

Lorena Lúcia Costa Ladeira

**ASPECTOS GERAIS, ORIENTAÇÕES E CONDUTAS NA PRIMEIRA CONSULTA  
DO BEBÊ: elaboração de um *e-book* para o odontopediatra**

São Luís  
2022

LORENA LÚCIA COSTA LADEIRA

**ASPECTOS GERAIS, ORIENTAÇÕES E CONDUTAS NA PRIMEIRA CONSULTA DO BEBÊ: elaboração de um *e-book* para o odontopediatra**

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

**Orientador:** Prof.º Dr. Pierre Adriano Moreno Neves



Lorena Lúcia Costa Ladeira

**ASPECTOS GERAIS, ORIENTAÇÕES E CONDUTAS NA PRIMEIRA CONSULTA DO BEBÊ:  
elaboração de um e-book para o odontopediatra**

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em odontopediatria

Área de concentração: odontopediatria

Aprovada em 18 / 05 / 2022 pela banca constituída dos seguintes professores:

A handwritten signature in blue ink that reads 'Pierre Adriano Moreno Neves'.

Prof.º Dr. Pierre Adriano Moreno Neves  
(Orientador)

A handwritten signature in blue ink that reads 'Elisa Miranda Costa'.

Examinador 1

A handwritten signature in blue ink that reads 'Elanira Lopes Vieira'.

Examinador 2

Sete Lagoas 18 de maio 2022.

*À minha família, minha base e inspiração*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus pelo seu amor incondicional e por me permitir alcançar mais um sonho, a Odontopediatria.

Agradeço a minha família por serem meus maiores incentivadores e por permitirem que eu chegasse até aqui, são a minha base e as minhas asas.

Agradeço ao Instituto Pós-Saúde e a toda equipe, em especial, ao professor Tarcísio Leitão, por todo incentivo, disponibilidade e por ser incansável para nos oferecer a melhor formação profissional.

Agradeço ao meu orientador, professor Pierre Neves, cuja minha admiração antecede à especialização em Odontopediatria, obrigada por todo conhecimento compartilhado.

Agradeço aos meus colegas de turma e em especial a minha dupla, Cleidiane Anselmo, obrigada pela parceria e amizade.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma, colaboraram para a realização deste trabalho.

*“O sucesso é a soma de pequenos esforços  
repetidos dia após dia” (Robert Collier)*

## RESUMO

A Primeira consulta odontológica do bebê marca de forma significativa o curso da saúde bucal da criança, dessa forma, o odontopediatra deve estar apto para orientar, direcionar dúvidas e guiar a criança e a família pela essência da odontopediatria preventiva, fornecendo uma visão significativa das múltiplas facetas da primeira consulta. Assim, o objetivo desse trabalho foi a elaboração de um e-book voltado para o odontopediatra, contendo informações sobre como conduzir a primeira consulta odontológica do bebê. Para isso, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados MEDLINE-Pubmed, Scielo e LILACS utilizando os descritores “pediatric dentistry” e “first dental visit” e o operador "AND", nos idiomas inglês e português, publicadas a partir de 2000 até o momento atual, bem como a utilização da legislação brasileira, manuais, institutos e academias. Os dados coletados sobre o tema foram organizados em forma de revisão de literatura e condensados em *e-book*, uma ferramenta digital prática e útil, podendo ser lido em computadores ou dispositivo móvel, online ou off-line, aliando tecnologia ao cotidiano clínico desses profissionais.

**Palavras-chave:** primeira consulta odontológica; odontopediatria; bebês; atendimento odontológico preventivo; saúde bucal infantil.

## ABSTRACT

The baby's first dental appointment significantly marks the course of the child's oral health, thus, the pediatric dentist must be able to guide, resolve doubts and guide the child and family through the essence of preventive pediatric dentistry, providing a significant view of the multiple facets of the first consultation. Thus, the objective of this study was to prepare an e-book for pediatric dentists, containing information on how to conduct the baby's first dental appointment. For this, a bibliographic survey was carried out in the MEDLINE-Pubmed, Scielo and LILACS databases using the descriptors "pediatric dentistry" and "first dental visit" and the operator "AND", in English and Portuguese, published from 200 to date, as well as the use of Brazilian legislation, manuals, institutes and academies. The data collected on the subject were organized in the form of a literature review and condensed into an e-book, a practical and useful digital tool, which can be read on computers or mobile devices, online or offline, combining technology with the clinical routine of these professionals.

**Key Words:** first dental visit; pediatric dentistry; preventive dental care; child oral health.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AAPD - Academia Americana de Odontopediatria

ABOPED – Associação Brasileira de Odontopediatria

AHA- American Heart Association

CPI - Cárie na Primeira Infância

DNT – Doenças Não Transmissíveis

OMS – Organização Mundial da Saúde

UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Geral .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>4. E-BOOK .....</b>	<b>14</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>62</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A primeira consulta com o Odontopediatra marca o início de uma relação que será construída entre o profissional, a criança e sua família, uma vez que os pais desempenham um papel significativo na transmissão de conhecimento, atitude e prática de cuidados de saúde bucal nas crianças. Dessa forma, a preocupação com a promoção da educação em saúde deve ser prioritária, especialmente em relação às consultas odontológicas precoces. Os cuidados preventivos na primeira infância são essenciais para garantir a boa saúde bucal e uma relação sem traumas com a assistência odontológica (VISWANATH et al., 2021).

Assim, a primeira visita ao odontopediatra deve incluir históricos médicos e familiares completos, um exame bucal completo e orientação antecipada sobre o desenvolvimento dentário e oral, estado de flúor, hábitos orais, prevenção de lesões, instrução de higiene oral e aconselhamento dietético apropriado para a idade específica (TINANOFF, 2011). Nesse contexto, a primeira consulta com o odontopediatra se torna a essência da odontopediatria preventiva que tem um impacto significativo na saúde bucal da criança.

Entretanto, o atendimento odontológico infantil é um desafio para o profissional principalmente quando a criança apresenta ansiedade e medo do ambiente odontológico, podendo resultar em um comportamento não cooperativo durante a consulta (BUCHANAN; NIVEN, 2022). Nesse caso, a equipe precisa entender os aspectos psicológicos do desenvolvimento infantil e técnicas que possibilitem a redução dessas emoções para alcançar o controle do comportamento (KHANDELWAL et al., 2018).

A criança que vai ao dentista pela primeira vez cria uma expectativa de como será o tratamento antes mesmo da consulta (BUCHANAN; NIVEN, 2002). O grau de ansiedade varia muito entre as crianças dependendo de vários fatores (Townend et al., 2000), como informações distorcidas sobre o que é um tratamento odontológico, o temperamento da criança (D'ALESSANDRO et al., 2016), faixa etária, ansiedade dos pais, maturidade, personalidade, capacidade intelectual e cognitiva, emoções do dia, experiência traumática, contexto socioeconômico, entre outros (KLINGBERG; BROBERG, 2007). Se a primeira experiência odontológica acontecer de forma

traumática para a criança, esse evento pode impactar de forma negativa em todas as próximas consultas.

Assim, tendo em vista a grande importância da primeira visita ao odontopediatra, esse trabalho busca, através de um e-book, elaborar um guia clínico com as principais condutas e pontos a serem considerados pelo profissional almejando o melhor atendimento baseado em evidências científicas e considerando sempre a individualidade de cada criança.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Elaborar um *e-book* sobre as características clínicas e condutas que devem ser tomadas pelo odontopediatra durante a primeira consulta do bebê.

### **2.2 Específicos**

- Elaborar um guia clínico, baseado em evidências científicas, para auxiliar o odontopediatra na primeira consulta do bebê;

- Apresentar as diferentes condutas a serem tomadas na primeira consulta da criança frente às diferentes situações clínicas: consultas de prevenção ou urgências.

## **3. METODOLOGIA**

O presente trabalho consiste em um estudo de caráter descritivo, em formato de *e-book*, que possui por finalidade apresentar as características clínicas e a conduta do odontopediatra e equipe durante a primeira consulta de um bebê.

Foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos nas bases de dados MEDLINE-Pubmed, Scielo e LILACS utilizando os descritores “ Pediatric Dentistry” e “first dental visit” e o operador “AND”, nos idiomas inglês e português, publicadas a partir de 2000 até o momento atual, bem como a utilização da legislação brasileira,

manuais, institutos e academias, a fim de coletar as informações necessárias e organizá-las em forma de revisão de literatura, descrevendo o conhecimento disponível sobre o tema e posteriormente condensando-o em forma de *e-book* com linguagem didática e acessível ao público-alvo.

### ***Elaboração do e-book***

O *e-book* foi elaborado conforme recomendações do Grupo SAITE Store da Universidade aberta do SUS (UNA-SUS) de São Luís – MA. A SAITE Store é uma biblioteca virtual que apresenta em seu acervo *e-books* interativos e totalmente gratuitos. Essa ferramenta educacional permite a construção de conhecimentos de forma dinâmica e promove a disseminação do conteúdo de maneira mais acessível podendo ser instalada gratuitamente em qualquer dispositivo móvel que utilize sistema Android e IOS. O usuário pode baixar o *e-book* desejado em seu smartphone ou tablet e acessá-los mesmo sem internet (GRUPO SAITE, 2018). A criação do *e-book* seguiu o roteiro organizativo abaixo, respeitando o número de páginas para uma unidade educacional, entre 25 e 30 páginas, relacionando as pertinências para um texto destinado à modalidade EAD:

1. Apresentação e texto introdutório

2. Elementos didáticos a serem inseridos ao longo do texto:

- 2.1 Agora é com você

- 2.2 Refletindo

- 2.3 Para saber mais

- 2.4 Importante

3. Inserção de representações visuais como: gráficos, tabelas, esquemas, fluxogramas, dentre outros que se adequem ao conteúdo e colaborem com o aprendizado e compreensão

4. Considerações finais

5. Referências

## **4. E-BOOK**

# Primeira do bebê consulta com odontopediatra

Lorena Lúcia Costa Ladeira  
Orientador: Pierre Adriano Moreno Neves



São Luís  
2022

### Como citar este material:

Ladeira, Lorena Lúcia Costa. Primeira Consulta com odontopediatra. [recurso eletrônico] / Lorena Lúcia Costa Ladeira, Pierre Adriano Moreno Neves. — São Luís. 2022.

## INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES

### **Lorena Lúcia Costa Ladeira**

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestrado e Doutorado (em andamento) em Odontologia também pela UFMA. Especialista em Saúde Coletiva e Educação à Distância (UniBF). Atua nas áreas da Odontologia e Saúde Coletiva – Epidemiologia nos temas: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Bucais e Sistêmicas especialmente com foco nos seus fatores de risco comuns ao longo do ciclo vital.

### **Pierre Adriano Moreno Neves**

Possui Doutorado em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão, Mestrado em Saúde Materno Infantil pela Universidade Federal do Maranhão, Especialização em Odontopediatria pela Associação Brasileira de Odontologia – Seção Maranhão e graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. Atualmente é professor Adjunto das disciplinas de Odontopediatria e Clínica Integrada Infantil da UFMA. Tem experiência na área de Odontologia e Metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com ênfase em Odontopediatria, atuando principalmente nos seguintes temas: Metodologias ativas de ensino OSCE, Problematização, PBL e TBL), Remoção parcial de tecido cariado. Cárie dentária, criança, leite materno e biofilme dentário. Têm experiência em Microbiologia oral e técnicas de biologia molecular.



## SUMÁRIO

<b>OBJETIVO EDUCACIONAL.....</b>	<b>19</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>1. Bebês.....</b>	<b>22</b>
<b>2. Importância do aleitamento materno para o correto desenvolvimento ósseo e musculatura oral.....</b>	<b>27</b>
<b>3. Hábitos bucais prejudiciais.....</b>	<b>28</b>
<b>4. Sequência de erupção.....</b>	<b>30</b>
<b>5. Higiene bucal: escovas, cremes dentais e fios dentais indicados.....</b>	<b>31</b>
<b>6. Lesões de cárie.....</b>	<b>39</b>
<b>7. Importância da criação de hábitos alimentares saudáveis....</b>	<b>42</b>
<b>8. Técnicas de manejo comportamental e estabilização protetora.....</b>	<b>44</b>
<b>9. Traumatismo dental.....</b>	<b>48</b>
<b>9.1 Abordagem inicial ao paciente com trauma.....</b>	<b>50</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>

## **OBJETIVO EDUCACIONAL**

Esse material busca auxiliar o odontopediatra durante a primeira consulta da criança, explorando as características clínicas e condutas vivenciadas nas diferentes situações clínicas com base em evidências científicas.

## INTRODUÇÃO

Para uma vida saudável, os cuidados com a saúde devem começar logo na infância ou, ainda, nos primeiros anos de vida da criança. Nesses cuidados está incluso a saúde bucal. A recomendação da Associação Brasileira de Odontopediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria é que a primeira consulta no odontopediatra seja realizada antes de erupcionar o primeiro dente decíduo (que geralmente ocorre entre 6 e 12 meses de idade) (ABOPED, 2020).

A primeira consulta da criança é fundamental para que o Odontopediatra conheça a criança, bem como tudo que diz respeito a ela (TINANOFF, 2011). Tudo deve ser relatado na anamnese, pois a história médica e odontológica pregressa e atual da criança/mãe/pai pode influenciar no diagnóstico, na dentição, conduta clínica e inclusive nos materiais utilizados durante um possível tratamento (VISWANATH et al., 2021).

Nesta consulta geralmente tem muito diálogo e informação, o Odontopediatra deve escutar e conhecer o paciente (e vice-versa), o seu comportamento e o tipo de família, para que se possa assim, formar uma parceria e um elo de confiança. A queixa principal do paciente e/ou do seu responsável também será sanada através de um exame clínico minucioso (VISWANATH et al., 2021). As informações sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância, quando passados precocemente aos pais, previnem ou minimizam o surgimento de alterações bucais relevantes como a cárie e doença periodontal.

Algum procedimento clínico já poderá ser realizado de acordo com a urgência. Exames complementares tais como radiografias e possíveis encaminhamentos para outros profissionais de saúde como fonoaudiólogo, podem ser solicitados. Todas as medidas necessárias serão tomadas de acordo com a realidade e perfil de cada criança. Vale ressaltar que o atendimento infantil deve ser lúdico e diferente do atendimento de adulto, sendo necessário investir tempo e psicologia (KLINGBERG; BROBERG, 2007; D'ALESSANDRO et al., 2016).

Por isso tudo supracitado, a consulta inicial odontopediátrica deve ir muito além de “orçamento”, “olhadinha” ou mera curiosidade, o nome correto é **consulta**. A criança precisa e merece ser vista como um todo, e o profissional precisa e deve prestar um atendimento de excelência

## Mas você sabe quais informações devo passar na primeira consulta?

Esses são os principais pontos a serem abordados na primeira consulta com o odontopediatra:

Bebês: tecidos moles, mordedores, hematomas de erupção;
Importância do aleitamento materno para o correto desenvolvimento ósseo e musculatura oral;
Hábitos bucais prejudiciais;
Sequência de erupção;
Higiene bucal: escovas, cremes dentais e fios dentais indicados;
Lesões de cárie;
Importância da criação de hábitos alimentares saudáveis;
Técnicas de manejo comportamental e estabilização protetora;
Traumatismo dental.

*Então vamos começar!*

# 1. Bebês

## Higiêne dos tecidos moles:

A recomendação da Academia Brasileira e Associação Americana de Odontopediatria é a higienização **APÓS** o nascimento do primeiro dentinho. Uma vez que a utilização de agentes antimicrobianos na limpeza da gengiva pode modificar a flora bucal, favorecendo o desequilíbrio da microbiota e possível desenvolvimento de algumas doenças oportunistas (ABOPED, 2020).



Além disso, não há nenhuma barreira mecânica na boca do bebê, assim, a saliva consegue realizar o papel de lavar os resíduos de leite (ABOPED, 2020). Já o Ministério da Saúde, no guia 'Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal', orienta a limpeza da cavidade bucal deve iniciada antes mesmo da erupção dental, com utilização de tecido limpo ou gaze embebida em água filtrada (BRASIL, 2006).



É importante frisar que os tecidos não devem ser manipulados de maneira excessiva (não friccionar demais) para não haver descamação e nem contaminação. Por meio da descamação da gengiva, a higiene bucal de bebês poderia remover anticorpos provenientes do leite materno, que ficam depositados na mucosa oral do bebê, interferindo na imunidade do mesmo. A contaminação também pode ser causada se a água e/ou tecido utilizados para a limpeza não forem adequados (OLIVEIRA et al., 2008; PAGLIA, 2017).

Fonte: Google Imagens

## E quanto às dedeiras de silicone?

A dedeira é indicada para massagear a gengiva do bebê quando o mesmo ainda se encontra edêntulo, fazendo essa “manipulação” na mucosa do bebê, ele irá ficar acostumado e condicionado com os pais ou responsáveis fazendo a higiene bucal dele (PAGLIA, 2017).

Entretanto, a dedeira de silicone não deve ser utilizada depois da erupção do primeiro dente. Não existem evidências científicas de que a dedeira de silicone irá promover uma limpeza na estrutura dental adequada (HIRATSUKA et al., 2019).



Fonte: Google Imagens

## Mordedores:

Nos primeiros meses de vida os bebês ainda não têm tanta habilidade com as mãos. Por isso, o mordedor com massageador de gengiva com formato alongado e plano é indicado, pois alcança uma maior parte da gengiva e é de fácil de manipulação (AAPD, 2016).

Você pode recomendar que os pais coloquem os mordedores na geladeira, por alguns minutos, pois quando está geladinho ele ajuda a aliviar ainda mais o desconforto causado pela erupção da dentição (MASSIGNAN et al., 2019).

Além disso, recomende mordedor tem cores e texturas que ajudam a estimular os sentidos do bebê, como as argolas que emitem sons quando são balançadas e aguçam a percepção da criança e o corpo circular também facilita a pegada do bebê (JIMÉNEZ ORTEGA et al., 2017).



Fonte: Google Imagens

## Hematoma de erupção

Durante a fase de erupção de um dente pode aparecer na gengiva que o circunda, uma “bola ou bolha” com aumento considerável de volume, e que por vezes o impede de erupcionar sozinho, chamada de cisto. Se não tratado adequadamente ou se o dente não conseguir romper sozinho, ele pode evoluir para o hematoma, devido ao trauma da própria mastigação na gengiva. Porém, esse se apresentará arroxeado ou avermelhado, pois em seu interior haverá aprisionamento de sangue” (MARQUES et al., 2015).

O hematoma de erupção pode ocorrer tanto em dentes decíduos, quanto em permanentes! E apesar de sua aparência impactante, os hematomas de erupção não trazem grandes problemas na maioria dos casos, sendo geralmente indolor. Mas, em alguns casos mais agudos, ele pode estar associado à falta de apetite, febre e grande irritabilidade. Se isto ocorrer ou se o dente demorar a erupcionar, o tratamento se faz necessário (RUSCHEL et al., 2018).

### **Qualquer criança está sujeita a desenvolver o cisto de erupção.**

O IDEAL SEMPRE é que os pais olhem para dentro da boca das crianças, e caso surja qualquer alteração aparente e/ou dúvida, ressalte que você, enquanto ODONTOPEDIATRA, deve ser consultado para o correto diagnóstico, monitoramento e tratamento (MARQUES et al., 2015).



Fonte: Google Imagens



## E se a mãe perguntar sobre o nenê dent?

Pomadas que contenham anestésico em sua composição **NÃO** devem ser utilizadas pelo risco de asfixia.

A Academia Americana de Pediatria alerta que géis com anestésicos não devem ser usados para aliviar a dor do nascimento dos dentinhos. Alguns desses produtos contam com uma substância chamada benzocaína que pode causar uma condição rara, mas muito grave e que pode ser fatal, chamada metemoglobinemia. Nesta doença, a quantidade de oxigênio levada no sangue reduz drasticamente e em casos mais severos pode levar até mesmo a morte. Em crianças menores de dois anos, esta doença é ainda mais perigosa (AAPD, 2021).

Além disso, alguns dos géis também contam com outra substância perigosa chamada lidocaína, usada como anestésico. A Academia Americana de Odontopediatria alerta que uma vez que essa substância presente nos géis entra na boca do bebê, o pequeno pode engoli-la e isto pode causar problemas que vão desde uma convulsão até complicações graves no cérebro e coração que podem levar a morte (American AAPD, 2021).

A Academia Americana de Pediatria ainda ressalta que os géis não são úteis para diminuir a dor do nascimento dos dentinhos porque eles saem logo das gengivas, já que nesta fase o bebê está salivando bastante (AAPD, 2021).



Outro ponto contra esses géis anestésicos é que se o bebê já possui algum dentinho, ele irá perder a sensibilidade na boca e pode acabar mordendo e machucando lábios, bochecha e língua sem perceber.

## **2. Importância do aleitamento materno para o correto desenvolvimento ósseo e musculatura oral**

O leite materno é o alimento MAIS NATURAL e COMPLETO para o crescimento e desenvolvimento do bebê mamífero, e deve ser EXCLUSIVO até os 06 meses de vida, momento no qual se pode introduzir a alimentação complementar (WHO, 2000).

O aleitamento materno é fator decisivo e primordial para a correta maturação e crescimento das estruturas do sistema estomatognático, mantendo-as hábeis para exercer o desenvolvimento da musculatura orofacial que, por sua vez, irá guiar e estimular o desenvolvimento das funções fisiológicas, garantindo sobrevivência e qualidade de vida (BRASIL, 2007).



A interrupção precoce da amamentação pode levar à ruptura do desenvolvimento dos órgãos fonoarticulatórios e prejudicar as funções da mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala e pode, com isso, possibilitar a instalação de más-oclusões dentárias (BRANGER et al., 2019).

Fonte: Google Imagens

Crianças com menor tempo de aleitamento materno exclusivo desenvolvem, com maior frequência, hábitos orais nocivos, como chupeta e sucção digital, e possuem sete vezes maior risco de adquirir esses hábitos, quando comparadas com as crianças aleitadas no seio materno (VALDRIGHI et al., 2009).



Fonte: Google Imagens

### 3. Hábitos bucais prejudiciais

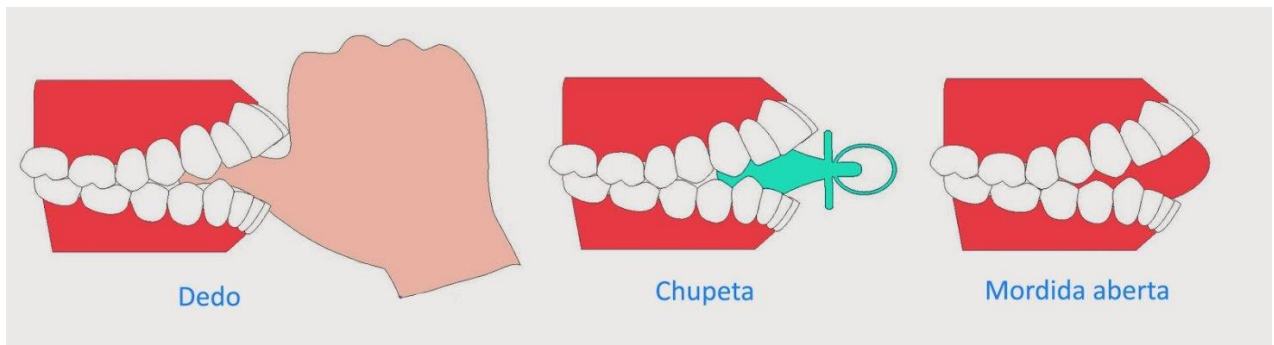


Fonte: Google Imagens

Existem basicamente dois tipos de sucção: uma com finalidade nutritiva e outra não nutritiva:

- A **nutritiva** refere-se à amamentação propriamente dita e fornece nutrientes essenciais para o crescimento.
- A **não-nutritiva**, como sucção de dedos e chupetas, propicia uma sensação agradável, de bem-estar e segurança.

(TRAEBERT et al., 2020)



Fonte: Google Imagens

No entanto, esse hábito pode representar um problema para a oclusão e todo o sistema estomatognático da criança. Caso se mantenha por um período prolongado, esses hábitos deletérios de sucção são considerados fatores etiológicos de algumas maloclusões (LING et al., 2018; TRAEBERT et al., 2020).

# ATENÇÃO

**O aleitamento materno natural, por ser comprovadamente o melhor método de prevenção de hábitos bucais deletérios e por tantas outras vantagens, deve ser encorajado por todos os profissionais da saúde que lidam com crianças.**

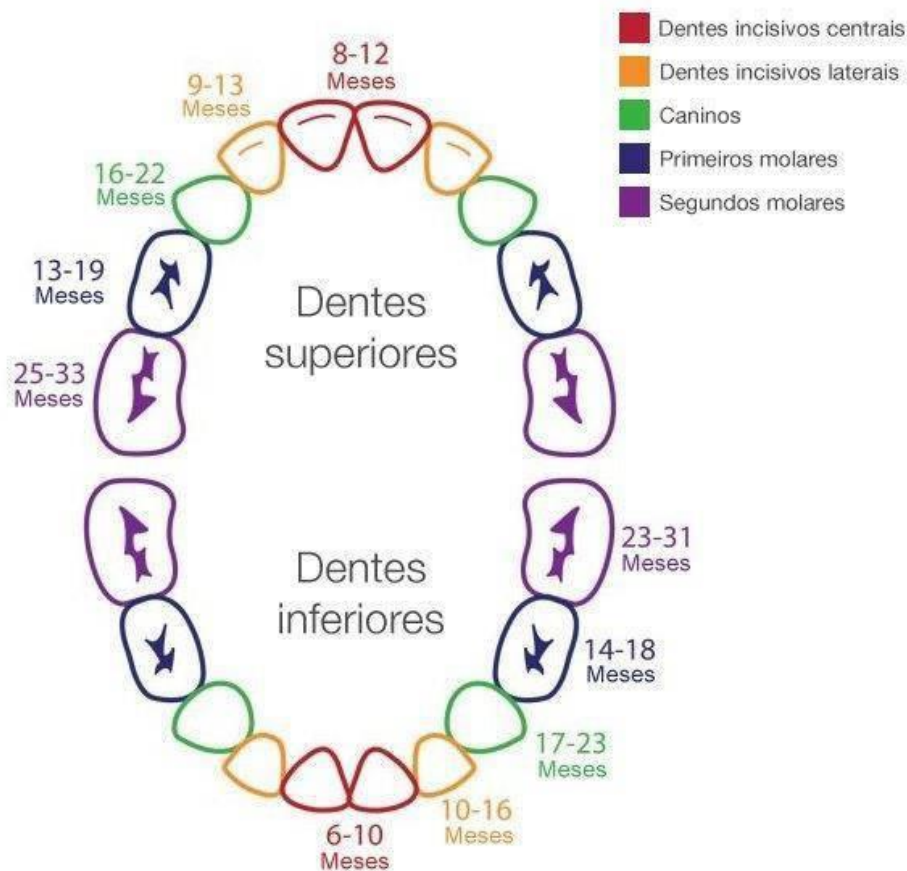
## 4. Sequência de Erupção dos dentes

É fundamental que o odontopediatra explique aos pais a importância dos dentes decíduos, ressaltando o seu papel para o crescimento e desenvolvimento das arcadas dentárias, ossos e músculos faciais, além de fundamentais também para o bom desempenho das funções respiratória, mastigatória, articulatória, fonética, oclusal e harmonia estética da criança (ABOPED, 2020).

Os pais normalmente tem dúvidas quanto a idade em que os dentes começam a erupcionar. Lembrem de informá-los que se trata de uma média, podendo ser diferente em cada criança.

Eles começam a erupcionar em média aos 06 meses de vida do bebê e terminam por volta dos dois anos e meio a três de idade, totalizando os 20 elementos.

Conforme a imagem mostra, há uma sequência ou ordem favorável de erupção dos dentes decíduos, e observe que eles vão surgindo na cavidade bucal aos pares (direito e esquerdo), conforme a seguir:



Fonte: Odontopediatria Brasil

## 5. Higiene Bucal das crianças

Estabelecer hábitos saudáveis de higiene bucal ainda na infância pode prevenir problemas no futuro. O que você ensina para a criança durante a infância e a adolescência é o que determinará os hábitos dela no futuro, como a escovação, a higiene dental e lavar a boca após comer algum alimento. Isso deve ser ensinado quando ela é pequena, pois na fase adulta é mais difícil mudar certos costumes. Se ela já adquire estes hábitos desde cedo impede que, no futuro, possa desenvolver cáries e outros problemas (AAPD, 2016).

**Então, você, como odontopediatra, tem a grande missão de orientar a criança e seus pais quanto à higiene bucal adequada.**



**Fonte:** Google Imagens

A seguir, veremos quais escovas, cremes e fio dental indicar para os pacientes:

## **Escovas de dente:**

As escovas próprias para bebês são indicadas logo após a erupção do primeiro dente. Devem ter cabo anatômico e textura agradável para o manuseio dos pais, além de cabeça pequena e cerdas muito macias.

Após os 2 anos de idade, as escovas dentais podem ser extras macias ou macias e apresentar um tamanho de cabeça um pouco maior para acompanhar o desenvolvimento da cavidade oral e oferecer melhor desempenho na escovação. Essa dinâmica de formatos e tamanhos das escovas infantis segue até a faixa etária dos 6 a 7 anos. Dos 8 anos em diante é possível adquirir escovas dentais um pouco maiores. No entanto, elas devem continuar apresentando cabeça pequena, porém

com um formato mais oval, sempre adequadas ao tamanho da boca da criança (JIN LIN, 2022).

**É muito bom que você tenha em seu consultório um mostruário com as principais escovas de dente que você indica ou mesmo contra-indica.**



Fonte: Google Imagens

## Creme dental:

Academia Brasileira e Associação Americana de Odontopediatria recomendam que o creme dental infantil deve ser usado assim que surgir o primeiro dente e deve conter de 1000 a 1500 ppm de flúor, podendo ser a mesma usada pela família (ABOPED, 2020). Mas às vezes a criança não aceita bem o sabor mentolado e o ardor dos cremes dentais de adultos.



Em relação à concentração dos dentifrícios, há consenso entre pesquisadores de que os efeitos benéficos do uso de cremes dentais existem somente para concentrações iguais ou acima de 1.000 ppm de flúor. Portanto, não é apropriado a recomendação do uso de cremes dentais sem flúor ou com baixa concentração de flúor (550/750ppm) para a prevenção da cárie dentária em crianças (ABOPED, 2020).

Esta é uma informação importante para repassarmos aos nossos pacientes, já que a aquisição do creme dental para crianças precisa ser feita levando-se em conta a concentração de flúor e não a faixa etária em que a criança se encontra (AAPD, 2016).



Fonte: Google Imagens

### Como equilibrar os riscos e benefícios do uso do creme dental fluoretado?

O efeito anticárie do flúor depende da concentração, mas o risco da fluorose depende da dose. Assim, a melhor recomendação para o uso de dentifrícios fluoretados em crianças é adequar a quantidade de pasta colocada na escova. Com isso, reduzimos o risco de desenvolvimento de fluorose sem afetar o benefício anticárie (CURY; TENUTA, 2014).

Confira a quantidade adequada de creme dental fluoretado para crianças:

Menores de 2 anos	<b>1 GRÃO DE ARROZ CRU</b> (0,2 mg de flúor)
Entre 2 e 5 anos	<b>1 GRÃO DE ERVILHA</b> (0,4 mg de flúor)

(ABOPED, 2020)

Como explicado a seguir de forma mais didática para mostrar aos pais:



Fonte: Imagem adaptada do Google Imagens

## Fio ou fita dental

Uma dúvida que a maioria dos pais tem é:



Fonte: Odontopediatria Brasil

Você, como odontopediatra, deve reforçar que criança não só pode como deve usar fio dental, já a partir do momento que se tenha dois dentes um ao lado do outro, uma vez que a escova de dentes, por mais eficiente que seja, não consegue remover os resíduos e/ou a placa bacteriana ENTRE os dentes, SOMENTE o fio ou a fita dental são capazes.

Para uma limpeza eficiente, o mais importante é raspar a face lateral do dente com o fio para tirar a placa. Portanto, o fio dental também faz parte da higiene bucal, e deve ser usado de preferência sempre ANTES da escovação. Desta forma, o fluoreto advindo da água e da pasta de dente pode beneficiar os locais onde os indutos

(restos de alimentos) e/ou placa bacteriana estavam entre os dentes e foram retirados pelo fio dental (ABOPED, 2020).

Na criança, a princípio, quem deve passar o fio dental são os responsáveis, e a partir do momento que ela já tenha coordenação motora fina, ela mesma assume, porém sempre com supervisão de um adulto.

Os fios dentais com forquilha ou com hastes também podem ser usados pelas crianças, são lúdicos e ótimos para criarem o hábito. Você deve frisar para os pais que quanto mais fiel for a higiene bucal menos risco de cárie, e muito menos gengivite (HUJOEL et al., 2006; STEPHENS et al., 2018).

A seguir você deve mostrar os modelos de fio e fital dental disponíveis no mercado e instruir os pais e pacientes quanto à sua utilização.



Fonte: Google Imagens

## Para saber mais:

A maioria dos fios disponíveis no comércio é feita de “nylon”, podendo também ser encerado ou não. O fio de nylon encerado, em geral, é considerado como o de escolha, pela maior facilidade de ser encontrado no mercado e porque ao ser passado entre os pontos de contato dos dentes não deixa resíduos de cera.

Por outro lado, algumas crianças, principalmente os bebês, pré-escolares e pacientes com alterações físicas, apresentam dificuldade motora em utilizar o fio dental tradicional corretamente.

Nesses casos, podem utilizar métodos auxiliares como, por exemplo: as forquilhas (o fio dental é colocado em um cabo ou já vem pronto), e o fio dental elétrico.

As forquilhas compradas já prontas (fios dentais montados) são descartáveis e devem ser jogadas fora após seu uso. O seu manuseio é

fácil, porém o uso desse método auxiliar por longo tempo, pode levar a criança a não melhorar suas habilidades motoras e restringir-se somente nessa utilização. Para pessoas com limitações físicas e/ou motoras, como por exemplo as que apresentam paralisia cerebral, é uma excelente opção a ser usada pelos responsáveis!

Vale a pena ressaltar que a utilização de forquilhas devem ser feitas como estímulo de criar o hábito de usar o fio dental diariamente e, após o hábito estabelecido, devemos estimular nossas crianças a progredirem para o uso do fio dental tradicional.



**Fonte:** Odontopediatria Brasil

## 6. Lesões de cárie

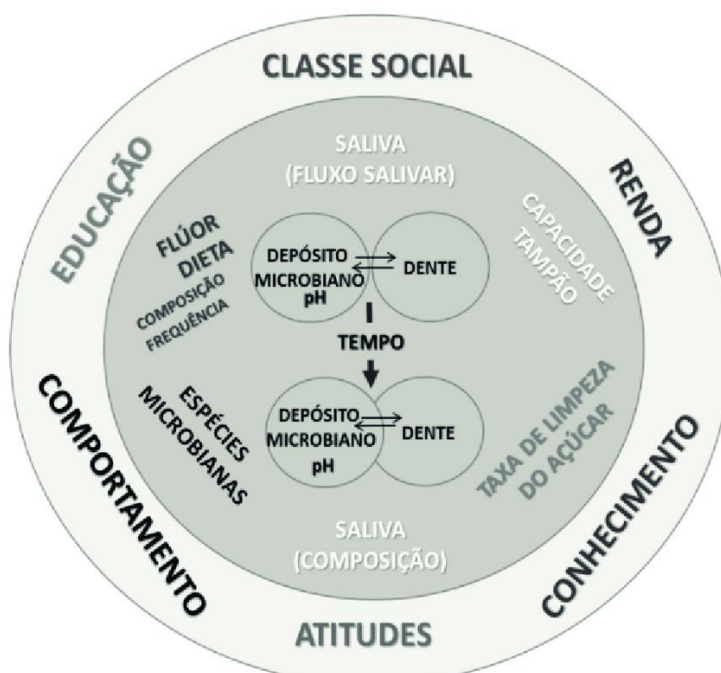
Como você já deve saber, a cárie dentária é a interação químico bacteriana através de uma sequência dinâmica de interações entre o dente, bactérias orais e açúcares, que pode destruir o dente. Mas lembre-se, a maioria dos pais não sabe disso! Então, nessa primeira consulta é muito importante que você converse com eles sobre a etiologia e prevenção da cárie!

A cárie dentária pode ser prevenida, mas quando não tratada, pode causar dor, inflamação, infecção, perda de estruturas e mudanças nos comportamentos e no estilo de vida da criança, repercutindo de forma negativa no crescimento e desenvolvimento, além de favorecer o baixo peso e desnutrição (SANTOS, et al., 2013; PITTS, et al., 2019).

### Pontos importantes a serem abordados:

- A cárie tem etiologia multifatorial;
- É uma doença açúcar-biofilme dependente;
- NÃO transmissível;
- PODE ser influenciada por fatores modificadores, no qual se incluem o comportamento, o conhecimento da mãe e/ou cuidador e condições socioeconômicas, cuidados de higienização, prevenção e tratamento.

(PHANTUMVANIT et al., 2017; BERALDI et al., 2020)



Fonte: Adaptado de Fejerskov e Kidd (2011)

**A orientação preventiva por um odontopediatra é essencial para promoção em qualidade de vida da criança.**

### **Para saber mais:**

Cárie na Primeira Infância (CPI) é definida como a presença de uma ou mais superfícies cariadas (cavitada ou não cavitada), perdidas ou restauradas (devido à cárie) em qualquer dente decíduo de uma criança com menos de seis anos de idade (AAPD, 2014). Dentes decíduos mantêm o espaço para a dentição permanente e são essenciais para o bem-estar da criança, uma vez que cárie dentária na dentição decídua pode determinar dor crônica, infecções e outras morbidades (PITTS et al., 2019). CPI é prevenível, mas atualmente afeta mais de 600 milhões de crianças no mundo, geralmente permanecendo não tratada. Esta doença tem um grande impacto na qualidade de vida de crianças e suas famílias e representa um impacto desnecessário para a sociedade (CONGIU et al., 2014).



Fonte: Google Imagens



Fonte: Google Imagens

tecidos duros dentários (PITTS et al., 2019). A cárie dentária é determinada por fatores biológicos, comportamentais e psicossociais relacionados ao meio do indivíduo. CPI compartilha fatores de risco comuns a outras doenças não transmissíveis (DNT) associadas ao consumo excessivo de





## 7. Importância da criação de hábitos alimentares saudáveis

O consumo da dieta não-saudável, rica em produtos ultra processados, açúcares de adição, gorduras saturadas, com excesso de sódio e com elevada densidade calórica, é um fator de risco para obesidade e para as Doenças Não Transmissíveis (DNT), como diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres e asma.

Na dieta não-saudável, os açúcares de adição ocupam uma posição de destaque enquanto vilões da saúde. Estudos de revisões sistemáticas e meta-análises apontam a associação clara entre a maior ingestão de açúcares, especialmente bebidas ricas em açúcar de adição, e ganho de peso em crianças e adultos (MALIK et al. 2013), obesidade, síndrome metabólica e esteatose hepática não alcoólica (DEKKER et al. 2010; BRAY AND POPKIN 2013), risco de hipertensão (Y. KIM and JE 2016), risco de doença coronariana (HUANG et al. 2014), resistência insulínica (DEKKER et al. 2010) e produção de ácido úrico (BRAY AND POPKIN 2013).

Neste sentido, importantes instituições internacionais já alertam para a importância da redução urgente de consumo de açúcares:



Organização  
Mundial da Saúde

A OMS preconiza que o consumo diário de açúcares livres não ultrapasse 10%, idealmente, não ultrapasse 5% das calorias diárias para prevenção da cárie, obesidade e possivelmente outras DNT (WHO 2015).

Já a Academia Americana do Coração (American Heart Association) lançou diretrizes com limite do consumo diário de açúcares de adição para no máximo 25g/dia para crianças acima de 2 anos; e a não exposição aos açúcares para crianças menores de 2 anos para prevenção de doenças cardiovasculares no futuro (VOS et al. 2017).



American  
Heart  
Association®

Os açúcares podem ser classificados em intrínsecos e extrínsecos, sendo açúcares intrínsecos aqueles naturalmente integrados na estrutura celular de um alimento, enquanto o açúcares extrínsecos são aqueles livres no alimento ou adicionados a ele (Comitê de Saúde do Reino Unido. Ainda, os açúcares da dieta podem ser naturais, encontrados naturalmente em alimentos como frutas (frutose) e leite (lactose); ou açúcares de adição, açúcares e xaropes colocados em alimentos durante a preparação ou processamento, ou adicionados à mesa (AHA 2017).

As principais fontes de açúcares de adição são os refrigerantes, açúcares, doces, bolos, biscoitos, tortas, suco e bebidas de frutas, sobremesas lácteas e produtos lácteos (sorvetes, iogurte edulcorado e leite açucarado) (AHA 2017).



Fonte: Google Imagens

As bebidas ricas em açúcar de adição são a principal fonte de açúcar (TOUVIER et al. 2015) e de calorias discriçãoárias da dieta. Estas bebidas são compostas de alta densidade de energia, contendo sacarose (50% de glicose, 50% de frutose), xarope de milho rico em frutose (na maioria das vezes 45% de glicose e 55% de frutose), concentrados de sumo de fruta, dentre outros (MALIK et al. 2013). O componente frutose destas bebidas quando absorvido pelo fígado resulta em lipogênese, favorecendo conversão em precursores lipídicos e dislipidemia (G. A. BRAY AND POPKIN 2013).

Fica claro portanto, que a dieta não saudável, especialmente o consumo excessivo de açúcares de adição e de alimentos ultraprocessados, é um fator comum às DNT bucais e sistêmicas. A adoção de hábitos alimentares mais saudáveis é

fundamental para promover a saúde bucal, evitar doenças bucais (cárie e doença periodontal) e contribuir para prevenção das principais DNT.

## Você sabia?

A ingestão de bebidas ricas em açúcares de adição tem aumentado globalmente, devido à rápida urbanização e marketing destes produtos em países de baixa e média renda (YNGVE et al. 2012). Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) revelam que nas áreas metropolitanas o percentual de açúcares de adição oriunda de alimentos processados aumentou consideravelmente de 17,4% entre 1987/88 para 35,5% em 2002/03. Neste mesmo período, a contribuição dos refrigerantes aumentou em 200%, e o consumo dos açúcares de adição excede largamente as recomendações internacionais na população brasileira (LEVY et al. 2012).

## 8. Técnicas de manejo comportamental e estabilização protetora

Outro ponto muito importante a ser conversado e explicado na primeira consulta da criança diz respeito às estratégias de manejo comportamental, uma vez que o controle de comportamento infantil é um componente integral na prática de Odontopediatria.

Uma vez que a criança estiver no consultório para tratamento, ela dependerá não só do preparo prévio efetuado pelos pais, como também da habilidade do odontopediatra e sua equipe em manejá-la.

Atualmente existe uma infinidade de informações que descrevem as mais variadas técnicas para controle de comportamento. Algumas das técnicas de manejo são agradáveis e polidas, outras possuem elegância razoável em termos psicológicos e algumas podem parecer muito rigorosas e autoritárias, principalmente por pessoas leigas (PINKHAN et al., 1996).

Nós não iremos nos aprofundar sobre cada uma das estratégias de manejo comportamental usadas em odontopediatria, mas nosso objetivo é reforçar que

durante a primeira consulta, você apresente aos pais ou responsáveis pela criança as principais técnicas que você pode utilizar com a criança que precisam do consentimento deles antecipadamente. São elas:

**- Controle pela voz/  
Gerenciamento da  
comunicação**

O gerenciamento do comportamento por meio da comunicação é usado universalmente na odontopediatria, sendo esta a base para a criação de uma relação amigável com a criança, permitindo assim um comportamento odontológico com sucesso e uma atitude positiva frente a ele (Corrêa, 2002).



**Fonte:** Google Imagens

Comandos súbitos e firmes são usados para manter a atenção da criança ou para interromper qualquer ação que esteja sendo praticada. O método requer do odontopediatra mais autoridade durante sua comunicação com a criança. O tom de voz é muito importante. Deve-se passar a idéia de “quem manda aqui sou eu”. A expressão facial do dentista também deva refletir esta atitude de confiança. Na verdade o profissional pode usar o “controle mediante a voz” somente diante de sua expressão facial (PINKHAN et al., 1996).

De forma resumida, nesta situação, há uma mudança controlada na tonalidade da voz e expressão facial do cirurgião-dentista, para influenciar e direcionar o comportamento do paciente, chamando sua atenção, com o objetivo de conduzi-lo a um estado de tranquilidade de conforto.

### - Negociação da presença do acompanhante na sala

Nada mais é do que a negociação, com a criança resistente, maior de 3 anos, sobre a presença do acompanhante no local do atendimento condicionada à sua colaboração. Mas lembre-se que ETICA e LEGALMENTE o(a) responsável pela criança tem o direito de ficar junto a ela, assim, caso deseje aplicar essa estratégia, deve-se conversar antecipadamente com os pais. Uma alternativa é pedir que o responsável se coloque atrás da cadeira odontológica, longe do campo de visão da criança, mas ainda na sala de atendimento, estando presente durante todo tratamento (ABOPED, 2020).

### - Mão-sobre-a-boca:

Nesta técnica, o dentista coloca a mão delicadamente sobre a boca da criança (para que ela não consiga gritar) e fala no ouvido da mesma, para que ela consiga ouvir o profissional. Normalmente a criança está gritando muito e normalmente o choro é sem lágrimas. Esta técnica é bastante controversa e totalmente contraindicada para pacientes muito pequenos ou pacientes incapazes de compreender cognitivamente as explicações do dentista.

### - Estabilização protetora:

É uma técnica que restringe os movimentos físicos da criança durante o atendimento, minimizando os riscos de injúrias e danos durante o atendimento odontopediátrico, proporcionando um atendimento mais seguro para a criança, pais e equipe. Os pais ou responsáveis devem autorizar o uso da estabilização protetora e, na maior parte das vezes, auxiliam o dentista e sua equipe na realização desta. É utilizada principalmente em crianças na primeira infância, pela maior imaturidade e capacidade de compreensão. É imprescindível que haja a autorização dos pais ou



responsáveis para a realização desta técnica. Pode ser realizada de forma ativa, onde os pais ou alguém da equipe seguram fisicamente a criança ou por meio de dispositivos conhecidos como pedi-wrap, que enrolam a criança em um tecido próprio para este fim, impedindo seus movimentos. Lembrando que

os pais devem autorizar a execução dessa técnica e assinar um termo de consentimento (Brito; Machado, 2021).



Assim, a aceitação e percepção dos pais sobre técnicas de manejo comportamental não farmacológico é um ponto de extrema importância. Muitos pais não aceitam que sejam utilizadas determinadas técnicas de controle do comportamento infantil, em especial, a estabilização protetora, pois acreditam que o cirurgião-

dentista contendo o seu filho pode levar a um “trauma psicológico” ou até por medo da reação da criança, muitas vezes, por falta da explicação e entendimento de tais técnicas. Desde que a estabilização seja feita no momento exato e da forma correta, dificilmente vai acarretar em algum trauma psicológico para a criança. Após a criança cooperar no procedimento, imediatamente é feito o reforço positivo, elogiando e reforçando o comportamento positivo apresentado (BRITO; MACHADO, 2021).

Portanto, é fundamental que as técnicas de manejo do comportamento sejam explicadas aos pais, com a intenção de deixá-los seguros quanto à realização das mesmas. Os pais precisam estar cientes que as técnicas de manejo comportamental utilizadas são empregadas sempre com o objetivo de proporcionar um melhor atendimento e bem estar aos pacientes infantis (SILVA et al., 2016).



## 9. Traumatismo dental

Os traumatismos dento-alveolares são caracterizados como injúrias de ordem acidental que podem acometer o dente e seus tecidos adjacentes (BOMFIM; HERRERA; DE-CARLI, 2017) e atingem principalmente as crianças, especialmente quando elas começam a levantar-se, andar e correr. Nesse período falta-lhe coordenação motora em virtude da pouca idade (CORTES; MARCENES; SHEIHAM, 2001; COSTA DA SILVA et al., 2004). A prevalência de lesões traumáticas dento-alveolares é de 25% em crianças em idade escolar (ANDERSSON, 2013; DE PAULA BARROS et al., 2019).

As quedas são consideradas o fator etiológico mais comum para o traumatismo na dentição decídua. Além disso, os traumatismos dentários em crianças também estão relacionados à iatrogenias, choques inespecíficos, acidentes com brinquedos, tonturas, alterações psíquicas ou podem ser consequentes ao uso de drogas, epilepsia e prática de esportes (DE OLIVEIRA et al., 2010).

Além disso, crianças são mais susceptíveis à traumas recorrentes no mesmo dente (MAGNO et al., 2019), o que pode estar relacionado diretamente com fatores predisponentes como:

*1-Overjet maxilar acentuado:* Quando o *overjet* é superior a 3 mm o risco é duas vezes maior de apresentar uma lesão traumática, especialmente caso haja ausência de selamento labial (MASSARA; RÉDUA, 2013).

*2- Mordida aberta:* É definida como a presença de uma dimensão vertical negativa entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores que propicia um aumento no risco de traumas dentários (MOYERS, 1979).

*3- Crianças com idade de até 3 anos:* Esta fase é caracterizada como uma fase de aprendizado do andar e com a falta de consciência relacionada ao perigo. Em relação à causa do traumatismo na dentição decídua, o mais comum é queda da própria altura, que chega a 80% dos casos. Das crianças entre 1 e 3 anos, 11 a 30% têm algum trauma dental, sem diferenciação entre meninos e meninas (LOSSO et al., 2011).

O traumatismo na dentição decídua pode trazer como consequência distúrbios no desenvolvimento do dente permanente assim como modificações no processo de esfoliação/erupção dentária (ANDREASEN; SUNDSTRÖM; RAVN, 1971). Dessa forma, lembre-se que a escolha do manejo clínico adotado deve minimizar o máximo possível qualquer dano ao sucessor permanente.

Os traumatismos dento-alveolares são considerados situações de urgência odontológica em que o atendimento imediato é essencial para garantir a longevidade do dente (AJ et al., 2012; DIANGELIS et al., 2016). Assim, o odontopediatra deverá estar apto para o atendimento deste tipo de urgência, já que os traumas dento-alveolares podem atingir diferentes tecidos, como mucosa bucal, a polpa, o ligamento periodontal e o osso alveolar (AJ et al., 2012; DIANGELIS et al., 2016).

A Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT) publicou, em 2020, Diretrizes para Traumatismos Dento-Alveolares (BOURGUIGNON et al., 2020; FOUAD et al., 2020; LEVIN et al., 2020) com o objetivo de fornecer protocolos para o manejo de pacientes com estes tipos de lesões. Para melhor compreensão da gravidade dos traumatismos dentários, os traumatismos foram classificados de acordo com os tecidos comprometidos (BOURGUIGNON et al., 2020; FOUAD et al., 2020; LEVIN et al., 2020) em:

**1. Fraturas dentárias e do osso alveolar:** compreende as lesões de tecidos duros dentais com ou sem envolvimento pulpar, sendo classificadas em: trinca, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina (sem e com exposição pulpar), fraturas corono-radulares (sem e com exposição pulpar), fratura radicular e fratura alveolar.

**2. Lesões de Luxação:** compreende as lesões dos tecidos periodontais, sendo classificadas em: concussão, subluxação, luxação extrusiva, luxação lateral e luxação intrusiva.

**3. Avulsão:** compreende o deslocamento completo do dente para fora do seu alvéolo.

As diretrizes desenvolvidas pela IADT para o manejo das fraturas dentárias e do osso alveolar bem como o manejo das lesões de luxação nas dentições decídua e



permanente estão disponíveis neste e-book (BOURGUIGNON et al., 2020; FOUAD et al., 2020; LEVIN et al., 2020). Cabe destacar que estas diretrizes foram desenvolvidas com base em ampla revisão de literatura. Para os casos em que os dados obtidos não foram conclusivos, as recomendações foram baseadas na opinião consensual do grupo de trabalho, seguida por revisão criteriosa realizada pelos membros do conselho de diretores da IADT (BOURGUIGNON et al., 2020; FOUAD et al., 2020; LEVIN et al., 2020).

Os tecidos bucais podem ser acometidos por diversos tipos de lesões traumáticas dento-alveolares. Cabe destacar que essas lesões podem ocorrer de forma isolada ou concomitante. Por exemplo, fraturas coronárias podem estar associadas às lesões de luxação (subluxação, luxação lateral, intrusiva e extrusiva).

### **Agora, vamos refletir..**

#### **Você sabe como deve ser a primeira consulta de um paciente que sofreu um trauma?**

#### **9.1 ABORDAGEM INICIAL AO PACIENTE COM TRAUMA**

**Anamnese:** a primeira conduta a ser realizada é uma cuidadosa anamnese afim de observar a presença de possíveis complicações neurológicas e hemorragias. Você deverá observar a capacidade do paciente de se movimentar sozinho e de ter equilíbrio a partir do momento em que ele adentrar o consultório. Caso seja observado dificuldade em algum desses quesitos, pode-se desconfiar de algum comprometimento neurológico. Essa anamnese é direcionada ao trauma, você deve investigar toda história médica do paciente, se possui alguma doença de base, tais como doenças cardiovasculares, pulmonares ou hematológicas, ou se faz uso de algum medicamento, como por exemplo anticoagulantes (LOPES; SIQUEIRA JR, 2013; MYERS, 2019). Outro ponto chave durante a anamnese é a *história do trauma*. Você deverá perguntar **“Quando? Onde? Como?”** o acidente aconteceu (LOPES; SIQUEIRA JR, 2013; MYERS, 2019).

**Quando** o acidente ocorreu indicará o tempo, que é crítico para o prognóstico do caso; já que com o decorrer do tempo ocorre a formação de coágulos sanguíneos, ressecamento do ligamento periodontal exposto e contaminação por saliva da ferida

exposta ao meio bucal (LOPES; SIQUEIRA JR, 2013; MYERS, 2019).

Entender **Como** o acidente ocorreu pode ajudar a definir a gravidade do trauma e localizar injúrias específicas (LOPES; SIQUEIRA JR, 2013; MYERS, 2019).

Saber **Onde** o trauma ocorreu é importante para se ter ideia da contaminação dos ferimentos e a necessidade de profilaxia para o tétano (LOPES; SIQUEIRA JR, 2013; MYERS, 2019).

### **Exame Clínico**

Para chegar a um diagnóstico rápido e preciso da extensão das lesões dento-alveolares, é primordial que a criança seja submetido a um exame clínico sistemático extra e intraoral. Você deverá procurar por sinais extraorais de injúrias, tais como lacerações na cabeça e no pescoço, desvios nos contornos dos ossos da face, alteração no padrão de abertura e fechamento da boca (desvios podem indicar fraturas ósseas) (LOPES; SIQUEIRA JR, 2013; MYERS, 2019). Qualquer área de amolecimento, edema ou equimose na face, bochecha, pescoço ou lábios devem ser registrados, pois podem ser sinais de possíveis fraturas ósseas (LOPES; SIQUEIRA JR, 2013; MYERS, 2019). No exame intra-oral, inicie procurando por lacerações nos lábios, língua, mucosa jugal, palato e assoalho bucal. As gengivas vestibulares e linguais e a mucosa oral devem ser palpadas. Áreas de sensibilidade, edema ou equimose devem ser registradas.

A anamnese e exame clínico da criança que sofreu um traumatismo dental é sempre mais complicado quando comparado ao adulto, envolve medo e a falta de cooperação e, muitas vezes, um quadro de nervosismo exacerbado que podem dificultar o início do atendimento (NEEDLEMAN, 2011).

**Teste de sensibilidade pulpar:** no exame inicial os testes de sensibilidade pulpar (térmicos ou elétricos) devem ser realizados em todos os dentes envolvidos e os resultados devem ser cuidadosamente registrados no prontuário do paciente para se estabelecer uma base de comparação nas consultas de acompanhamento (PROSERVAÇÃO) (DIANGELIS et al., 2016; LOPES; SIQUEIRA JR, 2013; MYERS, 2019). Lembrando que em dentes decíduos, o teste de sensibilidade pulpar não é confiável e, portanto, não é recomendado.

**Exame Radiográfico:** o exame clínico vai determinar os dentes que deverão ser radiograficamente examinados, podendo revelar fraturas radiculares, fraturas coronárias subgengivais, deslocamentos dentários, fraturas ósseas, reabsorções das raízes e do osso adjacente (DIANGELIS et al., 2016; LOPES; SIQUEIRA JR, 2013; MYERS, 2019). Na dentição decídua, as radiografias periapicais podem ser utilizadas para avaliar os contornos da coroa e raiz do dente, além de avaliar a proximidade da raiz do dente decíduo com o dente permanente, o grau de formação do germe dental e o grau de severidade do trauma (MASSARA; RÉDUA, 2013).

Dessa forma, vimos que o tratamento das lesões traumáticas dento-alveolares representa um desafio para os odontopediatras em todo o mundo. O diagnóstico correto, o tratamento imediato realizado na CONSULTA DE URGÊNCIA é fundamental para assegurar o prognóstico favorável para os dentes acometidos por traumatismos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira consulta odontológica do bebê é a essência da odontopediatria preventiva que tem um impacto significativo na saúde bucal da criança. O aumento do número de lesões de cárie e outras doenças bucais pode estar relacionado à desinformação dos pais em relação à saúde bucal, que poderia ser amenizada pela procura por atenção odontológica precoce, objetivando principalmente a promoção de saúde bucal. Assim, A consulta com odontopediatra na primeira infância tem um papel fundamental na saúde bucal da população, devendo os pais, serem informados e instruídos a respeito dos cuidados necessários para prevenir doenças bucais, contribuindo, assim, para melhorar a qualidade de vida de seus filhos.

Dessa forma, a responsabilidade do odontopediatra com o crescimento e desenvolvimento da criança é muito grande. As marcas geradas pelas impressões de uma primeira visita ao consultório odontológico podem ficar para sempre na criança e influenciar na formação da personalidade do adulto. Logo, esta visita deve iniciar o quanto antes, para que ela se familiarize com o ambiente, o qual deve ser base de conforto e segurança, principalmente para que se introduzam métodos preventivos.

## REFERÊNCIAS

- ABOPED. Diretrizes Para Procedimentos Clínicos Em Odontopediatria. 2020.
- AJ, D. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dental Traumatology*, v. 28, n. 2, p. 88–96, abr. 2012.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD), Hrsg, Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences and preventive strategies, [http://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/P\\_ECCClassifications.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCClassifications.pdf), 2014.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Guideline on Perinatal and Infant.Oral Health Care.*Pediatr Dent*. v.38, n.6, p.150-4, 2016.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Use of local anesthesia for pediatric dental patients. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry. v.332, n.7, 2021
- ANDERSSON, L. Epidemiology of traumatic dental injuries. *Journal of Endodontics*, v. 39, n. 3 SUPPL., p. S2, 2013.
- ANDREASEN, J. O.; SUNDSTRÖM, B.; RAVN, J. J. The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors. I. A clinical and histologic study of 117 injured permanent teeth. *Scandinavian journal of dental research*, v. 79, n. 4, p. 219–283, 1971.
- BERALDI, M. I. R, et al. Cárie na primeira infância: uma revisão de literatura. *RGS*, v. 22, n.2, p. 29 – 42,2020.
- BOMFIM, R. A.; HERRERA, D. R.; DE-CARLI, A. D. Oral health-related quality of life and risk factors associated with traumatic dental injuries in Brazilian children: A multilevel approach. *Dental Traumatology*, v. 33, n. 5, p. 358–368, 2017.
- BOURGUIGNON, C. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *Dental Traumatology*, v. 36, p. 314–330, 2020.
- BRANGER, B.; CAMELOT, F.; DROZ, D.; HOUBIERS, B.; MARCHALOT, A.; BRUEL, H.; LACZNY, E.; CLEMENT, C. Breastfeeding and early childhood caries.

Review of the literature, recommendations, and prevention. Arch Pediatr. v.26, n.8, p.497-503, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica. ; 2006. Disponível em: [http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/cadernos\\_de\\_aten%C3%A7%C3%A3o\\_b%C3%A1sica\\_sa%C3%BAde\\_bucal.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/cadernos_de_aten%C3%A7%C3%A3o_b%C3%A1sica_sa%C3%BAde_bucal.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRAY, G. A., and B. M. POPKIN. "Calorie-Sweetened Beverages and Fructose: What Have We Learned 10 Years Later." Calorie-sweetened beverages and fructose: what have we learned 10 years later. Pediatr Obes. v.8, n.4, p.242-8, 2013.

BRITO, G. X. O. S.; MACHADO, C. V. Percepção dos pais sobre técnicas de controle comportamental na Clínica Odontopediátrica da Faculdade UniRuy, Salvador-BA. J Dent Public Health. v.12, n.2. p.89-95, 2021.

CONGIU, G.; CAMPUS, G.; LUGLIÈ, P.F. Early Childhood Caries (ECC) Prevalence and Background Factors: A Review. Oral Health Prev Dent. v.14, n.1, p.1-6, 2014.

CORRÊA, M. S. N. Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos. São Paulo: Santos Editora. 2002.

CORTES, M. I. S.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Prevalence and correlates of Traumatic Injuries To the Permanent Teeth of School-Children. Dent Traumatol, v. 17, p. 22–26, 2001.

CURY, J. A.; TENUTA, L. M. Evidence-based recommendation on toothpaste use. *Braz Oral Res.* v. 28, p.1-7, 2014.

D'ALESSANDRO, G.; ALKHAMIS, N.; MATTAROZZI, K.; MAZZETTI, M., PIANA, G. Fear of dental pain in Italian children: child personality traits and parental dental fear. *J Public Health Dent.* v.76, n.3, p.179-83, 2016.

DEKKER, M.J.; SU, Q.; BAKER, C.; RUTLEDGE, A.C.; ADELI, K. Fructose: a highly lipogenic nutrient implicated in insulin resistance, hepatic steatosis, and the metabolic syndrome. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* v.299, n.5, p.685-94, 2010.

DIANGELIS, A. J. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Pediatric Dentistry*, v. 38, n. 6, p. 358–368, 1 out. 2016.

FOUAD, A. F. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dental Traumatology*, v. 36, p. 331–342, 2020.

HIRATSUKA, V. Y.; ROBINSON, J. M.; GREENLEE R.; REFAAT, A. Oral health beliefs and oral hygiene behaviours among parents of urban Alaska Native children. *Int J Circumpolar Health.* v.78, n.1, p.1586274, 2019.

HUJOEL PP, CUNHA-CRUZ J, BANTING DW, LOESCHE WJ. Dental flossing and interproximal caries: a systematic review. *J Dent Res.* v.85, n.4, p.298-305, 2006.

JIMÉNEZ ORTEGA, A.I.; MARTÍNEZ GARCÍA, R. M.; VELASCO RODRÍGUEZ-BELVIS, M; RUIZ HERRERO, J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas [From infant to child. Feeding in different stages]. *Nutr Hosp.* v.15, n.34, p.3-7, 2017.

Kim, Y.; Je, Y. Prospective Association of Sugar-Sweetened and Artificially Sweetened Beverage Intake with Risk of Hypertension. *Archives of Cardiovascular Diseases.* v.109, n.4, p.242–53, 2016.

KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent;* v.17, n.6, p.391-6, 2007.

LEVIN, L. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *Dental Traumatology*, v. 36, p. 309–313, 2020.

LEVY, R. B.; CLARO, R. M.; BANDONI, D. H. MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade de ‘Açúcares de Adição’ No Brasil: Distribuição, Fontes Alimentares e Tendência Temporal. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v.15, n.1, p.3–12, 2012

LING, H.T. B.; SUM, F. H. K. M. H.; ZHANG, L.; YEUNG, C. P. W.; LI, K. Y.; WONG, H. M.; YANG, Y. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health*. v. 22, n.18, p.145, 2018.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JR, J. F. *Endodontia: Biologia e Técnica*. 4o ed. [s.l: s.n.]. v. 53

MAGNO, M. B. et al. The relationship of previous dental trauma with new cases of dental trauma. A systematic review and meta-analysis. *Dental traumatology* , v. 35, n. 1, p. 3–14, 1 fev. 2019.

MALIK, V.S.; PAN, A.; WILLETT, W.C.; HU, F.B. Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain in Children and Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*. v.98, n.4, p.1084–1102, 2013

MARQUES, A. L.; ALENCAR, N. A.; MAIA, L. C.; ANTONIO, A. G. Quality of Life related to Eruption Hematoma in a Twenty Months Old Infant. *J Contemp Dent Pract*. v.1, n.16, p.763-7, 2015.

MASSARA, M. DE L. DE A.; RÉDUA, P. *Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria*. 2o ed. São Paulo: Santos, 2013.

MASSIGNAN, C.; CARDOSO, M.; PORPORATTI, A.L.; AYDINOZ, S.; CANTO GDE, L.; MEZZOMO, L. A.; BOLAN, M. Signs and Symptoms of Primary Tooth Eruption: A Meta-analysis. *Pediatrics*. v.137, n.3, p.e201535012, 2016.

MEMARPOUR, M.; SOLTANIMEHR, E.; ESKANDARIAN, T. Signs and symptoms associated with primary tooth eruption: a clinical trial of nonpharmacological remedies. *BMC Oral Health*. v.28, n.15, p.88, 2015.

MYERS, G. L. Evaluation and diagnosis of the traumatized dentition. *Dental Traumatology*, v. 35, n. 6, p. 302–308, 2019.



NEEDLEMAN, H. L. The art and science of managing traumatic injuries to primary teeth. *Dental traumatology : official publication of International Association for Dental Traumatology*, v. 27, n. 4, p. 295–299, ago. 2011.

OLIVEIRA, D. F. S., et al. Higiene Bucal de Bebês de 0 a 6 meses. *Revista Científica do ITPAC*, Volume 1. Número 1. Julho, 2008. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/11/6.pdf>

PAGLIA, L. Caring for baby's teeth starts before birth. *Eur J Paediatr Dent* v.18, n.1, p.5, 2017.

PHANTUMVANIT, P., et al. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v.46, p. 280–287, 2018. 5.

PINKHAN, J. R.; CASAMASSINO, P.S.; FIELDS, J. R.; HENRY, W. *Odontopediatria da infância à adolescência*. 2 ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1996.

PITTS, N. B, et al. Early childhood caries: IAPD Bangkok declaration. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v.29, n.1, p. 384-386, 2019.

PITTS, N.; BAEZ, R.; DIAZ-GUALLORY, C., et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent*. v.29, p.384-386, 2019.

ROBERTSON, A. et al. Long-term prognosis of crown-fractured permanent incisors. The effect of stage of root development and associated luxation injury. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 10, n. 3, p. 191–199, 25 dez. 2001.

Sandrini JC, Bonacin Júnior, P, Christóforo, LR. Reações infantis frente ao atendimento odontológico e suas manifestações psíquicas. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 1998; 3:75- 89.

SANTOS, C.D.G. A, et al. Perda precoce de molares decíduos em crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. *Odontol. Clín. Cient*, v.12, n.3, 2013.

SHEIHAM, A.; JAMES, W.P. Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. *J Dent Res*. v.94, n.10, p.1341-7. 2015.

SILVA, L. F. P.; FREIRE, N.C.; SANTANA, R. S.; MIASATO, J. M. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. Rev Odontol Univ Cid São Paulo [Internet]. 2016;28(2):135-42. [https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/maio\\_agisto\\_2016/Odonto\\_02\\_2016\\_135-142\\_1.pdf](https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agisto_2016/Odonto_02_2016_135-142_1.pdf)

STEPHENS, M. B.; WIEDEMER, J. P.; KUSHNER, G. M. Dental Problems in Primary Care. Am Fam Physician. v. 98, n.11, p.654-660, 2018.

TINANOFF, N. T. The oral cavity. In: Kliegman RM, Stanton BF, Geme J, Schor N, Behrman RE editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier (Saunders). p.1257. 2011.

TRAEBERT, E.; ZANINI, F. A.; NUNES, R. D.; TRAEBERT, J. Nutritional and non-nutritional habits and occurrence of malocclusions in the mixed dentition. An Acad Bras Cienc. Apr v.17, n.92, p. e20190833, 2020.

VALDRIGHI, H. C.; VEDOVELLO FILHO, M.; COSER, R. M.; PAULA, D. B.; REZENDE, S. E. Hábitos Deletérios x Aleitamento Materno (Sucção Digital ou Chupeta). RGO. v.52, n.4, p.237-9, 2009.

VISWANATH, S.; ASOKAN, S.; POLLACHI-RAMAKRISHNAN, G. First dental visit of children-A mixed-method approach. Int J Paediatr Dent. v.31, n.2, p.212-222, 2021.

VOS, M. B., et al. Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation. v.135, n.19, p.1017–34, 2017.

Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas; 1997.

WHO. 2015. "Guideline: Sugars Intake for Adults and Children." World Health Organization 26 (4): 34–36. [https://doi.org/978\\_92\\_4\\_154902\\_8](https://doi.org/978_92_4_154902_8).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Lancet, [S.l.], v. 355, p. 451-5, 2000.

YNGVE, A.; IRJA HAAPALA, A. H.; MCNEILL, G. TSENG, M. Making Soft Drinks the Dietary Version of the Cigarette..Public Health Nutrition. Public Health Nutr. 2012.

## CONCLUSÃO

A odontopediatria objetiva que o paciente atinja a idade adulta livre das doenças que acometem a cavidade bucal. Seu campo de ação deve ser iniciado durante a gestação, sendo continuado após o nascimento do bebê. O processo preventivo das doenças bucais deve se iniciar precocemente, através de uma alimentação materna adequada, rica em elementos vitamínicos necessários à formação dentária. Além disso, informações sobre os cuidados bucais relacionados ao bebê fazem parte da consulta neste período.

Os cuidados dispensados às crianças nas diferentes idades e fases do desenvolvimento deve envolver aspectos relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamento e ser de forma integral. Nesse contexto a educação em saúde possui papel fundamental na promoção e manutenção da saúde bucal infantil e o profissional de saúde, pode atuar como importante agente em educação em saúde estimulando o autocuidado do binômio mãe-filho.

Garantir que a primeira consulta odontológica do bebê seja realizada por volta dos 6 meses de idade, deve ser uma meta estabelecida pelos serviços de atenção a saúde e facilitada pelos profissionais de saúde a fim de promover saúde e prevenir doenças bucais.

## REFERÊNCIAS

BEHRMAN, R. E. editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier (Saunders). p.1257. 2011.

BUCHANAN, H.; NIVEN, N. Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety. *Int J Paed Dent*. v.12, n.1, p.47-52, 2002.

D'ALESSANDRO, G.; ALKHAMIS, N.; MATTAROZZI, K.; MAZZETTI, M., PIANA, G. Fear of dental pain in Italian children: child personality traits and parental dental fear. *J Public Health Dent*. v.76, n.3, p.179-83, 2016.

KHANDELWAL, D.; KALRA, N.; TYAGI, R.; KHATRI, A.; GUPTA, K. Control of Anxiety in Pediatric Patients using "Tell Show Do" Method and Audiovisual Distraction. *J Contemp Dent Pract*. v. 19, n. 9, p. 1058-1064, 2018.

KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*. v.17, n.6, p. 391-6, 2007.

TINANOFF, N. T. The oral cavity. In: Kliegman RM, Stanton BF, Geme J, Schor N, Behrman RE editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier (Saunders). p.1257. 2011.

TOWNEND, E.; DIMIGEN, G.; FUNG, D. A clinical study of child dental anxiety. *Behav Res Ther*. v.38, n.1, p.31-6, 2000.

VISWANATH, S.; ASOKAN, S.; POLLACHI-RAMAKRISHNAN, G. First dental visit of children-A mixed-method approach. *Int J Paediatr Dent*. v.31, n.2, p.212-222, 2021.