-Odontopediatra, onde laços de confiança podem ser estabelecidos, o que favorece os próximos atendimentos. O Odontopediatra preza por atendimento humanizado e de qualidade, pensando sempre no bem-estar da criança e sua família. Na figura 16 podemos observar a felicidade e confiança da criança frente ao atendimento odontológico.

Figura 16 - Criança feliz e segura durante o atendimento odontológico.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.



Ao realizar a escolha do Odontopediatra, sempre procure por referências sobre a sua forma de trabalho, para que assim, tenha a certeza de um atendimento humanizado. Esses profissionais são os mais capacitados para a aceitação da criança e realização da consulta, gerando na criança vínculo e segurança para execução do tratamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, KLEBER ROSA DE *et al.* Frenotomia lingual em recém-nascido, do diagnóstico à cirurgia: relato de caso. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 258-262, 2018.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Manual of Pediatric Dentistry: Policy on the Role of Pediatric Dentists as Both Primary and Specialty as Both Primary and Specialty Care Providers. **Pediatr Dent**, v. 40, n. 6, p. 130, 2018a.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. **Pediatr Dent**, v. 40, n. 6, p. 194-204, 2018b.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Reference Manual 2016-2017. Overview. **Pediatr Dent**, v. 38, n. 6, p 2-3, 2017.

AMERICAN ACADEMY PEDIATRIC DENTISTRY. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. **Pediatr Dent**, v. 40, n. 6, p. 254-257, 2015.

AMERICAN ACADEMY PEDIATRIC DENTISTRY. Perinatal and Infant Oral Health Care. **Pediatr Dent**, v. 40, n. 6, p. 216-220, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Qual a importância dos dentes de leite?** Disponível em: <http://abodontopediatria.org.br/Qual_importancia_dentes_leite.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

DAOU, M.H; EDEN, E.; EL OSTA, N. Age and reasons for the Firth dental visit os a child in Lebanon. **J Med Liban**, v. 64, n. 1, p. 18-22, 2016.



DUANE, B. *et al.* First tooth, first visit, zero cavities: a review of the evidence as it applies to Ireland. **J Ir Dent Assoc**, v. 63, n. 2, p. 10-111, 2017.

GOETTEMS, M. L. *et al.* Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 40, n. 5, p. 451-458, 2012.

GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 9ª edição. Editora Santos, 2016.

MEJÀRE, I. *et al.* Avaliação de risco de cárie: uma revisão sistemática. **Acta Odontol Scand**, v 72, n. 2, p. 81-91, 2014.

NEVILLE, B. **Oral and maxillofacial pathology**. Saint Louis: Elsevier.2016

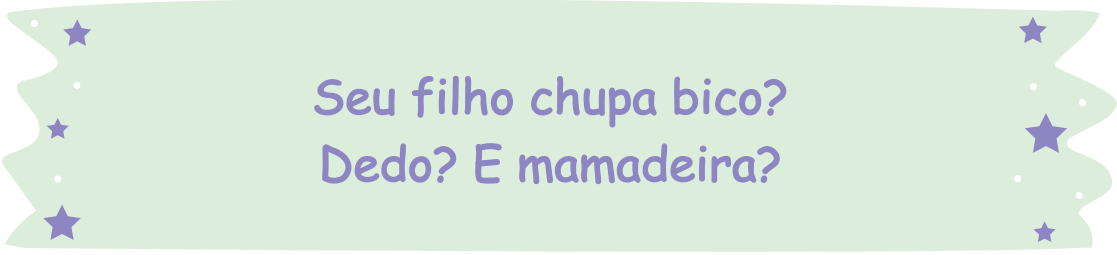
PADOVANI, MC. *et al.* Oral manifestations of systemic alterations in early Childhood. **J Contemp Dent Pract**, v.14, n.2, p. 327-31, 2013.

RAMOS-JORGE, J. *et al.* Aspectos biológicos e emocionais da erupção dentária. In: **Odontopediatria: estado atual da arte: educação, diagnóstico e intervenção estético-funcional/** coordenação [de] Danilo Duarte, Murilo Feres, Ueide Fernando Fontana. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2018.

RUIZ, D.R. Atendimento odontológico ao recém-nascido. **ABO ODONTOPEDIATRIA**. Disponível em: <<http://abodontopediatria.org.br/AtendimentoodontologicoaoRECEM-NASCIDO.pdf>> Acesso em: 20 out. 2019a.

RUIZ, D.R. Orientações ao pais sobre cuidados com a saúde bucal do bebê e das crianças. **ABO ODONTOPEDIATRIA**. Disponível em: <http://abodontopediatria.org.br/orientacoes_aos_pais_sobre_cuidados_com_a_saude_bucal_do_bebe_e_da_crianças.pdf>. Acesso em: 19 out. 2019b.





Seu filho chupa bico? Dedo? E mamadeira?

Lucas Garcia Santana

Débora Souto Souza

Priscila Seixas Mourão

Moisés Willian Aparecido Gonçalves

Bárbara Andrade Gonçalves

Estephane Paula Silva Neves

Isabela Christina Meira Rocha

Isadora Rocha Sena

Nathalia Moore Canarim

Leandro Silva Marques

O HÁBITO DE SUCCÃO

O ato de sucção (sugar) consiste de movimentos ordenados de várias estruturas da face, como os lábios, as bochechas e a língua, sendo a boca um dos meios da criança descobrir e investigar o mundo ao seu redor. É um movimento natural e fisiológico em recém-nascidos, iniciando-se ainda na vida intra-uterina, como comprovado por meio de ultrassonografias (KRAMER e KAKUMA, 2012; BORONAT-CATALÁ *et al.*, 2017).

Devido aos movimentos realizados, a sucção serve como estímulo para o crescimento normal dos maxilares (ossos do nariz, boca e queixo) e demais estruturas faciais. Nos primeiros meses de vida da criança a sucção (ato de sugar) está relacionada à busca por nutrientes (sucção para se alimentar). Além disto, a sucção está relacionada a aspectos psicológicos do desenvolvimento emocional da criança, como a sensação de segurança e suporte afetivo, e às sensações agradáveis como carinho e aconchego (KRAMER e KAKUMA, 2012).

Existem basicamente dois tipos de sucção: uma com finalidade nutritiva (para se alimentar) e outra não nutritiva (BISHARA *et al.*, 2006). A nutritiva refere-se principalmente à amamentação, através do aleitamento no seio materno, ou através de mamadeira nos primeiros meses de vida. Contudo, essa necessidade de sucção da criança pode ser satisfeita também através da sucção não nutritiva, que seria o uso



chupetas, sucção de brinquedos ou do dedo polegar. Nos tópicos a seguir, serão discutidas as principais características destes dois tipos de sucção em crianças.

Sucção nutritiva (fisiológica, uma função do corpo da criança):

Os bebês com desenvolvimento normal mostram uma necessidade natural de sucção. Este ato é chamado de sucção nutritiva ou fisiológica (ou seja, relativo ao funcionamento natural do organismo e às funções vitais). Um exemplo de sucção nutritiva é o aleitamento no seio materno (KRAMER e KAKUMA, 2012). Os benefícios para a saúde do bebê através do aleitamento materno são amplamente reconhecidos, como a proteção contra infecções envolvendo estômago e intestino e (em menor grau) respiratórias. O efeito protetor é melhorado com maior duração e exclusividade da amamentação. O aleitamento materno prolongado e exclusivo também é associado a uma redução do risco de síndrome da morte súbita do lactente, e não interfere no crescimento e desenvolvimento normal da região relativa à boca e à face da criança. Assim, quando a sucção está relacionada à alimentação e nutrição do recém-nascido (que depende deste ato para promover a sua satisfação nutricional) considera-se como sendo fisiológica (ou seja, uma sucção natural) (VIGGIANO *et al.*, 2004; KRAMER e KAKUMA, 2012).

Além dos aspectos nutricionais e de desenvolvimento, a sucção nos primeiros meses de vida está relacionada ao desenvolvimento emocional da criança, como a sensação de segurança e afeto, associando esse estímulo às sensações agradáveis como carinho e aconchego. A compreensão atual do desenvolvimento infantil sugere que os comportamentos de sucção também se iniciam e persistem, em parte, devido a necessidades psicológicas da criança. No momento da amamentação, durante a sucção, os lábios, língua e bochechas promovem uma sensação de prazer que constrói as primeiras relações entre mãe e filho (KRAMER e KAKUMA, 2012).

Embora a criança necessite do hábito de sucção geralmente até os seis meses de idade, a sucção nutritiva através do aleitamento materno pode ser continuada até os dois anos de idade, como recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS). Após esse período, a manutenção do ato de sucção já se torna um hábito, ainda que muitas vezes não prejudicial à criança. Contudo, a necessidade do ato de sucção pode não ser completamente suprida através da sucção nutritiva, e a partir daí, a criança pode começar a utilizar outros objetos (como chupetas e brinquedos) ou o próprio dedo (hábito de “chupar dedo”) para satisfazer sua necessidade de sucção. É importante



ressaltar que a remoção prematura do aleitamento materno (antes de, no mínimo, seis meses de idade) pode aumentar o risco de que as crianças desenvolvam hábitos de sucção prejudiciais, como a chupeta ou o dedo polegar (ROSCOE *et al.*, 2018).

Embora os comportamentos de sucção sejam normais em bebês e crianças pequenas, a duração prolongada desses comportamentos podem ter consequências para o desenvolvimento de estruturas relativas à boca e à face e para oclusão (mordida da criança) (VIGGIANO *et al.*, 2004; KRAMER e KAKUMA, 2012; BORONAT-CATALÁ *et al.*, 2017).

Sucção não nutritiva:

Em situações em que a criança extrapola a necessidade natural de sucção e passam a utilizar outros objetivos que não tem finalidade nutritiva, temos a chamada sucção não nutritiva. Durante o desenvolvimento infantil, a maioria das crianças pode criar algum hábito de sucção não nutritiva. O uso de chupetas, por exemplo, pode contribuir para que a criança deixe de amamentar.

A duração da sucção não nutritiva pode ser explicado basicamente por três motivos, que em muitas ocasiões estão relacionados entre si: 1) satisfação insuficiente das necessidades de sucção durante a amamentação, por isto a importância de seguir a recomendação da OMS de amamentação materna exclusiva de no mínimo até os seis meses de idade da criança; 2) condições emocionais da criança; e 3) atribuídos à manutenção da criança numa fase infantil do desenvolvimento das funções orais. Mas estes não são os únicos fatores que provocam o aparecimento desses hábitos, como o de chupar dedo ou chupeta. O ambiente em torno da criança pode influenciar seu comportamento, assim, crianças expostas a conflitos familiares ou escolares, a dificuldade de acesso aos serviços de atendimento e orientação em saúde, podem levar ao desenvolvimento e/ou persistência do hábito de sucção não nutritiva. Também se destaca a interferência de questões relacionadas à cultura. (KATZ, ROSENBLATT e GONDIM, 2004). Muitas das vezes, a chupeta é utilizada como uma forma de acalmar a criança, sendo seu uso difícil de ser retirado. Além das chupetas, outras formas mais comuns de sucção não nutritiva são a sucção dos dedos polegares e de brinquedos pelas crianças.

Quando a criança vai ficando mais velha, há uma tendência à diminuição do hábito de sucção, na medida em que criança vai substituindo o hábito de sucção pelo hábito de pegar ou morder.



É esperado que a maioria das crianças interrompa a sucção não nutritiva logo no início de seu processo de desenvolvimento psicológico, por volta dos três anos de idade (ROSCOE *et al.*, 2018). No entanto, mais de 20% das crianças com três anos ou mais anos de idade continuam com esse hábito (RAVIN, 1974). A persistência desse hábito após a primeira infância pode ser um indício de algum fator psicológico relacionado. Questões como a falta de habilidade para lidar com situações de estresse emocional ou níveis altos de ansiedade, podem se manifestar com a persistência de um comportamento infantil incompatível com a idade cronológica (comportamentos mais infantis do que o esperado para a idade), fazendo com que a criança não abandone o hábito de usar chupeta ou mamadeira, por exemplo. Nestes casos, uma abordagem multidisciplinar do problema, como consultas com psicólogo e dentista Odontopediatra ou ortodontista, por exemplo, pode ser importante para remoção do hábito.

QUANDO A MANUTENÇÃO (PERSISTÊNCIA) DO HÁBITO SE TORNA UM PROBLEMA?

Embora comportamentos de sucção sejam normais em bebês e crianças pequenas, a duração prolongada desses comportamentos podem ter consequências negativas para o desenvolvimento de estruturas orofaciais (relativo à boca e à face) e da oclusão (relativo à posição e relação entre os dentes). Quando se tornam prejudiciais, passam a ser chamados também de hábitos bucais deletérios.

No geral, a presença do hábito bucal deletério (hábito prejudicial) quando a criança está na fase de dentição decídua (“dentes de leite”) têm pouco efeito em longo prazo. Algumas das má oclusões (alterações da posição dos dentes) mais encontradas em relação ao hábito de sucção não nutritiva são a mordida aberta anterior (quando a criança fecha a boca mas os dentes da frente não se “fecham” uns sobre os outros), sobressaliência aumentada (os dentes anteriores superiores ficam excessivamente a frente em relação aos inferiores), dentre outras (OGAARD, LARSSON e LINDSTEN, 1994; BISHARA *et al.*, 2006). Porém, quando estes hábitos são removidos rapidamente, algumas dessas má oclusões podem se corrigir sozinhas com o passar do tempo. Nem todos esses problemas de má oclusão vão se resolver sozinhos após retirar o hábito deletério (sucção não nutritiva sendo prejudicial, como chupar dedo ou mamadeira por muito tempo), por isso a importância de se levar a criança ao Odontopediatra.



(VIGGIANO *et al.*, 2004; GÓIS *et al.*, 2008; WAGNER e HEINRICH-WELTZIEN, 2016).

Para de fato se caracterizar como um hábito prejudicial, a manutenção/persistência da sucção de objetos como chupeta e mamadeira, ou do dedo, irá persistir geralmente até o momento em que os dentes permanentes (dentes que vêm substituir os dentes de leite) aparecem na boca. Nestes casos, a interposição do objeto entre os dentes (colocar o objeto entre os dentes) irá servir como um fator que levará ao estabelecimento de uma má oclusão. A criança com hábito de sucção não nutritiva geralmente posiciona o objeto (geralmente chupeta ou dedo polegar) entre os incisivos (“dentes da frente”) e contra o palato (céu da boca), causando uma pressão que empurrará os dentes superiores para frente e para cima e os inferiores para trás e para baixo (PROFFIT, 2013).

Há um aumento da pressão exercida pela bochecha contra os dentes pelo ato de sugar. Simultaneamente, a presença do objeto dentro da boca causa um abaixamento da língua, que é afastada para longe dos dentes superiores posteriores. Neste caso, a pressão bochecha contra os dentes superiores, sem a língua para contrapor essa força, poderá resultar em um estreitamento do arco dentário superior (palato: céu da boca) levando a uma mordida cruzada posterior (má oclusão onde os dentes do fundo da boca, superiores e inferiores, não vão “encaixar” de forma adequada). Uma má oclusão caracterizada por sucção não nutritiva é mostrada na figura 1.

Figura 1 - Má oclusão associada a um hábito de sucção prolongado. Projeção dos incisivos superiores (dentes de cima para “frente”), inclinação para lingual dos incisivos inferiores (dentes de baixo para “trás”), mordida aberta anterior (espaço entre os dentes de cima e de baixo) e um estreitamento do arco maxilar (distância menor entre os dentes do fundo).



Fonte: Arquivo pessoal, 2017.

Como consequência da mudança na posição dos dentes, a fala também pode ser afetada. Existe uma relação entre aumento da sobressaliência (dentes superiores mais do que quatro milímetros para frente dos inferiores) e distorções do som "s" (BORRIE *et*



al., 2015). Por fim, existem relatos de deformidades dos dedos polegares em desenvolvimento como resultado da sucção prolongada que requer correção cirúrgica (REID e PRICE, 1984).

Outro ponto importante para o estabelecimento de uma má oclusão está relacionado à frequência (quantas vezes) e duração do hábito (por quanto tempo) de sucção não nutritiva. Existe uma relação de como e quais dentes serão afetados com a intensidade e duração da força no ato de sucção. A quantidade de deslocamento dos dentes (posicionamento inadequado) está relacionada com o número de horas/dia de sucção. Exemplificando, crianças que chupam o dedo (ou qualquer objeto) com muita intensidade (força), porém durante poucos minutos por dia podem não ter seus dentes mudados de posição de forma severa. Já crianças que chupam o dedo, mesmo que suavemente (sem colocar muita força durante o ato), mas por 6 horas ou mais por dia, podem apresentar uma mudança na posição de seus dentes muito mais severa (PROFFIT, 2013). Ou seja, a duração do hábito (tempo de uso) é muito importante. Neste contexto, a remoção gradativa do tempo de uso da chupeta, por exemplo, seria interessante para diminuir a severidade em que ela poderá causar algum problema. Ir diminuindo o tempo que a criança fica com o objeto ou dedo na boca, aos poucos, é uma boa estratégia.

Os hábitos são implantados por serem prazerosos e proporcionarem satisfação à criança. Portanto, quando instalados em crianças maiores (após os 3 anos), esses hábitos podem levar a modificações no padrão de crescimento, desvios precoces no desenvolvimento das estruturas orofaciais, podendo levar ao estabelecimento de má oclusões, comprometendo as diversas funções bucais, como respiração e deglutição, por exemplo. As possibilidades terapêuticas para remoção dos hábitos de sucção não nutritiva serão abordadas no decorrer deste capítulo.

CHUPETAS CONVENCIONAIS X ORTODÔNTICA

Dois modelos de chupeta são comercialmente acessíveis: as convencionais, e as chupetas fisiológicas, chamadas também de ortodônticas. A indicação da chupeta ortodôntica baseia-se no seu desenho anatômico do seu bico, supostamente semelhante ao formato que o mamilo materno adquire durante a amamentação (Figura 2). Com isto espera-se que a chupeta ortodôntica promova uma vedação labial adequada durante seu uso, proporcionando um esforço muscular semelhante à amamentação natural. Além disto, espera-se que devido ao seu formato anatômico, ela se adapta ao “céu da boca” e



ajuste-se bem à língua, produzindo contrações musculares e respiração nasal semelhantes aos que ocorrem durante a amamentação, não interferindo assim no crescimento e desenvolvimento da face e mordida das crianças.

Figura 2 - Chupeta anatômica ou “ortodôntica”.



Fonte: WAGNER, 2016.

Atualmente, é grande a divulgação pelas empresas de que as chupetas ortodônticas seriam menos prejudiciais à posição dos dentes do que as chupetas convencionais. A presente evidência científica sobre as chupetas ortodônticas sugere que elas promovem menos mordida aberta anterior e projeção dos incisivos (dentes muito para frente) superiores em comparação com as chupetas convencionais. Contudo o formato diferenciado das chupetas ortodônticas não parece reduzir a ocorrência de mordida cruzada posterior (quando dentes de baixo do fundo estão mais para fora do que os dentes de cima). Apesar de promissores, são necessários mais estudos sobre este tema para confirmar uma superioridade, ou não, das chupetas ortodônticas. É importante destacar que, independente do tipo, os efeitos nocivos das chupetas parecem mais associados à frequência, intensidade e duração do hábito de sucção do que ao desenho do seu bico (WAGNER e HEINRICH-WELTZIEN, 2016; SCHMID *et al.*, 2018).

Por fim, os pais devem estar cientes que, mesmo que cause menor alteração na posição dos dentes, o uso de chupetas ortodônticas ainda é prejudicial quando comparadas a crianças que não apresentam o hábito de sucção (WAGNER e HEINRICH-WELTZIEN, 2016). Ou seja, a orientação deve ser sempre no sentido de remoção do hábito, e não a substituição de um tipo de chupeta por outra.



TERAPIAS PARA REMOÇÃO DO HÁBITO

Uma variedade de abordagens tem sido usadas para ajudar crianças a interromper um hábito de sucção não nutritiva. Estes incluem conselhos, remoção instantânea do objeto reconfortante, montagem de um aparelho ortodôntico para interferir e impedir o hábito, e abordagem psicológica (BORRIE *et al.*, 2015).

Os motivos para a manutenção de um hábito bucal deletério são diversos, a abordagem terapêutica nestes casos geralmente terá caráter multidisciplinar. Os trabalhos de uma equipe que envolva dentistas, psicólogos, fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas estão associados, já que os hábitos podem ter caráter emocional ou serem decorrentes de algum problema de saúde (PROFFIT, 2013; BORRIE *et al.*, 2015).

É essencial a conscientização dos pais e da criança sobre a importância da eliminação do hábito de sucção, mostrando de forma simples e adequada quais as consequências e prejuízos desse tipo de hábito. Crianças que são informadas sobre as consequências negativas do hábito de sucção não nutritiva são mais cooperativas com o tipo de tratamento proposto. O objetivo é fazer com que a criança participe ativamente do processo de remoção do hábito, de modo que não encare essa situação como uma forma de punição. A utilização do método de esclarecimento buscando a conscientização das alterações da posição dos dentes, causadas pelo hábito de sucção, tem resultados eficientes na remoção do hábito. Para que a criança torne-se parceira no tratamento, o exercício das atividades lúdicas e o apoio e convivência com os pais é muito importante (BORRIE *et al.*, 2015). Além das crianças, os pais também precisam estar envolvidos na tentativa de remoção do hábito de seus filhos, pois são eles quem geralmente fornecem mamadeiras e chupetas para as crianças. É muito comum que em situações de estresse, mesmo pais esclarecidos e cientes do risco que a manutenção do hábito pode causar ao desenvolvimento orofacial, ainda sim fornecem chupetas e outros objetivos na tentativa de acalmar e trazer conforto para as crianças. Uma terapia familiar com psicólogo pode contribuir para reforçar essa conscientização.

Quando o hábito de sucção persiste enquanto a troca de dentição estiver em andamento (os dentes de leite caindo, dando lugar aos dentes permanentes), ou estando associado a uma má oclusão (problema na posição dos dentes), o tratamento deverá ser realizado por um dentista Odontopediatra, e dependendo da complexidade do caso, por um especialista em ortodontia. Existe uma variedade de modelos de aparelhos ortodônticos que podem ser utilizados nestes casos, mas todos eles devem ter a mesma



finalidade de interferir ou impedir diretamente o hábito e reduzir a gravidade da má oclusão.

A maneira mais comum e eficaz relatado em estudos para remoção do hábito e a interceptação da má oclusão é realizada por meio do aparelho chamado de grade palatina, que pode ser removível ou fixa. Quando o paciente é colaborador, indica-se o uso da grade palatina removível. Este aparelho servirá como um educador da criança, pois, por necessitar de colaboração, a criança deve estar motivada com o tratamento e o aparelho irá lembrar a criança de não mais praticar o hábito (SAEMUNDSSON e ROBERTS, 1997).

Contudo, em casos de ser uma criança não colaboradora com o tratamento, a grade palatina pode ser fixa, o aparelho é colocado de forma fixa encaixado nos dentes molares (dentes do fundo da boca) por meios de bandas. Um exemplo de grade palatina fixa é ilustrado na Figura 3. Ela deve se estender até a região lingual (face dos dentes voltada para a língua) dos incisivos inferiores, impedindo que a criança interponha os dentes e pressione o dedo ou outro objetivo contra o “céu da boca” na cavidade bucal, e assim eliminando o conforto e o prazer em relação ao hábito.

Figura 3 - Grade palatina fixa com o objetivo ajudar com a remoção do hábito de sucção do dedo polegar.



Fonte: Arquivo pessoal, 2018.

Mesmo após a remoção do hábito, a grade deve ser mantida em boca para impedir uma possível interposição lingual associada (língua entre os dentes). A tendência é que a mordida aberta comece a se autocorrigir.

É comum que um hábito bucal além de causar a mordida aberta anterior, leve ao estabelecimento de uma mordida cruzada posterior. Nestes casos, a grade palatina pode ser adaptada a aparelhos que promovam expansão da maxila (osso que envolve o nariz e



a parte superior da boca), como o expansor de Haas, para correção do problema junto com a remoção do hábito (Figura 4).

O esporão palatino é outro aparelho utilizado para remoção do hábito. Muitos pais e crianças se assustam com a aparência muito “agressiva” do esporão. Contudo, este aparelho mostra excelentes resultados na reeducação da criança e consequentemente na remoção do hábito (LARSSON, 1971; BISHARA *et al.*, 2006; BORRIE *et al.*, 2015).

Figura 4 - Grade palatina associada a um expansor maxilar de Haas.



Fonte: Arquivo pessoal, 2018.

O tratamento com aparelhos ortodônticos contribui para remoção do hábito e corrige ou diminui a severidade de más oclusões (melhorando a posição dos dentes, fazendo com que eles fiquem alinhados adequadamente). Porém, muitas vezes a correção da forma do arco dentário (forma do osso e posição dos dentes) não corrige efetivamente as funções musculares da língua e dos lábios. A avaliação de um fonoaudiólogo determina a necessidade ou não do processo de reeducação funcional após a remoção do hábito, chamada de terapia miofuncional. Quando indicada, a terapia miofuncional é realizada geralmente ao final do tratamento ortodôntico e consiste de exercícios dos músculos faciais e cervicais para melhorar estes. Essa terapia tem como objetivo contribuir como o padrão de respiração bucal, incompetência labial (dificuldade de enconstar os lábios), interposição lingual, padrões articulares inadequados durante a fala, e deglutição atípica (HOMEM *et al.*, 2014).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os comportamentos de sucção são considerados normais em bebês e crianças pequenas, contribuindo para a obtenção de alimentos e desenvolvimento físico e psicológico da criança. Entretanto, a manutenção/persistência de hábitos não nutritivos, além de um limite normal, podem estar associados a problemas de crescimento e desenvolvimento das estruturas orofaciais e da posição dos dentes. Hábitos prolongados de suficiente frequência, duração e intensidade podem causar alterações na posição dos dentes. A duração da força é muito importante; a pressão de repouso dos lábios, bochechas e língua têm maior impacto na posição dentária por serem forças que são mantidas a maior parte do tempo.

Quando os hábitos são removidos precocemente (ainda no início), existe uma tendência de autocorreção, ou diminuição da severidade de alguns destes problemas citados. Contudo, quando persistentes, um tratamento multidisciplinar com profissionais da saúde deve ser realizado como auxiliar. As formas de tratamento dos hábitos incluem aconselhamento as crianças e aos pais, técnicas de modificação de comportamento, terapia miofuncional, terapia com aparelhos ortodônticos ou encaminhamento para outros profissionais que incluem, mas não estão limitados a: ortodontistas, psicólogos, fonoaudiólogos ou otorrinolaringologistas. O uso de um aparelho para administrar um hábito de sucção está indicado apenas quando a criança deseja voluntariamente interromper o hábito e deve, sobretudo, ser interpretado pela criança como um lembrete, e não como uma punição.

REFERÊNCIAS

BISHARA, S. E.; WARREN, J. J.; BROFFITT, B.; LEVY, S. M. Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 130, n. 1, p. 31-36, Jul 2006.

BORONAT-CATALÁ, M.; MONTIEL-COMPANY, J. M.; BELLOT-ARCÍS, C.; ALMERICH-SILLA, J. M. *et al.* Association between duration of breastfeeding and malocclusions in primary and mixed dentition: a systematic review and meta-analysis. **Sci Rep**, 7, n. 1, p. 5048, Jul 2017.



BORRIE, F. R.; BEARN, D. R.; INNES, N. P.; IHEOZOR-EJIOFOR, Z. Interventions for the cessation of non-nutritive sucking habits in children. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 3, p. CD008694, Mar 2015.

GÓIS, E. G.; RIBEIRO-JÚNIOR, H. C.; VALE, M. P.; PAIVA, S. M. *et al.* Influence of nonnutritive sucking habits, breathing pattern and adenoid size on the development of malocclusion. **Angle Orthod**, 78, n. 4, p. 647-654, Jul 2008.

HOMEM, M. A.; VIEIRA-ANDRADE, R. G.; FALCI, S. G.; RAMOS-JORGE, M. L. *et al.* Effectiveness of orofacial myofunctional therapy in orthodontic patients: a systematic review. **Dental Press J Orthod**, 19, n. 4, p. 94-99, 2014 Jul-Aug 2014.

KATZ, C. R.; ROSENBLATT, A.; GONDIM, P. P. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 126, n. 1, p. 53-57, Jul 2004.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 8, p. CD003517, Aug 2012.

LARSSON, E. Dummy- and finger-sucking habits with special attention to their significance for facial growth and occlusion. 1. Incidence study. **Sven Tandlak Tidskr**, 64, n. 10, p. 667-672, Oct 1971.

OGAARD, B.; LARSSON, E.; LINDSTEN, R. The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3-year-old children. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 106, n. 2, p. 161-166, Aug 1994.

PROFFIT, W. R.; FIELDS, H. W.; SARVER, D. M. **Ortodontia Contemporânea**. 5a Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2012. 754p.

RAVIN, J. J. The prevalence of dummy and finger sucking habits in Copenhagen children until the age of 3 years. **Community Dent Oral Epidemiol**, 2, n. 6, p. 316-322, 1974.

REID, D. A.; PRICE, A. H. Digital deformities and dental malocclusion due to finger sucking. **Br J Plast Surg**, 37, n. 4, p. 445-452, Oct 1984.



ROSCOE, M. G.; DA SILVA BONIFACIO, S. V.; DA SILVA, T. B.; PINGUEIRO, J. M. *et al.* Association of Breastfeeding Duration, Nonnutritive Sucking Habits, and Malocclusion. **Int J Clin Pediatr Dent**, 11, n. 1, p. 18-22, 2018 Jan-Feb 2018.

SAEMUNDSSON, S. R.; ROBERTS, M. W. Oral self-injurious behavior in the developmentally disabled: review and a case. **ASDC J Dent Child**, 64, n. 3, p. 205-209, 228, 1997 May-Jun 1997.

SCHMID, K. M.; KUGLER, R.; NALABOTHU, P.; BOSCH, C. *et al.* The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. **Prog Orthod**, 19, n. 1, p. 8, Mar 2018.

VIGGIANO, D.; FASANO, D.; MONACO, G.; STROHMENGER, L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. **Arch Dis Child**, 89, n. 12, p. 1121-1123, Dec 2004.

WAGNER, Y.; HEINRICH-WELTZIEN, R. Effect of a thin-neck pacifier on primary dentition: a randomized controlled trial. **Orthod Craniofac Res**, 19, n. 3, p. 127-136, Aug 2016.

WARREN, J. J.; BISHARA, S. E.; STEINBOCK, K. L.; YONEZU, T. *et al.* Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. **J Am Dent Assoc**, 132, n. 12, p. 1685-1693; quiz 1726, Dec 2001.



ODONTOLOGIA PARA BEBÊS



UFVJM

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri



PROEXC

ISBN: 978-65-87258-18-8

