



SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA:

*MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA PROFISSIONAIS
E ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE*

João Bosco Oliveira Ribeiro da Silva
Ivete Pomarico Ribeiro de Souza
Luís Fernando Rangel Tura



UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS
Coordenação de Extensão

SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA:

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA
PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DA ÁREA DA
SAÚDE

João Bosco Oliveira Ribeiro da Silva
Ivete Pomarico Ribeiro de Souza
Luis Fernando Rangel Tura



UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS

AUTORES

Prof. Dr. João Bosco Oliveira Ribeiro da Silva
Professor de Odontopediatria da UNIFENAS
Especialista em Odontopediatria CFO
Mestre em Educação - UNIFENAS
Doutor em Odontologia (Odontopediatria) FO UFRJ

Prof.^a Dr.^a Ivete Pomarico Ribeiro de Souza
Prof.^a Titular do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Luiz Fernando Rangel Tura
Prof. Adjunto do Departamento de Medicina
Preventiva Universidade Federal do Rio de Janeiro

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva JBOR, Souza IPR, Tura LFR.

**Saúde bucal da criança:
manual de orientação para profissionais e
estudantes da área da saúde.**

Universidade José do Rosário Velano
UNIFENAS 2006, 38 p.

AGRADECIMENTOS:

ao Prof. Edson Antonio Velano, Magnífico Reitor da Unifenas, pelo apoio ao nosso trabalho e por seu compromisso com a educação e a saúde;

aos professores e funcionários do curso de Odontologia da Unifenas, em especial aos professores e funcionários da disciplina de Odontopediatria, pelo companheirismo e amizade.

DEDICATÓRIA:

A Maria José (Chiquinha), Ana e Lucas, com todo o meu amor.

João Bosco

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS

Reitor:

Prof. Edson Antônio Velano

Vice-reitora:

Profª Maria do Rosário Velano

Supervisor de Câmpus e Coordenador do Colegiado de Supervisores:

Prof. João Batista Magalhães

Supervisor de Pesquisa e Pós-Graduação:

Prof. Mário Sérgio de Oliveira Swerts

Supervisor Administrativo:

Prof. Osvaldo Luiz Mariano

Supervisor de Textos e Publicações:

Prof. Vinícius Vieira Vignoli

Coordenadora De Graduação:

Profª Marlene Leite Godoy Vieira de Souza

Assessora Pedagógica:

Profª Daisy Fábis de Almeida Singi

Coordenador de Extensão:

Prof. Rogério Ramos Prado

Coordenador do Curso de Odontologia:

Prof. José Ronaldo de Miranda

Supervisor do Colegiado do Curso de Odontologia:

Prof. Leandro Carnevalli Franco de Carvalho

Gerente Financeiro:

Paulo Tadeu Barroso de Salles

Gerente de Administração Escolar:

Helaine Faria Pinto

INTRODUÇÃO

A saúde de uma maneira geral, em especial a saúde bucal, mudou muito nos últimos anos, e para melhor, principalmente no que diz respeito à prevenção, sendo esta prática comum a várias profissões. Entende-se que a prevenção só ocorre quando se educa e, desse modo, se torna um instrumento de transformação social¹.

Em relação à odontologia, a cárie dentária, e particularmente a cárie precoce da infância, que tem uma etiologia e evolução conhecida, pode ser erradicada ou ter sua evolução controlada, ao se adotarem medidas educativas mais precocemente, através de um trabalho multidisciplinar e multiprofissional, envolvendo o odontopediatra, o pediatra e o enfermeiro materno-infantil. Sabe-se que a orientação de hábitos de higiene, a dieta ideal e o uso racional do flúor podem contribuir para a melhor situação da saúde bucal da criança².

A cárie dentária pode ser definida como um processo de dissolução do esmalte ou de dentina, causada por ação bacteriana na superfície do dente e mediado por um fluxo físico-químico de íons dissolvidos em água³⁻⁸. É produto direto da variação contínua do pH da cavidade bucal, sendo o resultado de sucessivos ciclos de desmineralização e de remineralização (DES x RE) de minerais presentes na saliva, como o cálcio e o fosfato⁴⁻¹², sobre a superfície dentária, sendo que a perda do equilíbrio DES X RE ocorre quando o pH fica abaixo de 5,5 ou 4,5 quando na presença de flúor¹²⁻¹³.

A odontologia tradicional define a cárie como "cavidade no esmalte e/ou dentina", considerando livres de cárie aqueles indivíduos que não apresentam esse tipo de lesão. Entretanto, existe um longo percurso entre a ocorrência de perdas minerais incipientes e não visíveis

cl clinicamente até a instalação das manchas brancas e posterior aparecimento de cavitações. A mancha branca ativa representa o primeiro sinal clínico da cárie, devido ao acúmulo do biofilme dental e tem aparência esbranquiçada com superfície opaca e rugosa; a mancha branca inativa apresenta-se brilhante e lisa³⁻⁸.

Esta mancha branca nada mais é do que uma ilusão de ótica produzida por perda de minerais, e pela subsequente ocupação de seu espaço por água e matéria orgânica. Certamente, quanto mais precoce for o diagnóstico da doença, maiores serão as possibilidades de intervenção, causando o mínimo prejuízo ao paciente¹⁴, além de possibilitar um melhor prognóstico para a doença e um tratamento mais rápido e eficaz, pois evitaria que a procura pela assistência odontológica ocorresse somente após a cavitação das lesões ou após o surgimento de sintomatologia dolorosa¹⁵.

Em decorrência da necessidade de se acompanhar o desenvolvimento e crescimento, as crianças são levadas ao pediatra muito antes de o serem ao odontopediatra¹⁶⁻¹⁸, demonstrando a responsabilidade daquele profissional, que poderá vir a ser, quem sabe, o primeiro educador da saúde bucal de seus pacientes¹⁹.

No desenvolvimento de seu trabalho, principalmente no serviço público, o pediatra tem sempre o apoio da enfermagem, que assiste de modo peculiar à criança e sua mãe com diferentes recursos técnicos e, em especial, com procedimentos educativos²⁰.

No entanto, parece existir uma lacuna de conhecimento por parte do pediatra^{16, 21-22}, do enfermeiro materno-infantil^{19,23}, e dos estudantes de medicina e de enfermagem^{21,23} sobre aspectos da saúde bucal de seus pacientes.

O propósito deste trabalho é apresentar aos pediatras, enfermeiros

materno-infantis e estudantes de medicina e enfermagem orientações que possibilitem uma melhor atenção à saúde bucal das crianças.

FATORES PARA UM BOM CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE UMA CRIANÇA

Na atualidade, a criança é socialmente valorizada e sua assistência baseia-se em algumas premissas bastante difundidas, embora nem sempre presentes nas atitudes de alguns profissionais que trabalham com as crianças. Pode-se citar como uma das premissas a de que o principal objetivo de qualquer assistência prestada à criança é proteger e favorecer o seu crescimento e desenvolvimento e que também a criança é um ser social, que tem direitos e necessidades que precisam ser atendidas, para que possa crescer e desenvolver-se com plenitude e feliz. Desta forma, sendo o processo de crescimento e desenvolvimento a marca da infância, é imprescindível o conhecimento desse processo²⁴

Embora crescimento e desenvolvimento possam ser tomados como termos sinônimos, apresentam significados distintos²⁵. O crescimento é um processo biológico, de multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento corporal. De um modo mais amplo, pode-se dizer que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. O desenvolvimento é um conceito que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais²⁶.

O crescimento e o desenvolvimento humano constituem-se em um

modelo de interação homem-ambiente, sendo resultado final de um conjunto de fatores que podem ser divididos em intrínsecos, representados pelos fatores genéticos e neuroendócrinos, e extrínsecos, que são os fatores ambientais e nutricionais. Os fatores genéticos são representados pela herança e os fatores neuroendócrinos são representados pela complexa interação entre os sistemas nervoso e endócrino²⁷.

A influência dos fatores ambientais sobre o crescimento e desenvolvimento ocorre diretamente desde o momento da concepção e após, podendo ser subdivididos em fatores pré-natais relacionados a nutrição, fatores endócrinos, infecciosos, imunitários, estado emocional da mãe durante a gravidez, dentre outros, e os fatores pós-natais, representados por nutrição, atividade física, ambientais, estímulos biopsicossociais, os agravos de saúde tanto físicos como emocionais, dentre outros²⁴.

A consulta pediátrica deve monitorar vários aspectos da saúde e vida da criança. Paralelamente às ações básicas de saúde cabe ao pediatra acompanhar os agravos que porventura possam ocorrer e estabelecer um vínculo de afetividade e confiança com a família e a criança. A participação de outros profissionais de saúde é fundamental neste contexto²⁸.

A monitorização do crescimento e desenvolvimento é realizada pela análise evolutiva do peso e da estatura da criança, além de seu desenvolvimento neuropsiquiátrico motor (DNPM), existindo portanto etapas esperadas e distintas em cada faixa etária, levando-se em consideração as condições de vida da criança²⁷.

Nas últimas décadas, o interesse pelo crescimento e desenvolvimento da criança tem crescido em todo mundo como resultado

do aumento constatado da sobrevivência infantil e o reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros no ser humano²⁹⁻³¹.

Os fatores para um bom crescimento e desenvolvimento de uma criança, tais como: *boa alimentação, educação, higiene, saúde, puericultura, atividades físicas e um bom ambiente família*, fazem parte do senso comum e são relatados em alguns trabalhos da literatura³¹⁻³⁶ e constam também do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde³⁷.

A boa alimentação representa um fator importante, existindo uma tendência, que se percebe no senso comum, em considerar alimentação e nutrição como sinônimos⁹. A nutrição está intimamente ligada ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança, não podendo ser considerada isoladamente, da mesma maneira que não se pode avaliar as características da criança e eventuais doenças, sem atentar cuidadosamente para seu estado nutricional³¹. Deve-se observar que os principais hábitos nutricionais se desenvolvem na infância com uma variedade de alimentos²⁷. Na primeira infância, o enfoque principal na alimentação de uma criança está concentrado no incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar para desmame. Sabe-se que o leite materno é importante não só pelo aspecto nutritivo, mas também por ser elo emocional entre mãe e filho^{29,32}.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de uma criança deve ser também um ato educativo que possibilite à família conhecer as condições de saúde da criança, participando ativamente nos cuidados a ela dirigidos²⁴. Educar para a saúde é educar para a vida e, na maioria das vezes, deve-se começar por ensinamentos dirigidos aos pais, acompanhantes e futuros responsáveis mais próximos que possam aprender como se promove saúde e se previne doença²⁵.

Portanto, pode-se afirmar que a atividade profissional, tanto do médico como do enfermeiro, deve-se basear em uma ação pedagógica e não apenas técnica, isto é, é preciso também ensinar para manter a saúde e se evitar doenças.

A *higiene* também é um fator de desenvolvimento e crescimento de uma criança. Embora o senso comum atribua à higiene um significado mais restrito de asseio e limpeza, ela pode também significar cuidados necessários para manutenção da saúde e se evitar doenças³⁵ e está intimamente relacionada à *puericultura*, que é a parte da ciência médica que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento, mais especificamente com o acompanhamento do desenvolvimento infantil³⁵⁻³⁶. Pode-se entender que o conceito de *puericultura* é abrangente e multiprofissional e está inserido na prática dos enfermeiros materno-infantis, odontopediatras entre outros, que têm como atividade profissional o cuidado com a criança em desenvolvimento.

Ao se estabelecer a relação de saúde com os fatores para um bom crescimento e desenvolvimento de uma criança, pode-se concordar com TAVARES (2000)³⁸ quando afirma que os profissionais de saúde que desejam se inserir como promotores de saúde precisam exercer os seus papéis de maneira mais abrangente, ou seja, além de possuir conhecimentos técnicos específicos, devem levar em consideração todos os aspectos que permeiam o processo saúde/doença, como as condições sócio-econômicas e culturais do indivíduo e da comunidade com a qual desejam trabalhar³⁹.

Ambiente familiar, é um aspecto importante porque a família é considerada a base afetiva e de referência primária para o processo de individualização e socialização da criança¹³ e que interfere positiva ou negativamente no processo saúde/doença do indivíduo²⁰. Assim sendo,

pode-se considerar que é na família que inicialmente se resolvem os problemas de saúde.

ERUPÇÃO DENTÁRIA

O primeiro dente decíduo deve surgir na cavidade bucal em torno dos 6 meses de vida, sendo que a dentição decídua estará completa por volta dos 24/30 meses de idade. Os dentes decíduos são em número de 10 para cada arcada (totalizando 20 dentes decíduos), sendo quatro incisivos, dois caninos e quatro molares para cada arcada. Os dentes permanentes são em número de 16 para cada arcada e começam a erupcionar em torno de seis anos de idade. Pode ocorrer a presença de dente natal (presente no nascimento) e o dente neonatal (presente nos primeiros trinta dias) podendo ser da série normal ou extranumerário. Um exame clínico e radiográfico correto poderá indicar se o dente deverá permanecer na cavidade bucal da criança. Algumas alterações locais e sistêmicas poderão ser observadas durante a erupção do dente, tais como aumento da salivação, diarreia, febre, entre outras⁴⁰.

PLACA BACTERIANA OU BIOFILME DENTAL

A placa bacteriana ou biofilme dental é o resultado da má higiene bucal. Ela é constituída de bactérias, restos de alimentos e fluídos bucais. A sua remoção é muito importante para garantir a saúde bucal. Ela é removida pela escova e pelo fio dental, bem como soluções enxaguatórias bucais com soluções antimicrobianas complementares à higiene bucal⁴¹.

GENGIVITE

A gengivite é a inflamação do tecido gengival. No bebê, quando ela ocorre, está associada à má higiene bucal. Ela pode estar presente também quando o bebê foi acometido de alguma doença da infância, como sarampo, catapora, rubéola e outras ⁴¹ .

ODONTOLOGIA PARA BEBÊS

A preocupação com os cuidados odontológicos na primeira infância não é um fato novo. A chamada Odontologia para Bebês, onde os cuidados começam ainda nos primeiros meses de vida, é uma tendência que está sendo bastante difundida nos dias atuais, porque se sabe que a cárie dentária em bebês manifesta-se de forma agressiva e progressão acelerada, acarretando até mesmo a destruição completa do elemento dentário num curto espaço de tempo ⁴² .

Sendo assim, a visita odontológica nos primeiros meses de vida é justificada, principalmente pela possibilidade de prevenção de doenças, manutenção da saúde bucal e também pelo fato das crianças crescerem ambientadas com consultórios odontológicos ⁴³ .

Portanto, a filosofia da Odontologia para Bebês se refere a uma abordagem educativa, preventiva e curativa para crianças na idade mais precoce, afirmando que não é apenas uma boa educação que começa no berço, mas também uma boa dentição. A primeira Bebê-Clínica surgiu na Universidade Estadual de Londrina-PR e foi inaugurada em 1986 ⁴⁴ .

Como a filosofia está fundamentada na educação e na prevenção, a conscientização dos pais é a chave principal para educar e motivar, devendo ser realizada através de orientações sobre a importância da boca, da dentição decídua, da amamentação natural, do conceito da cárie dentária como uma doença e da existência de medidas eficazes. Os

hábitos estabelecidos na primeira infância representam os valores e cuidados que a criança adquire para vida em relação à saúde bucal e geral

45-47 .

Sabe-se que os conceitos da Odontologia para Bebês estão difundidos por algumas universidades brasileiras e em alguns serviços particulares e públicos. A difusão da metodologia ocorre em grande parte pela eficiência do atendimento e pelo baixo custo de implantação. Estudos epidemiológicos realizados na Bebê Clínica de Londrina indicam que é possível reduzir em até 85% a incidência de cáries em bebês . As experiências favoráveis das Clínicas para Bebês, que cada vez mais vão se espalhando pelo país, são uma prova incontestável da ação benéfica desta abordagem, não havendo mais dúvidas que o atendimento odontológico precoce promove um impacto positivo sobre a saúde bucal, especialmente se essa atenção inicia-se nos primeiros anos de vida da criança ⁴⁶ .

ASPECTOS HISTÓRICOS E FILOSÓFICOS

Em 1929, Pereira, no livro **Educação dentária da criança**, já enfatizava a necessidade de orientação à família para os cuidados odontológicos mais precocemente, que deveriam ser realizados com gaze esterilizada embebida em uma solução de bicarbonato. Ressaltava a importância do trabalho integrado com o pediatra e a orientação de que a criança não poderia dormir sem que se fizesse a higiene dos dentes. Em 1939, Costa se posicionava contrário à posição de Pereira, afirmando que a atenção odontológica das crianças deveria ser realizada na faixa etária de 2 aos 12 anos. Este posicionamento encontrou respaldo entre outros pesquisadores de outras partes do mundo. Passadas, algumas décadas, a filosofia preventiva fez com que o início de atendimento passasse a ser em

torno de 6 meses (Suécia, Inglaterra e Japão). Dois fatos históricos merecem destaques: Coepferd (1989) informa que na Universidade de Iowa, devido à ocorrência de muitas crianças com cárie de mamadeira, foi estabelecido um programa para diagnosticar e interceptar, modificando práticas caseiras que poderiam ser danosas à saúde bucal das crianças. No Brasil, na Universidade Estadual de Londrina, liderados pelo Prof. Dr. Luiz Walter, um grupo de professores iniciaram, nesta mesma época, um estudo da necessidade do atendimento odontológico aos bebês, o que serviu de base histórica e filosófica para a criação da primeira Clínica de Bebês na UEL. Ressalta-se que o programa nos Estados Unidos durou de 84 a 86 e o programa de Londrina permanece até hoje⁴⁴.

A odontologia, em especial a odontopediatria, a partir da Odontologia para Bebês, passou por uma grande transformação, como se pode observar⁴⁴⁻⁴⁵:

- 1) O primeiro atendimento que era recomendado inicialmente aos seis anos de idade passou a ser aos seis meses de vida e até mesmo antes com as orientações aos pais e em especial às mães.
- 2) O conceito de odontologia passou a ser de promoção de saúde e não apenas do modelo cirúrgico restaurador. O odontopediatra passou a ter uma postura mais solidária e menos solitária, isto é, através de programas educativos e preventivos.
- 3) Deve-se ressaltar que o odontopediatra precisou estudar aspectos do desenvolvimento da criança, que fazem da parte da formação do médico pediatra, provocando uma importante interação destes profissionais.
- 4) Foi criado um protocolo de atendimento partindo da identificação do risco de cárie da criança.
- 5) A odontopediatria passou a ser uma especialidade mais educativa

e preventiva do que curativa. Muito antes de se trabalhar na boca do bebê é necessário trabalhar conceitos culturais na maneira de pensar dos pais, em especial das mães, que são as que exercem uma influência muito maior em relação ao crescimento e desenvolvimento das crianças. Os estudos da UEL demonstram que, no intervalo de 5 anos, o perfil de atendimento da bebê clínica, que era inicialmente curativo, passou a ser mais educativo e preventivo.

6) Foi desenvolvido um suporte para se atender a criança. Este suporte, chamado de MACRI ou maca de criança, mantém o bebê contido, quando necessário, não sendo mais preciso que a criança fique no colo das mães. Este MACRI é, através de uma analogia, o equipamento odontológico para o bebê, o consultório do dentista, e tem um valor de aquisição muito menor.

Como se pode observar, o odontopediatra passou a ser um educador dos cuidados que as mães (núcleo sócio-familiar) devem adotar com seus filhos. Como um professor, o odontopediatra passou a ensinar que⁴⁴⁻⁴⁵:

- 1) a cárie é uma doença transmissível e as mães (núcleo sócio-familiar) não devem assoprar os alimentos e nem experimentar na sua boca antes de darem aos bebês;
- 2) que as mães devem evitar beijar na boca dos bebês;
- 3) a maneira correta da higienização é feita com gaze. Em relação a este aspecto, existem controvérsias na literatura. Alguns autores não recomendam a higiene antes da erupção dos dentes e a utilização de água oxigenada 10% diluída em três partes de água destilada para ser embebida na gaze, procedimentos estes que fazem parte do protocolo de atendimento da Bebê Clínica da UEL.

4) Em relação ao comportamento dos bebês, segundo a Escala Comportamental de Frankl, pode-se identificar como definitivamente negativo e se justifica pela imaturidade emocional, cognitiva e motora dos mesmos. Deve-se observar também, a dependência afetiva do bebê com sua mãe. Neste sentido, o atendimento é feito sem esperar nenhuma cooperação dos bebês, que choram quase sempre o tempo todo. É de se esperar, e muito, a cooperação das mães, não só durante o atendimento clínico mas, sobretudo, nos cuidados caseiros.

Um aspecto bastante importante é a caracterização do paciente em relação ao risco à cárie e, como consequência, o estabelecimento de um protocolo de atendimento. Desse modo, a expressão risco de cárie deve ser usada para aqueles pacientes que ainda não apresentam nenhuma experiência de cárie, isto é, têm ceo=zero. Para os pacientes que já apresentam cáries, a expressão correta é paciente com atividade de cárie. Durante o I Encontro Nacional de Odontologia para Bebês foi proposta uma modificação na nomenclatura de risco e onde se considerava baixo risco, passou a se chamar de risco não identificado e nas situações em que se chamava médio e alto risco à cárie passou a se chamar risco identificado. O método de estabelecimento do risco é rápido, fácil, objetivo, de baixo custo e deve servir de guia para selecionar os procedimentos a serem adotados e a periodicidade das consultas de manutenção.

Determinação da periodicidade das consultas de manutenção segundo o risco a cárie (Modesto, 1998)⁴⁸

RISCO	PONTOS		
	0	1-4	5-10
	NÃO IDENTIFICADO	IDENTIFICADO	
INTERVALO MESES	3 MESES	2 MESES	1 MÊS

Os bebês que apresentam risco identificado deverão receber:

- 1) Limpeza/escovação dos dentes pelos pais/responsáveis;
- 2) Aplicação de fluoreto de sódio a 0,2% pelo profissional e a 0,02% diariamente em casa;
- 3) Orientações quanto ao uso racional do açúcar e ao desmame.

Critérios clínicos para a determinação do risco à doença cárie (Modesto, 1998)⁴⁸

CRITÉRIOS CLÍNICOS		VALOR
CONSUMO DE AÇÚCAR 5 X OU MAIS DIA	SIM	1
	NÃO	0
ALEITAMENTO NATURAL E OU ARTIFICIAL NOTURNO	SIM	2
	NÃO	0
UTILIZAÇÃO DE FLUORETO SISTÊMICO E OU TÓPICO	SIM	0
	NÃO	3
LIMPEZA/ESCOVAÇÃO DOS DENTES	SIM	0
	NÃO	4

Os pacientes identificados com atividades de cárie deverão receber tratamento que consiste de adequação do meio bucal (curação generalizada, exodontias, endodontias quando possível, para as manchas brancas de esmalte). Caracteriza-se a presença de doença cárie, deve-se aplicar cariostáticos e/ou verniz fluoretado. O paciente só passará para fase restauradora quando sair da fase de atividade de cárie, isto é, quando não apresentar manchas brancas de esmalte, e os cuidados com a higiene e a dieta pelos pais estiverem sendo aplicados.

ODONTOLOGIA INTRA-UTERINA

A odontologia intra-uterina se refere à construção da saúde bucal antes do nascimento. Para tanto, a mulher grávida é sensibilizada a fazer parte de um programa de acompanhamento odontológico, aumentando a chance de seu bebê ter mais saúde bucal. A assistência e o cuidado nesta fase possibilitam que a grávida tenha uma microbiota bucal compatível com saúde, minimizando assim a transmissão vertical de microrganismos patogênicos da mãe para seu filho. Permite ainda informar as mães a cuidarem melhor de seus filhos. Este modelo de odontologia intra-uterina representa o pré-natal odontológico, que assiste e cuida da mãe com o objetivo de melhor cuidar de seu filho. O aconselhamento antecipado permite, ainda, evitar a instalação de hábitos prejudiciais à saúde do bebê. Todas as orientações servem não só para os pais grávidos mas também para aquelas que convivem com os bebês. Podem-se fazer as seguintes abordagens ⁴⁹:

- 1)- desmistificar crenças e preocupações em relação à gravidez e ao tratamento odontológico;
- 2)- informar a respeito dos efeitos de determinadas drogas (tabaco e álcool);
- 3)- orientar sobre o uso de flúor; mostrar a importância de uma dieta adequada;
- 4)- conscientizar a respeito do papel dos pais em relação à saúde bucal dos filhos;
- 5)- a importância do aleitamento natural, a importância da higiene dos primeiros dentes.

Deve-se observar que existem resistências culturais a esta abordagem. Muitas mães, muitos casais, não dão a devida importância para o pré-natal odontológico. É fundamental a participação do médico ginecologista-obstetra e do pediatra que, interagindo com o odontopediatra, ofereçam melhor saúde através da educação. Assim

sendo, pode-se concluir que tanto a Odontologia para o Bebê como a Odontologia intra-uterina partem do princípio de que é preciso educar. A educação possibilita uma melhora na qualidade de vida, a aquisição e a manutenção da saúde, a responsabilidade com a própria saúde e em especial dos filhos, a importância da saúde bucal como parte da saúde geral.

CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA

Cárie de bebê, cárie de amamentação ou cárie de mamadeira, é um tipo peculiar de cárie avançada, que afeta a dentição decídua em criança bem jovem. Atualmente, a expressão adotada é cárie precoce da infância. Tem sempre um componente sócio-cultural relacionado à alimentação noturna e à ausência de higiene e apresenta-se com uma grande prevalência⁵⁰.

Esse tipo de cárie tem característica própria de uma cárie incontrolável, "rampante", cujos aspectos devem ser observados: afeta a criança muito jovem, antes do primeiro ano de vida, tem uma evolução muito rápida, envolve muitos dentes, geralmente mais de três incisivos. Tem sempre um componente sócio-cultural relacionado com alimentação noturna e ausência de limpeza. Nos casos mais graves, chega a afetar também os incisivos inferiores. As lesões mais sérias estão também ligadas ao consumo abusivo de carboidratos⁴⁴.

A cárie precoce da infância é tradicionalmente considerada uma doença infecto-contagiosa, na qual os fatores sociais exercem uma influência marcante. Na primeira infância, pesquisas têm confirmado a participação de fatores não biológicos no desenvolvimento da cárie dentária⁴⁴.

A cárie dentária pode ser definida como um processo de dissolução do esmalte ou de dentina, causada por ação bacteriana na superfície do dente e mediado por um fluxo físico-químico de íons dissolvidos em água³⁻⁸. É produto direto da variação contínua do pH da cavidade bucal, sendo o resultado de sucessivos ciclos de desmineralização e de remineralização (DES x RE) de minerais presentes na saliva, como o cálcio e o fosfato⁴⁻¹², sobre a superfície dentária sendo que a perda do equilíbrio DES X RE, ocorre quando o pH fica abaixo de 5,5 ou 4,5 quando na presença de flúor¹²⁻¹³.

A odontologia tradicional define a cárie como "cavidade no esmalte e/ou dentina", considerando livres de cárie aqueles indivíduos que não apresentam esse tipo de lesão. Entretanto existe um longo percurso entre a ocorrência de perdas minerais incipientes e não visíveis clinicamente até a instalação das manchas brancas e posterior aparecimento de cavitações. A mancha branca ativa representa o primeiro sinal clínico da cárie, devido ao acúmulo do biofilme dental e tem aparência esbranquiçada com superfície opaca e rugosa; a mancha branca inativa apresenta-se brilhante e lisa^{3-10; 14-15}.

Esta mancha branca nada mais é do que uma ilusão de ótica produzida por perda de minerais, e pela subsequente ocupação de seu espaço por água e matéria orgânica. Certamente, quanto mais precoce for o diagnóstico da doença, maiores serão as possibilidades de intervenção, causando o mínimo prejuízo ao paciente¹⁴, além de possibilitar um melhor prognóstico para a doença e um tratamento mais rápido e eficaz, pois evitaria que a procura pela assistência odontológica ocorresse somente após a cavitação das lesões ou após o surgimento de sintomatologia dolorosa¹⁵.

Sabe-se que o microorganismo com maior potencial cariogênico é

o Estreptococos do Grupo Mutans (EGM), devido à sua capacidade de formar um polímero extracelular à base de glicose, chamado dextrano, que auxilia no processo de adesão e permanência de microorganismos junto ao esmalte dentário ⁵¹. Sabe-se também que a contaminação nos bebês pode ocorrer quando níveis salivares de microorganismos nas mães excedem a 100.000 unidades formadoras de colônias (UFC) de EGM por ml/saliva, associada à influência que a mãe possui na determinação precoce dos hábitos alimentares e de higiene e o conseqüente impacto destes fatores na atividade de cáries do bebê ⁵¹⁻⁵². A contaminação da boca dos bebês pode acontecer, ainda, quando mães e adultos mal informados beijam as crianças na boca, sendo as com menos de dois anos de idade as vítimas mais indefesas na transmissão bacteriana. Esse período é conhecido por janela de infectividade e considerado crítico para o contágio da doença cárie pela criança. Corresponde à erupção dos incisivos decíduos até o completo estabelecimento da dentadura decídua. Existe, também, um segundo período durante a erupção dos primeiros molares permanentes ^{51,53}.

ENCAMINHAMENTO DAS CRIANÇAS AO DENTISTA

Atualmente a odontologia vem se voltando para o atendimento de bebês, tentando instituir precocemente medidas educativas e preventivas ⁴², porque se sabe que a cárie dentária em bebês manifesta-se de forma agressiva e progressão acelerada, acarretando até mesmo a destruição completa do elemento dentário num curto espaço de tempo ⁴³. Por outro lado, os conhecimentos científicos acerca da etiopatogenia da doença asseguram a possibilidade de acompanhar uma criança desde o seu nascimento até a idade adulta de maneira que ela não passe por experiência de cárie e doença periodontal ⁴⁴.

Sendo assim, a educação em saúde bucal deveria iniciar-se nos primeiros anos de vida, porque é importante uma abordagem integrada, incluindo os meios de comunicação e os profissionais de saúde, principalmente pediatras, buscando conscientizar as famílias, em especial as mães. Muitas medidas de prevenção, como higiene bucal, utilização de fluoretos sob diversas formas e controle da dieta, são desencadeadas tardiamente, quando um mau hábito já está instalado, dificultando o processo educacional⁴⁴⁻⁴⁵.

Existe um despreparo dos pediatras de algumas cidades do estado de São Paulo com relação ao conhecimento da saúde bucal da criança, já que a grande maioria não realiza o encaminhamento das crianças ao odontopediatra no primeiro ano de vida⁵⁴.

Não existe na literatura consultada uma concordância entre os médicos com relação à época ideal da primeira consulta odontológica da criança^{16-18, 22-24, 54-60}. Para a grande maioria dos dentistas pesquisados da Paraíba, a primeira consulta deve acontecer no primeiro ano de vida da criança⁶¹ e, para alguns pediatras pesquisados no Rio de Janeiro, não é preciso ter dentes para a primeira consulta odontológica²². Por outro lado, a maioria dos pediatras da cidade de São Paulo não realiza o encaminhamento das crianças ao dentista ou odontopediatra no primeiro ano de vida por desconhecerem a importância dessa prática⁵⁴.

A AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (2000)⁶² recomenda que os cuidados com a saúde bucal da criança devem se iniciar com uma consulta para orientações dos pais no pré-natal. Considera que a primeira consulta odontológica deve ocorrer aos 6 meses e não ultrapassar o primeiro ano de vida da criança. Neste contexto, o pediatra e o enfermeiro materno-infantil são de grande importância, visto que estes profissionais examinam os bebês ao longo do primeiro

ano de vida, não acontecendo o mesmo como rotina com o odontopediatra¹⁶⁻²³. Os dados permitem concordar com ESTEVES et al., (1999)²¹ quando mostram ser cada vez mais evidente a necessidade de um protocolo de ação integrada que permita diminuir a distância entre o que se sabe e o que se pratica, com abordagem interdisciplinar e multiprofissional.

RECOMENDAÇÕES PARA UMA BOA SAÚDE BUCAL

A saúde bucal faz parte da saúde geral do indivíduo⁶³ e a educação em saúde bucal deveria iniciar-se nos primeiros anos de vida, porque medidas de prevenção, como higiene bucal, utilização de fluoretos sob diversas formas e o controle da dieta, são desencadeadas tardiamente, quando um mau hábito já está instalado, dificultando o processo educativo¹⁷.

A utilização de medidas preventivas desde os primeiros anos de vida auxilia no desenvolvimento de hábitos saudáveis que contribuirão para a manutenção da saúde bucal dos indivíduos. Cuidados simples, como a escovação dos dentes, o uso do fio dental e visitas periódicas ao dentista, podem evitar as doenças mais comuns na cavidade bucal: a cárie e a doença periodontal⁶⁴.

Sabe-se que a alimentação participa da etiologia da cárie dentária, principalmente pelo seu conteúdo em componentes fermentáveis: rica em glicose e sacarose que, se permanecerem na cavidade bucal por um tempo de 5 a 15 minutos, induzirão a queda de pH, razão porque o aconselhamento dietético é importante na prevenção da cárie³.

Mesmo antes do primeiro dente, não se deve acostumar o bebê com o uso de doces ou mesmo passar mel e açúcar mascavo na chupeta,

porque poderá significar muitas lesões da doença no futuro ⁵, havendo uma relação positiva entre a prevalência de cárie e a dieta de alta cariogenicidade ⁶⁵⁻⁶⁶.

Além da adequação da dieta deve-se orientar os pais quanto aos aspectos de higiene e hábitos bucais e fluoroterapia, considerando que existe também necessidade de treinamento das mães para que uma adequada higiene bucal do bebê seja realizada ⁶⁷.

A higiene bucal em crianças de pouca idade está associada à redução nos índices de cárie, não só pelo controle da placa bacteriana ou ampliação do acesso ao uso do flúor, mas também porque a nível domiciliar desperta na família a preocupação com a saúde bucal, tendo assim uma influência em diversos fatores, como, por exemplo, a adoção de dieta equilibrada ⁶⁸.

FLÚOR

O declínio da prevalência da cárie dentária nas duas últimas décadas se deve em parte ao uso dos fluoretos, tendo em vista que a descoberta das suas propriedades anticariogênicas constitui um marco da história da odontologia, uma vez que possibilita o desenvolvimento de medidas eficazes de prevenção e controle da cárie dentária ⁶⁹.

Até a década de 70, a única fonte de exposição sistêmica era a água de abastecimento fluoretada, mas no presente, o dentifício fluoretado tem tido participação significativa, podendo-se observar o aumento de fluorose devido ao consumo de fluoretos, que também pode ser encontrado nos suplementos vitamínicos fluoretados, fórmulas infantis, alimentos e bebidas ⁷⁰.

A fluorose dental é considerada um defeito na formação do esmalte

e da dentina produzida pela ingestão crônica de quantidades excessivas de fluoretos de uma ou mais fontes; esta condição se caracteriza clinicamente pela pigmentação esbranquiçada ou acastanhada do esmalte dos dentes cujo espectro de mudanças varia desde um ligeiro aumento no padrão das linhas periquimáceas até a perda quase completa da porção externa do esmalte. A fluorose é simétrica na boca, afetando dentes homólogos⁷⁰⁻⁷².

Ao se avaliar a quantidade de flúor em cereais infantis, achocolatados, bebidas à base de soja, os resultados demonstraram que alguns destes cereais e bebidas podem ser importantes contribuintes para a ingestão diária de flúor, podendo chegar até a 25% de ingestão diária máxima recomendada (0,07 mg/F/Kg de peso corporal) para uma criança de 12 Kg, quando consumido uma única vez ao dia. Sendo assim, é importante que os fabricantes informem no rótulo a concentração de flúor presente nos alimentos⁷³⁻⁷⁴.

Existe também uma concentração de flúor natural presente no arroz e no feijão que é desprezível em termos de fluorose, mas que quando do cozimento destes cereais em água fluoretada pode representar 30% da dose máxima de flúor⁷⁴.

Portanto, a prescrição de produtos que têm flúor depende basicamente do conhecimento sobre a fluoretação da água de abastecimento da região. Por outro lado, o flúor pode não ser essencial para a prevenção da cárie dentária, pois se o paciente tiver hábitos saudáveis de dieta, com horários disciplinados de refeições e realizar uma higiene bucal razoável, ele não desenvolve a doença cárie⁷⁶.

A suplementação do flúor é indicada por 27,6% dos pediatras de Bauru, SP, e 87,5% destes médicos têm conhecimento da fluoretação da água de abastecimento⁷⁶. Para 68,4% dos pediatras da cidade do Rio de

Janeiro-RJ a suplementação pode ser feita a partir dos seis meses ¹⁷ e 26% dos pediatras da Marinha do Brasil recomendam suplemento com flúor, sendo que 62% reconhecem seu efeito tóxico ⁷⁷.

Em relação ao teor ideal de flúor na água de abastecimento, para a maior parte do território brasileiro é de 0,6 a 0,8ppm, em função da média das temperaturas máximas anuais ⁷⁸. Por outro lado, pode-se considerar que se o paciente tiver hábitos saudáveis de dieta, com horários disciplinados de refeições e realizar uma higiene bucal razoável, ele não desenvolve a doença cárie, razão porque o flúor pode não ser essencial para a prevenção da cárie dentária ⁷⁵.

Como se pode observar em relação ao flúor, existem, na literatura revista, controvérsias relacionadas à indicação, interação medicamentosa, dose terapêutica e dose tóxica. Estes aspectos foram veiculados no boletim da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro, quando também foram apresentadas orientações, com embasamento científico e clínico para os pediatras, reafirmando que o uso do flúor deve ser de forma racional ⁷⁹, devendo estar de acordo com o protocolo recomendado pela American Dental Association ⁸⁰ em 1994 e aprovado pela Academia Americana de Pediatria ⁸¹ em 1995.

TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS

Traumatismos dentários em pacientes infantis representam um capítulo importante da atividade profissional do cirurgião-dentista, em especial do odontopediatra, não só pelos aspectos relacionados às diversas técnicas que envolvem várias áreas da odontologia, mas também, pelo envolvimento emocional da criança e de seu núcleo sócio-familiar.

Assim sendo, pode-se exemplificar que, quando uma criança se apresenta com história de traumatismo de um dente decíduo envolvendo esmalte e dentina, exige-se que o profissional tenha habilidades clínicas relacionadas, entre outras, à radiologia, anestesia, terapia pulpar, dentística, mas também que o mesmo tenha um manejo correto da criança e o controle de uma situação de intranqüilidade por parte dos pais e demais familiares, refletindo, em cada atitude clínica adotada, maturidade e equilíbrio emocional com conseqüente domínio da situação.

Neste sentido, a identificação do tipo de choro da criança e o manejo correto são importantes para que haja uma atitude por parte do profissional de transformar em positivo, ou, quem sabe, definitivamente positivo, o comportamento definitivamente negativo de uma criança.

Muitos são os fatores relacionados com os traumatismos dentários nas crianças, tais como: quedas (andar /correr) , cair de objetos (cama, berço), bater em objetos (cama.mesa, escada), cair de objetos móveis (carrinho de bebê, voador) acidente automobilístico e até mesmo devido a espancamento ou síndrome da criança espancada, que acontece sempre relacionado a um despreparo dos pais devido a um descontrole emocional ⁴⁴ .

A consulta quase sempre tem um caráter de urgência e os aspectos anamnésicos devem ser realizados com muita objetividade onde perguntas *como, onde e quando* devem ser priorizadas. Deve-se também, em momento oportuno, levantar dados sobre a cobertura de vacina antitetânica e se a criança apresenta alguma alteração de ordem geral , fazendo ou não uso de medicação controlada. Em algumas situações é necessária a avaliação e acompanhamento do médico, porque o trauma pode apresentar alguma alteração geral na criança, o

que torna a consulta não mais de urgência mais sim de emergência.⁴⁴

Sendo assim, é importante que o comportamento da criança seja observado , apesar da limitação de cooperação, para que alteração depressiva ou de excitação, fotofobia , vômitos , dor de cabeça, dilatação de pupila entre outros aspectos que podem representar alteração mais grave, não sejam negligenciados⁴⁴.

Os aspectos clínicos da consulta devem observar não só o trauma dentário, mas a correta manipulação da mandíbula e da maxila com o intuito de perceber alguma possível fratura. Deve-se observar possíveis envoltimentos dos germes sucessores.

O que fazer, como fazer e porque fazer, devem ser normas clínicas que demonstram a atitude do odontopediatra ou mesmo do cirurgião dentista comprometido em oferecer o melhor possível ao seu paciente. Os traumatismos dentários podem ser de vários tipos e é claro que cada caso requer tratamento específico que deve considerar o tempo de permanência do dente e o envolvimento ou não com o dente permanente.

Algumas alterações tais como mudança de cor, mobilidade e presença de dor devem ser criteriosamente analisadas pelo cirurgião-dentista e que deve estar atento porque um dente que tenha sofrido um trauma e que aparentemente nos mostra nenhuma alteração poderá apresentá-la algum tempo depois.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento e o atendimento da criança é multiprofissional, revelando a necessidade da interação de esforços e a busca constante de aperfeiçoamento de todos. A Odontologia pode contribuir promovendo a desmonopolização do saber odontológico, onde informações passam ao domínio de profissionais, como professores, enfermeiros, médicos-pediatras, estudantes de medicina e de enfermagem, entre outros, e uma nova situação de saúde bucal poderá acontecer na medida em que a prevenção esteja alicerçada na educação. A criança no seu dia a dia é alvo de inúmeras atenções de diversos profissionais que têm o objetivo de oferecer cuidados de saúde e de educação. Saúde começa pela boca e certamente uma criança com boa saúde bucal e geral será também um adulto de melhor saúde e com uma qualidade de vida melhor.

Desse modo pode-se afirmar que é necessário o acompanhamento da criança por um determinado tempo, que estará ligado ao tipo de traumatismo ocorrido.

Referências:

- 1-Silva, JBOR. Saúde bucal da criança: um estudo entre profissionais e estudantes da área de saúde e pais. Tese (Doutorado em Odontologia Área de concentração em Odontopediatria). Rio de Janeiro. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005. 125 f.
- 2-Miasato JM. Estudo comparativo da prevalência da cárie em crianças que receberam ou não atenção odontológica na Primeira infância. Tese (Doutorado em Odontologia Área de concentração em Odontopediatria). Rio de Janeiro. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000. 119 f.
- 3-Loesche W. Cárie Dental: Uma infecção tratável. In:Teles JC, Uzeda M, Araújo WC (Coord e Trad.). Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.
- 4-Ostran CA. Cariologia Clínica In: Menaker L. (Org.).Cárie Dentária: Bases Biológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. p.219-230.
- 5-Anderson MH,.Bales DJ, Omnel KA. Modern management of dental caries: the cutting edge is not the dental bur. J Am Dent Assoc.1993; 124:37-44.
- 6-Koulorides T. Dinâmica da remineralização biológica aplicada à cárie. In: Menaker L. (Org.) Cárie dentária: bases biológicas. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro; 1984. p.369-389.
- 7-Gómez S. Remineralizacion y caries In: Brown P (org.) Caries Ediciones de la Universidad de Viña Del Mar Chile; 1991. p.52-59.
- 8-Stookey GK. Caries prevention. Journal of Dental Education.1998; 62(10): 803-811.
- 9-Koulorides T. Dinâmica da remineralização biológica aplicada à cárie. In: Menaker L. (Org.) Cárie dentária: bases biológicas. Guanabara

- Koogan. Rio de Janeiro; 1984. p.369-389.
- 10-Gómez S. Remineralización y caries In: Brown P (org.) Caries Ediciones de la Universidad de Viña Del Mar Chile; 1991. p.52-59.
- 11-Stookey GK. Caries prevention. Journal of Dental Education.1998; 62(10): 803-811.
- 12-Oppermann RV. A cárie como processo saúde-doença. In: Kramer PF, Feldens A, Romano AR.(Orgs.) Promoção de saúde bucal em odontopediatria: diagnóstico, prevenção e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.1-12.
- 13-Cury J. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratieri LN. (Org.) Odontologia Restauradora: Fundamentos e Possibilidades. São Paulo: Livraria Santos; 2001. P.31-68.
- 14-Bastos LF, Reis R, Medeiros UV, Harari, SG. Diagnóstico da cárie: determinado por uma cavitação ou por uma análise multifatorial. UFES Rev. Odontol. Vitória. 2000; 2(2): 42-46.
- 15-Miceli VC, Soviero VM. Avaliação de um método para ensinar aos pais como diagnosticar a cárie de acometimento precoce. Revista da ABOPREV. 2000; 3(1):4-10.
- 16-Figueiredo MC, Palmieri AI, Rodrigues RMA. A importância da interação pediatra-odontopediatra no atendimento integral a crianças. RFO UPF, Passo Fundo. 1997; 2(2): 11-18.
- 17-Ribeiro LP, Modesto A, Souza IPR. Conhecimentos e atitudes de alguns pediatras da cidade do Rio de Janeiro sobre aspectos de saúde oral do bebê. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba. 1999; 2(9): 345-349.
- 18-Freire MC, Macedo RA, Silva WH. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde oral. Pesqui Odontol Bras. 2000; 14 (1): 39-45.

- 19-Alves TDB, Montadon, EM. Cárie de mamadeira: prevenção e tratamento Rev Baiana de Enfermagem. 1999; 12 (1): 80-89.
- 20-Doengest ME, Moorhouse MFO. O processo de enfermagem: planejamento do cuidado com diagnósticos de enfermagem In: Doengest ME, Moorhouse MFO Geissler RJ. (Org.) Planos de cuidado de Enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. P.6-11.
- 21-Esteves IM. Conhecimento, atitudes e práticas de Saúde bucal desenvolvidas pelos estudantes de odontologia, enfermagem e medicina da cidade de Alfenas MG. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) Araçatuba. Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista UNESP; 1999, 157 f.
- 22 -Santiago BM, Souza MIC, Medeiros UV, Barbosa, ARS. Conhecimento dos médicos-pediatras acerca da saúde bucal de bebês. Rev Bras Odontol. 2002; .59 (2):86-89.
- 23-Gomes VLO, Fonseca AD, Rodrigues MDGS. Saúde oral; um desafio para a equipe de saúde. R. Bras Enferm. Brasília. 2001; 54 (1):43-47.
- 24-Ribeiro CA, Borba RIH. Crescimento e desenvolvimento da criança. In: Santos LES (Org.) Creche e pré-escola: uma abordagem de saúde. São Paulo: Artes Médicas, 2004, p.81-113.
- 25-Leão E, Correa EJ, Viana MB. Pediatria ambulatorial 2 ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora Médica e de Cultura Médica, 1989. p. 22-23.
- 26-Lima AJ, Junqueira JC, Almeida CJ. In Lima AJ (Org.) Pediatria essencial. 5ª Ed. São Paulo. Editora Atheneu. 1998. p. 234-252.
- 27-Marcondes E, Setian N, Carrazza FR. Desenvolvimento físico e funcional da criança In: Marcondes E. (Coord.). Pediatria Básica. 9 ed. São Paulo: Sarvier. 2003. P.23-36.

- 28-Ragazzi SLB. Consulta pediátrica. In: Correa MSNP. Odontopediatria na primeira infância.1ª Ed. São Paulo. Livraria Santos Editora. 1998. P.33-38.
- 29-Brasil, Ministério da saúde. Assistência integral à saúde da criança: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde. 1984.
- 30-Aguiar, ZM. et al. A saúde da criança In: Leão E, Corrêa EJ, Viana MB.(Orgs.) Pediatria ambulatorial 2 ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora Médica e de Cultura Médica, 1989. p. 1-5.
- 31-Tollendal ME. Estomatologia: preventiva e abrangente. São Paulo: Pancast Editora, 1991.176 p.
- 32-Olivier CE. Puericultura: preparando o futuro para o seu filho. Santa Bárbara do Oeste: SOCEP Editora Ltda. 1998. 202 p.
- 33-Blanck D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria*.2003; 79: 13-22.
- 34-Marcondes E. Ser puericultor In: Marcondes E.(Coord.). *Pediatria Básica*. 9 ed. São Paulo: Sarvier. 2003. P.117-124.
- 35-Maranhão DG, Vico ESR. Higiene e precauções, padrões em creche: contribuindo para um ambiente saudável. In: Santos LES. (Org.) *Creche e pré-escola: uma abordagem de saúde*. São Paulo: Artes Médicas, 2004, p.129-148.
- 36-Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da 8ª Conferência Nacional da Saúde: tema 1: saúde como direito. Brasília, 1986.
- 37-Bresolin AMB et al. Alimentação da criança. In: Marcondes E. (Coord.). *Pediatria Básica*. 9 ed. São Paulo: Sarvier. 2003. P.61-95.
- 38-Tavares MJ Aspectos relacionados `a promoção de saúde bucal envolvendo o atendimento de crianças e adolescente.2000. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,

2000. 185 f.

- 39-Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). Rev Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto, 2004; 12(4):13-17.
- 40-Palmirini AL, Rodríguez RA, Figueiredo MC. Orientações odontológicas básicas de interesse para o Médico Pediatra. Porto Alegre. UFRGS. 1996.
- 41-Morais ITDR, Moreira SC. Guia Prático para Palestras. Uma opção na abordagem para Bebês. J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê. Curitiba 1998. 1(4): 110-114.
- 42-Barbosa ARS, Medeiros UV. Correlação entre experiências de cárie e níveis salivares de estreptococos grupo mutans em bebês de 06 a 36 meses de idade. Rev Bras Odontol, v.57, n.4, p.246-249, jul/ago. 2000.
- 43-Cerqueira LM et al. Estudo da Prevalência da cárie e dieta em crianças de 0 a 36 meses na cidade de Natal RN. J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba v.2, n.9, p350-356. 1999.
- 44-Walter LRF, Ferelle A, Issa M. Odontologia para Bebê; odontologia do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas, 1996, 246p.
- 45-Nakana L. Educar prevenindo e prevenir educando: odontologia no primeiro ano de vida. Londrina, 1994. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 1994. 61.f.
- 46-Cunha RF, Percinoto C, Delben ACB. Tratamento integral do bebê: manutenção e controle In: Cardoso RJA, Lima ME. (Coord). Odontologia, conhecimento e arte: Odontopediatria, ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares, pacientes especiais. São Paulo: Artes Médicas, 2003. P.71-76.

- 47-Paim S, Ribeiro A, Modesto A. Saúde bucal das crianças atendidas na clínica de bebês da F.O. U.F.R.J. In: Reunião Científica da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 16., 1999. Águas de São Pedro. 08-11 Setembro. Anais... Águas de São Pedro: SBPqO. 1999. P.38.
- 48-Modesto A. Conceito de risco. J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba v.2, n.9, p350-356. 1998.
- 49-Konish F. Odontologia Intra-uterina In Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Odontopediatria: prevenção. São Paulo: Artes Médicas. 2002. p. 113-136.
- 50-Mac Donald RE.; Avery DE. Odontopediatria. 5ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1991.
- 51-Caulfield PW, Cutter GR, Dasanave AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. J Dent Res, v. 72, n.1, p. 37-45, 1993.
- 52-Araújo FB, Barata JS. Promoção de saúde bucal em odontopediatria In: Krieger L. (Coord.). ABOPREV: Promoção em Saúde Bucal . 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.p.287-315.
- 53-Bönecker M, Côrrea MSNP. Medidas educativas e preventivas para tratamento integral do Bebê In: Cardoso RJA, Lima ME (Coords) Odontologia, conhecimento e arte: Odontopediatria, ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares, pacientes especiais. São Paulo: Artes Médicas, 2003. P.31-39.
- 54-Pilipczuk A, Trindade CP. O papel do médico-pediatra na promoção de saúde bucal. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. Curitiba. 2002; 5:9. Suplemento.
- 55-Schalka MMS, Rodrigues CRMD. A importância do médico pediatra na promoção de saúde bucal. Revista Saúde Pública. 1996; 30(2):179-86.

- 56-Paiva MS, Bezerra VLVA, Toledo AO. O Pediatra e a saúde da criança. RGO Porto Alegre. 1990; 38(2): 96-100.
- 57-Scavuzzi AI, Sampaio AS, Seixas AR, Santos SP. O papel do pediatra na promoção de saúde bucal do bebê, em Feira de Santana-BA. Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA. 1994/1995; 14-15.:22-28.
- 58-Soviero VM, Massao JM, Ramos ME, Tura LF. Posicionamento dos médicos-pediatras frente às questões de Odontopediatria. *In Anais 12ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica*. 1995. 04-07 set. Águas de São Pedro: SBPqO. 1995. P.123.
- 59-Esteves IM, Nakana L, Saliba, NA. Pediatria e odontopediatria: busca de um protocolo de ação integrada. *In Anais 13ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica*. 1996. 01-04 set. Águas de Lindóia: SBPqO. 1996. P.85.
- 60-Fujimoto E, Basso ECB, Chelotti A. A importância da interação médico-odontológica na promoção da saúde bucal. *Rev. Paul. Ped* 1997; 15(4):195-8.
- 61-Cavalcante AI, Carvalho LF, Pereira LL, Medeiros AD, Valença AM. Primeira consulta odontológica: percepção dos cirurgiões dentista quanto ao período ideal. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. Curitiba. 2002; 5(27):420-424.
- 62-American Academy of Pediatric Dentistry: Reference Manual, 1999-0. *Pediatric Dent* .25(5).
- 63-Seerig IM, Mainard, APR, Oliveira MDN. Cárie dentária em bebês. *RFO UPF*. 1998; 3(1):13-22.
- 64-Santos Pinto L, Uema APA, Galassi MAS, Ciuff NJ. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? *J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. Curitiba. 2001; 4(21):429-434.

- 65-Medeiros UV. Controle clínico da cárie. São Paulo: Santos, 1998, p.7-20.
- 66-Figueiredo MC, Palmirini AI, Rodrigues RMA. A importância da interação pediatra-odontopediatra no atendimento integral a crianças. RFO UPF, Passo Fundo. 1997; 2(2): 11-18.
- 67-Magalhães AC, Rios, D Honorio HM, Cavazzola AS, Silva SMB. A importância das mães em relação à escovação para uma efetiva remoção da placa dentária em bebês. *In* Anais 19ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. 2002 31 ago-04 set. Águas de Lindóia: SBPqO. 2002. P.72.
- 68-Fraiz FC, Walter LRF. O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores. J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê. Curitiba. 2001; 4(21): 398-404.
- 69-Maltz M. Prevenção da doença cárie e periodontal. *In* Toledo AO. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica 2ª Ed São Paulo: Artes Médicas, 1996. P.135-173.
- 70-Oliveira BH, Nilbourne P. Fluorose dentária em incisivos superiores permanentes em crianças de escolas pública do Rio de Janeiro RJ Rev. Saúde Pública. 2001; 35(3):.276-82.
- 71-Buzola MAR, Cury JA, Whitford GM. Fluoride exposures and dental fluorosis: a literature review. Rev. FOB. 2001; 9(1/2):1-10.
- 72-Assis GF, Buzalaf MAR, Faria FAC, Cranjeiro JM, Torres SM, Oliveira DT. Mecanismos biológicos e influência de fatores ambientais na fluorose dentária e a participação do flúor na prevenção da cárie. Revisão da literatura. Rev. FOB 1999; 7(3-4):.68-70.
- 73-Almeida PA, Furlani TA, Levy FM, Rodrigues MHC, Bastos JRM, Buzalaf, MAR. Concentração de Flúor em alimentos e bebidas infantis e risco de fluorose dental. *In* Anais 19ª Reunião Anual da Sociedade

- 56-Paiva MS, Bezerra VLVA, Toledo AO. O Pediatra e a saúde da criança. RGO Porto Alegre. 1990; 38(2): 96-100.
- 57-Scavuzzi AI, Sampaio AS, Seixas AR, Santos SP. O papel do pediatra na promoção de saúde bucal do bebê, em Feira de Santana-BA. Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA. 1994/1995; 14-15: 22-28.
- 58-Soviero VM, Massao JM, Ramos ME, Tura LF. Posicionamento dos médicos-pediatras frente às questões de Odontopediatria. In Anais 12ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. 1995. 04-07 set. Águas de São Pedro: SBPqO. 1995. P.123.
- 59-Esteves IM, Nakana L, Saliba, NA. Pediatria e odontopediatria: busca de um protocolo de ação integrada. In Anais 13ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. 1996. 01-04 set. Águas de Lindóia: SBPqO. 1996. P.85.
- 60-Fujimoto E, Basso ECB, Chelotti A. A importância da interação médico-odontológica na promoção da saúde bucal. Rev. Paul. Ped 1997; 15(4):195-8.
- 61-Cavalcante AI, Carvalho LF, Pereira LL, Medeiros AD, Valença AM. Primeira consulta odontológica: percepção dos cirurgiões dentista quanto ao período ideal. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. Curitiba. 2002; 5(27):420-424.
- 62-American Academy of Pediatric Dentistry: Reference Manual, 1999-0. Pediatric Dent .25(5).
- 63-Seerig IM, Mainard, APR, Oliveira MDN. Cárie dentária em bebês. RFO UPF. 1998; 3(1):13-22.
- 64-Santos Pinto L. Uema APA, Galassi MAS, Ciuff NJ. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê. Curitiba. 2001; 4(21):429-434.

- 65-Medeiros UV. Controle clínico da cárie. São Paulo: Santos, 1998, p.7-20.
- 66-Figueiredo MC, Palmirini AI, Rodrigues RMA. A importância da interação pediatra-odontopediatra no atendimento integral a crianças. RFO UPF, Passo Fundo. 1997; 2(2): 11-18.
- 67-Magalhães AC, Rios, D Honorio HM, Cavazzola AS, Silva SMB. A importância das mães em relação à escovação para uma efetiva remoção da placa dentária em bebês. *In Anais 19ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica*. 2002 31 ago-04 set. Águas de Lindóia: SBPqO. 2002. P.72.
- 68-Fraiz FC, Walter LRF. O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores. J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê. Curitiba. 2001; 4(21): 398-404.
- 69-Maltz M. Prevenção da doença cárie e periodontal. In Toledo AO. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica 2ª Ed* São Paulo: Artes Médicas, 1996. P.135-173.
- 70-Oliveira BH, Nilbourne P. Fluorose dentária em incisivos superiores permanentes em crianças de escolas pública do Rio de Janeiro RJ Rev. Saúde Pública. 2001; 35(3):.276-82.
- 71-Buzola MAR, Cury JA, Whitford GM. Fluoride exposures and dental fluorosis: a literature review. Rev. FOB. 2001; 9(1/2):1-10.
- 72-Assis GF, Buzalaf MAR, Faria FAC, Cranjeiro JM, Torres SM, Oliveira DT. Mecanismos biológicos e influência de fatores ambientais na fluorose dentária e a participação do flúor na prevenção da cárie. Revisão da literatura. Rev. FOB 1999; 7(3-4):.68-70.
- 73-Almeida PA, Furlani TA, Levy FM, Rodrigues MHC, Bastos JRM, Buzalaf, MAR. Concentração de Flúor em alimentos e bebidas infantis e risco de fluorose dental. *In Anais 19ª Reunião Anual da Sociedade*

- Brasileira de Pesquisa Odontológica. 2002 31 agos-04 set. Águas de Lindóia: SBPqO. 2002. P.42.
- 74-Casarini RCU, Lima YBO, Cury JÁ. A Contribuição da alimentação típica brasileira para a ingestão diária de flúor e risco de fluorose dental. . *In Anais 19ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica*. 2002 31 agos-04 set. Águas de Lindóia: SBPqO. 2002. P.97.
- 75-Rodrigues CRMR, Romito ACDR, Zardeto CGDC. Abordagem educativo-preventivo em odontopediatria *In Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Odontopediatria: prevenção*. São Paulo: Artes Médicas. 2002. p. 113-136.
- 76-Trench LA, Rizzi RJ, Granjeiro JM, Oliveira DT. Suplementação sistêmica de flúor na gestação e na infância em Bauru. *In Anais 17ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica*. 2002.04 07 set. Águas de Lindóia: SBPqO. 2000. P.31.
- 77-Almeida PA, Miranda IMS, Cabral CA, Souza CF, Miranda MS. Perfil dos Médicos-Pediatras em função do seu conhecimento e condutas sobre a saúde bucal de bebês. *In Anais 19ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica*. 2002 31 agos-04 set. Águas de Lindóia: SBPqO. 2002. P.73.
- 78-Narvai FC, Forni TIB, Junqueira SR, Cury JÁ, Castellanos RA, Soares MC. Uso de produtos fluorados conforme o risco de cárie dentária: uma revisão crítica. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2002; .56(2):23-35.
- 79-Souza IPR, Vaisman DG. Suplementação de flúor. *Informativo Especial SOPERJ*. 1996;1(2).
- 80-American Dental Association. New fluoride guidelines proposed. *J Am Dent Assoc*. 1994; 125:.366.
- 81-American Academy Pediatric. Committee on Nutrition (1995). Fluoride

supplementation for children: interim policy recommendations. American Academy of Pediatric News. 1995: 18.



UNIFENAS

CÂMPUS DE ALFENAS

Rodovia MG 179 - Km 0 - Caixa Postal 23

Tel.: (35) 3299 -3000 - CEP 37130-000

Alfenas MG - <http://www.unifenas.br>

CÂMPUS DE BELO HORIZONTE

Câmpus I

Rua Líbano, 66 - Itapoã

Tel.: (31) 3497-4300

Câmpus II

Rua Boaventura, 50 - Bairro Universitário / Jaraguá

Tel.: (35) 3497-4305

E-mail: belohorizonte@unifenas.br

CÂMPUS DE CAMPO BELO

Al. Roberto Assunção, s/n° - Eldorado - Cx. P. 519

Fone/fax: (35) 3832-6462

CEP 37270-000 - Campo Belo-MG

E-mail: campobelo@unifenas.br

CÂMPUS DE DIVINÓPOLIS

Rua Tedinho Alvim n° 1000

Bairro Liberdade

Tel.: (35) 3212-7888

CEP 35500-000 - Divinópolis - MG

E-mail: divinopolis@unifenas.br

CÂMPUS DE POÇOS DE CALDAS

Rod. Geraldo Martins Costa, s/n° -Cx.P.695 - Jd Kennedy

Tel.: (035) 3713 - 4400

CEP 37701-970 - Poços de Caldas - MG

E-mail: pocosdecaldas@unifenas.br

FACULDADE DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO

Praça dos Imigrantes, 20- Lagoinha

Tel.: (35) 3531 1666 /3531-6128

CEP 37950-000 -São Sebastião do Paraíso-MG

Email paraíso@unifenas.br

CÂMPUS DE VARGINHA

Praça do Estudante, 2000 - Imaculada Conceição

Fone:(35) 3212 -7766 /3212-7957 /3212- 9472 /3212-9473

CEP 37002-970 - Varginha-MG

E-mail: varginha@unifenas.br