

Lúcia de Deus Moura
Marcoeli Silva de Moura
Marina de Deus Moura de Lima
Cacilda Castelo Branco Lima
Teresinha Soares Pereira Lopes

Saúde Bucal do Bebê



Saúde Bucal do Bebê



Lúcia de Deus Moura
Marcoeli Silva de Moura
Marina de Deus Moura de Lima
Cacilda Castelo Branco Lima
Teresinha Soares Pereira Lopes

Saúde Bucal do Bebê



Teresina (PI),
2021



Reitor
Gildásio Guedes Fernandes

Vice-Reitor
Viriato Campelo

Superintendente de Comunicação Social
Fenelon Martins da Rocha Neto

Diretor da EDUFPI
Cleber de Deus Pereira da Silva

EDUFPI - Conselho Editorial
Cleber de Deus Pereira da Silva (presidente)
Cleber Ranieri Ribas de Almeida
Gustavo Fortes Said
Nelson Juliano Cardoso Matos
Nelson Nery Costa
Viriato Campelo
Wilson Seraine da Silva Filho



Projeto gráfico e ilustrações
Pedro Henrique de Moura Simplício

Fotografias
Professoras do PPGB

Artefinalização
Renan da Silva Marques - SCS/UFPI

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Serviço de Processamento Técnico

S255 Saúde bucal do bebê : programa preventivo para gestantes e bebês / Lúcia de Deus Moura et al. (organizadoras). -- Teresina : EDUFPI, 2021.

164 p. : il.

ISBN 978-65-5904-122-0 - Formato: Livro Digital

1. Aleitamento Materno. 2. Atenção Materno-Infantil. 3. Criança. 4. Educação em Saúde. 5. Odontologia do Bebê. 6. Saúde Bucal. I. Moura, Lúcia de Deus.

CDD 617.6

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014



Editora da Universidade Federal do Piauí - EDUFPI
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
CEP: 64049-550 - Bairro Ininga - Teresina - PI - Brasil
All rights reserved



Organizadoras

Lúcia de Deus Moura

Professora Titular de Odontopediatria do Departamento de Patologia e Clínica Odontológica da UFPI e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI. Idealizadora do PPGB e Coordenadora desde 1997.



Marcoeli Silva de Moura

Professora Titular de Odontologia em Saúde Coletiva do Departamento de Patologia e Clínica Odontológica da UFPI e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI. Vice-Coordenadora do PPGB, Coordenadora de 2003 a 2006.



Marina de Deus Moura de Lima

Professora Associada de Odontopediatria do Departamento de Patologia e Clínica Odontológica da UFPI e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI. Orientadora do PPGB desde 2010.



Cacilda Castelo Branco Lima

Professora Adjunta de Odontologia em Saúde Coletiva do Departamento de Patologia e Clínica Odontológica da UFPI e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI. Orientadora do PPGB desde 2016.



Teresinha Soares Pereira Lopes

Professora Associada de Odontopediatria do Departamento de Patologia e Clínica Odontológica da UFPI e do Programa de Pós-Graduação Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/UFPI. Orientadora do PPGB desde 1997.



Colaboradora



Carla Riama Lopes de Pádua Moura

Professora Assistente de dermatologia do Departamento de Clínica Médica da UFPI. Residência Médica em Dermatologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) Botucatu-SP. Mestre em Ciências e Saúde pela UFPI.

Dedicatória

Este livro é dedicado a Maria, mãe de todas as mães, que tão bem cuidou do filho Jesus.

E aos bebês e suas famílias, atendidos no PPGB, pois com o convívio, aprendemos a cada dia que podemos e devemos fazer de nossa profissão um sacerdócio, cujo descritor se chama **amor**.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. **Joaquim Vaz Parente** pelo estímulo à implantação do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês (PPGB) e apoio constante quando diretor da Maternidade “Dona Evangelina Rosa”.

Ao Prof. **Luiz Edson dos Santos Costa** pelo apoio indispensável à implantação e manutenção do PPGB quando diretor do Instituto de Perinatologia Social do Piauí (IPSP).

Ao fotógrafo **Darci Bastos** pela criação da logomarca do PPGB, tão doce e expressiva.

Às Professoras **Divana Maria Martins Parente Lira**, **Simone Souza Lobão Veras Barros** e **Valéria Leopoldino de Arêa Leão**, que iniciaram o PPGB como professoras orientadoras, enfrentando todos os desafios nos primeiros anos de implantação do programa.

Aos Professores **Regina Ferraz Mendes**, **Josilda Floriano Melo Martins**, **Maricel Pires Ribeiro Gonçalves**, **Maria das Graças Sales Leão**, **Leonardo Borges Ferro**, **Otacílio Batista de Sousa Netto** e **Isabel Cristina Quaresma Rego**, que participaram do PPGB como orientadores nos atendimentos de gestantes e/ou bebês.

À Dra. **Cassandra Portella Nunes Araújo** pelo apoio incondicional e incentivo constante desde a implantação do PPGB, quando Coordenadora de Programas e Projetos de Extensão (CPPEX) da Pró-Reitoria de Extensão da UFPI.

À Profa. **Cristina Gomes Farias** por ter coordenado um projeto de extensão que inspirou a implantação do PPGB.

Às funcionárias do Instituto de Perinatologia Social do Piauí **Teresa Vieira Lima**, chefe de Pessoal do IPSP e **Lucia Helena de Araújo Ferreira**, responsável técnica pelo “teste do pezinho”, pela recepção carinhosa, colaboração constante e estímulo permanente desde a implantação do PPGB.

Aos **alunos estagiários**, que demonstram amor à arte de atender bebês e suas famílias.

Ao acadêmico **Pedro Henrique de Moura Simplício**, estudante de arquitetura da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAUUSP), incansável na elaboração do projeto gráfico e arte deste livro.

Muito obrigada! Vocês fazem parte deste livro, que conta a história do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês (PPGB)

Prefácio

A cárie dentária é a doença crônica mais prevalente na população infantil, afetando cerca de 600 milhões de crianças ao redor do mundo. Entretanto, não atinge indivíduos da mesma forma, já que apresenta distribuição polarizada; aqueles de maior vulnerabilidade social são os mais afetados. Essas duas afirmações nos fazem refletir sobre o quanto os tratamentos convencionais – focados na doença – associados à dificuldade de acesso de grande parcela da população brasileira aos serviços de saúde têm contribuído para essa situação. Nesse contexto, a busca por alternativas que visam quebrar esse ciclo não só é bem-vinda, como necessária.

Assim, a decisão do grupo de professoras do curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí de elaborar esta obra é louvável. O livro traz a experiência de 23 anos de funcionamento ininterruptos do projeto “Programa Preventivo para Gestantes e Bebês (PPGB)” que é inovador em vários aspectos. Além do que foi mencionado acima, ou seja, focar na manutenção da saúde e não na doença e ter sido desenvolvido para assistir pessoas “socialmente invisíveis”, o PPGB traz, para o aluno de graduação, a visão da Odontologia como promotora de saúde. Isso, sem dúvida alguma, não só contribuiu para a formação de profissionais que fazem e farão a diferença onde quer que estejam inseridos, como também permitiu que crianças, atualmente jovens adultos, se desenvolvessem livres de cárie.

Trabalhar com crianças, bebês em especial, requer do profissional muito mais do que técnica e conhecimento. É necessário ter sensibilidade e isso se faz presente já na dedicatória do livro, que é de delicadeza e doçura indescritíveis. A forma como a obra está organizada também é um diferencial. O livro não trata exclusivamente da problemática da cárie dentária, mas abrange aspectos que são relevantes para o bom desenvolvimento do sistema estomatognático, ressaltando-se a importância de se trabalhar de forma multi e interdisciplinar.

Estou segura de que o conteúdo do livro “Saúde bucal do bebê” se constituirá numa fonte importante de aprendizado para alunos e profissionais e de inspiração para gestores públicos, uma vez que apresenta soluções factíveis e extremamente eficientes para o controle da cárie dentária, podendo ser aplicadas indistintamente tanto no setor público ou privado.

Soraya Coelho Leal
Professora de Odontopediatria
Universidade de Brasília

Apresentação

Este livro tem por objetivo relatar as experiências de 23 anos de funcionamento ininterrupto do projeto de extensão da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – **Programa Preventivo para Gestante e Bebês** (PPGB). Partimos de experiências baseadas em evidências científicas, acumuladas ao longo de vivências profissionais voltadas ao atendimento odontológico de bebês, tanto em clínicas privadas quanto como professoras universitárias, mais especificamente no PPGB.

O PPGB é um projeto de extensão iniciado em 1997 e idealizado por um grupo de professoras do curso de Odontologia da UFPI, cujas ações são executadas no Instituto de Perinatologia Social do Piauí (IPSP), ambulatório de saúde com ações desenvolvidas de forma interdisciplinar, em prol da saúde de gestantes e crianças. Em março de 2003, teve início o atendimento de gestantes que foi suspenso em julho de 2011, em virtude do Sistema Único de Saúde (SUS) ter categorizado o IPSP como atenção secundária, priorizando atendimentos de alto risco. Essa mudança reduziu a busca de gestantes por consultas odontológicas e o PPGB direcionou seu foco aos bebês.

Um dos desafios da Odontopediatria é prevenir a instalação da doença cárie dentária em crianças e para que isso seja possível, é necessário o profissional atuar como educador, favorecendo mudanças de comportamento da população assistida. A educação não pode ser considerada somente como a passagem de informação, mas principalmente como forma de levar aos indivíduos um entendimento da necessidade de transformação de comportamentos. É necessário que os profissionais de saúde superem a relação unívoca e autoritária, normalmente presentes nos programas de saúde, e motivem as pessoas a adotar condutas por meio do processo de conscientização. A ação educativa tem maior alcance e efetividade na medida em que os indivíduos adquirem e assimilam conhecimentos.

A proposta do PPGB é apresentar à comunidade odontológica um modelo simplificado de atendimento educativo/preventivo, sem uso de consultório odontológico convencional, comprovando que é possível a execução de um programa de impacto social sem perder o rigor científico e acadêmico.

As organizadoras

Extensão Universitária

A extensão universitária é a via de comunicação da universidade com a sociedade e visa levar às comunidades, por um lado, o desenvolvimento e aplicação da pesquisa e do ensino, realizados em seus departamentos acadêmicos, buscando modificar realidades e melhorar a qualidade de vida das populações assistidas. Por outro lado, ao se deslocar, abre-se à convivência e à interação com essas comunidades e descobre-se, nesse convívio, um conhecimento que muitas vezes pode parecer estranho, por não ser produzido nos métodos acadêmicos, mas que oferecerá pluralidade e flexibilidade ao ensino e à pesquisa.

É necessário pensar em formas de valorização da extensão universitária, principalmente nas universidades situadas em regiões periféricas, onde existem grandes desigualdades sociais e a pesquisa de ponta é quase inviabilizada, por falta de estrutura que a suporte. A extensão universitária promove o contato de professores e alunos com a realidade local e regional e, a partir daí, oferece subsídios à Universidade para repensar e redefinir seu papel no desenvolvimento da região.

Foi com essa visão que professoras do curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), implantaram em 22 de abril de 1997, no Instituto de Perinatologia Social do Piauí (IPSP), o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês (PPGB), que tem por objetivo sensibilizar e motivar as mães em seu papel de sujeito responsável pela saúde bucal de seus filhos, na medida em que introduzem hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal precoce e evitam a instalação de hábitos de sucção não nutritiva.

Nessa perspectiva, o papel do profissional de saúde passa a ser o de capacitar o indivíduo a desenvolver funções e não apenas prescrever técnicas e ditar normas comportamentais. É imprescindível que seja abandonada a postura autoritária de educação para a saúde, em detrimento de uma postura de diálogo, incentivo e motivação, fazendo com que a promoção de saúde deixe de ser uma ideia e passe a ser uma prática rotineira.

Lúcia de Deus Moura

Sumário

1

Programa Preventivo para Gestantes e Bebês - PPGB

p. 19



2

Características da boca do bebê, aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritiva

p. 67



3

Alterações de desenvolvimento e afecções bucais frequentes em bebês

p. 87



4

Erupção dentária e desenvolvimento da oclusão decídua

p. 111



5

Cárie na primeira infância

p. 129



6

Traumatismos alveolodentários

p. 149





Figura 1: À esquerda, Instituto de Perinatologia Social do Piauí; À direita, Maternidade "Dona Evangelina Rosa".



1

Programa Preventivo para Gestantes e Bebês - PPGB

Lúcia de Deus Moura
Marcoeli Silva de Moura
Marina de Deus Moura de Lima
Cacilda Castelo Branco Lima
Teresinha Soares Pereira Lopes

O PPGB é um projeto educativo com foco na promoção da saúde e tem como protagonista a mãe, cujos comportamentos adotados no âmbito familiar refletem na saúde do bebê. Os diálogos iniciais mantidos com as mães têm por objetivo conhecê-la e o ambiente social no qual a família encontra-se inserida. Praticamos ouvir mais que falar, e a maioria tem se mostrado informada quanto à importância da adoção de hábitos saudáveis no ambiente familiar.

As ações do PPGB são desenvolvidas no Instituto de Perinatologia Social do Piauí (IPSP), ambulatório de saúde onde o atendimento de bebê é realizado de forma interdisciplinar. O IPSP é vinculado à maternidade de referência do estado do Piauí – Maternidade “Dona Evangelina Rosa” (Figura 1) que recebeu o selo Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) “que é um selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, instituídos pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).”

Partindo da premissa de que comunicação não é o que você fala, mas o que o interlocutor entende, a linguagem adotada no PPGB é compatível com o letramento das mães para que entendam, apreendam e apliquem as informações nos espaços familiar e coletivo. A maioria das mães apresenta segundo grau completo, tem mais de um filho, dedicada-se ao lar e tem renda familiar média de 1,5 salários mínimos (Figura 2).

O acolhimento das mães é afetivo e descontraído,
possibilitando-lhes expressar seus sentimentos.
Boa comunicação com as mães é capaz de mudar atitudes



Figura 2: O diálogo com as mães é feito de forma gradativa e de acordo com o nível de informações e entendimento.

A primeira infância é o período que vai do
nascimento aos três anos de idade.
No PPGB, bebê é a criança de zero a três anos

O objetivo geral do PPGB é realizar atendimento educativo/preventivo de bebês, na faixa etária de zero a 36 meses, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante as consultas, são discutidos com as mães assuntos referentes à saúde do bebê, com ênfase em orientações sobre a importância do aleitamento

materno exclusivo (AME) durante os primeiros seis meses de vida (caso as mães estejam aptas e tenham propósito de amamentar), desestímulo a hábitos de sucção não nutritiva e consumo de açúcar, importância dos fluoretos, papel da família na prevenção e controle de doenças bucais, testes de triagem neonatal e vacinação.

A posição de atendimento adotada no PPGB é a “joelho a joelho”, em que a cabeça do bebê é apoiada sobre as pernas do examinador e o corpo, sobre as pernas do responsável (Figura 3). As pernas de ambos devem ficar na mesma altura, para conforto do bebê e melhor visualização da cavidade bucal. As mães seguram as mãos do bebê na altura do umbigo para contenção e estabilidade. A iluminação é indireta, por meio de lâmpadas fluorescentes de teto e, quando necessário, foco de luz (lanterna).

Visando prevenir possíveis contaminações, a manta ou fralda do bebê é colocada sobre as pernas do examinador. A mesa, onde estão dispostos os materiais a serem utilizados durante o exame clínico, é protegida com filme plástico e campo cirúrgico estéril. Em todos os atendimentos clínicos são utilizados Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), incluindo gorro, máscara, óculos de proteção, jaleco e luvas.



Figura 3: A. Diálogo com a mãe; B. Posição de atendimento do PPGB: bebês atendidos na posição joelho a joelho, com a cabeça sobre as pernas do examinador e o corpo sobre as pernas do responsável. A mãe fica atenta ao exame da cavidade bucal do filho.

A busca por atendimentos no PPGB ocorre com bebês em condições diversificadas:

1. Antes da erupção dos primeiros dentes
2. Com dentes anteriores irrompidos
3. Com molares irrompidos
4. Com lesões de mancha branca ativa e lesões cavitadas em esmalte
5. Com lesões cariosas em dentina
6. Com alterações na cavidade bucal
7. Com traumatismos alvéolodentários

A PRIMEIRA CONSULTA DO BEBÊ

A época da primeira consulta do bebê ao dentista não é consensual entre odontopediatras, sendo a indicação mais frequente após irrompimento do primeiro dente. No PPGB, orientamos que seja nas primeiras semanas de vida, momento em que a mãe está receptiva à apreensão de conhecimentos favoráveis à saúde e envolvida no processo do nascimento do filho. A primeira consulta odontológica deve ser precoce também porque quando a alimentação complementar é iniciada, geralmente antes da erupção do primeiro dente, a mãe já deve ter conhecimento sobre a importância dos malefícios do açúcar e com isso não o adicionar à alimentação do bebê.

No PPGB, a primeira consulta ao dentista deve ser realizada nas primeiras semanas de vida do bebê, pois possibilita orientações relativas à dieta e prevenção de hábitos de sucção não nutritiva

No PPGB é adotada a política dos 1000 dias sem açúcar (Figura 4). A introdução precoce de açúcar na dieta do bebê é fator de risco para a ocorrência de doenças como câncer, obesidade, diabetes e cárie dentária (ver capítulo 5).

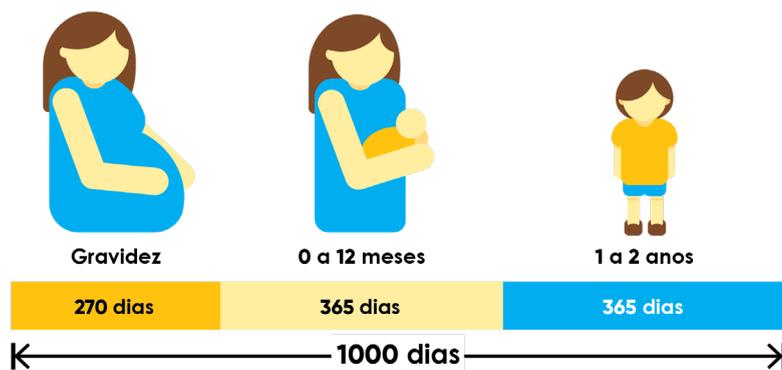


Figura 4: Primeiros 1000 dias de vida em que não se deve consumir açúcar.

1. ANTES DA ERUPÇÃO DOS PRIMEIROS DENTES

É objetivo da primeira consulta do bebê ao dentista despertar nos pais interesse pela saúde do filho, enfatizando a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida (quando possível e se propósito da mãe) e da adoção de hábitos saudáveis no âmbito familiar desde

o nascimento, como avaliação diária da boca do bebê e desestímulo a hábitos de sucção não nutritiva e ingestão de açúcar (1000 dias sem açúcar). Outros aspectos preventivos relacionados à saúde são abordados, como a importância da realização dos testes de triagem neonatal e manutenção do calendário de vacinas atualizado.

- a. O preenchimento de dados socioeconômicos, demográficos e de identificação do bebê é realizado em local reservado, objetivando evitar constrangimentos e garantir sigilo das informações coletadas. Os pais assinam um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) autorizando a realização de exames, diagnóstico, documentação fotográfica, planejamento e tratamentos quando necessários.
- b. O acolhimento do binômio mãe/bebê no PPGB é humanizado visando estabelecer vínculo e confiança, indispensáveis na sensibilização da família para assimilação da proposta do projeto que é “Educação em Saúde”. A primeira consulta deve despertar “encantamento” nos pais, a fim de sentirem-se participantes e comprometidos na adoção das orientações ministradas e motivados para retornar às consultas subsequentes. Durante as consultas, é observado o comportamento não verbalizado das mães, pois muitas vezes elas permanecem caladas ou intimidadas em relatar fatos ou esclarecer dúvidas. Uma mãe motivada é mais capacitada a aderir às propostas do PPGB. Essa abordagem inicial é conduzida de acordo com idade, comportamento do bebê e motivação dos pais, sem esquecer que a maioria das mães encontra-se no puerpério.

Puerpério é o período que se inicia no dia do nascimento do bebê e estende-se de 40 a 60 dias. É um momento em que ocorrem intensas alterações nas mulheres, em especial nas primíparas (mãe de primeiro filho). Muitas mães relatam sentirem-se inseguras em relação aos cuidados com o bebê e amamentação. No PPGB, a maioria das mães relata não ter recebido informações sobre o puerpério durante o pré-natal, daí a necessidade de atenção especial a essas mulheres. Durante as consultas, os familiares que geralmente acompanham as puérperas devem ser orientados sobre essa fase e motivados a apoiá-las e auxiliá-las.

- c. Após anamnese e diálogo com a mãe, tem início o exame clínico da cavidade bucal. A mãe acompanha o exame, no qual as estruturas da cavidade bucal do filho são mostradas para que ela seja capaz de identificar possíveis alterações na rotina do lar. Nesse momento ela é motivada a observar diariamente a boca do bebê e remover a saburra lingual quando presente. Essa limpeza é realizada utilizando gaze/fralda envolvida no dedo indicador e umedecida em água filtrada, no entanto não existem evidências científicas que indiquem ou con-

traindiquem o procedimento. No PPGGB essa orientação é adotada para que as mães entendam que a cavidade bucal do filho é parte integrante do corpo. Ademais, quando o bebê é amamentado em livre demanda, as imunoglobulinas são frequentemente repostas, além de permanecerem aderidas nas demais estruturas bucais (Figura 5). O mesmo protocolo é indicado quando o bebê tem outro tipo de alimentação.

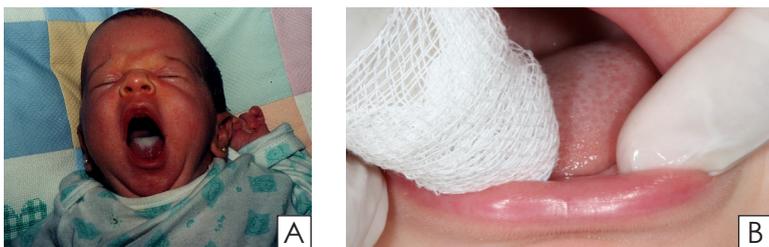


Figura 5: A. Língua saburrosa; B. Limpeza da língua com fralda/gaze umedecida em água filtrada.

As mães são orientadas a manter o bebê com luvas a fim de evitar instalação de hábitos de sucção digital

- d. Durante o exame clínico da cavidade bucal é realizada avaliação do frênulo lingual, preferencialmente com o bebê chorando, para que possam ser avaliados mobilidade, aparência, tipo do frênulo e locais de inserção. Caso o bebê não chore, a língua é levantada com auxílio dos dedos indicadores para facilitar avaliação das inserções (Figura 6). O protocolo BRISTOL é utilizado para realização do teste da linguinha (quadro 1).



Figura 6: Avaliação do frênulo lingual do bebê.

A. Bebê chorando;

B. Língua levantada espontaneamente;

C. Língua levantada com auxílio dos dedos indicadores.

O tempo médio das consultas no PPGB é de 15 minutos, suficiente para haver interação social

O **frênulo** ou freio lingual é uma membrana que se estende do assoalho bucal até a linha média do ventre da língua e mantém conexão entre ambos, controlando e direcionando os movimentos linguais (Figura 7).



Figura 7: Diferentes frênulos linguais de RN.

- A. Frênulo não aparente (o mais frequentemente observado no PPGB);
- B. Inserções na face interna da crista do rodete e metade ventral lingual;
- C. Inserções no topo da crista do rodete e ápice da língua.

Anquiloglossia é uma anormalidade congênita do frênulo lingual provocada por separação incompleta da língua e assoalho bucal no período da embriogênese, que resulta em limitação de sua mobilidade. A prevalência de anquiloglossia varia de 0,88% a 12,7% (Araújo et al., 2018) e é caracterizada por alterações no comprimento, espessura, elasticidade e/ou inserção do frênulo lingual. Pode ser classificada em parcial ou completa, sendo a parcial a condição mais frequente (Figura 8).



- A. Exame do bebê chorando;
- B. Observar inserção do frênulo na ponta da língua;
- C. Inserção na crista do rodete gengival.

O foco do PPGB é a prevenção de agravos e a promoção da saúde

Quadro 1: Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)

Exame da língua	Score		
	0 (ruim)	1 (moderado)	2 (bom)
Aparência do ápice lingual (ponta da língua)	 <p>Formato de coração</p>	 <p>Fenda pequena</p>	 <p>Redonda</p>
Fixação do frênuo na crista do rodete gengival	 <p>No topo da crista do rodete</p>	 <p>Na face interna da crista do rodete</p>	 <p>No assoalho da boca</p>
Elevação da língua com a boca aberta (bebê chorando)	 <p>Elevação mínima</p>	 <p>Bordas na metade da boca</p>	 <p>Totalmente elevada</p>
Protrusão da língua	 <p>Ápice atrás do rodete gengival</p>	 <p>Ápice sobre o rodete gengival</p>	 <p>Ápice se estende além do lábio inferior</p>
Total da avaliação:			

A avaliação clínica do frênulo da língua em bebês ou “Teste da Linguinha” tornou-se obrigatória em todos os hospitais e maternidades do Brasil, com a aprovação da Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014. Em odontopediatria não existe consenso sobre qual protocolo deve ser adotado para realização do “Teste da Linguinha”. No PPGGB é utilizado o protocolo Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) (Quadros 1 e 2), por ser objetivo e de fácil aplicação, possibilitando a adoção por profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). As pontuações dos quatro itens somados podem variar de 0 a 8. A soma dos escores de 0 - 3 indica redução severa dos movimentos da língua.

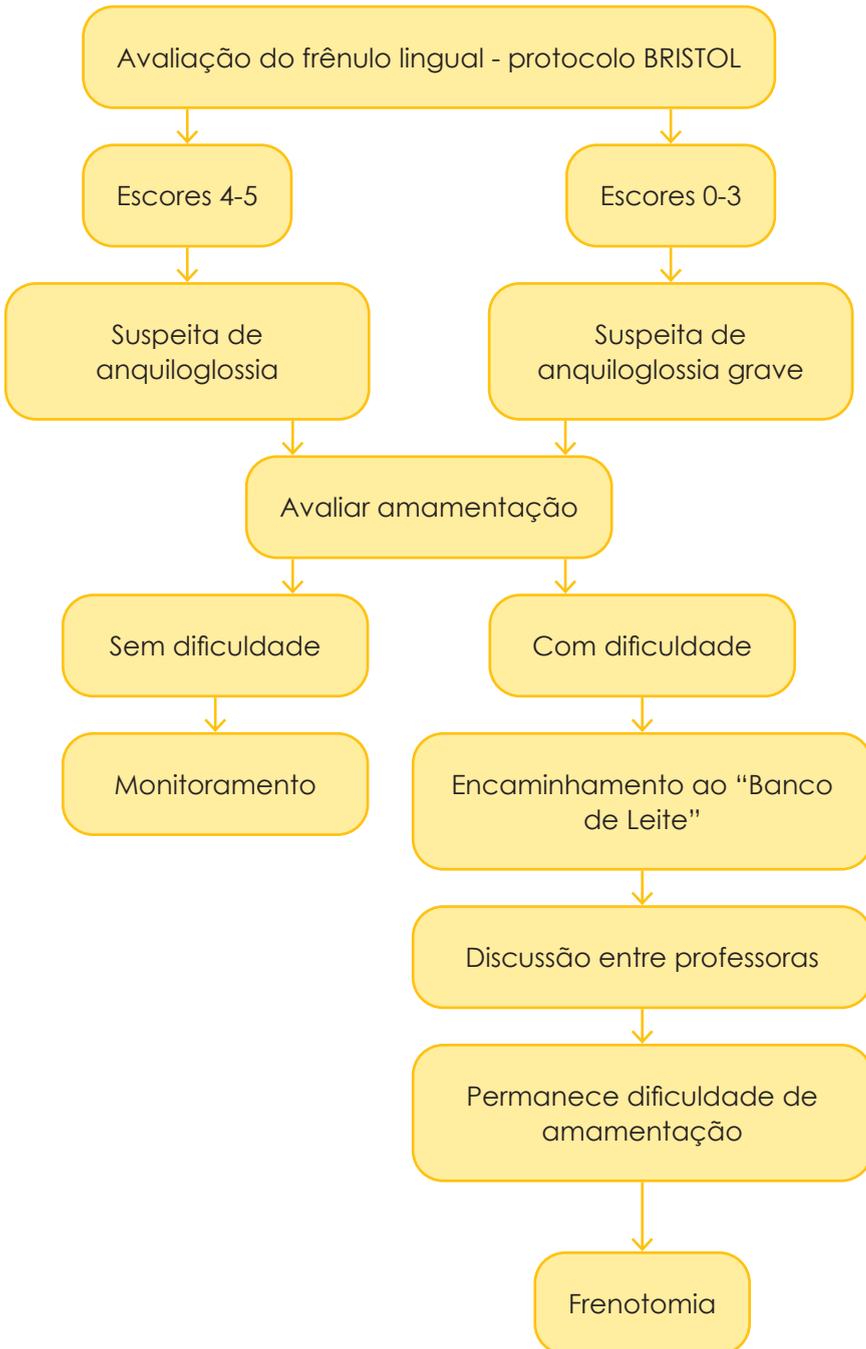
Quadro 2: Exemplos da aplicação do Protocolo Bristol.

Condição do frênulo	Escore
	<p>Aparência do ápice: 0 Fixação do frênulo: 1 Elevação da língua: 1 Protrusão da língua: 0 Total: 2 Diagnóstico: Anquiloglossia Tratamento: Se apresentar dificuldade para amamentação, frenotomia</p>
	<p>Aparência do ápice: 2 Fixação do frênulo: 2 Elevação da língua: 2 Protrusão da língua: 2 Total: 8 Diagnóstico: Normal (condição mais frequente observada no PPGGB)</p>

No PPGGB, desde janeiro de 2015, é realizado o “Teste da Linguinha” como parte dos testes de triagem neonatal do IPSP, e o registro é feito na caderneta de vacinação, assinado e carimbado pela professora orientadora. Com a obrigatoriedade desse teste, houve aumento do fluxo de bebês tanto no PPGGB quanto em outros hospitais e maternidades públicas, possibilitando ao cirurgião-dentista a oportunidade de examinar bebês e orientar as mães sobre prevenção e controle de doenças bucais prevalentes. Atenção deve ser dada para

Fluxograma 1: Avaliação do frênulo lingual

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, 2018.



que o teste não induza o sobrediagnóstico e execução de cirurgias desnecessárias. Os profissionais devem ser treinados e calibrados para execução do protocolo BTAT (Quadro 1), indicado pelo MS.

No PPGB, frenotomias são realizadas nos primeiros meses de vida somente quando o bebê apresenta dificuldade de amamentação relatada pela mãe, após discussão consensual entre professoras e comprovação no “Banco de Leite Materno” (Fluxograma 1). O planejamento cirúrgico é realizado de forma criteriosa, respeitando a autonomia da família, a fim de prevenir riscos de sobretratamento. Apesar de a frenotomia ser um procedimento cirúrgico pouco invasivo e sem sofrimento para o bebê, é possível observar que quando realizada durante o puerpério, as mães mostram-se apreensivas antes e durante a cirurgia. Todos esses fatores são considerados durante o planejamento.

É importante que o teste da linguinha seja realizado nos primeiros meses de vida, para evitar intervenções cirúrgicas futuras de maior complexidade

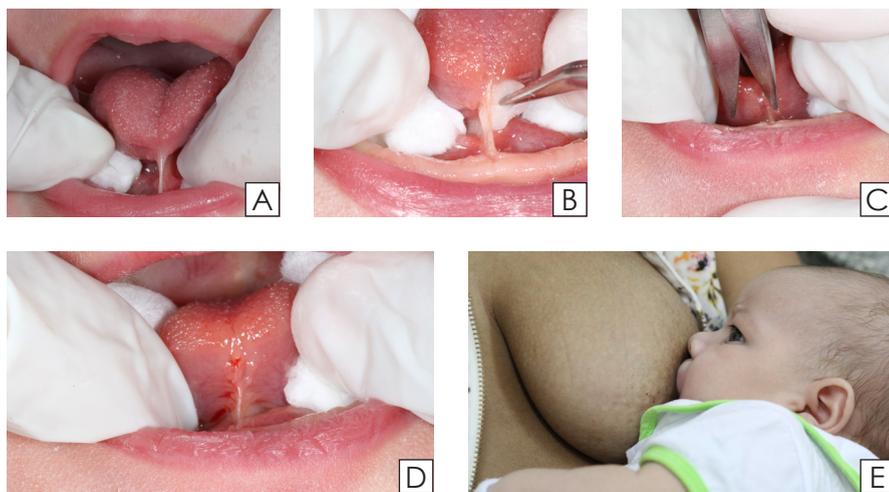
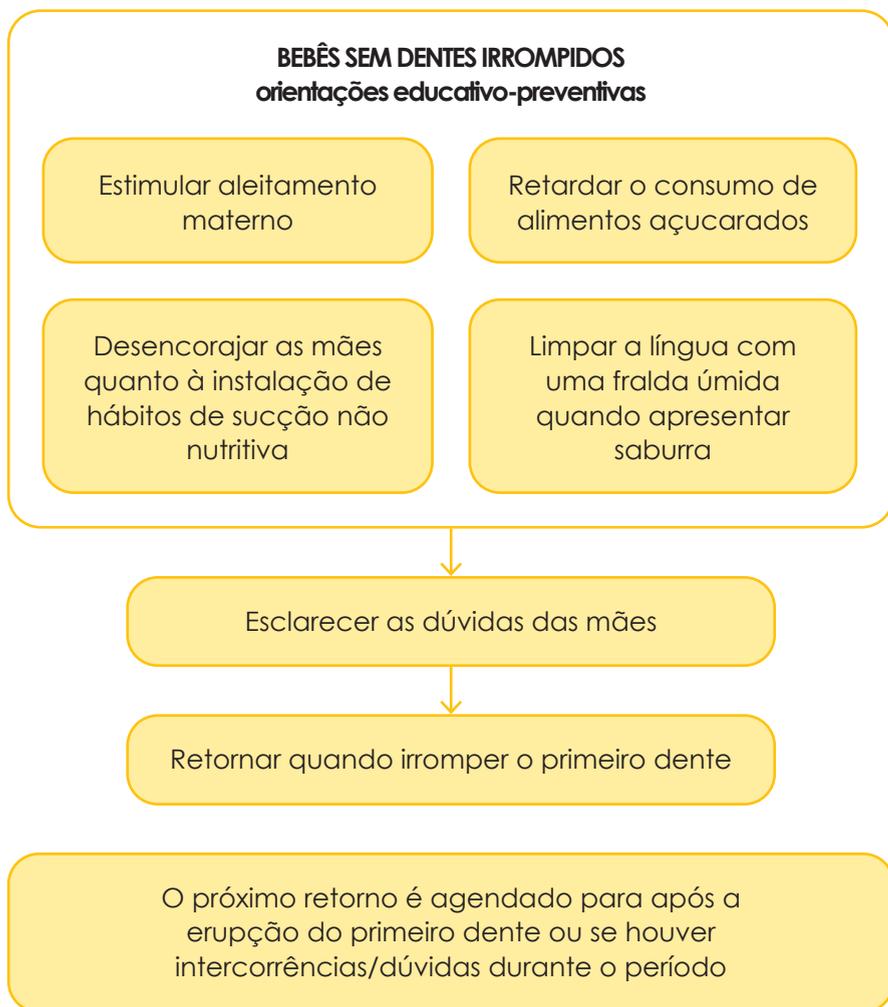


Figura 9: Bebê de três meses com diagnóstico de anquiloglossia (Protocolo Bristol, pontuação 3) e relato de dificuldade na amamentação. Sequência de Frenotomia:

- A. Proteção de estruturas anatômicas do assoalho bucal utilizando roletes de algodão;
- B. Aplicação de anestésico offálmico por um minuto;
- C. Frenotomia;
- D. Após frenotomia;
- E. Amamentando no seio materno.

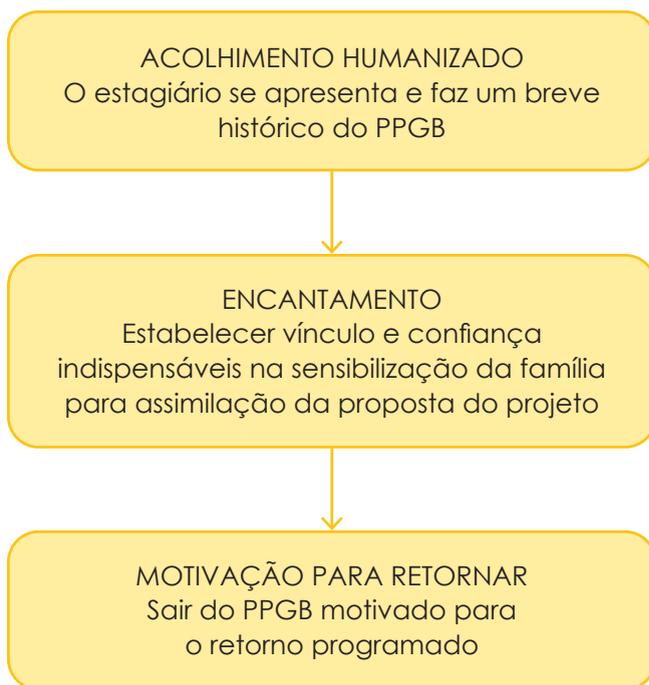
Previamente à realização da cirurgia, são solicitados exames laboratoriais de tempos de sangria e coagulação. Após anestesia tópica com anestésico oftálmico (proximetacaina e tetracaína), aplicado durante um minuto, é realizada pequena incisão no centro do frênulo utilizando tesoura cirúrgica (Goldman Fox 14 cm) e complementada com pressão digital, objetivando concluir o procedimento de forma menos invasiva. Em seguida, a hemostasia é feita com compressas de gaze e a criança é amamentada no seio materno para aconchego e tranquilização de ambas. Após dez minutos é feita reavaliação e o bebê retorna na consulta programada (Figura 9).

Fluxograma 2: Orientações educativo-preventivas para bebês antes do irrompimento dos primeiros dentes.



Fluxograma 3: Atendimento na primeira consulta odontológica, independente do estágio de desenvolvimento dentário da criança.

PRIMEIRA CONSULTA
independente do estágio de desenvolvimento dentário



No atendimento odontológico de bebês as avós devem ter voz, especialmente quando residem com os netos, participando ativamente do cuidar. Os relatos de experiências são ouvidos com atenção, pois é nessa troca que as discussões tendem a tomar forma e consistência. As evidências científicas embasam as tomadas de decisão, no entanto as experiências das famílias, associadas às crenças e valores, são respeitadas, e sugestões de possíveis modificações são discutidas quando representarem riscos à saúde.

No PPGB, é frequente durante as consultas que as avós argumentem que um “chazinho melhora as cólicas”, “uma aguinha com açúcar acalma”, e essas crenças fazem parte de histórias familiares, que são perpetuadas por gerações e dificilmente serão modificadas por uma consulta. Entretanto, a tentativa de convencimento pode ser feita por via indireta, ressaltando, por exemplo, os benefícios do aleitamento materno e a não necessidade de indicação de complementação nem com água, com um tom de respeito à autonomia cultural.

Outras avós têm relatado que limpam a boca do bebê com mel, nesse caso o tom do diálogo deve ser de convencimento sobre os malefícios do açúcar à saúde. Compartilhamentos de experiências que são vivenciadas no PPGGB têm contribuído para melhor entendimento do que podemos fazer para a saúde da população.

2. BEBÊS COM DENTES ANTERIORES IRROMPIDOS

Com a erupção dos primeiros dentes, são acrescidas à boca do bebê estruturas mineralizadas que não descamam e necessitam ser limpas e enriquecidas com fluoretos (ver capítulo 5). Nessa etapa do desenvolvimento dentário a mãe, como sujeito participativo direto da saúde do filho, é orientada sobre as novas mudanças a serem implementadas visando à manutenção da saúde bucal.

- a. Caso seja a primeira consulta do bebê ao PPGGB, as orientações básicas são repassadas (Fluxograma 2), acrescidas de informações relativas aos riscos de instalação de cárie dentária, tendo em vista que o bebê apresenta dentes irrompidos.
- b. Dentre os fatores de risco destaca-se alta frequência de consumo de açúcar associada à higiene bucal negligenciada.
- c. A higiene dentária é realizada com compressa de gaze acrescida de dentifrício fluoretado da família (1.000 a 1.500 ppm F) na quantidade equivalente a um “grão de arroz cru”. As mães são orientadas a limpar as superfícies vestibular e lingual/palatina duas vezes ao dia e remover o excesso de dentifrício com parte da fralda (Figura 10). A língua, quando apresentar saburra, deve ser limpa com fralda umedecida em água filtrada. Caso as mães relatem que já utilizam escova, são orientadas a continuar com a prática, no entanto é importante ressaltar que a escova deve ser bem lavada após o uso.

O creme dental deve conter de 1.000 a 1.500 ppm F, o mesmo da família

- d. Com os dentes limpos é iniciado o exame clínico da cavidade bucal, demonstrando para a mãe como deve observar a boca do filho diariamente. Os dados são anotados no prontuário do bebê. Por fim, é realizada aplicação tópica de gel fluoretado neutro (ATF), utilizando compressa de gaze ou cotonete, durante um minuto. O excesso do gel fluoretado é removido com compressa de gaze.

No PPGB é utilizado gel fluoretado neutro devido à melhor aceitação dos bebês e disponibilidade pelo SUS



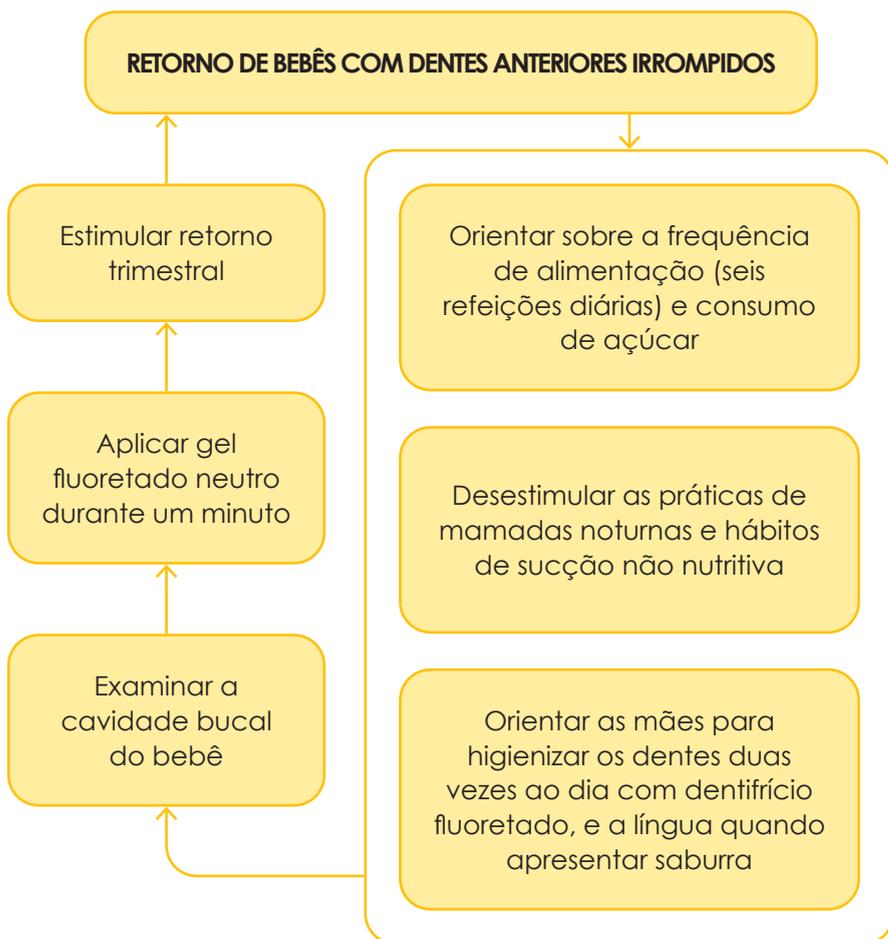
Figura 10: Higienização de dentes anteriores.

- A. Bebê com dentes anteriores irrompidos;
- B. Fralda envolta no dedo indicador, acrescida de um pouco de dentífrico fluoretado;
- C. Limpeza de superfícies vestibular e lingual, proteger frênulo labial superior com o dedo indicador.

As mães são multiplicadoras de informações em suas comunidades, por isso devem ser motivadas.
O retorno ao PPGB é trimestral

No PPGB, após irrompimento dos primeiros dentes, os retornos são agendados a cada três meses, em virtude da maioria dos bebês serem de risco à cárie dentária, pela dificuldade de controle tanto da frequência de ingestão de açúcar como da higiene bucal. Motivação em saúde é um processo lento que necessita ser renovado em intervalos de tempo reduzidos. Além disso, a maioria dos bebês que frequenta o PPGB vive em condição de vulnerabilidade social, e o açúcar é uma opção de alimentação de baixo custo e tem relação com afeto. Ressalta-se também que na faixa etária de zero a três anos o bebê passa por diferentes etapas do desenvolvimento dentário, necessitando de orientações específicas para cada fase.

Fluxograma 4: Protocolo de atendimento de bebês com apenas dentes anteriores irrompidos.



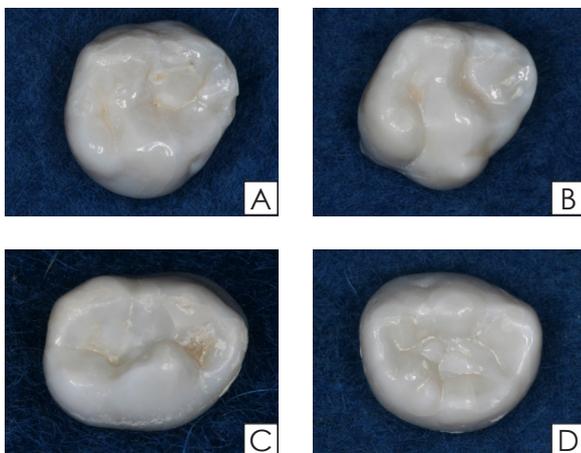
3. BEBÊS COM MOLARES IRROMPIDOS

Os molares são dentes que apresentam complexidade anatômica, portanto para remover ou desorganizar o biofilme dentário é necessário o uso de escova infantil, que deve ter a cabeça pequena, cerdas macias e regulares (Figura 11).

- a. Orientações sobre riscos de desenvolvimento de cárie dentária, que estão relacionados à frequência no consumo de açúcar associada a higiene bucal deficiente e amamentação em livre demanda, em especial, durante a madrugada (ver capítulo 5). Estimular o consumo de frutas, verduras e legumes em substituição a alimentos industrializados.

Figura 11: Molares decíduos.

- A. 1º molar superior;
- B. 2º molar superior;
- C. 1º molar inferior;
- D. 2º molar inferior.



A alimentação do bebê deve ter horários definidos

- b.** Com a presença de molares, é necessário o uso de escova infantil acrescida de dentifrício fluoretado da família (1.000 a 1.500 ppm F) na quantidade equivalente a um “grão de arroz cru”. Esse cuidado visa prevenir fluorose dentária (ver capítulo 5). As mães são orientadas a escovar os dentes do filho duas vezes ao dia sem molhar a escova antes, para evitar formação excessiva de espuma (Figura 12).

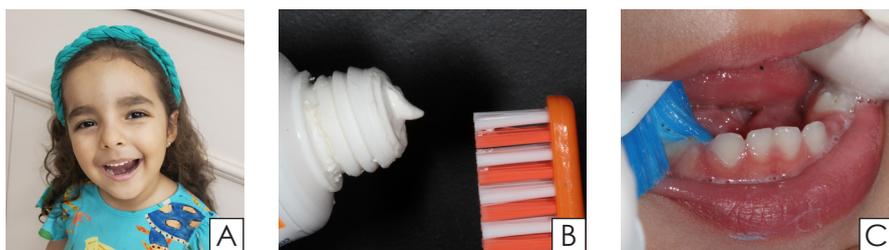


Figura 12: Escovação com molares irrompidos

- A. Criança com molares irrompidos;
- B. Usar escova infantil e dentifrício fluoretado, espalhado sobre as cerdas;
- C. Escovando os dentes. O frênulo labial superior deve ser protegido com o dedo indicador. Após escovação o creme dental e a saburra lingual são removidos com fralda.

Caso a criança não coopere para a escovação colocar o dedo indicador atrás do último molar

A posição em que a criança deve ficar durante a escovação é dependente da idade, sendo importante que a mãe possa visualizar toda a cavidade bucal. A “posição de Starkey” é uma opção para escovação dos dentes de crianças em idade pré-escolar. Nessa posição, a criança fica em pé e de costas, com a cabeça encostada na mãe (Figura 13). A mãe usa uma mão para segurar e estabilizar a mandíbula e com os dedos afasta os lábios e bochechas, com a outra mão segura a escova, executando os movimentos de escovação que têm por objetivo desorganizar o biofilme dentário.



Figura 13: Escovação com molares irrompidos.

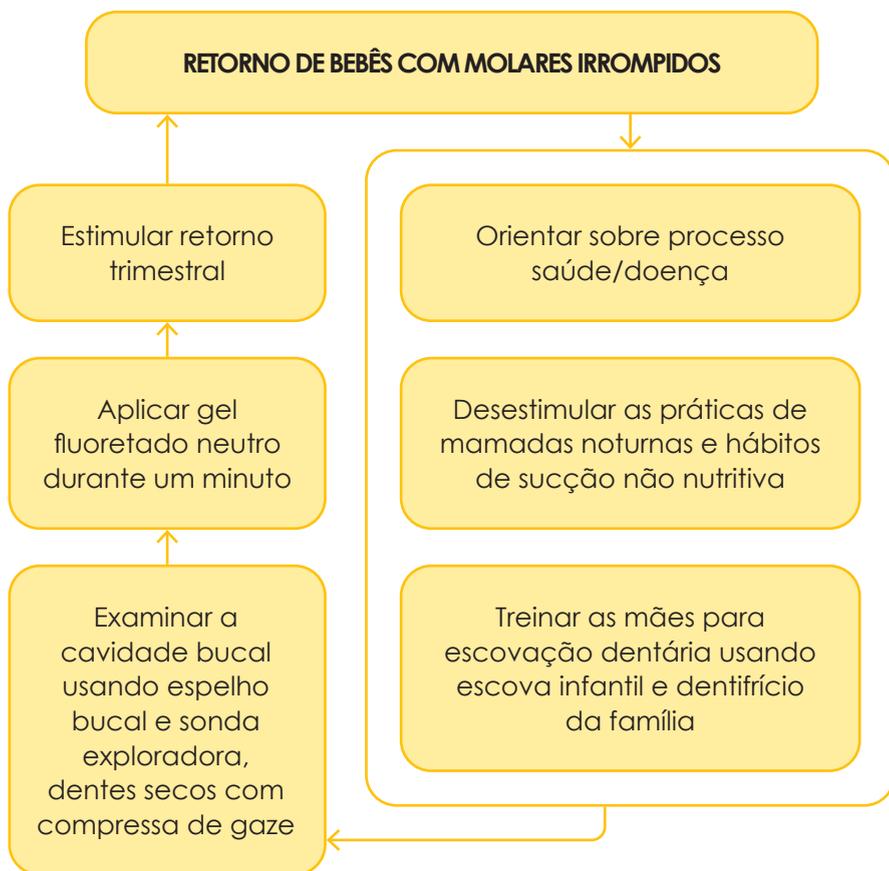
A. O pai sendo orientado a posicionar adequadamente criança pouco colaboradora;
B. Posição de Starkey, a criança com a cabeça estabilizada de forma a melhorar a visualização da cavidade bucal e facilitar a escovação.

- c. Com os dentes limpos, é iniciado o exame clínico utilizando espelho bucal plano e sonda exploradora de número 5. Durante o procedimento é demonstrado para os pais como devem observar diariamente a boca do bebê. Em seguida, é realizada ATF em gel por um minuto, utilizando escova e removendo o excesso com compressas de gaze.

No PPGb é realizada ATF em todos os bebês com dentes presentes, porque a maioria das famílias vive em situação de vulnerabilidade social e, portanto, apresenta alto risco à cárie. Além disso, muitas mães relatam dificuldade na realização de procedimentos de higiene bucal.

Os bebês devem retornar para avaliação trimestralmente

Fluxograma 5: Protocolo de atendimento de bebês com molares irrompidos.



4. BEBÊS COM LESÕES DE MANCHA BRANCA ATIVA OU LESÕES CAVITADAS EM ESMALTE

Os bebês com lesões cáries que buscam atendimentos no PPGB geralmente são encaminhados de outros serviços que desconhecem as ações ali realizadas. Nesses casos, quando as lesões de cárie são iniciais, os tratamentos são realizados no PPGB.

- a. É importante estabelecer o diagnóstico diferencial entre lesões cáries de mancha branca e defeitos de desenvolvimento do esmalte (DDE), que frequentemente apresentam-se como manchas brancas. Os DDEs, em geral, localizam-se em áreas de menor acúmulo de

biofilme dentário, como terço médio das superfícies vestibular, lingual, incisal ou pontas de cúspides. As lesões cariosas de mancha branca localizam-se em regiões de acúmulo de biofilme dentário, como superfícies oclusais e cervicais, associadas a sangramento gengival ou gengivite. Outros aspectos clínicos devem ser avaliados em lesões cariosas de mancha branca, como rugosidade e opacidade do esmalte (Figura 14).

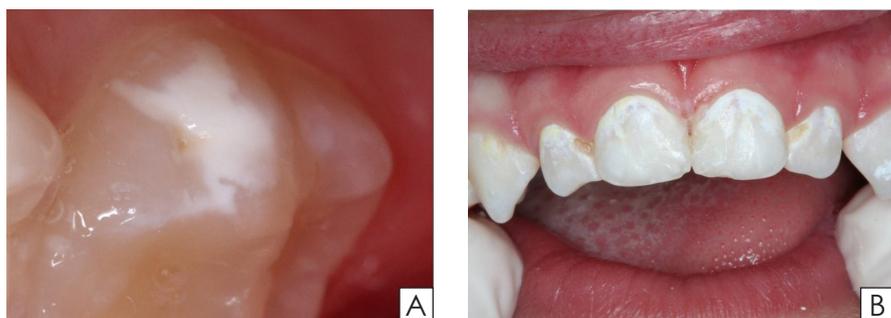


Figura 14: Diagnóstico diferencial entre lesões de mancha branca e DDE.

A. DDE localizado na superfície palatina do molar, observar o formato demarcado do defeito; B. Lesões cariosas localizadas em áreas de retenção de biofilme associada à gengivite.

- b. As mães/responsáveis devem entender que seus filhos apresentam **uma doença açúcar dependente**, a cárie dentária (Figura 15). Elas são motivadas a controlar a frequência de consumo de açúcar e escovar os dentes do bebê três vezes ao dia. Enfatiza-se a importância do dentifrício fluoretado da família (1.000 a 1.500 ppm F) utilizando a quantidade equivalente a um “grão pequeno de feijão cru”.



Figura 15: Criança com doença cárie presente.

A. Com lesões de mancha branca ativa

B. Lesões de manchas brancas ativas e cavitadas em esmalte.

- c. As crianças com lesões de mancha branca ativa e/ou cavitação em superfícies livres de esmalte devem retornar ao PPGB a cada semana, para controle do biofilme dentário e aplicação tópica de flúor. Os retornos semanais objetivam reforçar a motivação das mães em relação ao controle de fatores de risco, como frequência de ingestão de açúcar, aleitamento em livre demanda, especialmente o noturno, e escovação dentária negligenciada.

Nas consultas de retorno deve ser observado se houve regressão de gengivite e sangramento gengival, condições que demonstram compromisso da família com a higiene bucal. Os retornos são reprogramados

- d. Crianças com arco dentário decíduo do tipo II (Baume), sem espaços generalizados na região anterior, apresentam seis vezes mais chances de desenvolver cárie dentária. Quando são observadas lesões cariosas incipientes em superfícies interproximais de dentes anteriores, essas superfícies são desgastadas, utilizando lixas metálicas de acabamento de amálgama, com objetivo de facilitar escovação e ação livre de fluoretos pelas superfícies interproximais (Figura 16).



Figura 16: A. Lesões cariosas em esmalte de paciente com arco do tipo II; B. Desgastes interproximais com tiras de lixa de aço para acabamento de restaurações de amálgama.

5. BEBÊS COM LESÕES CARIOSAS CAVITADAS EM DENTINA E NECESSIDADE RESTAURADORA

Essa situação é mais observada em bebês não frequentadores do PPGB ou naqueles que foram apenas na primeira consulta. Temos observado que crianças cujas mães são compromissadas e retornam às consultas de monitoramento apresentam melhor saúde bucal.

- a. Crianças com lesões cariosas cavitadas em dentina (Figura 17) são encaminhadas para tratamento na clínica odontológica infantil da UFPI (referência). Quando concluem o tratamento, retornam ao PPGB (contra referência).

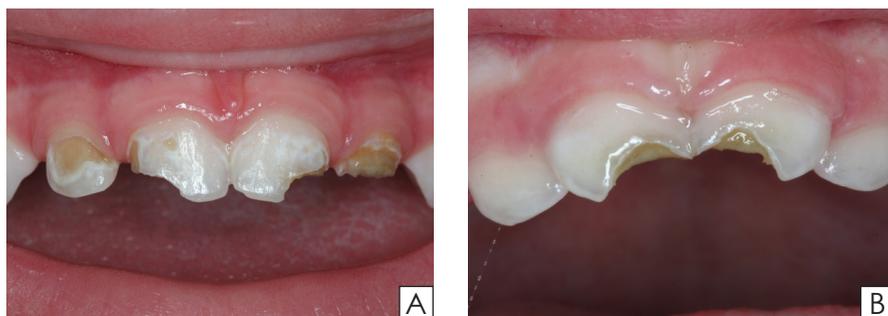


Figura 17: Lesões cariosas em dentes anteriores que foram confundidas com fraturas coronárias provocadas por traumas.

No PPGB foi utilizado o diamino fluoreto de prata em alguns bebês com cárie severa na infância, objetivando paralisação das lesões cavitadas ativas. Como se trata de um procedimento que escurece a lesão de cárie, foi realizado estudo piloto em cinco bebês com cárie severa na infância e que não colaboraram para realização de tratamento restaurador. Os responsáveis foram esclarecidos sobre os benefícios do tratamento, bem como escurecimento das lesões de cárie. Foram utilizadas fotografias ilustrativas e todos aceitaram a proposta de tratamento e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Os procedimentos foram iniciados com aplicação do diamino fluoreto de prata em um dente para que os pais pudessem avaliar (Figura 18). Os resultados estéticos não foram aceitos pela maioria dos pais, então o protocolo foi suspenso e os bebês referenciados para clínica odontológica infantil da UFPI. Apesar de advogarmos a favor da odontologia de mínima intervenção e não realizarmos procedimentos que ultrapassem seu limite de aceitação dos bebês, os tratamentos prosseguiram com remoção seletiva de tecido cariado e restauração com cimento de ionômero de vidro, associados à conscientização das famílias para controle na frequência de ingestão de açúcar, escovação com dentífrico fluoretado e ATF profissional.

A comunicação entre as mães e a equipe de professoras do PPGB continua por meio do perfil no Instagram @ppgb_ufpi. É solicitado às mães que acessem o perfil do PPGB, pois caso tenham dúvidas, podem entrar em contato com a equipe, além de se atualizarem com postagens periódicas.

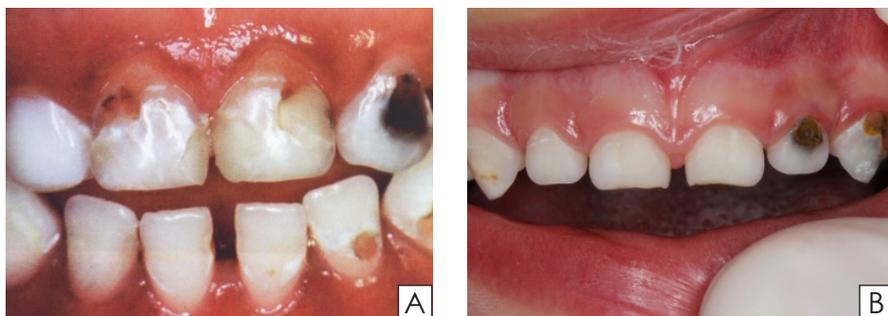


Figura 18: Crianças com cárie severa na primeira infância. Aplicação de diamino fluoreto de prata, iniciada pelos dentes 62. As mães não aceitaram aplicação nos outros dentes após avaliarem aspectos estéticos.

PPGB em números

abril de 1997 a fevereiro de 2020

Bebês de primeira consulta: 30.192
Teste da Linguinha (a partir de 2015): 8.780
Frenotomias (a partir de 2015): 321
Doação de escovas: 14.591
Doação de creme dental: 6.796
Aplicação tópica de flúor: 26.921
Estagiários que participaram do PPGB: 679
Artigos publicados: 17
Teses de doutorado: 2

Quadro 3: Protocolo de Atendimento de crianças no PPGB.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO**Antes da erupção dos primeiros dentes**

- Estimular aleitamento materno exclusivo (AME);
- Retardar o consumo de alimentos açucarados;
- Desencorajar as mães quanto à instalação de hábitos de sucção não nutritiva;
- Limpar a língua com uma fralda úmida quando apresentar saburra;
- Realizar o exame da boca do bebê;
- Esclarecer as dúvidas das mães;
- Retornar quando irromper o primeiro dente.

Crianças com anquiloglossia e dificuldade de amamentação

- É realizada cirurgia do frênulo lingual (frenotomia) no PPGB, pelas professoras orientadoras, auxiliadas pelos estagiários. Após controle da doença cárie, manutenção preventiva trimestral.

Bebês com dentes anteriores irrompidos



- Orientar sobre a frequência de alimentação (seis refeições diárias) e retardar o consumo de açúcar;
- Desestimular as práticas de mamadas noturnas e hábitos de sucção não nutritiva;
- Orientar as mães a higienizar os dentes duas vezes ao dia com dentifrício fluoretado da família, e a língua quando apresentar saburra;
- Examinar a cavidade bucal do bebê;
- Aplicar gel fluoretado durante um minuto;
- Estimular retorno trimestral.

Crianças com molares irrompidos



- Orientar sobre processo saúde/doença;
- Desestimular as práticas de mamadas noturnas e hábitos de sucção não nutritiva;
- Treinar as mães para escovação dentária utilizando escova infantil e dentifrício fluoretado da família;
- Examinar a cavidade bucal usando espelho bucal e sonda exploradora, com dentes secos por compressas de gaze;
- Aplicar e gel fluoretado com escova durante um minuto;
- Estimular retorno trimestral.

Crianças com lesões de manchas brancas ativas



- Retornar semanalmente ao PPGB para motivação da família sobre escovação dentária, controle da frequência de ingestão de açúcar e aplicação tópica de gel fluoretado neutro por um minuto. Observar condições da gengiva;
- Após controle da doença cárie, realizar manutenção preventiva trimestral.

Crianças com lesões cariosas cavitadas em dentina e necessidade restauradora



- Encaminhar para tratamento na clínica odontológica infantil da UFPI (referência). Quando concluem o tratamento, retornar ao PPGB (contra referência).

Crianças vítimas por traumatismos alvéolodentários



- Encaminhar para tratamento na clínica odontológica infantil da UFPI (referência). Quando concluem o tratamento, retornar ao PPGB (contra referência).

Com base em artigos científicos publicados no PPGB, podemos afirmar:

- 1.** O projeto provocou impacto positivo no controle da doença cárie e o número de consultas frequentadas influenciou positivamente nos valores do índice ceod (Moura, Moura, Toledo, 2006).
- 2.** O PPGB impactou positivamente a prevenção e interceptação de hábitos de sucção não nutritiva (Moura, Moura, Toledo, 2006)
- 3.** As mães frequentadoras do PPGB mostraram-se informadas sobre etiologia e métodos de controle e prevenção de doenças bucais e adotavam meios de prevenção eficientes, como adequada frequência de escovação dentária, apesar de ainda permitirem alta frequência de consumo de açúcar pelas crianças (Moura, Moura, Toledo, 2007).
- 4.** As consultas de manutenção preventiva no PPGB foram essenciais para a conscientização das famílias no que diz respeito ao controle do biofilme dental e consequente saúde gengival (Moura et al., 2009).
- 5.** As crianças cujos pais participaram do PPGB e foram orientados sobre a quantidade adequada de creme dental fluoretado quando seus filhos tinham entre zero e três anos apresentaram menor prevalência e severidade de fluorose dentária nos incisivos permanentes (Moura et al., 2013).
- 6.** Os fatores associados à CPI no PPGB foram relatos das mães sobre dificuldade em realizar a higiene bucal dos bebês, amamentação noturna por tempo superior a 16 meses, consumo de açúcar maior que quatro vezes ao dia, arco dentário superior sem diastemas anteriores (tipo II de Baume), menos de três consultas no projeto, história de cárie nos pais e defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário (Lima et al., 2016).
- 7.** A presença de cárie severa na infância (S-ECC) foi fator de risco para o desenvolvimento de cárie na dentição permanente (Santos et al., 2017).
- 8.** O PPGB foi bem avaliado por pais ou responsáveis de crianças atendidas, que consideraram bom/ótimo o acolhimento, atendimento, ambiente e importância do serviço prestado (Moura et al., 2017).

Artigos publicados com dados do PPGB:

- 1.** Moura LFAD, Rebelo MCCBL, Moura MD, Moura WL, Arêa Leão VL. Avaliação da Eficácia de Métodos de Higiene Bucal em Bebês. J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê 2000; 3(12):141-6.
- 2.** Moura LFAD, Lira DMMP, Barros SSLV, Lopes TSP, Leopoldino

- VD, Moura MS, Moura MD. Apresentação do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês. *J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê* 2001; 4(17):10-4.
3. Moura LFAD, Moura MS, Toledo AO. Dental Caries in Children that participated in a Dental Program Providing Mother and Child Care. *J Applied Oral Sci* 2006; 14(1):53-60.
 4. Moura LFAD, Moura MS, Toledo AO. Hábitos Bucais em Crianças que Frequentaram um Programa Odontológico de Atenção Materno-Infantil. *J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê* 2007; 10(53):455-460.
 5. Moura LFAD, Moura MS, Toledo AO. Conhecimentos e Práticas em Saúde Bucal de Mães que Frequentaram um Programa Odontológico de Atenção Materno-Infantil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12(4):1079-1086.
 6. Moura LFAD, Moura MS, Lima MDM, Moura WL. Avaliação da Saúde Gengival em Crianças que Frequentaram o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês na Cidade de Teresina. *RGO* 2009; 57(1):47-53.
 7. Moura LFAD, Piauilino RJB, Araújo IF, Moura MS, Lima CCB, Evangelista LM, Lima MDM. Impacto de um projeto de extensão universitária na formação profissional de egressos de uma universidade pública. *Revista de Odontologia da UNESP (Online)* 2012; 41:348-352.
 8. Moura MS, Silva KRE, Rodrigues NRP, Santos DLN, Lima MDM, Moura LFAD. Saúde bucal de gestantes que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Revista ABO Nacional* 2012; 20:338-344.
 9. Moura MS, Carvalho MM, Silva MCC, Lima MDM, Moura LFAD, Simplício AHM. The Impact of a Dental Programme for Maternal and Infant Health on the Prevalence of Dental Fluorosis. *Pediatric Dentistry* 2013; 35:456-459.
 10. Lopes TSP, Moura LFAD, Lima MCMP. Breastfeeding and sucking habits in children enrolled in a mother-child health program. *BMC Research Notes* 2014 7:362.
 11. Lima MDM, Brito Neto Z S, Amaral HO, Moura MS, Lima CBB, Moura LFAD. Risk factors associated with early childhood caries - a case control study. *Revista Odonto Ciência (Online)* 2016; 31:83-88.
 12. Santos DLN, Moura LFAD, Lima MDM, Lopes TSP, Moura MS. Is severe early childhood caries predictive of caries and fluorosis in permanent teeth? Ten-years follow-up.. *Revista de Odontologia da UNESP (Online)* 2017; 46:1-10.
 13. Lopes TSP, Lima CCB, Lima CBB, Evelin LS, Lima MDM, Moura LFAD, Moura MS, Lima CMP. Factors Associated with Early Weaning According to the Report of Mothers in a Child Friendly Hospital Initiative. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2017;17:1-9.

14. Moura MS, Moura LFAD, Pereira AS, Lima CCB, Lopes TSP, Lima MDM. Nível de satisfação dos pais/responsáveis de crianças atendidas em programa odontológico de atenção materno-infantil. REUFPI 2017; 6:14-19.
15. Costa RSM, Lima MDM, Lima CCB, Lopes TSP, Moura LFAD. Aleitamento materno exclusivo e desmame de recém-nascidos prematuros assistidos por programa de atenção materno-infantil. Braz Oral Res 2018; 32:394.
16. Lopes TSP, Lima CCB, Silva RNC, Moura LFAD, Moura MD. Association between duration of breastfeeding and malocclusion. J Dent Child 2019; 86:17-23.

As atividades do PPGB são executadas no Instituto de Perinatologia Social do Piauí (IPSP), local onde os atendimentos de gestantes e bebês são realizados de forma interdisciplinar. O IPSP é um ambulatório de saúde, anexo à maternidade de referência para gravidez de alto risco do estado do Piauí – Maternidade “Dona Evangelina Rosa”, onde são realizadas consultas odontológicas, médicas, com fonoaudiólogo, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e terapeutas ocupacionais (Figura 19). O IPSP é referência do SUS para testes de triagem neonatal e imunizações além de dispor de laboratório de análises clínicas e serviço de ultrassonografia.



Figura 19: Instituto de Perinatologia Social do Piauí (IPSP) - ambulatório de saúde multidisciplinar onde o PPGB está implantado.

Quadro 4: Direitos da Criança – Ministério da Saúde

Fonte: Ministério da Saúde (MS)

DIREITOS DA CRIANÇA

Ministério da Saúde

- Ser registrada gratuitamente;
- Realizar o teste do pezinho entre o terceiro e o quinto dia de vida;
- Ter acesso a serviços de saúde de qualidade;
- Ter acesso a escola pública gratuita perto do lugar onde mora;
- Receber gratuitamente as vacinas indicadas no calendário básico de vacinação;
- Ter direito de viver intensamente a infância;
- Ter acesso à água potável e alimentação adequada;
- Ser acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento;
- Ser acompanhada pelos pais durante a internação em hospitais;
- Viver em um lugar limpo, ensolarado e arejado;
- Ter oportunidade de brincar e aprender;
- Viver em ambiente afetuoso e sem violência.

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL

O Programa Nacional de Triagem Neonatal foi instituído pela Portaria nº 822 de 06 de junho de 2001 do Ministério da Saúde (MS) e objetiva realizar diagnóstico precoce de algumas alterações no RN, visando reduzir a morbimortalidade e proporcionar melhor qualidade de vida. Os bebês nascidos no Brasil têm direito a realizar gratuitamente quatro exames de triagem neonatal:

1. Teste do Pezinho;
2. Teste do Olhinho;
3. Teste da Orelhinha;
4. Teste do Coraçãozinho.

1. TESTE DO PEZINHO

Teste do Pezinho (nome popular atribuído ao Teste de Guthrie) tem a finalidade de diagnosticar precocemente erros inatos do metabolismo e infecções congênitas que podem afetar o desenvolvimento mental e físico do RN ou levar a óbito. Esse teste consiste na obtenção de amostras de sangue por leve punção do calcanhar do RN, que são armazenadas em papel filtro (Figura 20). O teste do pezinho é realizado em maternidades ou unidades básicas de saúde,

3. TESTE DA ORELHINHA

A triagem neonatal auditiva ou teste da orelhinha tem por objetivo diagnosticar precocemente possíveis alterações auditivas ou surdez que podem interferir no desenvolvimento da fala do RN. O exame não causa dor ou desconforto e deve ser realizado no segundo ou terceiro dia de vida, durante o sono do bebê. Nesse teste, o fonoaudiólogo coloca um aparelho na orelha do RN, que produz estímulos sonoros leves e mede o retorno desses estímulos, após passagem pelas estruturas do ouvido interno. O teste deve ser repetido após 30 dias, quando há maior risco de alterações auditivas, como em RN prematuro com baixo peso, ou cuja mãe apresentou infecção não tratada durante a gravidez. Caso o teste apresente alteração, o bebê deve ser encaminhado para a realização de exame de audição completo.

4. TESTE DO CORAÇÃOZINHO

O teste do coraçãozinho tem por objetivo diagnosticar precocemente cardiopatias congênitas, por meio da quantificação do oxigênio presente no sangue. É um exame não invasivo e indolor que é realizado como rotina nas primeiras 24 a 48 horas de vida do RN, por enfermeiro ou médico. Consiste na aferição da oximetria de pulso no membro superior direito e em um dos membros inferiores do RN. Resultados de oximetria inferior a 95% em ambas as medidas e diferença igual ou maior que 3% entre elas sugerem a presença de cardiopatia, porém nesses casos o exame deve ser repetido após uma hora. Caso a alteração se mantenha, o RN é encaminhado para realização de exame ecocardiográfico que tem por finalidade confirmar e identificar cardiopatia. O teste do coraçãozinho apresenta sensibilidade de 75% e especificidade de 99%.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

A vacinação é um meio preventivo de doenças, sendo direito de todas as crianças se constituindo em dever jurídico público familiar, no limite de suas responsabilidades.

“Toda criança nascida em maternidades públicas ou privadas no Brasil tem direito a receber gratuitamente a Caderneta de Saúde da Criança, que deve ser devidamente preenchida e orientada pelo profissional por ocasião da alta hospitalar”

Ministério da Saúde

“O Cartão de Vacinação é um documento de comprovação de imunidade. É responsabilidade das Unidades de Saúde emití-lo ou atualizá-lo por ocasião da administração de qualquer vacina. Deve ser guardado junto com documentos de identificação pessoal. É importante que seja apresentado nos atendimentos médicos de rotina e fundamental que esteja disponível nos casos de acidentes” (Brasil, 2018).

Quadro 5: Calendário de imunização de crianças.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil.

Idade (meses)	Vacina	Dose
Ao nascer	BCG-ID	Única
	Hepatite B	1ª
2	Pentavalente (DTP + Hib + Hepatite B)	1ª
	VIP (contra a poliomielite, Stalk)	
	VORH (contra rotavírus humano)	
	Antipneumocócica 10 valente conjugada	
3	Antimeningocócica C conjugada	1ª
4	Pentavalente (DTP + Hib + Hepatite B)	2ª
	VIP (contra a poliomielite, Stalk)	
	VORH (contra rotavírus humano)	
	Antipneumocócica 10 valente conjugada	
5	Antimeningocócica C conjugada	1ª
6	Pentavalente (DTP + Hib + Hepatite B)	3ª
	VOP (vacina oral contra a poliomielite, Sabin)	
	Antipneumocócica 10 valente conjugada	
9	Febre amarela	1ª e reforço a cada 10 anos
12	SRC (tríplice viral, MMR)	1ª
	Antipneumocócica 10 valente conjugada	Reforço
15	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço
	VOP (vacina oral contra a poliomielite, Sabin)	Reforço
	Antimeningocócica C conjugada	Reforço
48	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço

REFERÊNCIAS

1. Aguiar CB, Jesus LC, Alves, DMC, Araújo AJS, Araújo IS, Oliveira GRS, Barreto ES. Teste do coraçãozinho: importância da oximetria de pulso em neonatos para detecção precoce de cardiopatias. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2018;12:S1349-57.
2. Angrisani RMG, Suzuki MR, Pifaia GR, Sousa EC, Gil D, Azevedo MF. Triagem auditiva neonatal com emissões otoacústicas e reflexo cocleo-palpebral: Estudo da sensibilidade e especificidade. *Rev. CEFAC.* 2012; 14(5):844-852.
3. Araujo MC et al. Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. *J Pediatr.* 2020;96(3):379-385.
4. Bobak A. Ghaheri, MD, Melissa Cole, Jess C. Revision Lingual Frenotomy Improves Patient-Reported Breastfeeding Outcomes: A Prospective Cohort Study. 2018; *Journal of Human Lactation.* 1-9.
5. Brandão CA, Marsillac MWS, Barja-Fidalgo F, Oliveira BH. Is the Neonatal Tongue Screening Test a valid and reliable tool for detecting ankyloglossia in newborns? *Int J Paediatr Dent.* 2018 Jul;28(4):380-389
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN. Brasília, DF; 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe técnico: Campanha nacional de vacinação contra a poliomielite e contra o sarampo. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Teste do coraçãozinho (oximetria de pulso) na triagem neonatal. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DGITS/SCTIE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Relatório nº 115. [Acesso em: jun de 2019]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/decisoes-sobre-a-incorporacao-de-tecnologias-no-sus-2014>
10. Costa RSM, Lima MDM, Lima CCB, Lopes TSP, Moura LFAD. Aleitamento materno exclusivo e desmame de recém-nascidos prematuros assistidos por programa de atenção materno-infantil. *Braz Oral Res* 2018; 32:394.
11. Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H, Emond A.

- The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015;100:F344–F348.
12. Lima MDM, Brito Neto Z S, Amaral HO, Moura MS, Lima CBB, Moura LFAD. Risk factors associated with early childhood caries - a case control study. *Revista Odonto Ciência (Online)* 2016; 31:83-88.
 13. Lopes TSP, Lima CCB, Lima CBB, Evelin LS, Lima MDM, Moura LFAD, Moura MS, Lima CMP. Factors Associated with Early Weaning According to the Report of Mothers in a Child Friendly Hospital Initiative. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2017;17:1-9.
 14. Lopes TSP, Lima CCB, Silva RNC, Moura LFAD, Moura MD. Association between duration of breastfeeding and malocclusion. *J Dent Child* 2019; 86:17-23.
 15. Lopes TSP, Moura LFAD, Lima MCMP. Breastfeeding and sucking habits in children enrolled in a mother-child health program. *BMC Research Notes* 2014 7:362.
 16. Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF. MBGR protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores. *Int J Orofac Myol.* 2012;38:38-77.
 17. Martignon S, Pitts NB, Goffin G, Mazevet M, Douglas GVA, Newton T, Twetman S, Deery C, Doméjean S, Jablonski-Momeni A, Banerjee A, Kolker J, Ricketts D, Santamaria RM. CariesCare practice guide: consensus on evidence into practice. *Brits Dent J* 2019; 227 (5):353-362.
 18. Maia RM, Silva MAM, Tavares PMB. Saúde auditiva dos recém-nascidos: atuação da fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família Rev. CEFAC 2012; 14(2):206-14.
 19. Moura LFAD, Lira DMMP, Barros SSLV, Lopes TSP, Leopoldino VD, Moura MS, Moura MD. Apresentação do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês. *J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê* 2001; 4(17):10-4.
 20. Moura LFAD, Moura MS, Lima MDM, Moura WL. Avaliação da Saúde Gengival em Crianças que Frequentaram o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês na Cidade de Teresina. *RGO* 2009; 57(1):47-53.
 21. Moura LFAD, Moura MS, Toledo AO. Dental Caries in Children that participated in a Dental Program Providing Mother and Child Care. *J Applied Oral Sci* 2006; 14(1):53-60.
 22. Moura LFAD, Moura MS, Toledo AO. Hábitos Bucais em Crianças que Frequentaram um Programa Odontológico de Atenção Materno-Infantil. *J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê* 2007; 10(53):455-460.
 23. Moura LFAD, Moura MS, Toledo AO. Conhecimentos e Práticas em Saúde Bucal de Mães que Frequentaram um Programa Odontológico de Atenção Materno-Infantil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12(4):1079-1086.

- 24.** Moura LFAD, Piauilino RJB, Araújo IF, Moura MS, Lima CCB, Evangelista LM, Lima MDM. Impacto de um projeto de extensão universitária na formação profissional de egressos de uma universidade pública. *Revista de Odontologia da UNESP (Online)* 2012; 41:348-352.
- 25.** Moura LFAD, Rebelo MCCBL, Moura MD, Moura WL, Arêa Leão VL. Avaliação da Eficácia de Métodos de Higiene Bucal em Bebês. *J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê* 2000; 3(12):141-6.
- 26.** Moura MS, Carvalho MM, Silva MCC, Lima MDM, Moura LFAD, Simplício AHM. The Impact of a Dental Programme for Maternal and Infant Health on the Prevalence of Dental Fluorosis. *Pediatric Dentistry* 2013; 35:456-459.
- 27.** Moura MS, Moura LFAD, Pereira AS, Lima CCB, Lopes TSP, Lima MDM. Nível de satisfação dos pais/responsáveis de crianças atendidas em programa odontológico de atenção materno-infantil. *REUFPI* 2017; 6:14-19.
- 28.** Moura MS, Silva KRE, Rodrigues NRP, Santos DLN, Lima MDM, Moura LFAD. Saúde bucal de gestantes que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Revista ABO Nacional* 2012; 20:338-344.
- 29.** Santos DLN, Moura LFAD, Lima MDM, Lopes TSP, Moura MS. Is severe early childhood caries predictive of caries and fluorosis in permanent teeth? Ten-years follow-up.. *Revista de Odontologia da UNESP (Online)* 2017; 46:1-10.
- 30.** Oliveira TP, Oliveira LSM. A imunização de crianças no Brasil: Panorama jurídico e reflexão bioética. *Rev Bio y Der* 2020;48:227-43.
- 31.** Rodrigues LP, Tanaka SCSV, Haas VJ, Cunali VCA, Marqui ABT. Teste do pezinho: condições materno-fetais que podem interferir no exame em recém-nascidos atendidos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2019;31(2):186-192.
- 32.** Silva KS, Amorim MGR, Lima AB, Souza TA, Oliveira LFM, Sousa KM. Triagem neonatal como método de rastreamento de doenças no recém-nascido através do teste do pezinho: uma revisão de literatura. *Temas em Saúde* 2017;17(2):236-248.
- 33.** Splieth CH, Banerjee A, Bottenberg P, Breschi L, Campus G, Ekstrand KR et al. How to Intervene in the Caries Process in Children: A Joint ORCA and EFCD Expert Delphi Consensus Statement [published online ahead of print, 2020 Jul 1]. *Caries Res.* 2020;1-9.

ESTAGIÁRIOS DO PROGRAMA PREVENTIVO PARA GESTANTES E BEBÊS (PPGB)

abril de 1997 a fevereiro de 2020

1ª Turma – 1997.1

1. Adriana Pinto Marques
2. Ana Patrícia Furtado Cavalcante
3. Helen de Jesus Daniel
4. Jardyla Maria Normando Matos
5. Márcia Maria Gonçalves da Rocha Lima
6. Maria Ângela Ferraz Castelo Branco
7. Maria Celina Castelo Branco Lajes Rebelo
8. Sissi Adriane Sá Furtado
9. Vivianne Martins Coelho
10. Weslany de Oliveira Dantas

2ª Turma – 1997.1 (férias)

11. Adriana Pinto Marques
12. Cristiana Andréa L. da Silva
13. Daniele Melo Albuquerque
14. Eliana Mendes Silva
15. Ingrid Madeira de Barros Nunes
16. Irlane de Castro Leite
17. Jardyla Maria Normando Matos
18. Leila Maria Santos Loureiro
19. Lílian Gomes Soares
20. Luciana Tolstenko Nogueira
21. Maria Celina Castelo Branco Lages Rebelo

3ª Turma – 1997.2

22. Adriana Pinto Marques
23. Cristiana Andréa L. da Silva
24. Cristiane Pinheiro de Melo
25. Daniele Melo Albuquerque
26. Fernanda Pessoa Nunes Santos
27. Gisane Andrade Freire
28. Ingrid Madeira de Barros Nunes
29. Irlane de Castro Leite
30. Josélia Oliveira Teixeira

31. Karla Patrícia de Sousa Vilarinho
32. Leila Maria Santos Loureiro
33. Lílian Gomes Soares
34. Luciano Moura de Carvalho
35. Márcia Regina Soares Cruz
36. Maria Celina Castelo Branco Lages Rebelo
37. Maria do Carmo Meneses Pontes
38. Mariângela Knitter Barros
39. Teresa Cristina dos Santos Oliveira
40. Urgel Ambrósio de Queiroz Neto
41. Zoraia Ibiapina Tapety

4ª Turma – 1998.1

42. Aracele Dantas Eulálio
43. Cristina Mara Damasceno dos Santos
44. Danielle Cristina Lima e Silva
45. Danyege Lima Araújo
46. Denise de Castro Leite
47. Geanny Silva de Carvalho
48. Jardyla Maria Normando Matos
49. Luciana Tolstenko Nogueira
50. Olívia Freitas Mendes
51. Simone da Silva Freitas
52. Susane Marinho Cavalcante
53. Viviane Carvalho de Melo

5ª Turma – 1998.2

54. Cláudia da Paz Pinheiro
55. Cristina Mara Damasceno dos Santos
56. Denise Cronenberg Alves de Carvalho
57. Evamery Soares Rodrigues
58. Helane Rodrigues Melo
59. Irlane de Castro Leite
60. Julieta Nunes Mendes Stambowisky

61. Lílian Gomes Soares
62. Lucymara Valente Nunes Raposo
63. Ludmila Tolstenko Nogueira
64. Mônica Lia Rangel Chaves
65. Olívia de Freitas Mendes

6ª Turma – 1999.1

66. Alessandra A. Costa Barbosa
67. Érika Maria C. Bittencourt
68. Kassandra Rodrigues de Sousa
69. Leila Cândida Barbosa de Sousa
70. Lyana Leal da Rocha
71. Manoella Bastos Sousa
72. **Marina de Deus Moura de Lima**
Professora de Odontopediatria da UFPI e Orientadora do PPGP
73. Noemi Soares da Rocha
74. Reyjanne Barros de Carvalho
75. Rosane Martins Holanda

7ª Turma – 1999.2

76. Amanda Silveira Raposo
77. Caroline de Deus Tupinambá Rodrigues
78. Ellen Fortes de Oliveira
79. Francisca Natanilda de A. Silva
80. Jocelandra Coelho de Sousa
81. Josiene Saibrosa da Silva
82. Kariny Alves de Sousa
83. Leila Samara Santos Moreira
84. Lucielma Salmito Soares Pinto
85. Marivalda Neiva Cavalcante
86. Taís da Fonseca Lima Barros

8ª Turma – 2000.1

87. Alessandra Vitória de Sousa
88. Ana Carolinne Alves de Carvalho
89. Ana Clarissa Araújo Cavalcante
90. Ana Miriam R. Cavalcante
91. Celeyda Getsemame M. Guimarães
92. Denise Silva de Oliveira
93. Érika de Sampaio Pereira
94. Flávia Ennes Fonseca Dourado

95. Leila Sâmara S. Moreira
96. Marivalda Neiva Cavalcante

9ª Turma – 2000.2

97. Aline de Moraes Coelho
98. Ana Carolina A. C. L. Câmara
99. Áurea Rocha Albuquerque
100. Candice Falcão Costa Coelho
101. Ionara de Sena Barbosa
102. Isânia de Paiva Pereira
103. Juliana Oliveira Pires
104. Kellen Jorge Rodrigues da Costa
105. Lara Portela Batista Barbosa
106. Roberta Atta
107. Sagamor Larissa Braga Caribé
108. Suyanne Pimentel Lima

10ª Turma – 2001.1

109. Carlos da Cunha Oliveira Junior
110. Daniela Costa Sousa
111. Danielle Maia Prado
112. Edimara Sandra Chagas Mourão
113. Glauber Campos Vale
114. João José Ferreira Junior
115. Juliana de Brito Ramos
116. Juliana Noleto Costa
117. Karianny Ribeiro Campos
118. Ludmila Santana da Costa Araújo
119. Manoel Dias de Sousa Filho
120. Maria Janaína Ferreira Barroso
121. Natália Carvalho Albuquerque
122. Teresa Maria Alcântara Neves

11ª Turma – 2001.2

123. Daniela Costa Sousa
124. Emanuelle Kalyne Messias de Meneses
125. Geórgia de Carvalho Lopes
126. Gisleângela de Oliveira Martins
127. Karinn de Araújo Soares
128. Maria Janaina Ferreira Barroso
129. Marina Castelo Branco Vaz Parente
130. Marina Eulálio

- 131. Melissa Cabral de Queiroz
- 132. Rianny Maria Barros Lopes
- 133. Sérgio Rocha Lemos

12ª Turma – 2002.1

- 134. Alana de Sousa Martins Vale
- 135. Ana Carolina Ayres Correia Lima
Câmara
- 136. Ana Clara Alves Soares
- 137. George Rômulo Coelho dos Santos
- 138. Ionara da Paz Santos
- 139. Luciane Marinho Rego
- 140. Marcela Cavalcante Reinaldo
- 141. Márcia Millene Veras Maia Santos
- 142. Marianne Nunes Soares
- 143. Melissa Araújo Vale
- 144. Mila Oliveira Santos
- 145. Patrick Veras Quelemes
- 146. Raimundo Moreira Ramos Neto
- 147. Roberta de Carvalho Sousa
- 148. Samuel Otávio Araújo de Oliveira

13ª Turma – 2002.2

- 149. Ana Clara Alves Soares
- 150. Annelis Sobral da Costa Batista
- 151. Áurea Neudélia Vasconcelos de
Araújo
- 152. Denise Lima Ramos
- 153. Eduardo Parente da Rocha
- 154. Flávia Liana Araújo Santos
- 155. Lívia Alcântara Raulino
- 156. Marcela Cavalcante Reinaldo
- 157. Marina Barreto Lima Fernandes
- 158. Mila Oliveira Santos
- 159. Nyvea Maria Santos Lima Verde
- 160. Rachel Martins Portela da Silva
- 161. Roberta Santiago do Rego
- 162. Simeí André da Silva Rodrigues
Freire

14ª Turma – 2003.1

- 163. Antonio Higo Rego Abreu
- 164. Gisele Silva Palha

- 165. Larissa Marques Dias
- 166. Lília Regia da Paz Lima
- 167. Lilian Mororó Ribeiro
- 168. Luciana Lustosa de Araújo Melo
- 169. Luciane Marinho Rego
- 170. Marcelo Caetano Oliveira Viana
- 171. Marcianny de Jesus Da Silva
- 172. Marina Barreto Lima Fernandes
- 173. Moema Modesto Fonseca Rocha
- 174. Roberta de Carvalho Sousa
- 175. Thaís Alves Elias da Silva

15ª Turma – 2003.2

- 176. Adriano Belchior de B. Rocha
- 177. Adriano Castelo Branco Ramos
Rodrigues
- 178. Aline Kelly Lopes Pereira
- 179. Érika da Silva Luz Alvarenga
- 180. Gustavo Campos Silva
- 181. Gustavo de Melo Souza Veras
- 182. José Adalberto Coelho Júnior
- 183. Kedma Cristina A. Sardinha
- 184. Larissa Machado Lira
- 185. Melka Coelho Sá
- 186. Michelle Fernanda de Oliveira.
Barradas
- 187. Naiana de Sousa Lima
- 188. Ramon Vicente da Luz
- 189. Samuel Barbosa Feitosa
- 190. Thaís Alves Elias da Silva

16ª Turma – 2004.1

- 191. Adriano Castelo Branco Rodrigues
- 192. Ana Luciana Azevedo de
Vasconcelos
- 193. Ariana Gualter Azevedo
- 194. Clara Regina Pereira da Silva
Chantal Nunes
- 195. Cynthia Melo do Vale
- 196. Daniela Moraes Cutrim Costa
- 197. Daniela Nunes Nogueira
- 198. Ellen Maria Matos de Andrade
- 199. Fernanda Alves Barros

- 200. Isabella Caroline N. de Menezes
- 201. Juliana Gomes Galeno
- 202. Lana Caroline M de Lima
- 203. Lydiane Maria Frota Dantas
- 204. Simone da Silva Luz
- 205. Suyá Moura Mendes

17ª Turma – 2004.2

- 206. Cinthya Melo do Val
- 207. Clara Regina Pereira da Silva
Chantal Nunes
- 208. Denise Layane Leal Silva
- 209. Flávia Carvalho Silva
- 210. Geórgia de Sousa Gomes
- 211. Heloísa Rufino Borges Santos
- 212. Heriberto Leandro Nunes Costa
- 213. Ilana de Lima e Silva
- 214. Jaylka Ferreira Góes
- 215. Keyla Velucy Vieira de Macedo
- 216. Layla R. Santos
- 217. Luciene de Moura Alves
- 218. Mariane Ribeiro Paes de Castro
- 219. Valdênia Simone Soares Costa
- 220. Wilana da Silva Moura

18ª Turma – 2005.1

- 221. Adriano Castelo Branco Rodrigues
- 222. Ana Carolina Ramos de Brito
- 223. Bruno Leonardo Silva Dantas
- 224. Cinthya Melo do Val
- 225. Clara Regina Pereira da Silva
Chantal Nunes
- 226. Helini Leal Oliveira
- 227. Jamilyle Brasil Rocha da Paz
- 228. Kássio Vieira Macedo
- 229. Luciana Ângela Sores Maia
- 230. Luciani Muniz Dias
- 231. Luciene de Moura Alves
- 232. Marcela Daniel Vilas Boas
- 233. Marianne Ribeiro Paes de Castro
- 234. Phylipe Assunção
- 235. Vinícius Aguiar Lages
- 236. Wildênia de Castro Pedreira

19ª Turma – 2005.2

- 237. Angélica Coelho Fontes
- 238. Aniele Carvalho Lacerda
- 239. Beatriz Assen Carvalho
- 240. Fabíola Girão Marques
- 241. Gisele Lima Bezerra
- 242. Laylla Campelo Rosa
- 243. Lívia Maria Silva Teixeira
- 244. Lorena Paz Lima
- 245. Lourdes Danae do Nascimento
Mota
- 246. Marcela Daniel Vilas Boas
- 247. Maria do Socorro Lopes de Sousa
- 248. Renata Bandeira Lages
- 249. Renato da Costa Ribeiro
- 250. Simone Araújo Luz
- 251. Tiago Alexandre Carvalho Galvão

20ª Turma – 2006.1

- 252. Alise Rodrigues de Sousa
- 253. Ana Débora dos Reis Pereira
- 254. André Assumpção Sampaio
- 255. Arnaldo Alvarenga Peres Júnior
- 256. Bruno Leonardo C dos Santos
- 257. Danilo Lima Sousa
- 258. Geórgia Wain Thin Lau
- 259. Joarlene de Moura Soares
- 260. Jocyiana Ferreira de Araújo
- 261. Juliana Moura Aires Coelho
- 262. Karoena Cardoso de A Costa
- 263. Larisse Kelly Vítório Esteves
- 264. Marina Leão
- 265. Naira de Sousa Alencar
- 266. Tatiana Rabelo Arnaud

21ª Turma – 2006.2

- 267. Adriana Guimarães de Sousa
- 268. Antônio Luís França da Silva
- 269. Arnaldo Alvarenga Peres Junior
- 270. Camilla Manuela Brito Lima
- 271. Eduardo Alves de Albuquerque
- 272. Emmanuel Oliveira Sales
- 273. Felipe Barbosa Nunes

- 274. Giovanni de Oliveira Lopes Monteiro
- 275. Gustavo Neiva do Rego Monteiro
- 276. Juliana Moura Buenos Aires Coelho
- 277. Lorena Nunes Ibiapina
- 278. Lucas da Costa Sá
- 279. Marina Leão Lima
- 280. Menandro Lima de Medeiros
- 281. Naira de Sousa Alencar
- 282. Tatiana Rabelo Arnaud
- 283. Thalita Karenine Xavier da Silva
- 284. Thiago Candeia Marinho

22ª Turma – 2007.1

- 285. Alessandra Rodrigues Araújo
- 286. Antônio Luiz França da Silva
- 287. Ednamara Rocha Moura
- 288. Emanuel Costa Oliveira
- 289. Erison Thiago do Prado Batista
- 290. Francisco Dávila Oliveira
- 291. Juliana Buenos Aires Coelho de Moura
- 292. Lorena Bastos Lima Verde Nogueira
- 293. Manoela Soares Lopes
- 294. Marina Carvalho Costa
- 295. Santília Maria Medeiros de Aguiar
- 296. Talita Medeiros Costa
- 297. Thalita Karenine Xavier da Silva
- 298. Thiago de Castro Epitácio
- 299. Uiara Araguaia Coimbra

23ª Turma – 2007.2

- 300. Ana Thaissa Alves Costa
- 301. Ayêska Escórcio Dias
- 302. Breno Martins Santiago (de outubro de 2007)
- 303. Denise Leal Barros
- 304. Eduardo Alves de Albuquerque
- 305. Gregório Antônio Soares Martins
- 306. João Antônio de Sá Lima
- 307. Joara Calina Duarte Carneiro
- 308. Lídia Araújo Moura Fé (até

- setembro de 2007)
- 309. Lincoln Damasceno Alencar
- 310. Lorena Bastos Lima Verde Nogueira
- 311. Luciana Gonçalves Costa Gomes
- 312. Luiza Neiliane Sousa Rodrigues
- 313. Maiana do Vale Gomes
- 314. Marina Carvalho Costa

24ª Turma – 2008.1

- 315. Anyara Soares Aires
- 316. **Cacilda Castelo Branco Lima**
Professora de Odontologia em Saúde Coletiva da UFPI e Orientadora do PPGB
- 317. Caroline Costa do Nascimento
- 318. Hayra Corrêa Lima Albuquerque
- 319. Igor Mascarenhas de Sousa Silva
- 320. Ingrid Quaresma Diniz
- 321. Isabela Floriano Nunes
- 322. Karla Uchoa Barros
- 323. Layse de Góis Sena
- 324. Otávio Noletto Barbosa
- 325. Thalita Melo Diniz
- 326. Valeria Raniele Soares Costa

25ª Turma – 2008.2

- 327. Cacilda Castelo Branco Lima
- 328. Érika Virginia e Silva Sousa
- 329. Ilana Freire Sousa
- 330. Jéssica Dayane Campelo Cavalcante
- 331. Késsia Veruska da Costa Brandão
- 332. Laís Aires Lima Vilarinho
- 333. Mayana Monteiro de Carvalho
- 334. Mikaelle Claro Costa Silva
- 335. Pedro Vitor Santos Macedo
- 336. Rafael César Oliveira
- 337. Saul Anderson Carvalho Barros
- 338. Vinicius Ibiapina Mascarenhas
- 339. Walmir Oliveira Melo Júnior
- 340. Yara de Quadros Soares

26ª Turma – 2009.1

- 341. Aderson Vinicius Lustosa Teixeira

- 342. Alyne Alves Leal da Cruz
- 343. Bruna Verna Castro Gondinho
- 344. Carlos Henrique de Carvalho e Souza
- 345. Fabrício Carvalho Reis
- 346. Germana Miranda Damasceno
- 347. Lauhélia Mauriz Marques
- 348. Lucas Lopes de Araújo Sousa
- 349. Naiana Costa de Brito
- 350. Neusa Barros Dantas Neta
- 351. Priscila Ferreira Torres
- 352. Rômulo Augusto Soares Moura
- 353. Silvana Silva Nascimento

27ª Turma – 2009.2

- 354. Clyzia N. Clara Santos Guedes
- 355. Francisco Norberto de Moura Neto
- 356. Isadora Melo Vilarinho Soares
- 357. Janayla Moreira Abreu
- 358. Jessa Iashmin Alcabaça Gomes Machado
- 359. Jessyca Leal Moura Fé
- 360. Karoline Rocha e Silva
- 361. Lara Etiene Teles Rocha
- 362. Leana Alves dos Reis
- 363. Luana Carmem Lino Gomes
- 364. Najara Raquel Paz Rodrigues
- 365. Paulo de Tarso Silva de Macedo
- 366. Yara de Quadros Soares

28ª Turma – 2010.1

- 367. Adeneusa Coelho Andrade
- 368. Alanna Rodrigues de Araújo Luz
- 369. Aldenora Marreiros Melo
- 370. Clyzia N. Clara Santos Guedes
- 371. Heylane de Oliveira Amaral
- 372. Isabella Pires de Moura Vasconcelos
- 373. Ítalo Frota Araújo
- 374. Larissa Alessandra da Costa Camapum
- 375. Marcos Antonio Guimarães Alencar Filho
- 376. Nathália Régia Araújo Costa

- 377. Paloma Thayse Silva de Sousa
- 378. Rafaela dos Santos Lima
- 379. Raíra Jéssica Barbosa Piauilino

29ª Turma – 2010.2

- 380. Alana de Alencar Bezerra
- 381. Alita Tavares de Meneses
- 382. Ana Cláudia Santos Rodrigues
- 383. André Luis Rodrigues da Silva
- 384. Danila Lorena Nunes dos Santos
- 385. Heylane de Oliveira Amaral
- 386. Joseany Barbosa Laurentino
- 387. Joyce de Oliveira Lopes Monteiro
- 388. Laynna Marina Santos Lima
- 389. Natália Silva Andrade
- 390. Rosemary Delgado Pereira
- 391. Samara Tallita Pereira Lopes
- 392. Tallysia Soares Barbosa Dantas

30ª Turma – 2011.1

- 393. Aldenora Marreiros Melo
- 394. Andresa Ferreira Sampaio
- 395. Andrezza Matos de Araujo
- 396. Anna Lívia de Paula Ramos
- 397. Claudio Enrique Urra Yanez
- 398. Gabriela Andrade Barros
- 399. Hugo Leonardo Mendes Barros
- 400. Isabela Almeida Braga Venâncio
- 401. Laélia Macedo Carvalhedo
- 402. Letícia Moreno Correia Gomes
- 403. Lorenna Soares Melo
- 404. Luana Galvão de Souza
- 405. Luma Moura de Araujo Bezerra
- 406. Rafael José Pio Barbosa Teixeira
- 407. Romário Monteiro P. Médio
- 408. Yvna Modesto Ribeiro

31ª Turma – 2011.2

- 409. Antoniel da Silva Soares
- 410. Antônio Fonseca de Sousa Filho
- 411. Bárbara Lages Veras
- 412. Expedito Gomes Cabral Filho
- 413. Hémylen Kellen Medeiros Coimbra

- 414. Jhoonatarraty Fonseca de Sena
- 415. Laynna Marina Santos Lima
- 416. Marcus Vinícius de Castro Marinho
- 417. Natália Silva Andrade
- 418. Rosália de Lima Veras
- 419. Suelen Aline de Lima Barros
- 420. Talyta de Holanda Leite da Costa
- 421. Thaís Torres Barros Dutra
- 422. Urias Silva Vasconcelos
- 423. Werttey da Silva Moura

32ª Turma – 2012.1

- 424. Ana Clarisse da Costa Reis
- 425 André Ferreira de Sá
- 426. André Souza de Aguiar
- 427. Danielle Gomes Dourado
- 428. Débora Dias Torres
- 429. Gildene Sousa Morais
- 430. Guilherme Castro Lima Silva do Amaral
- 431. Gybson Raffael Pereira Frota
- 432. Marcela Cristina de Sousa Quaresma
- 433. Nayanna Regina Fortes Monte Santos
- 434. Pedro Henrique Rufino de Miranda
- 435. Raíssa Silva Bacelar de Andrade
- 436. Rayssa Mayra Plácido de Souza
- 437. Rodrigo Ferreira Nunes
- 438. Vítor Rodrigues Mendes

33ª Turma – 2012.2

- 439. Alaíse Magalhães Cabral
- 440. Andressa Louisy Ferraz Sousa
- 441. Ariane Menezes Carneiro
- 442. Aylton da Silva Marreiros
- 443. Cristiane Vieira Amaral
- 444. Ingrid de Oliveira Cavalcante
- 445. Isaac Torres dos Santos
- 446. John Herbert Ribeiro de Sousa
- 447. José Arimatéia Fonteneles dos Santos Júnior
- 448. José Cleiton de Sousa

- 449. Leonardo Raphael de Carvalho Reis
- 450. Marcus Venícius Muniz Cerqueira
- 451. Marta Maria Alves Pereira
- 452. Nayllanny de Andrade Correia
- 453. Osvaldir Marques da Fonseca Júnior
- 454. Rhoana Coelho Morais

34ª Turma – 2013.1

- 455. Ana Cláudia de Castro Furtado Ribeiro
- 456. Bruno William Lopes de Almeida
- 457. Carleane Macedo Lima
- 458. Fernando Sousa Oliveira
- 459. Francisco das Chagas de Sousa Rodrigues Filho
- 460. Ingrid de Oliveira Cavalcante
- 461. Jaqueline Damasceno da Silva
- 462. Keren Hapuque Oliveira Silva
- 463. Larissa Cordeiro Cavalcante
- 464. Maria Carolina de Sousa Melo
- 465. Maria Hellen Sâmia Fortes Brito
- 466. Nanciara Silva Azevedo
- 467. Nayra Cibele Ribeiro Martins
- 468. Patrick Saboia Beserra
- 469. Raiza Milena da Costa e Silva
- 470. Thycianna Alves Vasconcelos
- 471. Viviane dos Santos Silva

35ª Turma – 2013.2

- 472. Aline Brito Ferreira
- 473. Ângelo Antonio Rodrigues Irene da Silva
- 474. Anne Grazielle Lopes Carvalho
- 475. Breno Cury-Rad Rodrigues da Silva
- 476. Cícero Adilon Teixeira dos Santos Andrade
- 477. Eduardo C. Carvalho Saraiva Alves Maranduba
- 478. Emanuel da Rocha Nunes Rodrigues
- 479. Francisco Thyales Leite de Oliveira
- 480. Helleny Alves de Santana Neta

- 481. Helly Karinny Pereira Soares
- 482. Ingrid Bida Lopes
- 483. Ingrid Lopes Aguiar
- 484. Jessica Lima Carvalho
- 485. Kamilla Rhianne de Sousa Carvalho Cunha
- 486. Lucas Henrique Melo Fonseca
- 487. Miguel Silva Neto
- 488. Sérgio Lobão Veras Barros
- 489. Sudário Costa Leal e Silva
- 490. Thais de Alencar Araripe

36ª Turma – 2014.1

- 491. Adriana Vasconcelos da Nóbrega
- 492. Alessandra Noleto de Almeida Nunes Lima
- 493. Aila Maria Cipriano Leal
- 494. Ana Victória Lopes Bandeira
- 495. Anaide Melo Portela
- 496. Bruno Nogueira Martins
- 497. Camila Siqueira Silva Coelho
- 498. Dilmara Lopes Ferreira Gomes
- 499. Eduardo Viana de Castro Lima
- 500. Francisco de Sousa Costa Júnior
- 501. Heloisa Clara Santos Sousa
- 502. Jessiane Moraes de Araújo
- 503. Jessica Maria Gomes Ferreira
- 504. Letícia de Sá Evelin
- 505. Marcondes Cavalcante Santana Neto
- 506. Milena Andrade Furtado Silva
- 507. Priscila Figueiredo Cruz
- 508. Raissa Quaresma Tobias

37ª Turma – 2014.2

- 509. Aline Raquel de Sousa Nogueira
- 510. Ana Vitória Gomes de Campos
- 511. Jéssica Katarine de Abreu Silva
- 512. Joseane Teixeira Macedo Soares
- 513. Karen Lima dos Santos
- 514. Lailson Melo de Oliveira
- 515. Luana Sousa de Brito
- 516. Maria Karoliny de Sousa Rocha

- 517. Maysa Luna de Souza
- 518. Mickael Nunes Pinheiro Benvindo
- 519. Mônica Fernanda da Silva Lopez
- 520. Natiele Sousa Ribeiro de Carvalho
- 521. Suenia Maria de Sousa Macêdo
- 522. Vicente Carvalho de Almeida Júnior

38ª Turma – 2015.1

- 523. Amanda Maylla Ferreira Menezes
- 524. Ana Maira Sousa Silva
- 525. André Ricardo Rodrigues Júlio
- 526. Camila Coutinho Leal
- 527. Camila Rego Nery de Castro
- 528. Débora Lima e Silva
- 529. Denis Antônio Ribeiro dos Santos
- 530. Isaac Torres dos Santos
- 531. Joyce Samandra Silva Moura
- 532. Marta Maria Alves Pereira
- 533. Mayara Bezerra Lima
- 534. Rafaela Monice Mota Costa
- 535. Rai Matheus Carvalho Santos
- 536. Raissa Martins Portela Fontenele

39ª Turma – 2015.2

- 537. Ana Vitória Gomes de Campos
- 538. Brenda Izabela Santana Mota
- 539. Claudielly Mota da Silva
- 540. Dyogo Ellyas de Oliveira Viana
- 541. Geovanna Peres de Sousa
- 542. Gustavo Feitosa da Fonseca
- 543. Herculano Pontes Barros Ribeiro
- 544. Islany Cardoso Lima Campos
- 545. Ivana Amélia Andrade Sousa
- 546. Jéssica de Carvalho Cardoso
- 547. Jessyara Brian dos Santos Rêgo
- 548. Lara Lustosa Teixeira Leal
- 549. Leilanne Mesquita de Brito Castro
- 550. Louise de Moura Monteiro
- 551. Maria José da Costa Magalhães
- 552. Marina Costa Oliveira
- 553. Nádia Maria Pires Silva

- 554. Natiele Sousa Ribeiro de Carvalho
- 555. Nayanny Maria Carvalho Chaves
- 556. Raíssa da Silva Figueira

40ª Turma – 2016.1

- 557. Ana Vitória Lopes Bandeira
- 558. Ângela Maria Lopes Duarte
- 559. Fernanda de Lima Fonseca
- 560. Francisco André Rocha
- 561. Henrique Ferreira Lima
- 562. João Pedro Pio Rodrigues
- 563. Josefaelen Rabelo Fernandes de Araújo
- 564. Leilane Fernandes Pereira
- 565. Leonardo Lenno Lima Pereira
- 566. Lisanca Queiroz Cavalcante Carvalho
- 567. Lucas Vaz de Oliveira
- 568. Lueny de Moura Veras
- 569. Marina Palloma Nogueira Leal
- 570. Mércia Vanessa Rocha Portela
- 571. Patrick Sabóia Beserra
- 572. Ranna Sousa Amorim
- 573. Samille Rodrigues Aquino
- 574. Shirlanny Kesia Guimarães Silva
- 575. Sofia Teresa Barbosa Lopes Ribeiro
- 576. Thallyta Hellen Soares da Silva
- 577. Thiago Bruno da Silva Rocha
- 578. Victoria Barros de Jesus
- 579. Victoria Lima Carvalho

41ª Turma – 2016.2

- 580. Ana Célia dos Santos Oliveira
- 581. Ana Victória Lopes Bandeira
- 582. Ananda Souza Pereira
- 583. Brunna da Silva Firmino
- 584. Camila Siqueira Silva Coelho
- 585. Felipe Gonçalves Leal
- 586. Isnayra Kerolayne Carneiro Pacheco
- 587. Jennifer Milena Rodrigue
- 588. Lara Carvalho Costa
- 589. Lindivana Santos Lopes

- 590. Maria José da Costa Magalhães
- 591. Mylenna Diniz Silva
- 592. Paulo Henrique da Silva Fialho
- 593. Paulo Henrique do Nascimento Coutinho

42ª Turma – 2017.1

- 594. Ângela Maria Cardoso dos Anjos
- 595. Carina Liz de Moraes Noletto
- 596. Daiana Saraiva Alves
- 597. Fabianne Soares Lima
- 598. Francisca Gomes de Carvalho
- 599. Heloisa Ponte Barros Ribeiro
- 600. Helvis Enri de Sousa Paz
- 601. Isa Carla Batista Lopes Figueredo
- 602. Jéssica Andressa de Oliveira Brandão
- 603. Larissa de Souza Santos
- 604. Letícia Leal Moreira Reis
- 605. Mariana Soares Figueiredo
- 606. Marta Almeida Silva
- 607. Natália Gonçalves Nogueira
- 608. Sângela Almeida Silva
- 609. Suely Karine Rodrigues Lima
- 610. Taynara Rodrigues Martins
- 611. Thais Oliveira Cordeiro

43ª Turma – 2017.2

- 557. Alessa Emile Barbosa Rodrigues
- 558. Ana Sara Matos Araújo
- 559. Anderson Nixon da Silva Amorim
- 560. Braúlia Evelin Amorim de Brito
- 561. Camila Brito Gomes
- 562. Danielle Christine Alves
- 563. Dina Isabel Mendes Pereira
- 564. Gabriele Barata Braga
- 565. Haline Alves da Silva
- 566. Jessy Kelle da Silva Lima
- 567. João Victor Batista Lustosa
- 568. Joyce Samandra Silva Moura
- 569. Lara Tuanna de Brito
- 570. Letícia Lima de Sá
- 571. Luiz Fernando Damasceno

572. Marina Lua Vieira de Abreu Costa
573. Marta Almeida Silva
574. Robson de Sousa Ferreira

44ª Turma – 2018.1

575. Aline Barbosa Campos
576. Alline Consuelo Ramos Barbosa
577. Ana Flávia Barbosa Matos
578. Aracelly Soares de Carvalho
579. Brenda Oliveira Santiago
580. Daniel de Araujo Fernandes Filho
581. Denise Reis Mendes Domingues
582. Ellyssa Oliveira Lima
583. Francisca Joyssa Alves Pereira
584. Gessyca da Costa Silveira Moura
585. Guereth Alexsanderson Oliveira Carvalho
586. Guilherme Augusto Sousa Nunes Pereira
587. Guilherme Reis Silva
588. João Paulo Pereira Boiba
589. Karielly Dias Carvalho
590. Leonardo Torres Anaisse Lima
591. Maria Suzana Oliveira Cruz
592. Sábyra Ydáiad Andrade Rocha e Silva
593. Samuel Santana Jales de Carvalho Lima

45ª Turma – 2018.2

594. Ândresson Aurélio Fernandes Martins
595. Bianca Rodrigues da Costa
596. Caroline Barros Oliveira
597. Deborah Brennda Lavôr Martins
598. Gabriela Aguiar Lages
599. Guereth Alexsanderson Oliveira Carvalho
600. Haline Alves da Silva
601. Iara da Costa Araújo Barros
602. Ítalo José Sampaio Vieira da Cruz
603. Jardeane Ferreira dos Santos Costa
604. João Victor Cruz Silva

605. Juliana Brito de Araújo Holanda
606. Juliana Marques e Silva Lucas
607. Larissa Martins Andrade
608. Leandro Dias Silva
609. Lidayane Maria Rodrigues de Souza
610. Marcus Vinícius Oliveira
611. Maria Clara Ferreira da Silva
612. Maria Suzana Oliveira Cruz
613. Meiryellen Castelo Branco Rodrigues da Silva
614. Tainá de Castelo Branco Araújo
615. Wildson Eduardo Soares de Araújo

46ª Turma – 2019.1

616. Alice da Silva Alencar
617. Anna Vitória Mendes Viana Silva
618. Aryelle Brenda Alves de Aquino
619. Fernanda Alencar Lopes
620. Francilaura Maria de Sousa Silva
621. Gildenilson Oliveira Júnior
622. Guilherme Nilson Alves dos Santos
623. Jéssica Vannessa Alves de Sousa
624. Maria Eduarda Matos Sousa
625. Maria Natally Belchior Fontenele
626. Maria Suzana Oliveira Cruz
627. Mariane Bovino
628. Mateus Torres e Silva
629. Paulo de Tarso Pereira dos Santos
630. Tatiane Araújo da Silva
631. Viviane Oliveira do Nascimento
632. Warney Pires Ferreira

47ª Turma – 2019.2

633. Adriana de Araújo Fortes Cavalcante
634. Álvaro Orsano Napoleão
635. Ana Grazielly Rodrigues de Macedo
636. Ana Valéria de Sousa Lima Cardoso
637. Danielle Christine Alves da Silva
638. Everton Ferreira Teles
639. Francilaura Maria de Sousa Silva
640. Gabriel de Moraes Silva Andrade

- 641. Giovanna Vytoria Marinho da
- 642. Isabelle Ramos
- 643. João Marcos Carvalho Silva
- 644. João Victor Batista Lustosa
- 645. Kênia Suelle da Paz Souza Monteiro
- 646. Laerte José da Silva
- 647. Lara Gabrielly Figuerêdo Lima
- 648. Luana Oliveira Bandeira
- 649. Luíza Maria Cardoso Torres Coelho
- 650. Maria Suzana Oliveira Cruz
- 651. Mauricio de Sousa Carvalho Reis
- 652. Talita Jéssica Araújo Silva
- 653. Vanessa Falcão Prado

48ª Turma – 2021.1

- 654. Alícia Morais Teixeira
- 655. Amanda Vaz Rodrigues Fontinele
- 656. Francilaura Maria de Sousa Silva
- 657. Francisca Aline da Silva Matias
- 658. Francisco Rafael Monte Moreno
- 659. Giovanna Vytoria Marinho da Silva
- 660. João Isaias de Sena Rocha
- 661. Lara Fernanda Carlos Lima
- 662. Lara Gabrielly Figuerêdo Lima
- 663. Marcus Brenner Farias Rocha
- 664. Maria Eduarda Matos Sousa
- 665. Maria Vitória da Silva França
- 666. Meiryellen Castelo Branco
Rodrigues da Silva
- 667. Newany Santos Sá
- 668. Rhafaela Maria Leal de Moraes
- 669. Taynara da Silva Soares Lima
- 670. Yasmin de Sousa Gomes
- 671. Ângela Maria Cardoso dos Anjos
- 672. Guilherme Augusto Sousa Nunes
Pereira
- 673. Ivana Patrícia Piauilino Ferreira
- 674. Laiane Fernades Pereira
- 675. Lara Carvalho Costa
- 676. Marcus Victor Vaz Soares Castro
- 677. Najara Raquel Paz Rodrigues
- 678. Rayza Verônica Soares Carvalho
- 679. Ronney Brandão Osterno



2

Características da boca do bebê, aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritiva

Teresinha Soares Pereira Lopes
Lúcia de Deus Moura
Marcoeli Silva de Moura
Marina de Deus Moura de Lima
Cacilda Castelo Branco Lima

A BOCA DO RECÉM-NASCIDO

A boca do recém-nascido (RN) apresenta peculiaridades anatômicas inerentes à fase de crescimento e desenvolvimento, com características fisiológicas definidas. A mandíbula posiciona-se retruída em relação à maxila com diferença intermaxilar que pode variar de 8 a 12 mm. Essa retrusão ocorre na maioria dos bebês e deve-se ao posicionamento ventral do feto na cavidade amniótica e ao desenvolvimento rudimentar do ângulo mandibular na fase intrauterina (Figura 1).



Figura 1: Perfis de RNs apresentando retrusão mandibular fisiológica.

Os RNs apresentam movimentos mandibulares reduzidos em decorrência do desenvolvimento incipiente da cabeça da mandíbula e da fossa articular do osso temporal, que ao nascimento é rasa ou quase plana. Nessa fase, a cabeça da mandíbula posiciona-se na altura do rodete gengival superior e os movimentos mandibulares ocorrem somente no sentido anteroposterior. O equilíbrio da relação maxilo-mandibular ocorre após o nascimento, momento em que o crescimento da mandíbula é mais significativo no sentido horizontal que o da maxila, com conseqüente redução da discrepância anteroposterior. Esses movimentos vão sendo alterados em complexidade à proporção que os dentes decíduos vão irrompendo e estabilizam-se com o término da erupção dos segundos molares decíduos.

Observando-se um RN frontalmente, os rodetes ou roletes gengivais superior e inferior geralmente apresentam espaçamento na região anterior, que é preenchido pela língua em posição de repouso. Esse espaçamento, semelhante a uma “mordida aberta anterior”, é fisiológico até o início da erupção dos dentes decíduos. A língua do RN em repouso encontra-se posicionada entre os rodetes gengivais, delimitando o espaço que futuramente será ocupado pelos dentes decíduos. O frênulo lingual é uma membrana inserida no ventre da língua e assoalho da cavidade bucal e tem por objetivo direcionar os movimentos da língua (Figura 2).

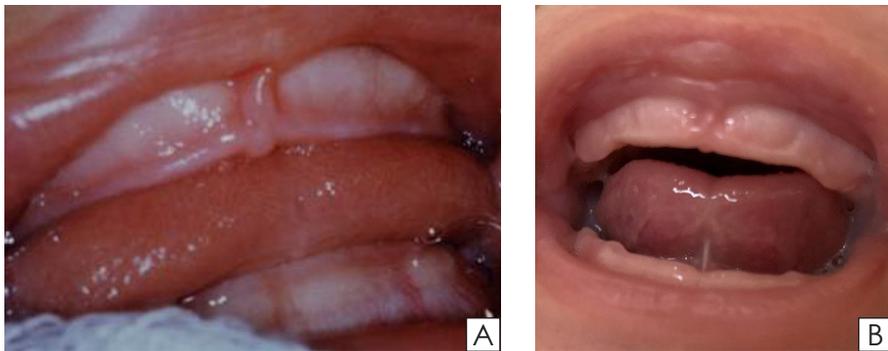


Figura 2: A. Vista frontal dos rodetes ou roletes gengivais superior e inferior; B. Frênulo lingual.

Ao nascimento, a maxila apresenta-se quase plana, no entanto são observadas pregas palatinas fisiológicas que muitas vezes são questionadas pelos pais. Os rodetes são recobertos por mucosa gengival espessa e apresentam a forma de “U” no arco superior, e de ferradura no arco inferior. Na região de incisivos e caninos, é observado tecido gengival espesso, denominado cordão fibroso de Robin e Magitot, que regride à proporção em que os dentes irrompem (Figura 3). Esse cordão auxilia no vedamento dos maxilares durante a sucção.



Figura 3: A. Pregas palatinas do RN; B. Cordão fibroso de Robin e Magitot superior; C. Rodete inferior em forma de ferradura.

Na região anterior dos rodetes gengivais são observados lóbulos que indicam a presença de dentes decíduos em desenvolvimento. Nos RNs atendidos no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês (PPGGB), são observadas com frequência protuberâncias na região de caninos, condição que desperta preocupação nas mães (Figura 4).



Figura 4: Protuberância de caninos decíduos – A e B. Inferiores; C. Superior.

Os lábios do RN apresentam contorno triangular com base no lábio inferior e vértice no lábio superior. O RN amamentado ao seio materno em geral apresenta na porção média do lábio superior calosidade denominada de *Sucking Pad* – apoio para sucção. Essa calosidade pode despertar curiosidade nas mães, as quais devem ser informadas de que se trata de característica fisiológica associada ao aleitamento materno. Em estágio inicial, esse apoio para sucção pode apresentar uma bolha preenchida com fluido claro, que com a fricção do lábio no seio rompe e descama, sem indicação de tratamento. Durante a fase de cicatrização do *Sucking Pad*, ocorre descamação da semimucosa labial e a mãe deve ser orientada a não removê-la (Figura 5).



Figura 5: Bebês com *Sucking Pad* – A e B. Fase bolhosa; C. Após rompimento da bolha.

Na porção interna e mediana do lábio superior, observa-se o frênulo labial que se apresenta firmemente inserido na papila incisiva (Figura 6) e exerce a função de orientar os movimentos labiais e auxiliar no vedamento durante a amamentação. Com o crescimento do processo alveolar e erupção dentária, a inserção do frênulo labial, em geral, migra apicalmente.



Figura 6: Frênulo labial superior inserido na papila incisiva.

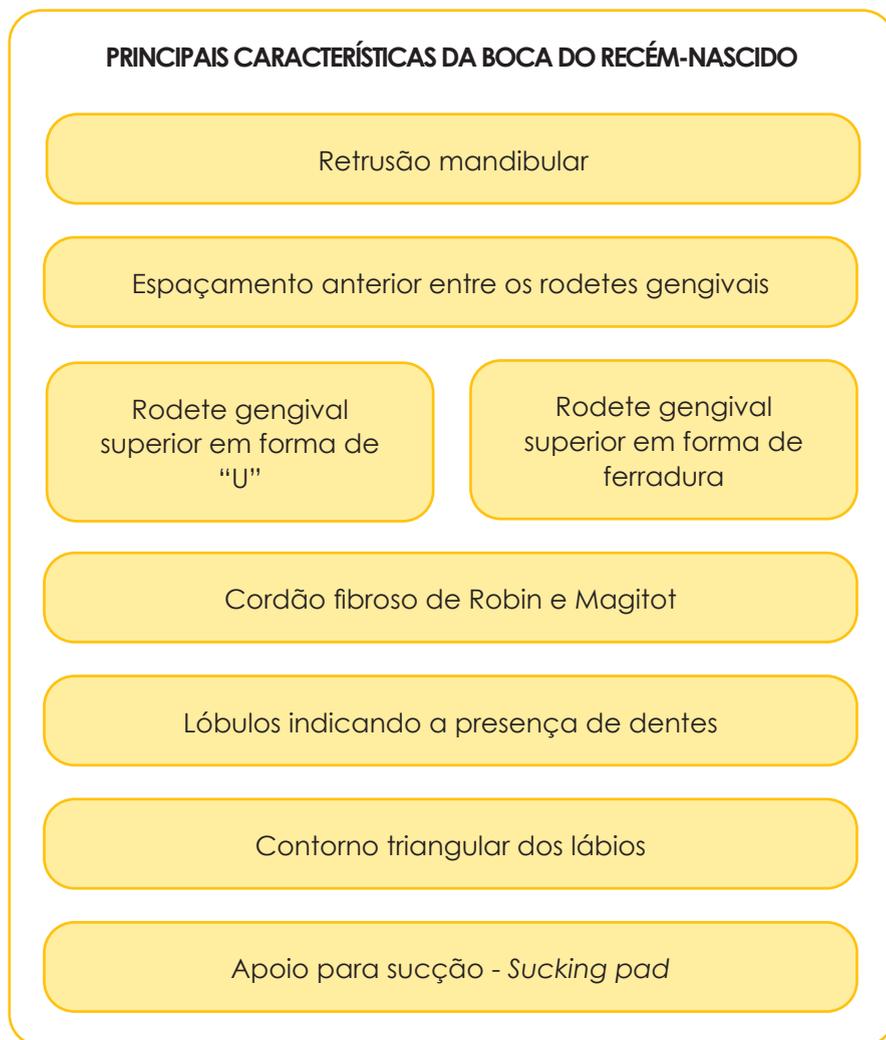
A maioria dos bebês apresenta bochechas proeminentes devido à presença de bolas de gordura Bichat, que podem auxiliar na sucção

É importante que os profissionais de saúde envolvidos em atendimentos de bebês conheçam as características anatomofuncionais da boca de um RN para repassar orientações adequadas aos pais/responsáveis, diagnosticar precocemente possíveis alterações e planejar tratamentos de mínima intervenção.

ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é a principal fonte de alimentação para o bebê nos primeiros meses de vida, com benefícios nutricionais, emocionais e imunológicos. Constitui a mais eficiente medida para redução da morbimortalidade infantil, além de promover impacto positivo na saúde do binômio mãe/bebê e ser um

Fluxograma 1: Principais características da boca do recém-nascido.



elo afetivo. Portanto, o leite materno deve ser a única fonte de alimento para o bebê nos primeiros seis meses de vida. A composição do leite materno varia de acordo com o volume produzido, alimentação da mãe e hora do dia.

As imunoglobulinas presentes no leite materno, especialmente as da classe IgA, conferem ao bebê imunidade contra infecções gastrointestinais, respiratórias e agentes infecciosos com os quais a mãe teve contato. O leite materno contém, ainda, fator bífido, anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina e lisozima. O fator bífido promove a proliferação de *Lactobacillus bifidus*, que contribuem para o equilíbrio da microbiota intestinal até a vida adulta.

O colostro é o leite produzido pela mãe nos primeiros dias pós-parto e considerado a primeira vacina do bebê

O aleitamento materno exclusivo (AME) em “livre demanda” é recomendado pelas organizações de saúde até os seis meses de idade. Após esse período, a dieta é complementada com outros alimentos, em horários programados e sem adição de açúcar. É recomendado que o aleitamento materno seja mantido até os dois anos de idade, dependendo do propósito e planejamento materno. A introdução de outros alimentos antes dos seis meses de vida é fator de risco para desmame precoce e tem como consequências maior número de episódios de infecções e consequentes hospitalizações, risco de desnutrição (diluição inadequada de fórmulas infantis), redução na absorção de nutrientes do leite materno (ferro e zinco) e menor efetividade da lactação como método anticoncepcional.

Apesar da superioridade do aleitamento materno em relação a outras formas de alimentação, somado às políticas e aos investimentos de diversas organizações de saúde, as taxas de AME continuam aquém dos parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A prevalência de AME global de lactentes na faixa etária de zero a seis meses é de aproximadamente 40% e a meta de adesão é de 50% até o ano de 2025. No Brasil, o percentual de AME por seis meses é de 41% (Ministério da Saúde, 2010) e no PPGB é de 48,4% (Lopes et al., 2014). Esse maior percentual em relação ao nacional pode ser justificado pelo fato das atividades do PPGB serem desenvolvidas no Instituto de Perinatologia Social do Piauí, ambulatório de saúde multidisciplinar, que tem o selo Iniciativa Hospital Amigo da Criança, conferido pela OMS e UNICEF a instituições que promovem, protegem e apoiam o aleitamento materno.

Os benefícios do aleitamento materno persistem além da infância

Em longo prazo, as crianças amamentadas por maiores períodos apresentam menores índices de morbimortalidade infecciosa, maloclusões dentárias e maior quociente de inteligência que as amamentadas por períodos mais curtos ou não amamentadas. Evidências também sugerem que a amamentação pode proteger contra sobrepeso, diabetes e outras doenças crônicas.

O aleitamento materno desempenha papel importante também na saúde da mulher. Dentre as vantagens imediatas destacam-se involução uterina, redução de riscos de sangramento e infecção, amenorreia lactacional, redução

de peso e menor risco de depressão, estresse ou ansiedade pós-parto. Os benefícios em longo prazo incluem: menor chance de desenvolvimento de cânceres de mama, ovário e endométrio, diabetes, osteoporose, doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, artrite reumatoide, doença de Alzheimer e esclerose múltipla. No entanto, é necessário que sejam respeitadas a autonomia e intenção da mulher de amamentar. Nesse contexto, os profissionais de saúde, familiares e sociedade devem apoiar o desejo da mãe.

Durante o pré-natal, as gestantes, especialmente as primíparas, devem ser orientadas e motivadas em relação aos benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe/filho. Além disso, é importante que sejam preparadas para o puerpério, pois nessa fase a mãe encontra-se sensível, tanto pelas alterações hormonais, quanto pela responsabilidade de conciliar o cuidado com o filho e suas outras atividades, necessitando de apoio familiar e profissional para superar dificuldades, inseguranças e medos (ver capítulo 1).

Puerpério é o período compreendido entre o nascimento do bebê até 45 a 60 dias pós-parto

No puerpério, o atendimento odontológico do bebê deve ser realizado de forma humanizada, evitando cobranças desnecessárias. Além disso, as informações também devem ser direcionadas para acompanhantes e familiares, cujo apoio influencia na decisão e duração da amamentação. É objetivo dessa consulta desmitificar crenças populares perpetuadas por gerações e que cerceiam o aleitamento materno (Figura 7).

MITOS E CRENÇAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

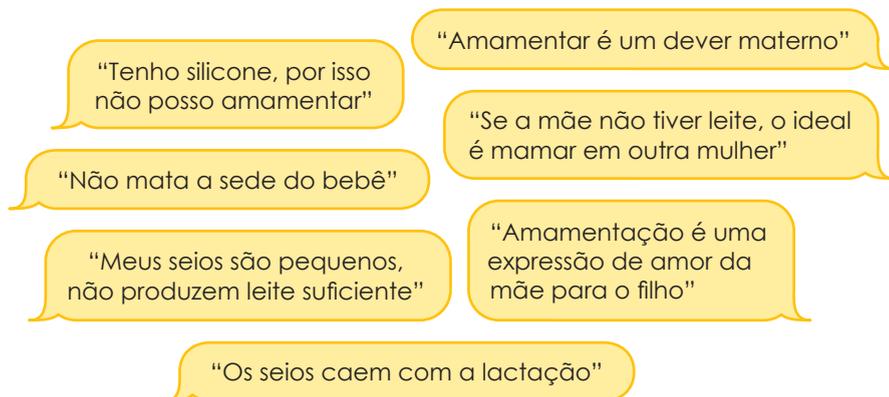


Figura 7: Mitos e crenças sobre aleitamento materno

Fonte: Adaptado de Marques, Cotta, Priore, 2011

Embora a sucção seja um ato reflexo, mãe e bebê devem ficar em posições confortáveis para favorecer a retirada adequada do leite, prevenindo lesões nos mamilos, ingurgitações e desconfortos. A posição mais frequente do bebê durante a amamentação é a horizontal, com a cabeça ligeiramente elevada (Figura 8). As mães podem auxiliar na pega do peito com as mãos posicionadas em apreensão palmar ou em tesoura (Figura 9).



Figura 8: Aleitamento materno – A. Pega correta da mama; B e C. Pegas habituais no PPGB.

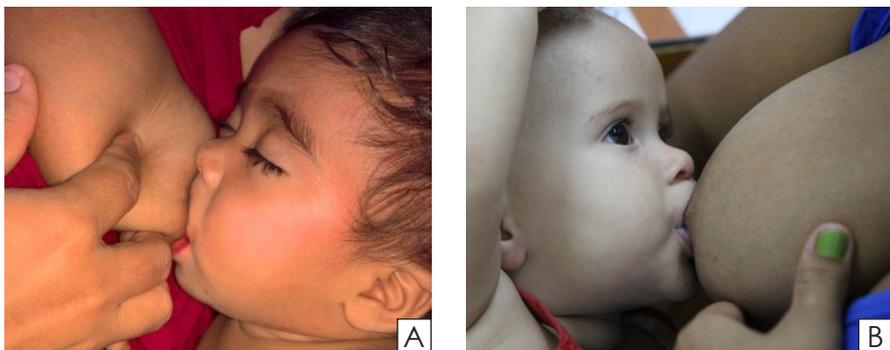


Figura 9: Posições de pega do seio durante a amamentação – A. Em tesoura; B. Palmar.

O RN deve envolver o mamilo de dois a três centímetros da aréola, com o lábio evertido durante a pega (Figura 10). Em cada mamada, o bebê deve esvaziar a mama em virtude do leite secretado no final (leite posterior) ser mais calórico e saciar suas necessidades. É importante ressaltar que o tamanho das mamas não está relacionado com a quantidade de leite produzido.

Com objetivo de proteger e apoiar o aleitamento materno, em 2014 foi aprovada no Brasil a Lei nº 13.002, conhecida como “Teste da Linguinha”, que visa diagnosticar precocemente a anquiloglossia. Entretanto, não é consensual a associação entre anquiloglossia e dificuldade de amamentação, tendo em vista que fatores biológicos, psicológicos e sociais também podem interferir. Nas primeiras semanas após o parto, a dificuldade de amamentação pode estar relacionada a fissuras nos mamilos, percepção de quantidade insuficiente de leite,

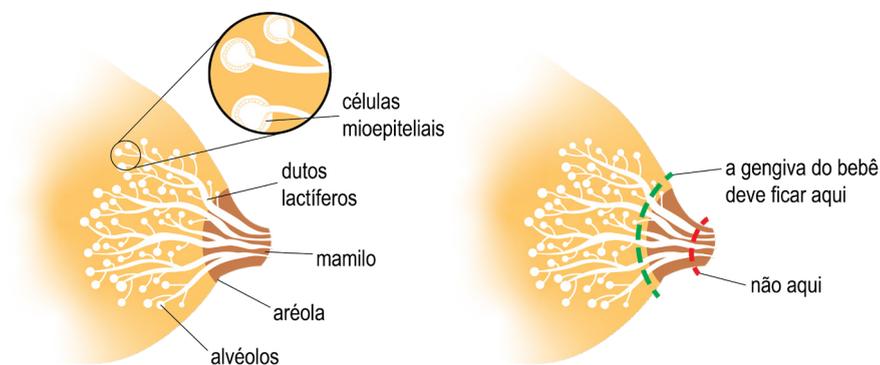


Figura 10: O leite materno é produzido e secretado pelas glândulas mamárias que contêm ductos lactíferos e alvéolos, circundados por células mioepiteliais que participam da expulsão do leite.

dor relacionada à contração uterina, fadiga, ingurgitamento mamário, mastite, incapacidade de sucção pelo RN e inexperiência de primíparas. Nesse contexto, a avaliação de lactante e lactente por equipe multiprofissional possibilita a identificação das possíveis causas que possam interferir na amamentação.

O “Teste da Linguinha” direcionou o olhar do cirurgião-dentista para a língua do RN, portanto para prevenir sobretratamento, o profissional deve ser capacitado a realizar diagnóstico de anquiloglossia cujo tratamento é a frenotomia (ver capítulo 1). Na elaboração do plano de tratamento, possíveis fatores

Quadro 1: Recomendações para melhorar o aleitamento materno.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, 2015

Recomendações para melhorar o aleitamento materno

- Colocar o bebê em posição confortável para mãe/filho — barriga com barriga;
- Realizar uma pega adequada, o bebê deve envolver o mamilo e dois a três centímetros da aréola;
- A mãe deve tomar bastante líquido durante o período de amamentação;
- Expor as mamas ao sol em caso de fissuras;
- As mamadas noturnas devem começar a ser desestimuladas após a erupção dos primeiros dentes;
- Colocar o bebê para arrotar após as mamadas, com o objetivo de evitar cólicas pelo acúmulo de gases e aspiração do leite;

Quadro 2: Fatores relacionados ao desmame precoce.

Fonte: Adaptado de Lopes et al., 2017 e Branger, 2019

Fatores	Exemplos
Relacionados ao RN	<ul style="list-style-type: none"> • O bebê não quer mais mamar • O bebê recusa o peito • Baixo peso
Relacionados à mãe	<ul style="list-style-type: none"> • Decisão materna • Retorno da mãe ao trabalho • Hospitalização • Maior nível socioeconômico • Parto cesárea • Opinião do parceiro
Mitos em relação à amamentação	<ul style="list-style-type: none"> • Leite insuficiente • Não tenho leite • Meu leite é fraco • Todo choro do bebê é indicativo de fome
Manejo da lactação	<ul style="list-style-type: none"> • Traumas mamilares e dor durante a amamentação • Mastite • Ingurgitamento materno
Orientações profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicamentos que contraídicam o aleitamento materno
Complementação da amamentação	<ul style="list-style-type: none"> • Leite de vaca ou fórmulas infantis

de confusão precisam ser excluídos e a cirurgia somente deve ser realizada após confirmação de que a anquiloglossia é a causa da dificuldade na amamentação, visto que em alguns casos, mesmo com alteração no frênulo, o bebê suga adequadamente. No PPGGB, quando o bebê é diagnosticado com anquiloglossia e a mãe relata dificuldade de amamentação, a díade é encaminhada ao “Banco de Leite Materno”, em que equipe de profissionais especializada no apoio ao aleitamento materno avalia os demais fatores associados, como pega, saída do leite, força de sucção, tipo de bico do peito dentre outros, e informa a mãe sobre como melhorar o aleitamento (Quadro 1).

A amamentação é uma prática milenar e desafio para as mulheres contemporâneas. A lactação bem sucedida é de responsabilidade familiar e social e não uma função restrita da mãe. Os principais fatores atribuídos ao processo de desmame precoce estão descritos no quadro 2.

A partir dos seis meses de idade, tem início a introdução de alimentação complementar, que deve ser balanceada, em diferentes cores, consistências, sabores e texturas (Figura 11), objetivando prevenir fome, obesidade e desnutrição na primeira infância (Quadro 3).

Quadro 3: Passos para uma alimentação saudável.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, 2015.

- 1** Somente leite materno durante seis meses de vida. Sem oferecer água, chás ou qualquer tipo de alimento
- 2** A partir dos seis meses, oferecer carne, cereais, tubérculos e frutas três vezes ao dia se a criança mantiver o leite materno, e cinco vezes ao dia se estiver desmamado.
- 3** A alimentação complementar deve obedecer aos horários das refeições da família e apetite da criança. Deve ser espessa desde o início, como papas, purês, e oferecida com colher, até chegar na alimentação da família.
- 4** Evitar o consumo de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas e alimentos industrializados. Usar sal com moderação.
- 5** Ter cuidado com a higiene no preparo e manuseio dos alimentos, garantindo a conservação adequada.



Figura 11: Alimentação saudável – Hábito que deve ser estimulado desde o início da alimentação complementar do bebê.

O aleitamento materno até 12 meses de vida é fator de proteção para a cárie na primeira infância (CPI). A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) recomenda que, após a erupção dos primeiros dentes, a mãe deve evitar a amamentação em livre demanda. No PPGb, as mães são orientadas a não adicionar açúcar no preparo dos alimentos do bebê e realizar higiene bucal com fralda acrescida de dentifrício fluoretado da família (1.000 a 1.500 ppmF), duas vezes ao dia, como medidas preventivas para CPI (ver capítulos 1 e 5).

No PPGb, as famílias são incentivadas e motivadas a consumirem alimentos saudáveis. Alimentos processados e com adição de açúcar não são recomendados

ALEITAMENTO ARTIFICIAL

O aleitamento artificial é indicado quando a mãe não tem o propósito de amamentar ou está impossibilitada devido a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), por vírus linfotrópico de células T humano tipo 1 e 2 (HTLV1 e HTLV2), em uso de drogas ilícitas e determinados antineoplásicos ou radiofármacos. Nessas circunstâncias, o bebê deve ingerir apenas fórmula infantil, indicada para cada etapa do desenvolvimento do lactente. O leite de vaca diluído é também opção viável, porém pouco recomendada nos primeiros meses, por conter caseína que é uma proteína de difícil digestão para a espécie humana. Apesar das fórmulas infantis se assemelharem ao leite materno em percentuais de carboidratos, proteínas e vitaminas, os anticorpos e fatores bioativos estão presentes somente no leite materno. A mamadeira é o instrumento mais utilizado para oferta das fórmulas infantis, leite de vaca e outros líquidos (Figura 12).



Figura 12: Aleitamento artificial – A. Posição da mãe; B. Posição do bebê mamando na mamadeira.

HÁBITOS DE SUCCÃO NÃO NUTRITIVA

A sucção é um reflexo inato que visa nutrição e satisfação psicoemocional do RN. A amamentação natural, por requerer maior esforço do bebê durante a ordenha e maior tempo durante as mamadas, em geral, sacia tanto a necessidade de nutrição quanto a de sucção. Quando a criança apresenta outras formas de alimentação, muitas vezes a necessidade de nutrição é saciada, persistindo a de sucção, favorecendo a instalação de Hábitos de Sucção Não Nutritiva (HSNN). Os mais frequentes são sucção digital e de chupeta. Esses hábitos indesejáveis podem desencadear deformidades nos arcos dentários e provocar maloclusão.

A instalação de HSNN é mais frequente em crianças não amamentadas ao seio, principalmente na ausência de AME. No primeiro ano de vida, os bebês sentem necessidade de sugar, colocando os dedos das mãos na boca. No PPGB, as mães são orientadas a manter o bebê com luvas, para evitar a instalação do hábito de sucção digital (Figura 13). Caso consiga retirar as luvas com facilidade, podem ser utilizadas meias ajustadas com fita adesiva. No PPGB, a prevalência de HSNN em crianças de 30 a 48 meses foi de 27,3% - chupetas (20,2%) e sucção digital (7,1%) (Lopes et al., 2014).

Hábito de sucção digital é mais difícil de ser removido que o de chupeta, devido à disponibilidade e prazer

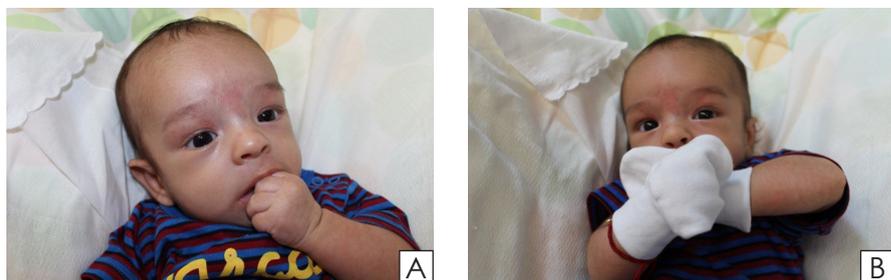


Figura 13: Prevenção de hábito de sucção digital

A. Bebê sugando os dedos;

B. Bebê com luvas visando prevenir instalação do hábito.

O hábito de sucção de chupeta vem sendo desaconselhado pela possibilidade de interferir negativamente no aleitamento materno. Entretanto, evidências indicam que se o hábito for iniciado ao nascimento ou após o aleitamento estabelecido não há interferência. A sucção de chupeta tem sido indicada em RNs prematuros e/ou de baixo peso com risco de hipoglicemia, pois auxilia no amadurecimento do reflexo de sucção, com consequente melhora na qualidade do aleitamento materno. Além disso, nos casos em que a mãe se encontra impossibilitada de amamentar, a chupeta pode funcionar como aparelho de sucção para o bebê suprir essa necessidade inata. O exercício é realizado quando é percebido que a criança foi adequadamente alimentada, é acalentada no colo materno, mas o choro persiste. A chupeta é introduzida lentamente entre os lábios, até o bebê iniciar a sucção, em seguida é tracionada levemente, com objetivo de o bebê exercitar a musculatura. Esse exercício deve ser repetido de oito a dez vezes, estimulando a fadiga muscular.

Além disso, o uso de chupeta no primeiro ano de vida do RN pode acalmar os bebês. Não existe consenso, porém estudos indicam que o risco da síndrome de morte súbita infantil (morte repentina e inesperada de crianças menores de um ano de idade que ocorre durante o sono e sem causa) pode ser reduzido pelo uso de chupeta, por promover estabilização das vias aéreas faríngeas pela adesão velo-glossal. Após o primeiro ano de vida, o hábito deve ser interrompido por estar associado à ocorrência de otite média e maloclusões.

Não existem evidências sobre a superioridade das chupetas ortodônticas quando comparadas às convencionais em relação à ocorrência de maloclusão

Os HSNNs prolongados interferem no desenvolvimento do sistema estomatognático, de acordo com o padrão facial do paciente, frequência, intensidade e duração do hábito. Para que ocorram alterações dentoalveolares, a

força exercida deve ser mantida por no mínimo quatro horas ininterruptas. As principais maloclusões relacionadas aos HSNNs são mordida cruzada posterior, mordida aberta anterior e protrusão de incisivos (Figura 14). No entanto, quando são removidos precocemente, autocorreção pode ocorrer nos casos de protrusão de incisivos e mordida aberta anterior. A mordida cruzada posterior, uma vez instalada, não se autocorrigue com a remoção do hábito, necessitando de tratamento ortopédico/ortodôntico.



Figura 14: Maloclusões provocadas por HSNNs – A. Mordida aberta anterior, B. Mordida cruzada posterior e C. Protrusão de incisivos superiores.

Para a remoção de HSNNs, é necessária a motivação dos pais e da criança e participação de equipe multiprofissional, incluindo cirurgião-dentista e ocasionalmente o psicólogo, para estimular, de forma consensual, a retirada do hábito. Tratamento ortodôntico e intervenção psicológica têm sido utilizados para promover a interrupção dos HSNN em crianças, porém a efetividade dessas condutas não está comprovada.

Pesquisa realizada no PPGB concluiu que crianças assíduas às consultas programadas apresentaram menor prevalência de HSNN, o que demonstra o impacto positivo do projeto nas mudanças de atitudes das famílias. As consultas de manutenção preventiva são individualizadas para reforçar e renovar as orientações de educação em saúde, respaldadas na concepção de ensino-aprendizagem (ver capítulo 1). O letramento em saúde bucal gera autonomia em relação ao cuidado com a saúde no âmbito familiar. A permanência de HSNN por tempo superior a 24 meses esteve associada com o desenvolvimento de maloclusões.

REFERÊNCIAS

1. Abanto J, Raggio DP, Alves FBT, Corrêa FNP, Bönecker M, Corrêa MSNP. Oral characteristics of newborns: report of some oral anomalies and their treatment. *Int J Dent*. 2009; 8(3):140-145.
2. Abbass-Dick J, Brown HK, Jackson KT, Rempel L, Dennis CL. Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery* 2019; 75:41-51.
3. Academy American of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood

- Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent*. 2016;38(6):52-54.
4. Altuntas N, Unsal A. Which Hand Position in Breastfeeding Is Better for Milk Intake: Palmar Grasp or Scissor Grasp? A Pilot Study. *Breastfeeding Medicine* 2019;14(9):662-665.
 5. Borrie FR, Bearn DR, Innes NP, Iheozor-Ejiofor Z. Interventions for the cessation of non-nutritive sucking habits in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;31;(3):CD008694.
 6. Branger B, Camelot F, Droz D, et al. Breastfeeding and early childhood caries. Review of the literature, recommendations, and prevention. *Arch Pediatr*. 2019;26(8):497-503.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília; 2010:1-63.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Cadernos de Atenção Básica, n. 23.
 9. Carlin RF, Moon RY. Risk Factors, Protective Factors, and Current Recommendations to Reduce Sudden Infant Death Syndrome: A Review. *JAMA Pediatr*. 2017;171(2):175-180.
 10. Cesar G, Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, et al. Association Between Breastfeeding and Intelligence, Educational Attainment, and Income at 30 Years of Age: A Prospective Birth Cohort Study From Brazil. *Lancet Glob Health* 2015;3(4): e199-205.
 11. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr*. 2018;203:190-196.e21.
 12. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients*. 2018;10(1):48.
 13. Del Ciampo LA, Del Ciampo IRL. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2018;40(6):354-359.
 14. Dipasquale V, Romano C. Complementary feeding: new styles versus old myths. *Minerva Med*. 2020;111(2):141-152.
 15. Eidelman AI, Schanler RJ. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129(3):e827-e841.
 16. Eidelman AI. Routine pacifier use in infants: pros and cons. *J Pediatr*. 2019;95(5):621.
 17. Fata S, Atan ŞÜ. The relationship between fatigue and breastfeeding self-efficacy. *Niger J Clin Pract*. 2018;21(11):1408-1414.

18. Geddes DT, Sakalidis VS, Hepworth AR, et al. Tongue movement and intra-oral vacuum of term infants during breastfeeding and feeding from an experimental teat that released milk under vacuum only. *Early Hum Dev.* 2012;88(6):443-449.
19. George D, Bhat SS, Hegde SK. Oral findings in newborn children in and around Mangalore, Karnataka State, India. *Med Princ Pract.* 2008;17(5):385-389.
20. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, et al. Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients.* 2019;11(10):2266.
21. Hermanson Å, Åstrand LL. The effects of early pacifier use on breastfeeding: A randomised controlled trial. *Women Birth.* 2019;5:(18):30290-30297.
22. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):30-37.
23. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016:CD007202.9.
24. Lopes TS, Moura LF, Lima MC. Breastfeeding and sucking habits in children enrolled in a mother-child health program. *BMC Research Notes* 2014;7:362.
25. Lopes TSP, Lima, CB, Evelim, LS, Lima, MDM; Moura LFAD; Moura MS, Lima, CMP Factors Associated with Early Weaning According to the Report of Mothers in a Child Friendly Hospital Initiative. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 2017;17(1): e3508.
26. Lubbe W, Ten Ham-Baloyi W. When is the use of pacifiers justifiable in the baby-friendly hospital initiative context? A clinician's guide. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):130.
27. Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB. Systematic literature review of modifiable risk factors for recurrent acute otitis media in childhood. *J Pediatr.* 2006;82(2):87-96.
28. Maria SC, Aby J, Truong MT, Thakur Y, Rea S, Messner A. The Superior Labial Frenulum in Newborns: What Is Normal?. *Glob Pediatr Health.* 2017;4:2333794X17718896
29. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011;16(5):2461-2468.
30. Medeiros R, Ximenes M, Massignan C, et al. Malocclusion prevention through the usage of an orthodontic pacifier compared to a conventional pacifier: a systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2018;19(5):287-295.
31. Moura LFAD, Moura MS, Toledo AO. Hábitos Buciais em Crianças que Frequentaram um Programa Odontológico de Atenção Materno-Infantil.

- J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê 2007;10(53):455-460.
- 32.** Pagor C. Breastfeeding: myths and misconceptions. *Community Pract.* 2015;88(7):20-21.
 - 33.** Pellegrinelli ALR, Pereira SCL, Ribeiro IP, Santos LC. Influência do uso de chupeta e mamadeira no aleitamento materno exclusivo entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano. *Rev. Nutr.* 2015; 28(6):631-639.
 - 34.** Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *Lancet.* 2016;387(10017):491-504.
 - 35.** Schmitt BHE, Guzzi SH, Damo MN, Araújo SM, Farias MMAG. Características da Cavidade Oral de Bebês Recém-Nascidos, Blumenau/ SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2012;12(1):89-92.
 - 36.** Sriraman NK, Kellams A. Breastfeeding: What are the Barriers? Why Women Struggle to Achieve Their Goals. *J Womens Health (Larchmt).* 2016;25(7):714-722.
 - 37.** UNICEF. Situação Mundial da Infância – Criança, amamentação e nutrição. Crescendo saudável em um mundo em transformação. Nova York: Unicef; 2019.
 - 38.** Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475-490.
 - 39.** World Health Organization (WHO); UNICEF. Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revise Baby-Friendly Hospital Initiative 2018. ISBN 978-92-4-151380-7.
 - 40.** Zavala Abed B, Oneto S, Abreu AR, Chediak AD. How might non nutritional sucking protect from sudden infant death syndrome. *Med Hypotheses* 2020; 22;143:109868.
 - 41.** Zielińska M. A, Sobczak A, Hamulka J. Breastfeeding knowledge and exclusive breastfeeding of infants in first six months of life. *Rocz Panstw Zakl Hig* 2017;68(1):51-59.



3

Alterações de desenvolvimento e afecções bucais frequentes em bebês

Marina de Deus Moura de Lima
Carla Riama Lopes de Pádua Moura
Lúcia de Deus Moura
Teresinha Soares Pereira Lopes
Marcoeli Silva de Moura
Cacilda Castelo Branco Lima

ALTERAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO

1. Cistos mucosos do recém-nascido
2. Epúlide congênita
3. Dentes natais e neonatais
4. Defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário
5. Glossite migratória benigna
6. Mucocele
7. Dentes duplos
8. Alterações de número

1. CISTOS MUCOSOS DO RECÉM-NASCIDO

Os cistos mucosos são as alterações mais prevalentes da cavidade bucal do recém-nascido (RN) e caracterizam-se como pápulas/nódulos múltiplos ou isolados, com coloração branca, branco-amarelada ou branco-acinzentada, tamanhos variados e predileção pela maxila. O diagnóstico é clínico e eles geralmente regridem espontaneamente nos primeiros meses de vida. Durante a consulta odontológica, os pais devem ser orientados em relação à sua inocuidade. Esses cistos podem ser classificados, de acordo com origem e localização, em pérolas de Epstein, cistos da lâmina dentária ou nódulos de Bohn.

Pérolas de Epstein

As pérolas de Epstein são cistos de inclusão assintomáticos, localizados na rafe palatina mediana, na junção entre os palatos duro e mole. São provenientes de remanescentes epiteliais originários da fusão dos processos palatinos. A prevalência varia de 60% a 85% e não há predileção por sexo (Hayes et al., 2000) (Figura 1A).

Cistos da Lâmina Dentária

São nódulos esbranquiçados provenientes de remanescentes do epitélio da lâmina dentária. Localizam-se na crista do rodete gengival, mais frequentemente na região posterior. Quando localizados em rodete gengival anterior, o diagnóstico diferencial deve ser feito com dentes natais ou neonatais (Figura 1B).

Nódulos de Bohn

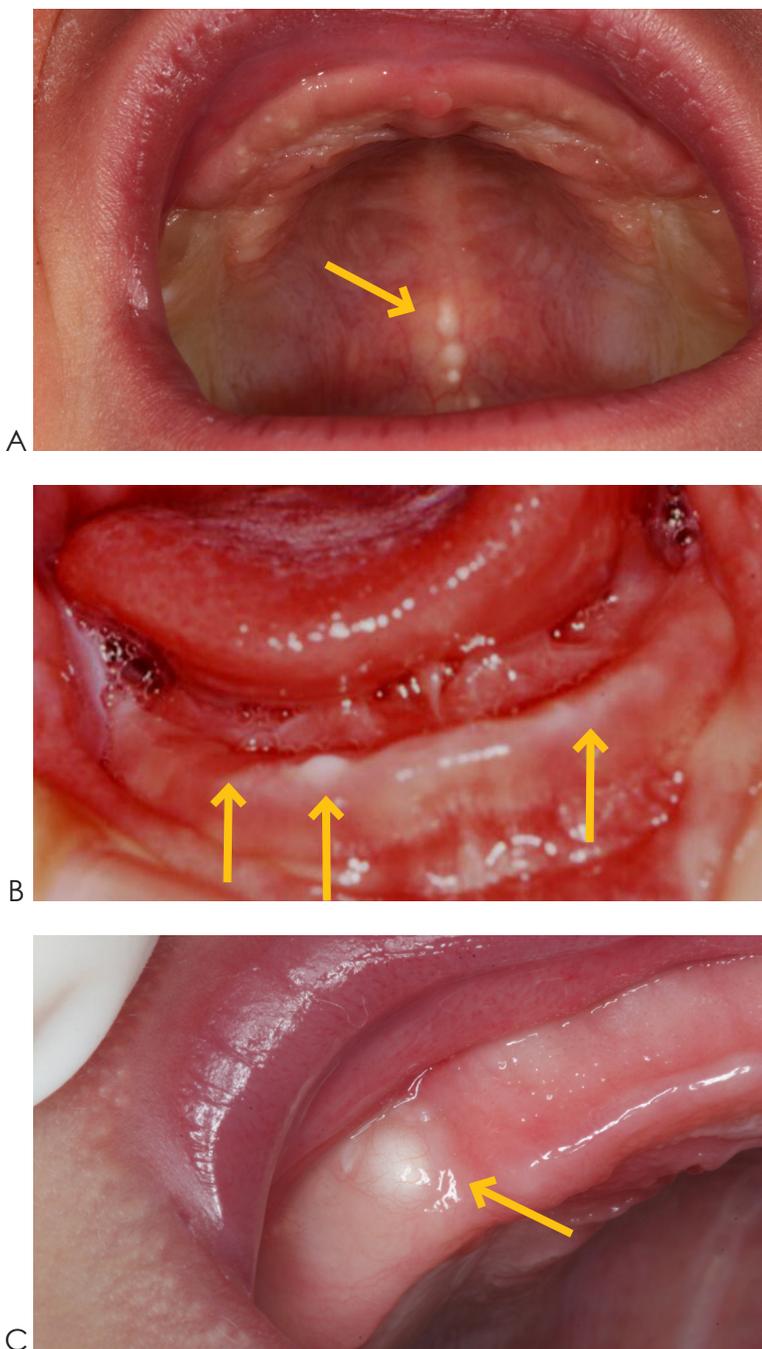
São nódulos múltiplos ou isolados localizados nas superfícies vestibular ou lingual do rodete gengival ou palato (com exceção da rafe palatina mediana) do RN. São originários de remanescentes epiteliais provenientes do processo de formação de glândulas salivares (Figura 1C).

2. EPÚLIDE CONGÊNITA

A epúlida congênita, tumor de células granulares gengival do RN ou tumor de Neumann, é uma lesão benigna rara, localizada geralmente em rodete gengival superior. Em geral, a lesão é única e mais frequente em crianças do sexo feminino (10:1) (Conrad & Perez, 2014). É caracterizada por aumento de volume, de formato nodular com superfície lisa ou lobulada e consistência firme. A lesão pode ser séssil ou, mais frequentemente, pediculada com tamanho variável.

A etiologia da epúlida congênita é desconhecida e a lesão desenvolve-se durante o terceiro trimestre de gestação, portanto o diagnóstico pode ser realizado na vida intrauterina por meio de ultrassonografia morfológica. O tamanho da lesão estabiliza-se após o nascimento, o que sugere a interferência de hormônios maternos em seu crescimento.

Lesões pequenas em geral apresentam involução espontânea, no entanto as maiores podem interferir na respiração e/ou sucção, além do risco de serem confundidas com outras patologias (rabdomioma, miofibroma infantil, fibroma odontogênico periférico). Nesses casos, o tratamento consiste na remoção cirúrgica da lesão (Figura 2) e o material excisado deve ser acondicionado



A

B

C

Figura 1: Cistos Mucosos do RN

A. Pérolas de Epstein;

B. Cistos da lâmina dentária;

C. Nódulo de Bohn

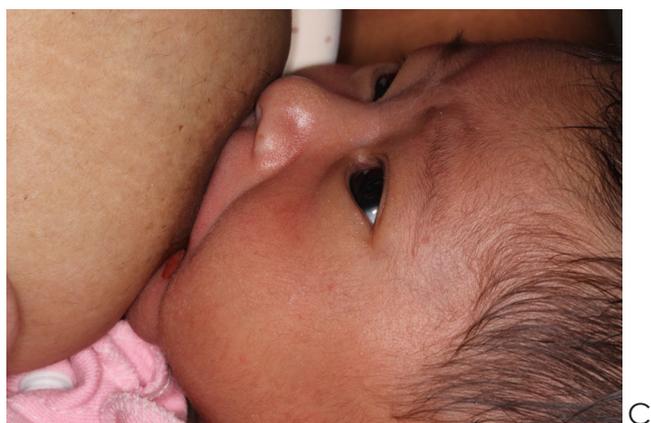


Figura 2: Epúlide Congênita do RN

A. Lesão em região anterior do rodete inferior;

B. Aspecto após excisão cirúrgica;

C. Bebê sendo amamentado após o procedimento.

em recipiente identificado, contendo solução de formaldeído a 10%. O encaminhamento ao laboratório de patologia deve conter dados de identificação do paciente (idade, sexo), características da lesão (localização, consistência) e hipóteses diagnósticas.

3. DENTES NATAIS E NEONATAIS

Os dentes natais e neonatais são aqueles que irrompem precocemente na cavidade bucal do RN. Os dentes natais estão presentes ao nascimento e os neonatais são menos frequentes e irrompem nos primeiros 30 dias de vida (período neonatal). A incidência de dentes natais/neonatais varia de 1:1.000 a 1:3.500 nascidos vivos (Mhaske et al., 2013) e são mais frequentes no sexo feminino. A etiologia da erupção precoce de dentes decíduos é desconhecida, sendo associada a hereditariedade, posição superficial do germe dentário, distúrbios endócrinos, atividade osteoblástica na área do germe dentário e hipovitaminoses. Podem ser supranumerários ou, mais frequentemente, dentes da série normal, sendo os incisivos inferiores os prevalentes. O diagnóstico, quando possível, é realizado por meio de exame radiográfico.

A decisão de tratamento depende do grau de mobilidade do dente. Caso o dente seja da série normal e apresente mobilidade leve (dente não movimentado pela força da língua), deve-se optar pela sua manutenção na cavidade bucal. Porém, é importante avaliar a presença de bordos dentários irregulares que possam lesionar a base da língua (úlceras de Riga-Fede) e/ou o seio materno durante a amamentação. A lesão de Riga-Fede consiste em ulceração elevada, endurecida e circundada por halo eritematoso (Figura 3).

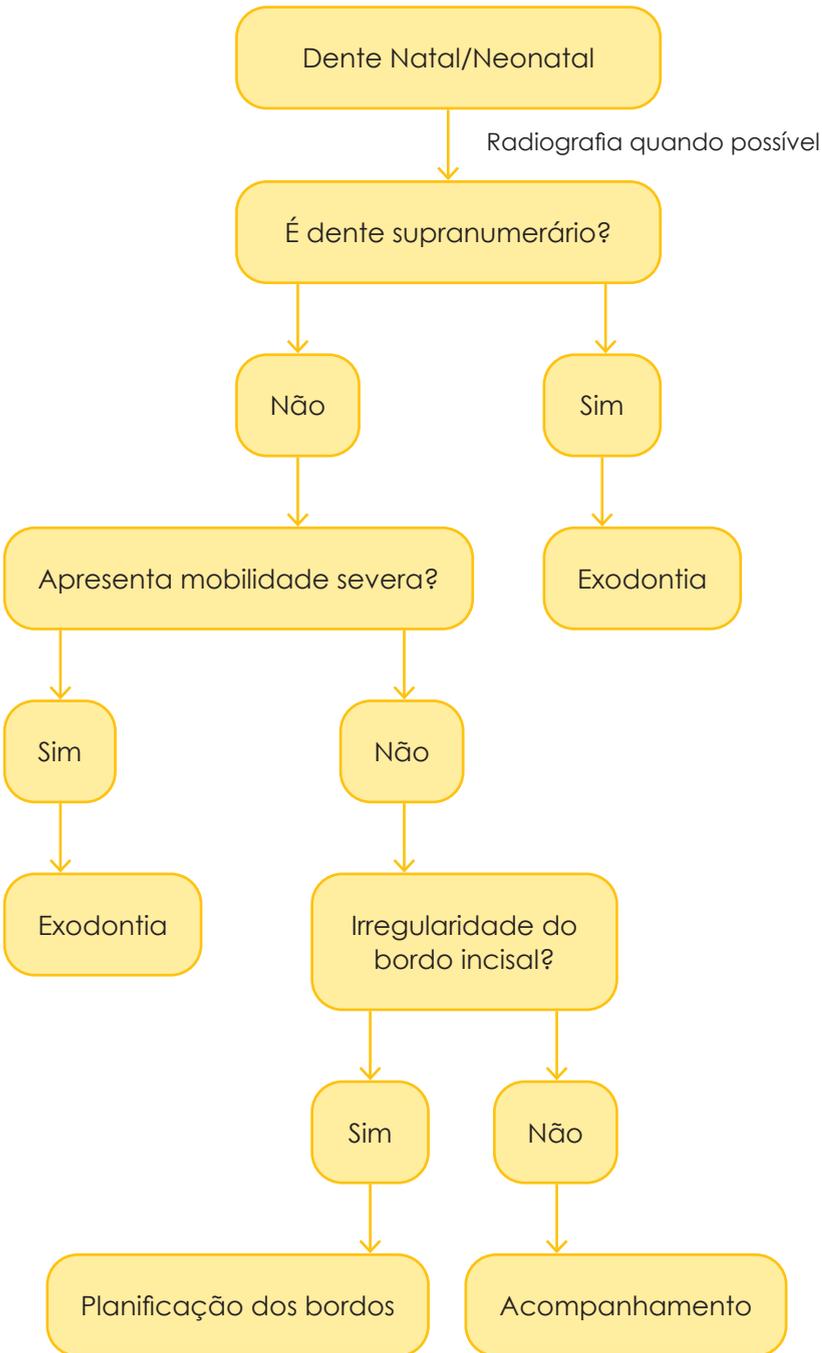
Nessas condições, as arestas dentárias devem ser regularizadas utilizando discos de lixa, lixas de unhas, pontas diamantadas ou tiras de lixa para acabamento de amálgama. Nesses casos, as mães devem ser orientadas a realizar higienização do(s) dente(s) utilizando fralda e creme dental fluoretado (no mínimo 1.000 ppmF) duas vezes ao dia.



Figura 3: A. Teste de mobilidade de dente natal em RN com dois dias de vida; B. Dentes natais com boa implantação na base óssea associados a úlcera de Riga-Fede; C. Dente natal apresentando grande mobilidade.

Fluxograma 1: Tratamento para dentes natais e neonatais

Fonte: Adaptado de Moura et al., 2014.



Dentes natais/neonatais com mobilidade excessiva, que apresentem risco de aspiração ou deglutição, devem ser removidos utilizando anestésico tópico e compressas de gaze. Ao final do procedimento, o alvéolo deve ser curetado com colher de dentina, a fim de remover células da papila dentária e da bainha epitelial de Hertwig que podem permanecer e formar tecido dentário (Figura 4). O fluxograma 1 descreve as alternativas de tratamento para dentes natais e neonatais.

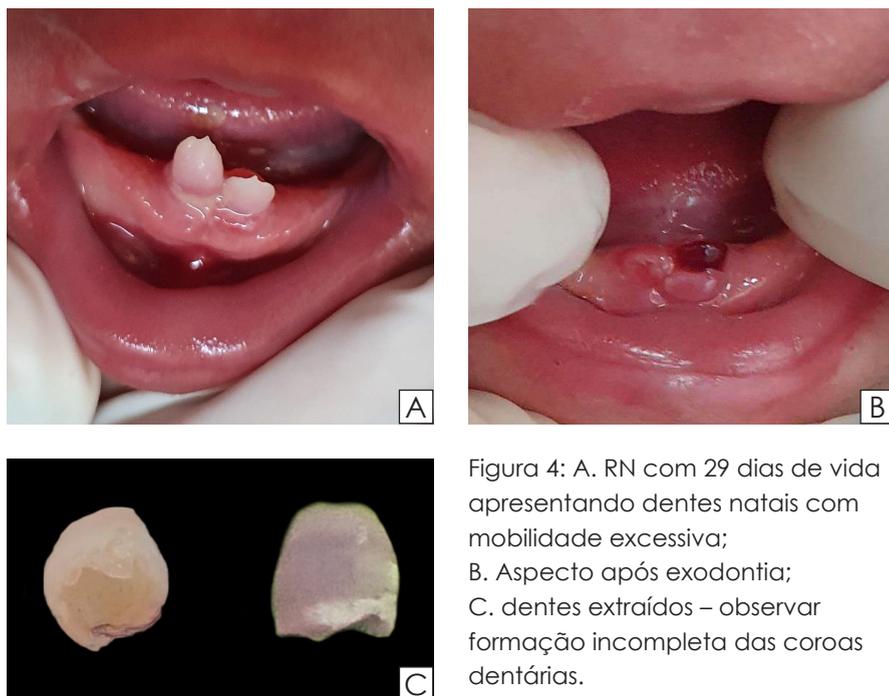


Figura 4: A. RN com 29 dias de vida apresentando dentes natais com mobilidade excessiva; B. Aspecto após exodontia; C. dentes extraídos – observar formação incompleta das coroas dentárias.

4. DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DO ESMALTE DENTÁRIO

Os defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário (DDEs) são alterações irreversíveis resultantes de distúrbios durante a amelogênese, que afetam morfologia, dureza e/ou coloração dentária. A amelogênese é dividida didaticamente em duas fases: secreção (deposição da matriz proteica do esmalte) e mineralização/maturação (mineralização da matriz orgânica). Os DDEs podem ser classificados em quantitativos ou qualitativos de acordo com a fase da amelogênese em que ocorrem. Os DDEs quantitativos resultam de distúrbios na fase de secreção, com redução da espessura do esmalte, enquanto os qualitativos ocorrem durante a fase de mineralização/maturação, com redução do percentual de minerais (Fluxograma 2).

Fluxograma 2: Defeitos de desenvolvimento do esmalte de acordo com a fase da amelogênese.



Os DDEs localizam-se frequentemente no terço médio das superfícies vestibular/lingual ou em face incisal/ponta de cúspide. Os defeitos quantitativos (hipoplasias) apresentam bordas lisas e regulares, enquanto nos qualitativos são observadas opacidades demarcadas de coloração variável e quanto mais escura for a lesão, maior a porosidade e risco de perda de estrutura pós-irruptiva (Figura 5).

A etiologia de DDE é multifatorial, com influência genética e de fatores ambientais. A prevalência na dentição decídua é de aproximadamente 55%

Melhor prognóstico



Branca



Amarela



Marrom

Risco de perda de estrutura pós-irruptiva

Figura 5: Risco de perda de estrutura pós-irruptiva de acordo com a coloração da lesão.

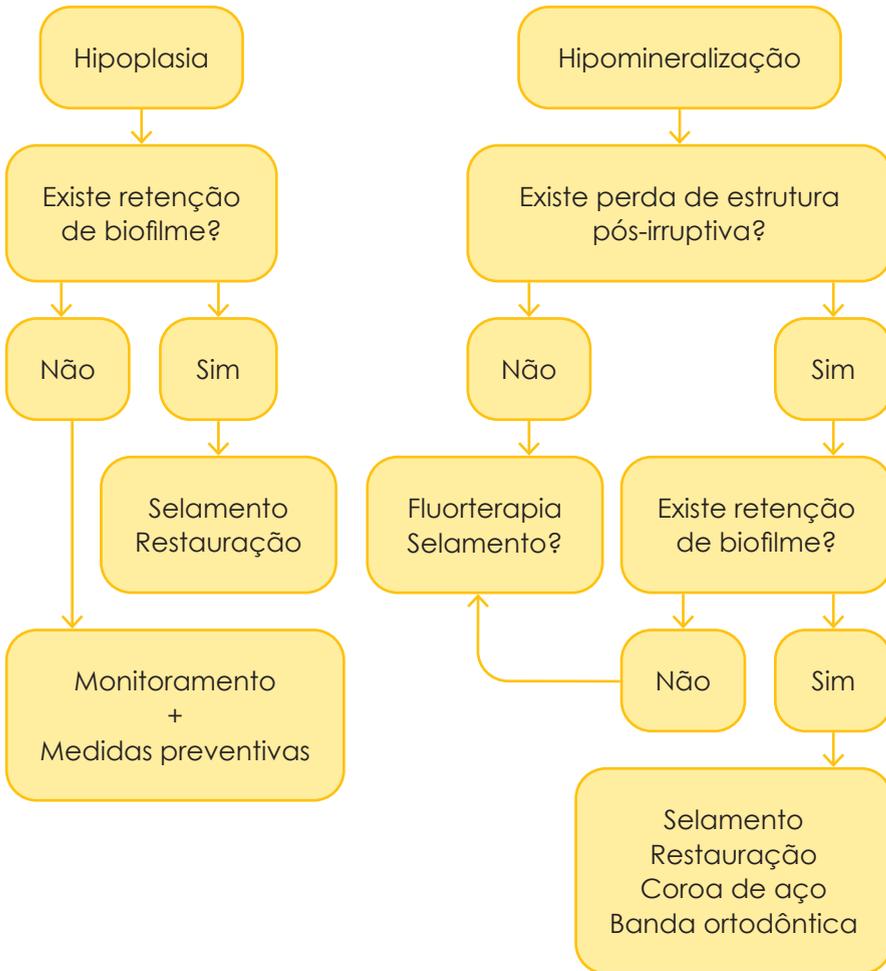
(Ruschel et al., 2019), destacando-se hipomineralizações em segundos molares decíduos e hipoplasias na superfície vestibular de caninos inferiores. O diagnóstico de DDE deve ser realizado precocemente para que perda de estrutura pós-irruptiva, cárie dentária e exodontia precoce sejam prevenidas.

No PPGB, as mães de crianças com DDE são instruídas de que seus filhos apresentam dentes mais suscetíveis à cárie dentária. Medidas preventivas incluindo escovação supervisionada com dentifrício fluoretado da família (1.000 a 1.500 ppm F) e controle da frequência de consumo de açúcar devem ser intensificadas no âmbito familiar (ver capítulo 5). O planejamento do tratamento deve considerar severidade da lesão, idade e colaboração da criança, além da expectativa da família. O tratamento de dentes com DDE inclui utilização de agentes fluoretados, selamento de superfícies oclusais (preferência por cimento de ionômero de vidro – CIV), restauração direta, cimentação de coroa de aço ou, como alternativa, banda ortodôntica preenchida com CIV (Fluxograma 3).

5. GLOSSITE MIGRATÓRIA BENIGNA

A glossite migratória benigna, também denominada língua geográfica, é uma alteração de desenvolvimento transitória mais frequente em crianças do sexo feminino. A condição afeta 0,4% a 14,3% da população infantil (Pinto et al., 2014) e apresenta etiologia desconhecida, embora possa estar associada a hereditariedade, diabetes mellitus, infecções fúngicas, síndrome de Down, den-

Fluxograma 3: Fluxograma de tratamento para crianças com DDE.



tre outras. Nas crianças afetadas, papilas filiformes localizadas no dorso e borda lateral da língua degeneram-se, formando áreas delimitadas semelhantes a um mapa, daí a denominação língua geográfica (Figura 6).

As lesões apresentam-se como erosões circulares circundadas por finas linhas branco-amareladas com formas variadas (Figura 7). A remissão é espontânea, porém novas lesões podem aparecer posteriormente em outras posições, em intervalos variados de tempo. Algumas crianças não apresentam sintomatologia, enquanto outras relatam ardência durante a ingestão de alimentos ácidos ou condimentados. O tratamento é sintomático e consiste em evitar a ingestão

de alimentos que desencadeiam sensibilidade e, em caso de ardência, pode ser prescrita pomada à base de corticosteróides – acetônio de triancinolona (Omicilon A em orabase®).



Figura 6: Glossite migratória benigna ou língua geográfica.



Figura 7: Representação esquemática de diferentes formas de apresentação de glossite migratória benigna

Fonte: Adaptado de Nandini et al., 2016.

6. MUCOCELE

A mucocele é uma lesão causada por acúmulo de saliva (mucina) no interior dos tecidos bucais, devido à ruptura de ducto excretor de glândula salivar menor provocada por traumatismo local de pequena intensidade ou obstrução por sialolito (cálculo salivar). As lesões superficiais geralmente são arredondadas, flutuantes, translúcidas ou levemente azuladas, e as mais profundas apresentam coloração semelhante a da mucosa bucal adjacente (Figura 8A). A mucocele apresenta tamanho variável e pode localizar-se em língua, palato mole, lábio superior e no assoalho da boca, sendo mais frequente no lábio inferior. Quando a lesão localiza-se em assoalho bucal, relacionada à obstrução do ducto excretor da glândula sublingual, é denominada de rânula por apresentar aspecto característico de “papo de rã” (Figura 8B).

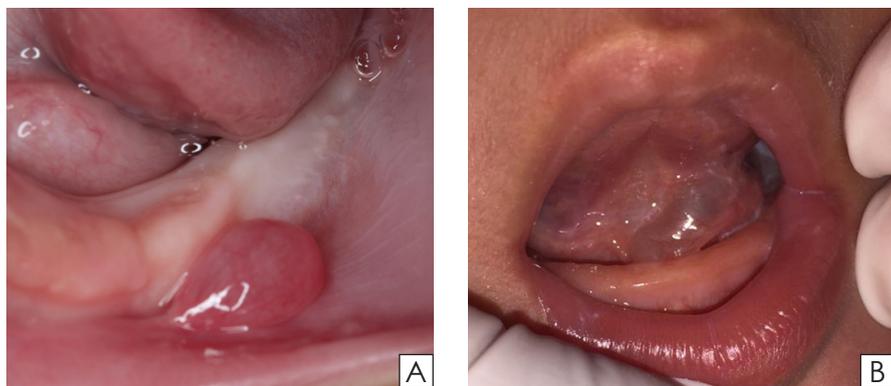


Figura 8: A. Mucocele localizada em lábio inferior próximo a rodete gengival; B. Rânula.

O tratamento de mucocele/rânula consiste em remoção cirúrgica da lesão e glândula salivar associada. Outros tratamentos sugeridos, porém com resultados inconclusivos, incluem vaporização com laser de CO₂ e utilização de corticosteroides injetáveis. Após cirurgia, o material excisionado deve ser acondicionado em recipiente identificado, contendo solução de formaldeído a 10%. O encaminhamento ao laboratório de patologia deve conter dados de identificação do paciente (idade, sexo), características da lesão (localização, consistência, tempo de evolução) e hipóteses diagnósticas.

7. DENTES DUPLOS

Com objetivo de padronizar a terminologia, dentes fusionados ou geminados são denominados “dentes duplos”. Esses dentes apresentam prevalência menor que 1% na dentição decídua (Bernardi et al., 2020), geralmente são unilaterais e afetam preferencialmente incisivos laterais e caninos inferiores, sem distinção entre os sexos. A patogênese pode ser atribuída a dois mecanismos distintos. Geminção ocorre como tentativa de divisão de um germe dentário, com preservação do número de dentes no arco (Figura 9) e fusão origina-se da união de dois germes dentários distintos, resultando em número de dentes menor que o normal (Figura 10). O diagnóstico entre as duas alterações é complexo e não relacionado apenas à contagem dos dentes, visto que podem estar associados a agenesia ou a dente supranumerário.

A etiologia de dentes duplos não está esclarecida, entretanto fatores ambientais e genéticos podem ser considerados. Dentes duplos podem apresentar sulco profundo que predispõe a acúmulo de biofilme, tornando-os mais suscetíveis à cárie dentária e alteração gengival. Esses dentes estão associados ainda a maloclusão, traumatismos, atraso na esfoliação dos dentes decíduos e impacção e agenesia de dentes permanentes.

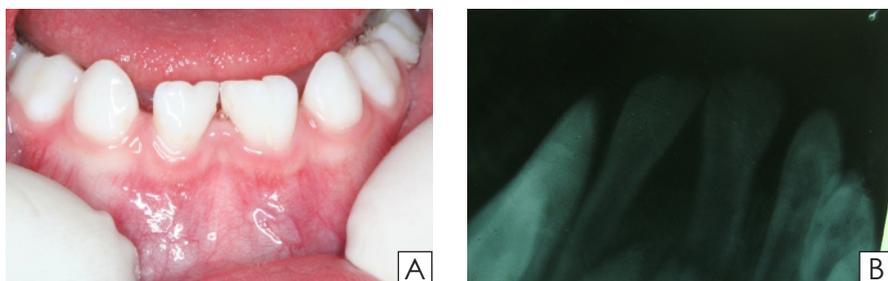


Figura 10: Criança de 30 meses apresentando fusão bilateral de caninos com incisivos laterais inferiores.

É importante avaliar a profundidade do sulco, pois pode ser necessária a realização de selamento resinoso ou restauração, com objetivo de prevenir o acúmulo de biofilme e consequente desenvolvimento de lesões cariosas. Queixas estéticas são frequentemente relatadas pelos pacientes e tratamento restaurador com bom resultado estético é dificultado devido à excessiva largura da coroa dentária. Dentes duplos apresentam alterações na câmara pulpar e canal radicular, além da morfologia externa da coroa, dificultando a realização de tratamento endodôntico quando necessário e, por vezes, resultando em exodontia (Figura 11).

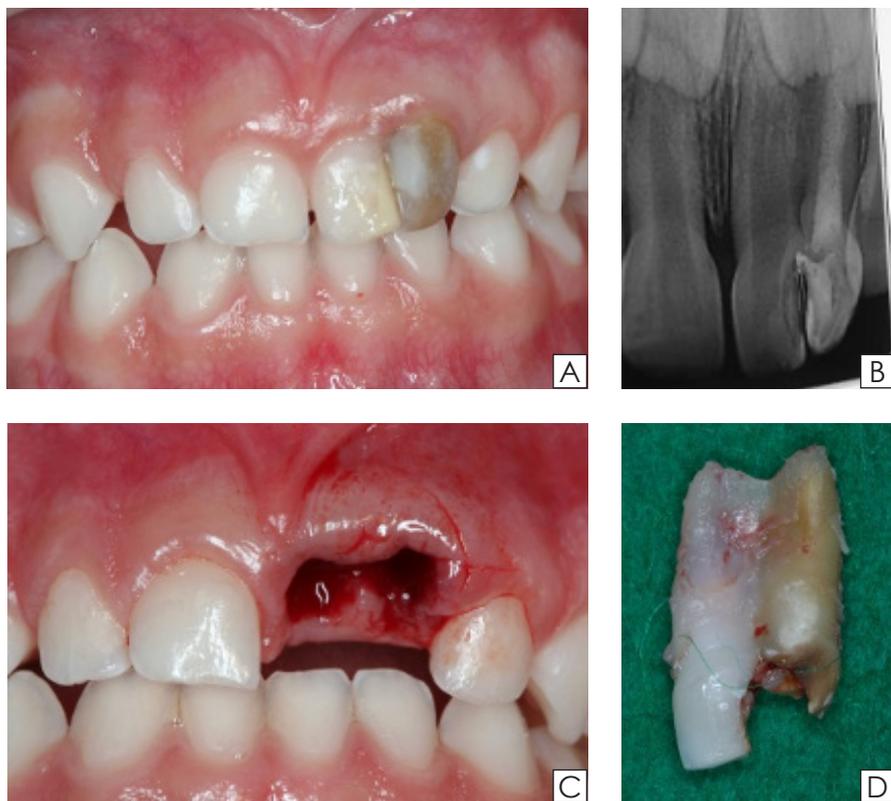


Figura 11: Criança de 3 anos

- A. Dente 61 fusionado com supranumerário, cujo canal foi obturado com pasta iodofornada e restaurado com resina composta;
 B. Imagem radiográfica da obturação do canal;
 C. Exodontia dos dentes fusionados;
 D. Dentes extraídos um ano após por questão estética.

8. ALTERAÇÕES DE NÚMERO

Agensia dentária é uma alteração de desenvolvimento caracterizada pela ausência de formação de um ou mais dentes (Figura 12A). Pode ocorrer associada a síndromes, mas a forma não sindrômica geralmente afeta um ou dois dentes. A prevalência é menor que 1% (Bernardi et al., 2020), é mais frequente em incisivos centrais inferiores e laterais superiores e não existe diferença entre os sexos. A condição pode ser simétrica e quando ocorre na dentição decídua, é frequentemente observada na dentição permanente. A etiologia da agensia dentária é desconhecida, porém influência genética tem sido demonstrada.

Dente supranumerário ou hiperdontia é uma alteração de número caracterizada pela presença de dentes além do número considerado normal (Fi-

guras 12B e 12C). Pode ocorrer em ambas as dentições e apresenta prevalência cinco vezes menor na dentição decídua (0,3% a 0,6%), com predileção pelo sexo masculino (2:1) (Bahadure et al., 2012). Esses dentes podem ser únicos, múltiplos, uni ou bilaterais e, na dentição decídua, geralmente apresentam forma normal, e erupcionam em correto alinhamento. A etiologia dessa condição não está esclarecida, no entanto a hipótese mais aceita é a da hiperatividade da lâmina dentária. A presença de vários dentes supranumerários em geral está relacionada a fenda palatina ou síndromes como displasia cleidocraniana e síndrome de Gardner. Dentes supranumerários podem provocar impacção dentária, mal posicionamento ou reabsorção radicular de dentes adjacentes. Quando ocorre comprometimento estético severo ou dificuldade de higiene bucal, a exodontia é indicada.



A



B



C

Figura 12: Alterações de número

A. Agenesia de incisivos laterais inferiores;

B. Incisivo lateral superior supranumerário;

C. Incisivo central superior supranumerário

AFEÇÕES BUCAIS FREQUENTES EM BEBÊS

Doenças Virais

1. Gengivostomatite herpética primáriaEpúlide congênita
2. Doença mão-pé-boca
3. Varicela
4. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS
5. Sarampo



Figura 13:
Gengivoestomatite
herpética. Observar a
inflamação nos tecidos
bucais, que dificulta a
higiene bucal.



A



B



C

Figura 14: Doença mão-pé-boca em bebê de 1 ano de idade

- A. Lesões em região palmar da mão;
- B. Lesão localizada na comissura labial;
- C. Lesões localizadas em planta do pé.

Fotos: Dra. Viviane Martins Almeida Pompeu

1. GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA PRIMÁRIA

A gengivoestomatite herpética primária (primo-infecção) é causada pelo vírus do herpes simples (VHS) e ocorre precocemente na infância, geralmente antes dos cinco anos de idade. A doença raramente se manifesta antes dos seis meses de vida, em virtude da passagem de anticorpos maternos via transplacentária e pelo leite materno.

Os sintomas prodrômicos da infecção incluem febre, cefaleia, irritabilidade, dor, inapetência e linfadenomegalia regional. Após 24 a 36 horas, a gengiva torna-se edemaciada, dolorida e a salivação aumentada. Posteriormente, aparecem vesículas em pele, gengiva, língua, lábios e/ou mucosa jugal que se rompem, formando exulcerações recobertas por pseudomembrana com bordos eritematosos (Figura 13). O maior desconforto das crianças ocorre entre o 3o e o 7o dia, porém a infecção prolonga-se, em média, por 10 a 14 dias.

O diagnóstico da gengivoestomatite herpética primária é clínico, porém em casos dúbios pode-se realizar o teste citológico de Tzanck, em que vesícula intacta e sem pus é furada com auxílio de lâmina de bisturi número 15 ou agulha 40x12 mm. O conteúdo da lesão é disposto em lâmina de vidro limpa e fixado em álcool a 70%, em seguida é corado com hematoxilina e eosina, coloração de May-Grunwald-Giemsa ou Wright. A lâmina é examinada em microscópio óptico e a presença de células epiteliais gigantes multinucleadas com inclusões citoplasmáticas indica resultado positivo.

O tratamento consiste em uso de medicação sintomática e limpeza dos dentes com gaze embebida em digluconato de clorexidina 0,12% duas vezes ao dia com objetivo de prevenir infecção secundária. Em casos mais graves, pode-se prescrever o uso sistêmico de aciclovir 200mg (Zovirax®) 5 vezes ao dia (de 4/4 horas excluindo a dose da madrugada) por 7 dias para maiores de 2 anos ou aciclovir 100mg 5 vezes ao dia para menores de 2 anos. Finalizado o ciclo da doença, o vírus migra para o gânglio trigêmeo e permanece em estado latente.

2. DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA

A doença mão-pé-boca é uma infecção causada pelo vírus Coxsackie da família dos enterovírus. É transmitida pelas vias fecal-oral, oral-oral e respiratória, afetando preferencialmente crianças com idade inferior a 10 anos. A doença manifesta-se inicialmente com mal-estar inespecífico, febre baixa, diarreia e inapetência. Posteriormente, aparecem exulcerações bucais dolorosas e vesículas de bordas eritematosas nas palmas das mãos e plantas dos pés (Figura 14). Ocasionalmente, essas lesões podem ocorrer em outros locais, principalmente em glúteos. A remissão dos sinais e sintomas ocorre entre sete e dez dias e o tratamento é sintomático.

Em lesões cutâneas, o tratamento consiste na utilização de corticóide tópico (hidrocortisona 1% creme – Berlison®), compressas de água boricada 3% e hidratação após banhos. Nas lesões bucais sintomáticas, o consumo de alimentos gelados alivia a dor e pode ser recomendado anestésico tópico antes das refeições (antisséptico com tetracaína – Hexomédine® ou xylocaína pomada (com sabor) misturado com meio conta-gotas de nistatina com objetivo de reduzir a acidez). A prevenção da disseminação da doença envolve lavagem das mãos e desinfecção das superfícies possivelmente contaminadas, além de evitar contato com pessoas infectadas.

3. VARICELA

A varicela ou catapora é uma infecção viral frequente na infância. É causada pelo vírus Varicela-Zoster e sua transmissão pode ocorrer por via respiratória ou por contato direto com o líquido do interior das vesículas. Clinicamente, as lesões são polimórficas e apresentam-se em diversos estágios evolutivos (máculas, vesículas, pústulas e crostas). Afetam predominantemente o tronco, mas podem acometer mucosa bucal e região orofaríngea. A criança pode apresentar febre baixa, inapetência, prurido corporal, cefaleia e mal estar. A principal complicação associada à doença é a infecção bacteriana secundária das lesões. O tratamento é sintomático e consiste no uso de antitérmicos, anti-histamínicos (se houver prurido), banhos com permanganato de potássio ou utilização de compressas embebidas em água boricada 3% nas lesões. Em casos de manifestações bucais, alimentos ácidos ou muito quentes devem ser evitados.

4. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS

A AIDS é uma infecção causada pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) que penetra na corrente circulatória infectando especialmente os linfócitos T CD4+, alterando o DNA dessas células e provocando autorreplicação. A infecção pelo HIV compromete o sistema imunológico e torna o hospedeiro imunodeprimido e suscetível a infecções oportunistas com repercussões sistêmicas.

Crianças HIV+ podem apresentar febre persistente, diarreia, perda de peso, linfadenopatia generalizada, hepatoesplenomegalia, infecções recorrentes e pneumonia intersticial linfocítica. As principais manifestações bucais da doença são: candidíase, aumento do volume das glândulas parótidas, sarcoma de Kaposi, gengivoestomatite herpética, xerostomia, estomatite aftosa, eritema gengival, linfadenopatia cervical, leucoplasia pilosa, doenças periodontais, cárie dentária e defeitos de desenvolvimento do esmalte.

5. SARAMPO

É uma infecção viral, altamente contagiosa e aguda, que afeta principalmente crianças. O período de incubação é de sete a dez dias, tempo em que surgem os principais sinais e sintomas, que são febre, mal-estar, fotofobia, coriza, conjuntivite e tosse. As manifestações bucais precedem as cutâneas e são caracterizadas por manchas branco-azuladas pequenas, agrupadas e localizadas na parte interna da mucosa jugal. As lesões apresentam centro necrótico e são circundadas por halo avermelhado (manchas de Koplik). O tratamento é sintomático e inclui repouso, ingestão frequente de líquido e prescrição de analgésico/antitérmico. Intervenções odontológicas não devem ser realizadas no período exantemático, tanto pela baixa resistência da criança quanto pelo alto risco de contágio via salivar. Em 2016, o sarampo foi considerado erradicado no Brasil, porém em 2018 houve surtos da doença em várias regiões.

Doença Bacteriana

IMPETIGO

O impetigo é uma infecção bacteriana cutânea causada por *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*. A prevalência na infância é de 12,3%, sem distinção entre os sexos, sendo mais frequente em crianças que residem em climas quentes e úmidos (Bowen et al., 2015). O diagnóstico é realizado com base nas condições clínicas. Essa infecção pode ser bolhosa ou não. A forma não bolhosa é caracterizada pela presença de lesões crostosas melicéricas (aspecto de mel) localizadas mais frequentemente nas mãos, região perinasal, peribucal e comissuras labiais, podendo estar associada a prurido ou dor (Figura 15).

A forma bolhosa raramente manifesta-se na cavidade bucal. As lesões contêm líquido claro ou amarelo que podem se tornar purulento ou escuro. Quando as bolhas rompem, permanece uma base eritematosa. Nessa forma, os pacientes em geral apresentam febre e as lesões ocorrem mais frequentemente em áreas flexurais.

As mães devem ser orientadas a limpar as lesões com água e sabonete infantil associado a compressas geladas com água boricada 3%. Em casos leves, é indicado o uso de antibiótico tópico, três vezes ao dia, durante 7 a 14 dias (Ex: Mupirocina 2% creme - Bactroban® ou Ácido Fusídico 2% creme - Verutex®) e nos casos extensos ou resistentes, deve ser administrado antibiótico por via sistêmica (Ex: Cefalexina 250mg/5mL, 30 a 50mg/kg/dia, ou seja, 1ml/kg/dia dividido em 4 doses). Por ser infecção altamente contagiosa, as pessoas que mantêm contato direto com a criança precisam ser rastreadas.



Figura 15: Criança com impetigo.



Figura 16: RNs com candidíase - A, B, C. Observar a presença de placas brancas com aspecto de leite coalhado; D. Presença de leito eritematoso após remoção das placas.



Figura 17: Dermatite irritativa de contato peribucal causada por saliva.

Infecção Fúngica

CANDIDÍASE

A candidíase (monilíase) é uma infecção provocada pelo fungo *Candida albicans*, que é saprófita na cavidade bucal, porém pode tornar-se patogênico em casos de distúrbios locais ou sistêmicos que interfiram nos mecanismos de defesa da criança. É a infecção mais frequente em RNs que nascem de parto normal, no entanto pode ocorrer em qualquer idade e está associada a queimaduras extensas, neoplasias, endocrinopatias, imunodepressão, antibioticoterapia, uso de corticoides e drogas imunossupressoras.

Clinicamente, as lesões bucais apresentam-se como placas esbranquiçadas, cremosas e amolecidas, com aspecto de nata de leite. Essas lesões localizam-se na mucosa bucal e áreas orofaríngeas e são facilmente removíveis por raspagem, o que pode provocar sangramento superficial da mucosa (Figura 16).

O tratamento da infecção inclui limpeza da área com fralda umedecida em água filtrada e aplicação de nistatina (0,5 ml em cada lado da boca, quatro vezes ao dia, durante sete dias). No PPGB, a mãe é orientada a limpar e aplicar nistatina nas mamas na mesma frequência e posologia utilizada no bebê. Esse antifúngico tem ação rápida ao entrar em contato com os microorganismos da cavidade bucal e é pouco absorvida pelo trato gastrointestinal. Após uma semana, a criança deve ser reexaminada e caso as lesões persistam, o tratamento deve ser prolongado por mais uma semana.

Afecção Inflamatória

DERMATITE DE CONTATO IRRITATIVA

A dermatite de contato irritativa peribucal é uma reação inflamatória cutânea induzida por contato direto com agentes químicos, físicos e/ou biológicos (mais frequentemente a saliva) que provocam mudança de pH ocasionando ativação de resposta inflamatória. É caracterizada por eritema, vesículas, exsudação, pápulas, escamas e liquenificação, que podem ocorrer isoladas ou agrupadas (Figura 17).

A dermatite irritativa de contato apresenta prevalência que varia de 13,3% a 24,5% (Pigatto et al., 2010) e é mais frequente em crianças de 0 a 3 anos, visto que a absorção de substâncias é maior por três razões: 1. pele mais fina, 2. alta proporção entre a área superficial da pele e o peso corporal e 3. presença de penugem que aumenta a superfície de absorção. A etiologia é multifator

torial e pode estar associada a danos físicos que provocam ferimentos na pele, contatos prolongados com produtos químicos e uso de chupetas, por estimular a salivação. O tratamento consiste na remoção do agente causal e no uso de corticosteroide tópico de baixa potência, não fluorado, como a hidrocortisona 1% creme (Berlison®), duas vezes ao dia por até 7 dias.

Caso o bebê apresente dermatite irritativa de contato peribucal, a mãe deve ser orientada a enxugar frequentemente a saliva em contato com a pele e reduzir o período de uso da chupeta

REFERÊNCIAS

1. Al-Ani AH, Antoun JS, Thomson WM, Merriman TR, Farella M. Hypodontia: An Update on Its Etiology, Classification, and Clinical Management. *BioMed Research International* 2017; 9.
2. Bahadure RN, Thosar N, Jain ES, et al. Supernumerary teeth in primary dentition and early intervention: a series of case reports. *Case Rep Dent* 2012;614652.
3. Bernardi S, Bianchi S, Bernardi G, Tchorz JP, Attin T, Hellwig E. Clinical management of fusion in primary mandibular incisors: a systematic literature review. *Acta Odontol Scand* 2020;3:1-8.
4. Bowen AC, Antoine Mahé A, Hay RJ, Andrews RM, Steer AC, Tong SYC, Carapetis JR. The Global Epidemiology of Impetigo: A Systematic Review of the Population Prevalence of Impetigo and Pyoderma. *PLoS One* 2015;10(8):e0136789.
5. Chaitanya P, Praveen D, Reddy M. Mucocele on Lower Lip: A Case Series. *Indian Dermatol Online* 2017;8(3):205-7.
6. Cheung JM, Putra J. Congenital Granular Cell Epulis: Classic Presentation and Its Differential Diagnosis. *Head Neck Pathol* 2020; 14(1): 208–11.
7. Chow MH. Natal and neonatal teeth. *J Am Dent Assoc.* 1980;100:215–6.
8. Conrad R, Perez MC. Congenital granular cell epulis. *Arch Pathol Lab Med.* 2014;138:128–31.
9. Cox B, Levent F. Hand, Foot, and Mouth Disease. *JAMA* 2018;320(23):2492.
10. Elfrink MEC, Kalin K, van Ruijven LJ, ten Cate JM, Veerkamp JSJ. MicroCT study on the enamel mineral density of primary molars. *Eur J of Paediatric Dent* 2016; 17:60-64.
11. Fitzpatrick SG, Cohen DM, Clark AN. Ulcerated Lesions of the Oral

- Mucosa: Clinical and Histologic Review. *Head Neck Pathol* 2019;13(1): 91–102.
12. Hayes PA. Hamartomas, eruption cyst, natal tooth and Epstein pearls in a newborn. *ASDC J Dent Child*. 2000;67(5):365-8
 13. Mhaske S, Yuwanati MB, Mhaske A, Ragavendra R, Kamath K, Saawarn S. Natal and Neonatal Teeth: An Overview of the Literature. *RN Pediatr* 2013;18:956269.
 14. May PJ, Tong SYC, Steer AC, Currie BJ, Andrews RM, Carapetis JR, Bowen AC. Treatment, prevention and public health management of impetigo, scabies, crusted scabies and fungal skin infections in endemic populations: a systematic review. *Trop. Med. Int. Health*. 2019 Mar;24(3):280-293.
 15. Moura LFAD, Moura MS, Lima MDM, Lima CCB, Dantas-Neta NB, Lopes TSP. Natal and Neonatal Teeth: A Review of 23 Cases. *J Dent Child* 2014; 81(2):107-11.
 16. Nallasivam ku, Sudha BR. Oral mucoccele: Review of literature and a case report. *J Pharm Bioallied Sci* 2015; 7(2): S731–S733.
 17. Nandini DB, Bhavana SB, Deepak BS, Ashwini R. Paediatric Geographic Tongue: A Case Report, Review and Recent Updates. *J Clin Diagn Res* 2016;10(2): ZE05–ZE09.
 18. Ortiz LED, Mendez, MD. Epstein Pearls. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. 2019 Aug 17.
 19. Pigatto P, Martelli A, Marsili C, Fiocchi A. Contact dermatitis in children. *Ital J Pediatr* 2010; 36: 2.
 20. Pinto A, Haberland CM, Baker S. Paediatric soft tissue oral lesions. *Dent Clin North Am* 2014;58:437-53.
 21. Ruschel HC, Vargas-Ferreira F, Tovo MF, Kramer PF, Feldens CA. Developmental defects of enamel in primary teeth: highly prevalent, unevenly distributed in the oral cavity and not associated with birth weight. *Eur Arch Paediatr Dent* 2019;20(3):241-8.
 22. Saguil A, Kane SF, Lauters R, Mercado MG. Hand-Foot-and-Mouth Disease: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician* 2019;100(7):408-14.
 23. Samuel SS, Ross BJ, Rebekah G, Koshy S. Natal and Neonatal Teeth: A Tertiary Care Experience. *Contemp Clin Dent* 2018; 9(2): 218–22.
 24. Shareef S, Ettefagh L. Geographic Tongue. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020;17.
 25. Tuna EB, Yildirim M, Seymen F, Gencay K, Ozgen M. Fused Teeth: A Review of the Treatment Options. *Journal of Dentistry for Children* 2009, 76:(2): 108-16.
 26. Zhonghua K, Qiang Y, Xue ZZ. Clinical diagnosis and treatment of herpes simplex virus infection on oral mucosa in children 2019 Apr 9;54(4):286-88.



4

Erupção dentária e desenvolvimento da oclusão decídua

Cacilda Castelo Branco Lima
Marina de Deus Moura de Lima
Lúcia de Deus Moura
Marcoeli Silva de Moura
Teresinha Soares Pereira Lopes

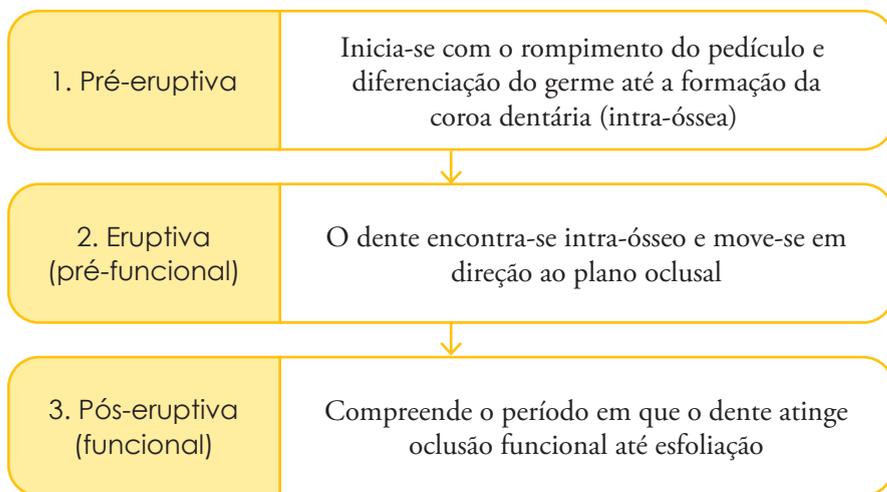
ERUPÇÃO DENTÁRIA

O desenvolvimento dos dentes decíduos tem início no final da quinta semana de vida intrauterina com a formação da lâmina dentária. Por volta do quarto mês de gestação, a calcificação é iniciada e no sexto mês, todos os dentes decíduos apresentam-se em desenvolvimento.

A erupção dentária compreende o período em que o dente em formação se movimenta no interior do osso alveolar em sentido oclusal, atinge a posição funcional em oclusão com seu antagonista e continua até a esfoliação. O início do movimento eruptivo ocorre com o rompimento do pedículo que une o germe à lâmina dentária na fase de campânula da odontogênese, iniciando a diferenciação de ameloblastos e odontoblastos. A erupção dentária é um processo contínuo e pode ser subdividida em três fases (Fluxograma 1).

A rizogênese, formação do ligamento periodontal e junção gengivo-gingival ocorrem na fase eruptiva. Durante o processo eruptivo, a gengiva e o sulco gengival migram no sentido apical favorecendo a exposição da coroa dentária na cavidade bucal. O ligamento periodontal desenvolve-se a partir do início da formação radicular e remodela-se durante a erupção dos dentes decíduos. Os movimentos pós-eruptivos mantêm o dente em posição funcional e os ossos ba-

Fluxograma 1: Fases do processo de erupção dentária.



Quadro 1: Teorias sobre a erupção dentária.

Fonte: Adaptado de Craddock & Youngson, 2004.

Teorias	
Formação e crescimento radicular	Processo de rizogênese impulsiona a coroa em direção oclusal.
Pressão hidrostática	Maior pressão nos tecidos periapicais faz com que o dente se movimente em direção oclusal, de menor pressão.
Remodelamento ósseo	O folículo dentário controla a erupção por meio da regulação e coordenação da reabsorção e formação óssea.
Ligamento periodontal	Células e fibras impulsionam o dente em direção oclusal.

sais continuam os processos de crescimento e desenvolvimento para compensar os desgastes dentários fisiológicos. O mecanismo responsável pelo movimento eruptivo ainda não está esclarecido, no entanto algumas teorias foram propostas (Quadro 1).

A erupção dos primeiros dentes decíduos é um marco significativo no processo de crescimento e desenvolvimento da criança

Durante a erupção dos primeiros dentes decíduos, é frequente o relato de mães sobre sinais e sintomas apresentados pelos bebês. A maioria das crianças nessa fase apresenta prurido gengival, salivação excessiva, irritabilidade e estado febril (aumento na temperatura corporal abaixo de 37,8°C). Porém, essas manifestações coincidem com alterações na dieta, contato com objetos contaminados, amadurecimento de glândulas salivares e consequente aumento da produção de saliva. Nessa fase, o bebê começa a engatinhar e tem contato com o chão, que deve ser limpo para prevenir infecções por meio das mãos e objetos que usualmente são levados à boca. A liberação de mediadores na mucosa bucal presentes no folículo pericoronário na submucosa, como histamina, leucotrienos, prostaglandinas, proteases, citocinas e fatores de crescimento contribuem para a compreensão dos sinais e sintomas atribuídos à erupção dentária.

As queixas mais frequentes apresentadas pelas mães/responsáveis de bebês assistidos no PPGB são salivação excessiva, coriza, diarreia, erupção cutânea, elevação da temperatura corporal, inapetência, irritação, sono agitado e vômito

No PPGB, quando a criança apresenta sinais e sintomas relacionados à erupção dentária, as mães são orientadas a massagear os rodets gengivais com fralda umedecida em água gelada ou a utilizar mordedores, com registro na ANVISA, previamente resfriados em geladeira (não congelados) (Figura 1). Não existem evidências científicas quanto ao tratamento para a sintomatologia relacionada à erupção dentária, no entanto é contraindicada a utilização de medicamentos, em especial, os contendo anestésicos locais (por exemplo, lidocaína ou benzocaína). Ações de educação em saúde baseada em evidências devem ser realizadas pelos profissionais envolvidos no cuidado da criança com o objetivo de evitar a propagação de conceitos errôneos e crendices populares sobre esses sinais e sintomas.



Figura 1: Bebês utilizando mordedores gelados para aliviar prurido gengival.

Alterações locais podem ocorrer durante o período de erupção dos dentes decíduos, sendo cisto ou hematoma de erupção os mais frequentes. Essas lesões caracterizam-se por acúmulo de fluido no espaço do folículo dentário que envolve a coroa do dente em erupção e podem estar associadas à fibrose gengival decorrente de processo inflamatório ou traumático. O diagnóstico de cisto ou hematoma de erupção é clínico, e observa-se tumefação do tecido mole localizado sobre o dente em erupção. A coloração do cisto é semelhante à da mucosa adjacente e a do hematoma é azul/arroxeadada por apresentar conteúdo sanguinolento, resultante de traumatismo (Figura 2). O diagnóstico diferencial é realizado com hemangioma, cisto mucoso do recém-nascido e granuloma piogênico.

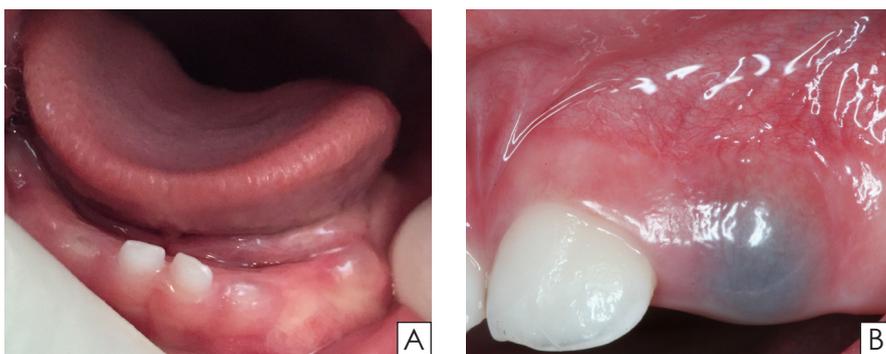


Figura 2: A. Cisto de erupção; B. Hematoma de erupção.

Lesões assintomáticas geralmente rompem espontaneamente após irrompimento do dente. Quando associadas a desconforto, as mães são orientadas a pressionar a gengiva contra o dente, com o dedo envolvido em fralda limpa e umedecida em água gelada, com o objetivo de promover o rompimento da mucosa e evitar intervenção cirúrgica. No PPGb, as mães são alertadas que, após o rompimento dessa mucosa, haverá sangramento com o esvaziamento do

hematoma. Quando o cisto ou hematoma de erupção provocar dor, irritabilidade e/ou dificuldade de alimentação, o tratamento indicado é a ulectomia.

A ulectomia consiste na remoção cirúrgica dos tecidos moles que revestem a face incisal/oclusal da coroa dentária. O procedimento é realizado com utilização de anestésico tópico (benzocaína 20%), anestesia infiltrativa com agulha extra curta circundando a lesão (cloridrato de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000) e incisão com lâmina de bisturi número 15 ou espátula de Hollemback afiada para remoção do capuz mucoso com exposição da coroa dentária, deixando os bordos irregulares para evitar a coaptação. A hemostasia é realizada com compressas de gaze. Bebês lactentes devem ser amamentados após o procedimento cirúrgico (Figura 3).

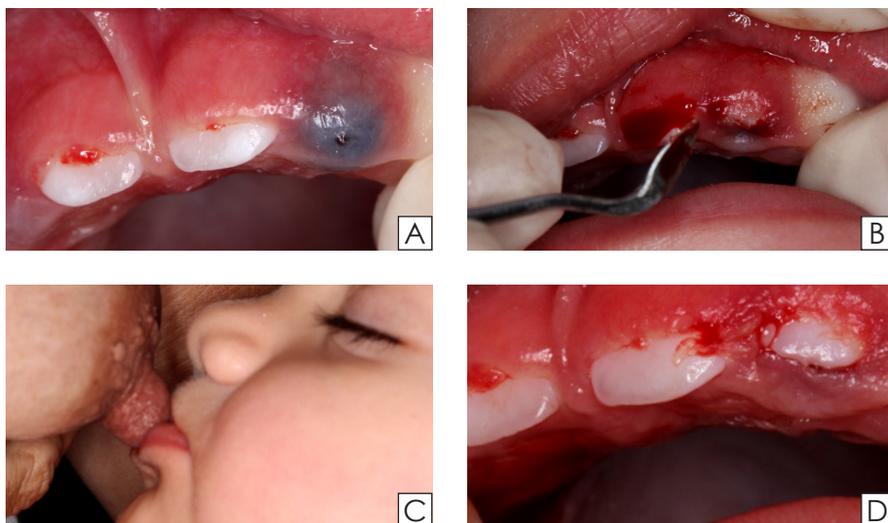


Figura 3: Sequência de ulectomia

- A. Hematoma de erupção;
- B. Remoção do capuz mucoso e drenagem do conteúdo cístico;
- C. Bebê amamentado no seio materno;
- D. Aspecto final após hemostasia, observar bordos irregulares e exposição da coroa dentária.

Cronologia e Sequência de Erupção dos Dentes Decíduos

A dentição decídua é composta por 20 dentes, também denominados dentes de leite (por apresentarem a cor branco opaco) ou dentes temporários (por apresentarem ciclo biológico definido). De acordo com a nomenclatura adotada pela Federação Dentária Internacional (sistema de dois dígitos), os dentes decíduos são representados por dois algarismos, que o identificam e o

localizam no arco dentário. O primeiro refere-se ao quadrante, numerado de 5 a 8, e o segundo à ordem do dente no quadrante, numerados de 1 (incisivo central) a 5 (segundo molar) (Figura 4).

Quadro 2: Estudos internacionais e nacionais sobre cronologia de erupção de dentes decíduos.

Autor (ano)	Brandão & Rocha (2004)	Folayan et al. (2007)	Zadzińska et al. (2013)	Ferreira et al. (2015)	Indira et al. (2018)	Al-Batayneh et al. (2018)
País	Brasil	Nigéria	Polônia	Brasil	Índia	Jordânia
Dentes	Idade (meses)					
Dentes superiores						
Incisivo central	9	10	8	11	11	10
Incisivo lateral	11	12	10-11	13	13	13
Canino	18-19	19	17	21	19	20
Primeiro Molar	15	16	14-15	19	16	15
Segundo Molar	27	25	24	30	29	27
Dentes inferiores						
Incisivo central	7	8	6-7	8	10	8
Incisivo lateral	12-13	13	11-13	15	15	14
Canino	19	19	17	22	21	20
Primeiro Molar	15-16	16	15-16	19	16-17	16
Segundo Molar	25-26	24	24	29	28	27



Figura 4: Nomenclatura dentária internacional da dentição decídua.

O CD deve conhecer a cronologia (época) e sequência (ordem) de erupção dentária, embora existam variações individuais, relacionadas a sexo, etnia, nutrição, hereditariedade, condições socioeconômicas e ambientais.

Existem várias tabelas de cronologia de erupção de dentes decíduos descritas na literatura internacional e nacional (Quadro 2), em que são observadas diferenças entre as populações. No PPGB, as mães são orientadas quanto às variabilidades individuais relacionadas ao período de erupção dentária. A sequência mais frequente de erupção dos dentes decíduos é incisivo central, incisivo lateral, primeiro molar, canino e segundo molar (Figura 5). Bebês prematuros e com baixo peso ao nascer podem apresentar atraso na erupção dos dentes decíduos.

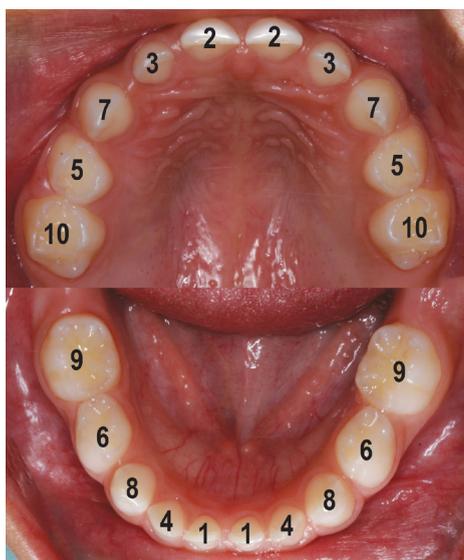


Figura 5: Sequência de erupção dos dentes decíduos mais observada

1. incisivo central inferior;
2. incisivo central superior;
3. incisivo lateral superior;
4. incisivo lateral inferior;
5. primeiro molar superior;
6. primeiro molar inferior;
7. canino superior;
8. canino inferior;
9. segundo molar inferior;
10. segundo molar superior.

O conhecimento sobre cronologia e sequência de erupção dos dentes decíduos é importante para realização de diagnóstico precoce de possíveis alterações de desenvolvimento dentário e orientação de pais e/ou responsáveis

DESENVOLVIMENTO DA OCLUSÃO DECÍDUA

As características fisiológicas associadas a cada fase do desenvolvimento da dentição decídua são importantes para orientação dos pais e/ou responsáveis e identificação precoce de possíveis alterações oclusais. Os RNs apresentam movimentos mandibulares reduzidos em decorrência do desenvolvimento incipiente da cabeça da mandíbula e da fossa articular do osso temporal, que ao nascimento é rasa ou quase plana. A eminência articular é limitada a uma elevação moderada e a cabeça da mandíbula e disco articular são planos. Nessa fase, a cabeça da mandíbula posiciona-se na altura do rodete gengival superior e os movimentos mandibulares ocorrem no sentido anteroposterior.

Quando os bebês apresentam apenas incisivos erupcionados, observa-se sobremordida acentuada. Nesse período, como a estabilidade oclusal não está definida, frequentemente os incisivos inferiores posicionam-se anteriormente aos superiores e, por vezes, a criança range os dentes, despertando preocupação nos pais. Nessa fase, o desenvolvimento facial é guiado por mecanismos genéticos e fatores ambientais. Após erupção dos primeiros molares decíduos, ocorre a primeira elevação da dimensão vertical e os incisivos posicionam-se em topo. Nesse período, a biomecânica da função mastigatória posterior estimula a maturação da articulação temporomandibular. Com a erupção dos segundos molares, a dimensão vertical é estabilizada. A relação anteroposterior desses dentes com seus antagonistas guia a futura erupção dos primeiros molares permanentes (Figuras 6 e 7).

A relação de caninos é referência para o diagnóstico do posicionamento anteroposterior maxilo-mandibular na dentição decídua. Em oclusão normal, o canino superior oclui entre o canino inferior e o primeiro molar decíduo (Figura 8).

Nessa fase, os dentes decíduos apresentam implantação vertical na base óssea, as curvas de Spee (sentido anteroposterior) e de Wilson (sentido vestibulo-lingual) não são observadas e sobremordida e sobressaliência são reduzidas. A fossa mandibular do osso temporal apresenta-se rasa, com tubérculo articular pouco desenvolvido e a cabeça da mandíbula, nivelada com o plano oclusal (Figura 9). A articulação temporomandibular remodela-se com os processos de crescimento/desenvolvimento da face da criança, assumindo posição superior em relação ao plano oclusal.

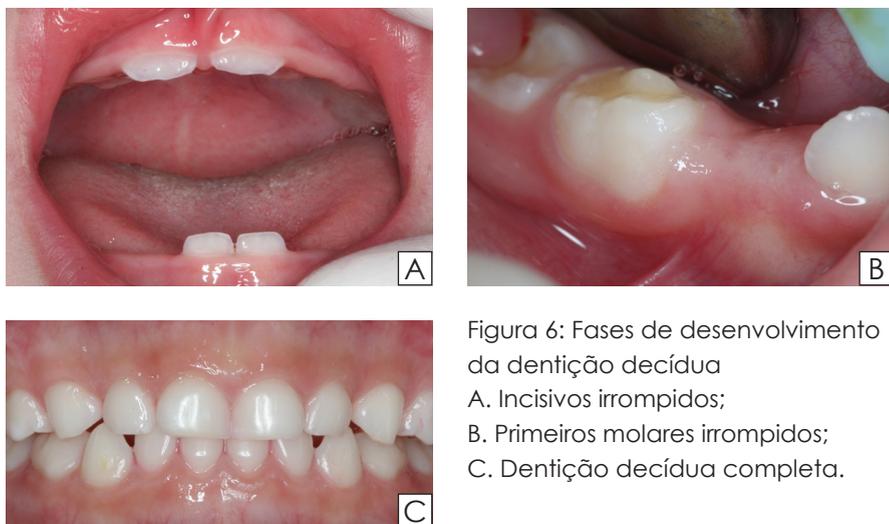


Figura 6: Fases de desenvolvimento da dentição decídua
 A. Incisivos irrompidos;
 B. Primeiros molares irrompidos;
 C. Dentição decídua completa.

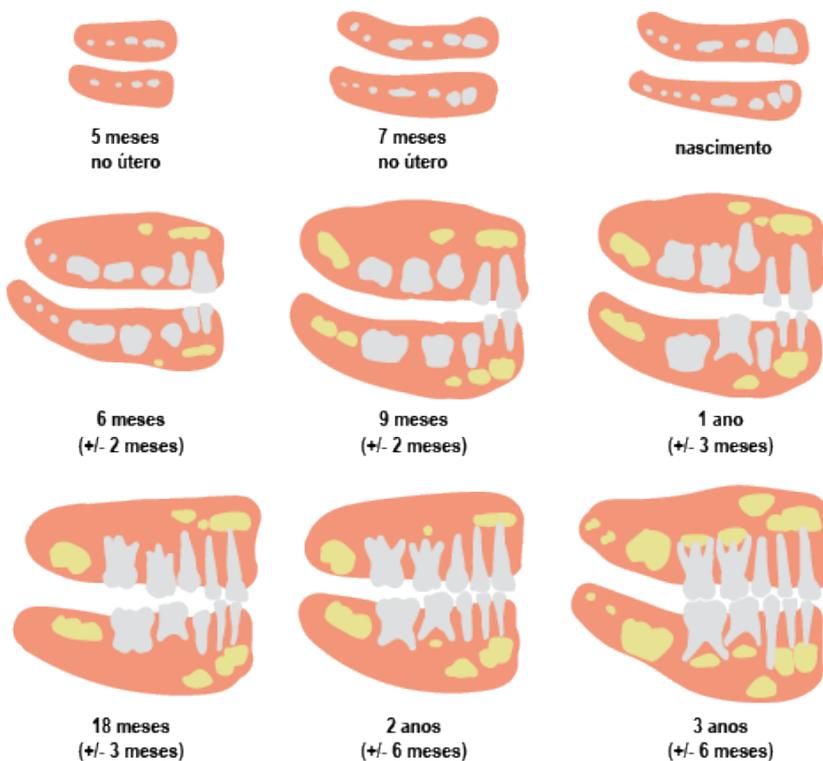


Figura 7: Desenvolvimento da dentição decídua. Em cinza, as diferentes fases de calcificação e erupção dos dentes decíduos, e em amarelo, os permanentes.

Fonte: Adaptado de Schour & Massler, 1941.



Figura 8: Oclusão normal: canino superior ocluindo entre canino inferior e primeiro molar decíduo.

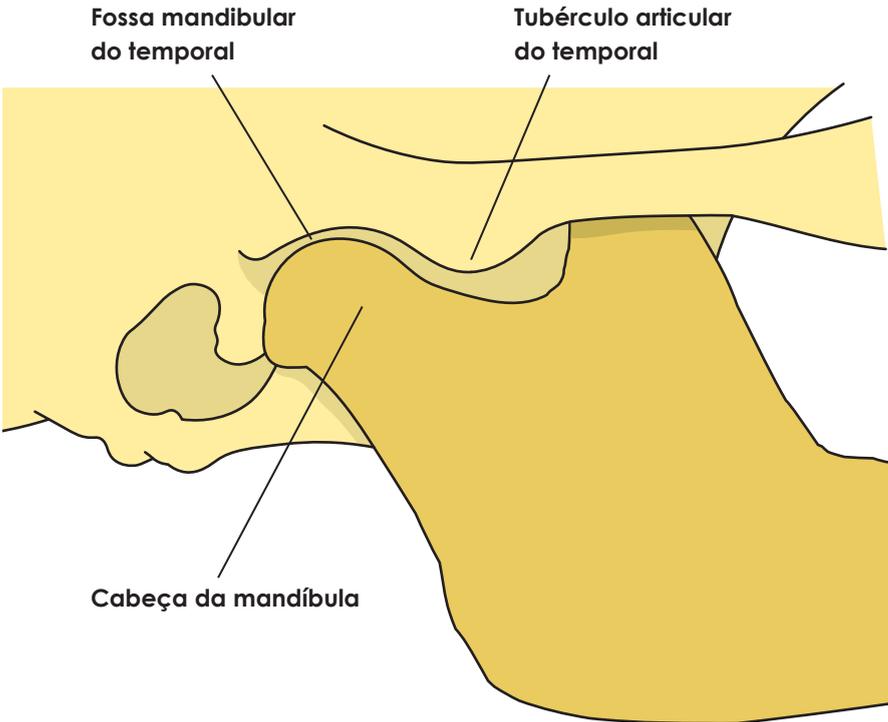


Figura 9: Articulação têmporo-mandibular no bebê.

Na fase de dentição decídua completa, os arcos dentários podem ser classificados, de acordo com Baume (1950), em arco tipo I (quando são observados diastemas generalizados na região anterior da arcada) ou arco tipo II (quando não ocorrem esses diastemas) (Figura 10). O arco tipo I apresenta maior perímetro, favorecendo alinhamento adequado dos dentes sucessores. Outros diastemas, denominados espaços primatas, podem ser observados na dentição decídua, independentemente do tipo de arco. Esses espaços, também importantes para o correto alinhamento dos dentes permanentes, localizam-se entre canino e incisivo lateral superior e entre canino e primeiro molar inferior (Figura 11).

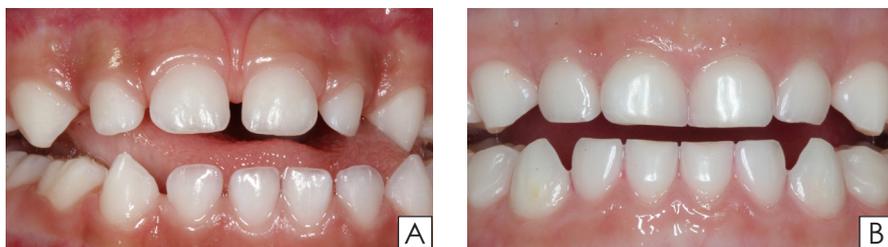


Figura 10: Tipos de arcos dentários – A. Arco tipo I; B. Arco tipo II.

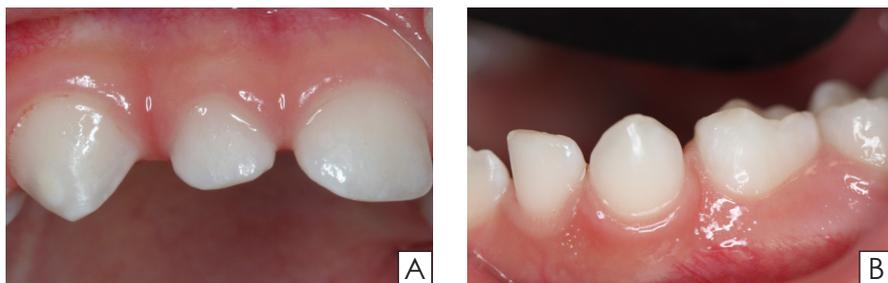


Figura 11: Diastemas primatas – A. Superior; B. Inferior.

De acordo com o padrão de crescimento facial da criança e alterações provocadas por fatores ambientais, a relação horizontal entre maxila e mandíbula repercute no posicionamento dos segundos molares decíduos. Dessa forma, os arcos decíduos em oclusão apresentam três tipos de relação terminal, a partir da análise das superfícies distais dos segundos molares superior e inferior: (1) plano terminal reto (quando as superfícies distais dos segundos molares decíduos superior e inferior localizam-se no mesmo plano), (2) degrau mesial (quando a superfície distal do segundo molar inferior encontra-se mesializada) e (3) degrau distal (quando a superfície distal do segundo molar inferior encontra-se distalizada) (Figura 12 e Fluxograma 2).

Fluxograma 2: Características da dentição decídua

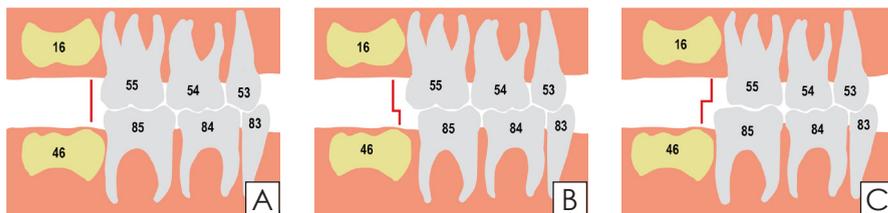
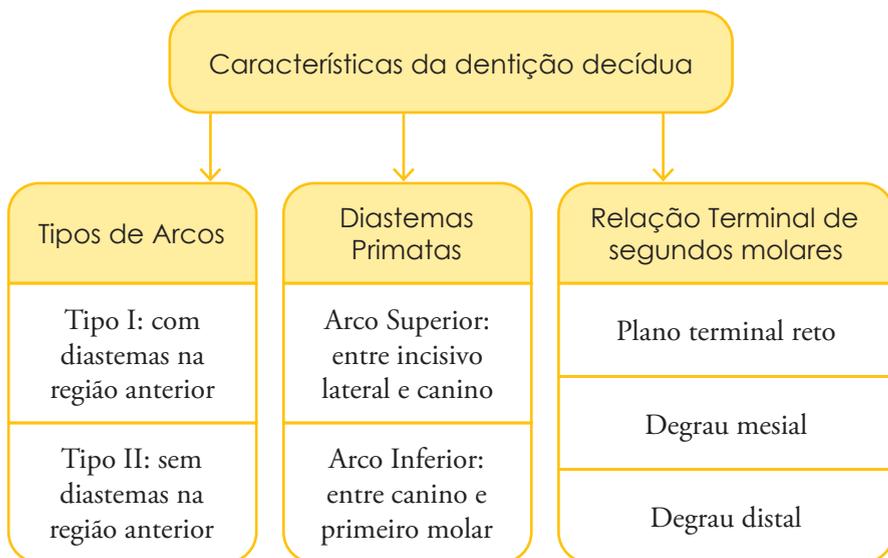


Figura. 12: Classificação da relação terminal dos segundos molares decíduos – A. Plano terminal reto; B. Degrau mesial; C. Degrau distal.

Pesquisa realizada no PPGB concluiu que a maioria das crianças apresenta arco tipo II, espaços primatas superiores e plano terminal reto

MALOCCLUSÕES FREQUENTES NA DENTIÇÃO DECÍDUA

Maloclusão é caracterizada por relação anormal entre os dentes e/ou maxilares, que pode ocasionar alterações na mastigação, fonação e estética. A prevalência de maloclusão na dentição decídua é variável, sendo de 51,2% em Teresina-PI (Machado et al., 2020). A etiologia é multifatorial, com influên-

cia genética e ambiental. Dentre os principais fatores ambientais, destacam-se hábitos de sucção não nutritiva, respiração bucal e perda precoce de dentes decíduos.

As maloclusões prevalentes, nessa fase, são mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior (Figura 13), associadas frequentemente a hábitos de sucção não nutritiva (dedo ou chupeta). Caso esses hábitos sejam removidos, a mordida aberta anterior tende a autocorrigir-se, entretanto a mordida cruzada posterior necessita de tratamento corretivo precoce, para evitar desenvolvimento de assimetrias faciais. Assim, o diagnóstico precoce da maloclusão e identificação de fatores etiológicos são importantes para o prognóstico.



Figura 13: A. Mordida aberta anterior; B. Mordida cruzada posterior.

Perdas dentárias precoces e lesões cáries que promovam diminuição do perímetro do arco podem favorecer o desenvolvimento de maloclusão

BRUXISMO

Bruxismo é uma atividade repetitiva de músculos mastigatórios que pode ocorrer durante o sono (caracterizado como rítmico ou não-rítmico) ou durante a vigília. Essa condição é regulada principalmente pelo sistema nervoso central e apresenta etiologia relacionada a fatores biológicos (problemas respiratórios), psicológicos (estresse, ansiedade) e ambientais (medicamentos, uso de aparelhos eletrônicos antes de dormir). A prevalência varia entre 3,5% e 40,6% em crianças (Manfredini et al., 2013) diminuindo com o aumento da idade, no entanto a condição pode permanecer até a fase adulta. Dentre as consequências do bruxismo, observam-se desgastes oclusais e/ou incisais e fraturas de cúspides (Figura 14).

Na infância, o ruído intenso e repetitivo produzido pela criança durante o ranger dos dentes preocupa os pais e/ou responsáveis, motivo frequente da procura por atendimento odontológico. No PPGB, crianças bruxistas que apresentam outros sintomas associados (problemas respiratórios, estresse, an-

siedade) são encaminhadas ao profissional competente (otorrinolaringologista, psicólogo), pois do ponto de vista odontológico não existe tratamento.



Figura 14: Criança de 34 meses com histórico de bruxismo do sono. Observar desgaste de bordos incisais de incisivos superiores.

REFERÊNCIAS

1. Al-Batayneh OB, Shaweesh A. Clinical duration of eruption of deciduous teeth in Jordanian children: A cross-sectional study. *Arch Oral Biol.* 2018;90:86-90.
2. American Academy of Pediatrics. Teething: 4 to 7 Months. Available at: <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/teething-toothcare/pages/Teething-4-to-7-Months.aspx>. Accessed on June 10, 2020.
3. Baume LJ. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion. I: the biogenetic course of the deciduous dentitions. *Journal of Dental Research* 1950;29(2):123-132.
4. Brandão CF, Rocha MCBS. Cronologia e sequência de erupção dos dentes decíduos em crianças de 0 a 42 meses. *Revista Íbero-americana de Odontopediatria & Odontologia de Bebê* 2004;7(40):528-535.
5. Burgueño Torres L, Mourelle Martínez MR, Diéguez Pérez M, de Nova García JM. Sexual dimorphism of primary dentition in Spanish children. *Acta Odontol Scand.* 2018;76(8):545-552.
6. Castro CRS, Cabral MBBS, Mota ELA, Cangussu MCT, Vianna MIP. Low birth weight and the delay on the eruption of deciduous teething in children. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2019; 19(3):701-710.

7. Chisini LA, San Martin AS, Cademartori MG, Boscato N, Correa MB, Goettems ML. Interventions to reduce bruxism in children and adolescents: a systematic scoping review and critical reflection. *European Journal of Pediatrics* 2020;179(2):177-189.
8. Craddock HL, Youngson CC. Eruptive tooth movement--the current state of knowledge. *Br Dent J.* 2004;197(7):385-391.
9. Ferreira L, Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E. Chronology of Deciduous Teeth Eruption: Agreement between Classic Authors. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic* 2015;15(1):361-370.
10. Folayan M, Owotade F, Adejuyigbe E, Sen S, Lawal B, Ndukwe K. The timing of eruption of the primary dentition in Nigerian children. *Am J Phys Anthropol.* 2007;134(4):443-448.
11. Franzolin SOB, Pardini MIMC, Francischone LA, Deffune E, Consolaro A. Explanation for the signs and symptoms of tooth eruption: mast cells. *Dental Press J Orthod.* 2019;24(2):20-31.
12. Garmash O. Dependence of Deciduous Tooth Eruption Terms and Tooth Growth Rate on the Weight-Height Index at Birth in Macrosomic Children over the First Year of Life. *Acta Medica (Hradec Kralove).* 2019;62(2):62-68.
13. Guo H, Wang T, Niu X, Wang H, Yang W, Qiu J, Yang L. The risk factors related to bruxism in children: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Oral Biology.* 2018;86:18-34.
14. Hovorakova M, Lesot H, Peterka M, Peterkova R. Early development of the human dentition revisited. *J Anat.* 2018;233(2):135-145.
15. Indira MD, Bhojraj N, Narayanappa D. A cross-sectional study on eruption timing of primary teeth in children of Mysore, Karnataka. *Indian J Dent Res.* 2018;29(6):726-731.
16. Koussoulakou DS, Margaritis LH, Koussoulakos SL. A curriculum vitae of teeth: evolution, generation, regeneration. *Int J Biol Sci.* 2009; 5(3):226-43.
17. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil.* 2018;45(11):837-844.
18. Machado JIAG, Andrade NS, Silva RNC, Rego MVNN, Moura LFAD, Moura WL, Lima MDM. Is low income associated with malocclusion in primary dentition among preschoolers? *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2020;20:e-4923.
19. Manfredini D, Serra-Negra J, Carboncini F, Lobbezoo F. Current Concepts of Bruxism. *International Journal of Prosthodontics* 2017;30(5):437-438.
20. Manfredini D, Restrepo C, Diaz-Serrano K, Winocur E, Lobbezoo F. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the

- literature. *Journal of Oral Rehabilitation* 2013;40(8):631-642.
21. Marshall SD, Caspersen M, Hardinger RR, Franciscus RG, Aquilino SA, Southard TE. Development of the curve of Spee. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008;134(3):344-352.
 22. Massignan C, Cardoso M, Porporatti AL, Aydinoz S, Canto GL, Mezzomo LA, Bolan M. Signs and Symptoms of Primary Tooth Eruption: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2016;137(3):e20153501.
 23. Nemezio MA, Oliveira KMH, Romualdo PC, Queiroz AM, Paula-e-Silva FWG, Silva RAB, Küchler EC. Association between Fever and Primary Tooth Eruption: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 2017;10(3):293-298.
 24. Prado IM, Paiva SM, Fonseca-Gonçalves A, Maia LC, Tavares-Silva C, Fraiz FC, et al. Knowledge of parents/caregivers about the sleep bruxism of their children from all five Brazilian regions: A multicenter study. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2019;29(4):507-523.
 25. Roberts WE, Goodacre CJ. The Temporomandibular Joint: A Critical Review of Life-Support Functions, Development, Articular Surfaces, Biomechanics and Degeneration. *J Prosthodont.* 2020;10.1111/jopr.13203.
 26. Schour L, Massler M. The development of the human dentition. *The Journal of the American Dental Association* 1941;28:1153-1160.
 27. Şen-Tunç E, Açıkel H, Sönmez I S, Bayrak Ş, Tüloğlu N. Eruption cysts: A series of 66 cases with clinical features. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017;22(2):e228-e232.
 28. US Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA recommends not using lidocaine to treat teething pain and requires new Boxed Warning. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-recommends-not-using-lidocaine-treat-teething-pain-and-requires>. Published 2014. Accessed on June 10, 2020.
 29. US Food and Drug Administration. Risk of serious and potentially fatal blood disorder prompts FDA action on oral over-the-counter benzocaine products used for teething and mouth pain and prescription local anesthetics. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/risk-serious-and-potentiallyfatal-blood-disorder-prompts-fda-action-oral-over-the-counter-benzocaine>. Published 2018. Accessed on June 10, 2020.
 30. Zadzíńska E, Nieczuja-Dwojicka J, Borowska-Sturgińska B. Primary tooth emergence in Polish children: timing, sequence and the relation between morphological and dental maturity in males and females. *Anthropol Anz.* 2013;70(1):1-13.



5

Cárie na primeira infância

Marcoeli Silva de Moura

Lúcia de Deus Moura

Marina de Deus Moura de Lima

Cacilda Castelo Branco Lima

Teresinha Soares Pereira Lopes

O recém-nascido (RN) não apresenta bactérias na cavidade bucal, a colonização microbiana ocorre de forma vertical (mãe para o filho) ou horizontal (cuidadores para a criança) (Figura 1).

Com a erupção dos primeiros dentes, tem-se o início do estabelecimento da microbiota cariogênica, em virtude da presença de superfícies mineralizadas não descamáveis – os dentes. A transmissão de microrganismos de forma vertical ou horizontal não significa transmissão de cárie dentária, uma vez que apenas bactérias não são suficientes para a sua ocorrência. Inicialmente, glicoproteínas salivares recobrem a superfície do esmalte dentário, formando a película adquirida. Sobre essa película, as bactérias iniciam a colonização formando biofilme dentário, essencial para o desenvolvimento da cárie dentária. O biofilme torna-se cariogênico quando exposto frequentemente a açúcares durante sua formação e maturação. O consumo frequente de açúcar é fator de risco comum para cárie dentária e outras doenças não transmissíveis, como as cardiovasculares, diabetes e obesidade.

A cárie dentária não é uma doença transmissível.
Hábitos alimentares e de higiene é que são
transmitidos entre gerações



Figura 1: A. Contaminação vertical de mãe para filho; B. Início do estabelecimento da microbiota cariogênica.

A alta frequência de ingestão de açúcar, principalmente sacarose, é fator determinante para que ocorra desequilíbrio no pH do biofilme dentário, tornando-o ácido e favorável ao desenvolvimento de microbiota cariogênica. Isso ocorre porque as bactérias cariogênicas (estreptococos do grupo mutans e lactobacilos) são acidogênicas, metabolizam o açúcar produzindo ácidos, que promovem a desmineralização do esmalte. Nesse meio ácido, essas bactérias sobrevivem, por serem acidúricas e promoverem disbiose, que é um desequilíbrio na microbiota bucal residente.

O processo de desmineralização do esmalte (DES) ocorre quando o pH do biofilme atinge valor menor ou igual a 5,5 (pH crítico) e o dente perde minerais para o meio bucal. Quando cessa a produção de ácidos pelas bactérias e o pH do biofilme atinge valores superiores ao crítico, os minerais (Ca^{++} e PO_4^{3-}) retornam para a superfície dentária, pois apresentam-se em alta concentração na saliva e no fluido do biofilme, processo denominado de remineralização (RE). Quando o processo de RE não compensa a reposição dos minerais perdidos durante a DES, a cárie dentária instala-se em nível subclínico. As lesões de cárie tornam-se visíveis clinicamente quando a porosidade do esmalte aumenta, e formam-se manchas brancas opacas, que podem ou não evoluir para cavidades (Figura 2).



Figura 2. Representação esquemática do processo DES-RE

A. Desmineralização e gengivite;

B. Remineralização;

C. Lesões de mancha branca ativa nos incisivos centrais e cavidades em esmalte nos incisivos laterais.

O aumento da porosidade do esmalte em lesões cariosas de mancha branca favorece a absorção de corantes da dieta, provocando descoloração, que dificulta o diagnóstico diferencial com outras condições clínicas (Quadro 1).

A cárie dentária é uma doença açúcar dependente associada ao estilo de vida, portanto a prevenção está relacionada a hábitos e atitudes cotidianas, que devem ser iniciadas precocemente no âmbito familiar

Quadro 1: Diagnóstico diferencial de lesões de mancha branca cariosas e descoloração extrínseca do esmalte dentário.

Diagnóstico	Condição Clínica
<p>Descoloração extrínseca Quando a película adquirida não é removida adequadamente pode pigmentar-se com os corantes da dieta ou sulfato ferroso. Essas manchas podem ser removidas com profilaxia profissional.</p>	
<p>Mancha branca ativa Localizada no terço cervical, de aspecto rugoso, coloração branco opaca associada à presença de biofilme e gengivite.</p>	
<p>Mancha branca inativa e pigmentada Localizada no terço médio da superfície, de aspecto liso, brilhante, branca ou pigmentada, associada à ausência de biofilme e gengiva saudável. Essa mancha não é removida por profilaxia profissional.</p>	

Manchas Negras

Provocadas por bactérias cromogênicas. É uma pigmentação de difícil remoção e fácil recidiva. Existem evidências de que manchas negras representam fator de proteção contra cárie dentária.

**Hipomineralização**

Defeito de desenvolvimento do esmalte caracterizado por opacidades difusas ou demarcadas, localizadas preferencialmente no terço médio das superfícies vestibular ou lingual e nas pontas de cúspides.

**Hipoplasia**

Defeito de desenvolvimento do esmalte caracterizado por redução da espessura do esmalte, com bordas lisas e arredondadas.



A nutrição adequada nos primeiros 1.000 dias de vida do bebê (Figura 3) impacta no crescimento e desenvolvimento da criança. A introdução precoce de açúcar na dieta associada à alta frequência de ingestão são fatores de risco para a ocorrência de cárie. O aleitamento materno no primeiro ano de vida associado à higiene bucal com dentifrício fluoretado da família (1.000 a 1.500 ppm F) são fatores de proteção contra cárie dentária. No entanto, a amamentação frequente e/ou noturna associada à negligência na higiene bucal além de 24 meses, são fatores de risco para o desenvolvimento de lesões cariosas.

A alimentação noturna durante o período do sono é frequente na infância, momento em que a produção de saliva é reduzida com consequente comprometimento da autolimpeza. Nessa condição, o ambiente bucal torna-se aquecido e escuro, favorecendo o processo de desmineralização do esmalte dentário (Figura 4). Essa prática deve ser desaconselhada após a erupção dos primeiros dentes.

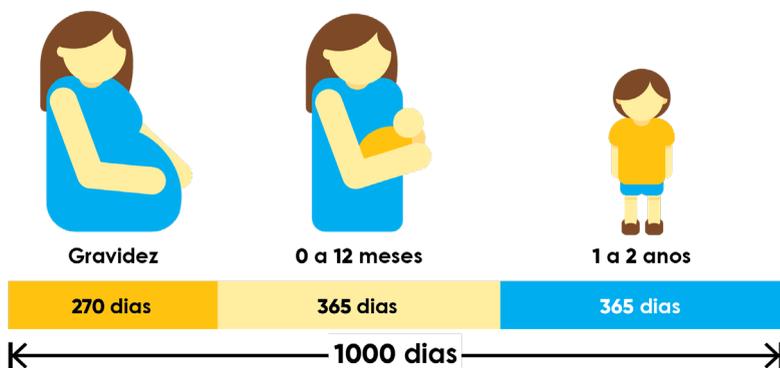


Figura 3: Primeiros 1000 dias de vida em que não se deve consumir açúcar.



Figura 4: Desafio cariogênico provocado por alta frequência de ingestão de sacarose, aleitamento materno noturno e higiene bucal negligenciada.

A frequência de ingestão de açúcar igual ou superior a seis vezes ao dia é mais prejudicial que a quantidade consumida

“Cárie na Primeira Infância” (CPI) é conceituada como a presença de um ou mais dentes cariados (manchas brancas ou cavidades), extraídos devido à cárie ou restaurados em crianças menores de seis anos (Figura 5).

Quando a doença se manifesta em superfície lisa de criança com idade inferior a três anos é denominada de “Cárie Severa na Primeira Infância”, que são lesões agudas de progressão rápida, envolvendo vários dentes, iniciando quase sempre pelos incisivos superiores e primeiros molares (Figura 6). Os dentes inferiores anteriores geralmente são menos afetados pela CPI, devido à posição anatômica, protegidos pela língua e pela proximidade dos condutos secretores de glândulas salivares (autolimpeza).



Figura 5. Cárie na Primeira Infância

Os bebês com lesões cariosas que buscam atendimentos no PPGB geralmente são encaminhados de outros serviços (ver capítulo 1)

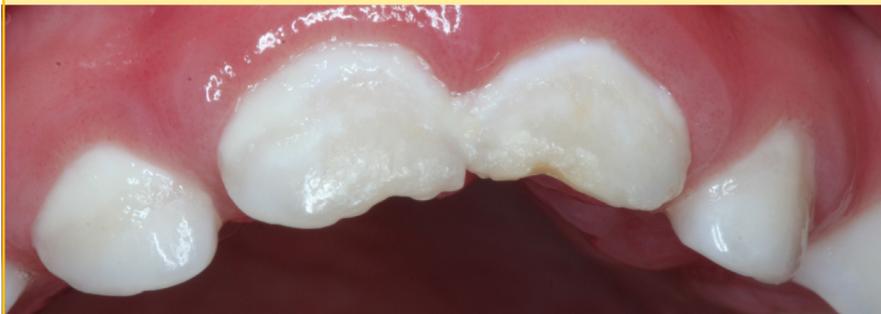
Essas lesões cariosas de evolução rápida podem desencadear dor e desconforto durante a escovação e mastigação e, quando não tratadas, evoluir para necrose pulpar. A doença impacta negativamente na qualidade de vida da criança/familiares e tratamentos cirúrgico/restauradores de maior complexidade são traumáticos para a criança, pais e profissionais, além de sobrecarregarem o serviço público de saúde. A evolução clínica e protocolo de tratamento para CPI adotado no PPGB estão descritos no quadro 2.



Figura 6. Cárie Severa na Primeira Infância

Quadro 2: Estágios clínicos evolutivos e protocolos de tratamento para CPI adotado no PPGB.

Estágio 1: Lesão de Mancha Branca Ativa



Tratamento

- Incentivo à família para controle de frequência de ingestão de açúcar;
- Escovação com dentífrico fluoretado da família três vezes ao dia;
- Aplicação tópica de gel fluoretado neutro (ATF);
- Retorno semanal ao PPGB para avaliar a motivação da família - observar condições da gengiva e ATF;
- Após controle da cárie, manutenção preventiva trimestral.

Estágio 2: Cavitação em Esmalte



Tratamento

- Incentivo à família para controle de frequência de ingestão de açúcar;
- Escovação com dentífrico fluoretado da família três vezes ao dia;
- Aplicação tópica de gel fluoretado neutro;
- Retorno semanal ao PPGB para avaliar a motivação da família - observar condições da gengiva, ATF e necessidade de tratamento restaurador;
- Após controle da cárie, manutenção preventiva trimestral.

Estágio 3: Cavitação em Dentina



Tratamento

- Incentivo à família para controle de frequência de ingestão de açúcar;
- Escovação com dentifrício fluoretado da família três vezes ao dia;
- Aplicação tópica de gel fluoretado neutro;
- Encaminhamento para Clínica Odontológica Infantil da UFPI (referência) para procedimentos restauradores. Após a conclusão, retornam ao PPGB (contra referência).

Estágio 4: Lesão cariosa com envolvimento pulpar



Tratamento

- Incentivo à família para controle de frequência de ingestão de açúcar;
- Escovação com dentifrício fluoretado da família três vezes ao dia;
- Aplicação tópica de gel fluoretado neutro;
- Encaminhamento para Clínica Odontológica Infantil da UFPI (referência) para terapia pulpar / restauração ou exodontia. Após a conclusão, retornam ao PPGB (contra referência);
- Avaliar o comportamento da criança e motivação da família.

Estágio 5: Destruição Coronária**Tratamento**

- Incentivo à família para controle de frequência de ingestão de açúcar;
- Escovação com dentifrício fluoretado da família três vezes ao dia;
- Aplicação tópica de gel fluoretado neutro;
- Encaminhamento para Clínica Odontológica Infantil da UFPI (referência) para exodontia. Após a conclusão, retornam ao PPGB (contra referência).

Os dentes decíduos são pouco valorizados pela maioria dos pais, em virtude de serem temporários. No PPGB, os pais são orientados sobre a importância da preservação dos dentes hígidos para o desenvolvimento da função mastigatória e equilíbrio do sistema estomatognático e manutenção da saúde. As medidas preventivas mais eficazes ocorrem no ambiente familiar e incluem controle na frequência de ingestão de açúcar e escovação supervisionada com dentifrício fluoretado da família (1.000 a 1.500 ppm F).

A CPI é fator preditivo para a ocorrência de cárie dentária na dentição permanente

A ingestão frequente de açúcar associada à higiene bucal negligenciada e uso inadequado de fluoretos são considerados os fatores de risco primários para a CPI. Entretanto, o contexto no qual as crianças estão inseridas - deter-

minantes sociais - deve ser analisado para que estratégias preventivas possam ser bem-sucedidas. A prevalência de CPI é mais alta em crianças cujas mães apresentam baixas escolaridade e renda familiar.

A comunicação entre profissionais de saúde e famílias em condição de vulnerabilidade social por vezes é complexa, sendo necessário considerar o letramento em saúde. A assimilação pelas famílias sobre atitudes capazes de prevenir a instalação de doenças bucais é mais efetiva quando uma rede de atenção entre profissionais, centrada na cooperação e padronização das orientações repassadas é estabelecida. Para isso é necessário que os profissionais conversem entre si e padronizem as informações de forma contextualizada. Daí a importância das atividades do PPGB serem desenvolvidas em um ambulatório de saúde multidisciplinar, local em que os bebês são atendidos por profissionais de diversas áreas, que capacitados com relação às doenças bucais, podem auxiliar na prevenção e diagnóstico precoce (ver capítulo 1).

Letramento ou alfabetização em saúde é a capacidade do indivíduo de acessar, entender e aplicar as orientações com objetivo de tomar decisões sobre cuidados em saúde

A maioria dos pais/responsáveis conhece as medidas para a prevenção da cárie dentária, mas não as adotam no âmbito familiar pela dificuldade na aceitação dos bebês, associada à carência de outras necessidades básicas da família, como fome e desemprego. Além disso, crenças e mitos sobre alimentação, cremes dentais, erupção dentária, uso de antibióticos e genética como fatores etiológicos para cárie podem influenciar na adoção de práticas saudáveis.

Pesquisa realizada no PPGB indicou como fatores associados à CPI:

- 1.** Consumo de açúcar maior que quatro vezes ao dia;
- 2.** Dificuldade das mães em realizar a higiene bucal dos bebês;
- 3.** Amamentação noturna por tempo superior a 16 meses;
- 4.** Arco dentário superior sem diastemas anteriores (tipo II de Baume);
- 5.** Defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário;
- 6.** Menos de três consultas ao PPGB;
- 7.** História de cárie nos pais.

No PPGB, em bebês com arco dentário do tipo II, a mãe é orientada a utilizar fio dental ou a confeccionar "fita dental", a partir de sacos plásticos, lavados com água e sabão e cortados em finas tiras



Figura 7: Fita dental confeccionada a partir de sacolas plásticas, além de ser uma medida ecologicamente sustentável, é de baixo custo e apresenta qualidade semelhante ao fio dental.

As consultas de retorno programadas são individualizadas e objetivam avaliação periódica da saúde bucal, em virtude do bebê estar constantemente em mudanças no ciclo evolutivo, além de identificar os fatores de risco relacionados à saúde praticados no núcleo familiar, e dialogar focando nos fatores observados (Quadro 3).

Quadro 3: Fatores de risco/proteção para CPI.

Fatores de proteção

- Exposição a água fluoretada;
- Uso de dentifrício fluoretado (1.000 a 1.500 ppm F) 2x ao dia;
- Aplicação tópica de flúor profissional;
- Acesso a serviço odontológico;
- Família comprometida com a saúde bucal;
- Hábitos alimentares saudáveis;
- Aleitamento materno no 1º ano de vida.

Fatores de risco

- Baixas renda e escolaridade materna;
- Baixo letramento em saúde dos pais;
- Mães/responsáveis com lesões ativas de cárie;
- Criança com necessidades especiais;
- Alto consumo de açúcar (+ 6 vezes ao dia);
- Alimentação noturna após erupção dentária;
- Ausência/má higiene bucal com acúmulo de biofilme;
- Presença de defeitos de desenvolvimento de esmalte.

No PPGGB, o foco de atuação é a família, principal fonte de aprendizado e exemplo para os bebês, que percebem, apreendem e reproduzem comportamentos e atitudes cotidianas dos pais relativas a hábitos, valores e crenças (ver capítulo 1).

O profissional deve ser capaz de sensibilizar as famílias sobre a necessidade de repensar atitudes cotidianas pré-estabelecidas

A prevalência de CPI no Brasil aos cinco anos é de 53%, acometendo em média 2,4 dentes por criança. No interior da região nordeste é maior (69,1%), afetando em média 3,9 dentes (Brasil, 2011). Em Teresina, é de 50,2% aos cinco anos (Andrade et al., 2019). A doença se manifesta de forma diferente entre regiões e grupos populacionais, caracterizando desigualdades em saúde, que requerem atenção governamental, com intervenções de saúde pública. Na distribuição da doença na população observa-se o fenômeno da polarização, quando em um polo há ausência de doença e, no outro, grande número de casos concentrados em um pequeno grupo de indivíduos. Esse quadro também expressa a iniquidade, em que o ataque desigual da doença entre as crianças decorre não apenas de variações biológicas inevitáveis, mas de diferenças no contexto onde estão inseridas.

USO DE FLUORETOS

O uso de fluoretos é uma estratégia efetiva para o controle da CPI. No PPGGB, os responsáveis são orientados a utilizar dentifrício fluoretado da família (1.000 a 1.500 ppm F) em pequena quantidade, a partir da erupção do primeiro dente. Quando o bebê apresenta apenas incisivos irrompidos, a quantidade deve ser equivalente a um grão de arroz cru. E por volta de três anos, quando apresentar dentição decídua completa, essa quantidade deve equivaler a um grão pequeno de feijão cru (Figura 8). Escovar os dentes duas vezes ao dia, associado ao controle de frequência de ingestão de açúcar, é a medida mais efetiva no controle da CPI (ver capítulo 1).

No PPGGB, desde 1997, os pais são orientados a utilizar dentifrício fluoretado da família após erupção dos primeiros dentes

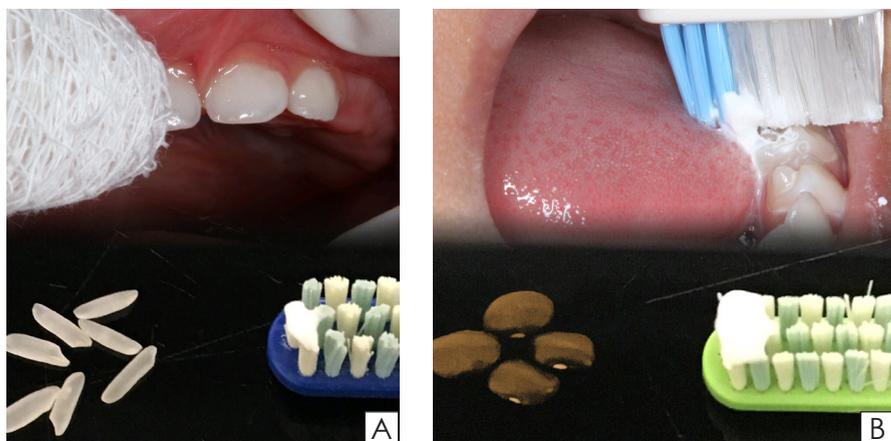


Figura 8: A. Quantidade de dentífrício para crianças com dentes anteriores; B. Quantidade de dentífrício para crianças com dentição decídua completa.

A escovação com dentífrício fluoretado, além de desorganizar o biofilme dentário, promove deposição de fluoreto na cavidade bucal, principalmente nos remanescentes de biofilme que não foram adequadamente removidos (Figura 9). Os fluoretos atuam no processo de DES-RE. Enquanto o pH permanece igual ou inferior a 5,5, o F presente no biofilme atua reduzindo a perda de mineral (DES). Quando o pH do biofilme é restabelecido, ocorre a reposição dos minerais perdidos (RE) no esmalte dentário.

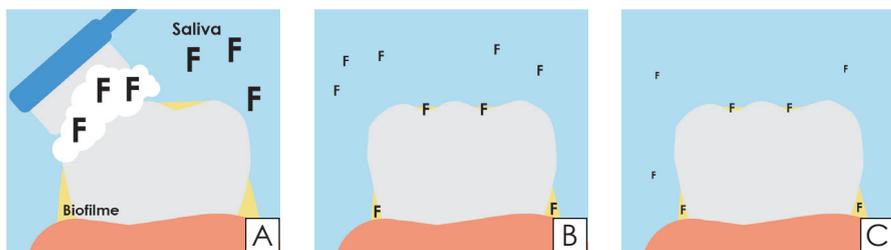


Figura 9: Mecanismo de ação dos dentífrícios fluoretados
 A. Remoção do biofilme acumulado sobre os dentes e aumento da concentração de fluoreto na cavidade bucal;
 B. Residual de biofilme dentário não removido pela escovação enriquecido com fluoreto;
 C. Concentração de fluoreto reduz pela ação do fluxo salivar, mas permanece por mais tempo no biofilme não removido

Fonte: Adaptado de Tenuta et al., 2012.

Crianças que ingerem dentifrício fluoretado de forma crônica podem apresentar fluorose dentária em dentes permanentes em formação, principalmente se consomem água fluoretada. A fluorose dentária é um defeito de desenvolvimento do esmalte (DDE) caracterizado por hipomineralização subsuperficial, que clinicamente apresenta distribuição simétrica, com opacidades difusas que variam de finas linhas a áreas brancas, podendo afetar toda a superfície do dente (Figura 10). O grau de fluorose é diretamente relacionado à quantidade e época em que ocorreu a ingestão de fluoretos.



Figura 10: Fluorose dentária – A. Leve; B. Moderada; C: Severa.

Enquanto a criança não consegue expelir os resíduos de dentifrício, no PPGB os pais são orientados a utilizar uma fralda para remover os excessos durante a escovação dentária, visando prevenir ingestão crônica e conseqüente fluorose dentária. Pesquisa realizada no PPGB demonstrou que crianças que frequentaram o projeto nas consultas agendadas, apresentaram menor prevalência e severidade de fluorose.

Excluindo a fluorose dentária leve, não há evidências de que fluoreto utilizado em concentração ideal cause qualquer outro efeito sistêmico em humanos.

As crianças assistidas pelo PPGB são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e em geral, vivem em condição de vulnerabilidade social. Em cada consulta é doado dentifrício fluoretado, e quando a criança apresenta primeiro molar irrompido, recebe escova dentária. Em bebês que apresentam sangramento gengival, indicativo de higiene bucal deficiente, é realizada aplicação tópica de gel fluoretado neutro, após escovação com dentifrício fluoretado, visando compensar possíveis perdas minerais ocorridas durante os desafios cariogênicos, além de favorecer a maturação do esmalte dentário nos primeiros anos após a erupção. Além disso, o dente decíduo apresenta características que o tornam suscetível à cárie dentária, como menor conteúdo mineral, menor espessura de esmalte, menor dureza, maiores concentrações de carbonato (mineral mais solúvel) e água.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL E CPI

A CPI pode interferir na estética, desencadear dor e impactar negativamente na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de crianças e suas famílias. Em estágios avançados, compromete a função mastigatória, fala e sono, dificulta escovação dentária, repercute em absenteísmo escolar, baixa autoestima e constrangimentos que afetam a socialização. A CPI também influencia negativamente no núcleo familiar, como nas emoções dos pais (angústia e sentimento de culpa), atividades diárias da família (absenteísmo no trabalho) e em questões financeiras para custear o tratamento. O tratamento odontológico impacta positivamente na QVRSB da criança e família.

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal corresponde ao impacto desencadeado pelas alterações bucais sobre aspectos da vida cotidiana

É importante que o profissional identifique os contextos familiar e social em que a criança está inserida, pois a CPI pode afetar os aspectos físico (limitação funcional e sintomas orais), psicológico (estado emocional e condições afetiva e cognitiva) e social (integração do indivíduo aos contatos sociais). Assim, o plano de tratamento deve ser individualizado levando-se em consideração as necessidades de intervenção, valores, crenças e expectativas das crianças e famílias.

REFERÊNCIAS

1. 1000 days [citado em 30 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://www.thousanddays.org/>.
2. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(11):1-14.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy Early childhood Caries (ECC): Classifications, consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent*. n.6, p.59-61, 2017.
4. Anderson M, Dahllöf G, Twetman S, Jansson L, Bergenlid AN, Grindefjord M. Effectiveness of Early Preventive Intervention with Semiannual Fluoride Varnish Application in Toddlers Living in High-Risk Areas: A Stratified Cluster-Randomized Controlled Trial. *Caries Res*

2016;50:17–23.

5. Andrade NA, Santos IT, Lima LMS, Lima CCB, Moura LFAD, Barros SSLV, et al. Impact of Developmental enamel defects on quality of life in 5-year-old children. *Int J Paediatr Dent*. 2019;29(5):557-565.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final. Brasília, 2011.
7. Carvalho CA, Fonsêca PCA, Priore SE, Franceschini SCC, Novaes JF. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(2):211---221
8. Ccahuana-Vásquez RA, Vale GC, Tenuta LMA, Del Bel Cury AA, Vale GC, Cury JA. Effect of frequency of sucrose exposure on dental biofilm composition and enamel demineralization in the presence of fluoride. *Caries Res* 2007; 41(1): 9-15.
9. Chaffee BW, Feldens CA, Rodrigues PH, Vítolo MR. Feeding practices in infancy associated with caries incidence in early childhood. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43:338-348.
10. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2017;45(3):216-224.
11. Corrêa-Faria P, Daher A, Freire MDCM, de Abreu MHNG, Bönecker M, Costa LR. Impact of untreated dental caries severity on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Quality of Life Research* 2018;27(12):3191-3198.
12. Cunha AJ, Leite AJ, de Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr*. 2015; 91: S44-51.
13. Dzidic M, Collado MC, Abrahamsson T, Artacho A, Stensson M, Jenmalm MC, Mira A. Oral Microbiome Development During Childhood: An Ecological Succession Influenced by Postnatal Factors and Associated With Tooth Decay. *ISME J* . 2018 Sep;12(9):2292-2306.
14. Feldens CA, Rodrigues PH, de Anastácio G, Vítolo MR, Chaffee BW. Feeding frequency in infancy and dental caries in childhood: a prospective cohort study. *Int Dent J*. 2018;68(2):113-121.
15. Fernandes IB, Souto-Souza D, Primo-Miranda EF, Marques LS, Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J. Perceived impact of dental pain on the quality of life of children aged 1-3 years and their families. *European Archives of Paediatric Dentistry* 2019;20(6):557-563.
16. França-Pinto CC, Cenci MS, Correa MB, Romano AR, Peres MA, Peres KG, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Demarco FF. Association between Black Stains and Dental Caries in Primary Teeth: Findings from

- a Brazilian Population-Based Birth Cohort. *Caries Res* 2012;46:170–176.
17. Gomes MC, Perazzo MF, Neves ÉTB, de Lima LCM, de Brito Costa EMM, Granville-Garcia AF. Children's perceptions regarding functional limitations due to oral problems. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2020;21(1):95-101.
 18. Hajishengallis E, Parsaei Y, Klein MI, Koo H. Advances in the Microbial Etiology and Pathogenesis of Early Childhood Caries. *Mol Oral Microbiol* 2017 Feb;32(1):24-34.
 19. Horowitz AM, Kleinman DV, Child W, Radice SD, Maybury C. Perceptions of Dental Hygienists and Dentists About Preventing Early Childhood Caries: A Qualitative Study. *J. Dent. Hyg.* 2017 Aug;91(4):29-36.
 20. Kirthiga M, Murugan M, Saikia A, Kirubakaran R. Risk Factors for Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control and Cohort Studies. *Pediatr Dent* . 2019 Mar 15;41(2):95-112.
 21. Lima MDM, Brito Neto ZS, Amaral HO, Moura MS, Lima CCB Moura LFAD. Risk factors associated with early childhood caries - a case control study. *Revista Odonto Ciência (Online)*. 2016; 31: 83-88, 2016.
 22. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2007;35:401-411.
 23. Lotto M, Strieder AP, Aguirre PEA, Machado MAAM, Rios D, Cruvinel A, Cruvinel T. Parental Perspectives on Early Childhood Caries: A Qualitative Study *Int J Paediatr Dent* . 2020 Feb 3. doi: 10.1111/ipd.12622. Online ahead of print.
 24. Lynch RJM. The primary and mixed dentition, post-eruptive enamel maturation and dental caries: a review. *Int Dent J* 2013; 63 (Suppl. 2): 3–13.
 25. Mafra AC, Moran LS, Bernabe E. Maternal Oral Health and Early Childhood Caries amongst Low-Income Families. *Com Dent Healt* 2020;37:1–6.
 26. Moynihan P, Tanner LM, Holmes RD, Hillier-Brown F, Mashayekhi A, Kelly SAM, Craig D. Systematic Review of Evidence Pertaining to Factors That Modify Risk of Early Childhood Caries. *JDR Clin Trans Res* 2019 Jul;4(3):202-216
 27. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385–93.
 28. Nora AD, Rodrigues CS, Rocha RO, Soares FZM, Braga MM, Lenzi TL. Is Caries Associated with Negative Impact on Oral Health-Related Quality of Life of Pre-school Children? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatric Dentistry* 2018;40(7):403-411.

- 29.** Nurash P, Kasevayuth K, Intarakamhang U. Learning programmes and teaching techniques to enhance oral health literacy or patient-centred communication for healthcare providers: A systematic review. *Eur J Dent Educ.* 2020 Feb;24(1):134-144.
- 30.** Peres KG, Nascimento GG, Peres MA, et al. Impact of Prolonged Breastfeeding on Dental Caries: A Population-Based Birth Cohort Study. *Pediatrics.* 2017; 140(1):e20162943
- 31.** Peres KG, Chaffee BW, Feldens CA. Breastfeeding and oral health: evidence and methodological challenges. *J Dent Res.* 2018;97(3):251-258.
- 32.** Ribeiro AM, Lima MC, Lira PIC et al. Baixo peso ao nascer e obesidade: associação causal ou casual. *Rev. Paul. Pediatr.* 2015; 1(1): 01-09.
- 33.** Rosier BT, Marsh PD, Mira A. Resilience of the Oral Microbiota in Health: Mechanisms That Prevent Dysbiosis. *J Dent Res.* 2018; Apr;97(4):371-380.
- 34.** Splieth CH, Banerjee A, Bottenberg P, et al. How to Intervene in the Caries Process in Children: A Joint ORCA and EFCD Expert Delphi Consensus Statement [published online ahead of print, 2020 Jul 1]. *Caries Res.* 2020;1-9.
- 35.** Tenuta LMA, Chedid SJ, Cury JA. Uso de fluoretos em Odontopediatria - Mitos e evidências. In: Maia LC; Primo LG. (Org.). *Odontologia Integrada na Infância.* 1 ed. São Paulo: Editora Santos, 2012: 153-177.
- 36.** Tenuta LMA, Zamataro CB, Del Bel Cury AA, Tabchoury CPM, Cury JA. Mechanism of Fluoride Dentifrice Effect on Enamel Demineralization. *Caries Res*2009;43(4):278-85.
- 37.** Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29:238-248.
- 38.** World Health Organization. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. 2019, 72p.





Traumatismos alveolodentários

Lúcia de Deus Moura
Marina de Deus Moura de Lima
Marcoeli Silva de Moura
Cacilda Castelo Branco Lima
Teresinha Soares Pereira Lopes

Os traumatismos alveolodentários (TADs) na dentição decídua representam um dos desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista (CD) no atendimento infantil e podem impactar negativamente na qualidade de vida da criança e seus familiares. A prevalência é de aproximadamente 40% (Jorge et al., 2009) em bebês na faixa etária de zero a três anos, não havendo distinção entre os sexos. As principais causas de TAD são queda da própria altura e colisão durante atividades de lazer, pois nessa fase a criança começa a caminhar/correr, expondo-se constantemente a riscos, devido à falta de coordenação motora. Crianças com mordida aberta anterior, sobressaliência aumentada e ausência de selamento labial são mais vulneráveis aos TADs (Figura 1).

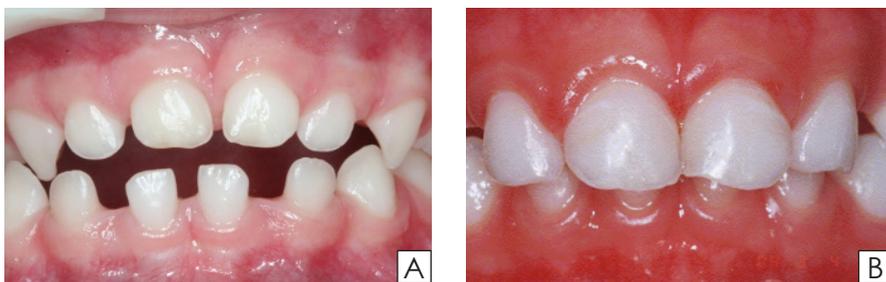


Figura 1: Fatores de risco frequentes para TADs em bebês – A. mordida aberta anterior; B. mordida profunda.

Ao iniciar o atendimento de criança com TAD, o CD deve manter-se calmo e concentrar atenção no binômio mãe/bebê, transmitindo segurança e confiança. Em alguns casos, é observado sangramento desproporcional à complexidade da lesão, que pode assustar a criança e responsáveis, visto que os tecidos bucais apresentam vascularização abundante.

A presença de vômito, dor de cabeça, sonolência, tontura, alterações nos padrões respiratório e de fala, movimentos anormais dos olhos, cianose, rinorréia e otorréia podem representar sinais/sintomas de sangramento intracraniano e a criança deve ser encaminhada imediatamente ao pronto-socorro, antes da avaliação odontológica.

O atendimento odontológico é iniciado com anamnese sobre histórico médico, social, odontológico e do acidente: COMO - para avaliar a direção do impacto; ONDE – para avaliar chance de contaminação e necessidade de reforço da vacina antitetânica e QUANDO – para auxiliar no planejamento do tratamento e prognóstico, visto que o tempo decorrido definirá a melhor conduta.

Verificar se a história do TAD é compatível com a condição clínica, pois muitas lesões na face estão relacionadas a maus-tratos infantis e é dever do CD denunciar às autoridades competentes

Antes de iniciar o exame clínico, realiza-se a limpeza da área traumatizada com compressas de gaze embebidas em soro fisiológico e, em casos de lacerações de tecidos moles, analisar a necessidade de realização de suturas. Em seguida, inspeção visual e palpação de tecidos moles devem ser feitas, a fim de identificar possível presença de corpos estranhos no interior desses tecidos. Na sequência, os dentes e tecidos de sustentação são examinados para avaliação de mobilidade, deslocamento, fratura e descoloração dentária (Figura 2).



Figura 2: Laceração de lábio inferior e subluxação do dente 61.

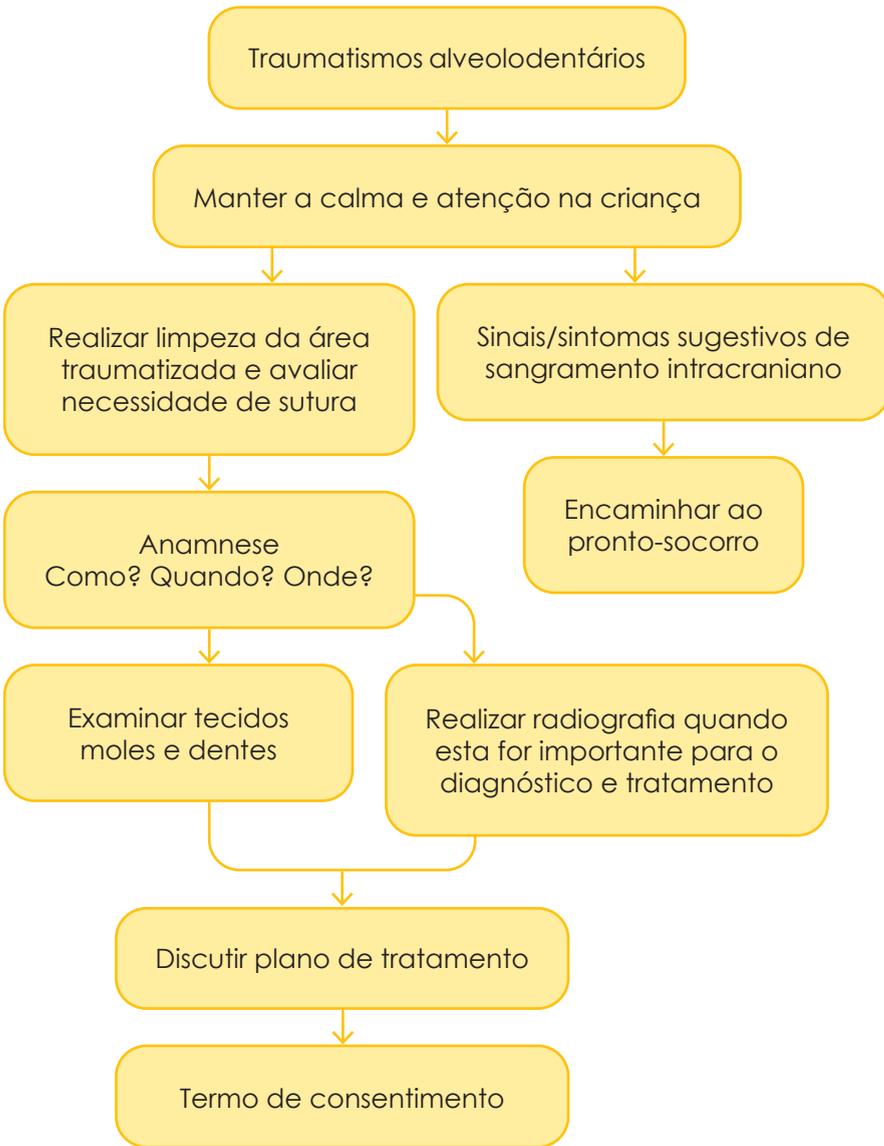
Dentre as lesões de tecidos moles, são frequentes as que afetam o frênulo labial

Avaliação radiográfica é realizada sempre que possível, pois será importante para comparações nas consultas de monitoramento. Radiografia periapical modificada (com filme periapical adulto posicionado como na técnica oclusal) objetiva determinar extensão da lesão, presença de corpos estranhos, nível de fraturas, posição de deslocamento, graus de rizólise/rizogênese e relação dentes decíduo/permanente. Documentação fotográfica também deve ser incluída no prontuário da criança.

Após o diagnóstico, o CD deve discutir com os pais as possibilidades de tratamento com orientações sobre prognóstico, possíveis complicações e importância de consultas de monitoramento. Alguns fatores influenciam o planejamento do tratamento como maturidade, cooperação da criança e oclusão. A decisão baseia-se nas condições da criança naquele momento. Caso a criança relate dor, deve ser prescrito analgésico. Os responsáveis devem assinar um termo de consentimento livre e esclarecido assumindo riscos e benefícios junto com o profissional e as complicações possíveis pós TAD, explicitadas no documento, assim como o compromisso de retorno às consultas de monitoramento (Fluxograma 1 e Quadro 1).

Testes de sensibilidade e percussão não devem ser realizados em bebês pela subjetividade das respostas

Fluxograma 1: Sequência de atendimento de criança vítima de TAD.



No PPGB, as crianças vítimas de TADs são referenciadas para a clínica odontológica infantil da UFPI e, após tratamento, são contra-referenciadas

Quadro 1: TADs mais frequentes na dentição decídua e alternativas de tratamento.

LESÕES NOS DENTES

Fratura de esmalte



Tratamento

Planificar bordos cortantes com tira de lixa de amálgama ou ponta diamantada.

Fratura de esmalte e dentina



Tratamento

Restaurar com resina composta ou monitorar, dependendo da quantidade de dentina envolvida e colaboração da criança.

Fratura de esmalte e dentina com envolvimento pulpar



Tratamento

Avaliar o estado pulpar, tempo decorrido pós trauma, aspecto macroscópico da polpa e idade da criança.

1. Curetagem pulpar e restauração;
2. Pulpotomia com formocresol e restauração;
3. Pulpectomia e restauração.
4. Exodontia

Fratura coronoradicular



Tratamento

Exodontia

Fratura radicular (condição rara)



Tratamento

1. Quando o fragmento coronário não foi deslocado e o dente não apresenta mobilidade, monitorar trimestralmente, ou antes, caso haja intercorrência;
 2. Quando o fragmento coronário foi deslocado, remoção do fragmento coronário, preservando a porção radicular no interior do alvéolo.
- *Quanto mais apical, mais favorável o prognóstico.

LESÕES DOS TECIDOS DE SUSTENTAÇÃO

Concussão

ausência de mobilidade e de sangramento no sulco gengival



Tratamento

Monitoramento, orientações sobre higiene bucal com solução de clorexidina a 0,12%, alimentação líquida e pastosa por 15 dias.

Subluxação

o dente apresenta mobilidade leve e sangramento no sulco gengival por lesão de fibras do ligamento periodontal



Tratamento

Monitoramento, orientações sobre higiene bucal com solução de clorexidina a 0,12%, alimentação líquida e pastosa por 15 dias.

Luxação extrusiva

condição rara em que o dente é deslocado parcialmente do interior do alvéolo e apresenta mobilidade



Tratamento

1. Deslocamento menor que 3mm – avaliar se existe interferência oclusal e/ou mobilidade e optar por: monitoramento, desgaste da borda incisal ou reposicionamento e contenção flexível por duas semanas;
2. Deslocamento maior que 3mm - exodontia.

Luxação intrusiva

o dente é deslocado para o interior do alvéolo e não apresenta mobilidade



Tratamento

Monitoramento, aguardar reerupção espontânea (geralmente ocorre em até 6 meses)

Luxação lateral

condição rara em que o dente se apresenta deslocado para lateral, vestibular ou palatina



Tratamento

Avaliar se existe interferência oclusal e/ou mobilidade. Opções de tratamento:

- 1.** Monitoramento;
- 2.** Reposicionamento sob anestesia infiltrativa e contenção flexível por duas semanas.

Avulsão

exarticulação do dente do interior do alvéolo



Tratamento

Não reimplantar.



Figura 3: Bebê de 8 meses prendeu os dentes na varanda de rede de dormir

- A. Foi observada severa mobilidade;
- B. Observar dentes e osso alveolar deslocados;
- C. Aspecto após exodontia;
- D. Dentes extraídos – observar incompleta rizogênese.

Deslocamentos dentários são os TADs mais frequentes em bebês, pois o osso alveolar é resiliente e as fibras do ligamento periodontal encontram-se em fase de organização

A contenção flexível é indicada quando o dente é deslocado por pressão da língua, podendo ser confeccionada com fio de nylon e resina composta envolvendo o dente traumatizado e dentes adjacentes sem mobilidade. A contenção visa estabilizar os dentes para favorecer a cicatrização de estruturas periodontais, possibilitar higiene bucal e execução de tratamento endodôntico quando indicado (Figuras 4 e 5).



Figura 4: Representação esquemática demonstrando em caso clínico a sequência de contenção semi-rígida

- A. Dente 61 após subluxação com indicação de contenção;
- B. Condicionamento com ácido fosfórico 37% nos dentes 61 e adjacentes;
- C. Fio de nylon 0,7 ou 0,8mm posicionado com resina composta.

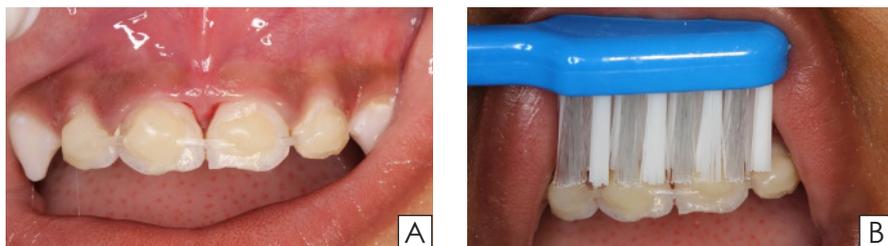


Figura 5: Paciente de 2 anos com subluxação e mobilidade no dente 61

- A. Contenção semi-rígida utilizando fio de nylon 0,7mm e resina composta de cor escura para facilitar remoção;
- B. Contenção fixada no terço médio do dente para favorecer escovação.

Não existem evidências científicas que justifiquem prescrição de antibióticos em casos de TADs em dentes decíduos

ACOMPANHAMENTO DE TADs

Os TADs podem desencadear sequelas nos dentes decíduos traumatizados e/ou permanentes em desenvolvimento, portanto o monitoramento clínico-radiográfico deve ser realizado até erupção do dente sucessor. Quanto mais jovem a criança vítima de TAD, maiores são as chances de lesões nos dentes permanentes, como defeitos de desenvolvimento do esmalte (ver capítulo 3), impacção dentária, dilacerações coronária/radicular e distúrbios de erupção. As lesões que provocam mais sequelas em ambas as dentições são avulsão e intrusão de dentes decíduos, tendo em vista a proximidade das raízes dos dentes decíduos e as coroas dos dentes permanentes em formação.

Nas consultas de monitoramento, os dentes traumatizados podem apresentar alteração de cor provocadas por diferentes causas como: extravasamento de sangue via canalículos dentinários, calcificação distrófica, necrose pulpar ou reabsorção interna (Quadro 2).

Quadro 2: Alterações de descoloração dentária após TADs: características, etiologia e tratamento.

Descoloração dentária	Características Radiográficas
	
<p>Branco-opaco, amarelado</p>	<p>Redução do volume da câmara pulpar/canal radicular</p>
<p>Provável diagnóstico Calcificação pulpar</p> <p>Opções terapêuticas Monitoramento</p>	



Marrom/acastanhado – ocorre geralmente em poucas semanas após o TAD



Sem alterações

Provável diagnóstico

Penetração de sangue no interior dos canálculos dentinários, com decomposição de hemoglobina e liberação de sulfato férrico

Opções terapêuticas

Monitoramento, geralmente ocorre reabsorção gradativa do sangramento



Rosa



Expansão focal da polpa em forma de balão

Provável diagnóstico

Reabsorção interna

Opções terapêuticas

Terapia pulpar ou Exodontia



Acinzentado - ocorre meses após trauma

Lesão periapical pode ou não estar presente

Provável diagnóstico

Necrose pulpar ocorre liberação de substâncias cromóforas, como: ptoínas, aminoácidos, sulfeto de hidrogênio e ácido sulfídrico

Opções terapêuticas

Terapia pulpar ou Exodontia

O dente decíduo é considerado necrosado somente quando a alteração de coloração estiver associada a abscesso, fístula e/ou lesão radiográfica periapical

As estratégias de promoção de saúde visando a prevenção de TADs incluem ambientes mais seguros com piso antiderrapante, mobiliários com bordos arredondados, conservação de equipamentos de parques e playgrounds, utilização de cinto de segurança e campanhas de esclarecimento à população.

REFERÊNCIAS

1. Costa VP, Goettems ML, Baldissera EZ, Bertoldi AD, Torriani DD. Clinical and radiographic sequelae to primary teeth affected by dental trauma: a 9-year retrospective study. *Braz Oral Res* 2016;18,30(1).
2. Cully JL, Zeeb K, Sahay RD, Gosnell E, Morris H, Thikkurissy S. Prevalence of Primary Teeth Injuries Presenting to a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Dent* 2019;15,41(2):136-9.
3. de Paula Barros JN, de Araújo TAA, Soares TRC, Lenzi MM, de Andrade Risso P, Fidalgo TKDS, Maia LC. Profiles of Trauma in Primary and Permanent Teeth of Children and Adolescents. *J Clin Pediatr Dent*

- 2019;43(1):5-10.
4. Feldens CA, Borges TS, Vargas-Ferreira F, Kramer PF. Risk factors for traumatic dental injuries in the primary dentition: concepts, interpretation, and evidence. *Dent Traumatol* 2016;32(6):429-37.
 5. Jorge KO, Moysés SJ, Ferreira EF, Ramos-Jorge ML, Zarzar PMPA. Prevalence and Factors Associated to Dental Trauma in Infants 1-3 Years of Age. *Dent Traumatol* 2009;25(2):185-9.
 6. Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. *Aust Dent J* 2016;1:4-20.
 7. Day PF, Flores MT, O'Connell AC, Abbott PV, Tsilingaridis G, Ashraf F, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol* 2020;36(4):343-59.
 8. Mendoza-Mendoza A, Iglesias-Linares A, Yañez-Vico RM, Abalos-Labruzzo C. Prevalence and complications of trauma to the primary dentition in a subpopulation of Spanish children in southern Europe. *Dent Traumatol* 2015;31(2):144-9.
 9. Odersjö ML, Robertson A, Koch G. Incidence of dental traumatic injuries in children 0-4 years of age: a prospective study based on parental reporting. *Eur Arch Paediatr Dent* 2018;19(2):107-111.
 10. Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dent Traumatol*. 2018; 34:71-86.
 11. Skaare AB, Aas AL, Wang NJ. Enamel defects on permanent successors following luxation injuries to primary teeth and carers' experiences. *Int J Paediatr Dent* 2015;25(3):221-8.
 12. Bossù M et al Evaluation of the application of italian national guidelines for prevention and management of dental injuries in developmental age. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17: 1-10.

O Programa Preventivo para Gestantes e Bebês (PPGB) é um projeto de extensão universitária implantado em abril de 1997, por um grupo de professoras do curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Esse projeto odontológico de atenção materno-infantil tem por objetivo realizar atendimento educativo/preventivo de bebês, na faixa etária de zero a 36 meses, usuários do Sistema Único de Saúde.

