

**COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE
PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE
CODEPPS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**

NASCENDO E CRESCENDO COM SAÚDE BUCAL

Atenção à saúde bucal da gestante e da criança

(Projeto Cárie Zero)



**Secretaria Municipal da Saúde
São Paulo
março de 2007**

Prefeito

Gilberto Kassab

Secretária Municipal da Saúde

Maria Aparecida Orsini

Coordenador da Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de

Saúde – CODEPPS

Cássio Rogério Dias Lemos

Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal

Maria da Candelaria Soares

GRUPO TÉCNICO RESPONSÁVEL:

Assessores da Área Técnica de Saúde Bucal

Interlocutores Regionais de Saúde Bucal

NASCENDO E CRESCENDO COM SAÚDE BUCAL

Atenção à saúde bucal da gestante e da criança

(Projeto Cárie Zero)

Ficha Técnica:

- **Digitação e montagem:**
Doralice Severo da Cruz; Maria da Candelária Soares
- **Reprodução:**
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde - CEFOR
- **Tiragem:**
1200 exemplares

Ficha catalográfica

616.314

S241n São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Nascendo e crescendo com saúde bucal: atenção à saúde bucal da gestante e da criança. (Projeto Cárie Zero) / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. - São Paulo: SMS, 2007.

43p.

1. Saúde Bucal. 2. Atenção Básica. 3. Educação em Saúde. 4. Odontopediatria. 5. Promoção da Saúde. . 6. Saúde Coletiva. 7. Saúde da Criança. I. Coordenação da Atenção Básica. II. Título.

**Área Técnica de Saúde Bucal – R. Gal. Jardim, 36 - 5º A – Centro –
São Paulo – SP. CEP 01223-010 – Telefone: 3397 2229**

SMS-SP - CODEPPS - ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

**É autorizada a reprodução total ou parcial deste documento por processos fotocopiadores.
Ao usá-lo, cite a fonte.**

Sumário

Assunto	Página
I – Introdução	3
II – Objetivo Geral	5
III – Objetivo específico	5
IV – Estratégias	5
• Atenção à Saúde Bucal da Gestante	5
• Atenção à Saúde Bucal da Criança	7
Reabilitação neuro-oclusal	11
V – Monitoramento e avaliação	12
Anexos	
Anexo 1- fluxograma de atenção à gestante	13
Anexo 2- fluxograma de atenção à criança	14
Anexo 3 – fluxograma de atendimento às queixas odontológicas	15 a 18
• Urgências: dor, abscessos, traumas, hemorragias	
Anexo 4 – Atenção à Saúde da gestante e Criança – Subsídios técnicos	19
• Cárie dentária e Doença Periodontal	20
• Alterações Bucais na Gravidez	22
• Cuidados na Gravidez e puerpério	24
• Educação em Saúde para gestantes - recomendações para os grupos	26
• Saúde da criança	27
• Crescimento e desenvolvimento da face e boca	27
• Aleitamento materno, respiração, mastigação e desenvolvimento orofacial	32
• Educação em Saúde da criança – recomendações para os grupos	35
Anexo 5 – Considerações sobre condução de grupos de educação em saúde	37
Bibliografia consultada	39

INTRODUÇÃO

A saúde bucal do indivíduo espelha a sua saúde geral.

Muitas doenças sistêmicas têm manifestações na boca, podendo ser importantes sinais de diagnóstico para problemas de saúde geral.

Por outro lado, muitos problemas bucais podem gerar problemas sistêmicos. Cefaléias, febre, algias cervicais, dorsais e lombares, entre outros, podem ter suas causas em problemas bucais.

Da mesma forma, todas as infecções bucais são disseminadas pelo organismo, tanto pela via digestiva, quanto pela via circulatória afetando outros órgãos.

A Organização Mundial da Saúde – OMS, ainda nos anos 50, definiu o câncer Bucal, as fendas ou fissuras lábio palatinas, as doenças peridontais e a cárie dentária como os cinco principais problemas de saúde bucal em saúde pública, sendo os últimos dois os mais prevalentes.

As *Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal “Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal”* expressam a política de saúde bucal da Cidade de São Paulo para o período 2005 a 2008. Em consonância com essas diretrizes, este projeto particulariza a atenção à saúde bucal voltada à gestante e à criança, salientando peculiaridades próprias a esses ciclos da vida.

Evidenciam-se ações de saúde bucal no Programa Mãe Paulistana, ações de educação, prevenção e tratamento das doenças bucais em gestantes, e ações em crianças de zero a 12 anos, com especial atenção para o controle da cárie dentária, doença periodontal e das *disfunções neuro-oclusais*.

Os estudos epidemiológicos realizados em 1998 e 2002 pela Secretaria de Estado da Saúde - SP em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP-USP e o último também com o Ministério da Saúde, apontam uma redução da cárie dentária em escolares. Apesar disso 46% das crianças de cinco anos (aproximadamente 84.200 crianças) apresentam história anterior ou atual de cárie dentária. Aos 12 anos, apesar da diminuição acentuada do índice CPO-D, apenas 34,1% das crianças encontravam-se livres de cárie.

Quanto as oclusopatias, 26% das crianças de cinco anos (aproximadamente 45.760) encontram-se acometidas por este problema de saúde pública no estudo de 2002, enquanto cerca de 53,9% das crianças apresentavam, aos 12 anos, algum grau de oclusopatia.

Por outro lado, os mesmos estudos permitem afirmar que a alta prevalência da doença cárie no passado e das doenças periodontais, aliada à falta de acesso aos serviços de saúde bucal para tratamento restaurador, determinou para a população adulta/idosa um quadro de mutilação.

Apesar do refinamento tecnológico da Odontologia em nosso país, o quadro atual traduz o convívio da população, desde a infância, com dores e perdas dentárias sucessivas. Isso significa para a cidade de São Paulo um número de, aproximadamente, 186.314 “adultos” (35-44 anos) e 297.774 “idosos” (65-74 anos) totalmente desdentados, conforme pode ser constatado no Quadro 1.

QUADRO 1 – Dados epidemiológicos dos principais agravos de saúde bucal no Município de São Paulo em 2.002.

Idade/faixa etária				
Cinco anos	12 anos	15-19 anos	35-44 anos	65-74 anos
53,9% livres de cárie	34,1% livres de cárie	5,3% livres de cárie	55,9% da composição do índice CPO-D são dentes perdidos por cárie	64% da composição do índice CPO-D são dentes perdidos por cárie
Média de dois dentes atacados por cárie (ceo=1,81)	CPO-D=1,75	CPO-D=6,26		
	33,2% apresentam algum grau de fluorose dentária	31,6% apresentam algum grau de fluorose dentária	11,5% são totalmente desdentados	64% são totalmente desdentados
24,5% apresentam algum grau de oclusopatia	53,9% apresentam algum grau de oclusopatia		43% apresentam cálculo e bolsas periodontais	16,4% têm problemas periodontais

Fonte: Levantamento “Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002” - SES/FSP-USP/MS

O regime alimentar civilizado (alimentos pobres em fibras, industrializados e de textura pastosa) é um dos grandes responsáveis pelo quadro atual da saúde bucal e, não raro, as crianças apresentam precocemente atrofias e desequilíbrios funcionais e de desenvolvimento.

A falta de alimentos duros, secos e fibrosos elimina a necessidade de uma mastigação mais vigorosa que vai impondo profundas alterações nos estímulos necessários ao desenvolvimento adequado do sistema estomatognático. Esta influência está cada vez mais presente, ou seja, cada vez mais atuante como um dos **fatores determinantes** do que como fator contribuinte da doença.

A falta de mastigação adequada, um curto período de amamentação natural, o aparecimento de alergias respiratórias e a introdução e manutenção de hábitos deletérios como chupeta e mamadeira contribuem com o desenvolvimento das oclusopatias que poderiam ser evitadas ou ao menos minimizadas através de um programa de **orientação e educação das gestantes**.

As alterações de forma e de função do sistema mastigatório causadas pela respiração bucal, pela cárie precoce, por hábitos indesejáveis de sucção ou por uma mudança de hábitos na alimentação, como por exemplo, a mastigação unilateral, pode ser prevenida e controlada, se detectada precocemente.

A correta interpretação destes conceitos possibilitará fazer um diagnóstico preciso da situação apresentada e das causas que provocaram o aparecimento das alterações. A partir deste diagnóstico funcional, o tratamento será iniciado ainda na dentição decídua, corrigindo as alterações presentes e prevenindo o aparecimento de problemas maiores e mais graves na dentição permanente.

II. OBJETIVO GERAL

Implementar na rede básica de saúde ações de saúde bucal integradas às desenvolvidas pelo Programa Mãe Paulistana para promoção da saúde, diagnóstico, prevenção e tratamento precoce das doenças bucais de maior prevalência e das alterações orofaciais no desenvolvimento da primeira dentição e durante a dentição mista.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir as principais doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias e problemas articulares) em dentes decíduos e permanentes.
- Recuperar a forma e função do sistema estomatognático.
- Desenvolver um programa de educação e orientação para gestantes incluindo conhecimentos básicos para a prevenção das doenças bucais de maior prevalência
- Implementar as ações assistenciais às gestantes e crianças de zero a 12 anos, incluindo o tratamento restaurador atraumático e a reabilitação neuroclusal.

IV – ESTRATÉGIAS

A atenção em saúde bucal envolverá duas estratégias básicas, conforme as *Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal*, a saber:

- Promoção da saúde por meio de ações coletivas na comunidade e em grupos na unidade de saúde (ações de educação em saúde e prevenção)
- Ações individuais – prevenção e tratamento odontológico.

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

Toda gestante deve ser orientada sobre a possibilidade de receber atenção em saúde bucal. Para tanto é fundamental a interação da equipe de saúde bucal com a equipe multiprofissional da unidade de saúde principalmente com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, recepção da unidade e agentes comunitários de saúde. Os grupos educativos na comunidade também deverão ser fonte de captação das gestantes.

Ações coletivas de saúde

Quando da inscrição da gestante no programa Mãe Paulistana a mesma deverá ser inscrita num grupo específico para receber orientações de educação em saúde bucal.

Neste grupo, além das orientações, as gestantes deverão passar por triagem de acordo as Diretrizes “Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal”, devendo ser classificadas quanto ao risco às doenças bucais e agendadas para tratamento odontológico se necessário.

- Os grupos de ações educativas, para serem mais efetivos, deverão ter até 12 pessoas. Propõe-se no mínimo **um ciclo de três grupos** ao longo do pré-natal e puerpério (preferencialmente grupo de 1.º, 2.º e 3.º trimestre de gestação), nos quais deverão ser abordados os cuidados pessoais com relação a higienização, orientação de

dieta, preparo do peito para a amamentação, aleitamento materno e crescimento e desenvolvimento orofacial, dentição decídua, transmissibilidade da cárie dentária, dentre outros temas (anexo 4, pág.26)

Os grupos educativos podem ser realizados por pessoal auxiliar (ACD e THD, onde houver) e por outros membros da equipe interdisciplinar, previamente capacitados, ficando o cirurgião-dentista responsável pelo rastreamento e reforço de algumas informações! Na ausência de equipe, o cirurgião-dentista será o único responsável por essas ações!

IMPORTANTE: As UBS que contam com recurso humano auxiliar e técnico (ACD e THD) necessitam capacitá-los para que os grupos educativos sejam realizados por eles como rotina e que o dentista fique responsável pelo rastreamento e reforço de algumas questões.

O tratamento odontológico pode e deve ser realizado durante a gestação. A avaliação da condição bucal da gestante, sua classificação quanto ao risco às doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal e lesões dos tecidos moles), a adequação do meio bucal com a eliminação de focos dentários e realização de tratamento restaurador atraumático, raspagem e alisamento corono-radicular deverão ser realizados imediatamente, podendo-se postergar as restaurações convencionais e procedimentos eletivos.

Na anamnese é indispensável obter um relato de sua história sistêmica e de seus antecedentes familiares com informações sobre sua saúde geral. Contato com o obstetra pode ser eventualmente necessário.

O agendamento para as consultas odontológicas deverá ser realizado preferencialmente nos mesmos dias da consulta de pré-natal. Da mesma forma, a primeira consulta do bebê poderá ser agendada no mesmo dia da consulta de puerpério. Estão previstas no Programa Mãe Paulistana, pelo menos 6 consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério que deverá ser realizada até 42 dias após o parto (anexo 1 – fluxograma de atendimento- pág. 12)

Observações

- No que diz respeito a tomadas radiográficas, estudos clínicos experimentais mostram que a dose de absorção de radiação necessária para indução de defeitos congênitos macroscópicos ou retardo do crescimento fetal é de 0,1gray. A dose de radiação absorvida numa tomada radiográfica é de 0,00077gray. Portanto tomadas radiográficas em gestantes são perfeitamente factíveis não deixando de se observar os princípios de proteção da pessoa contra radiação odontológica. Vale lembrar que as tomadas radiográficas odontológicas são realizadas na região da face e não do abdômen o que diminui ainda mais o risco de exposição do feto.
- Nenhum medicamento é absolutamente sem risco durante a gravidez. Os medicamentos relacionados a seguir parecem ter um mínimo risco quando usados criteriosamente: Acetaminofeno - Analgésicos narcóticos – Cefalosporinas – Corticosteróides – Eritromicina – Fenotiazina - Hormônios tireoidianos – Penicilina – Polivitamínicos.

Atenção: não administrar vitaminas ou medicamentos que contenham flúor! A água de abastecimento público da cidade de São Paulo é fluoretada!

Alertar os médicos sobre essa questão!

- Não existe risco para o uso de anestésico local em gestantes; a prevalência de complicações é a mesma na população gestante e não gestante. Desde que o cirurgião-dentista tenha um conhecimento mínimo da fisiologia materna (não colocar a paciente por muito tempo em decúbito dorsal, principalmente em pacientes de gestação mais avançada, provocando queda brusca de pressão por compressão da veia cava), o atendimento poderá ser realizado com segurança.

- Os anestésicos locais devem proporcionar melhor anestesia à gestante, devendo-se observar a presença de vasoconstritor e a toxicidade do sal anestésico.

- A toxicidade do sal anestésico é inversamente proporcional à sua capacidade de ligação plasmática, isto é, quanto maior sua capacidade de ligação plasmática, menor sua capacidade de atravessar a placenta.

- O anestésico disponível na rede municipal de saúde é perfeitamente seguro. É o Cloridrato de Lidocaína 2% com norepinefrina 1:50.000, respeitando-se o limite de 2 tubetes (3,6 ml) por consulta. A dose máxima do sal recomendada é de 4,4mg/kg de peso do sal Lidocaína. Um tubete de anestésico Lidocaína a 2% possui 36mg do sal em 1,8ml

Cuidados com gestantes diabéticas

Estudos recentes sugerem uma ligação entre diabetes mellitus e gengivite persistente; o diabético tem maior chance de desenvolver gengivite, portanto a gestante diabética ou a que desenvolve diabetes gestacional deve ser priorizada para o tratamento odontológico, dado que o diabético *per se* está mais sujeito a problemas infecciosos; é essencial que a glicemia desses pacientes seja monitorada, para evitar o desenvolvimento de gengivites importantes.

É de suma importância que a equipe médica e a equipe de saúde bucal estejam integradas para que o atendimento da gestante e da criança contemple todas as ações de promoção de saúde, prevenção e assistência que ambos necessitem.

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA

Ações coletivas de saúde

- Nas creches e escolas de educação infantil, ensino fundamental e outros espaços sociais, as ações são as previstas nos Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal, a saber: triagem das crianças segundo os critérios de risco às doenças bucais, no início do programa, fluoroterapia conforme o indicado, escovação dental supervisionada quadrimestral, educação em saúde.
- Para as crianças de 0 a 3 anos, especial atenção deve ser dada à capacitação dos professores e cuidadores.
- Nas unidades de saúde, devem ser realizados grupos de educação em saúde, ou exclusivos para saúde bucal, ou concomitante a outros grupos existentes na unidade, organizando-se as ações preferencialmente por agrupamento de faixa etária: crianças de 0 a 18 meses; de 19 a 36 meses; de 37 a 60 meses; de 7 a 12 anos de idade. Para maior efetividade, recomendam-se grupos operativos de até 12 pessoas. Para as crianças de 0 a 36 meses, as ações são direcionadas para as mães, pais ou cuidadores (anexo 4 – pág. 32)

É essencial que **no primeiro mês de vida**, a criança seja incluída num grupo de ações educativas em saúde bucal, onde a equipe discutirá com as mães ou

Os grupos educativos podem ser realizados por pessoal auxiliar (ACD e THD – onde houver) e por outros membros da equipe interdisciplinar, previamente capacitados, ficando o cirurgião-dentista responsável pelo rastreamento e reforço de algumas informações! Na ausência de equipe, o cirurgião-dentista será o único responsável por essas ações!

Tratamento odontológico

Ações individuais

A inclusão para o tratamento odontológico dar-se-á conforme o previsto nas Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal, mediante a prévia triagem realizada conforme o risco às doenças bucais, observando-se o agrupamento por faixa etária anteriormente proposto (anexo 2 fluxograma de atendimento – pag. 13)

Para as crianças de 0 a dois anos de idade, indica-se realizar o rastreamento das doenças bucais na posição joelho-joelho, onde a criança fica com a cabeça no colo do dentista e com o tronco e pernas no colo da mãe. Esta posição pode ser indicada, inclusive, para o tratamento restaurador atraumático.

- Crianças com dor referida, identificadas pelo escore F (alto risco), devem ser atendidas imediatamente para a resolução da urgência e/ou adequação do meio bucal, utilizando o tratamento restaurador atraumático.
- Crianças com alto risco de cárie, identificadas pelos escores D e E, deverão ser a segunda prioridade para o atendimento clínico com a técnica de restaurações atraumáticas. Deverá ser indicada a fluoroterapia intensiva (lembrando que para crianças menores de 2 anos de alto risco os vernizes fluoretados têm melhor indicação), farão escovação supervisionada e terão retorno indicado em quatro meses para os classificados com escore E oito meses para os identificados com escore D.
- Vale lembrar que há várias estratégias e controvérsias em relação à frequência da fluoroterapia intensiva. Levando-se em consideração a possível influência da ação educativa, medidas intensivas de aplicação de flúor conduzidas durante 4 (quatro) semanas consecutivas são recomendadas, sendo reduzidas gradativamente para 2 (duas) no mês seguinte e finalmente para 1 (uma) semana no terceiro mês. Flexibilizações nessa frequência são possíveis em função da reclassificação do risco do indivíduo" (SES, 2000).
- Crianças com médio risco de cárie, identificadas pelos escores B e C, deverão ser a terceira prioridade para o atendimento clínico com a técnica de restaurações atraumáticas. Deverá ser indicada a fluoroterapia, de acordo com as Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal, farão escovação supervisionada e terão retorno indicado em um ano.
- Crianças com baixo risco de cárie, identificadas pelo escore A, farão escovação supervisionada e terão retorno indicado em um ano.

Uso de medicamentos: As drogas mais utilizadas em odontopediatria para o combate à dor são o paracetamol e a dipirona. Ambos são analgésicos e antipiréticos, porém com franca atividade antiinflamatória. É importante ressaltar que o uso de analgésicos é coadjuvante no tratamento odontológico, o que não dispensa as manobras clínicas necessárias.

Outras intercorrências importantes

Traumatismo dentário:

A abordagem do traumatismo em dentes decíduos e permanentes deve enfatizar a prevenção, o atendimento de urgência, o tratamento do trauma e das repercussões para a dentição decídua e permanente.

- O trauma pode afetar as crianças na mais tenra idade, com prevalência que pode chegar a 35%, já nos dentes decíduos. Os dentes mais afetados são os incisivos superiores devido a sua posição mais anterior na face, o trauma pode atingir mais de um elemento dental, sendo mais frequentes as lesões em tecido periodontal.
- O tipo de oclusão e falta de proteção labial, segundo vários autores, predispõe aos traumatismos de dentes ântero-superiores. Assim, a primeira prevenção é iniciada com a orientação dos hábitos de sucção da criança, incentivando o aleitamento materno e evitando o hábito da sucção de chupeta, do polegar e mamadeira, prevenindo as maloclusões e alterações miofuncionais, como protrusão dos incisivos superiores e falta de selamento labial, que facilitaríamos o trauma dos dentes ântero-superiores.
- Pode-se distinguir o traumatismo dental em lesões nos tecidos duros do dente e lesões nos tecidos de suporte, sendo que é mais comum, na dentição decídua o trauma em tecido periodontal e na permanente em tecido dental; isto pode ser explicado pelo osso da criança ser mais resiliente levando a um maior número de deslocamentos do que fraturas dentais nos dentes decíduos.

A prevenção de traumatismos bucais envolve também recomendações como uso do cinto de segurança em automóveis ou outro veículo, utilização de capacetes no uso de bicicletas, motocicletas, patins, skates, e uso de protetores bucais para esportes de contato.

• Tipo de traumatismo e conduta –

Trinca ou fratura incompleta do esmalte deve ser acompanhada ou em caso de sensibilidade indica-se fluoroterapia.

Fratura de esmalte pode ser restaurada ou caso não comprometa a estética, lixada e aplicado flúor.

Fratura de esmalte e dentina: deve-se proteger a dentina o quanto antes e restaurar preferencialmente na mesma sessão.

Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar indica-se tratamento endodôntico e reabilitação coronária.

Fratura coronorradicular: normalmente compromete a estrutura radicular necessitando de exodontia e reabilitação protética futura; caso seja possível remove-se o fragmento coronário e avalia-se a porção radicular; se possível executa-se pulpectomia e posteriormente reabilitação com pino e coroa.

Fratura radicular no nível apical e médio sem deslocamento e sem mobilidade da porção coronária deve ser acompanhada; com mobilidade e/ou com deslocamento deve ser reposicionada e tratada como luxação lateral (contenção e acompanhamento); a fratura cervical normalmente leva a exodontia do dente; em alguns casos pode-se remover o fragmento coronário e manter o fragmento radicular fazendo pulpectomia/pino/coróa.

O atendimento dos traumas das estruturas periodontais envolve reparação do organismo do paciente e para isto o atendimento imediato é essencial.

As orientações básicas para casos que tenham lesado estruturas periodontais são:

- Manter a área limpa: caso não seja possível fazer a higiene com a escovação, usar gaze e solução anti-séptica (por exemplo: água oxigenada ou solução a base de clorexidina);

- Manter a região em repouso: não morder na região; ter uma alimentação pastosa, morna; não usar chupeta e mamadeira.
- Concussão ou subluxação: o tratamento consiste nas orientações para repouso da região e limpeza, acompanhamento clínico e radiográfico.
- Luxação extrusiva e lateral com deslocamento de posição: o indicado é o reposicionamento e a contenção, em casos de mobilidade média e grande, uma vez que a recuperação das fibras periodontais é auxiliada com a contenção.
- Intrusão - O dente intruído tem uma capacidade de reerupção muito grande, desde que este trauma não tenha afetado a integridade da região, como por exemplo, a destruição do alvéolo. Nos casos de intrusão deve-se fazer um exame clínico cuidadoso de palpação no fundo de sulco para verificar a possibilidade de fratura da tábua óssea vestibular pelo impacto da intrusão do ápice do dente, exame radiográfico oclusal modificado e lateral. Com esses exames pode-se instituir uma conduta inicial que normalmente é a espera em 15 a 30 dias pela reerupção passiva. Deve-se alertar ao responsável para a remoção de hábitos de sucção, dieta pastosa, limpeza com gaze embebida em água oxigenada, ou outra solução anti-séptica, até que se possa utilizar a escova. Caso o dente intruído lese o permanente, o decíduo deve ser removido; normalmente isto ocorre quando o dente intrui na direção palatina. Caso contrário tem grande potencial para reerupcionar totalmente de 3 a 6 meses.
- Intrusão de dente decíduo: quando a raiz do dente decíduo rompe o processo alveolar está indicada sua extração
- Na avulsão de dente permanente o procedimento consiste em reimplantar o dente caso o mesmo possa ser localizado. Lembrar que o dente deve ser seguro pela coroa nunca pela raiz e que não deve ser friccionado durante a limpeza que deverá ser feita com soro fisiológico ou água corrente. Quando não for possível o reimplante, por falta de condições essenciais para que obtenha resultados satisfatórios devido ao tempo decorrido do trauma, meio de estocagem do dente, condições para realizar a contenção, entre outras, a reabilitação protética é a solução.

Uso de piercings: Várias complicações decorrentes do uso do piercing têm sido relatadas na literatura:

- Dor e edema são as complicações mais comuns decorrentes do procedimento. O edema relacionado ao piercing lingual poderá comprometer as vias aéreas superiores.
- Sangramento prolongado e/ou parestesia pode ocorrer se a perfuração na língua não coincidir com a linha média (paralelamente a esta passa os feixes vaso – nervoso lingual).
- Fratura dental, trauma à mucosa, gengiva e palato também são comuns. O usuário tem o hábito de brincar com a jóia ou mesmo o simples ato da mastigação pode causar dano aos tecidos adjacentes.
- Interferência na mastigação e deglutição, hipersalivação e dificuldades na fala são relatadas pelos autores, mas os usuários afirmam não ter problemas deste tipo.
- Pode ocorrer transmissão de doenças como hepatite e HIV, dentre outras, pois os locais onde são feitas as perfurações nem sempre apresentam as condições mínimas de biossegurança.
- Outras complicações descritas na literatura são: aspiração da jóia, incorporação de corpo estranho no local da perfuração, formação de cálculo na superfície do metal, obstrução de imagens radiográficas, hipersensibilidade ao metal.

Reabilitação neuro-oclusal

É necessário que o Cirurgião-Dentista avalie a forma e a relação entre os arcos dentários, quer na dentição decídua, quer na mista e permanente, assim como avalie se a função mastigatória está dentro dos parâmetros de normalidade, com especial atenção para a Síndrome do Respirador Bucal.

Síndrome da respiração bucal: O respirador bucal típico apresenta diversas alterações como: alterações posturais; hipercifose torácica; hiperlordose cervical; cabeça e ombros projetados para frente; desvio de septo; olhar “caído”; olheiras; falta de vedamento labial; alterações oclusais, com palato profundo; pouco desenvolvimento mandibular; mordidas cruzadas; maior prevalência de cárie dentária e gengivites; distúrbios alimentares e de sede; distúrbios do sono (terror noturno, sonhos claustrofóbicos, ronco, apnéia do sono); otites média de repetição; amidalites e ainda ansiedade, irritabilidade e impulsividade, levando a uma diminuição no rendimento escolar, que pode ser confundida com a Síndrome do Déficit de Atenção. O tratamento requer o envolvimento da equipe interdisciplinar (médico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeutas e o cirurgião-dentista). Assim, a atenção em saúde bucal incluirá a reabilitação neuro-oclusal, que tem mostrado resultados positivos no tratamento dessa síndrome, no que diz respeito às alterações bucais, com conseqüências positivas também para a saúde geral da criança. Inicialmente serão priorizadas crianças de até 5 anos de idade.

Na identificação de problemas oclusais, as crianças serão encaminhadas pelo cirurgião-dentista para as unidades básicas de referência, por região, com profissionais previamente capacitados que serão, posteriormente, multiplicadores para toda rede básica. Em médio prazo, todos os cirurgiões-dentistas da rede básica serão capacitados para a realização de alguns procedimentos passíveis de serem realizados na atenção básica.

Os casos que deverão ser encaminhados, dentre outros, serão:

- Respiradores bucais
- Mordida aberta anterior ou posterior;
- Sobremordida (quando ultrapassa o terço incisal dos dentes inferiores);
- Mordida cruzada anterior ou posterior;
- Interferências oclusais em lateralidade (observando o alinhamento dos freios labial superior e inferior). Lembrar que mordidas de topo anterior são normais na fase de dentição mista.

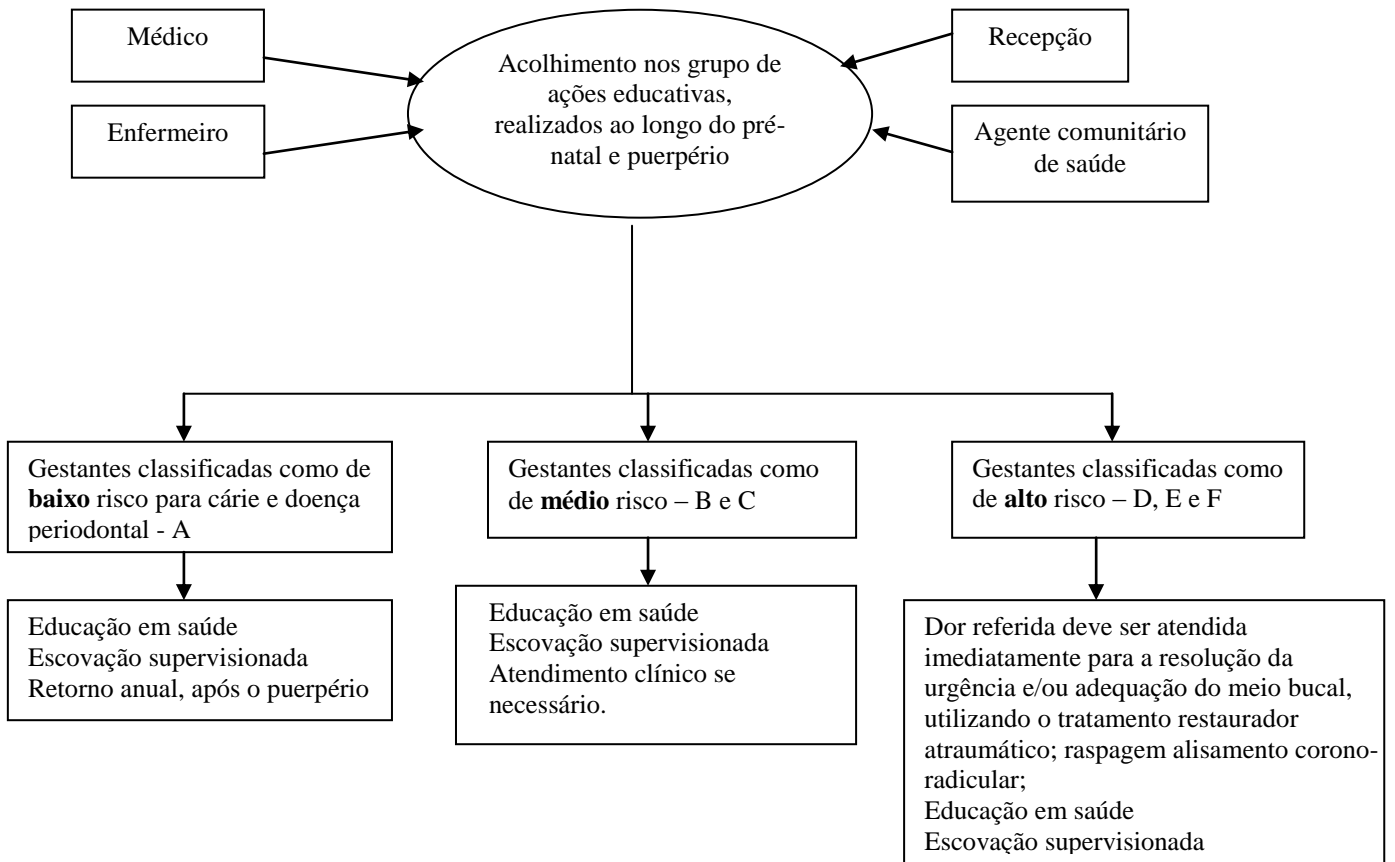
Importante: Para garantir a efetividade do sistema de referência e contra-referência, as crianças deverão estar com os dentes devidamente tratados pela Unidade de origem do encaminhamento e as vagas serão pactuadas pelas centrais de regulação de cada região.

V - Monitoramento e avaliação

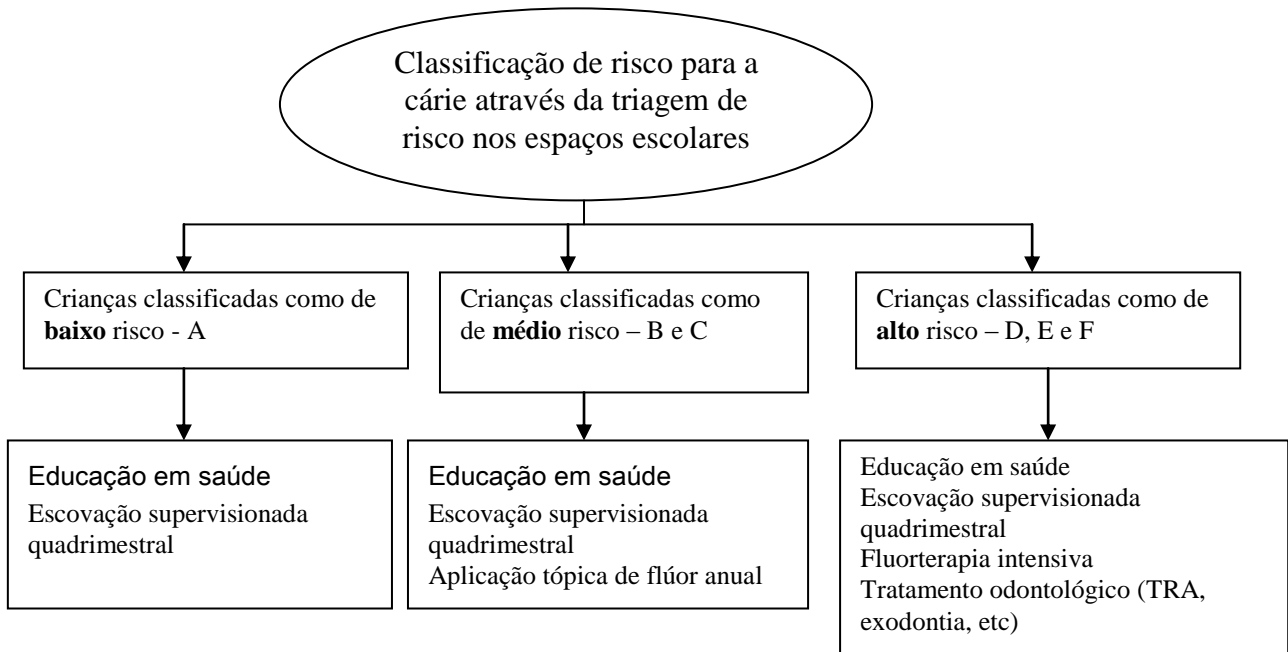
O impacto das ações será avaliado mediante o monitoramento dos indicadores epidemiológicos ceo-d, índice de estética dentária (oclusopatias), índice de Dean para fluorose dentária (em crianças) e índice CPO-D e índice de placa em gestantes e pela tabulação dos dados referentes aos critérios de risco às doenças bucais.

O programa será monitorado mediante a utilização dos indicadores de efetividade e eficiência, como percentual de gestantes que iniciaram e concluíram o tratamento odontológico; cobertura, por unidade de saúde, das gestantes que tiveram acesso à primeira consulta odontológica programada em relação às que realizaram o pré-natal, segundo faixa etária, número de grupos realizados, por tipo de grupo, percentual de crianças, segundo faixa etária, envolvidas nos procedimentos coletivos, número de espaços sociais incluídos em procedimentos coletivos; percentual de crianças com tratamento concluído em CDB ou TC tradicional, em relação às identificadas como alto risco de cárie dentária.

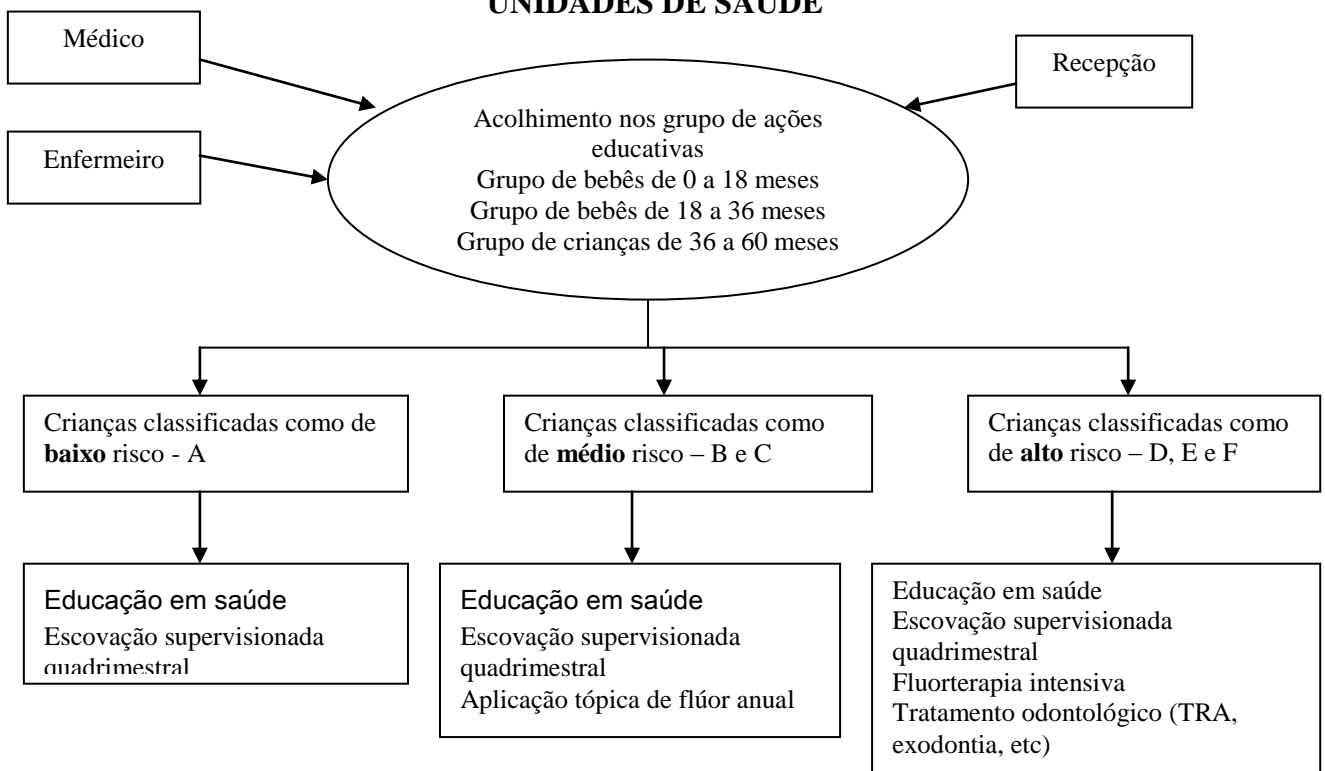
Anexo 1 - FLUXOGRAMA PARA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL À GESTANTES



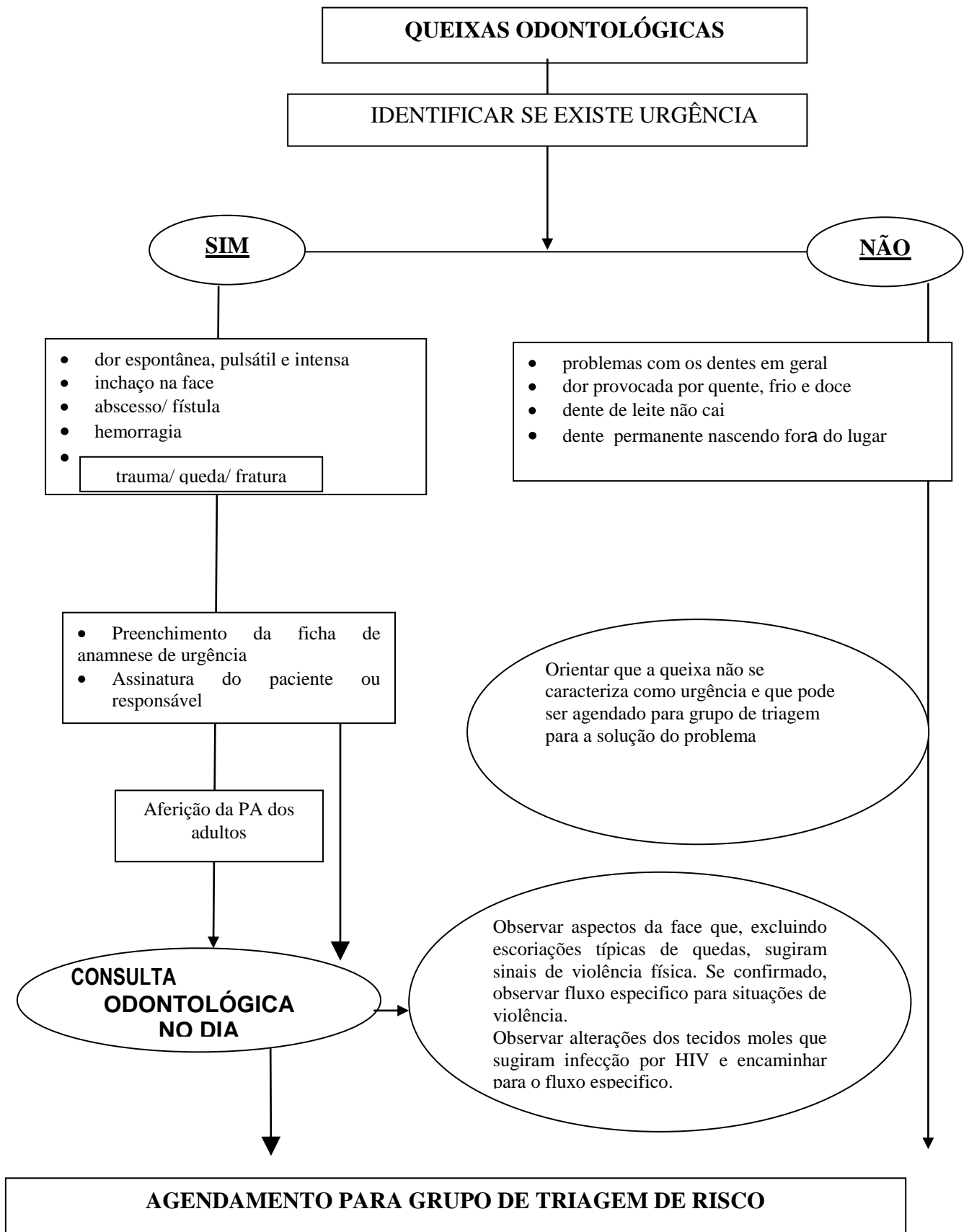
ANEXO 2 – ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL ÀS CRIANÇAS
FLUXOGRAMA DE AÇÕES COLETIVAS EM SAÚDE BUCAL NOS
ESPAÇOS SOCIAIS



FLUXOGRAMA DE AÇÕES COLETIVAS EM SAÚDE BUCAL NAS
UNIDADES DE SAÚDE



Anexo 3 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE QUEIXAS ODONTOLÓGICAS



ORIENTAÇÕES GERAIS

PRESENÇA DE ABSCESSO /
INCHAÇO NA FACE E/OU
FÍSTULA INTRA/ EXTRA

Orientar bochechos com água morna
Não fazer compressa quente
Evitar aquecimento local
Evitar exposição ao sol
Encaminhar para o dentista realizar
drenagem (procedimento)

CORTE DE LÁBIO / LÍNGUA /
MUCOSA ORAL

**Limpar o local com soro
fisiológico 0,9 %**

Compressão do local com gaze
Aplicar compressa de gelo
Preencher ficha de anamnese / urgência
Para adultos, verificação da PA
Encaminhar para avaliação / sutura.

DESLOCAMENTO DE DENTES
POR TRAUMA
(deslocamento lateral, para dentro do
alvéolo ou para fora do alvéolo)

1)Deslocamento lateral: Com uma gaze fazer realinhamento imediatamente para evitar a formação de coágulo.

2)Deslocamento para fora do alvéolo: Fazer realinhamento imediatamente.

3)Deslocamento para dentro do alvéolo: Não deve ser feito nenhum procedimento no sentido de posicionar o elemento.

Aplicar compressa de gelo se tiver edema

ORIENTAÇÕES GERAIS

FRATURA DE DENTES POR TRAUMA

Colocar o fragmento do dente em soro fisiológico.

Se houve trauma de mucosa, fazer imediatamente compressa com gelo.

Encaminhar para o Cirurgião Dentista realizar procedimento

PERDA DO DENTE DECÍDUO (DENTE DE LEITE) POR TRAUMA

NUNCA REIMPLANTAR DENTE DECÍDUO

Limpar a região afetada com soro fisiológico 0,9%.

Orientar a morder um rolete de gaze.

Aplicar compressa com gelo se tiver edema
(inchaço)

PERDA DO DENTE PERMANENTE POR TRAUMA (*AVULSÃO*)

Se o dente foi recuperado, lavar com soro fisiológico 0,9% sem fazer nenhuma fricção.

Reimplantar imediatamente no alvéolo observando face correta.

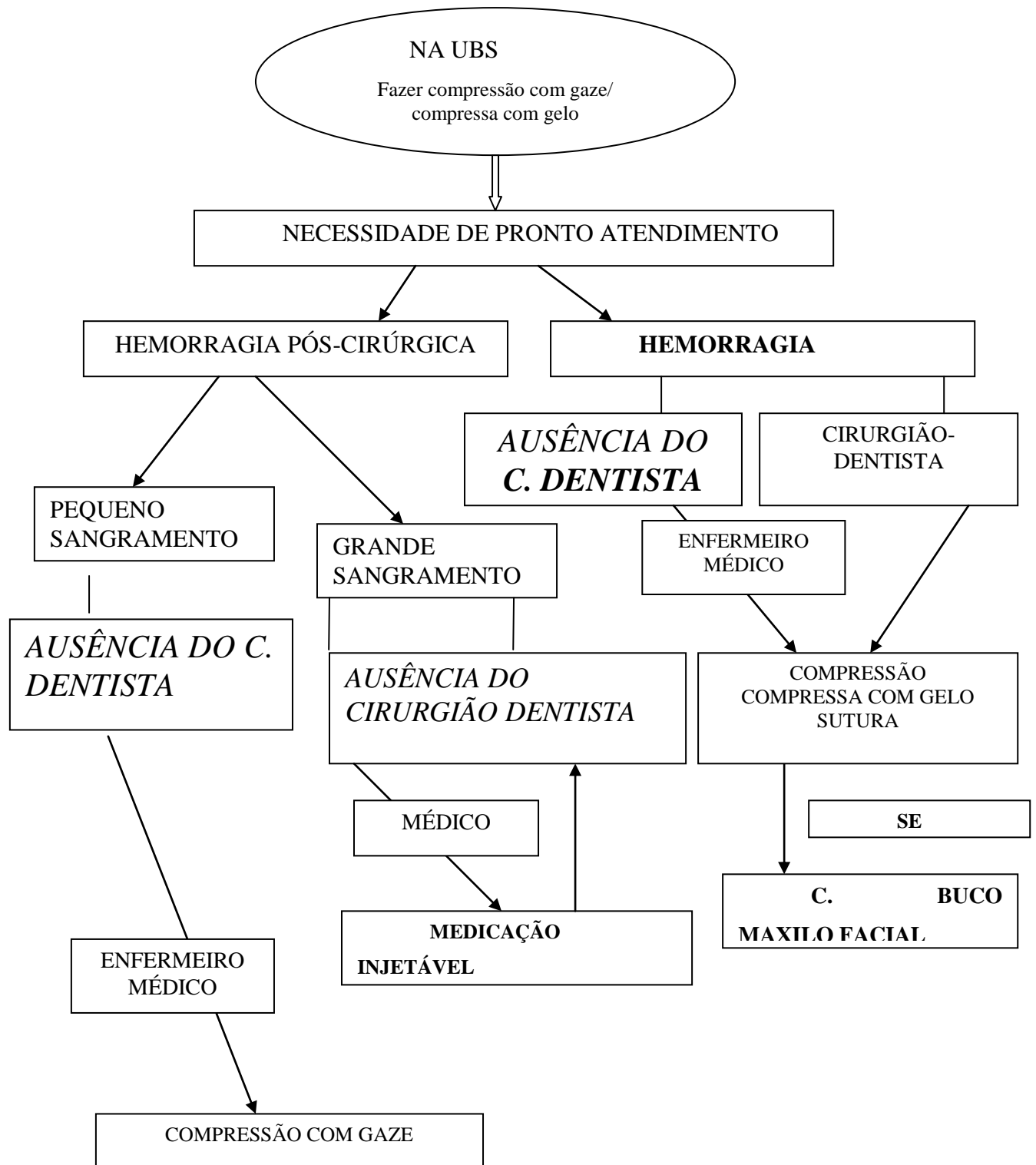
Na impossibilidade de reimplante, o dente deve ser mantido em saliva, soro fisiológico a 0,9% ou no leite até o momento do reimplante.

Aplicar compressa com gelo se tiver edema (inchaço)

Encaminhar para o Cirurgião Dentista realizar contenção (procedimento).

Se o dente não foi recuperado, oriente que a recuperação imediata é muito importante pois o elemento não deve ser

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A HEMORRAGIA



Anexo 4

ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL DA GESTANTE E CRIANÇA

SUBSÍDIOS TÉCNICOS

Cárie Dentária e Doença Periodontal

A cárie dentária e a doença periodontal são ainda as doenças bucais mais prevalentes na população geral, afetando os indivíduos de todas as idades. São distúrbios multifatoriais, quase que totalmente preveníveis, com componente genético que aumenta a suscetibilidade ou a resistência do indivíduo a essas doenças, conforme evidências atuais. Constituem-se ainda em grave problema de saúde pública, em âmbito mundial, sobretudo nas populações de países em desenvolvimento.

A prevalência da cárie dentária vem diminuindo no Brasil, sobretudo na população infantil, graças às políticas públicas como a fluoretação das águas de abastecimento público e adição de flúor aos dentifrícios. Requer ainda, porém, um esforço considerável da sociedade para seu controle.

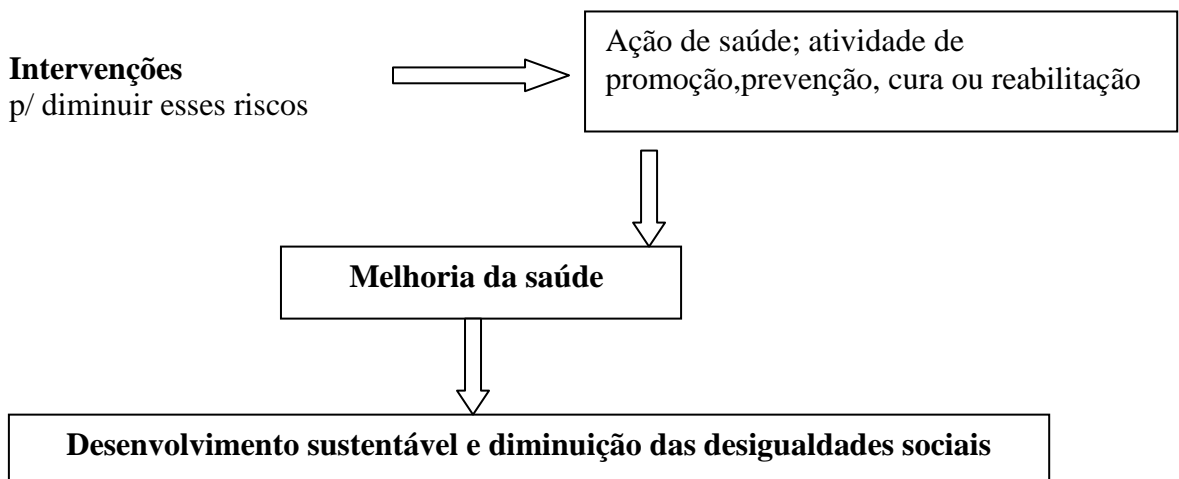
Tal situação é salientada também no *Relatório Mundial de Saúde Bucal de 2.003*, que levou a Organização Mundial de Saúde – OMS - a propor como estratégia para a *melhoria contínua da saúde bucal no século 21* um *Programa Global de Saúde Bucal*.

Esse relatório evidencia que:

1. As doenças crônicas não transmissíveis e neoplasias constituem-se nos maiores problemas de saúde (porém nos países mais pobres aliam-se às doenças transmissíveis).
2. Além dos fatores, genéticos, decorrem de fatores sócio-ambientais-culturais e estilo de vida, dependentes também de uma dieta, inclusive de dieta rica em açúcares e uso de fumo (tabaco) e álcool.
3. As doenças bucais evidenciam a exclusão social, pois são mais prevalentes nas populações menos favorecidas, o que ocorre também em nosso país (SB Brasil, 2003).
4. As doenças bucais restringem as atividades na escola, no trabalho e em casa, causando a perda de milhões de horas de aula e de trabalho a cada ano, no mundo todo. Além disso, o impacto psicossocial dessas doenças frequentemente reduz de forma significativa a qualidade de vida.

Assim, o Programa Global de Saúde Bucal propõe que as políticas públicas de saúde abordem:

- ✓ Inter-relacionamento entre saúde bucal e saúde geral
- ✓ Correlação entre diversas doenças bucais e doenças e agravos não transmissíveis (DANTS): pois ambas resultam de **fatores comuns de risco**.



CÁRIE DENTÁRIA

- É uma doença multifatorial, infecciosa e transmissível;
- Fatores contribuintes incluem a presença de bactérias acidogênicas como o *Streptococcus mutans*, pH salivar ácido, dieta rica em carboidratos refinados, principalmente os açúcares, presença de superfícies dentais susceptíveis e higiene bucal deficiente;
- **“Janela de infectividade da cárie dentária”**: a contaminação e a transmissibilidade precoce em bebês pode ocorrer a partir de contatos frequentes e repetitivos entre a mãe e a criança, tais como beijos na boca, uso comum de talheres e hábitos de limpar a chupeta colocando-a na boca do adulto e oferecendo-a para a criança. Segundo Caufield *et al.* 1993, a colonização do *S. mutans* na cavidade bucal de crianças confirma ser a saliva materna o principal veículo de transmissão, sendo a intensidade desta, proporcional ao nível desses micro-organismos na saliva materna. Esses mesmos autores denominaram o período que vai dos 19 aos 31 meses de idade, com média de 26 meses, a **JANELA DE INFECTIVIDADE DA CÁRIE DENTÁRIA** na dentição decídua, procurando relacionar com o fato das mães desfrutarem de frequentes e íntimos contatos com seus filhos nesse período. No Brasil, porém, a janela de infectividade é mais precoce; segundo Granarò, 1996, a cárie atinge um número mais elevado de crianças, por hábitos inadequados de dieta (alto consumo de açúcar) e higiene bucal deficiente. De acordo com Svanberg, 1978, as escovas dentais podem apresentar-se altamente contaminadas pelo *S. mutans* após o seu uso e assim permanecer por algum tempo, podendo assim servir de meio de transmissão interindividual da doença. Como um reforço da hipótese de ser a cárie uma doença transmissível de mãe para filho, outros estudos demonstraram uma relação positiva entre a experiência de cárie da mãe e a de seu filho, sugerindo deste modo que um bom preditor do risco de cárie de uma criança seja o valor do C P O S modificado de sua mãe. Também, Tuuti *et al.* 1989 e Figueiredo *et al.*, 1996, observaram uma relação positiva entre a experiência de cárie das mães e a de seus filhos. Tanto que Alaluusua e Renkonen, em 1983, relevam a importância de se orientar as mães sobre os meios de infecção da cárie e sugerem que todas as medidas preventivas adotadas nas mães refletirão na ausência ou no retardo da infecção dos seus filhos pelos *S. mutans*.
- A segunda janela de infectividade ocorre com a erupção dos primeiros molares permanentes, por volta dos 5 a 6 anos de idade;
- A presença de flúor, em baixa concentração, na cavidade bucal, interfere de forma positiva no mecanismo de desmineralização e remineralização do esmalte dentário, prevenindo o aparecimento de lesões de cárie e até paralisando lesões iniciais;
- **“Cáries rampantes”**: podem ocorrer em crianças a partir da erupção dos primeiros dentes, em decorrência de aleitamento noturno (o leite materno também é cariogênico), uso de mamadeiras adoçadas com açúcar ou mel, consumo de balas, pirulitos, bolachas, salgadinhos, etc.
- O risco à cárie dentária é reduzido mediante a exposição frequente a baixos níveis de flúor (água de abastecimento público, cremes dentais), mediante dieta equilibrada e o rompimento do biofilme bucal durante a escovação.
- Embora venha se observando uma redução de sua prevalência em crianças, na cidade de São Paulo 46% das crianças de cinco anos apresentam história anterior

ou atual de cárie dentária (3) e apenas 34,1% das crianças aos 12 anos estão livres da doença.

Não administrar vitaminas ou medicamentos que contenham flúor! A água de abastecimento público da cidade de São Paulo é fluoretada!

Atenção com o açúcar presente em medicamentos como xaropes e pastilhas para garganta, antibióticos em solução e em outros alimentos como catchup!

Gengivite e doença periodontal

- A gengivite – inflamação dos tecidos gengivais ao redor do dente é reconhecida como primeiro estágio da doença periodontal;
- Está presente já nas crianças de 5 anos e adolescentes (em torno de 5% aos 5 anos e 17% aos 12 anos), sendo que cálculos dentais estavam presentes em 13% das crianças.
- É reversível, com uma boa higiene bucal, mediante a remoção do biofilme que se forma na superfície dental.
- A doença periodontal é uma doença infecciosa, e resulta do desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção dos dentes, com padrões variáveis de progressão. São fatores de risco má higiene bucal, diabetes, fumo, imunodepressão e stress.
- A doença periodontal tem sido relacionada como fator de risco para doenças cardíacas e renais e mostrou ser um forte preditor de óbito por doença cardíorenal em pessoas com diabetes tipo 2, segundo estudo recente em grupo de norte-americanos nativos.
- A periodontite juvenil é uma das formas mais severas da doença, acometendo cerca de 0,13% de crianças entre 7 a 15 anos de idade, envolvendo a região de incisivos, principalmente inferiores e região de primeiros molares permanentes.
- Tem sido associada a aumento do risco de partos prematuros e gestação de crianças de baixo peso;

Alterações bucais durante a gravidez

Os hormônios constituem importante aporte nutricional para microrganismos bucais. No início da gravidez, ocorre uma flutuação no nível dos hormônios circulantes.

Há significativo aumento dos hormônios sexuais, tanto do estrogênio quanto da progesterona, o que favorece o incremento da microbiota bucal, particularmente de bactérias acidogênicas como os *Streptococos sp* com conseqüente queda do pH da cavidade bucal.

Essa acidificação do meio bucal associada a constantes desafios cariogênicos, provocados pelo elevada frequência no consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono e a um controle inadequado do biofilme dentário podem levar a instalação da cárie dentária. Náuseas, vômitos e o aumento da viscosidade da saliva colaboram com uma certa negligência do controle de biofilme. Vômitos repetidos, devido ao refluxo gástrico matinal podem levar a erosão dos dentes.

Há relatos de que a xerostomia é crescente entre as gestantes (44% das gestantes); por outro lado a sialorréia pode se manifestar durante a segunda e terceira semanas após a fecundação, podendo se manter durante os três primeiros meses.

Entretanto é importante salientar que durante a gravidez ***não há perda de cálcio dos dentes***. Em algumas pacientes verifica-se um aumento da incidência de cáries e de perdas dentárias, o que está associado ao inadequado controle de biofilme a uma dieta de elevada frequência na ingestão de carboidratos.

O incremento dos níveis hormonais, próprio da gravidez, contribui com a velocidade na formação e acúmulo e maturação do biofilme, desencadeando um processo inflamatório crônico na margem gengival, a gengivite gravídica. A gengivite da gravidez ocorre em cerca de 30% a 75% das mulheres grávidas. Clinicamente, são caracterizadas por eritema; edema; hiperplasia; aumento do sangramento gengival. A região anterior e interproximal dos dentes são as mais afetadas, principalmente em respiradores bucais ou em pacientes com rinite alérgica ou desvios septais.

Bastonetes e filamentos se proliferam favorecendo a instalação de um ambiente de anaerobiose. *Bacteróides sp* e *Phorphyromonas sp*, bactérias produtoras de colagenase e hialuronidase são os principais componentes desse biofilme, podendo levar ao agravamento do quadro inflamatório já instalado, com despolimerização do colágeno das fibras gengivais até periodontais e do ácido hialurônico, importante substância intercelular e evidente aumento da profundidade de sondagem das bolsas periodontais.

Evidentemente esses quadros só se instalam e se agravam quando não há um eficiente controle mecânico do biofilme dentário, com escova, creme dental fluoretado, fio ou fita dental.

Em pacientes mais vulneráveis, de maior risco para as doenças periodontais destrutivas (periodontites), quais sejam, pacientes com diabetes gestacional ou crônica, imunodeprimidas por doenças sistêmicas ou por uso de medicamentos imunossupressores, pacientes de alto risco para cárie dentária segundo critérios de risco para cárie dentária, que usam próteses parciais fixas ou removíveis, com baixo controle de biofilme ou com história pregressa de doenças periodontais pode-se recorrer à associação de controle químico de biofilme, fazendo uso colutório de solução de gluconato de clorexedine 0,12%, por no máximo 20 dias consecutivos, somente durante período de agudização dos processos.

Fatores relacionados ao hospedeiro também podem exacerbar alterações periodontais já instaladas. Além do acúmulo do biofilme, as alterações da imunocompetência durante a gravidez podem criar uma resposta exagerada de tecidos do periodonto de suporte, levando a um surto de progressão das doenças periodontais, com destruição ligamentar e óssea (perda de inserção), levando à mobilidade dental.

Em algumas pacientes grávidas (0.2 a 9.6%), além da gengivite e da periodontite, verifica-se eventualmente a formação de uma lesão séssil ou pediculada, granulomatosa, localizada na gengiva inserida, mais frequentemente na papila interdental. É o *tumor da gravidez ou épulis*, aparecendo mais comumente entre o segundo e terceiro meses de gestação; é de crescimento rápido, às vezes apresentando ulcerações de cor eritematosa ou cianótica. Histologicamente trata-se de um granuloma, que no período gestacional denomina-se granuloma gravídico ou granuloma piogênico. Essa lesão habitualmente regride após o parto.

Com base na teoria da infecção focal e a partir de alguns estudos epidemiológicos (Offenbacher et al. 1996) tem se afirmado que a doença periodontal não tratada pode gerar problemas para a saúde geral, inclusive podendo elevar o risco de parto prematuro e nascimento de bebês com baixo peso corporal (< 37 semanas e com até 2500 g.).

Cuidados durante a gravidez e puerpério

- **Alimentação**

É importante que a gestante procure ter uma dieta equilibrada com ingestão de carboidratos, proteínas, cereais, verduras e legumes, enfim, alimentos ricos em vitaminas e ferro, devido à importância da mesma em sua saúde geral e também para o desenvolvimento do feto, incluindo a dentição, cuja formação tem início por volta da 6ª semana de vida intra-uterina. A gestante deve adquirir o hábito de comer devagar, em intervalos regulares, mastigando muito bem os alimentos.

O consumo do açúcar refinado deve ser evitado. Vários estudos mostram que a partir do quarto mês de gestação, o feto já está desenvolvendo o paladar; o uso de açúcar na alimentação materna é transmitido via placenta, determinando assim que o bebê, ao nascer, já demonstre preferência pelo sabor doce quando comparado com bebês cujas mães não utilizaram açúcar durante a gravidez (Pollack; Kravitz, 1985). Assim, recomenda-se que doces sejam consumidos com muita parcimônia, de preferência após as refeições. É conveniente lembrar que há alimentos que contêm altas quantidades de carboidratos, como catchup, mostarda, salgadinhos, cereais, iogurtes, etc, destacando a importância da higienização da boca a fim de evitar o surgimento do biofilme dental e problemas gengivais.

Deve ser lembrado também que a alimentação equilibrada é necessária para prevenir a obesidade e doenças crônicas degenerativas, como diabetes, doenças cardiovasculares, etc.

- **higiene bucal**

Pesquisas mostram que ocorrem alterações nos hábitos de higiene bucal durante a gestação; o enjôo ao creme dental, que pode estar presente, compromete a escovação. Alterações na frequência da alimentação, com aumento no número de refeições, não são acompanhadas pelo aumento no número de escovações. Por outro lado, após o nascimento da criança, a mulher pode descuidar-se de seus cuidados pessoais, incluindo os cuidados para com a sua saúde bucal, não vista nesse momento como prioridade. Desta forma, deve-se enfatizar a necessidade da escovação dentária após as refeições; orientar casos específicos em que haja sensibilidade ao creme dental (enjôo com o sabor); ressaltar a necessidade de escovação imediata após o vômito para diminuir a acidez salivar e orientar para o uso rotineiro do fio dental, prevenindo assim o surgimento de cárie dentária, gengivite ou problemas periodontais.

- **Preparo do peito para a amamentação**

O aleitamento materno, além de ser um ato de amor, é essencial para a saúde da criança, incluindo a saúde bucal, como será exposto adiante. Portanto, a gestante deverá estar preparada para essa finalidade.

Existem controvérsias entre enfermeiros, pediatras e nutricionistas com relação às técnicas de preparo da mama para amamentação, durante a gestação. Mas é consenso

que alguns cuidados no pós-parto podem prevenir rachaduras, ingurgitamento (mama cheia e com pontos de dor), mastite (inflamação na mama), entre outros problemas.

Recomenda-se não usar pomadas ou cremes nas mamas, pois dificultam a boa pega e às vezes causam rachadura. Para proteger as mamas, basta passar o próprio leite antes e depois do bebê mamar. Lavar e secar bem os seios no banho diário e usar um sutiã que proporcione boa sustentação e firmeza proporciona conforto. Na hora de amamentar a gestante deve ser orientada a desabotoar o sutiã. O bebê deve abocanhar grande parte da aréola. Se o peito estiver muito cheio, deve-se primeiramente fazer massagem e ordenha de alívio, retirando um pouco do leite para que o bebê consiga abocanhar melhor a aréola. Para cicatrizar a rachadura, deve-se passar o próprio leite no bico quantas vezes forem necessárias e manter o seio sempre seco antes de colocar o sutiã. Se a mama estiver muito cheia, deve-se massageá-la e esvaziá-la com as mãos, pressionando levemente próximo da aréola.

Os cuidados para com a saúde bucal devem ser iniciados tão logo se inicie o pré-natal; contribuirão para a saúde geral da gestante e para prevenir problemas bucais nos bebês

Toda gestante deve ser informada que os benefícios do aleitamento materno incluem também a prevenção de problemas nas arcadas dentárias e posicionamento dos dentes da criança!!

Deve ser orientada a não utilizar chupetas, mamadeiras e quanto aos alimentos adequados após o desmame.

- **Ordenha manual – retirada e armazenamento do leite materno**

A mãe poderá tirar o leite com as mãos (ordenha manual), quando as mamas estiverem muito cheias ou “empedradas” ou mesmo para “guardar” o leite para o bebê quando houver a necessidade de ausentar-se por algumas horas. Procedimento:

1. Lavar bem as mãos e os braços.
2. fazer massagens circulares com a ponta dos dedos em toda a aréola.
3. Com a palma da mão, massagear o restante da mama, segurando com a outra mão a base da mama.
4. Colocar os dedos onde termina a aréola e apertar com cuidado para o leite sair, pressionando e soltando várias vezes.

Atenção:

- Nos casos de bebês internados por prematuridade ou doença, tirar o leite 6 a 8 vezes por dia ajudará a manter sua produção.
- O excesso de leite poderá ser doado ao Banco de Leite Humano e beneficiar outros bebês.
- É possível continuar a amamentar, mesmo após o retorno ao trabalho. Amamentar antes de sair de casa e imediatamente ao retornar.
- No trabalho, realizar a ordenha manual nos horários em que o bebê iria mamar e guardar o leite em frascos esterilizados (vidros transparentes com tampa plástica, como de maionese ou café solúvel, previamente fervidos em água limpa por 15 minutos).
- Conservar em geladeira ou congelador e transportar o vidro em isopor. O prazo de armazenamento é de 24 horas, na geladeira e 15 dias, no congelador.

- Na ausência da mãe, o leite deverá ser oferecido ao bebê em copo ou colherinha, nunca em mamadeira.
- Quando descongelado, o leite deve ser mantido na geladeira e consumido em 24 horas.
- A quantidade de leite de cada mamada deve ser amornada em água quente com o fogo desligado (banho-maria desligado)
- O leite materno não deve ser fervido.

Educação em Saúde Bucal

Recomenda-se realizar ações de educação em saúde em grupos de até 12 pessoas, utilizando-se a metodologia problematizadora, procurando-se interagir com os participantes dos grupos. As orientações sobre saúde bucal podem ser inseridas nos grupos já existentes nas unidades ou em grupos específicos para essa finalidade.

Propõe-se no mínimo um ciclo de três grupos ao longo do pré-natal (preferencialmente grupos de 1º trimestre, 2.º trimestre e 3º trimestre de gestação), nos quais se abordarão os aspectos sugeridos a seguir.

Caso a gestante não tenha comparecido aos dois grupos iniciais, ela poderá tomar posse de todas as informações no terceiro encontro, pois todos os assuntos serão recordados, enfatizando-se ainda os assuntos pertinentes à faixa de gestação, incluindo os cuidados com os recém-nascidos.

1º trimestre de gestação

A partir do conhecimento das participantes do grupo, abordar:

- Relação entre saúde bucal e saúde geral; importância dos dentes.
- Processo saúde-doença da cárie dentária, gengivites e doença periodontal,
- Alterações bucais que ocorrem na gravidez, desmistificando que a gravidez não “rouba cálcio dos dentes”.
- Alimentação: importância de dieta equilibrada e de evitar alimentos cariogênicos, inclusive os que contêm açúcar “embutido” – comprometimento do paladar do bebê.
- Escovação dentária, uso de fio dental (técnicas e frequência); cuidados quando houver enjoos e vômitos.
- Tratamento odontológico: pode e deve ser realizado nesse período

2º Trimestre de gestação

Induzir as participantes a recordarem os itens da primeira reunião, estimulando o grupo com perguntas, se necessário, induzindo à troca de experiências, e introduzir:

- **Aleitamento materno enfatizar:**
 - Os benefícios para a saúde geral e bucal do bebê
 - Cuidados e preparo das mamas para a amamentação
 - Aleitamento exclusivo até os seis meses de idade
 - Como realizar ordenha manual e armazenar o leite
- **Cuidados para com o bebê**
 - A importância da respiração nasal
 - Introdução de alimentos, a partir dos 6 meses
 - Porque não usar chupetas e mamadeiras
 - Limpeza da boca após a erupção dos dentes
 - Prevenção de cáries rampantes
 - Importância dos dentes decíduos
 - Alimentação nos primeiros anos de vida. A importância de uma mastigação eficiente, inclusive para a prevenção de maloclusões dentárias.

3º Trimestre de gestação

Induzir as participantes a recordarem os itens das primeira e segunda reunião, estimulando o grupo com perguntas, induzindo à troca de experiências, corrigindo conceitos apreendidos, se necessário, de forma que **todos os itens das reuniões anteriores sejam abordados**.

- Reforçar os autocuidados para com a saúde bucal da gestante e os cuidados para com o bebê, enfatizando os benefícios do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida e a importância de não oferecer chupetas ou mamadeiras.
- Orientar as gestantes a procurarem a unidade para a consulta de puerpério e para o grupo de bebês.

Saúde da Criança

Crescimento e desenvolvimento da boca e face: algumas considerações de interesse odontopediátrico

- Crescimento e desenvolvimento: ao final da quarta semana de vida intra-uterina, o centro das formações faciais é uma depressão ectodérmica - a cavidade bucal primitiva - separada do restante do tubo digestivo pela membrana bucofaríngea. Chama-se faringe primitiva a porção do tubo digestivo situada imediatamente após a membrana bucofaríngea. Nas paredes laterais da cavidade bucal e da faringe primitivas, o mesoderma sofre condensação, formando barras de direção dorso-ventral, que se estendem até quase a linha média. Essas barras de mesoderma são chamadas arcos branquiais. Os arcos branquiais na espécie humana são em número de seis embora sejam perceptíveis somente quatro arcos branquiais. Na quinta semana, o primeiro arco se divide, formando os processos maxilar e mandibular. Nessa época a boca primitiva está delimitada por cinco elevações causadas por proliferação mesodérmica: a proeminência frontal, cranialmente, os processos maxilares, lateralmente, e os processos mandibulares, caudalmente. O desenvolvimento da proeminência frontal e dos processos maxilares e mandibulares dará origem ao nariz, lábios, palato e separação interna e externa entre as cavidades nasal e bucal e mandíbula.
- Os músculos estriados derivados dos arcos branquiais são chamados de músculos estriados branquioméricos; os arcos branquiais são considerados formações viscerais e as fibras que inervam os músculos neles originados são consideradas fibras eferentes viscerais especiais. Isto diferencia os músculos da mastigação dos outros músculos estriados esqueléticos do corpo, chamados de miotômicos; as fibras que os inervam são denominadas de fibras eferentes somáticas (MACHADO 1993).
- A relevância desta informação para o cirurgião dentista é que a área em que a odontologia atua pode ser influenciada pelo sistema límbico, área encefálica relacionada com as emoções, e que provavelmente o comportamento destes músculos é diferenciado em relação aos outros músculos estriados esqueléticos. A chave de muitos problemas de DTM pode estar nesta informação. Quando se realiza uma intervenção no sistema estomatognático, está-se alterando toda uma complexa rede de aferência e eferência neuronal. A parte neural é freqüentemente negligenciada pela odontologia. A sensibilidade discriminativa

do sistema estomatognático pode ser dimensionada pela sua extensão mostrada no homúnculo sensitivo de Penfield (PENFIELD W, RASMUSSEN T. 1950.); a propriocepção dentária permite ao sistema nervoso reconhecer mudanças sutis nas superfícies oclusais podendo alterar o gerador de padrão central mastigatório (TAYLOR 1981). A alteração do gerador de padrão central mastigatório vai alterar a matriz funcional (MOSS ML.) provocando alterações morfológicas que podem ser orientadas através dos princípios da reabilitação neuroclusal para uma oclusão eficiente que proporcione um melhor aproveitamento das fontes nutricionais ((SIMOES WA, PETROVIC A, STUTZMANNJ 1992)

- Baseado nestes conceitos pode-se usar recursos acessíveis como os desgastes seletivos e aplicação de facetas de resina (pistas diretas Planas) em dentes decíduos, ampliando o conceito de prevenção, já que agora se está incluindo o conceito de função, em particular a respiração e a mastigação.
- Malformações congênitas: quase sempre ocorrem durante a transformação do aparelho branquial em estruturas “adultas”. A fenda labial causada pela falta de fusão do processo nasal medial com o processo maxilar, poderá ser uni ou bilateral. A fenda labial mediana poderá ocorrer com a falta de fusão dos processos nasais mediais. A fenda palatina resulta da falta de fusão das massas mesenquimais dos processos palatinos e do septo nasal. Ela poderá comprometer apenas a úvula, que se mostrará bífida, ou poderá se estender até o palato duro. Outros tipos de fendas faciais poderão ocorrer, porém, são extremamente raras. Essas malformações são causadas por uma combinação de diversos fatores: genéticos, pré-natais, ambientais, nutricionais e outros. A correção cirúrgica é feita pelo cirurgião plástico, sendo que a fenda dos lábios é realizada, geralmente, aos 3 meses quando unilateral, e aos 3 e 6 meses quando bilateral. A correção do palato é realizada, geralmente, aos 18 meses. A criança com fissura lábio-palatina pode ser amamentada normalmente no seio sendo que, um determinado posicionamento do bico do seio pode favorecer uma sucção mais eficiente. A mãe deve, junto ao bebê, encontrar a melhor posição. A alimentação pastosa e depois sólida será introduzida posteriormente, seguindo as orientações pediátricas usuais.
- O recém-nascido apresenta boca pequena, retrusão mandibular, freio labial inserido na papila palatina e freio lingual inserido na ponta da língua;
- Os processos alveolares estão recobertos por um espessamento da mucosa labial, denominado rodete gengival; na região anterior são recobertos por um cordão fibroso (tanto maxila como mandíbula), que vai desaparecendo, indicando a erupção dos primeiros dentes;
- A língua, quando em repouso, posiciona-se entre os rodetes gengivais, ocupando o espaço que será ocupado pelos dentes decíduos;
- Ao nascimento, algumas condições podem estar presentes, como: (a) nódulos de Bohn - nódulos múltiplos ao longo do rebordo alveolar, na face vestibular ou palatina, longe da rafe palatina – são remanescentes de glândulas **mucosas** (b) cistos de lâminas dentárias – pequenos cistos queratinizados, normalmente bilaterais, na linha do rebordo alveolar na região de primeiro molar e são estruturas remanescentes da lâmina dentária; (c) Pérolas de Epstein - cistos queratinizados na região da rafe palatina, presentes em aproximadamente 80%

dos recém-nascidos. Nenhum tratamento é necessário, pois usualmente regredem dentro dos primeiros meses de vida.

- Dentes pré-decíduos, natais ou neonatais – 85% desses dentes são estruturas extranumerárias. As causas de sua erupção precoce não são conhecidas. Está indicada a extração quando houver grande mobilidade e risco de deslocamento e aspiração.
- Língua geográfica: caracteriza-se pelo aparecimento de áreas múltiplas de descamação das papilas filiformes da língua, de etiologia desconhecida; pode regredir espontaneamente após semanas ou meses e ser recorrente. Se houver sensibilidade, sugere-se a diminuição de alimentos ácidos.
- **Odontogênese:** o processo de desenvolvimento do dente começa na **sexta semana de vida intra-uterina**. A formação do esmalte ocorre em duas fases: a formação da matriz e a mineralização. A produção de matriz do esmalte se inicia no nível das cúspides ou das margens incisais e progride em direção cervical. Os distúrbios na formação da matriz do esmalte poderão causar hipoplasias. A mineralização do esmalte acontece em duas etapas. Logo que a matriz orgânica é depositada ocorre uma imediata e parcial mineralização pela deposição de cristais de cristais de hidroxiapatita. A segunda etapa, denominada maturação, corresponde a mineralização gradual e completa do esmalte. O esmalte do dente recém-irrompido é imaturo. Sua estrutura cristalina é mais porosa e mais facilmente solúvel nos ácidos e, portanto, mais suscetível às lesões da cárie. Após a erupção dentária a superfície do esmalte pode acumular certos elementos químicos, que inclui flúor, zinco e ferro existentes no meio salivar. A formação da dentina ocorre em duas fases; inicialmente é formada uma matriz orgânica, a **pré-dentina**. Depois dessa formação é iniciado o processo de mineralização. A deposição de matriz e a mineralização da dentina começam no nível das cúspides e margens incisais dos dentes, e progride em direção da futura polpa dentária. A formação de dentina ocorre durante toda a vida. Depois que o dente atinge o desenvolvimento completo, a dentinogênese ocorre num ritmo muito lento. Essa dentina, microscopicamente, é distinta daquela formada durante a odontogênese; é conhecida como dentina secundária.
- Erupção dentária: a cronologia de erupção é determinada por fatores hereditários. No Brasil, onde ocorre uma grande mistura de raças, a cronologia torna-se bastante variável, mas pode-se dizer que, em média, inicia-se por volta do 7º ao 8º mês de vida estendendo-se até o 30º mês. Ressalte-se que a dentição decídua é de suma importância para o estabelecimento da dentição permanente, que começa a se formar a partir do 5º mês de gestação, direcionando a erupção correta, mantendo os espaços para o correto posicionamento da dentição permanente e, especialmente, determinando uma função mastigatória equilibrada.

O aparecimento de manifestações orgânicas locais ou gerais à época da erupção dentária tais como irritabilidade, salivação aumentada, sono inquieto, inapetência, inflamação gengival, diarreia e febre, tem-se constituído um assunto polêmico no meio médico-odontológico. Para Noronha (1983) o aparecimento dessas manifestações à época da erupção dentária deve ser relacionado também com fatores pessoais e ambientais que variam de uma para outra criança.

Estudos recomendam a utilização de analgésico em situações mais agudas; o uso de mordedores resfriados também está indicado, pois provoca isquemia na gengiva, o que diminui o desconforto. Medicação à base de camomila poderá ser administrada ou aplicada topicamente. Outro medicamento que poderá ser utilizado topicamente é a hidrocortisona a 0,12% aplicada de 2 a 4 vezes ao dia. O tratamento não deverá ultrapassar 14 dias.

- A esfoliação dos dentes decíduos inicia-se por volta do sexto ano de vida, pelo incisivo central inferior e completa-se entre 11 e doze anos de idade. As crianças estão em fase de dentição mista.
- A dentição mista inicia-se com a erupção dos primeiros molares permanentes, por volta dos cinco a seis anos; quando se dá o primeiro levantamento fisiológico da mordida. Especial atenção deve ser dada nessa época, alertando os pais que, via de regra, julgam que o mesmo é decíduo. Aos doze anos terão erupcionados também os segundos molares, quando ocorre o segundo levantamento fisiológico da mordida, concluindo-se a fase de dentição mista com a esfoliação dos molares decíduos.
- Anomalias dentais podem ocorrer: anadontia - ausência parcial ou total dos dentes, podendo ocorrer em uma ou ambas as dentições (decídua e permanente); anomalias de número - dentes extranumerários, sendo o mais comum o “mesiodente”, que aparece entre os incisivos centrais superiores; anomalias de forma – geminação (formação incompleta de dois dentes) e fusão (união completa e incompleta de dois germes dentários, podendo um deles ser extranumerário) e ainda anomalias de tamanho: *microdontia* dentes menores que o normal, afetando mais comumente os incisivos laterais superiores e a *macrodontia*, dentes com tamanho maior que o considerado normal.
- Relação normal entre a maxila e mandíbula: por ocasião do nascimento, como há uma retrusão mandibular, ocorre sobressaliência, em média de 4 mm, e sobremordida profunda, que vão sendo reduzidas até estabelecer uma relação “normal” de incisivos, mais comumente de topo a topo, aos cinco anos.

Dentição Decídua

Cronologia da erupção

Cronologia da esfoliação

Ordem	Dente		Idade em meses	
	Maxila	Mandíbula	Masculino	Feminino
1º		Incisivo central	8	8,37
2º	Incisivo central		9,47	10,37
3º	Incisivo lateral		11,21	12,17
4º		Incisivo lateral	13	14,03
5º	1º molar		15,62	15,19
6º		1º molar	16,07	15,85
7º	Canino		18,18	18,85
8º		Canino	19,13	19,48
9º		2º molar	25,67	25,11
10º	2º molar		26,72	26,41

Ordem	Dente		Idade em anos	
	Maxila	Mandíbula	Masculino	Feminino
1º		Incisivo central	6	5,7
2º	Incisivo central		6,1	6,7
3º		Incisivo lateral	7,2	6,1
4º	Incisivo lateral		7,1	7,5
5º		Canino	10,5	9,7
6º		1º molar	10,8	10,2
7º	1 molar		10,11	10,6
8º	Canino		11,3	10,7
9º	2º molar	2º molar	11,9	11,5

- **Dentes Permanentes - cronologia da erupção**

Dentes	Arcada	
	Superior	Inferior
1º molares	6 anos	6 anos
Incisivos centrais	8 anos	7 anos
Incisivos laterais	8 -9 anos	7-8 anos
Caninos	11 anos	9-11 anos
1ºs pré-molares	11 anos	10 anos
2º pré-molares	11 anos	11 anos
2º molares	12 anos	12 anos
3º molares	17-30 anos	17-30 anos

- **Característica dos arcos dentários na dentadura decídua**

Na oclusão normal, deve existir uma relação harmoniosa entre maxila e mandíbula.

Uma análise antero-posterior ou sagital da dentição decídua permite que sejam observadas algumas características que lhe conferirão aspecto de normalidade; ressalta-se:

- **Relação dos incisivos**
 - a) Sobressaliência – observa-se aos 2 anos de idade uma sobressaliência em média de 4mm, variando de 2 a 6 mm. Com o processo de atrição dos dentes e o crescimento da mandíbula, a sobressaliência sofre um decréscimo estável até a idade de cinco anos, quando o mais comum é uma relação topo a topo dos incisivos.
 - b) Sobremordida – de um modo geral os incisivos irrompem numa sobremordida profunda que tenderá a diminuir até os 5-6 anos de idade. A sobremordida considerada normal mede cerca de 3mm.

- c) Relação canina – é uma referência importante para a avaliação da relação entre maxila e mandíbula. Na chave que demonstra uma boa relação entre ambas, a ponta da cúspide do canino superior deve ocluir na ameia entre o canino e primeiro molar inferior.
- Relação distal dos segundos molares decíduos – refere-se à relação das faces distais dos segundos molares decíduos superiores e inferiores.
- a) Plano terminal reto – quando as faces se apresentam no mesmo plano. Isto ocorrerá em aproximadamente 76% das crianças.
- b) Degrau distal – a superfície distal do segundo molar inferior localiza-se numa posição distal da superior. Isto ocorrerá em aproximadamente 10% das crianças.
- c) Degrau mesial – a superfície distal do segundo molar inferior localiza-se numa posição à mesial da superior. Isto ocorrerá em aproximadamente 14% das crianças.
- Outras características da dentição decídua
- a) Tipos de arco – os que se apresentam com diastemas generalizados são classificados como “arco tipo I”, e os que se apresentam sem diastemas “arco tipo II”. Estes espaços destinam-se a compensar as diferenças de diâmetro existentes entre dentes decíduos e permanentes.
- b) Espaços primatas – são espaços existentes tanto na maxila como na mandíbula e fazem parte do mecanismo compensatório de espaço para a acomodação dos dentes permanentes no arco superior e arco inferior. Estes espaços estão localizados em ambos os lados na maxila entre a face mesial do canino e a face distal do incisivo lateral e na mandíbula entre a face distal do canino e a face mesial do primeiro molar decíduo.

Aleitamento materno, respiração, mastigação e crescimento e desenvolvimento orofacial

- Os fatores que regulam o crescimento e desenvolvimento são fatores intrínsecos (genéticos e hormonais) e extrínsecos - ambientais; os fatores ambientais interagem com o organismo e influenciam o padrão de crescimento e desenvolvimento do ser humano.
- O recém-nascido apresenta, fisiologicamente, uma grande desproporção entre o crânio e a face, resultando num aspecto de face curta e mandíbula pequena;
- O crescimento do crânio se deve principalmente ao crescimento expansivo da massa cefálica, porém **a face necessita de estímulos externos** para se desenvolver;
- Estes estímulos são oferecidos naturalmente pela função da ordenha (amamentação), respiração e deglutição;
- A ordenha no peito é um trabalho muito importante para o bom desenvolvimento das estruturas estomatognáticas da criança. O reflexo da sucção, que se dá através da pega do mamilo, do abaixamento mandibular, da protrusão mandibular, da elevação da mandíbula, da compressão dos rodetes gengivais contra o mamilo e finalmente da retrusão mandibular para executá-la, realizados com envolvimento dos músculos faciais, estabelecem a **normo oclusão** e um adequado padrão de deglutição. O leite é deglutido no ponto de sucção entre palato duro e mole (o mamilo cresce 3 vezes), marcando o ponto de náusea;
- O primeiro reflexo do neonato é o da sucção e esse reflexo é verificado a partir da 28.^a semana intra-uterina, segundo McBride (1987). Segundo Graber (1959) e Larson & Dahlin (1985), a criança tem necessidade de sugar, o que corresponde à fase oral do desenvolvimento neurológico, sendo inata e tendendo a desaparecer a partir do

primeiro ano de vida. “Já acompanhei bebês que iniciaram sua alimentação via oral (copinho e/ou peito) com menos de 8 meses de gestação” (Nunes, C.).

- Portanto, na impossibilidade da amamentação, o indicado para as UTI neonatais é o uso de copinhos ou colher e nunca bicos artificiais e chupetas, para não interferir no ponto de náusea e, conseqüentemente, na deglutição, uma das maiores responsáveis pelos estímulos neurais do crescimento do crânio e crescimento orofacial, *embora haja ainda divergências nessa indicação*.
- Sob o ponto de vista do desenvolvimento orofacial, o peito é insubstituível, porque a amamentação natural requer um extremo esforço muscular por parte da criança para extrair o seu alimento, estimulando o crescimento dos ossos da face; quando se utiliza mamadeira, este esforço é bem menor, pois o leite sai com maior facilidade.
- Respiração: a passagem do ar pelas fossas nasais excita as terminações nervosas que geram respostas como: controle da amplitude do movimento torácico, desenvolvimento tridimensional das fossas nasais, cuja base é o teto ou abóbada palatina, ventilação e tamanho dos seios maxilares, além de inúmeros estímulos vitais para todo o organismo. Portanto, alterações que impeçam a respiração nasal, como adenóides hiper atrofiadas ou outras patologias, ocasionam a respiração bucal, com graves repercussões não apenas para as arcadas dentárias, mas para todo o organismo.
- Portanto, a amamentação natural proporciona ao bebê um correto padrão de respiração, correto posicionamento da língua sobre as arcadas dentárias, estimulando o vedamento labial, o crescimento das arcadas e a posição correta dos dentes sobre a arcada. Permite ainda que o bebê obtenha um adequado tônus muscular orofacial, e estabelecimento adequado das funções de mastigação, deglutição e fonação. Proporciona, além disso, perfeita estimulação sensorial, motora e oral dos órgãos fono-articulatórios, propiciando o bom desenvolvimento da fala, e finalmente, permite que o bebê adquira padrões corretos de deglutição.
- De acordo com Freud, a boca é um centro de prazer para a criança. Sugar, morder, mastigar são as principais fontes deste prazer, sendo que estas ações reduzem as tensões. Assim, a sucção é importante para o desenvolvimento físico e psicológico do bebê e esta necessidade vai diminuindo tanto física como psicologicamente à medida que ele cresce, os dentes irrompem e a alimentação sólida vai sendo introduzida. Desta forma, a transição da amamentação para outras formas de alimentação permite que a criança prossiga no processo de maturidade emocional sem sentir-se abandonada ou privada de qualquer coisa, sobretudo da atenção dos pais.
- Dos 6 aos 18 meses de idade, a criança aprende a mastigar, a morder e há um aumento da capacidade mental. Deve ser estimulada a pegar os alimentos e levá-los à boca para cortar, rasgar e triturar. Devem-se oferecer pedaços de carne, cenouras inteiras, frutas para que ela aprenda a separar, reconhecer texturas e sabores diferentes. Isto deve ser feito sob supervisão de um adulto para que aprenda a não engasgar. Estes estímulos são imprescindíveis para o desenvolvimento das arcadas e para direcionar o posicionamento dos dentes decíduos durante a erupção, além de fortalecer a musculatura facial, propiciando uma mastigação eficiente. O alimento necessita ser amassado e não passado na peneira.
- O desmame deve ser, pois, gradativo, sempre substituído por alimentação dura, seca e fibrosa, acompanhando a erupção dentária. Os alimentos líquidos devem ser oferecidos por meio de copo e canudo ou colher, jamais por mamadeiras.

- Vale lembrar que 24,5% das crianças aos 5 anos e 53,9% das crianças aos 12 anos de idade apresentaram algum tipo de má-oclusão, no último estudo epidemiológico realizado na cidade de São Paulo, em 2002.
- Especial atenção deve ser dada à síndrome da respiração bucal:

Outros cuidados importantes para a manutenção da saúde bucal

- **Orientações sobre a dieta**

O estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis é sobretudo importante para a saúde geral e bucal das crianças. A dieta deve ser equilibrada, com ingestão de carboidratos, proteínas, cereais, verduras, legumes e frutas. Os alimentos devem ser oferecidos ao natural, ao invés de liquidificados. A criança deve adquirir o hábito de comer devagar, em intervalos regulares, mastigando muito bem os alimentos.

O consumo do açúcar refinado deve ser evitado ao máximo, inclusive sucos, chás e leite, quando ofertados, não devem ser adoçados. Assim, recomenda-se postergar o máximo possível a oferta de doces e que estes, quando ofertados, sejam consumidos com muita parcimônia, de preferência após as refeições.

Lembrar que há alimentos que contêm altas quantidades de carboidratos, como catchup, mostarda, salgadinhos, cereais, iogurtes, dentre outros. Com relação às bolachas e salgadinhos, além dos carboidratos presentes, contêm também as “gorduras trans” que, por serem cumulativas, podem ocasionar, mais tarde, problemas cardiovasculares.

Enfim, deve-se sempre ressaltar a importância desses cuidados para com a alimentação também para a prevenção de obesidade, e de outras doenças, como a diabetes, doenças cardiovasculares e câncer.

- **Mastigação:**

Como já foi explicitado anteriormente, a oferta de alimentos fibrosos e consistentes, com textura firme, proporciona um estímulo para uma mastigação mais vigorosa. Deve-se observar como a criança mastiga: se demora muito para comer, se não consegue mastigar bem, rejeitando pedaços maiores de alimentos, se mastiga mais de um lado ou se escolhe alimentos mais pastosos. Essas situações podem ser indicadoras de alterações oclusais como mordidas cruzadas, abertas, sobremordidas, etc.

Vale ressaltar também que o uso indiscriminado de chicletes pode levar à mastigação unilateral sendo responsável, também, por grande parte de dores orofaciais, decorrentes do estresse muscular ocasionado pelo consumo excessivo. Muitas vezes, os pais e ou cuidadores ficam tranquilos por oferecer chicletes sem açúcar, por desconhecer esse outro efeito decorrente de seu uso.

- **Uso de água:**

Evitar o uso de água mineral engarrafada ou em galões. Não há controle adequado da qualidade dessas águas, particularmente do flúor.

Ingerir água de abastecimento público filtrada, adequadamente tratada e fluoretada pela SABESP. Realizar a limpeza das caixas d’água com frequência anual de acordo com as instruções da própria SABESP.

- **Higiene bucal.**

A higienização da boca deverá ser feita somente a partir da erupção dos primeiros dentes. Os dentes do bebê devem ser limpos com uma gaze embebida em água filtrada ou uma escova macia, logo após as mamadas.

O uso do creme dental está indicado após a erupção dos dentes molares decíduos e deve ser limitado à técnica da tampa ou transversal, que se resume em levar à escova somente o creme dental que se depositar na tampa do tubo após ter sido apertado quando fechado. É fundamental a participação dos pais e familiares no aprendizado da criança quanto a sua higienização. O exemplo dos pais e familiares é de grande valia.

Sugere-se aproveitar o momento da escovação dentária dos pais para a escovação da criança, que adquirirá o hábito através da rotina, do exemplo e da disciplina.

Em hipótese alguma permitir a ingestão de dentifrícios.

Estudos clínicos demonstram que crianças com menos de quatro anos deglutem aproximadamente 1/3 da quantidade de dentifrício colocado na escova. Para evitar fluorose dentária, que poderá ser ocasionada pela ingestão de dentifrício fluoretado, deve-se recomendar que os pais supervisionem a escovação das crianças até os 7 anos. Aliás, até essa idade, a criança não tem a motricidade suficiente para realizar, sozinha, uma boa escovação. Esta deve ser complementada pelos pais ou um cuidador adulto. O uso do fio dental também está indicado.

Orientar quanto à frequência das escovações.

▪ **Fala**

Deve-se estimular a pronúncia certa das palavras, repetindo corretamente a palavra que a criança ainda não pronuncia adequadamente. Não falar com a criança de maneira infantilizada. Deve-se observar alterações no posicionamento da língua durante a fala (interposições, ceceo, deslocamentos).

Educação em Saúde Bucal

- Será realizada nas creches e escola de educação infantil, ensino fundamental e outros espaços sociais, como uma das atividades das Ações Coletivas em Saúde Bucal, com periodicidade quadrimestral.

Para as crianças de 0 a 5 anos, especial atenção deve ser dada à capacitação dos professores e cuidadores.

- Nas unidades de saúde, devem ser realizados grupos de educação em saúde, ou exclusivos para saúde bucal, ou concomitantes a outros grupos existentes na unidade, organizando-se as ações preferencialmente por agrupamento de faixa etária: crianças de 0 a 18 meses; de 19 a 36 meses; de 37 a 60 meses; de 7 a 12 anos de idade. Para maior efetividade, recomendam-se grupos operativos de até 12 pessoas. Recomenda-se também a utilização de metodologia problematizadora, partindo-se do prévio conhecimento do grupo sobre o assunto a ser abordado, evitando-se palestras, onde as pessoas recebem passivamente as informações.
- Os assuntos devem ser pertinentes ao agrupamento etário proposto; para as crianças de 0 a 36 meses, as ações são direcionadas para as mães, pais ou cuidadores. Para as demais faixas etárias, os grupos devem ser direcionados aos pais ou cuidadores, com a participação ativa das crianças, segundo seu estágio de desenvolvimento cognitivo.

Aspectos a serem abordados.

Crianças de 0 a 18 meses

Aleitamento materno ênfatizar

Os benefícios para a saúde geral e bucal do bebê (crescimento harmonioso da face e arcada dentárias, prevenção de maloclusões).
Cuidados e preparo das mamas para a amamentação
Aleitamento exclusivo até os seis meses de idade
Importância da saúde bucal da mãe na prevenção da cárie dentária

Cuidados com o bebê

A importância da respiração nasal
Vedamento labial
Introdução de alimentos a partir dos 6 meses; como administrar alimentos líquidos sem o uso de mamadeiras.
Porque não usar chupetas e mamadeiras
Limpeza da boca após a erupção dos dentes
Prevenção de cáries rampantes
Importância dos dentes decíduos
Alimentação nos primeiros anos de vida. A importância de uma mastigação eficiente, inclusive para a prevenção de maloclusões dentárias. Exclusão de alimentos cariogênicos

▪ Crianças de 19 a 36 meses

Induzir os participantes a recordarem os itens referentes à idade anterior, estimulando o grupo com perguntas, se necessário, induzindo à troca de experiências, e introduzir questões referentes à:

- Importância dos dentes decíduos
- Informações básicas do processo saúde-doença da cárie dentária e gengivites
- Higiene bucal: ênfaticar que deve ser realizada pelos pais ou cuidadores, de maneira prazerosa.
- Dieta alimentar – desmame progressivo, benefícios da alimentação fibrosa e consistente – oferta de líquidos por meio de copo e canudos – evitar consumo de doces e alimentos com “açúcar embutido”; observar a mastigação.
- Orientar sobre os cuidados quando da ingestão de medicamentos que contém açúcar (xaropes, antibióticos em solução, pastilhas para a garganta).
- Observar rotina de horários para dormir, brincar, comer, escovar os dentes.
- Eliminação de hábitos nocivos se estiverem presentes.
- Fala: estimular a fala correta, observar posicionamento da língua, ceceios, etc.
- Benefícios do uso de água de abastecimento público fluoretada
- Não utilizar vitaminas ou outros medicamentos com flúor.

Crianças de 37 a 60 meses

Discutir, com os participantes do grupo, como são observados os autocuidados em saúde bucal em suas famílias, em particular nas crianças dessa faixa etária, propiciando troca de experiências e corrigindo conceitos equivocados.

Reforçar aspectos referentes à:

- Contaminação – reforçar que a cárie é uma doença transmissível e que a melhor maneira de evitar a contaminação é a família procurar manter bons hábitos de higiene oral, evitando assim, a cárie e outras doenças bucais.
- Higiene bucal após a ingestão noturna de alimentos adoçados (inclusive leite materno);
- Dieta alimentar – uso de chicletes
- Uso de água: evitar o uso de águas minerais engarrafadas ou em galões. Não há controle adequado da qualidade dessas águas, particularmente do flúor para a saúde bucal. Ingerir água de abastecimento público filtrada, adequadamente tratada e fluoretada pela SABESP. Realizar a limpeza das caixas d’água com frequência anual de acordo com as instruções da própria SABESP.
- Não utilizar vitaminas ou outros medicamentos com flúor.
- Eliminação de hábitos nocivos se estiverem presentes.
- Prevenção de traumatismos – como proceder em caso de traumatismos

Crianças de 6 a 12 anos

Nesta faixa etária, há que se obter a participação ativa das crianças, segundo sua idade, reportando-se aos pais ou cuidadores, quando necessário.

Aspectos a serem abordados:

- Função dos dentes; importância da saúde bucal – 1º molar permanente.
- Conceito de cárie dentária, gengivites.
- Dieta alimentar – uso abusivo de chicletes, salgadinhos, bolachas etc.
- Higiene bucal
- Prevenção de traumatismos – como proceder em caso de traumatismos
- Cuidados com o uso de piercings

Anexo 5

Educação em saúde – considerações sobre condução de grupos

Educação em saúde é uma das atividades fundamentais exercidas pelos profissionais da atenção básica. Ao profissional que conduz tal atividade cabe facilitar a comunicação no grupo, garantir sua integridade e conduzir os trabalhos conforme os objetivos acordados. Por isso, a atividade deverá ser organizada de forma que as discussões contemplem as diferentes opiniões, conhecimentos, experiências e proposições dos participantes de maneira a que todos sejam ouvidos, de forma que suas opiniões não venham a se perder ou sejam subtilizados potenciais e o grupo possa, através de regras aceitas por todos, atuar de forma produtiva e eficaz.

O profissional responsável pelo grupo deverá:

- Mobilizar a energia criativa dos participantes.
- Desacostumar da prática autoritária e conformista de apenas cumprir tarefas.
- Aperfeiçoar a postura individual no trabalho coletivo.
- Reforçar a confiança do grupo em si.
- Colocar perguntas que auxiliem a discussão e a exposição de pontos de vista.
- Aprender a interagir democraticamente.
- Oferecer técnicas apropriadas ao desenvolvimento dos trabalhos.
- Abandonar, ainda que temporariamente, estilos rotineiros e tradicionais de trabalhos.
- Experimentar novas formas de comunicação e ampliar a capacidade de decisão.

- Criar um ambiente agradável para viabilizar trabalho sobre temas delicados.

Dificuldades mais comuns enfrentadas por responsáveis por grupos:

- Dificuldade de mudança de conduta e práticas de trabalho cotidiano e pessoal de cada integrante do grupo.
- Dificuldade para alterar disposições organizacionais, hierárquicas e de produção.

Para poder ser, efetivamente, um agente que facilita e dinamiza o intercâmbio de idéias, provoca discussões criativas e produtivas e protege o grupo de influências “externas” e interrupções não programadas, o profissional deve atentar para a condução do grupo de forma que no final da atividade haja uma avaliação para verificar se os objetivos foram alcançados. Além disso, o grupo deve ser coordenado de forma eficiente, eficaz e imparcial. Para isso o profissional deverá apoiar-se em sua competência técnica e sua neutralidade:

Fases usuais em atividades em grupo:

- Esquentamento: fase inicial onde comandam o medo, as incertezas, as tensões e as falas tendem a ser impessoais (o “eu” está ausente).
- Luta pelo Poder: terminado o esquentamento, as pessoas começam a assumir seus papéis, surgem lideranças emergentes, são construídas normas e a relação com o moderador que irão reger os trabalhos; sobre estas se darão as cobranças; é definido por qual caminho vai rolar a discussão.
- Confiança: fase em que as pessoas começam a se abrir mais e se estabelecem relações de confiança no grupo; as tensões e incertezas iniciais foram superadas.
- Diferenciação: após o estabelecimento da confiança, poderá estar criado o espaço para a explicitação de diferenças e quais são as trocas possíveis; haverá segurança para identificar semelhanças e diferenças.
- Integração: cumprido o processo “confiar-separar” se tornou possível integrar na diversidade e definidos e aceitos os procedimentos de como trabalhar juntos.
- Volta para a casa: fase final do processo, onde é necessário que fique claro qual é o sentido daquilo que foi feito, para quem serviu e o que vem depois.

VI - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Carvalho, G. D.- *S.O.S. Respirador Bucal*. São Paulo: LOVISE, 2003.
- Fundação Zerbini – PSF. *Projeto de Atenção materno-infantil*. São Paulo, 2001.
- Machado, A. *Neuroanatomia Funcional*. 2a. Edição. Atheneu, São Paulo, 1993 Pp120, 121
- Ministério da Saúde –Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais*.
- Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal*. Brasília, 2007
- Moss ML. *The functional matrix hypothesis revisited*. 1. The role of mechanotransduction. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1997 Jul;112(1):8-11. Review

- Neto, G P. *Análise do ciclo mastigatório após tratamento de mordida cruzada posterior por coronoplastia em dentes decíduos*. Piracicaba, 2004.
- Penfield W, Rasmussen T. *The cerebral cortex of man*. New York.: MacMillan; 1950
- Planas, P.- *Reabilitação neuroclusal*. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
- Pollack; Kravitz, 1985 IN: Almeida Júnior et al – Relação entre a preferência por açúcar e a cárie dntária em gestantes).
- PSF Santa Marcelina. *Diretrizes Gerais*. São Paulo, 1999.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária*. São Paulo, 2000.
(ftp://www.saude.sp.gov.br/ftpssp/novo_site/bucal/bucal_protocolo.doc).
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002*. São Paulo, 2002.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Cadernos de Saúde Bucal*. São Paulo, 2004. (www.saude.sp.gov.br).
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *Documento norteador. Compromisso das unidades básicas de saúde com a população*. São Paulo, 2005.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. *Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal-Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal*. São Paulo, 2006. (www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/bucal).
- Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba – *Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal* – Centro de Informações em Saúde – Curitiba – 2004.
- Slayto, R. *Promoção da saúde bucal em crianças e adolescentes* – in *Smiles*, 2007; 2:50-55
- Simoes WA, Petrovic A, StutzmannJ. *Modus operandi Planas' appliance*.- *Clin Pediatr Dent*. 1992 Winter;16(2):79-85.
- Taylor,A .*Proprioception in the strategy of jaw movement control* .In :*Oral-facial sensory and motor functions* ,pp161-173,Quintessense,Tokyo,1981). .
- Toledo AO. *Odonto Pediatria – Fundamentos para a prática clínica* – Editorial Premier – 2005 – Terceira Edição
- Vinha, V. H. P.- *O livro da amamentação*. CLR Balieiro, 1999.
- Wanderley MT.*Como tratar dentes traumatizados ou perdidos* - Centro de Pesquisa e Atendimento de Traumatismo em Dentes Decíduos da Disciplina de Odontopediatria da FOU SP.

Elaboração:

Equipe Técnica de Saúde Bucal
Maria da Candelária Soares - Coordenadora
Doralice Severo da Cruz
Regina Auxiliadora Amorim Marques

Grupo de Trabalho

Fernanda Lúcia de Campos- Coordenadora
Ana Lúcia Sanguini- UBS V de Taipas
Anelis S Elias- HSPM
Julie Sílvia Martins- PSF Santa Marcelina
Márcia M Calache- UBS J Niterói
Marcos M Minatogawa- HSPM
Maria Dulciney da Silva- HSPM
Maria Isaura M Buelau- colaboradora voluntária
Maria Virgínia X de Serpa Pinto- CEO Ipiranga
Rosemeire Grigio Ribeiro
Sandra Echeverria- UBS Ilza Hutsler
Stella Moreira- HSPM
Sueli Ferreira dos Santos- UBS V Pirituba
Tereza Cristina F Minatogawa- HSPM
Vânia Moreira Torres Basile- UBS Humberto Cerruti

