



Faculdade de Odontologia de Piracicaba UNICAMP

MICHELE B. DINIZ

Trabalho apresentado à disciplina de Educação para Saúde, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP, para obtenção do título de Dentista.

TCC 081

PIRACICABA - 2002



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



MICHELE BAFFI DINIZ

SAÚDE BUCAL EM GESTANTES E BEBÊS

Monografia apresentada ao Curso de GRADUAÇÃO em Odontologia da Universidade Estadual de Campinas– FOP-UNICAMP , como parte dos requisitos para obtenção do título de CIRURGIÃ-DENTISTA.

Orientadora: Prof. Dra. Cecília Gatti Guirado

PIRACICABA
2002

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA**

MICHELE BAFFI DINIZ

**SAÚDE BUCAL
EM GESTANTES E BEBÊS**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, *Marina e Alberto*, que foram escolhidos por DEUS, para me presentear com o maior dos talentos: o dom da vida; pelo apoio e colaboração que me dispensaram para que este curso fosse concluído. *Como teria sido difícil sem vocês...*

Ao meu irmão, *Raphael*, pela paciência e compreensão ante à minha ausência.

AGRADECIMENTOS

__ À DEUS, por ter me preservado a vida e favorecido esta conquista, ao longo desta fase de muitas lutas, porém gratificante.

__ À minha orientadora Dra. CECÍLIA, pela competência, eficiência e dedicação na orientação desta monografia, o meu especial agradecimento.

__ Às amigas e amigos que labutaram comigo nesta empreitada, o meu muito obrigada, na expectativa de uma amizade duradoura.

__ À todos os Docentes do curso de graduação, pelo incentivo, paciência, atenção, atenção e sabedoria com que sempre me orientaram.

__ Aos funcionários da Biblioteca da FOP-UNICAMP, meu agradecimento pela atenção dispensada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 PROPOSIÇÃO.....	11
3 REVISÃO LITERATURA.....	13
4 DISCUSSÃO.....	45
5 CONCLUSÃO.....	48
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período em que a mulher procura com freqüência profissionais de saúde, estabelecendo assim um forte vínculo entre o binômio gestante/bebê. Durante a gravidez, encontram-se emocionalmente mais sensíveis e envolvidas com o bem-estar de seu filho, tornando-se mais receptivas às mudanças de atitudes, o que o qualifica como um ótimo período para a instalação de projetos educativos relacionados à saúde bucal.

A motivação é um ponto básico para que as pessoas se determinem a desenvolver uma função específica; mas para que isso seja conseguido de maneira efetiva é necessária uma justificativa convincente para a execução de todos os procedimentos adotados.⁶

O objetivo de uma palestra às gestantes é motivá-las e conscientizá-las de que a cárie dentária é uma infecção transmissível, porém controlável, e que não é possível conviver passivamente com uma doença infecto-contagiosa na boca durante todo o período da gestação. Motivá-las a tratar a doença e as seqüelas ainda no período gestacional, para que tenham plenitude de saúde no momento do nascimento do filho, evitando assim a contaminação precoce do bebê; conscientizá-las, também, da importância que eles têm no âmbito familiar com relação a mudanças de atitudes, e que é imprescindível a parceria família/dentista no controle de doenças bucais.

Além dos objetivos apontados, outro aspecto deve ser enfatizado: o esclarecimento quanto aos mitos e crendices populares que envolvem o atendimento odontológico durante a gravidez. Isso necessita de discussão, porque leva as gestantes a ter aversão ao tratamento odontológico durante a

gravidez, transferindo-o para o pós-parto. Padrões comportamentais dessa natureza advêm de traços culturais repassados através de gerações, por isso, apresentam-se como pontos sensíveis e merecedores de tratamento cuidadoso.

Para completar o quadro, deve-se chamar a atenção para o fato de que não só as gestantes precisam de motivação e que os dentistas também devem ser motivados, pois muitas vezes sentem-se despreparados para atender gestantes, por considerá-las sempre como pacientes de risco ou por não alertar para a ação preventiva da Odontologia.¹³

Os resultados obtidos de uma avaliação às gestantes que buscam os serviços públicos, mediante a aplicação de um questionário, demonstram a falta de conscientização a respeito da manutenção da saúde bucal (dieta e higiene) e do aleitamento materno, da presença de alterações bucais, bem como refletem a negligência do acompanhamento pré-natal odontológico. Assim, o período gestacional requer um enfoque preventivo no âmbito odontológico, para garantia de saúde bucal, não só de gestantes, mas também do bebê.¹⁵

Os dentes sempre tiveram uma importância especial em quase todas as culturas do mundo. Na medicina, no comércio, na religião e na arte, eles muitas vezes atingiram significados quase místicos, representando a vida e a morte. O filme “A balada de Narayama” de Shonei Imamura, por exemplo, é um dos muitos filmes japoneses que relaciona os dentes com a morte a velhice. No caso, mostra a peregrinação de um filho que carrega sua mãe nas costas para um local sagrado onde os velhos desdentados são deixados para morrer sozinhos. No velho testamento bíblico, a célebre frase da vingança “olho por olho, dente por dente” vai mostrar o lado mais primitivo do ser humano, associando a idéia dos dentes às presas dos animais. No período da escravidão negra, os escravos eram cotados conforme o bom estado de suas arcadas dentárias. Símbolo da sobrevivência, da defesa e do poder, o culto aos dentes levou as sociedades a arranjar mecanismos também de preservá-los.

O pensamento curativo era o predominante em todas as intervenções da saúde bucal, mas hoje em pleno século XX, muita coisa mudou. Mudou? A missão da Odontologia atual é a prevenção, e ela está presente em todos os níveis dos cursos de Odontologia do país, do primeiro ao último período, para se criar uma consciência profissional de que é obrigação do cirurgião-dentista prevenir antes de apenas pensar em curar.

O período pré-natal é reconhecido como a época ideal para o estabelecimento de programas para educação em saúde.

A maioria das mulheres, durante o período de gestação encontra-se profundamente interessada com o bem-estar do futuro bebê e psicologicamente mais receptiva a adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que podem interferir na saúde do bebê.^{3,17}

2 PROPOSIÇÃO

2 PROPOSIÇÃO

O propósito deste trabalho é revisar e analisar criticamente as várias modalidades de tratamento odontológico, no campo da Saúde bucal em gestantes e bebês encontrados na literatura atual, de forma a orientar o clínico nos novos caminhos da prática odontológica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Quando começamos a existir?

Segundo Freud, há muito mais continuidade entre a vida intra-uterina e a primeira infância do que o simples ato do nascimento nos permite saber.

A história do nascimento da criança não começa com a experiência intra-uterina; começa com o nascimento de cada uma das células reprodutoras que a ela deram origem: o espermatozóide e o óvulo.

O pré-natal abrange tudo que se passa da concepção ao nascimento, ou seja, desde que foi óvulo por um lado e espermatozóide por outro lado, sem registro, este feito por meio de uma memória celular, uma espécie de banco de dados inconsciente.

O útero adota o conceito, instalando uma guerra: o conceito, movido pelo seu instinto de vida, trava verdadeira batalha para sobreviver, enquanto do outro lado, o organismo materno – movido por sua vez pelo seu instinto de vida – defende-se do “invasor-agressor”. Também desta experiência de nidificação ou implante, ficarão registros significativos na nossa matriz básica, seja do sentimento de adoção, de aceitação e acolhida, seja do sentimento de rechaço ou rejeição.

Cerca de 90% das gestações não são planejadas e emoções como insegurança e casamento influenciam na relação da gestante com o bebê. As experiências vividas nesse estágio serão complementadas por infinitas outras experiências. Somente esquemas afetivos profundos serão registrados pelo bebê.

Os fetos diferem em suas identidades individuais, assim como diferem as pessoas umas das outras. Portanto, o feto tem, sim, uma personalidade marcante e bem definida que se manifesta desde o começo de sua existência intra-uterina e, será aquela mesma cujas características os pais irão conhecer logo depois que este bebê nascer, bem como no decorrer de seu primeiro ano de vida.²²

Willheim (1997)²³ “Considero que todas as experiências biológicas pelos quais passa a ser, desde a sua pré-concepção até o seu nascimento, ficam registradas em uma matriz básica inconsciente”.

Freud (1900) dizia que “no inconsciente nada se esgota, nada é passado nem esquecido (...)” e o que costumamos descrever como sendo o nosso caráter baseia-se nos traços minêmicos de impressões, sendo que aqueles que maior efeito tem sobre nós são precisamente as que raramente virão a ser conscientes.

3.2 De feto a bebê

Com quatro semanas, o embrião mede seis milímetros e seu corpo tem uma cabeça, um tronco e uma cauda. A boca abre-se pela primeira vez no 28º dia e o seu pequeno coração começa a bater.

Na quinta semana, já mede um centímetro e já tem movimentos bruscos e espontâneos de pernas e braços.

Na sexta semana, medindo um centímetro e meio aparecem os primeiros reflexos.

Na sétima semana, o embrião adquire movimentos vitais para um bom desenvolvimento dos ossos e articulações.

Na oitava semana, medindo quatro centímetros, o embrião é considerado ser em desenvolvimento e recebe o nome de feto. O feto vive dentro de um saco amniótico contendo um líquido que o acolchoa e protege. Dentro de seu

pequeno corpo, todos os órgãos já estão no devido lugar. Aprende a mover-se e descansar dentro do útero, conhecendo o limite de seu território.

Com doze semanas ou três meses, o feto já mede sete centímetros e meio e pesa 14 gramas. Se seus lábios forem tocados, ele responde com um movimento de sucção. É quando ele começa a chupar o dedo como passatempo, o que parece ser uma atividade inata, sendo de grande freqüência que alguns bebês nascem com um calo em seu polegar.

Com quatro meses há o início do desenvolvimento do paladar: o feto faz caretas e pára de engolir quando uma gota de substância amarga é colocada no líquido amniótico, enquanto uma gota de substância doce provoca aceleração da ingestão do líquido. Ele reage da mesma maneira à nicotina e ao álcool ingerido pela mãe, com o que evidencia desagrado que lhes causar.

No quinto mês, o feto abre os olhos pela primeira vez, e a partir deste momento, comporta-se-á como um recém-nascido: fecha os olhos quando dorme e abre-os quando está acordado.

Até o sétimo mês, o feto pode movimentar-se livremente e até mesmo virar cambalhotas.

Porém, a partir do oitavo mês, o ambiente torna-se mais apertado e quase todo espaço disponível está por ele ocupado. Começará, então, a fazer movimentos preparatórios necessários para o seu nascimento.²⁴

3.3 Comunicação intra-uterina entre mãe e bebê

Existe uma comunicação entre mãe e feto durante o período gestacional, esta, se dá pelo comportamento, pela fisiologia e pela via empática.

Através da via fisiológica, as emoções da mãe são veiculadas ao bebê. No entanto, a disponibilidade afetiva da mãe, que faz parte da via de comunicação

empática, é de fundamental importância para que ocorra o desenvolvimento psico-afetivo do indivíduo, da célula ao feto, de feto a bebê, de bebê a criança.

As lesões provocadas na estrutura emocional do ser por acidentes graves ocorridos na comunicação entre a mãe e o bebê durante o período pré-natal vão constituir *imprints* traumáticos, cujos efeitos propagar-se-ão vida afora.

A gestante pode, em vários momentos do dia, dedicar ao seu bebê pré-natal uma atenção dirigida: conversando com ele baixinho, contando suas atividades e ocupações, dos preparativos feitos para recebê-lo, cantarolando cantigas de ninar, acariciando-o com ternura através do seu ventre, dedicando-lhe muito carinho. Nestas conversas íntimas, dentre outras, ele poderá também lhe explicar o que a teria transtornado emocionalmente poucos momentos antes.

As conversas tranquilizadoras que a mãe pode ter com o seu bebê visam restituir a ele a sensação de segurança, otimismo e esperança, reforçando e reassegurando a permanência do vínculo de vida entre ambos.

Os sentimentos negativos de abandono, desamparo, pessimismo, desesperança, desconfiança tem suas raízes fincadas na experiência pré-natal.

Desde as primeiras situações da vida biológica, houve experiências de rechaço fisiológico e rejeição imunológica, que também receberam *imprints*, deixando marcas negativas. A partir destas, no decorrer da vida, são emitidos sinais negativos do tipo: “não sou desejado”, “não sou querido”, “não sou aceito”, “não sou acolhido”, “não pertencço” reproduzindo em outro nível, a angústia sentida pelo ser por ocasião do primeiro registro pré-natal.

Conclui-se que a experiência intra-uterina não tem aquela conotação de segurança absoluta e que, a partir do período inicial da existência, a todo trauma biológico corresponde um correlato psíquico.

Estes novos conhecimentos a respeito do ser humano no período pré-natal são de importância fundamental para uma melhor orientação na geração de futuros bebês. Este novo saber pede passagem para ser divulgado e tornar-se

conhecido, uma vez que uma mente que sabe tem muito mais possibilidades de proceder com adequação do que uma mente que ignora.^{15,23}

3.4 Estruturação do “eu”.

Quando a criança nasce ela é incapaz de diferenciar-se do mundo. O mundo que a rodeia e ela são uma mesma coisa.

Se as condições ambientais em que este bebê veio ao mundo tiveram sido favoráveis, uma das suas primeiras reações será a de entrar em um estado de consciência conhecido na Neonatologia moderna pelo nome de “estado de alerta tranqüilo”. Nele, o bebê manter-se-á quieto, procurará moldar o seu pequeno corpo ao da pessoa que o estiver segurando com, procurará com suas mãozinhas tocar sua pele e arregalará os olhinhos, olhando diretamente para a pessoa, estabelecendo uma comunicação entre os dois. Este olhar já denota sabedoria.

Se as pessoas tiverem a oportunidade de observar um bebê que acabou de nascer, assistiram a seus primeiros momentos de estruturação. Ela é mobilizada a buscar formas de saciar suas necessidades. É como um instinto básico da caça já estabelecido. Se colocarmos uma criança que acabou de nascer sobre a barriga da mãe, ela movimentar-se para chegar ao seio materno. Este é o princípio do prazer, um impulso neural de sucção.

Na fase do “eu”, “tu” a criança experimenta ansiedade, angústia e frustração. Ela cria uma percepção da existência de um mundo lá fora e percebe que existem “coisas” ao redor dela que são dela e para ela.

Tal estruturação poderia ser apresentada da seguinte forma:

- 3 meses – Fase da imitação.
- 6 aos 9 meses – Fase de explorando o social.
- 9 aos 12 meses – A mãe faz parte do seu mundo, mas não exclusivo.

- Até os 3 anos – O bebê espera o “não” das pessoas.
- 3 aos 5 anos – Idade da imaginação e fantasia.
- 5 aos 7 anos – Idade pré-escolar. Início do período de socialização.
- 7 aos 9 anos – Ruptura do quadro familiar. Independência.
- 9 aos 12 anos – Pré-Adolescência.

3.5 Odontologia Intra-Uterina

Tal fase consiste em orientar as mães para que a criança tenha uma dentição saudável, antes mesmo dela aparecer.

A gravidez é uma condição sistêmica que acarreta uma maior quantidade de hormônios na corrente sanguínea, que, alteram o funcionamento do organismo como um todo e conseqüentemente, modificam o equilíbrio normal da boca.

No período intra-uterino, a Odontologia compreende o acompanhamento odontológico da gestante e do futuro bebê durante toda a gravidez. Sabe-se que a gravidez enfraquece os dentes, deixando-os mais suscetíveis à carie.¹⁹

Desmistificando esta crença, é cientificamente reconhecido, atualmente, o caráter multifatorial da etiologia da cárie dentária, cujos fatores determinantes são: a microbiota, a dieta inadequada, o hospedeiro suscetível e o tempo.^{8,15,18}

A gengivite na gravidez, da mesma forma que em mulheres grávidas, é resultante do acúmulo de placa bacteriana, com uma resposta gengival acentuada e uma modificação do quadro clínico resultante.^{7,19}

A paciente grávida necessita de maior atenção odontológica, devendo ser encorajada a cuidar da sua higiene bucal e a consultar o dentista ao menos uma vez a cada trimestre, bem como ter o seu consumo de açúcar orientado, visto que a dieta é uma das únicas e poucas variáveis da etiologia da cárie dentária que um indivíduo pode modificar e que o paladar do bebê inicia seu desenvolvimento no

quarto mês de vida intra-uterina, de modo que isso torna muito importante que a mãe substitua os açúcares por frutas, pois assim a criança não nascerá predisposta a gostar de doces, o que diminuirá a incidência de cáries.

Tudo começa na monitoração da alimentação, que deve ser rica em cálcio e ferro, benefícios para a formação de dentes mais rígidos, fortes e menos suscetíveis à ação desmineralizadora de bactérias.

Existem ainda outros componentes importantes como as vitaminas A, B, C,D e E, cujos efeitos benéficos ajudam na calcificação e na proteção dos tecidos do esmalte dos dentes, além de melhorarem a qualidade do leite materno, contribuindo para que a amamentação produza uma ação imunológica geral no bebê.

A gestante deve ser incentivada à prática do aleitamento materno, fornecendo alimento natural, nutritivo, que protege a saúde dos dentes e é de fundamental importância no crescimento e desenvolvimento de uma oclusão harmônica dos dentes do bebê.

Cabe ao cirurgião-dentista adotar condutas profiláticas para o tratamento de gestantes, bem como conhecer os medicamentos que podem ser administrados durante a gestação. Sabe-se perfeitamente que a ingestão prolongada de tetraciclina pela gestante pode resultar em dentes decíduos pigmentados ou até mesmo hipoplásicos no bebê.

Por outro lado, a ingestão excessiva de fluoretos durante a gravidez (fluorose) pode também resultar em alterações significativas de matriz.

A tendência a náuseas e vômitos no período gestacional poderá implicar em uma descalcificação no esmalte e dentina, ocorrendo muitas vezes a presença de sensibilidade dentinária e alterações bucais.^{15,19}

A gestação é um período especial da vida da mulher e caracteriza-se por alterações de ordem geral e específica, algumas, inclusive, de interesse na área de Odontologia, como a hipersecreção das glândulas salivares, a tendência ao

vômito e a maior vascularização do periodonto. No entanto, faz-se necessário desmistificar a crença de que o tratamento odontológico possa prejudicar a gestante e/ou o feto e o mito de que, para cada gestação, “a perda de um dente é uma ocorrência natural”.

A gravidez não é responsável pelo aparecimento de cárie e doença de gengiva e, na verdade, é uma fase ideal para o estabelecimento de bons hábitos, pois a gestante mostra-se psicologicamente receptiva a adquirir novos conhecimentos e a mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento da saúde do bebê.

O estado nutricional da gestante tem implicações importantes tanto para sua própria saúde quanto para a do bebê, uma vez que os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intra-uterina. Portanto, o aconselhamento da dieta é fundamental em termos nutricionais e em relação à frequência de produtos açucarados. A questão de transmissibilidade da cárie foi primeiramente relatada por Keyes na década de 60 em animais de laboratório. Desde então, um grupo de bactérias conhecido por *Streptococcus* do grupo *mutans* tem sido responsável pelo início da lesão de cárie, sendo a saliva o veículo dessa transmissão. Tem sido sugerido que as mães, ou as pessoas que convivem diretamente com a criança, sejam as principais fontes de transmissão de bactérias cariogênicas. O reconhecimento da cárie como doença transmissível é importante, sendo, dessa forma, interessante que a gestante tenha um número baixo de microorganismos na saliva. Entretanto, a cárie é uma doença multifatorial, e a presença de altos níveis de *Streptococcus mutans* não implica necessariamente em desenvolvimento de lesões. Dessa forma, as manifestações de afeto, como o beijo, não devem ser evitadas em favor de uma não-contaminação. Carinho não é só importante como também fundamental para o desenvolvimento da criança.

No que diz respeito às oclusopatias, sabemos que grande parte ocorre por falta de função. O incentivo à amamentação torna-se fundamental para a prevenção de muitas das más oclusões. Há um período crítico e breve para a instalação do reflexo de sugar, daí a importância de se colocar, sempre que possível (e geralmente isso é possível), o bebê no seio da mãe logo após o parto. É direito legal da criança e infelizmente não respeitado em muitos hospitais.

Algumas orientações às gestantes para sua própria saúde bucal e do bebê são relevantes como:

- A conscientização de que saúde é educação e de como os problemas bucais se instalam e se desenvolvem;
- Os meios de transmissão e a janela de infectividade;
- Microbiota compatível com saúde;
- Reeducação alimentar;
- Uso adequado do flúor;
- Incentivo à amamentação;

As orientações devidas incluem os cuidados com o futuro bebê, como:

- Amamentação natural como única fonte de alimentação durante os seis primeiros meses de vida;
- Desmame gradativo com introdução de papinhas de alimentos naturais;
- Preocupação com a consistência dos alimentos, que determinará o padrão de mastigação.
- Limpeza dos dentes do bebê com escova macia e fio dental, a partir da erupção dos mesmos.

Além de tudo isso, é importante salientar que educar um filho não é uma tarefa difícil; a melhor maneira de educação é a imitação. Educar é dar exemplo. Nenhum especialista pode fazer pela criança o que os pais podem. Os pais não são o problema, eles são a solução.^{7,15,22}

3.6 Tabagismo na gravidez

Foi somente a partir da II Guerra Mundial que as mulheres ingressaram no tabagismo com maior intensidade. Quando, durante a gestação, a mãe fuma, o feto também fuma, passando a receber as substâncias tóxicas que através da circulação materna atravessam a placenta.

A nicotina produz elevação do ritmo cardíaco do feto e age sobre os centros nervosos deste, o que provoca redução dos movimentos torácicos por tempos variáveis. A vaso constrição causada pela nicotina, por sua vez, altera o fluxo sanguíneo nas vilosidades placentárias, aumentando a vulnerabilidade do feto aos efeitos tóxicos.

Essas são as causas mais marcantes dos prejuízos do desenvolvimento fetal e dos acidentes durante a gravidez, incluindo a ocorrência de fissuras labiopalatinas.

Assim, encontra-se em discussão os múltiplos fatores que causam a fissura e como é o seu mecanismo de atuação.

Resultados de estudos para determinar se as mulheres que fumam durante o início da gravidez aumentam o risco de gerar crianças com fissuras orofaciais têm sido relatados, e, recentemente uma interação gene-meio ambiente entre o fumo materno, TGF α (Fator alfa de transformação e crescimento) e a fissura tem sido observada.

Há muitos anos os pesquisadores têm observado que o fumo nos primeiros meses de gravidez poderia ser causador de fissuras.

As malformações congênitas apresentam uma ocorrência não muito freqüente, mas, ainda assim, significativa. Dentre os defeitos presentes ao nascimento, o pé torto congênito está em primeiro lugar, seguido de fissuras de

lábio e palato. A hereditariedade é, sem dúvida, um dos fatores mais importantes a serem considerados na etiologia destas malformações.

Entretanto, há uma evidência crescente de que fatores ambientais também são importantes, tais como: fumo, distúrbios nutricionais, drogas, hormônios, agentes infecciosos e raios X.

Há necessidade de mais trabalhos que possam provar de forma concreta a associação do fumo com a ocorrência de fissura lábio-palatina. No entanto, devido a associação positiva encontrada em alguns estudos, há necessidade de que profissionais da área de saúde estabeleçam um programa de prevenção, a fim que conscientizem as mães do perigo do tabagismo durante a gravidez.¹⁶

3.7 Flúor na gravidez

Sabemos que a gestação é um estado fisiológico da vida da mulher e que é acompanhado por diversas mudanças hormonais, emocionais e ponderais.

Assim, Zugaib(1998)²⁴, em sua obra “Medicina fetal”, explica que o crescimento fetal está associado à transferência materna de nutrientes que atravessam a membrana placentária, que é semipermeável. Entre as substâncias que atravessam essa barreira, temos também o flúor, que participa do metabolismo ósseo e dentário do feto. Esse equilíbrio está ligado aos hormônios tireoideanos e paratireoideanos e condições nutricionais da gestante.

A fluoretação da água de abastecimento é proposta como medida de saúde pública e chega a alcançar 50 a 60% de eficiência na prevenção da cárie. No entanto, quantidade excessiva de flúor na água de beber é prejudicial para a saúde humana.

No caso do Brasil, país de clima tropical, o valor de 0,7 ppm é considerado ideal.

A suplementação de flúor durante a gestação somente está indicado quando a água de abastecimento local não for fluoretada ou o valor for bem menor que os 0,7 ppm, segundo McDonald et.al.¹⁰

A prescrição de complexos minero-vitamínicos ou de soluções fluoretadas para uso sistêmico aumenta o risco de fluorose, principalmente quando associada ao uso de dentifrício fluoretado e água fluoretada.

A fluorose é uma alteração que ocorre devido ao excesso de ingestão de flúor, durante a formação dos dentes. Ela se manifesta principalmente pela alteração da cor do esmalte, que pode assumir uma tonalidade esbranquiçada ou exibir pequenas manchas ou linhas brancas. Nos casos mais graves, adquire uma coloração acastanhada ou marrom, podendo haver perda de estrutura dental.

Os dentes com fluorose são ligeiramente mais resistentes à cárie dental, mas não são imunes a ela.

A fluorose em dentes decíduos possui características semelhantes às da fluorose em dentes permanentes. Não é comum, pois só pode ocorrer nos dentes cuja mineralização se dá após o nascimento. A porção formada na vida intra-uterina, mesmo que a gestante ingerisse ligeiro excesso, receberia proteção da placenta, que é uma barreira semipermeável que deixa passar apenas uma parte do flúor circulante.

A fluorose não passa de uma dentição para outra, pois ela ocorre durante o período de formação dos dentes, sendo que dentes de leite e permanentes se formam em épocas muito diferentes. Mesmo na dentição permanente, ela pode afetar alguns dentes e não afetar outros, ou ainda afetar dentes diferentes com grau de severidade diversos. Tudo depende da época de formação dos dentes. O período de maior risco para a ocorrência de fluorose é até os 6 anos de idade, quando estão se formando as coroas dos dentes anteriores, pois se sabe que o maior problema da fluorose é quanto à estética. Devemos estar atentos aos bebês e as crianças quanto à prescrição médica(pediátrica) de complexos

minero-vitamínicos ou de soluções fluoretadas para uso sistêmico, principalmente porque as crianças já fazem uso de dentifrícios fluoretados e normalmente ingerem esses dentifrícios ou por gostarem do seu sabor ou por ainda não possuírem o reflexo da deglutição tão desenvolvido, além de também consumirem água com alto teor de flúor por um período prolongado. O melhor efeito cariostático do flúor aparece quando aplicado topicamente.

O benefício do flúor durante a fase pré-natal, contudo, tem sido seriamente questionado. A Food and Drug Administration (FDA-USA) desde 1966 proibiu anúncios que afirmavam que os suplementos pré-natais de flúor proporcionavam benefícios dentais, mas não proibiu a sua venda e prescrição.

Acreditamos serem necessárias novas pesquisas sobre a indicação do uso de flúor pré-natal, nas quais amostragens sejam mais bem controladas e os dados estatísticos mais consistentes.^{6,9,12}

3.8 Os medicamentos e a formação dental

A prescrição de medicamentos a mulheres em idade reprodutiva deve ser cautelosa, pois é freqüente o diagnóstico de gravidez no transcorrer do 1º trimestre, o período mais crítico do desenvolvimento fetal. Portanto, as drogas cujos efeitos são conhecidos poderão ser ingeridas, mas algumas deverão sofrer restrições quanto à sua utilização. Quanto às drogas novas, deve haver cautela em seu uso. O médico ou o dentista deve ser consultado, pois existem medicamentos que permanecem no organismo por longos períodos, o que torna a sua ingestão perigosa nos períodos próximos à gravidez.

Os medicamentos são responsáveis por 2% a 3% dos casos de malformação em bebês, e podem provocar a morte do feto nos primeiros dias de gestação. Os maiores riscos ocorrem nos três primeiros meses e nos três últimos meses da gestação.

Nenhum medicamento deveria, a rigor, ser ingerido durante a gravidez, e mesmo aqueles indicados devem ser utilizados somente nos casos de real necessidade, tendo em vista que a maioria das substâncias utilizadas com finalidade terapêutica passam da mãe para o feto.

Até aproximadamente 15 dias após a fecundação, a atuação da droga pode determinar a morte do feto. Após esse período, os medicamentos provocam malformações; isso ocorre até aproximadamente 60 dias após a fecundação. A partir daí, no período de crescimento e no final da gravidez, as manifestações podem ser de deficiência funcional.

Praticamente todos os medicamentos ingeridos pela mãe no período pós-parto podem passar para o recém-nascido. Durante a amamentação, a ingestão de medicamentos deve ser acompanhada pelo médico responsável, para que não ocorram manifestações tóxicas que comprometam o desenvolvimento intelectual, social ou funcional da criança.

No aspecto funcional, incluímos o órgão dental, que pode apresentar alterações morfológicas e estéticas devido ao uso de alguns medicamentos.

As tetraciclinas devem ser evitadas durante a gestação e na infância. Por essa razão, os pais não devem administrar antibióticos aos seus filhos antes de consultar o médico ou dentista.

O grupo químico das tetraciclinas dificultam a formação do esmalte (porção brilhante e esbranquiçada) e da dentina (porção situada abaixo do esmalte) quando o dente está em formação, provocando alterações na estrutura e na cor dos mesmos.^{2,3,4,5,9,22}

3.9 Transmissão de doenças orais infecciosas de mãe para filho

É um interessante paradoxo que a mãe possa expor seu filho a doenças infecciosas através do contato íntimo, embora também transmita a ele diversos

anticorpos, os quais conferem imunidade contra muitos dos microorganismos que a infectam durante a gravidez.

Recentemente, pesquisas orientadas têm sido identificado uma significativa associação entre transmissão de microorganismos da cavidade bucal da mãe para o feto durante a gravidez, o nascimento e após o nascimento. Entender essa 1ª confrontação é muito importante para que se possa compreender a etiologia e patogenia de muitas infecções orais oportunistas.

Além do mais, a saúde oral materna pode ser um determinante ou um fator de risco na saúde do feto ou do recém-nascido.

Mães portadoras de doenças periodontais podem ter sete vezes mais possibilidade de dar à luz crianças de baixo peso ou prematuros (menos de 37 semanas de gestação). Segundo estudos feitos na Universidade do Alabama, em Birmingham e Universidade da Carolina do Norte, Chapel Hill.

O colostro e o leite materno são importantes, pois fornecem ao recém-nascido componentes imunológicos e anticorpos humorais. Alguns desses fatores são seletivos e podem afetar a micro-flora intestinal, proporcionando o desenvolvimento de bactérias necessárias e a inibição de outras indesejáveis através da atividade biológica da lisosima, lactoferrina e interferon e dos leucócitos.

Do nascimento à morte, a exposição continuada da cavidade oral a infecções patogênicas oportunistas está em equilíbrio com a imunidade do hospedeiro.

Pesquisas bem documentadas envolvendo a cavidade oral descrevem a transmissão de microorganismos associados à etiologia da cárie dental, das doenças periodontais e, mais recentemente da transmissão da AIDS de mãe para filho.

Estudos mostram que uma área de interesse atual nas pesquisas envolve a prevenção na transmissão materna de doenças infecciosas durante a assim chamada “janela de infectividade”.

Uma questão importante a ser considerada é a seguinte: se as mulheres portadoras de colônias virulentas de *Streptococcus mutans* em sua cavidade oral foram rigorosamente tratadas durante o período crítico da suscetibilidade de seus filhos, podem as crianças evitar o contágio dos microorganismos de suas mães?

Estudos experimentais demonstram que os riscos de contágio da cárie aumentam substancialmente quando mães e adultos mal informados beijam as crianças na boca ou alimentam-nos com os mesmos talheres não lavados que usaram anteriormente. As crianças com menos de 2 anos de idade são as vítimas mais indefesas na transmissão bacteriológica.^{2,20,21}

A cárie é uma doença transmissível, que resulta da combinação de fatores como o hospedeiro – ou seja, o próprio paciente, a microbiota – em que se destaca o *Streptococcus mutans* - e uma dieta cariogênica, rica em carboidratos refinados, principalmente a sacarose.

A ação conjunta desses fatores ao longo de um determinado espaço de tempo, que pode durar meses ou anos, resulta na cárie.

Na infância, há duas fases críticas para o contágio da cárie. A primeira delas situa-se entre a erupção dos primeiros decíduos, no primeiro ano de vida do bebê. A segunda etapa crítica acontece durante a erupção dos dentes permanentes da criança, por volta dos cinco aos seis anos de idade.

Levando cerca de 18 a 24 meses para se completar, o surgimento dos dentes decíduos corresponde à chamada janela de infectividade, uma fase de alto risco de cárie. Ao erupcionarem, os dentes são hipomineralizados, pois sua camada de esmalte é menos resistente que a dos dentes maturados. Banhados em saliva, os dentes sofrem nesse meio sua maturação. Se nessa fase houver uma contaminação precoce por *Streptococcus mutans* na boca da criança, a cárie

pode se manifestar. Quanto mais precoce for a colonização por *Streptococcus mutans*, as cáries ocorrerão mais cedo e em maior número.

Até o parto, a cavidade bucal infantil é estéril. A primeira contaminação acontece justamente durante o nascimento, mais precisamente quando a criança atravessa o canal vaginal da mãe. Porém, quando mãe e filho são saudáveis, essa primeira contaminação não traz prejuízo ao bebê. Durante o primeiro ano de vida, somente com o aparecimento dos primeiros dentes da criança, as bactérias colonizam sua cavidade bucal.

É imprescindível que os pais supervisionem as crianças na escovação até que elas desenvolvam plenamente sua coordenação motora, o que ocorre por volta dos 7 anos de idade.

Se um dente consegue completar seu ciclo de erupção livre de cárie, dificilmente terá uma doença num futuro próximo.

Por outro lado, se a criança for contaminada antes dos 2 anos, nessa idade ela terá uma superfície cariada. Aos 3 anos, terá cinco cáries e aos 4, dez cavidades. O contágio em crianças dessa faixa etária acontece geralmente através do beijo dos adultos na boca das crianças, quando os adultos resfriam o alimento infantil pelo sopro ou experimentam medicamentos ou comida na mesma colher usada pela criança. O contágio ocorre, ainda, quando adultos limpam na boca a chupeta que caiu no chão.

Na base da prevenção da cárie e das doenças periodontais, encontra-se a correta e freqüente higienização da cavidade bucal.^{9,12,20,21}

3.10 Amamentação e a Odontologia

Diz o ditado popular que “Amamentar é dar amor”. A amamentação tem sido incentivada por ser o leite materno não só o alimento mais completo e digestivo para crianças de até um ano de idade, como também por ter ação

imunizante, protegendo-as de diversas doenças. Crianças aleitadas no peito têm melhor desenvolvimento mental e maior equilíbrio emocional. A amamentação é gratificante para a mãe e interfere beneficemente na saúde da mulher, por exemplo, diminui a probabilidade de câncer de mama, ajudando na involução do útero e na depressão pós-parto. Hoje, diz-se que o leite materno é ecologicamente correto, pois não consome recursos naturais em sua produção e não gera lixo, como ocorre com os leites artificiais, além de ser mais barato.

Porém, poucos sabem que a amamentação tem reflexos futuros na fala, respiração e dentição da criança.

Quando a criança é amamentada, está não só sendo alimentada, como também fazendo um exercício físico importante para desenvolver sua ossatura e musculatura bucal. Ao nascer, o bebê tem o maxilar inferior muito pequeno, que irá alcançar equilíbrio no tamanho em relação ao maxilar superior tendo seu crescimento estimulado pela sucção do peito. Toda a musculatura bucal é desenvolvida, músculos externos e internos, que, solicitados, desenvolvem os ossos.

Mamar no peito não é fácil, daí o bebê ficar bastante transpirado. Esse exercício é o responsável inicial no crescimento harmonioso da face e dentição. Usando mamadeira, esse exercício é quase inexistente, e a preferência do bebê pela mamadeira vem da facilidade com a qual ele ganha o leite, principalmente quando este flui por um furo generoso no bico. Para exercitar-se com maior eficiência, a posição durante a mamada é importante: a criança deverá ficar o mais verticalizada, o que também facilita a deglutição do leite.

Maxilares melhor desenvolvidos propiciam um melhor alinhamento da dentição e diminuem a necessidade futura do uso de aparelhos ortodônticos. Uma atitude na tentativa de evitar o apinhamento dental (“dentes encavalados”). Músculos firmes ajudarão na fala. Durante a amamentação, aprende-se a respirar corretamente pelo nariz, evitando amidalites, pneumonias, entre outras

doenças. Quando a criança respira pela boca, os dentes ressecados ficam mais expostos à carie e as gengivas ficam inflamadas, os maxilares tendem a sofrer deformações e os dentes, a ficarem “encavalados”, aumentando também o processo da cárie.

A amamentação prepara o bebê para a mastigação. A mamadeira costuma tornar-se uma companheira para a criança ao longo de anos, habituando-a a uma dieta mole e adocicada, que aumenta o risco de cáries (cárie de mamadeira). Com isso, a criança tende a recusar alimentos que requeiram mastigação. Depois da amamentação, a mastigação correta continuará a tarefa de exercitar ossos e músculos. A amamentação prepara a criança para a mastigação. Muitas mães reclamam que seus filhos, já crescidos, não mastigam corretamente e recusam verduras e frutas, apreciando apenas doces e iogurtes. Esquecem-se essas mães de que o que os habituou a essa dieta foi o uso prolongado da mamadeira. Uma mastigação incorreta pode levar também a problemas de obesidade e de estômago.

Atrelada à mamadeira, vem a chupeta, que também é usada normalmente por muito tempo, e o hábito de chupar o dedo, afetando o posicionamento dos dentes e trazendo também conseqüências danosas à fala e à respiração.

A partir dos 6 meses, quando a mãe lentamente começar a introduzir outros alimentos (desmame), deverá fazê-lo usando apenas copos e talheres, evitando o uso de mamadeira ou “chuquinha”.

Atualmente, apesar de existirem programas governamentais que incentivem a amamentação exclusiva no seio até os seis meses de idade, muitas mães deixam de fazê-lo, introduzindo a mamadeira precocemente a seu filho. Isso ocorre, principalmente, na época em que eles retornam ao trabalho ou quando já não possui tempo para dedicarem-se exclusivamente ao bebê. Outros alegam que o seu leite tenha secado ou que a criança não se adaptou mais ao seio.

Dentre outras vantagens, a amamentação é importante porque: estimula a respiração nasal; propicia melhor trabalho muscular, fazendo com que os músculos envolvidos nesse processo estejam bem preparados para a futura mastigação; estimulam adequado crescimento e desenvolvimento do sistema mastigatório e as estruturas ósseas e articulares adjacentes, favorecendo o crescimento postero-anterior da mandíbula, fazendo com que a mesma saia de uma posição de distoclusão para uma posição de neutroclusão. Essa posição propiciará o correto posicionamento dos dentes nos arcos dentários. As enfermidades da mãe e do próprio recém-nascido podem ser fatores que dificultam a amamentação. Tais problemas devem ser resolvidos o mais rápido possível para que os recém-nascidos possam restabelecer a lactação, posteriormente.

Deve-se solicitar às mães que tenham muita paciência e evitem oferecer qualquer tipo de alimentação em mamadeiras, incentivando dar à criança leite ordenhado com a colher, copo ou conta gotas.^{4,5}

Segundo Akre (1997)¹, o leite materno e seu precursor, o colostro, permitem a adaptação do recém-nascido e sua transição bem sucedida para a vida pós-natal independente. O colostro está bem adaptado às necessidades específicas do recém-nascido. Então, evolui para leite materno entre 3 e 14 dias. Não existe comparação entre o leite materno e o leite de vaca. O leite humano é muito mais do que uma simples coleção de nutrientes, é uma substância viva de grande complexidade biológica, ativamente protetora e imunomoduladora.

Após o nascimento e na primeira hora depois do parto, há um grande impulso neural de sucção. A sucção é a primeira fase da mastigação. É a mastigação antes da evolução neurológica. Os músculos respondem aos estímulos e, na fase seguinte, estarão prontos para mastigar. Nas duas fases trabalham os mesmos músculos. A fase de sucção não realizada corretamente, mal conduzida, leva à falência do correto desenvolvimento das estruturas que

irão garantir a perfeita evolução das funções seguintes, principalmente a respiração.

Ao sugar o seio materno, a criança estabelece o padrão correto de respiração nasal e postura correta da língua sobre a papila. A amamentação promove o correto desenvolvimento das estruturas do aparelho mastigatório através do equilíbrio das forças musculares de contenção interna e externa.

O desmame deve se dar a partir dos 6 meses de vida. Isso porque é nesse período que começa a erupcionar os primeiros decíduos; marcando o início do processo de maturação de uma nova fase do sistema mastigatório – a mastigação.

Quando os dentes erupcionam é o momento de se iniciar a mastigação. Deve se orientar a mãe para evitar, depois de ter amamentado seu filho durante meses, introduzir a mamadeira.

Os alimentos devem ser fornecidos amassados até os 9 meses, dados com colher, e os líquidos, com xícara. Aos poucos devem ser introduzidas frutas, cereais e outros, diminuindo as mamadas até acabar.

O aleitamento materno satisfaz dois instintos – o de alimentação e o de sucção: o bebê toma nos primeiros dez minutos o leite, e nos quinze minutos seguintes junto ao seio, satisfaz seu instinto de sucção.

Quando o bebê é alimentado por mamadeira e o tamanho orifício no bico é grande, esta se esvazia em um tempo menor, ficando satisfeito o instinto alimentar, mas não o de sucção. Assim, ele tenta satisfazer sua necessidade de succionar com o polegar. Esse hábito é outra causa importante das maloclusões.

Portanto, de acordo com a literatura consultada, nada substitui o ato de mamar no peito, pelo conteúdo nutricional do leite materno, pela troca de afetividade entre mãe e filho e pelo mecanismo de sucção que o mesmo propicia e pela sua importância para o correto crescimento e desenvolvimento sistêmico do recém-nascido e também para o crescimento facial adequado. O crescimento

facial harmônico é fundamental não apenas por questões estéticas, mas também para o bom funcionamento do sistema mastigatório, evitando a futura necessidade de correção ortodôntica, protética e até mesmo cirúrgica do conjunto dento-maxilo-mandibular e suas estruturas adjacentes.

Atualmente observa-se que a Odontologia está voltada para atuar preventivamente desde a vida intra-uterina, através de orientações à gestante quanto à sua saúde bucal e geral, assim como do bebê, passando pelo recém-nascido, atuando efetivamente nas fases de dentições decídua, mista e permanente, com o objetivo de propiciar adequada saúde bucal para os indivíduos.

O trabalho realizado durante o ato de amamentação proporciona ao bebê o desenvolvimento adequado das funções de mastigação, deglutição, formação e respiração.^{4,5,11}

Por isso, deve haver maior interesse da área odontológica, a fim de que sejam fornecidas orientações às gestantes para prevenir os diversos problemas que a falta de amamentação pode causar a seus filhos.

3.11 Doença cárie (Dieta)

A orientação da dieta e das medidas de prevenção à cárie são funções que o dentista deve desenvolver, tendo em vista os comprovados efeitos destas orientações na promoção da saúde bucal dos indivíduos.

A composição dos alimentos e os hábitos dietéticos, conforme demonstra a literatura, podem influenciar o aparecimento de cárie dentária, visto que os alimentos servem como substratos para fermentação da microflora bacteriana, especialmente para os *Streptococcus mutans* que metabolizam os hidratos de carbono, formando ácidos orgânicos e promovendo por meio deles, a

desmineralização da estrutura do dente, afetando diretamente a atividade de cárie.⁹

Para as crianças, o leite é alimento básico, seja materno, bovino ou artificial com ou sem sacarose. Ele torna-se cariogênico devido a um processo de adaptação das bactérias implicadas no desenvolvimento de cárie a este substrato (lactose). Além disso, se o leite é oferecido à criança diretamente à noite, quando o fluxo salivar é diminuído, esse alimento fica estagnado em contato com as superfícies dentárias, favorecendo a ação cariogênica.⁷

Então se conclui que o desenvolvimento da cárie pode estar ligado do padrão dietético e que este padrão é estabelecido através de hábitos adquiridos ao longo dos primeiros 12 meses de idade.

Alguns estudos têm demonstrado que a ocorrência de cárie dental em crianças depende, dentre outros fatores, da interação entre a incidência de cárie materna e a frequência do contato salivar entre mãe e filho. O modo de transmissão da microbiota cariogênica é principalmente por contato salivar, que pode ser direto, através do beijo, ou indireto, via objetos como xícara, escova de dentes e brinquedos.

Pacientes de risco à doenças bucais podem ser identificados num estágio inicial e, de fato, é possível prever com alguma certeza o risco que uma criança que está por nascer tem em obter uma microflora cariogênica e por quem os *Streptococcus mutans* serão transmitidos.

Do ponto de vista da infectologia, está claro que a mãe é a principal responsável pela transmissão do *Streptococcus mutans*. Os hábitos de escovação tanto da mãe quanto do pai estão significativamente associados com os hábitos de escovação da criança.

Em relação aos hábitos alimentares, a mãe possui uma certa tendência a oferecer à criança alimentos açucarados que são os mesmos de sua preferência. O fato da mãe não ter consumido açúcar durante a gravidez normalmente não

garante que criança não vá consumir ou não gosta de açúcar. O que efetivamente importa são os hábitos de consumo de açúcar da família. Se a família consome açúcar, esta criança fatalmente será também uma consumidora de açúcar.

Assim, os hábitos maternos associados aos níveis salivares de *Streptococcus mutans* e prevalência de cárie materna poderiam ser ótimos indicadores do risco de cárie que a criança possui.

A ocupação materna é importante na determinação da prevalência da cárie dentária e necessidade de tratamento. A criança cuja mãe possui uma atividade fora do lar está mais protegida contra a cárie quando comparada com a criança cuja mãe não possui emprego, pois a que trabalha fora não alimenta a criança de forma inadequada nem em intervalos irregulares e não possui uma frequência de contato salivar tão intensa quanto a mãe que fica em casa, além de ter mais acesso às informações e maior participação comunitária.

A aplicação da técnica da Odontologia para bebês consiste em orientar os pais, através da educação em saúde, a interceptar, a mudar ou adquirir hábitos não indulgentes de higiene oral, de dieta e transmissibilidade de microorganismos, que impeçam o aparecimento da doença cárie nos seus filhos. Ainda faz parte dessa técnica, a aplicação de medidas preventivas, como o uso do flúor, que leva ao aumento de resistência dentária.

3.12 Estomatite ou “sapinho”

Como uma doença dermatológica de origem micótica, esta é a infecção mais freqüente na cavidade bucal de recém-nascidos e crianças nos primeiros meses de vida. Conhecida também como estomatite cremosa, apresenta-se em sua forma mais leve, quando ainda nos estados iniciais sendo da maior importância o seu diagnóstico precoce. Está diretamente relacionada com a

deficiência relativa do sistema imunológico em função da imaturidade dos mecanismos de defesa.

No âmbito da prevenção em Odontopediatria, tem sido sugerida a limpeza da cavidade bucal de bebês antes da erupção dos primeiros dentes decíduos, após a cada mamada, ou pelo menos após a última. Dessa forma, devem ser removidos pequenos flocos de leite coalhado que permanecem após a amamentação impedindo que microorganismos oportunistas provoquem doenças como o “sapinho”.

Os recém-nascidos estão expostos aos riscos de contaminação ainda no próprio ambiente hospitalar, sendo os de baixo peso e os prematuros os mais acometidos.

Após o nascimento, as manifestações clínicas da estomatite cremosa podem ser observadas a partir da segunda semana. Apresentam aspecto de pseudomembranas de cor branco-amarelada ou acinzentada, cremosas, de superfícies lisas e brilhantes, lembrando pequenos flocos de leite coalhados.

A terapêutica antifúngica continua sendo a mais utilizada. Para lactentes indicam nistatina suspensão(100.000 u/ml) com a posologia de 1 ml, quatro vezes ao dia, durante sete dias; Daktarin gel oral á base de miconazol, aplicada 4 vezes ao dia durante sete dias e a solução violeta de genciana a 1%, duas vezes ao dia por 3 dias, que é um medicamento eficiente e acessível à população pelo seu baixo custo.^{24,20,21}

3.13 Dentes natais e neo-natais

Os dentes natais aparecem na cavidade bucal quando do nascimento da criança.

Os dentes neonatais aparecem nas primeiras semanas. Geralmente 95% são normais e apenas 5% são extranumerários.

São mais freqüentes em meninas, em uma relação de proporcionalidade de três para um. Podem estar relacionados com o histórico familiar de dentes precoces.

Devemos conservar estes dentes; extração somente se apresentarem mobilidade podendo ser aspirado ou deglutido apresentando complicações pulmonares ou digestivas.

Pela radiografia observa-se que se a imagem é dupla o diagnóstico é supranumerário.

A extração de dentes imaturos de implantação e extranumerários somente se faz após a primeira semana de vida, devido às deficiências de coagulação, decorrentes da insuficiente síntese da vitamina K, que acontece nos primeiros dias de vida.

Quando os dentes são normais e maduros deve haver preservação, polimento suave e constante conforme a necessidade e fluoroterapia caseira diária (fluoreto de sódio a 0,02%).

Os Nódulos de Bohn são remanescentes de estruturas embrionárias epiteliais. Localizam-se nas porções vestibulares palatinas ou linguais dos roletes gengivas, mais freqüentes no arco superior. Ocorrem em recém-nascidos geralmente no 3º ou 4º mês de vida. Trata-se com massagem suave na área com dedeiras até romper a lesão.

As pérolas de Epstein localizam-se ao longo da rafe palatina mediana e são remanescentes do epitélio do palato. É de prevalência menos que os nódulos. A conduta adequada para o caso é a observação.

Os cistos de Lâmina Dentária localizam-se na crista alveolar de rebordo gengival, mais freqüente na região posterior. É de cor esbranquiçada, remanescente de lâmina dentária primitiva. Deve-se diferenciar dos dentes neonatais pela sua localização e textura. A conduta adequada para o caso é o

acompanhamento, além de massagens suaves. Deve desaparecer em algumas semanas, porém quando é exagerado recomenda-se sua marsupialização.^{20,21,24}

3.14 Cárie de mamadeira

Quando uma criança é colocada para dormir com uma mamadeira de conteúdo adoçado, como leite ou sucos, sem uma posterior higiene bucal, ela tem seus dentes constantemente banhados por esses alimentos. Por sua vez, o alimento fermenta e fica estagnado no dente do bebê, iniciando um tipo severo de cárie dental, a chamada cárie de mamadeira.

A ingestão de alimentos durante o sono, seja através da mamadeira ou do aleitamento materno, relaciona-se com o aparecimento de lesões de cárie.

De forma geral, a cárie de mamadeira tem evolução rápida e é muito dolorosa, além de possibilitar a existência de um foco de infecção na boca da criança. Ela causa uma destruição dental rápida, envolvendo primeiramente os dentes superiores (incisivos e caninos) e depois os dentes posteriores (molares) que leva a criança a sentir muita dor, dificultando a sua alimentação, causando-lhe irritação e debilitando-a.

Para evitá-la, deve haver controle da amamentação materna, estimulando a criança a eliminá-la em breve, administrar melhor alimentos adoçados e ricos em amido como bolachas e pães, higienizar a boca da criança e ainda usar flúor diariamente.

Os cirurgiões-dentistas geralmente se limitam a dar importância apenas aos efeitos da cárie de mamadeira sobre a estrutura dentária, embora a dor e a infecção sejam os danos primários decorrentes da cárie de mamadeira, a saúde geral também pode ser afetada. Em pacientes com cárie de mamadeira, os aumentos da taxa metabólica global durante o transcorrer da infecção, podem

colaborar para que ocorra um retardo no crescimento e desenvolvimento normais.

Crianças com cárie de mamadeira apresentam peso corporal significativamente mais baixo.

3.15 Hábitos de sucção

Entende-se como hábito, um automatismo adquirido, um comportamento que, muitas vezes praticado, torna-se inconsciente e passa a ser incorporado à personalidade.

Existem duas formas de sucção: a nutritiva e a não-nutritiva. A primeira fornece os nutrientes alimentares (amamentação e mamadeira). A segunda proporciona à criança um prazer especial, aquecimento e proteção, podendo tornar-se um hábito de sucção persistente, adotado pela criança em resposta a frustrações e para satisfazer sua ânsia de necessidade de contato.

As crianças amamentadas somente no peito apresentam menor incidência de hábitos orais.

A não-satisfação das necessidades psico-emocionais devido ao tempo inadequado de amamentação natural, leva a criança a supri-las, utilizando chupetas ou o próprio polegar, estando o último sempre ao seu alcance. Distúrbios emocionais como ciúmes, rejeição, ansiedade ou qualquer estímulo que desequilibre o senso de segurança da criança também pode levar ao aparecimento desses hábitos. Sua persistência pode ser também, resultado do simples aprendizado, sem existir na criança problemas emocionais.

A sucção é o padrão de comportamento mais precoce exibido pelos recém-nascidos, surgindo na 29ª semana de vida intra-uterina, a fim de não somente garantir a sua sobrevivência após o nascimento, mas também uma necessidade de sucção do ponto de vista emocional.

Para quase todas as mães, a chupeta continua sendo a invenção mais prática para acalmar manhas infantis, sendo integrante do enxoval do bebê. Apesar de ser uma vilã, a chupeta não é tão maléfica assim, desde que usada com cautela. A chupeta não é um artifício que só prejudica, pois ela tem função no desenvolvimento emocional da criança. Psicologicamente, a chupeta significa para a criança a lembrança da mãe, o prazer oral que ameniza a frustração, pois sua alegria é sugar o seio da mãe e satisfazer sua fome. Porém, o importante é não deixar o hábito se tornar um vício. Até os 3 anos é normal, porém passa a ser um problema quando continua a ser usada após esta idade.

Chupetas ortodônticas podem ser recomendadas para evitar a sucção do dedo, que além das maloclusões dentárias, poderia também induzir a uma alteração do tônus dos órgãos fonoarticulatórios.

Não há dúvidas de que os hábitos nocivos de sucção de dedos ou de chupeta acarretam desvios na posição dos dentes, respiração bucal, deglutição e formação atípicas.

Evitar hábitos bucais nocivos é um problema, mas a amamentação é uma das maneiras de se evitá-los.

A chupeta deve ser dada apenas em momentos de tensão; dessa forma, a criança não ficará viciada com o seu uso.

A eliminação do hábito deve ser tratada com critério sempre com a consciência e permissão do paciente e auxílio dos pais.^{4,5,8,20,21}

3.16 Pacientes especiais

Esta seção refere-se a toda pessoa que possua alteração física, orgânica, intelectual, emocional ou social, que necessite de cuidados e educação especial.

Sem atendimento odontológico é extremamente exigente e requer não só o conhecimento de procedimentos e técnicos, mas também uma abordagem psicossocial e orgânica do paciente.

Devem ser obrigatoriamente incluídos neste atendimento, amor, carinho, compaixão, solidariedade e respeito, procurando ser além de cirurgião-dentista, seu amigo, oferecendo apoio e segurança.

O maior problema para o paciente especial é com certeza o preconceito acusado não só pela população, como também pelo dentista, que não estando preparado recusa-se a prestar os serviços, causando sofrimento para o paciente e para sua família.

Também devemos lembrar que grandes personagens da história seriam considerados pacientes especiais hoje, como por exemplo, o escultor Aleijadinho (portador de hanseníase), o compositor Beethoven (deficiente auditivo) e quem não gostaria de ser o dentista de Van Gogh?

Todos esses personagens da história eram pacientes especiais e conseguiram se integrar ao mundo e muito fazer por ele.

Portanto, ao tratar de um paciente especial, ajudamos uma pessoa necessitada a integrar-se ao mundo. Isso, talvez seja a maior coisa que alguém possa fazer por ele.^{11,17,18}

3.17 Risco de cárie

Risco é a probabilidade de lesões de cárie ocorrerem ou progredirem. Avaliar o risco de cárie é predizer se o indivíduo poderá adquirir ou desenvolver a doença em determinado período.

A transmissibilidade é um fator de risco. Portanto, a identificação das mães que apresentam os microorganismos acidogênicos com ação enzimática sobre carboidratos é importante na determinação do grupo de risco.

A ação da clorexidina sobre o *Streptococcus mutans*, na forma de gel a 1%, agem como agente coadjuvante na supressão de *Streptococcus mutans* em mães, evitando ou retardando, dessa forma a transmissão desses microorganismos para seus filhos. A clorexidina poderá, além de retardar, prevenir a colonização do *Streptococcus mutans* na dentadura decídua.

As gestantes de alto risco devem se beneficiar de métodos preventivos como a fluoroterapia clínica que consiste em: aplicação de gel de clorexidina a 1% em moldeiras na gestante, por 3 vezes na mesma sessão, por 5 minutos, lavando-se os dentes a seguir e com um intervalo de descanso de 5 minutos entre as aplicações. Após a última aplicação, não se recomenda o enxágüe, apenas a remoção do excesso e, em seguida, a aplicação de verniz de flúor.

A clorexidina fica retida na cavidade bucal por um período maior de tempo quando associada do verniz fluoretado, com os benefícios de liberação lenta e gradual do flúor favorecendo a prevenção do meio bucal.

O cirurgião-dentista deve intervir o mais precocemente possível quando ocorrer um desequilíbrio da microbiota da mãe, sobretudo no período relativo à “janela de infectividade”, época crítica de predisposição à contaminação por *Streptococcus mutans* no bebê.^{7,12,14,17}

4 DISCUSSÃO

4 DISCUSSÃO

Trabalhos experimentais mostram que a manutenção da saúde bucal do bebê é um processo que deve se desenvolver conjuntamente com a criança, partindo dos conhecimentos adquiridos pela mãe durante a gestação até à limpeza da cavidade bucal do bebê, que deve ser implementada gradativamente durante a erupção dentária.

Antes do período eruptivo, geralmente de 0 a 6 meses, recomenda-se tratamento caseiro constituído de limpeza da cavidade bucal com fralda ou gaze embebida em água filtrada, ou em uma infusão de camomila, na proporção de 2 colheres de sopa para meio litro de água, na frequência máxima de uma vez ao dia, preferencialmente após a última mamada.

A partir da erupção dos primeiros dentes (7 a 18 meses), recomenda-se limpeza após a alimentação, com fralda ou gaze embebida em água oxigenada diluída na proporção de 1:3. Em seguida, deve-se fazer a aplicação tópica diária de solução de fluoreto de sódio a 0,02% com cotonetes. Após a erupção dos primeiros molares decíduos, inicia-se o uso da escova dental associada ao dentífrico fluoretado, em quantidade mínima (equivalente a um grão de alpiste) à partir dos 3 anos de idade.

As visitas periódicas para avaliação odontológica, devem ocorrer bimestralmente, quando serão desenvolvidas atividades de limpeza, profilaxia profissional e aplicação tópica do flúor 0,2% após a erupção de molares decíduos, sob condicionamento prévio e gradativo da criança.

O flúor age de forma preventiva devido à sua eficiência contra a cárie dentária e continua sendo usado em larga escala, principalmente nos programas de gestantes.^{2,7,19,20,21}

Dessa forma, após efetuar uma análise crítica dos dados da revisão da literatura julgamos interesse em considerar a atual filosofia do modelo de promoção de saúde que preconiza ampla cobertura, principalmente com medidas preventivas e educativas, agindo o mais precocemente possível sobre as lesões, evoluindo da Odontologia Restauradora tradicional para a Preventiva.

“A primeira dentição é a oportunidade para aprender a cuidar da boca. A segunda dentição é para ser cuidada. Uma terceira oportunidade custa tempo, sofrimento e dinheiro”.

Partindo deste princípio o compromisso da Odontologia é “envelhecer sorrindo”, pois é melhor prevenir do que remediar. Com certeza, não há período da vida mais sublime, para muitas mulheres, do que a gestação. É quando ela se sente subindo ao palco e assumindo o papel principal da vida. Mas isso nada tem a ver com uma encenação. Nesse momento, ela está desempenhando o papel de geradora de vida, dando continuidade à espécie humana.

5 CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

Mediante a revisão de literatura podemos concluir que :

A luta para preservar um dente deve sobrepujar as restrições impostas pelo mundo moderno. Pode ser que o caminho da cura e da preservação seja longo e demorado, mas deve ser trilhado.

A Odontologia pode ser considerada como uma das ciências, talvez a principal, no estudo do aprimoramento da mais bela forma de expressão silenciosa do de ser humano: o sorriso. A busca do sorriso deve ser uma constante no ser humano. Este é o espelho de nossos sentimentos e está baseado, nos movimentos relacionados com a boca e na beleza dos dentes e lábios.

Por causa disto, podemos considerar os profissionais envolvidos na Odontologia como os artesões ou os lapidadores do sorriso, funções exercidas na preservação e na restauração dos dentes e da saúde bucal.

Se o poeta estiver correto na expressão: “há de surgir uma estrela no céu toda vez em que você sorrir”, podemos concluir que o dentista é o responsável pela beleza das estrelas do céu.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AKRÉ, J. *A alimentação infantil: bases fisiológicas*. Genebra: OMS, 1997. p.10-31; 44-54.
- 2 ARIAS, S.M.B. et.al. *Prevalência de cárie em bebês de 0 a 3 anos*. Rev. Gaúcha de Odontologia, v.45, n.3, 1997. p.163-169.
- 3 BERGSTON, A.L. et.al. *Percepção dos gestantes em relação à saúde bucal de seus filhos*, 1977 (não publicado)
- 4 CARVALHO, G.D.A. *A amamentação sob a visão funcional e clínica da Odontologia*. Ver. Secr. Saúde, v.2, n.10, p.12-13.
- 5 CARVALHO, G.D.A. *A visão funcional e clínica da amamentação – abordagem odontológica*. Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent., v.31, n.473, 1996. p. 28.
- 6 HOROWITZ, A. *Educação e promoção de saúde*. J.Aboprev., v.6, 1995. p.89.
- 7 KONSHI, F. *Odontologia intra-uterina*. Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent., v.49, n.2, Março/Abril, 1995.
- 8 KRASSE, B. *Risco de cárie: um guia prático para avaliação e controle*. São Paulo. Quintessence Int., 1986. 113p.
- 9 MALTZ, M. *Cariologia*. In: TOLEDO, O.A. *Odontopediatria - Fundamentos para a prática clínica*. São Paulo. Panamericana, 1.ed. 1986. cáp.6, p. 99-110.
- 10 McDONALD, et.al. *Odontopediatria*, 6.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. p.90, p.163, p.171.

- 11 MEDEIROS, U.V. *Atenção odontológica para bebês*. Rev. Assoc. Paul. Odontol., v.15, n.6, 1993. p. 18-27.
- 12 MOSS, S.J. *Crescendo sem cárie*. São Paulo. Quintessence Int., 1996. 148p.
- 13 MOURA, L.F.A.D. et.al (2001) *Apresentação do Programa Preventivo para gestantes e bebês*. JBP, vol.4, n.17, 2001. p.12
- 14 NEWBRUN, E. *Substrato: dieta e cárie*.In: NEWBRUN, E. *Cariologia*. São Paulo.: Santos, 2.ed., cap.4, 1988, p.86-121.
- 15 OLIVEIRA, A.C.A.P. e OLIVEIRA, A.F.B. *Saúde Bucal em gestantes: um enfoque educativo-preventivo*. IBP., vol.2, n.7, 1999. p. 182-183.
- 16 SHAW et.al.*Orofacial defects, parental cigarette smoking, and transforming growth factor – alpha gene variants*. Am J Hum Genet. Chicago, v.58, n.3, p.551-561, March, 1996.
- 17 SIQUARA Da Rocha, M.C.B.S. JB. *Odonto para bebê*, v.2, n.8, p.266.
- 18 TSAMTSOURIS, A. et.al. *Dental Education of expectant parents*.J. Pedod., v.10, n.4, 1986. p. 309-322.
- 19 VALLADÃO Jr., C.A.A. e SOUZA, J.A. *Tratamento Odontológico durante a gravidez*. Rev. ODont. Moderna, v.20, n.2, Março/Abril 1993. p.27-29.
- 20 WALTER, L.R.F. et.al. *Cárie em crianças de 0 a 30 meses de idade e sua relação com hábitos alimentares*. Enc.Bras. Odontol, v.5, n.1, 1987. p.129-136.
- 21 WALTER, L.R.F. et.al. *Odontologia para o bebê – Odontopediatria do nascimento aos 3 anos*. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 246p.
- 22 VOKURKA, V.L. *Mudanças na cavidade bucal no período gestacional e suas implicações*. [Http://www.kw.com.br/vokurka/mud_gest.htm](http://www.kw.com.br/vokurka/mud_gest.htm). 1998.

23 WILHEIM, Joanna. *O que é Psicologia Pré-Natal*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

24 ZUGARIB, M. *Medicina fetal*, 2.ed., São Paulo, Atheneu, 1998.