

Pediatria e Saúde Bucal na Primeira Infância

Eloisa da C. Pinto Di Migueli¹, Fernanda C. Cardim¹, Gabriela M. B. Lucchesi¹, Sílvia Lavinia Martini Ferreira², Eliete Rodrigues de Almeida³, Teresa Navarro N. Barbosa⁴, Adeli R. Albaladejo⁴

RESUMO

O presente trabalho analisa o resultado de 42 questionários contendo questões relativas à saúde bucal infantil, respondidas por pediatras (residentes, professores assistentes, plantonistas do berçário e plantonistas do pronto-socorro infantil) vinculados ao Departamento de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade de Santo Amaro – Unisa. Os autores discutem os resultados obtidos, ao mesmo tempo em que elucidam aspectos importantes relativos à saúde bucal, que devem ser observados durante o exame geral de rotina da criança; bem como a época adequada para a primeira consulta com o odontopediatra. Aulas, palestras e seminários sobre a saúde bucal infantil, assim como a incorporação de odontopediatras nas clínicas infantis e hospitais-escolas mostram-se como alternativas para suprir a carência de conhecimentos demonstrada pelos pediatras a respeito da prevenção e do controle da doença cárie e prevenção das más oclusões.

UNITERMOS: saúde bucal, prevenção, médicos-pediatras.

ABSTRACT

This study evaluates the results of 42 questionnaires on infant oral health, answered by pediatricians (residents, assistant professors, and the ones on emergency and nursery shifts) of the Pediatrician Department of Medical School of the University of Santo Amaro (Unisa), São Paulo, Brazil. The authors discuss the obtained results and emphasize some important issues on oral health that must be observed during the child's check-up visit at the pediatrician, and the right time period for the first pediatric dental appointment. It was observed that pediatricians showed a lack of knowledge on dental caries prevention and control and malocclusion prevention. In order to increase the pediatricians' knowledge on infant oral health, seminars, classes and conferences on these matters were conducted; as well as include pediatric dental professionals in the infant clinics and school hospital.

UNITERMS: dental care, preventive habits, pediatrician.

Introdução

O médico-pediatra é o primeiro profissional de saúde a ter contato com a criança e a mãe; tendo, portanto, um importante papel na orientação dos pais quanto aos cuidados que devem ser tomados em relação à promoção e à prevenção da saúde bucal e geral, evitando-se a implantação de hábitos inadequados.

A cavidade oral deve ser vista pelo médico como parte integrada da saúde da criança e este exame não deve restringir-se apenas aos problemas das amígdalas e da língua, mas também da mucosa oral, do palato e das arcadas dentárias^{3,16}.

Nota-se que, pelo fato da dentição decídua apresentar características

transitórias, “tem seu valor subestimado e tratamento negligenciado, não só pelo pediatra, mas também pelos pais” (Schalka e Rodrigues, 1997).

A educação odontológica deveria ser iniciada durante a gestação ou logo após o nascimento e direcionada aos pais, que nesta época encontram-se psicologicamente mais receptivos e motivados a assimilar novos conceitos relacionados à saúde do bebê^{7,13}. O ideal seria que essas informações fossem transmitidas pelo médico-pediatra, pois no Brasil é pequena a parcela da população que tem acesso ao dentista particular²².

É importante uma atuação integrada entre médicos-pediatras e odontopediatras^{3,7,13,16,22,23}, “onde a Odontolo-

¹Estagiárias da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Unisa

²Prof.^a da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Unisa e doutoranda em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da USP

³Prof.^a colaboradora do Curso de Especialização de Odontopediatria da Unisa e Mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP

⁴Professoras do Departamento de Pediatria do Curso de Medicina da Unisa

Faculdade de Odontologia da Unisa – Universidade de Santo Amaro
Endereço para correspondência:
Sílvia Lavinia Martini Ferreira
R. Pintassilgo, 210 apto. 62 – Moema
CEP 04514-030 – São Paulo – SP

Artigo recebido em: 07.12.99

gia e a Medicina deixariam de ser profissões solitárias para tornarem-se solidárias, proporcionando boas condições de saúde geral e bucal às crianças” (Fujimoto, *et al.*, 1997).

Além de realizar avaliações clínicas, fornecer instruções sobre dieta e prescrever fluoretos quando necessário, deveriam encaminhar a criança ao odontopediatra em idade adequada (Elvey *et al.*, 1982), preferencialmente durante o primeiro ano de vida.

O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento dos pediatras a respeito do desenvolvimento da dentição e alguns conceitos sobre a saúde bucal da criança.

Metodologia

Para a pesquisa do conhecimento teórico e das condutas pediátricas frente à promoção da saúde bucal na pri-

Artigo Original

Eloisa da C. Pinto DI Miguell *et alii*

meira infância, 42 pediatras de ambos os sexos (residentes, professores assistentes, plantonistas do berçário e plantonistas do pronto-socorro infantil) vinculados ao Departamento de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade de Santo Amaro, responderam individualmente e pessoalmente um questionário fechado, contendo 27 questões com respostas afirmativas ou negativas, que abordavam aspectos relativos à cavidade oral, durante o exame geral de rotina da criança.

Resultados e Discussão

Todos os médicos-pediatras presentes nos diversos setores da Pediatria, no período de coleta de dados, foram convidados a responder o questionário. Houve 100% de participação.

As questões formuladas aos médicos serão apresentadas e os resultados discutidos, procurando-se eluci-

dar a relevância do conhecimento dos tópicos abordados.

1) Os dentes decíduos (de leite) iniciam a sua formação na vida intra-uterina?

2) A dentição decídua é composta de 20 dentes?

A maioria dos entrevistados (83%) respondeu que a dentição decídua é composta por 20 dentes, e tem o início de sua formação na vida intra-uterina. Apenas 17% não concordaram com essa resposta.

Sabe-se que durante o segundo mês de vida intra-uterina grandes mudanças ocorrem, conduzindo à formação da fase embrionária, das estruturas próximas e seus anexos e, por volta da sexta semana, começa a formação da lâmina dentária que futuramente dará origem aos elementos dentários (Guedes-Pinto, 1997).

3) O exame da cavidade oral faz parte do exame geral da criança nas suas consultas de rotina?

4) Em caso afirmativo, você observa presença de manchas brancas nos dentes?

5) Observa presença de cavidades de cárie?

6) Observa os lábios?

7) Observa a língua?

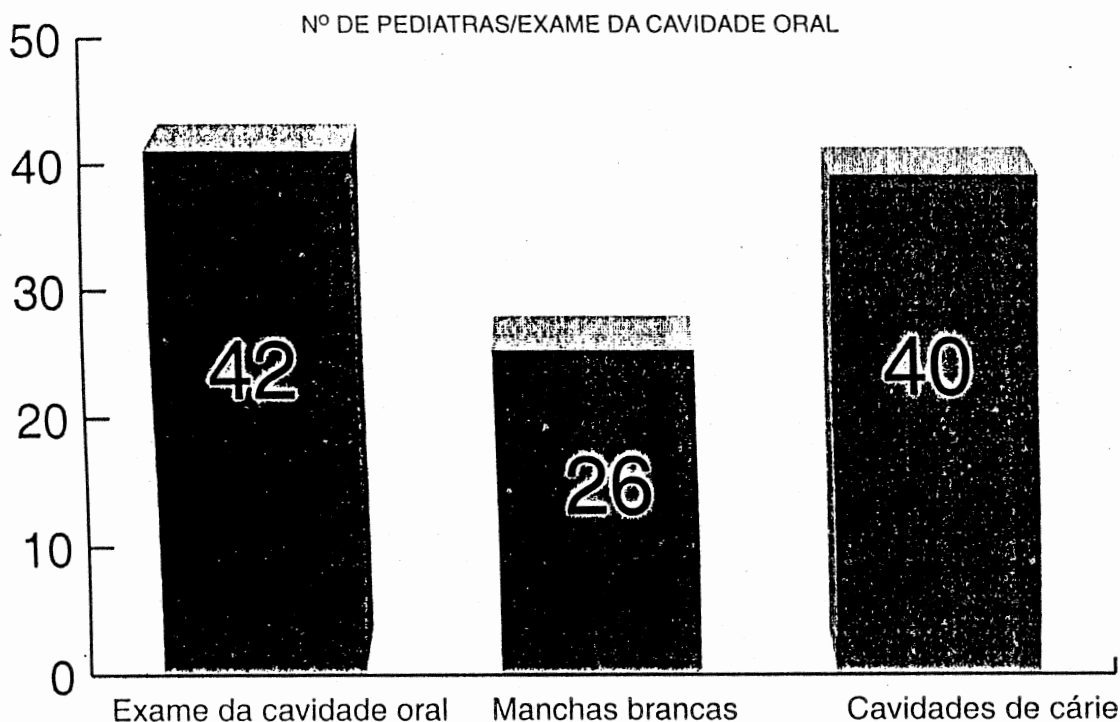
8) Observa o palato?

9) Observa as gengivas?

10) Observa as bochechas?

Com relação ao exame da cavidade oral, todos os entrevistados, 42

GRÁFICO 1
PORCENTAGEM DE PEDIATRAS X EXAME DA CAVIDADE ORAL
E OBSERVAÇÃO DA PRESENÇA DE LESÃO DE CÁRIE.



médicos (100%), relataram que este faz parte do exame geral em suas consultas de rotina. Porém, apenas 26 deles (62%) relataram observar a presença de manchas brancas e 40 médicos (95%) observaram a presença de cavidades de cárie.

Apesar de a maioria dos profissionais notar a presença das manchas brancas, nos questionamos se realmente as reconhecem como o sinal primário de atividade de cárie e se compreendem a necessidade urgente de encaminhamento ao odontopediatra.

A observação destas manchas brancas bem junto à gengiva dos dentes de decíduos é o primeiro sinal do desenvolvimento de uma lesão de cárie. Uma vez realizado o diagnóstico precoce dessa alteração, é possível ao odontopediatra reverter esse quadro por meio de técnicas e terapêuticas adequadas, uma vez que, nessa fase, a lesão de cárie se encontra em um período dito "reversível", em que se pode conseguir a sua remineralização.

Com relação ao exame específico de lábio, língua, palato, gengivas e bochechas, 88% deles relatou observar estas estruturas.

Como o pediatra é o profissional que primeiro entra em contato com a criança e sua família, tem a oportunidade de detectar precocemente problemas da cavidade bucal da criança (Fujimoto, *et al.*, 1997) (Gráfico 1) e desta forma orientar os pais quanto à promoção da saúde oral.

11) Observa presença de más oclusões, tais como mordida cruzada ou mordida aberta?

12) Observa se a criança interpõe a língua entre os dentes, quando fala ou engole?

13) Você costuma orientar as mães de seus pacientes quanto aos efeitos

nocivos dos hábitos de sucção sem fins nutritivos, tais como dedo, chupeta ou pano?

Com relação aos hábitos, 67% dos entrevistados relataram observar a presença de más oclusões (mordida aberta e/ou mordida cruzada), 64% observaram a interposição de língua entre os dentes durante a fala ou a deglutição e a maioria (93%), orienta os pais quanto aos efeitos nocivos dos hábitos de sucção sem fins nutritivos (dedo, chupeta ou pano).

Esses hábitos nocivos por períodos prolongados, geralmente, estão relacionados com a insegurança das crianças. Os pais devem ser orientados quanto ao momento adequado de sua remoção a fim de que se evite o desenvolvimento de má oclusão (mordida cruzada, protrusão da maxila, alterações no posicionamento dos dentes ântero-superiores, falta de vedamento labial e ressecamento dos lábios)^{5,7,16,21,22}.

Estas alterações esqueléticas e/ou dentais devem ser corrigidas em tempo adequado para não provoquem seqüelas na dentição permanente. Havendo constatação de qualquer destas alterações, a criança deve ser encaminhada ao odontopediatra para uma avaliação precisa e conduta adequada em relação à remoção do hábito e do tratamento ortodôntico se necessário.

14) Você associa sintomas tais como diarreia e febre à erupção dos dentes decíduos?

Dos entrevistados, 52% responderam que associam diarreia e febre à erupção dos dentes decíduos.

Sabe-se que estes sintomas ocorrem porque no período precedente à erupção dentária, a criança apresenta-se com prurido na região da gengiva onde ocorrerá a erupção do dente, além da crian-

ça levar objetos e a mão à boca com frequência, que podem estar contaminados com microorganismos patogênicos causadores de diferentes processos infecciosos, provocando sintomatologia de febre e/ou diarreia³.

15) A cárie é uma doença transmissível?

Mais da metade (55%) dos médicos entrevistados respondeu que a cárie não é uma doença transmissível, o que demonstra, mais uma vez, a falta de informações e conceitos odontológicos na formação do pediatra, pois, já em 1984, Kohler *et al.* demonstraram que a redução do número de *Streptococcus Mutans* na boca das mães atrasava a colonização de microorganismos nas bocas das crianças. Em 1988, estes mesmos pesquisadores relataram que, quanto mais precoce fosse a colonização da boca das crianças por *Streptococcus Mutans*, mais elevada seria a prevalência de cárie aos quatro anos de idade (McDonald, *et al.*, 1995).

Atualmente, não há mais dúvidas de que a cárie seja uma doença transmissível, uma vez que o *Streptococcus Mutans* presente na cavidade oral, é transmitido da boca da mãe (ou de alguém responsável pela criança) para o lactente, por meio do uso da mesma colher ou até mesmo por meio de um carinho como, por exemplo, um beijo na boca. Nos últimos anos, o *Streptococcus Mutans* tem sido responsabilizado como o principal e mais virulento dos microorganismos cariogênicos (Aaltonen e Tenovuo, 1994).

Os contatos entre pais e/ou responsáveis diretamente sobre a boca das crianças devem ser evitados, a fim de prevenir a contaminação precoce, diminuindo o risco de desenvolver a doença cárie (Fujimoto, *et al.*, 1997).

16) O aleitamento materno pode

contribuir para o desenvolvimento dos ossos da face, músculos e dentes?

Todos os entrevistados (100%) responderam afirmativamente a essa questão.

Hoje, é indiscutível a importância da amamentação natural, inclusive como meio de prevenção física e psicológica para a saúde integral do pequeno paciente (Leite *et al.*, 1999), além de preparar a criança para futuros movimentos mastigatórios, prevenindo alterações respiratórias e fonoaudiológicas.

O uso de mamadeira (mesmo com bico ortodôntico) deve ser desencorajado, pois anula a excitação da articulação têmporo-mandibular (ATM), desperta o hábito de só engolir e facilita o início da respiração bucal. O aleitamento natural possibilita a respiração nasal com adequado vedamento labial, correção da disto-oclusão fisiológica do recém-nascido, desenvolvimento pósterio-anterior dos ramos da mandíbula com modelação dos ângulos mandibulares, correto posicionamento da língua e sincronidade com a deglutição.

A sucção realizada pela criança por meio do aleitamento materno produz uma força que permite o desenvolvimento e a maturação dos músculos periorais, exercendo, dessa forma, pressões sobre os ossos da face, causando uma modelagem desse tecido (Vellini, 1997).

As crianças, quando recebem aleitamento materno por um período superior a seis meses, têm menor possibilidade de desenvolver má oclusão (Serra-Negra *et al.*, 1997) e apresentam menor frequência de hábitos bucais de sucção (dedo e chupeta) persistentes em crianças com dentadura decídua completa (Robles *et al.*, 1999).

17) A criança que adormece com a mamadeira na boca tem maior risco de desenvolver cárie?

Dos médicos entrevistados, 95% responderam que sim e apenas 5% forneceram resposta negativa a esta questão.

O desenvolvimento da cárie em crianças que adormecem com a mamadeira na boca ocorre devido à estagnação de líquidos na cavidade oral, diminuição da secreção salivar durante o sono e ausência de higiene oral após a mamada. O leite recebido pelo lactente ou em mamadeira contém açúcar suficiente na forma de lactose, que pode ter um efeito cariogênico em situações desfavoráveis, como deixar a criança adormecer com a mamadeira na boca, ou mamando no peito para dormir^{13,22}.

Os pais devem ser orientados para que a criança não seja alimentada deitada, para não adoçarem a mamadeira e para realizarem a higienização da cavidade oral após as mamadas, evitando assim o desenvolvimento de lesões de cárie (Bernick, 1971).

18) Existe alguma relação entre o consumo freqüente de doces e as cáries?

A maioria dos médicos (98%) respondeu que há relação entre o consumo freqüente de doces e a doença cárie, enquanto apenas 2% do grupo não concordou com esta relação.

É importante salientar-se que cárie é uma doença multifatorial, em que se verifica a interação de três fatores principais: o hospedeiro (principalmente saliva e os dentes), a microbiota bucal e o substrato ou dieta; além de um quarto fator – o tempo – que deve ser considerado em qualquer discussão sobre etiologia da cárie (Newbrun, 1988).

Quando o açúcar refinado é introduzido na dieta sob a forma de suplemento, logo após a refeição, a atividade de cárie é pequena ou nula; todavia, quando temos consumo de doces entre as refeições, ocorre um au-

mento significativo no número de lesões cariosas. Observou-se também que a atividade de cárie dentária pode aumentar pelo consumo de açúcar, quando o mesmo está numa forma capaz de ser retida na superfície dos dentes (balas de goma tipo Toffee etc.). Quanto mais freqüente o açúcar for consumido sob essa forma, maior a tendência para o aumento da cárie dentária (McDonald, *et al.*, 1995).

19) Deve-se limpar as gengivas da criança que está sob aleitamento materno após cada mamada, mesmo ainda não tendo dentes?

Dos médicos entrevistados, 60% responderam que as gengivas das crianças devem ser limpas após as mamadas.

Quando o bebê recebe exclusivamente o leite materno, não há necessidade de higienizar a gengiva, uma vez que essa prática vai remover, da mucosa bucal, os anticorpos maternos que a criança recebe por meio do leite e que protegem as vias aéreas superiores.

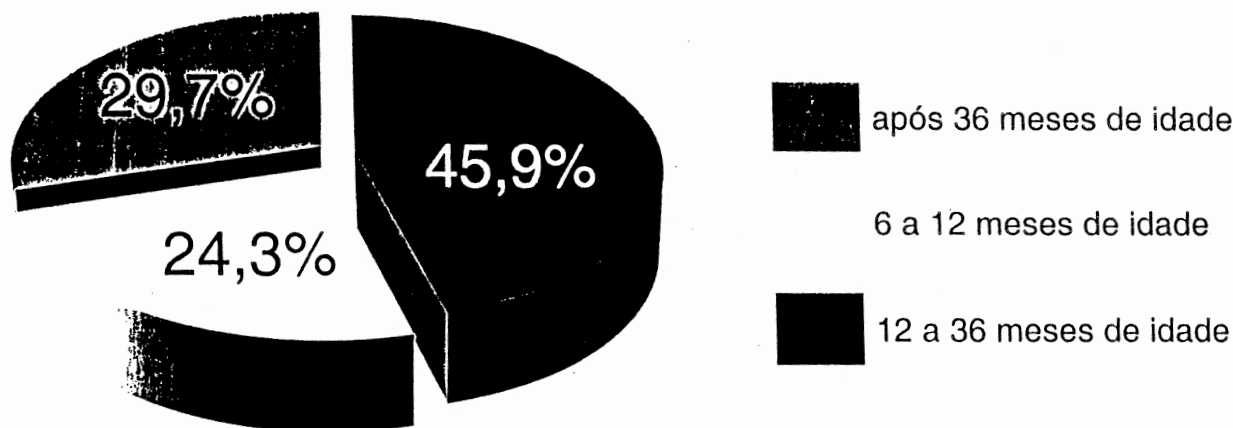
No entanto, quando a criança recebe leite artificial, a higienização pode ser feita eventualmente, utilizando uma compressa de gaze, chumaço de algodão ou uma ponta de fralda umedecida em água filtrada, fazendo delicada massagem nos tecidos gengivais^{4,13,22}, com o intuito de se promover a limpeza e, no futuro, motivar o uso da escova dental.

20) Você orienta as mães de seus pacientes sobre quando e como iniciar a escovação dos dentes das crianças?

Dos entrevistados, 83% relataram que o faziam e 17% não orientam os pais para esta prática.

A escovação deverá ser iniciada assim que o primeiro dente decíduo irromper, mais ou menos aos seis me-

GRÁFICO 2
PORCENTAGEM DAS DIFERENTES IDADES
DE ENCAMINHAMENTO PARA O ODONTOPEDIATRA.



ses de idade (Madeira, *et al.*, 1996), para que a criança vá se familiarizando com o hábito de higiene oral¹⁶. O uso do fio dental como complemento da higiene oral pode ser iniciado quando os dentes estabelecerem contato, passando-os suavemente nos espaços interdentais.

É importante salientar que esta higienização deverá ser inicialmente realizada pelos pais, até que a criança adquira habilidade motora suficiente para fazê-la (Leite, *et al.*, 1999).

21) Você indica suplementação de flúor para os seus pacientes?

22) Em caso afirmativo, quando?

a) antes da erupção dos dentes decíduos.

b) após a erupção dos dentes decíduos.

Dos entrevistados, 71% responderam não indicá-la e 29% ainda fazem esta suplementação, sendo que desses 29%, 67% indicam-no antes da erupção dos dentes decíduos e 33% após a erupção dos mesmos.

23) Você acredita que o flúor, quando indicado sistemicamente, pode contribuir para o fortaleci-

mento dos dentes presentes na cavidade bucal?

Dos entrevistados, 74% responderam de forma afirmativa e 26%, de maneira negativa.

O uso do flúor sistêmico contribui para o fortalecimento dos dentes presentes na cavidade oral, porém está contra-indicado em áreas onde a água de abastecimento utilizada pela população já está fluoretada. O uso concomitante dessas duas formas de flúor (suplementos e água de abastecimento), pode causar fluorose dental, que consiste em uma hipomineralização do esmalte de forma leve (esmalte opaco, manchas finas e brancas), moderada ou severa (extensas áreas opacas e calcáreas do esmalte) provocando um efeito anti-estético tanto na dentição decídua como permanente^{3,7,13,22}.

24) Você acredita que o flúor, quando indicado sistemicamente, pode contribuir para o fortalecimento dos dentes que estão em formação?

Entre os entrevistados, 71% acreditam que sim, enquanto 29% não acreditam nesta forma de ação do flúor.

O flúor pode beneficiar o dente nas

suas três fases de desenvolvimento, isto é: durante a formação embriológica e nos períodos de maturação pré e pós-eruptiva.

As crianças que residem em cidades que possuem água de abastecimento fluoretada e fazem efetivamente o uso desta água, têm seus dentes mais fortalecidos desde o seu período de formação, uma vez que a administração de fluoretos via sistêmica só está indicada para crianças que residem em locais onde não ocorra a fluoretação da água de abastecimento.

25) Você encaminha seus pacientes para o tratamento preventivo odontopediátrico?

26) Em caso afirmativo quando?

a) de 6 a 12 meses de idade

b) de 12 a 36 meses de idade

c) após 36 meses de idade

Dos 88% que afirmaram encaminhar seus pacientes para o tratamento preventivo odontopediátrico, apenas 24,3% dos pediatras o fazem dos 6 aos 12 meses de idade, enquanto 45,9% dos profissionais preferem fazê-lo dos 12 aos 36 meses de idade e 29,7% dos profissionais os encaminham após os

36 meses de idade. (Gráfico 2).

Segundo a Academia Americana de Odontopediatria, o ideal é que essa visita ocorra por volta dos 12 meses de idade^{7,22}. Outros autores acreditam que a época ideal seria por volta dos 2,5 a 3 anos de idade, porém, nesta fase a dentição decídua pode já estar comprometida.^{16,22}

Apesar da controvérsia em relação ao melhor período de encaminhamento para uma consulta junto ao odontopediatra, optamos pela recomendação de Schalka & Rodrigues²² (1996), quando afirmam que esta visita deveria ocorrer antes da erupção do primeiro dente decíduo, época em que devem ser iniciados os procedimentos preventivos, evitando-se o aparecimento de lesões de cárie, além de orientar e educar os pais quanto a sua responsabilidade na manutenção da saúde bucal de seus filhos^{16,18}.

Ao final do questionário, 95% dos entrevistados concordaram que os pediatras deveriam receber aulas sobre conceitos básicos em odontopediatria nos cursos de especialização e pós-graduação e ape-

nas 5% os consideraram desnecessários. Esses resultados demonstram que os médicos pediatras identificam uma necessidade urgente de adquirirem conhecimentos específicos na área da odontopediatria.

Por apresentarem uma carência de conhecimentos na área de saúde bucal, a maioria dos pediatras concorda com a necessidade de introduzir-se aulas de odontologia, palestras e seminários sobre essa área em sua formação médica. A incorporação de dentistas nas clínicas pediátricas e hospitais-escolas poderia garantir condutas rotineiras em relação à saúde oral e melhorariam a integração com os odontopediatras^{7,13,16,20,22}.

Conclusões

Baseando-se na metodologia empregada na análise dos resultados obtidos, pudemos concluir que:

1) Os médicos-pediatras entrevistados da Pediatria da Unisa apresentam certa carência de conhecimentos sobre o desenvolvimento da saúde bucal infantil.

2) Somente 52% dos médicos entrevistados associaram sintomas como diarreia e febre ao processo de erupção do dente decíduo.

3) Boa parte dos profissionais entrevistados (55%) acredita que a cárie dentária não é uma doença transmissível.

4) A maioria dos profissionais (95%) concorda que em sua formação médica acadêmica, especialização ou pós-graduação deveria aprender conceitos básicos de odontopediatria por meio de aulas formais ou palestras.

Portanto, seria necessário que ocorresse uma atuação multicêntrica, estabelecendo maior integração entre médicos e odontopediatras, principalmente para que os pais pudessem receber instruções educativas e preventivas a respeito de saúde bucal.

Agradecimento especial ao Professor Dr. Joaquim J. C. Menezes, Chefe da Disciplina de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade de Santo Amaro/Unisa, pelo apoio durante a coleta dos questionários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aaltonen AS, Tenovuo J. Association between mother-infant salivary contacts and caries resistance in children: a cohort study. *Pediatr. Dent.* mar./apr. 1994; 16/2, 110-116.
2. Bernick SM. What the pediatrician should know about children's teeth. IV. Baby bottle syndrome. *Clin. Pediatr.* apr. 1971; 10/4, 243-244.
3. Condutas Pediátricas para a Odontopediatria. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê* abr./jun. 1998; 1/2, 7-10. [Entrevista Dra. Eliane Mara Cesario Maluf].
4. Dean JA, Hughes CV. Métodos mecânicos e quimioterapêuticos caseiros de higiene oral. IN: McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. Trad. Prof. Dr. Roberval de A. Cruz [Sup]. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995; p. 190-191.
5. Elvey SM, Hewie SP. The pediatricians dental evaluation. *Pediatr. Clin. North Am.* jun. 1982; 29/3, 761/769.
6. Erickson PR, Thomas HF. A survey of the American Academy of Pediatrician Dentistry membership: infant oral health care. *Pediatr. Dent.* jan./fev. 1997; 19/1, 17-21.
7. Fujimoto E, Basso ECB, Chelotti A. A importância da interação médico odontológica na promoção de saúde bucal ao paciente infantil. *Rev. Paul. Pediatr.* dez. 1997; 15/4, 195-198.
8. Goepferd SJ. An infant oral health program: the first 18 months. *Pediatr. Dent.* jan. 1987; 9/1, 8-12.
9. Guedes-Pinto AC. Odontogênese. In: Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*, 6.ed. São Paulo: Santos, 1997; p. 1-15
10. Kohler B, Andreen I, Jonsson B. The effects of caries preventive measures in mother on dental caries and the presence of bacteria *Streptococcus Mutans* and *Lactobacilli* in their children. *Arch. Oral. Biol.* 1994; 29/11, 879-883.
11. Kohler B, Andreen I, Jonsson B. The earlier the colonization by *Mutans Streptococci*, the higher the caries prevalence at 4 years of age. *Oral Microbiol. Immunol.* mar. 1988; 3, 14-17.
12. Leite ICG, Rodrigues CC, Faria AR, Medeiros GV, Pires L.A. Associação entre aleitamento materno e

hábitos de sucção não-nutritivos. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.53, n.2, mar./abr., 1999; p.151-155.

13. Madeira ADPF, Oliveira APM, Paiva SM. Médicos pediatras e saúde bucal: reflexos de sua prática clínica. *Pediatr. Atual* jun. 1996; 9/6, 67-72.

14. McDonald RE, Avery DR, Stookey GK. Cárie dentária na criança e no adolescente. IN: McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. Trad. Prof. Dr. José Carlos B. Teles. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995; p. 152-153.

15. Newbrun E. *Cariologia*. Trad. José Luiz Freire de Andrade [Coord.] 2.ed. São Paul:Santos, 1988. p. 17-18.

16. Paiva, S.M.; Bezerra, V. L. V. A.; Toledo, O. A. O pediatra e a saúde oral da criança. *R. G. O.* mar. 1990; 38/2, 96-100.

17. Paiva SM, Péret LR, Gonçalves DH. Atendimento a bebês: um programa para saúde pública. *R. G. O.* maio/jun. 1994; 42/3, 174-175.

18. Primosch RE. Pediatric dentistry as it relates to the pediatrician. *Pediatr. Ann.* feb. 1985; 14/2, 104-106.

19. Robles FRP, Mendes FM, Haddad A E, Corrêa MSNP. A influência do período de amamentação nos hábitos de sucção persistentes e a ocorrência de má oclusões em crianças com dentição decídua completa. *Rev. Paul. Odontol.* maio/jun. 1999; 21/3, 4-9.

20. Sanchez MAP, Mora MCM. Conocimientos de odontologia infantil en el campo pediátrico - *Rev. Actual Odontostomatol. Esp.* dec. 1990; 5cl 399, 61-69.

21. Sánchez OM, Childers NK, Fox L, Bradley E. Physicians views on pediatric preventive dental care. *Pediatr. Dent.* sept./oct. 1997; 19/6, 377-383.

22. Schalka M, Rodrigues CRMD. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. *Rev. Saúde Públ.* v.30, n.2, abril 1996, p.179-86.

23. Schulte JR, Druyan ME, Hagen JC. Early childhood tooth decay. *Clin. Pediatr.* dec. 1992; 31/12, 727-730.

24. Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Rocha JR, J.F. *Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e má oclusões* abr./jun. 1997; 11/2, 79-86.

25. Vellini, F.F. *Ortodontia - diagnóstico e planejamento clínico*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 247-248.