

## Odontologia

Angela Cristina Cilense Zuanon

### INTRODUÇÃO

Toda criança, desde a mais tenra idade, pode apresentar problemas na cavidade bucal, como lesões traumáticas em tecidos moles, estomatites, alterações decorrentes do desenvolvimento de hábitos indesejáveis, defeitos congênitos, entre outras. A partir da erupção dos dentes decíduos, os problemas podem aumentar, pois contamos também com a possibilidade de traumatismos dentários e o desenvolvimento de lesões de cárie. Estas, quando negligenciadas, evoluem para situações clínicas extremas, podendo levar à perda do elemento dental.

A prevalência de cárie dentária nos primeiros anos de vida é um assunto preocupante e muito discutido, pois sua etiologia é multifatorial e seu desenvolvimento depende também das características sociais e econômicas de cada população. De acordo com Nakama e Walter<sup>16</sup>, a incidência de cárie aumenta significativamente entre 1 e 2 anos de idade (Tabela 30.1), o demonstra que a idade ideal para se começar a atenção odontológica é aquela inferior a 12 meses.

Dessa maneira, o atendimento odontológico precoce se torna fundamental, pois, além do tratamento preventivo e curativo direcionado à criança, possui como filosofia a educação do núcleo familiar, procurando desenvolver cons-

ciência preventiva, para que a população possa encarar a saúde bucal como parte integrante de sua saúde geral. Essa prática procura demonstrar que a cárie não é uma fatalidade e que, por meio de métodos simples, rápidos, eficazes e baratos, pode-se promover e manter a saúde bucal das crianças desde a erupção de seus primeiros dentes.

Os profissionais da saúde, responsáveis pelo bem-estar da criança, devem desenvolver trabalho integrado, reconhecendo as anormalidades em estágios precoces de desenvolvimento. Só assim poderam intervir o mais cedo possível.

Devem também conhecer a boca do bebê, a qual apresenta características particulares para cada idade em que a criança se encontra, não caracterizando, necessariamente, condições patológicas. Assim, ao exame clínico, encontram-se, entre outras características, os roletes gengivais, cuja mucosa se apresenta rosada e firmemente aderida. O rebordo gengival apresenta-se como um cordão fibroso bem desenvolvido no recém-nascido, o qual auxilia na sucção e desaparece progressivamente com o desenvolvimento dos dentes decíduos. Deve-se reconhecer que o rolete gengival superior se encontra protruído, com discrepância média de 5 a 6 mm com relação ao inferior, os quais, com o desenvolvimento da criança, por

meio dos exercícios proporcionados pela amamentação, sofrem crescimento compensatório, passando a manter um bom relacionamento.

Assim, os profissionais devem estar sempre atentos para poder diagnosticar, tratar e esclarecer a família da criança de pouca idade o mais precocemente possível, diante das alterações que se podem encontrar em sua cavidade bucal.

**Tabela 30.1**

Prevalência de Cárie em Crianças de 0 a 5 Anos de Idade

Idade em Meses	Prevalência de Cárie	Incremento
0 a 12	8,7%	3,15
13 a 24	27,4%	1,7
25 a 36	46,1%	1,4
37 a 48	64,8%	1,3
49 a 60	82,5%	

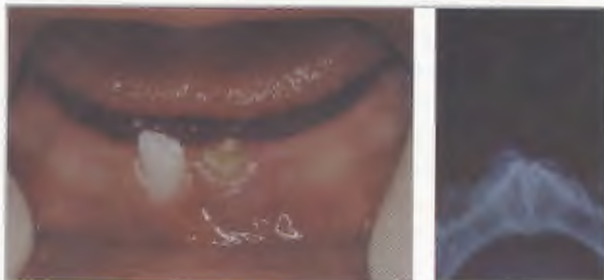
Fonte: Nakama e Walter<sup>15</sup>.

## ALTERAÇÕES MAIS COMUNS PRESENTES NA CAVIDADE BUCAL DO BEBÊ

### DENTES NATAIS E NEONATAIS

São dentes presentes na cavidade bucal no momento do nascimento da criança (dentes natais) ou que erupcionam nas primeiras semanas de vida (dentes neonatais). Os dentes frequentemente envolvidos são os incisivos centrais inferiores da série normal, embora poucas vezes possamos observar também caninos e molares (Fig. 30.1).

**Fig. 30.1** — Aspecto clínico e radiográfico de um dente neonatal (incisivo inferior esquerdo).



Quanto à etiologia, muitas hipóteses têm sido sugeridas, como hipovitaminoses, estímulo hormonal, febre, trauma, sífilis, hereditariedade, síndromes, entre outras. A causa mais provável

o posicionamento é mais superficial do germe do dente, predispondo seu irrompimento antes do tempo convencional de erupção.

Geralmente, apresentam morfologia normal, porém são menores em todas as dimensões. Em alguns casos, são cônicos, amarelados, podendo apresentar esmalte e dentina hipoplásicos, com diferentes graus de severidade. Por possuírem mineralização e formação radicular incompleta, e estarem aderidos muitas vezes apenas pela muco-sa gengival, clinicamente, apresentam mobilidade, causando preocupações quanto à possibilidade de serem deglutidos ou aspirados, embora esse fato não tenha sido relatado na literatura.

Para verificar se o dente pertence à série normal, é necessário realizar uma tomada radiográfica. Se for um dente supranumerário, indica-se a exodontia. Quando pertencer à série normal, e apresentar condições clínicas favoráveis, deve-se procurar mantê-lo na cavidade bucal. Os pais devem ser devidamente informados quanto à necessidade de realizar boa higienização para o controle da placa bacteriana e prevenção da lesão de cárie.

Muitas vezes, esses dentes causam ulcerações na região ventral da língua do bebê, conhecidas como lesão de Riga Fede, causada pela pressão e posição anteriorizada da língua sobre o dente durante a sucção (Fig. 30.2). A lesão possui tamanho pequeno no início e pode alcançar aproximadamente 3 cm de diâmetro, com sintomatologia dolorosa e, na maioria das vezes, dificultando a alimentação. O odontopediatra pode realizar o desgaste e o arredondamento da borda incisal do dente envolvido, resolvendo o problema em poucos dias.

**Fig. 30.2** — Aspecto clínico de uma pequena lesão de Riga Fede.





## NÓDULOS DE BOHN

Localizados na região alveolar, são estruturas esbranquiçadas, geralmente pequenas e de forma circular, originárias de remanescentes de tecido de glândulas mucosas; não representa, portanto, lesão patológica. São encontrados sobre os roletes gengivais, tanto nas porções vestibulares quanto nas linguais ou palatinas, porém longe da rafe palatina mediana (Fig. 30.3).

Fig. 30.3 — Nódulo de Bohn.



## PÉROLAS DE EPSTEIN

Originárias de remanescentes do epitélio do palato que se formam durante o último mês de vida fetal, localizam-se ao longo da rafe palatina mediana. Possuem aspecto semelhante aos nódulos de Bohn, também de coloração esbranquiçada, podem ser únicas, com diâmetro de 2 a 4 mm, ou várias, porém de menor tamanho.

## CISTOS DA LÂMINA DENTÁRIA

Nódulos múltiplos ou únicos, encontrados nas cristas alveolares do rebordo gengival da maxila e/ou da mandíbula. Originam-se, aparen-

temente, da lâmina dentária primitiva, e sua aparência clínica se assemelha às alterações já descritas anteriormente.

Os nódulos de Bohn, as pérolas de Epstein e os cistos da lâmina dentária apresentam localização própria, o que auxilia na definição do correto diagnóstico. Não necessitam de tratamento específico, pois, na maioria das vezes, desprendem-se espontaneamente. O procedimento, geralmente adotado pelo profissional, constitui em indicar delicada massagem digital na região, tranquilizar os responsáveis e acompanhar o caso.

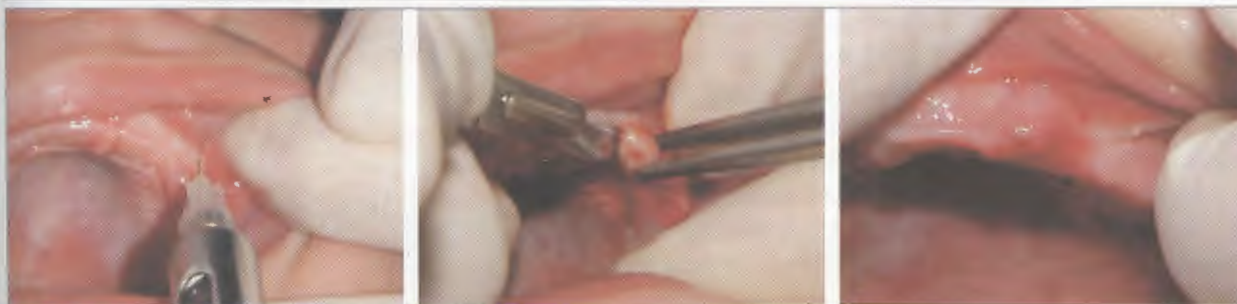
## EPÚLIDE CONGÊNITO DO RECÉM-NASCIDO

Tumor benigno de natureza desconhecida, presente na época do nascimento. Apresenta-se clinicamente como uma massa pedunculada de cor rosada. Pode alcançar vários centímetros, com inserção na crista do rebordo, frequentemente localizada na região de incisivos e caninos (Fig. 30.4). Geralmente, não se desenvolve após o nascimento e existem casos na literatura de regressão espontânea. Para as lesões persistentes, o tratamento frequentemente instituído constitui em sua remoção cirúrgica (Fig. 30.5). Porém, considerando a possibilidade de regressão, o profissional pode optar por seu acompanhamento durante algum tempo, considerando casos em que não haja prejuízos para a respiração ou a alimentação do bebê.

Fig. 30.4 — Aspecto clínico e radiográfico de epúlide congênito de uma criança de 9 dias.



Fig. 30.5 — Tratamento cirúrgico de epúlide congênito do recém-nascido.



## CISTO E HEMATOMA DE ERUPÇÃO

Durante o processo de erupção, algumas semanas antes do aparecimento do dente na cavidade bucal, pode-se observar o cisto de erupção. Esse cisto se apresenta como uma lesão flutuante presente na crista alveolar, de coloração transparente e contendo, em seu interior, fluido tissular. Quando essa lesão é preenchida por sangue, devido a traumas locais ou mesmo à compressão e à ruptura de vasos sangüíneos durante o trajeto eruptivo do dente, torna-se de coloração violeta e passa a ser chamada de hematoma de erupção. Essa lesão está associada à erupção dos dentes decíduos, embora sua etiologia seja desconhecida (Fig. 30.6). Na maioria das vezes, o profissional não necessita intervir cirurgicamente, pois o cisto ou o hematoma se rompe e o dente erupciona normalmente. A lesão deve ser acompanhada, e, se persistir, o odontopediatra incisiona o rebordo alveolar, proporcionando a erupção do dente envolvido.

Fig. 30.6 — Cisto de erupção.



## ERUPÇÃO DOS DENTES DECÍDUOS

### CONCEITO

A erupção dentária compreende toda a movimentação do dente durante sua formação até que ele atinja sua posição funcional. O seu aparecimento na cavidade bucal é apenas uma etapa da fase eruptiva.

O mecanismo responsável pela erupção dos dentes ainda não está bem esclarecido. Muitas teorias têm sido propostas, como as do crescimento radicular, do crescimento dos tecidos periapicais, da pressão hidrostática, do crescimento do tecido pulpar, do ligamento periodontal, entre outras.

## CRONOLOGIA E SEQUÊNCIA DE ERUPÇÃO

A cronologia de erupção corresponde à data em que o dente irrompe na cavidade bucal e a seqüência de erupção é a ordem em que os dentes vão aparecendo na boca (Tabela 30.2) e (Fig. 30.7).

Tabela 30.2

Cronologia e Seqüência Eruptiva dos Dentes Decíduos (em Meses)

Dente	Inferior	Superior
Incisivo central	8	10
Incisivo lateral	13	11
Primeiro molar	16	16
Canino	20	19
Segundo molar	27	29

Fonte: McCall e Schour<sup>8</sup>.

A cronologia de erupção é muito importante, pois a idade dentária, comparada à idade cronológica da criança, representa um elemento útil no auxílio para determinação de diagnóstico de alterações no desenvolvimento. Alguns fatores de origem genética, ambientais (socioeconômicos, nutricionais), sistêmicos (disfunções endócrinas, síndromes, hipovitaminose D etc.) e locais podem interferir no processo eruptivo, acelerando ou atrasando a erupção dos dentes.

A seqüência eruptiva também representa grande importância, pois uma seqüência correta proporciona condições ideais para que todos os dentes venham a ocupar seu correto espaço no arco dentário. Assim, evitam-se muitas vezes, problemas de oclusão.

Fig. 30.7 — Erupção dos primeiros dentes decíduos.





## DISTÚRBIOS LOCAIS E SISTÊMICOS ATRIBUÍDOS À ERUPÇÃO

Deve-se ter cuidado ao determinar a verdadeira relação entre distúrbios locais e/ou sistêmicos e a erupção dos dentes decíduos, pois grande controvérsia existe entre pesquisadores, médicos pediatras, odontopediatras e entre os próprios pais dos bebês. Alguns profissionais acreditam que existe relação entre sintomatologia local, sistêmica e a erupção dos dentes decíduos; outros consideram a erupção como um processo fisiológico normal e alguns relatam que a erupção provoca apenas desconforto durante o processo fisiológico normal.

É claro e evidente que a maioria das crianças apresenta algum tipo de manifestação geral ou local no momento da erupção dos dentes decíduos. Como alterações de ordem geral mais encontradas podemos relatar irritabilidade, redução de apetite, diarreia, sono intranquilo e febre. Com relação aos problemas locais, salivação abundante, gengiva irritada e inflamada e erupções na pele da região peribucal são relatadas.

Considerando que a erupção dos primeiros dentes ocorre por volta dos 6 meses de idade, a diarreia e a febre são atribuídas, muitas vezes, à introdução de novos alimentos na dieta do bebê, ao hábito de a criança levar muitos objetos à boca e ao maior tempo que a criança permanece no chão enquanto engatinha, aumentando a predisposição de contrair infecções. A literatura aponta também a coincidência entre diminuição da imunidade humoral materna transferida via placenta e o estabelecimento da própria imunidade da criança com a época de erupção dos dentes, expondo os bebês a pequenas infecções<sup>15</sup>. As erupções na pele localizadas na região do mento e do pescoço são atribuídas a grande umidade da área, devido à salivação intensa decorrente da maturação das glândulas salivares.

Deve-se lembrar, portanto, de que, embora a erupção dos dentes decíduos se caracterize por ser um processo fisiológico, muitas vezes é acompanhada de fatores individuais e ambientais. Isso gera desconforto e, conseqüentemente, estresse suficientes para contribuir com a presença de irritabilidade, diminuição de resistência e aumento de infecções. Ressalte-se que a intensidade desses fatores difere de uma criança para outra.

## PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS EM BEBÊS

Os problemas odontológicos em crianças de pouca idade envolvem os dentes, as gengivas, as

bochechas, os lábios e todas as estruturas da cavidade bucal. Entre as alterações encontradas, podemos destacar as que se seguem.

### ALTERAÇÕES EM TECIDOS MOLES

Os tecidos moles da cavidade bucal do bebê podem apresentar lesões de origem traumática, bacteriana, viral e fúngica, acompanhadas, muitas vezes, de dor aguda, irritabilidade e dificuldade para alimentação. Com relação às lesões de origem bacteriana, podemos citar a gengivite estreptocócica como a mais encontrada (Fig. 30.8). Essa afecção aparece, geralmente, após quadros de amigdalite, apresentando gengivas vermelhas, inflamadas, com tendência ao sangramento, muita dor e desconforto. Diante desse quadro, o profissional deve instituir terapia antibiótica e instruir o responsável a realizar limpeza regular e cuidadosa da cavidade bucal com clorexidina.

Fig. 30.8 — Gengivite estreptocócica.



Representando as alterações de origem viral, a gengivostomatite herpética aguda é a mais comum, causada pelo vírus herpes simples-1. Acomete, geralmente, as crianças de 1 a 6 anos de idade e caracteriza-se, na maioria dos casos pelo ligeiro aumento de temperatura e por poucas lesões isoladas na boca e na faringe. O tratamento se constitui apenas no alívio da dor por meio de anestésicos tópicos e dieta leve e líquida. As enfermidades de origem fúngica, geralmente, representadas pela candidose são causadas pela *Candida albicans*. Caracteriza-se pela presença de membranas brancas em qualquer área da mucosa bucal e deve ser tratada com a administração de antifúngicos e higienização da cavidade bucal.

Algumas alterações constituem também indicadores de problemas sistêmicos como as manchas de Koplick (patognomônicas do sarampo) que se manifestam na bochecha interna.

Deve-se lembrar também que essas alterações podem manifestar-se associadas, o que exige apurado diagnóstico por parte do profissional (Fig. 30.9).

Dessa maneira, torna-se necessária a realização de anamnese e do exame clínico minucioso para detectar as alterações em estágios precoces de desenvolvimento e permitir a instituição de procedimentos que atendam às necessidades individuais de cada criança.

**Fig. 30.9** — Associação entre gengivostomatite herpética aguda e gengivite estreptocócica em criança de 2 anos de idade. (Colaboração da Prof.<sup>a</sup> Dra. Lourdes Ap. Martins dos Santos-Pinto.)



350

## HÁBITOS

Desde os primeiros anos de vida da criança, pode-se notar o desenvolvimento de hábitos, principalmente o de sucção de dedo e/ou chupeta. Esse hábito, dependendo da frequência, da intensidade, da idade da criança, da duração e da predisposição individual, pode levar à deformação e à alteração das estruturas bucais. Quando o hábito é removido precocemente (Figs. 30.10 e 30.11), essa deformação e alteração das estruturas bucais podem se corrigir por si só.

As alterações decorrentes dos hábitos podem ser de origem dentária como protrusão dos incisivos superiores e inferiores, mordida aberta an-

**Fig. 30.10** — Sucção lateral de chupeta.



**Fig. 30.11** — Mordida aberta lateral.



terior, *overjet* acentuado, entre outras. Alterações esqueléticas também podem se desenvolver podendo ocasionar alongamento do arco dentário, rotação anterior do plano nasal e mandibular, entre outras. Diante da detecção de qualquer alteração, se o hábito não for abandonado precocemente, os problemas podem persistir. Assim será necessário tratamento ortodôntico.

Não há consenso que determine a idade na qual a sucção é considerada normal. Muitos



profissionais aceitam como limite de idade entre 3 a 4 anos para não haver comprometimento no desenvolvimento das arcadas dentárias. Assim, o profissional deve estar sempre atento e, juntamente com o núcleo familiar da criança, procurar remover o hábito o mais cedo possível. Afinal, o importante é a prevenção, a qual baseia na educação da criança e de seus familiares. O profissional deve ser, portanto, paciente, compreensivo, convicto e motivado para utilizar procedimentos individualizados, embasados nas características pessoais, psicológicas, emocionais e familiares de cada criança.

## TRAUMAS

Outro problema que envolve crianças de pouca idade relaciona-se aos traumas, os quais podem comprometer as estruturas da cavidade bucal. Esse tipo de atendimento odontológico representa uma situação que causa grande impacto emocional, provocando grande preocupação e apreensão na família do paciente. Cerca de  $\frac{1}{3}$  das crianças em fase de dentição decídua apresenta lesões traumáticas na cavidade bucal, uma vez que se encontram em idade que começam a andar, correr e descobrir novas situações, muitas vezes perigosas.

Ao atender a criança, deve-se, inicialmente, pesquisar como, onde e quando ocorreu o trauma, para avaliar a possibilidade de comprometimento neurológico (náuseas, vômito, dor de cabeça, letargia, visão dupla etc.). Antes da limpeza e da observação cuidadosa da área comprometida, deve-se acalmar e tranquilizar tanto a criança quanto seus responsáveis, transmitindo-lhes segurança e confiança. Só então deve-se determinar o diagnóstico e detectar a extensão da lesão (fratura coronária e/ou radicular, intrusão, avulsão, concussão, subluxação) para instituir a terapêutica adequada.

Diante de um caso de trauma em crianças de pouca idade, é comum encontrarmos o deslocamento de dentes decíduos com mais frequência. Isso porque as fraturas coronárias e/ou radiculares, pois o tecido ósseo possui espaços medulares amplos, os quais absorvem maior quantidade de energia durante o trauma (Fig. 30.12).

Deve-se realizar os exames de controle e alertar os responsáveis para o fato de que os dentes envolvidos poderão apresentar seqüelas. Isso também ocorre com os permanentes sucessores, que possuem íntima relação de continuidade com o ápice do dente decíduo, seja por

**Fig. 30.12** — Trauma envolvendo deslocamento de incisivos centrais inferiores.



contato direto, seja através de possível inflamação periapical do dente decíduo<sup>4</sup>.

Infelizmente, os profissionais que se ocupam com a saúde da criança podem apenas atuar de forma curativa, atenuando as conseqüências de um traumatismo, pois se torna difícil evitá-lo quando a criança ainda é pequena.

## CÁRIE DENTÁRIA

Outra alteração que se encontra com muita frequência e, sem dúvida, é o maior problema que grande parte de nossa população infantil ainda enfrenta, é o desenvolvimento da lesão de cárie. As mães desconhecem os sinais clínicos iniciais da doença, a época ideal para levar a criança ao odontopediatra e a realização de medidas preventivas simples e baratas. Tudo isso permitindo que a lesão se desenvolva e se manifeste através de cavitações, com dores agudas e até mesmo com quadros de abscesso, levando, muitas vezes, à perda do elemento dental.

A cárie é uma doença infecto-contagiosa, transmitida após a erupção dos dentes, quando o *Streptococcus* do grupo *mutans* encontra uma superfície propícia, dura e não-descamativa para fixar-se. Sua transmissão depende de fatores como o grau de infecção da cavidade bucal dos pais, dieta, higienização e sistema imune do indivíduo. Estudos de Li e Caulfield<sup>13</sup> demonstraram que as mães são as principais fontes de infecção de *Streptococcus* do grupo *mutans* para seus filhos.

De acordo com Keyes<sup>12</sup>, a cárie é uma doença de etiologia multifatorial, que depende da associação entre hospedeiro suscetível, microrganismo e dieta cariogênicos. O desenvolvimento da doença é influenciado, de acordo com Newbrun<sup>17</sup>, pelo tempo.



O profissional deve estar atento para detectar o estágio inicial dessa doença, que se apresenta clinicamente como uma superfície rugosa e esbranquiçada denominada de “lesão de mancha branca”. Essa lesão localiza-se junto à margem gengival, onde o acúmulo de placa bacteriana é maior (Fig. 30.13).

**Fig. 30.13** — Lesão de mancha branca.



Nesse estágio, ainda é possível paralisar a doença, evitando a cavitação da área desmineralizada através da realização de correta higienização e aplicação de tópica de flúor, os quais favorecem a sua remineralização. Dessa forma, é de extrema importância que o profissional não deixe que essa alteração passe despercebida. A partir desse momento, se providências não forem tomadas, cavidades de cárie surgirão e procedimentos restauradores invasivos serão necessários, de acordo com o grau de comprometimento da estrutura dentária.

O tratamento restaurador leva a situações apreensivas por parte dos acompanhantes e muitas vezes o profissional precisa lançar mão de contenção física em crianças de pouca idade, uma vez que estas choram e não colaboram devido ao baixo nível de compreensão (Figs. 30.14 A a 30.14 C).

Diante de diferentes níveis de acometimento pela lesão de cárie, o que mais chama a atenção tanto dos pais quanto dos profissionais é a “cárie de mamadeira” (Fig. 30.15). Manifesta-se já na primeira infância, de forma agressiva, desenvolve-se rapidamente, podendo levar à destruição total do elemento dental em um curto período de tempo. Pode evoluir para quadros tão severos que interferem no crescimento e no desenvolvimento da criança.

É causada principalmente pela oferta indiscriminada de mamadas no peito ou na mamadeira,

**Fig. 30.14A** — Utilização da Macrí.



**Fig. 30.14B** — Auxílio dos responsáveis.



**Fig. 30.14C** — Auxílio de faixas.



durante longo período de tempo, principalmente durante a noite, associada à ausência de higienização. Pode estar relacionada também, além da



Fig. 30.15 — Cárie de mamadeira.



alimentação incorreta, ao hábito de adoçar a chupeta com mel, açúcar ou xaropes.

Muita atenção também deve ser voltada para crianças com doenças crônicas, que fazem uso de medicamentos com alta concentração de sacarose, pois estas também apresentam alto desafio cariogênico.

Esse tipo de lesão é influenciado por fatores socioculturais e econômicos da população em que a criança vive, uma vez que aquelas de classes sociais menos favorecidas apresentam maior prevalência da doença. Sabe-se que diferenças sociais implicam diferentes dietas e hábitos de higiene, o que resulta, portanto, em diferentes potenciais cariogênicos.

A cárie de mamadeira envolve, inicialmente, os quatro incisivos superiores, e depois acomete os primeiros molares superiores e inferiores de acordo com a seqüência de erupção. Com a progressão da doença, as faces vestibulares dos caninos também são afetadas e, logo após, os segundos molares decíduos. Apenas em casos mais graves, os incisivos inferiores são acometidos, pois estes possuem a proteção da língua e da saliva excretada pelas glândulas salivares localizadas na região lingual desses dentes.

A alta freqüência de cárie em crianças de pouca idade alerta os profissionais para a necessidade na definição de estratégias e de ações capazes de prevenir a doença e promover a saúde.

## PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

A prevenção de doenças da cavidade bucal desde os primeiros meses de vida da criança ainda constitui uma tarefa de difícil realização, uma vez que grande parte da nossa população ainda não está suficientemente conscientizada da importância do atendimento precoce. Grande par-

te também não conhece os benefícios que consultas preventivas e educativas proporcionam. Estas, além de prevenirem a instalação da doença, permitem rapidez no atendimento, realização de procedimentos não-invasivos, possibilidade de conversar e adaptar a criança ao ambiente odontológico, sem falar no baixo custo.

Sabendo que o médico pediatra é o profissional que assiste a criança desde seus primeiros dias de vida, torna-se de extrema importância que ele volte sua atenção, também, para as necessidades odontológicas da criança. Afinal, dificilmente, a criança é levada ao consultório odontológico, a não ser que apresente problemas graves como traumas e processos infecciosos que causem a dor, desconforto e conseqüências irreversíveis. Dessa forma, o médico pediatra pode detectar alterações em seus estágios iniciais, informar os pais da necessidade de atendimento, ensinar noções básicas de prevenção e atuar de forma multidisciplinar, trocando idéias e experiências tanto com o odontopediatra, quanto com os outros profissionais que atuam com crianças.

## AMAMENTAÇÃO

A importância do intercâmbio entre as diferentes áreas da saúde também se faz presente, uma vez que a prevenção dos problemas odontológicos em crianças começa antes mesmo de seu nascimento, com a educação e com a motivação da gestante. Além de apresentar a cavidade bucal saudável e adequada às condições de saúde, a futura mamãe deve desenvolver hábitos saudáveis de alimentação, higienização e se dispor a amamentar seu filho no peito, consciente de todas as vantagens que está proporcionando à criança (Fig. 30.16). Além de todos os benefícios já conhecidos proporcionados pela amamentação natural, como proteção imunológica, antialérgica, nutrição, economia, aspectos emocionais e afetivos, funcionamento do aparelho digestório e respiratório, a criança realiza exercícios físicos importantes para o desenvolvimento dos ossos e da musculatura da face. Enquanto mama, a criança aprende a posturar corretamente a língua e respira corretamente pelo nariz, o que evita amigdalites, pneumonias, entre outras doenças.

Durante a amamentação, a criança deve satisfazer a sucção nutritiva (sentir-se alimentada) e a sucção não-nutritiva (emocional e psicológica).

Diante de diversas situações em que o médico pediatra necessita indicar a utilização da mamadeira, as condições do aleitamento natural devem ser respeitadas ao máximo, para que



Fig. 30.16 — Amamentação natural.



as funções de sucção, respiração e musculares sejam exercidas adequadamente. Dessa maneira, o bebê deve estar sempre no colo da mãe o mais próximo possível de seu corpo, deve mamar apoiado no colo da mãe alternando os lados, a mamadeira deve ficar um pouco elevada em relação ao corpo da criança para que seu queixo não fique próximo ao seu peito e impeça os movimentos de sucção, o bico da mamadeira deve ser curto, com orifício pequeno e seu bojo deve ser arredondado.

Quando for inevitável a utilização da chupeta, a mãe deve considerá-la apenas como complemento da sucção, utilizando-a racionalmente (no momento em que a criança se deita até que adormeça ou em momentos de carência afetiva). Essa conduta visa a evitar desenvolvimento de hábitos, os quais aumentam a possibilidade de a criança desenvolver má oclusão.

## DIETA

Durante seu crescimento, a criança experimenta desde uma dieta líquida e balanceada através do leite materno, até os mais variados alimentos com diferentes potenciais cariogênicos. O profissional deve esclarecer a família sobre a importância do controle da ingestão de açúcares e carboidratos, lembrando-se sempre de realizar correta higienização. A criança apresenta intensa relação de dependência com

a família, inserindo-se em seu contexto sociocultural e definindo não só seu padrão de dieta, como também seu padrão de higiene bucal.

As variáveis envolvidas na relação entre cárie dentária e consumo de açúcares estão relacionadas com a quantidade ingerida, a frequência de ingestão, a concentração de açúcar no alimento e o tipo de açúcar consumido.

Deve-se considerar, também, o tempo de permanência do alimento na boca da criança, que depende da consistência física, da anatomia dental, dos movimentos musculares, da autolimpeza realizada pela língua e pela saliva e dos fatores salivares (fluxo, viscosidade e difusão). Em bebês, além de a função da saliva estar diminuída devido à menor velocidade do fluxo salivar, a ação de autolimpeza da língua também é menor devido à menor movimentação muscular. Dessa forma, nessa faixa etária, os alimentos ficam na boca por um período maior de tempo<sup>9</sup>, representando, portanto, maior cariogenicidade.

Devemos considerar também que muitas crianças fazem uso da mamadeira, que proporciona um tempo maior de ingestão do alimento. De acordo com Fraiz<sup>9</sup>, com a utilização da mamadeira, a ingestão de 200 mL de líquido pode chegar a demorar 30 minutos ou mais, o que aumenta o potencial cariogênico do alimento.

O médico pediatra e o odontopediatra devem ser cautelosos quanto ao controle da utilização da mamadeira, que é aceita socialmente, agrada a criança, pode ser utilizada a qualquer hora, em qualquer lugar e oferecida por qualquer pessoa. Sabendo que, muitas vezes, o alimento contido na mamadeira é adocicado, que sua ingestão é bem mais lenta<sup>9</sup> e que muitos fatores favorecem sua utilização, seu oferecimento representa maior cariogenicidade aos alimentos nela contida.

Na falta de esclarecimento, muitas vezes, as mães deixam de amamentar as crianças no peito logo nos primeiros meses de vida, passando a utilizar a mamadeira. Muitas vezes, optam pela ingestão de alimentos em alta frequência, por prolongados períodos de tempo, durante vários anos, o que aumenta significativamente a probabilidade de desenvolvimento da cárie dentária.

Deve-se alertar também os pais para o fato de que o leite representa maior desafio cariogênico quando ingerido durante o sono. Isso ocorre porque permanece maior tempo na cavidade bucal devido ao reflexo de deglutição, e aos movimentos musculares e fluxo salivar reduzidos.

Portanto, é responsabilidade dos profissionais da área da saúde orientar os pais para o



estabelecimento de hábitos dietéticos saudáveis desde o nascimento da criança. Afinal, a mudança de hábitos inadequados constitui uma tarefa difícil.

## HIGIENE BUCAL

Desde o nascimento da criança, deve-se orientar a higienização de sua cavidade bucal, passando suavemente uma gaze embebida em água filtrada sobre seus roletes gengivais e o vestíbulo (Fig. 30.17). Essa conduta, além de remover resíduos provenientes da amamentação e massagear as gengivas, habitua a criança a receber procedimentos de higienização bucal.

Fig. 30.17 — Higienização da cavidade bucal do bebê.



A partir da erupção dos primeiros dentes, deve-se orientar e motivar os pais a escová-los com auxílio de escovas dentais com cerdas macias, de cabeça pequena. Pode-se utilizar, uma vez por dia, creme dental contendo flúor, apenas "lucrando" a superfície das cerdas, pois nessa idade, a criança irá deglutir a maior parte do antisséptico, o que pode levar a quadros de fluorose na dentição permanente. A partir de 2 anos, quando a criança demonstra interesse em

realizar a escovação sozinha, devemos incentivá-la e deixar que ela escove seus próprios dentes, sempre com a supervisão dos pais, que deverão repetir a higienização.

O uso do fio dental também é importante mesmo em crianças pequenas para a realização da limpeza dos espaços interdentais e complementação da higienização.

O médico pediatra tem a oportunidade de examinar e acompanhar a cavidade bucal de uma criança desde o seu nascimento e durante toda sua infância. Além disso, pode detectar alterações em seus estágios iniciais de desenvolvimento e, dessa maneira, simplificar o tratamento e prevenir muitas doenças.

Uma boca saudável, com complementação total de dentes, apoiados em uma gengiva e osso saudáveis, com oclusão balanceada e estável, é uma meta que os profissionais da saúde deveriam procurar atingir com as crianças sob seus cuidados. Assim, melhora-se sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abujamra CM, Ferreira SLM, Guedes-Pinto AC. Manifestações sistêmicas e locais durante a erupção de dentes decíduos. *Rev Bras Odontol* 1994; 21(1):6-10.
2. Anderson RA. Natal and neonatal teeth, histologic investigation of two black females. *J Dent Child* 1982; 49:300.
3. Ando T, Friggi MNP. Aspectos odontológicos na infância. In: *Pediatria básica*, 8ª ed. São Paulo: Sarvier 1992; 125-32.
4. Andreasen JO, Andreasen FM. Text book and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3ª ed. St. Louis: Mosby, 1994; 771.
5. Bijella MFTB, Yared FNFG, Bijella VT, Lopes ES. Occurrence of primary incisor traumatism in Brazilian Children: a house-by-house survey. *ASDC J Dent Child* 1990; 57(6):424-7.
6. Camargo MCF. Programa preventivo e interceptivo de maloclusões na primeira infância. In: *Odontopediatria na primeira infância*. 1ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1999; 139-63.
7. Caulfield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans Streptococci in infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res* 1993; 72:37-45.
8. Cunha SRT, Corrêa MSN, Oliveira PML, Schalka MMS. Hábitos Buciais. In: *Odontopediatria na primeira infância*, 1ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora 1998; 561-76.
9. Fraiz FC. Dieta e cárie na primeira infância. In: *Odontologia para o bebê*, São Paulo: Artes Médicas 1996; 107-22.

10. Goepferd S. Exame do bebê e da criança que está aprendendo a andar (lactente e infante). In: Odontopediatria da infância à adolescência. São Paulo: Artes Médicas 1996; 201-12.
11. Jasmin JR, Clergeau-Guerithaut S. A scanning electron microscopic study of the enamel of neonatal teeth. *J Biol Buccale* 1991; 19:309-14.
12. Keyes PH. Bacteriological findings and biological implications. *Int Dent J* 1962; 12:443-64.
13. Li Y, Caulfield PW. The fidelity of initial acquisition of mutans Streptococci by infants from their mothers. *J Dent Res* 1995; 74(2):681-5.
14. Matee MIN, Mikx FHM, De Soet JS, Maselle SY, De Graaff J, Vam Palemstein-Helderman WH. Mutans Streptococci in caries-active infants in Tanzania. *Oral Microb Immunol* 1993; 78(5):322-4.
15. McIntyre GT, McIntyre GM. Teething Troubles? *British Dent J* 2002; 192:251-5.
16. Nakama R, Walter IRF. Prevention of dental caries in the first year of life. *J Dent Res* 1995; 73(4):773.
17. Newbrun E. Cariologia. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1988; 17-49.
18. Rugg-Gunn AJ. Dieta e cárie dentária. A importância dos testes de cariogenicidade. In: Açúcares: debate e atual ação futura. ABOPREV, fascículo 1992; 2:8-10.
19. Rusmah M. Natal and neonatal teeth: a clinical and histological study. *J Clin Pediatr Dent* 1991; 15:251-3.
20. Santos-Pinto LAM, Bausells J. Lesões da mucosa bucal. In: Odontopediatria. Procedimentos clínicos, 1ª ed. Colombia: Editorial Premier 1997; 189-95.
21. Toledo OA. Crescimento e desenvolvimento. Noções de interesse odontopediátrico. In: Odontopediatria. Fundamentos para a prática clínica, 2ª ed. Colombia: Editorial Premier 1996; 17-40.
22. Unkel JH, Fenton SJ, Hobbs G, Frere CL. Tooth-brushing ability is related to age in children. *J Dent Child* 1995; 18(6):332-23.
23. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Necessidades odontológicas congênitas e de desenvolvimento. In: Odontologia para o bebê. São Paulo: Artes Médicas 1996; 93-106.
24. Zhu J, Hing D. Natal and neonatal teeth. *J Dent Child* 1995; 62(2):123-8.
25. Zuanon ACC, Bausells J. Hábitos. In: Odontopediatria. Procedimentos clínicos. 1ª ed. Colombia: Editorial Premier 1997; 104-11.
26. Zuker RM, Buenechea R. Congenital epulis: review of the literature and case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51(9):1040-2.