PROTOCOLO DE SAÚDE BUCAL

Atendimento de 0 a 24 meses

CURITIBA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Protocolo de saúde bucal [livro eletrônico] : atendimento de 0 a 24 meses / Daniela Cristina Rachadel...[et al.]. -- Curitiba, PR : Fundo Municipal da Saúde, 2024.
-- (Protocolo de saúde bucal de Curitiba ; 3)
PDF

Outros autores: Karen Vivan Bernartt, Mario Augusto Gori Gomes, Viviane de Souza Gubert.
Bibliografia.
ISBN 978-65-88793-06-0

1. Dentes - Cuidados e higiene - Obras de divulgação 2. Odontologia 3. Odontopediatria 4. Saúde pública I. Rachadel, Daniela Cristina. II. Bernartt, Karen Vivan. III. Gomes, Mario Augusto Gori. IV. Gubert, Viviane de Souza. V. Título. VI. Série.

CDD-617.6
24-230988 NLM-WU-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde bucal : Odontologia 617.6

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Prefeitura Municipal de Curitiba
Rafael Greca de Macedo

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
Beatriz Battistella Nadas

Superintendência Executiva
Juliano Schmidt Gevaerd

Superintendência de Gestão
Flávia Celene Quadros

Diretoria de Atenção Primária à Saúde
Cleverson Fragoso

Coordenação de Saúde Bucal
Viviane de Souza Gubert

Elaboração:
Daniela Cristina Rachadel
Karen Vivan Bernartt
Mario Augusto Gori Gomes
Viviane de Souza Gubert

CURITIBA – 2024

Sumário

INTRODUÇÃO 5
OBJETIVO GERAL 5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5
PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS 6
OS PRIMEIROS 1000 DIAS 6
AMAMENTAÇÃO 8
ALEITAMENTO MATERNO 8
ALEITAMENTO ARTIFICIAL 9
USO DE MAMADEIRAS 9
USO DE CHUPETAS 10
INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS 12
AÇÚCAR E ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS 13
DOENÇA CÁRIE ≠ LESÃO DE CÁRIE 14
CÁRIE DENTÁRIA PRECOCE DA INFÂNCIA 14
SONO X ALIMENTAÇÃO NOTURNA 17
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE 17
MANEJO DE COMPORTAMENTO DO PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO 20
ERUPÇÃO DOS PRIMEIROS DENTES 21
DOENÇAS OU INTERCORRÊNCIAS DE BOCA NA INFÂNCIA 22
HISTÓRICO DE REVISÕES 27
REFERÊNCIAS 27

1. INTRODUÇÃO:

Em continuidade ao Pré-Natal Odontológico a puericultura odontológica deve começar nos primeiros dias de vida do bebê, aproveitando-se a consulta do puerpério, quando devem ser dadas orientações e recomendações à nutriz e realizado o primeiro exame clínico para avaliação da higidez dos rodetes gengivais e a detecção de alguma anomalia (nódulos, pérolas e cistos). É consenso que os primeiros anos de vida serão determinantes para o futuro da saúde bucal da criança. Neste período os hábitos de vida, especialmente dietéticos e de higiene bucal serão estabelecidos e poderão contribuir decisivamente para a manutenção de uma boa saúde bucal.

Sendo esta uma época tão valiosa, cabe aos profissionais de saúde oferecer aos familiares informações e suporte sobre todos os aspectos relativos à saúde bucal do bebê. Exames clínicos, apoio ao aleitamento materno, uso adequado de escovas e dentifrícios, orientações sobre temas como dieta, hábitos deletérios e higiene bucal serão necessários para todas as crianças acompanhadas pela equipe odontológica.

2. OBJETIVO GERAL:

Propor às equipes de saúde bucal da RAS de Curitiba um modelo de atendimento ao Grupo Priorizado Bebês de 0 a 24 meses (BB).

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

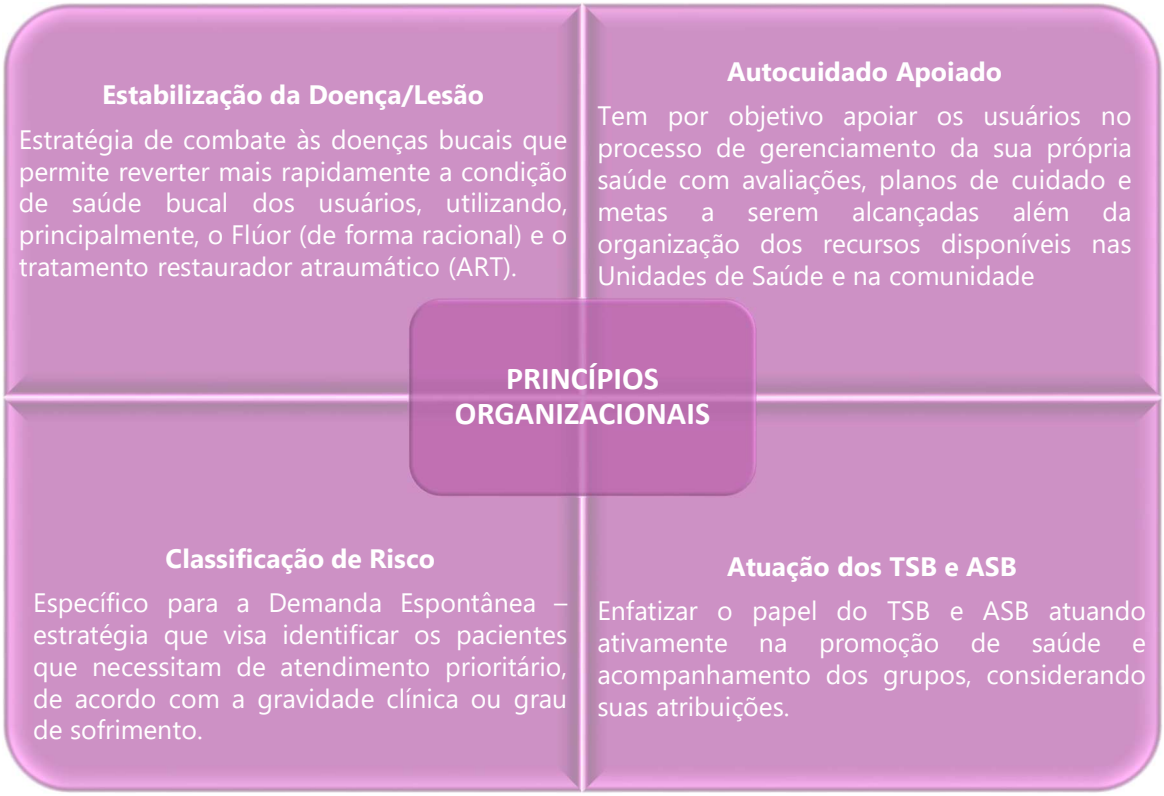
- Captar e estratificar todas as crianças desta faixa etária moradoras da área de abrangência da UBS;
- Agendar e tratar (de acordo com a estratificação prévia) 100% das crianças menores de 2 anos com cadastro definitivo na Unidade de Saúde;
- Monitorar todas as crianças desta faixa etária que sejam de risco para as doenças bucais de acordo com a estratificação;
- Disponibilizar técnicas e ferramentas de trabalho para aprimorar o atendimento a esta faixa etária;
- Organizar o atendimento utilizando o IVFPR como norteador, priorizando usuários de alta vulnerabilidade;
- Induzir as diversas equipes de saúde bucal a uma padronização mínima de atendimento.

POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA:

Os usuários do SUS de 0 a 24 meses de idade

3. PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS:

O atendimento a este grupo priorizado deve seguir os princípios da "Rede de Atenção à Saúde Bucal de Curitiba" adotando seus princípios organizacionais:



4. OS PRIMEIROS 1000 DIAS

Este é o período compreendido entre o primeiro dia de gestação e o final do segundo ano de vida. São 270 dias de gestação, 365 dias do 1º ano de vida e 365 dias do 2º ano de vida.

Nestes primeiros mil dias de vida é formado o paladar da criança, e isto pode influenciar e ter repercussões boas ou ruins na sua saúde por toda a vida.

Os cuidados nesta fase apresentarão reflexos em toda a vida futura da criança. O crescimento e desenvolvimento físico, as aptidões sociais e intelectuais são altamente influenciados pela qualidade destes cuidados oferecidos pelos pais e cuidadores e pelos profissionais de saúde.

Já durante a gestação a saúde do bebê recebe os benefícios dos cuidados da mãe consigo mesma. A tolerância sensitiva a determinados estímulos gustativos e olfativos do ser humano é moldada por características inatas (inerente à espécie e de influência genética), dieta materna, influências culturais e por experiências durante a vida.

https://listadasaude.com.br/artigo/os-primeiros-1000-dias

A formação dos germes decíduos tem início durante as 6 primeiras semanas de vida intrauterina. Nos primeiros 6 a 8 meses de vida pós-natal, os maxilares crescem o suficiente para prover espaço necessário aos dentes decíduos.

Através das escolhas alimentares da grávida e da aleitante, os paladares de rejeição inata (ácido e amargo) podem fazer parte do ambiente sensorial da criança, familiarizando-se com eles e consequentemente diminuindo a aversão a alimentos cuja introdução será feita ao longo do primeiro ano de vida

Neste contexto a equipe odontológica pode influenciar hábitos bucais e dietéticos mais apropriados, dando assistência e controlando a saúde bucal da futura mamãe e também orientando para a promoção da saúde bucal do futuro bebê e da família.

Observar as características do freio lingual e avaliar a necessidade ou não de sua remoção. Se for muito curto e dificultar a amamentação a remoção deverá ser feita preferencialmente nos primeiros trinta dias de vida.

Os temas a seguir deverão ser abordados exaustivamente com as mães durante este período dos 1000 dias. Esta é a oportunidade de ouro que a equipe odontológica tem para garantir o melhor futuro de saúde bucal para as crianças sob sua

responsabilidade. Significa buscar ativamente a população de 0 a 24 meses e realizar acompanhamento sistemático e adequado para cada situação biológica ou social.

5. AMAMENTAÇÃO

5.1. ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é reconhecidamente o melhor alimento para o bebê contribuindo para o desenvolvimento da criança especialmente nos aspectos nutricionais, afetivos e imunológicos. Deve ser exclusivo até os 6 meses de vida, período em que nenhum tipo de alimento sólido ou líquido é oferecido à criança. Após esta fase inicial outros alimentos começam a ser inseridos, sempre de acordo com a orientação da equipe de saúde.

A amamentação deve seguir até os dois anos de idade para que a criança receba todos os benefícios:

ASPECTOS GERAIS

- Fortalece o sistema imunológico;
- Melhora o desenvolvimento físico;
- Estimula o desenvolvimento cognitivo;
- É um alimento completo até o 6º mês de vida;
- Está na temperatura ideal, é de simples manuseio e livre de contaminantes;
- Praticamente sem custo;
- Protege a mãe contra câncer de ovário, de mama e contra osteoporose;
- Ajuda na perda de peso e recuperação pós-parto;
- Reforça o vínculo entre mãe e filho(a);

ASPECTOS BUCAIS E FACIAIS

- Estimula o desenvolvimento correto das arcadas e posicionamento dos dentes;
- Fortalece toda a musculatura facial durante a sucção;
- Ao mamar a criança aprende a respirar, mastigar e deglutir de forma adequada;
- A fonação, a deglutição e a respiração são sistemas interligados e dependentes da amamentação;

https://www.biologianet.com/embriologia-reproducao-humana/importancia-amamentacao.htm

A criança que mama no peito até os 6 meses tem uma possibilidade menor de adquirir hábitos de sucção não nutritivos, como a sucção do dedo e da chupeta do que aqueles amamentados com mamadeira. Após a erupção dos primeiros dentes, por volta dos 6 meses de idade, o aleitamento noturno deve ser avaliado e monitorado de forma interdisciplinar (equipe médica-enfermagem), para evitar prejuízos ao aleitamento e à saúde bucal do bebê.

5.2. ALEITAMENTO ARTIFICIAL

Em alguns casos específicos pode ocorrer do médico contraindicar o aleitamento materno. Nestes casos uma alternativa é o uso dos copos (existem os específicos para recém nascidos e depois os de transição) como alternativa ao uso das mamadeiras. Como exemplo podemos citar a Hipolactia (falta de leite) e riscos reais à saúde do bebê representados por patologias ou condições como AIDS, hepatite, tuberculose e outras doenças infecto-contagiosas.

5.3. USO DE MAMADEIRAS

Existem muitos mitos relacionados à amamentação e que induzem os pais a adotar mamadeiras. Afirmações de que o leite da mãe é fraco e não sustenta o bebê, que o seio pequeno ou com próteses não consegue amamentar, e outras, são **incorretas** e devem ser esclarecidas pela equipe de saúde.

A complementação com mamadeira é um recurso que só deverá ser adotada por orientação do médico. Deve ficar muito claro para a mãe que o leite artificial contém açúcares que são causadores de cárie dentária, especialmente quando a mamadeira é oferecida à noite. Além disso a sucção da mamadeira prejudica o desenvolvimento da face, pois a língua fica retruída e só os músculos bucinadores trabalham.

Os músculos não serão exigidos da mesma forma que ocorre na amamentação natural, os ossos não crescem corretamente e os dentes não vão nascer na posição mais adequada. Na mamadeira o bebê apenas suga o bico e o leite sai mais facilmente.

No seio ele precisa pressioná-lo com a língua contra o palato para extrair o leite materno. O esforço é maior e utiliza grupos musculares diferentes que vão propiciar um crescimento craniofacial mais adequado. Atualmente a ortopedia funcional dos maxilares estuda até a repercussão na coluna cervical, nos ombros e na postura do indivíduo.

Com a mamadeira a criança corre riscos maiores de infecções, alergias, desnutrição e obesidade. O leite artificial é muito mais calórico e a mamadeira exige menos esforço do bebê para mamar. A saciedade é atingida mais rapidamente do que mamando no seio e a criança fica acostumada com esta facilidade. Isto atrasa a introdução dos alimentos, o uso de copos e colheres.

A mamadeira é fonte de fungos, bactérias e coliformes fecais o que aumenta o risco de infecções bucais e do trato digestivo. O uso intenso pode levar na vida adulta aos hábitos de fumar, beber e roer unhas.

5.4. O USO DE CHUPETAS

Os argumentos utilizados para contraindicar as chupetas são amplamente aceitos e devem ser levados ao conhecimento da mãe ainda na gestação. Persiste entre a população o conceito de que a chupeta deva fazer parte do enxoval do bebê. Algumas pessoas acham natural e estimulam o uso mesmo quando a criança não aceita a chupeta de imediato.

Podemos citar como principais malefícios:

- ATRAPALHA A AMAMENTAÇÃO: O esforço muscular e a posição da língua para mamar no seio e para sugar a chupeta são diferentes. Isto causa uma confusão no bebê e pode dificultar a amamentação, a chamada "confusão de bicos". Principalmente se o hábito for iniciado antes da estabilização da amamentação no seio, o que pode ocorrer até a 4ª semana de vida.
- RISCO AUMENTADO DE INFECÇÕES: A chupeta exige cuidados de higiene e desinfecção nem sempre observados. Seu uso está associado à maior incidência de diarreia, asma, dor de ouvido, cólicas, febre, aftas e candidíase oral.
- DISTÚRBIOS NA FALA E LINGUAGEM ORAL: O uso da chupeta limita o balbucio, a imitação de sons e a emissão de palavras. Quanto maior o tempo e a intensidade de uso maiores os prejuízos ao desenvolvimento da linguagem oral.

- DISTÚRBIOS DE SUCÇÃO E DEGLUTIÇÃO: A musculatura utilizada para a sucção da chupeta altera a tonicidade, a força e a funcionalidade do sistema estomatognático. A sucção não-nutritiva pode levar à saciedade neural, cansaço muscular e não saciedade, e ainda altera a as estruturas bucais responsáveis pela sucção e deglutição corretas.
- DISTÚRBIOS MASTIGATÓRIOS: A qualidade da mastigação pode ser comprometida quando o uso da chupeta é mais prolongado ou mais intenso.
- DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS: O padrão respiratório é afetado pelo hábito de sucção deletério, pelas deformidades anatômicas provocadas e pela falta de tonicidade muscular perioral.
- MALOCLUSÕES: O uso da chupeta provoca movimentações dentárias e deformidades esqueléticas na região bucal, principalmente mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. O uso mais intenso ou o uso prolongado, além dos 3 anos de idade, leva a desajustes oclusais persistentes na dentição mista e permanente.

Existem argumentos favoráveis ao uso de chupetas para situações específicas que são, na maioria das vezes, conflitantes com os argumentos contrários. Em crianças pré-termo, alimentadas por sonda nasogástrica, a estimulação com chupetas poderia realizar uma transição para alimentação via oral. No entanto, o Ministério da Saúde preconiza esta transição com a utilização de copinhos ou sonda – peito. É justamente nas primeiras 4 semanas de vida que a amamentação natural se consolida, então o uso de bicos e chupetas provoca a confusão de bicos.

Outro possível efeito protetor seria contra a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL), especialmente quando a chupeta é utilizada para dormir. Este motivo é utilizado como argumento favorável ao uso, mas muitas crianças largam a chupeta quando adormecem o que pode ter gerado um viés nos estudos sobre o assunto. Ainda, o efeito protetor da amamentação sobre a SMSL é maior que o conferido pelo uso da chupeta. O Ministério da Saúde adota como única recomendação para este problema o "decúbito dorsal" como posição para dormir. Outros argumentos utilizados para indicar o uso da chupeta são para "manejar a dor em recém-nascidos" e para "modular o comportamento agitado" de alguns bebês.

Por volta de 2 meses de idade é comum a criança colocar os dedos ou a mão na boca e muitos pais oferecem a chupeta como alternativa menos danosa. É importante salientar que este reflexo do bebê é normal e pode ser controlado sem o uso da chupeta. Neste momento a amamentação tem papel fundamental evitando a instalação do hábito de sucção digital.

Para os casos onde o uso já está instalado a equipe de saúde bucal deve trabalhar para limitar a intensidade do uso, preferentemente só para dormir e insistir para eliminar

o uso antes dos 3 anos de idade, quando ainda há chance da musculatura perioral se recuperar até a chegada da dentição permanente.

6. INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o aleitamento exclusivo deve persistir preferencialmente até os seis meses. A partir desta idade a criança deve começar a experimentar outros alimentos além do leite materno. Sempre seguindo as orientações da equipe de saúde, a adoção de uma dieta favorável à proteção da saúde bucal deve ser buscada.

Por volta dos seis meses desaparece o reflexo de extrusão que, enquanto presente, leva a criança a empurrar os alimentos para fora da boca com protrusão lingual.

Entre os 4 e 6 meses surge a sensibilidade ao estímulo salgado. Por volta dos 8 a 9 meses a segurança, estabilidades posturais, capacidade de mastigação e sua natural curiosidade permitem manipular alimentos cada vez com maior autonomia.

https://br.freepik.com/fotos-gratis/

Quando deve ocorrer a INTRODUÇÃO DOS ALIMENTOS?

- Quando as necessidades nutricionais do lactente não são mais satisfeitas apenas com o leite;
- Quando as capacidades motoras da criança são suficientes;
- Quando existe maturidade digestiva para processar o alimento;
- Quando existe risco limitado de desenvolver alergias

<u>Pontos Importantes:</u>

- Não ofertar nada adoçado para a criança, o bebê não conhece o açúcar e não sente a falta dele. O paladar do adulto não pode ser parâmetro para os alimentos do bebê. Quando começar a tomar sucos de frutas e chás não se deve acrescentar açúcar ou mel ou açúcar mascavo, nem mesmo adoçantes artificiais.

- Quanto mais próximo do natural, melhor. Sucos naturais e alimentos preparados em casa são mais seguros, não possuem açúcares em excesso, têm vitaminas e fibras naturais.
- Quanto mais mastigar, melhor. A consistência do alimento deve ser adequada à dentição que o bebê possui. Muitas vezes com o objetivo de ajudar, pais e cuidadores amassam ou trituram os alimentos muito além do necessário. Se o bebê tem dentes deve mastigar. O tamanho dos pedaços é que deve ir se ajustando ao desenvolvimento da criança.
- O sistema estomatognático é totalmente dependente da mastigação, da deglutição e da respiração. O desenvolvimento ósseo e muscular e o posicionamento dos dentes no momento de sua erupção acontecem mais adequadamente quando a criança é amamentada no seio e depois é estimulada a mastigar sólidos.
- O processo de introdução dos alimentos deve ter como objetivo criar um padrão alimentar saudável e o mais distante possível de açúcares e alimentos industrializados.

6.1. AÇÚCAR E ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS

Quase todos os alimentos que a criança consome têm algum tipo de carboidrato na sua composição, até porque são essenciais na dieta. As frutas com a frutose, as massas e os grãos com o amido, o leite com a lactose e assim por diante. Qualquer tipo de carboidrato tem algum potencial cariogênico como se sabe, mas nenhum deles tem a capacidade de formar cáries tão intensamente quanto a sacarose. Este é o açúcar branco, o que se adiciona às bebidas, aos doces, aos bolos, e está presente nos alimentos industrializados: leites artificiais, bolachas, doces, sucos e chás prontos, refrigerantes e chocolates. Além disso em grande parte destes alimentos há outros componentes que intensificam a queda de pH bucal. Muitas bebidas são acidificadas para melhorar a palatabilidade, o que aumenta o risco não só do desenvolvimento da doença cárie, mas também de outra doença que é a erosão dentária, a qual ocorre pela perda da estrutura química do dente devido à dissolução por ácidos provenientes destas substâncias. A recomendação da Associação Brasileira de Odontopediatria, é que se possível, a criança não tenha contato com o açúcar até os dois anos, período em que se estabelece o paladar.

As bebidas, bolachas e doces possuem espessantes ou consistência pegajosa que mantêm resíduos na boca por muito mais tempo, desta forma fornecendo substrato para as bactérias e aumentando mais ainda a acidez bucal.

Os açúcares em geral, mas especialmente a sacarose, devem ser evitados também por uma questão de preferência alimentar que é algo que se consolida nos primeiros 3

anos de vida. Uma criança que recebe alimentos adoçados vai adquirir uma prática alimentar prejudicial para sua saúde bucal pelo resto da vida.

As crianças pequenas normalmente fazem mais refeições ao longo do dia. Quanto maior a frequência da ingestão de alimentos maior será o risco à cárie. Muitas famílias se queixam que "seus filhos não comem direito" e para compensar oferecem biscoitos, sucos, mamadeiras e outros alimentos entre as refeições perpetuando a falta de apetite e agravando o risco de cárie. Já o aleitamento materno isoladamente não é tido como fator de risco para a cárie dentária, mas se oferecido para crianças que já consomem outros alimentos pode potencializar o risco especialmente após o primeiro ano de vida se ocorrer em alta frequência (várias vezes por dia) e durante o sono.

7. DOENÇA CÁRIE ≠ LESÃO DE CÁRIE

Muito mais do que tratar cavidades de cárie, é papel da equipe de saúde bucal estar atenta ao grupo de pacientes acompanhados detectando indivíduos de risco para evitar que a doença produza sequelas. Os primeiros 1000 dias surgem como a oportunidade de ouro para estabelecer na gestante e nas crianças de 0 a 24 meses uma saúde bucal duradoura.

É preciso salientar que a doença cárie está presente na criança muito antes do aparecimento das lesões de cárie. Os sinais indicadores de risco devem ser detectados pela equipe e compreendidos pelos pais. A abordagem envolverá prevenção, estabilização do risco, autocuidado apoiado e muito acompanhamento.

Muitas vezes não é possível precisar se uma criança terá cárie ou não. A mãe, o pai e outros cuidadores devem estar aptos a enfrentar os fatores de risco com o apoio da equipe de saúde bucal. Esta deverá estar comprometida com a busca ativa das crianças da sua área de abrangência e lançar mão de seu conhecimento para evitar que a doença produza lesões. Mais do que tratar cavidades a equipe deve se adiantar e evitá-las.

Muito importante a equipe conhecer a rotina alimentar da criança a fim de detectar se há uma alta frequência no consumo de alimentos cariogênicos. Isso pode ser feito durante a anamnese com perguntas sobre o cardápio alimentar da criança e sua rotina.

7.1. CÁRIE DENTÁRIA PRECOCE DA INFÂNCIA

A estrutura do esmalte dental, em condições normais de pH, é capaz de manter-se livre de cáries graças ao equilíbrio de concentrações de cálcio e fostato presentes na

saliva e no biofilme dental. Quando é oferecida à criança uma dieta com carboidratos em alta frequência, associada à deficiência na remoção do biofilme dental pode haver perda mineral do esmalte que está abaixo da placa. É sabido que diversos fatores são determinantes neste processo. A saliva, o próprio esmalte dental, fatores relacionados aos hábitos alimentares e de higiene e o uso dos fluoretos são os principais. Mas questões sociais e econômicas são determinantes importantes da doença cárie.

A cárie precoce da infância pode ser definida pela presença de uma ou mais superfícies cariadas (com ou sem cavidade), perdidas (devido à cárie dentária) ou restauradas, em qualquer dente decíduo em criança de até 5 anos de idade.

Imagens cedidas por Mario Augusto Gori Gomes

É fundamental salientar que as lesões de manchas brancas, não cavitadas, são mais prevalentes de que a forma cavitada nos dois primeiros anos de vida. A detecção destas lesões permite a indicação de presença de atividade de cárie e consequente intervenção precoce, uso adequado dos fluoretos, selantes e outras ações preventivas.

Interceptar a atividade da doença ainda nesta fase recupera a neutralidade do pH bucal, reduzindo a sequelas (cavidades) e os tratamentos clínicos que, nas crianças menores, são mais difíceis de realizar, tanto para a criança quanto para os profissionais.

A cárie precoce da infância acontece em todos os dentes decíduos, no entanto afeta mais os dentes incisivos superiores. Isto se deve à sua localização, que os mantém mais expostos aos alimentos e menos expostos ao fluxo salivar, além de serem os primeiros dentes a eruptar. Em seguida, com o surgimento dos primeiros molares, as cáries de fóssulas e fissuras começam a acontecer e, após os 3 anos de idade, os primeiros e segundos molares decíduos podem ultrapassar os incisivos em gravidade e número de cáries.

A CÁRIE É UMA DOENÇA INFECCIOSA?
NÃO, pois não atende os postulados de Koch.

Os postulados de Koch são quatro, descritos a seguir:

- ASSOCIAÇÃO CONSTANTE DO PATÓGENO-HOSPEDEIRO: o patógeno deve ser encontrado associado em todas as plantas doentes examinadas
- ISOLAMENTO DO PATÓGENO: o patógeno deve ser isolado e crescido em meio de cultura nutritivo e suas características descritas (parasitas não-obrigatórios) ou em planta hospedeira suscetível (parasitas obrigatórios) e sua aparência e sintomas registrados.
- INOCULAÇÃO DO PATÓGENO E REPRODUÇÃO DOS SINTOMAS: o patógeno vindo de uma cultura pura deve ser inoculado em plantas sadias de mesma espécie ou variedade na qual apareceu, e deve provocar a mesma doença nas plantas inoculadas.
- REISOLAMENTO DO PATÓGENO: o patógeno deve ser isolado novamente em cultura pura e suas características devem ser exatamente as mesmas observadas anteriormente.

Em 1976, Alfred Evans faria a revisão destes postulados, elaborando dez postulados - Postulados de Evans - relativos, essencialmente, ao estabelecimento da causalidade.

A CÁRIE É UMA DOENÇA TRANSMISSÍVEL?

NÃO

- As bactérias que provocam cárie não são estranhas a boca de nenhuma pessoa.
- As bactérias são adquiridas do meio ambiente onde as crianças vivem
- Não há uma espécie bacteriana única responsável pela cárie
- As bactérias adquiridas não provocam doença
- Maus hábitos que são transmitidos de pessoa a pessoa.

Prof. Jaime Cury

COMO CONTROLAR A DOENÇA CÁRIE?

- Restrição da ingestão de açúcar
- Desorganização periódica do biofilme dental
- Utilização racional de fluoretos

Prof. Jaime Cury

8. SONO X ALIMENTAÇÃO NOTURNA

A oferta de alimentos para adormecer ou durante o sono da criança tem consequências para os tecidos duros e moles da boca. É muito comum que os pais utilizem as mamadeiras como indutores do sono. Os leites artificiais, por serem mais calóricos e de digestão mais difícil, levam à saciedade mais rapidamente e com pouco esforço muscular. A composição destas fórmulas infantis é rica em carboidratos, o substrato do streptococcus mutans, que a criança adquire de seus cuidadores. A combinação de bactéria e seu alimento, na ausência da salivação, provoca uma queda intensa no pH bucal aumentando significativamente o risco de cáries dentárias e doenças gengivais.

A saliva tem uma função lubrificante e protetora dos dentes e mucosas bucais. Possui ainda as propriedades de neutralizar os ácidos produzidos pelas bactérias, repor minerais do esmalte dental e lavar resíduos alimentares diminuindo a disponibilidade para as bactérias. Durante o sono a salivação diminui muito.

À equipe de saúde bucal cabe esclarecer aos pais que o uso de mamadeiras com leite ou outros líquidos adoçados é a maior causa de cáries precoces da infância, principalmente quando ofertada para dormir ou durante a noite. Neste horário a produção de saliva é quase nula. Sem a proteção salivar o pH bucal cai e o esmalte dental pode começar a desmineralizar.

9. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE:

A cárie dentária é uma doença crônica que tem causas multifatoriais. Muito além do biológico, os aspectos sociais, econômicos, demográficos e de hábitos de vida pesam consideravelmente nesta questão.

A atuação das equipes no controle da cárie dentária na população sob sua responsabilidade não pode ser baseada apenas na intervenção em lesões de cárie. Como dito anteriormente, a doença já está presente muito antes do aparecimento das cavidades e da mesma forma seguirá seu curso com recidiva de novas lesões se a abordagem não for mais ampla.

Especificamente na população de 0 a 24 meses são muitas as oportunidades de afastar as crianças do acometimento das lesões de cárie. A adesão dos pais e cuidadores ao proposto pela equipe de saúde bucal tem grande impacto sobre os resultados esperados, mas a oportunidade de ouro dos “Primeiros 1000 dias” não pode ser perdida.

9.1. AUTO-CUIDADO APOIADO:

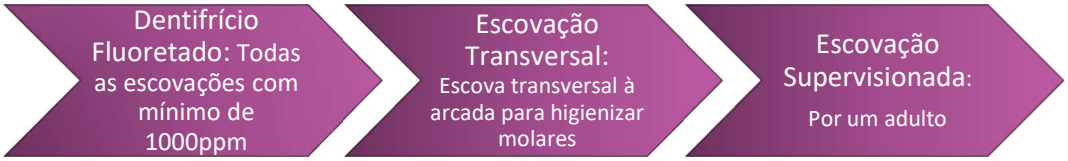
Pontos Importantes:

- Avaliar contexto socioeconômico, cuidado/negligência da criança, pouco acesso a Flúor, hábitos cariogênicos e ambiente familiar/escolar favorável à cárie ou ao trauma (violência e riscos ambientais);
- Considerar acesso às DNV, relatórios de vacinas para captação e também aproximação com profissionais da equipe médico-enfermagem;
- Estímulo e orientação sobre os hábitos de higiene bucal para a gestante e para o bebê;
- Amamentação materna exclusiva até 6 meses;
- Orientação dietética para reduzir o risco de cárie precoce da infância adequada às possibilidades familiares, enfatizando o cuidado na frequência de ingestão de alimentos cariogênicos.
- Eliminação de hábitos bucais deletérios;
- A equipe auxiliar (ASB e TSB) deve atuar na área de promoção e prevenção, principalmente orientando usuários sobre o autocuidado apoiado, ações coletivas, ações educativas e realizando procedimentos de baixa tecnologia;

9.2. PREVENÇÃO DE AGRAVOS:

Pontos Importantes:

- Verificar o risco à cárie dentária;
- Atenção aos diagnósticos diferenciais das manchas brancas de esmalte, fluorose e hipoplasias;
- Iniciar escovação desde o primeiro dente com escova de cerda de nylon macia e com cabeça pequena;
- Controle do biofilme dental;
- Destacar a importância da escovação 3 x ao dia e sempre antes de dormir;



- Quantidade de dentifrício de acordo com a idade:

0 a 4 anos – grão de arroz

Após 4 anos – grão de ervilha

https://backup.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guias/Guia-de-salud-bucal-infantil-para-pediatras-Web-Portugues.pdf

- Nos dentes com contato proximal o fio dental deve ser utilizado independentemente da idade da criança;
- A partir de 1 ano de idade não amamentar ou alimentar para dormir ou durante o período noturno;
- Estimular a mastigação após os seis meses. Assim que possível, e de acordo com orientação da equipe de saúde, evoluir de líquidos para pastosos e sólidos.

9.3. ATENÇÃO BÁSICA:

<u>Pontos Importantes:</u>

- Exames bucais minuciosos para detecção e estabilização das manchas brancas de cárie;
- Uso racional dos fluoretos: dentifrícios fluoretados (com até 2 anos de fabricação), verniz com flúor, aplicação tópica de gel, soluções fluoretadas a 0,05 ou 0,2%;
- Tratamento Restaurador Atraumático (ART);
- Cariostático – utilizado como uma forma de adequação do meio bucal em crianças pequenas não colaboradoras. Alertar os responsáveis sobre o aspecto resultante deste tratamento e concordância com sua utilização;
- Selantes de fóssulas e fissuras;
- Tratamentos restaurador integral (Tratamento Concluído) para os grupos priorizados. Considerar sempre como parte de um Plano de Tratamento mais amplo que aborde a doença e não só as lesões e suas sequelas;
- Atenção a 100% das gestantes da área de abrangência com primeira consulta, estabilização da doença quando não for possível o tratamento completo;

10. MANEJO DE COMPORTAMENTO DO PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO:

O sucesso do tratamento odontológico infantil depende, em grande parte, do manejo comportamental. Não se tem a pretensão de revisar completamente este tema, apenas relembrar técnicas muito simples e úteis na condução destes tratamentos.

Sempre buscando uma maior resolutividade do nível de atenção básica, encoraja-se os profissionais a aplicar estes conceitos para que, assim como acontece com todas as técnicas operatórias, sintam-se menos ansiosos e amedrontados frente aos pacientes de comportamento mais difícil. Com o tempo o dentista perceberá que seu nível de confiança aumentará, o que traz mais tranquilidade no dia-a-dia:

Dessensibilização: o tratamento evolui dos procedimentos mais fáceis (para a criança) para os mais difíceis. Isto permite que o pequeno paciente se adapte aos procedimentos mais demorados ou que exigem maior colaboração. Por exemplo, iniciar por orientações, exame clínico, profilaxia, aplicação de flúor e depois avançar para procedimentos restauradores, preferencialmente por regiões superiores posteriores, deixando os procedimentos mais demorados ou mais difíceis para o final do plano de tratamento.

Dizer-Mostrar-Fazer: a apresentação prévia de todos os passos, instrumentos e materiais torna a criança mais confiante. O paciente de pouca idade tem um temor do desconhecido, não é um medo objetivo, ele procura apenas se preservar daquilo que não conhece. Quando o tratamento lhe é apresentado, em linguagem compatível com sua capacidade cognitiva, fica mais tranquilo;

Modulação da voz/postura: a atitude do profissional vai variar de acordo com cada momento, há situações em que uma postura assertiva é necessária. Não confundir com rispidez, gritaria ou descontrole. Quando o paciente não atende aos comandos de ninguém pode ser necessário falar de modo mais incisivo e em volume mais alto para atrair sua atenção. A postura facial e corporal deve acompanhar o tom da fala. Em outros momentos uma atitude mais carinhosa pode ser adequada. Esta técnica é mais direcionada aos pré-escolares. Para os muito pequenos isto pode ter efeito contrário. Apenas uma pessoa fala de cada vez, o dentista é quem comanda o tratamento. Se os pais, ou alguém da equipe falar ao mesmo tempo devem ser controlados;

Reforço Positivo: o elogio às atitudes corretas tem um efeito muito melhor do que a reprovação aos atos não colaboradores. A demonstração de afeição e cuidado tornam o ambiente mais agradável e seguro aos olhos do paciente;

Distração: em situações onde o procedimento odontológico pode ser desagradável distrair o paciente com conversas, imagens ou outras questões de seu interesse;

Presença ou ausência dos pais: utilizada como uma forma de obter mais segurança da criança menor que 3 anos de idade ou aquelas traumatizadas, abandonadas ou ainda as incapazes de se comunicar adequadamente. Ter sempre em mente que os pais podem ter atitudes que atrapalham o andamento do tratamento. Eles devem estar cientes de que quem coordena e fala é o dentista. Sua presença tem por objetivo deixar a criança mais segura e devem intervir apenas quando solicitados.

Outras técnicas de controle de comportamento podem ser utilizadas de acordo com o conhecimento e habilidade do profissional. Técnicas restritivas são úteis e podem até proteger a criança durante o tratamento, mas devem ser utilizadas por profissionais que sabem aplicá-las e com ciência prévia dos responsáveis pela criança.

11. ERUPÇÃO DOS PRIMEIROS DENTES:

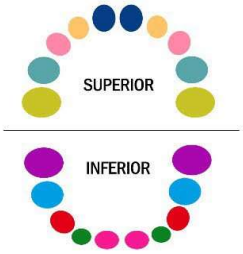
A idade e a sequência de erupção dos dentes decíduos e permanentes pode causar preocupação entre os pais. Até mesmo a criança quando perto da época de exfoliação dos primeiros dentes pode ficar ansiosa se perceber que os amiguinhos estão trocando de dentes e ele não. Na maioria absoluta das vezes não há motivo para preocupação, cabe ao dentista orientar que há uma idade média de erupção ou exfoliação, mas a margem de variação para mais ou para menos é enorme. Não é raro crianças terem o primeiro dente eruptando antes dos quatro meses de idade, outras com mais de 18 meses.

Frequentemente os profissionais são questionados sobre sintomas relacionados à erupção dos dentes decíduos, relatos de dor, irritabilidade, inapetência, diarreia e até febre são trazidos pelos pais. Não há, na literatura atual, estudos suficientes para confirmar estas observações. Todos estes sintomas são relatados como de baixa intensidade.

A equipe pode orientar alguns métodos simples a serem utilizados para minimizar estes sintomas como oferecer bebidas e alimentos frios e /ou gelados, massagear suavemente a gengiva do bebê, oferecer alimentos (sem açúcar) duros e mordedores gelados (colocá-los na geladeira antes). Para descartar qualquer outra doença associada, quando o bebê apresentar febre (acima de 37,7ºC) e diarreia, ou outros sintomas não relacionados à boca ou se a intensidade for maior, recomenda-se uma visita ao médico.

Também desaconselhar o uso de qualquer pomada, gel ou outra substância sobre os dentes ou gengivas, uma vez que não possuem efeito comprovado e serão totalmente deglutidos pela criança, podendo oferecer risco à criança dependendo da quantidade de anestésico ingerido.

FORMAÇÃO DOS DENTES DECÍDUOS
(DENTES DE LEITE)



	Início da Odontogênese	Início da Calcificação	Quantidade de Coroa formada	Coroa Completa	Erupção Dentária	Raiz Completa
	7 semanas IU	4 meses IU	5/6	$1^{1/2}$ meses	$7^{1/2}$ meses	$1^{1/2}$ anos
	7 semanas IU	$4^{1/2}$ meses IU	2/3	$2^{1/2}$ meses	9 meses	2 anos
	$7^{1/2}$ semanas IU	5 meses IU	1/3	9 meses	18 meses	$3^{1/4}$ anos
	8 semanas IU	5 meses IU	cúspides unidas	6 meses	14 meses	$2^{1/2}$ anos
	10 semanas IU	6 meses IU	cúspides isoladas	11 meses	24 meses	3 anos
	10 semanas IU	6 meses IU	cúspides isoladas	10 meses	20 meses	3 anos
	8 semanas IU	5 meses IU	cúspides unidas	$5^{1/2}$ meses	12 meses	$2^{1/2}$ anos
	$7^{1/2}$ semanas IU	5 meses IU	1/3	9 meses	16 meses	$3^{1/4}$ anos
	7 semanas IU	$4^{1/2}$ meses IU	3/5	3 meses	7 meses	$1^{1/2}$ anos
	7 semanas IU	$4^{1/2}$ meses IU	3/5	$2^{1/2}$ meses	6 meses	$1^{1/2}$ anos

INÍCIO DA REABSORÇÃO		QUEDA DO DENTE	
4 anos	4 anos	6-7 anos	5-6 anos
5 anos	5 anos	7-8 anos	6-8 anos
7 anos	6 anos	9-10 anos	8-9 anos
8 anos	7 anos	9-11 anos	9-11 anos
9 anos	8 anos	10-11 anos	10-11 anos

Arte realizada por Amanda Karla Fagundes Dias

12. DOENÇAS OU INTERCORRÊNCIAS DE BOCA NA INFÂNCIA:

CANDIDÍASE – Infecção fúngica comum na primeira infância devido à imaturidade imunológica nesta faixa etária. Causada principalmente pelo microrganismo *candida albicans* esta doença pode ser classificada em aguda ou crônica. As mais comuns no lactente são as formas: aguda do tipo Pseudomembranosa, que forma placas esbranquiçadas sobre a mucosa e quando removidas deixam áreas eritematosas com pontos sangrantes, e a forma aguda atrófica ou Eritematosa. Esta tem como característica uma mucosa avermelhada que causa ardência especialmente com alimentos ácidos. Os ângulos ou comissuras labiais podem apresentar eritemas e fissuras.

Tratamento com medicamentos antifúngicos:

Nistatina suspensão oral 100.000 UI/ml, utilizar 4 a 6ml da suspensão em bochechos 4 vezes ao dia durante 7 dias. Tratar toda a boca e não só as comissuras. Em bebês deve-se embeber uma gaze com a suspensão e passar por toda parte interna da boca e comissuras.

GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA PRIMÁRIA – Provocada pelo Vírus Herpes Simples, o início das manifestações é repentino caracterizado por numerosas vesículas puntiformes, que rapidamente se rompem e formam inúmeras lesões pequenas, ulceradas e eritematosas que podem coalescer. Sua ocorrência na primeira infância provoca mal-estar geral, irritabilidade e dificuldade para se alimentar. O quadro pode ser agravado por infecções secundárias sobre as lesões originais.

O tratamento é principalmente de suporte, boa higiene bucal e uso de antissépticos orais diminuem as infecções secundárias. Facilitar a alimentação dos bebês oferecendo alimentos mais pastosos ou líquidos, evitando alimentos quentes ou ácidos ou mais salgados cuidando sempre da hidratação.

DENTE NATAL OU NEO-NATAL/DOENÇA DE RIGA-FEDE – Os dentes Natais são aqueles que já estão presentes no nascimento e os neo-natais aqueles que eruptam até um mês de vida, podem ser da série normal ou extranumerários. Estas situações podem dificultar a amamentação, o maior problema é a possibilidade de formar lesão no ventre da língua (Doença de Riga-Fede) durante a amamentação.

O tratamento conservador consiste em desgastar as incisais com brocas ou discos de lixa para evitar a lesão. Se não for suficiente a exodontia está indicada.

HIPERTROFIA DE FREIO LINGUAL – Outra situação que prejudica a amamentação é a inserção do freio lingual muito próxima da ponta da língua. Isto prejudica a projeção da língua para fora da boca, o que é necessário para que o bebê pressione o seio e consiga extrair o leite do seio materno. Futuramente ainda trará dificuldades na fala e alimentação.

O tratamento é cirúrgico e deve ser realizado o mais breve possível, preferencialmente nos primeiros dias de vida. Quanto mais precoce a intervenção, mais fácil o procedimento, pode ser feita na US. Consiste em seccionar o freio lingual na sua porção fibrosa para "soltar" a língua, tomando cuidado para não atingir o ventre da língua e o assoalho bucal. Quando realizado em bebês muito pequenos geralmente a sutura não é necessária.

HIPERTROFIA DE FREIO LABIAL – é muito comum que o freio labial superior tenha uma inserção muito baixa na primeira infância provocando um diastema interincisivo. A família quase sempre apresenta esta queixa como um problema oclusal e/ou estético. O crescimento facial e a troca pelos dentes permanentes quase sempre reposicionam o freio. Apenas após a erupção dos caninos superiores permanentes uma reavaliação será necessária caso o diastema persista.

O tratamento é de acompanhamento e a cirurgia não está indicada nesta faixa etária.

HEMATOMA DE ERUPÇÃO – Intercorrência benigna observada na erupção dos dentes decíduos, caracterizada por uma tumefação de tecido mole no local onde o dente está prestes a eruptar. Consiste em um acúmulo de líquido cístico ou hemorrágico, nestes casos apresenta a cor azul escura ou arroxeada, dentro do saco pericoronário do dente em erupção.

O tratamento é o mais conservador possível. A intervenção é dispensada pois o quadro se resolve espontaneamente com a erupção do dente. Em casos onde exista sintomatologia dolorosa é possível acelerar o processo fazendo uma ulectomia.

CORDÃO GENGIVAL DE ROBIN MAGITOT – Formação anatômica normal desta faixa etária que pode ser mais ou menos evidente, localizada nos dois arcos em região de caninos e incisivos. Tem função auxiliar na amamentação e involui espontaneamente com a erupção dos dentes.

Imagem cedida por Karen Vivan Bernartt

NÓDULOS DE BOHN – Remanescentes de tecido de glândulas mucosas observados sobre os rodetes gengivais de cor esbranquiçada com aparência de

Loja, Tatiana & Jiménez, Andrea & Japón, Yessenia & Ordoñez, Gina & Capa, Joao

pequenos pontos brancos. São encontrados na parte vestibular ou lingual dos rodetes gengivais e no palato longe da linha média.

PÉROLAS DE EPSTEIN – Restos do epitélio palatino incluídos ao longo da rafe palatina mediana que se apresentam como pequenos pontos brancos ou amarelados de consistência dura e imóveis. Estão localizadas na parte média do palato.

Ortiz, L.E.D.; Mendez, M.D

Tanto os Nódulos de Bohn quanto as Pérolas de Epstein são assintomáticos, de resolução espontânea geralmente nos 3 primeiros meses de vida e dispensam qualquer tratamento.

MESIODENS E DENTES EXTRANUMERÁRIOS – Anomalias dentais de baixa prevalência, mas são quase sempre detectadas na infância. Os mesiodens são extranumerários que se posicionam na linha média da maxila entre os incisivos

superiores. Outros dentes adicionais aos da série normal podem ter qualquer localização em qualquer arcada.

A resolução é normalmente cirúrgica, deve-se considerar, especialmente no caso dos mesiodens, a possibilidade da erupção espontânea. Quando não provoca retenção ou atraso na erupção do dente da série normal e está posicionado favoravelmente é indicado aguardar a erupção e realizar uma exodontia convencional. O diagnóstico e acompanhamento é clínico e radiográfico.

DENTES GEMINADOS E FUSIONADOS – Anomalias na forma dos dentes que podem afetar dentição decídua e permanente. Os dentes geminados são resultado de uma divisão que não se completou formando um dente com duas coroas e uma só raiz. As coroas podem estar totalmente ou parcialmente unidas e a raiz pode ser normal ou bem ampla. Os dentes fusionados são resultado da união de dois germes dentários. Possuem duas coroas e duas raízes.

Na dentição decídua não requerem tratamento, mas muitas vezes a linha de união dos dentes podem ser local indutor de cárie ou problema periodontal. A higiene deve ser bem observada para evitar estas situações.

EPÚLIDE CONGÊNITA DO RECÉM NASCIDO – Lesão de tecido mucoso de formato lobular, geralmente pedunculada e mais incidente na região ântero-superior. A lesão é benigna, mas atrapalha a amamentação.

Há possibilidade de resolução espontânea nas lesões menores e que não estejam atrapalhando a amamentação. A remoção cirúrgica está indicada em lesões maiores ou que atrapalhem a amamentação. Não há relato de recidivas.

LÁBIO LEPORINO – Má formação congênita que provoca a comunicação buco-sinusal, pode estar restrita ao palato ou envolver região anterior da maxila e lábio superior. Muito além da questão estética, provoca problemas de alimentação, respiração, fala, dentários infecções crônicas e outros. Pode ainda ser causa de problemas emocionais e sociais por discriminação e baixa auto-estima.

O tratamento é complexo e multidisciplinar. No município de Curitiba os pacientes são encaminhados via prontuário eletrônico para "Avaliação do fissurado e anomalias craniofaciais" e o atendimento é no Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal.

HISTÓRICO DE REVISÕES

2019 – Protocolo de Saúde Bucal de 0 a 24 meses

PROTOCOLOS E NOTAS TÉCNICAS DA SAÚDE BUCAL

Os materiais escritos da SMS Curitiba sobre o tema saúde bucal estão disponíveis no módulo do E-Saúde denominado Documentos Orientativos e no site Saúde Curitiba:

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde, SAS - DAB – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 342 p. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia rede de Saúde Bucal – Curitiba: SESA, 2016. 92p.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Centro de Informação em Saúde. Diretrizes de Saúde Bucal – Curitiba, 2012, 199 p.

Feldens, CA, Kramer, PF. Cárie Dentária na Infância: uma abordagem contemporânea. São Paulo, Ed. Santos, 2013.

Moss, SJ. Growing up Cavity Free: a parent´s guide to prevention. Illinois, EUA. Ed. Quintessence, 1993

Corrêa, M. S. N. P. Odontopediatria na primeira infância. 2005. São Paulo: Santos Ed, 847 p.

Cury, Jaime. Comunicação oral, Medellin, 2011.

Barbosa SF. Distúrbios da erupção dentária: mito ou realidade? Arch Health Invest (2017) 6(3): 102-105

Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização: Uso de chupeta em crianças amamentadas: prós e contras. nº 3, agosto, 2017.

Macknin, ML, Piedmont, M, Jacobs, J, Skibinsk, IC. Symptoms associated with infant teething: a prospective study. Pediatrics 2000; 105(4):747-752.

Fogel, CG. Signos y síntomas atribuidos a la erupción dentaria en los niños. Una aproximacion histórica. Arch. Argent. Pediatr. 2004; 102(2):185-189.

Loja, Tatiana & Jiménez, Andrea & Japón, Yessenia & Ordoñez, Gina & Capa, Joao. (2023). Patología Oral del Recién Nacido: Nódulos de Bohn en Paciente Masculino: Reporte de caso. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 7. 6197-6204. 10.37811/cl_rcm.v7i5.8212.

ORTIZ, L.E.D.; MENDEZ, M.D. Palatal and Gingival Cysts of the Newborn. [internet]: National Library of Medicine, jan 2023. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493177