

FACULDADE DE SETE LAGOAS - FACSETE

SÂNGELA MARIA DA SILVA PEREIRA

**PRIMEIRA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA: UM E-BOOK INTERATIVO PARA
O CIRURGIÃO-DENTISTA**

SÃO LUÍS

2020

SÂNGELA MARIA DA SILVA PEREIRA

**PRIMEIRA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA: UM E-BOOK INTERATIVO PARA
O CIRURGIÃO-DENTISTA**

Artigo científico apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontopediatria.

Orientador: Profa. Dra. Meire Coelho Ferreira

SÃO LUÍS

2020

Monografia intitulada **"Primeira consulta odontopediátrica: um e-book interativo para o cirurgião-dentista"** de autoria da aluna Sângela Maria da Silva Pereira.

Aprovada em 14/02/2020 pela banca constituída pelos seguintes professores:

Moisés Octávio Ferreira
Orientador (a)

Wallen Barbosa Santos Chaves
Avaliador 1

Luiza Maria Lourenço Raposo
Avaliador 2

São Luis, 14 de fevereiro de 2020.

RESUMO

A saúde bucal nos primeiros anos de vida é considerada crucial na determinação das trajetórias de saúde bucal ao longo da vida e podem influenciar na ocorrência de doenças na idade adulta. Orientações de saúde bucal devem ser transmitidas aos pais e cuidadores ainda no período pré-natal para que problemas de saúde sejam prevenidos ou diagnosticados de forma precoce. Por isso é importante que o cirurgião-dentista esteja informado sobre as diretrizes de higiene bucal e de prevenção das doenças bucais mais comuns na primeira infância. Nesse sentido este trabalho teve como objetivo elaborar um manual em forma de E-book voltado para a orientação da prática Odontopediátrica com ênfase na primeira consulta odontológica. Para isso, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre as principais evidências sobre orientações da primeira consulta odontopediátrica, principais alterações e doenças bucais da primeira infância e, posteriormente a revisão foi condensada em forma de e-book com linguagem didática e interativa.

Palavras-chave: saúde bucal, prevenção de doenças, educação continuada.

ABSTRACT

Oral health in the first years of life is considered crucial in determining oral health trajectories throughout life and can influence the occurrence of diseases in adulthood. Oral health guidelines should be transmitted to parents and caregivers in the prenatal period so that health problems are prevented or diagnosed early. That is why it is important that the dentist is informed about the oral hygiene guidelines and the prevention of the most common oral diseases in early childhood. In this sense, this work aimed to develop a manual in the form of an E-book aimed at guiding the practice of Pediatric Dentistry with an emphasis on the first dental consultation. For this, a bibliographic survey was carried out on the main evidence on the guidelines of the first pediatric pediatric consultation, main changes and oral diseases of early childhood, and later the review was condensed in the form of an e-book with didactic and interactive.

Keywords: oral health, disease prevention, education continuing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivos específicos	9
3. ORIENTAÇÕES EM SAÚDE BUCAL	10
3.1 Orientações quanto à higiene bucal	10
3.2 Aconselhamento dietético	10
3.3 Hábitos parafuncionais	11
3.3.1 <i>Hábitos de sucção não-nutritivos</i>	11
3.3.2 <i>Respiração bucal</i>	13
3.3.3 <i>Deglutição atípica</i>	13
3.3.4 <i>Bruxismo</i>	14
3.3.5 <i>Onicofagia</i>	16
3.4 Avaliação do freio	17
3.4.1 <i>Freio labial</i>	17
3.4.2 <i>Freio lingual</i>	18
3.5 Cárie dentária	19
3.6 Gengivoestomatite herpética aguda	23
3.7 Candidíase oral	23
3.8 Ulceração aftosa recorrente	25
3.9 Doença Mão-pé-boca	26
4 METODOLOGIA	28
6.1 Revisão de Literatura	28
6.2 Elaboração de Plano Didático – Pedagógico	28
6.3 Elaboração do E-book	28
6.4 Criação do e-book	28
5 E-BOOK	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44
ANEXO A. PLANO DIDÁTICO-PEDAGÓGICO	51

1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal nos primeiros anos de vida é considerada crucial na determinação das trajetórias de saúde bucal ao longo da vida e podem influenciar na ocorrência de doenças na idade adulta (BHASKAR; MCGRAW; DIVARIS, 2014). A Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED) recomenda que orientações de saúde bucal devem ser realizadas a partir do período pré-natal e que nos primeiros 6 meses de vida a criança já deve iniciar o tratamento odontológico, principalmente a nível de aconselhamento (ABOPED, 2009).

A consulta odontológica durante o primeiro ano de idade permite oferecer uma consulta preventiva individualizada com orientações aos pais e cuidadores sobre hábitos bucais e como prevenir doenças bucais. A instauração de um lar odontológico é recomendada pela Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Paediatrics – AAPD) e visa melhorar o acesso aos cuidados bucais. O lar odontológico trata-se do relacionamento contínuo entre o dentista e o paciente, incluindo todos os aspectos dos cuidados de saúde bucal prestados de maneira abrangente, continuamente acessível, coordenada e centrada na família. (AAPD, 2018)

De acordo com a AAPD (2018) o lar odontológico deve fornecer: uma avaliação de risco precisa para doenças e condições bucais; um programa preventivo individualizado de saúde bucal com base na avaliação de riscos; orientação antecipada sobre questões de crescimento e desenvolvimento (por exemplo, desenvolvimento maxilofacial e dentoalveolar); um plano para gerenciamento emergencial de trauma dental; informações sobre cuidados com os dentes e tecidos moles orais; nutrição e aconselhamento dietético; atenção integral à saúde bucal, de acordo com as diretrizes e cronogramas de periodicidade aceitos para a saúde bucal pediátrica; e encaminhamentos a especialistas em odontologia, como endodontistas, cirurgião-dentistas, ortodontistas e periodontistas, quando os cuidados não puderem ser prestados diretamente dentro da clínica odontológica.

Nesse sentido, a instauração de uma relação odontológica precoce entre a criança e o odontopediatra tem como objetivo evitar a necessidade de tratamento futuro, já que prevenir a cárie na dentição decídua é uma excelente medida para manter a saúde bucal desde a infância à idade adulta (NOWAK et al., 2016).

Foi relatado que o número e custo dos procedimentos odontológicos são menores para crianças que visitam o dentista em idade mais precoce, confirmando o

fato de que quanto mais cedo uma criança for atendida por um dentista, menos necessidade de tratamento ela provavelmente terá no futuro (NOWAK et al., 2016).

Durante as consultas odontológicas regulares a prevenção baseada em evidências e a detecção e o manejo precoce da cárie dentária e outras condições bucais podem melhorar a saúde bucal e geral da criança, pois as sequelas da cárie na primeira infância incluem consequências odontológicas e médicas, dor, diminuição da qualidade de vida, falta escolar da criança e cuidadores no trabalho ou em outras atividades, além de gastos com o tratamento (AAPD, 2016; CASAMASSIMO et al., 2009).

Além da prestação de serviços preventivos, atualmente as visitas preventivas ao dentista incluem conceitos de orientação e avaliação de riscos para o desenvolvimento de doenças. Como o papel dos cuidadores exercem uma grande influência nos resultados de saúde bucal dos seus filhos, as visitas preventivas oferecem uma oportunidade para orientar os cuidadores sobre higiene bucal, práticas alimentares, hábitos parafuncionais, prevenção de doenças bucais e urgências (AAPD, 2018).

Nesse sentido, os cirurgiões-dentistas precisam ter conhecimento das evidências relacionadas às orientações em Saúde Bucal e principais doenças e alterações presentes na primeira infância, a fim de que os cuidadores sejam orientados, mudem o curso da saúde bucal de seus filhos e procurem ajuda profissional quando sinais de doenças bucais aparecerem.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar um manual em forma de E-book. voltado para a orientação da prática Odontopediátrica.

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar revisão de literatura com as principais evidências sobre orientações da primeira consulta odontológica e principais alterações e doenças bucais da primeira infância.
- Elaborar um plano didático-pedagógico para a construção do e-book.
- Elaborar um e-book interativo

3. ORIENTAÇÕES EM SAÚDE BUCAL

3.1 Orientações quanto à higiene bucal

As orientações profissionais aos cuidadores devem incluir aconselhamento sobre a higiene bucal da criança, pois o controle do biofilme tem sido defendido como a maneira mais eficaz de manter a saúde bucal (CIANCIO, 2003; LANG; RONIS; FARGHALY, 2017; SCHUEZ et al., 2006). Os dentes da criança devem ser escovados duas vezes ao dia com supervisão e assistência do cuidador. A quantidade adequada de creme dental fluoretado é correspondente ao tamanho de um grão de arroz para crianças menores de três anos e para crianças maiores de três anos quantidade semelhante à um “grão de ervilha” na escova (AAPD, 2016).

As evidências apontam segurança e eficácia no uso do flúor para prevenção e controle da cárie dentária. Revisões sistemáticas concluem que para crianças menores de 3 anos o creme dental deve conter 1.000ppm de flúor e para maiores de 3 anos entre 1000 e 1450ppm de flúor com vistas a prevenção da cárie dentária (MATTOS-SILVEIRA et al., 2017).

Além disso, orientações quanto ao uso do fio dental devem ser transmitidas aos cuidadores, pois se trata da estratégia recomendada para remover o biofilme das superfícies proximais (CORBY et al., 2008; MERCHANT, 2009; RAMIRES-ROMITO et al., 2005). O uso do fio dental deve começar assim que os dentes adjacentes estiverem em contato e para superfícies nas quais dois dentes se tocam e não podem mais ser limpas com uma escova de dentes (AAPD, 2008).

3.2 Aconselhamento dietético

É importante que o cirurgião-dentista acompanhe as modificações alimentares durante a infância, estabelecendo estratégias e dando orientações específicas para contribuir com a prática alimentar saudável no ambiente familiar. A alimentação durante a infância é influenciada pelo padrão alimentar familiar, por isso ações educativas e orientações dietéticas devem ser direcionadas à família (ABOPED, 2009).

No aconselhamento alimentar, o cirurgião-dentista deve valorizar a manutenção de uma alimentação saudável onde a seleção de alimentos e bebidas devem fornecer os nutrientes necessários para cada idade. É importante que a família

seja orientada a consumir frutas e hortaliças da estação e a reduzir o consumo de açúcares.

O consumo de açúcares é um fator crítico no desenvolvimento da cárie dentária. Um padrão alimentar que inclui o consumo de carboidratos e bebidas ricas em açúcares de adição aumenta o risco de desenvolver a doença, principalmente quando são consumidos em alta frequência e se mantêm na boca por longos períodos (ABOPED, 2009; TINANOFF; PALMER, 2000).

Além de ser um fator necessário para o desenvolvimento de cárie dentária, os açúcares estão evidentemente associados ao desenvolvimento da obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares (AHA, 2016; DIN-DZIETHAM et al., 2007; GILLE et al., 2018). Assim a Organização Mundial da Saúde (OMS), visando a redução da cárie dentária e obesidade e de DCNT, recomenda fortemente que a ingestão de açúcares livres para adultos e crianças seja reduzida para menos de 10% da ingestão total de energia e sugere uma redução adicional para menos de 5% da ingestão total de energia (WHO, 2015).

Para uma avaliação dietética que aproxime o profissional da realidade alimentar da criança, aspectos biológicos e condições socioculturais precisam ser investigadas (ABOPED, 2009). É importante ressaltar que hábitos e padrões dietéticos identificados na avaliação, precisam ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar e que o cirurgião-dentista precisa estar atento às recomendações nutricionais estabelecidas por políticas nacionais e internacionais de segurança alimentar a fim de dar corretas orientações.

3.3 Hábitos parafuncionais

Orientações aos cuidadores quanto à presença de hábitos parafuncionais são importantes, pois quando o hábito é mantido por tempo prolongado, pode afetar a posição dos dentes, a relação maxilomandibular, estruturas miofuncionais (lábios, língua, bochechas e palato) e funções como fala, respiração e deglutição (AAPD, 2016; GUEDES-PINTO, 2009). São considerados hábitos parafuncionais os hábitos de sucção não-nutritiva, (chupeta, dedo ou lábio), a respiração bucal, a deglutição atípica e/ou adaptada, o bruxismo e a onicofagia (GUEDES-PINTO, 2009).

3.3.1 Hábitos de sucção não-nutritivos

O uso da chupeta não é recomendado, mas se for utilizada ela deve ser anatômica e seu uso deve ser limitado até 12 a 18 meses, tentando não exceder 2 anos, devido à associação entre esse hábito e a alteração na posição lingual, o que pode levar a más oclusões ósseas e dentárias (GÓIS et al., 2008; PASSOS; FRIAS-BULHOSA, 2010). Semelhantemente, a sucção de dedo deve ser evitada, pois além de ser considerada de mais difícil remoção que a chupeta, há uma maior força exercida pelo peso do braço e mão sobre as estruturas da cavidade bucal e pode levar tanto a problemas na arcada dentária como na pele do dedo e até deformidades que alteram sua posição e função (GUEDES-PINTO, 2009).

A presença prolongada e inadvertida de hábitos de sucção não-nutritivos pode propiciar o desenvolvimento de alterações nas arcadas dentárias tais como: mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, diminuição da distância entre caninos superiores e relação de canino em Classe II; além de alterações nas funções orais básicas, como o surgimento de deglutição atípica, lábios abertos na posição de repouso, alterações das musculaturas lingual e labial com diminuição da tonacidade; língua com posicionamento rebaixado, protusa e com mais mobilidade dorsal, palato ogival, atresia maxilar e hipodesenvolvimento da mandíbula (GUEDES-PINTO, 2009).

É importante ressaltar e orientar aos cuidadores de que o grau de severidade das alterações bucais associadas a hábitos de sucção não-nutritivos dependerá dos seguintes fatores: Duração; Frequência; Intensidade do hábito, qual o grau de envolvimento da musculatura facial durante o hábito; Posição do dedo ou da chupeta na boca; Idade de término do hábito; Padrão de crescimento facial da criança; Grau de tonicidade da musculatura bucofacial (GUEDES-PINTO, 2009; MCDONALD; AVERY, 2011)

Para evitar a instalação de hábitos de sucção não-nutritivos, uma série de medidas podem ser adotadas (GUEDES-PINTO, 2009):

1. Estimular a amamentação até os primeiros 6 meses de vida;
2. Utilizar bicos de mamadeiras anatômicos com orifícios pequenos caso seja necessário o aleitamento misto ou artificial;
3. Utilizar a chupeta de maneira disciplinada e racional, ou seja, quando os bebês estiverem irritados ou sonolentos após a mamada e quando a criança sentir necessidade de sucção;
4. Ao iniciar o desmame oferecer líquidos em copos e alimentos em colher;

5. Não utilizar a mamadeira como meio de induzir o sono da criança ou de acalmá-la;
6. Nunca deixar a chupeta pendurada no pescoço da criança;

Toda criança que persistir com um hábito de sucção não-nutritiva com mais de 3 anos de idade deve ser encaminhada a um profissional (GUEDES-PINTO, 2009; NOWAK; WARREN, 2000).

3.3.2 *Respiração bucal*

A respiração nasal é uma função vital para o ser humano que propicia as condições necessárias para o crescimento normal do complexo craniofacial. Indivíduos com comprometimento da respiração nasal seja por alguma condição inflamatória ou infecciosa, respiram pela boca ou utilizam a respiração oronasal. Nesses indivíduos, é comum ser observado crescimento mais acentuado da face no sentido vertical (face longa), além de características típicas da síndrome do respirador bucal, como: presença de olheiras, olhar inexpressivo, osso zigomático pouco desenvolvido, falta de desenvolvimento do terço médio da face, palato ogival e atresia da maxila, rotação da mandíbula para posterior, mordida cruzada posterior e aberta anterior, gengivite, hipertrofia de tonsilas e adenoides, incompetência labial, hipotonias labial e lingual, postura corporal e de cabeça inadequada (GUEDES-PINTO, 2009; MCDONALD; AVERY, 2011).

Segundo Guedes-Pinto (2009) acredita-se que o efeito da função nasorrespiratória diminuída sobre o posicionamento mandibular e da língua seja fundamental para o desenvolvimento de deformidades dentofaciais.

O diagnóstico do paciente respirador bucal é feito pelo otorrinolaringologista, mas o cirurgião-dentista pode suspeitar da presença dessa alteração e encaminhar para o médico especializado. O tratamento do paciente respirador bucal é interdisciplinar e cabe ao ortodontista restabelecer as características morfológicas faciais e dento-esqueléticas (GUEDES-PINTO, 2009; MCDONALD; AVERY, 2011).

3.3.3 *Deglutição atípica*

A deglutição atípica é uma forma inadequada da língua e outros músculos realizarem o ato de deglutição. Ela também pode ser denominada de deglutição infantil ou visceral e normalmente permanece até aos 18-24 meses. A deglutição atípica é caracterizada pela contração ativa da musculatura dos lábios, pela ponta da

língua colocada anteriormente em contato com o lábio inferior e pela limitação da atividade da porção posterior da língua e da musculatura da faringe. Na deglutição atípica observa-se uma anteriorização da língua, ou seja, uma pressão com interposição nos dentes incisivos centrais e laterais. Esta interposição lingual, leva muitas vezes a alterações estruturais na arcada dentária (FERNANDES et al., 2010; GUEDES-PINTO, 2009).

Vários fatores estão relacionados à etiologia do padrão de deglutição alterado como: uso prolongado de mamadeira com orifícios grandes e bicos longos, presença de outros hábitos deletérios, hipertrofia de tonsilas e adenoides, macroglossia, freio lingual anormal, atresia da maxila, perdas dentárias precoces e distúrbios no desenvolvimento neuropsicomotor (GUEDES-PINTO, 2009).

Apesar do diagnóstico final ser de competência do fonoaudiólogo, o cirurgião-dentista pode observar alguns sinais sugestivos de alterações, como: ausência de contração dos músculos masseteres, participação da musculatura peribucal durante a deglutição, pressão e volume linguais anormais, freio lingual com inserção inadequada, tonsilas infartadas, perdas dentais precoces, má oclusão, hábitos simbióticos, contrações faciais, tiques nervosos, alteração na pronúncia dos fonemas articulados /tê/, dê/, /nê/, /lê/, /sê/, /zê/ (GUEDES-PINTO, 2009; MCDONALD; AVERY, 2011).

O tratamento da deglutição atípica é interdisciplinar e o cirurgião-dentista deve encaminhar o paciente para o fonoaudiólogo para exercícios mioerápicos e para o ortodontista para o uso de aparelhos ortopédicos funcionais reeducadores da língua. Em situações mais severas, métodos cirúrgicos são utilizados para o tratamento da deglutição atípica (GUEDES-PINTO, 2009).

3.3.4 Bruxismo

O bruxismo é uma atividade muscular mastigatória repetitiva caracterizada por apertar ou ranger dos dentes e/ou apoiando ou empurrando a mandíbula que ocorre durante o sono e/ou vigília. A atividade muscular mastigatória durante o sono é caracterizada como rítmicas ou não-rítmicas e na vigília é caracterizada por contato repetitivo ou sustentado com os dentes e/ou apoio ou impulso da mandíbula (LOBBEZOO et al., 2018). Em indivíduos saudáveis, o bruxismo não deve ser considerado um distúrbio, mas um comportamento que pode ser um fator de risco (e/ou protetor) para certas consequências clínicas (LOBBEZOO et al., 2013).

O Bruxismo do sono como um fator de risco significa que quando ocorre em uma certa frequência ou intensidade aumenta a probabilidade de desenvolver danos como: desgaste dentários, desordens temporomandibulares e dano periodontal (LOBBEZOO et al., 2018). O Bruxismo do sono pode ter funções fisiológicas positivas e se apresentar como um fator protetor quando sustenta o fluxo aéreo desobstruído e auxilia na lubrificação salivar durante o sono, protegendo a saúde do trato alimentar superior (OHMURE et al., 2011).

O Bruxismo do sono é cada vez mais comum em crianças e tem sido motivo da procura por consulta odontopediátrica. De acordo com revisão sistemática recente, a prevalência de bruxismo varia entre 3,5% a 40,6%, sendo esta alta variabilidade decorrente da dificuldade de diagnóstico e diferença de idade das crianças estudadas (MANFREDINI et al., 2013).

Lobezzo et al. (2013) sugeriram os seguintes critérios para diagnóstico do bruxismo:

- Possível: Baseado no autorrelato do paciente por meio de questionários e/ou anamnese profissional.
- Provável: baseado no autorrelato e inspeção através de exame clínico.
- Definitivo: baseado no autorrelato, exame clínico e polissonografia.

As abordagens atuais para avaliar o bruxismo acordado começam por conscientizar o paciente sobre o que se entende por apertar e ranger. Solicita-se ao paciente (ou responsável, no caso de pacientes pediátricos) que monitore seu comportamento por um período de 1 ou 2 semanas, para que, ao retornar à clínica, ele possa responder com mais confiança se está apertando ou rangendo os dentes e a frequência dessa atividade. Para avaliação do bruxismo do sono com base no relato do responsável, solicita-se aos pais que monitore o comportamento da criança e registre se ouviu a criança ranger os dentes ou se percebeu que os apertava enquanto dormia (LOBBEZOO et al., 2018).

Clinicamente o cirurgião-dentista pode observar as seguintes características clínica do bruxismo: presença de hipertrofia muscular mastigatória (principalmente do masseter), marcas de mordida na língua e lábios e/ou presença de linha alba, danos aos tecidos duros dos dentes (facetadas de desgaste de dentes antagonistas que se encaixam) e falhas repetidas de restaurações (RODRIGUES et al., 2019).

Além do exame clínico é importante que o cirurgião-dentista faça uma investigação da presença de fatores que possam estar associados ao bruxismo, como:

- Membros da família que tenham esse comportamento; (LAVIGNE et al., 2008)
- Estresse (SERRA-NEGRA et al., 2013);
- Obstrução de vias aéreas superiores (GRECHI et al., 2008);
- Síndrome da apneia obstrutiva do sono (KHOURY et al., 2008);
- Hábitos prévios ao momento de dormir, como presença de luz, barulho e horas de sono reduzidas (SERRA-NEGRA et al., 2014);
- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (CHIANG et al., 2010);
- Uso de fármacos, em especial os que têm ação no sistema nervoso central (ORTEGA et al., 2014);
- Alterações neurológicas (ORTEGA et al., 2007);
- Refluxo gastroesofágico (OHMURE et al., 2011).

Recomenda-se que os clínicos identifiquem fatores presentes que estão associados ao Bruxismo e os tratem ou encaminhem aos profissionais de saúde recomendados. Na presença de bruxismo que leve a excessivos desgastes oclusais, o tratamento odontológico recomendado inclui o ajuste oclusal, restauração da superfície dentária e placas oclusais. É importante ressaltar que o tratamento odontológico de eleição deve ser baseado na severidade das consequências, idade da criança e experiência do clínico. Em casos menos severos, recomenda-se o acompanhamento da criança (MACEDO, 2008).

3.3.5 Onicofagia

A onicofagia é definida como o hábito de roer unhas habitualmente, e é comum de ser observada na infância e na adolescência. Estimativas apontam que a onicofagia afeta de 6 a 45% da população, com pico na adolescência e diminuindo na idade adulta (WINEBRAKE et al., 2018).

A etiologia para esse hábito inclui: estresse, imitação de outros membros da família, hereditariedade, maus cuidados com as mãos e em substituição a outros hábitos, como por exemplo o hábito de sucção de dedo. Além disso, estudos mostram a relação do hábito de roer unhas com transtornos psiquiátricos, problemas comportamentais e emocionais. Estudo mostrou que 38 a 40% das crianças com

transtorno de déficit de atenção e hiperatividade apresentam hábito de roer unhas (GUEDES-PINTO, 2009; WINEBRAKE et al., 2018).

As principais complicações associadas à onicofagia são: ferimento da cutícula e sangramento nas bordas das unhas, deformidades nos dedos, infecções fúngicas ou bacterianas, reabsorções radiculares, fraturas nas bordas dos dentes e lesões na gengiva (GUEDES-PINTO, 2009).

É importante que o cirurgião-dentista reconheça a presença da onicofagia e auxilie na eliminação desse hábito a fim de evitar maiores problemas. O tratamento deve ser direcionado a reconhecer os fatores desencadeantes do hábito, reforço positivo, cuidados com as cunhas e acompanhamento da evolução do tratamento (GUEDES-PINTO, 2009).

3.4 Avaliação do freio

O freio é uma estrutura anatômica formada por uma dobra da mucosa e do tecido conjuntivo. Na cavidade oral estão presentes sete freios, os quais são: o freio labial superior, o freio labial inferior, o freio lingual e quatro freios bucais. A sua principal função é proporcionar estabilidade ao lábio superior, lábio inferior e língua (Priyanka et al., 2013).

Dependendo da extensão da fixação das fibras, os freios são classificados como:

1. Mucoso (insere-se na junção mucogengival);
2. Gengival (insere-se na mucosa queratinizada);
3. Papilar (insere-se na papila interdental);
4. Interpapilar (atravessa o processo alveolar e estende-se até a papila palatina).

3.4.1 Freio labial

O freio labial é uma estrutura dinâmica que apresenta mudanças na posição de inserção, estrutura e forma durante o crescimento e desenvolvimento (WEBB; HAO; HONG, 2013).

Clinicamente, o tratamento cirúrgico está indicado quando o freio exerce uma força traumática sobre a gengiva, fazendo com que a papila fique isquêmica ao tracionar o lábio superior, ou em casos de diastema maior que dois milímetros, o qual raramente se fecha espontaneamente (AAPD, 2019).

Estudos mostram que quando o freio labial se apresenta restrito é comumente associado a dificuldades de amamentação e uso da mamadeira em recém-nascidos, a refluxo em bebês, cólicas e irritabilidade devido à dificuldade de vedação hermética dos lábios na mama materna. Nos casos de freio restrito, a remoção cirúrgica é indicada (GHAHERI et al., 2017; KNOX, 2010; PRANSKY; LAGO; HONG, 2015).

A remoção cirúrgica do freio possibilita o fechamento de diastema na linha média, previne a recidiva pós-ortodôntica e, conseqüentemente, melhora a estética e auto estima do paciente (CALLAHAN; MACARY; CLEMENTE, 2013; FINIGAN et al., 2013; WEBB; HAO; HONG, 2013). A cirurgia não deve ser realizada antes da erupção dos caninos permanentes e deve ser seguida do fechamento ortodôntico do espaço (WHEELER et al., 2017).

Em pacientes com o vestibulo raso, o freio labial inferior pode se apresentar inserido na gengiva marginal livre e, desta forma, os movimentos do lábio inferior podem fazer com que haja o puxamento das fibras do freio inseridas na gengiva marginal livre e leve a formação de bolsas que podem levar ao acúmulo de alimentos e placa (AAPD, 2019). Se os fatores que causam inflamação gengival forem controlados, o grau de recessão e a necessidade de tratamento diminuem, se não, o tratamento precoce pode ser considerado para evitar inflamação subsequente, recessão e possível perda de óssea (AAPD, 2019; SEGAL et al., 2007).

3.4.2 Freio lingual

Um freio lingual curto e espesso também é conhecido como anquiloglossia e trata-se de uma anomalia congênita que resulta em limitação do movimento da língua (anquiloglossia parcial) ou a língua pode parecer estar fundida ao assoalho da boca (anquiloglossia total) (AAPD, 2019; AMIR; JAMES; BEATTY, 2005).

A anquiloglossia tem sido associada a dificuldades de amamentação e de uso da mamadeira em neonatos, má oclusão, recessão gengival, dificuldade de mobilidade da língua, que repercute na fala e na deglutição (BOUTSI; TATAKIS, 2011; CALLAHAN; MACARY; CLEMENTE, 2013; DELLI et al., 2013; DOLLBERG et al., 2006; FINIGAN et al., 2013; OCHI, 2014; SEGAL et al., 2007; SUTER; BORNSTEIN, 2009; WEBB; HAO; HONG, 2013).

O freio restritivo pode levar ao insucesso do aleitamento materno. Os sintomas mais comuns que a díade mãe-filho experimenta são: trava rasa ou ruim no peito ou na mamadeira, ganho de peso lento, refluxo e irritabilidade pela ingestão de

ar excessivo, tempo prolongado de alimentação, vazamento de leite pela boca por causa de uma má vedação, estalos durante a amamentação/alimentação e amamentação dolorosa. Estes sintomas podem afetar a alimentação e levar sua interrupção precoce. A fim de ter sucesso na amamentação, a frenotomia/frenectomia é um procedimento indicado para esses casos de anquiloglossia (AMIR; JAMES; BEATTY, 2005; BOUTSI; TATAKIS, 2011; CALLAHAN; MACARY; CLEMENTE, 2013; DELLI et al., 2013; FINIGAN et al., 2013; OCHI, 2014; SEGAL et al., 2007; SUTER; BORNSTEIN, 2009; WEBB; HAO; HONG, 2013).

Em casos de limitação na mobilidade da língua com repercussão na fala, uma avaliação de um fonoaudiólogo treinado é recomendada para avaliar erros de fala ou linguagem antes de indicar o tratamento cirúrgico (KUPIETZKY; BOTZER, 2005; MESSNER; LALAKEA, 2002). Mesmo porque muitas crianças e indivíduos com anquiloglossia são capazes de compensar e não parecem sofrer de dificuldade na fala (FINIGAN et al., 2013; KUMMER; CHILDREN, 2018; SEGAL et al., 2007).

Embora o procedimento melhore a mobilidade da língua (KUPIETZKY; BOTZER, 2005; MESSNER; LALAKEA, 2002), são necessárias mais evidências que determinem seu benefício sobre a patologia da fala (FINIGAN et al., 2013; KUMMER; CHILDREN, 2018; SEGAL et al., 2007).

A recessão gengival localizada na face lingual dos incisivos inferiores também tem sido associada à anquiloglossia. Como na maioria das condições periodontais, a eliminação da placa que induz a inflamação pode minimizar a recessão gengival sem qualquer intervenção cirúrgica. Quando a recessão continua mesmo com a eliminação de placa efetiva, uma intervenção cirúrgica pode ser indicada (AAPD, 2019; SEGAL et al., 2007).

3.5 Cárie dentária

A cárie dentária é considerada a doença crônica mais comum na infância e acredita-se que sua prevalência tenha aumentado em crianças de 2 a 5 anos de idade em todo o mundo, tornando essa faixa etária uma área de ação prioritária global (DYE; AREVALO; VARGAS, 2010). É importante que cuidadores sejam orientados quanto a etiologia da doença, como preveni-la e suas características clínicas iniciais a fim de que a doença seja diagnosticada de forma precoce e não cause danos a longo prazo.

A cárie dentária envolve interações entre a estrutura dentária, o biofilme microbiano formado na superfície do dente e açúcares, além de influências salivares

e genéticas. O processo cariioso consiste em períodos alternados de desmineralização e remineralização em que se a desmineralização ocorre por um longo período, resulta no início de lesões de cárie (PITTS et al., 2017).

Para a prevenção da cárie dentária é importante equilibrar os fatores patológicos e protetores que influenciam o início e a progressão da doença (Fig. X) (PITTS et al., 2017).

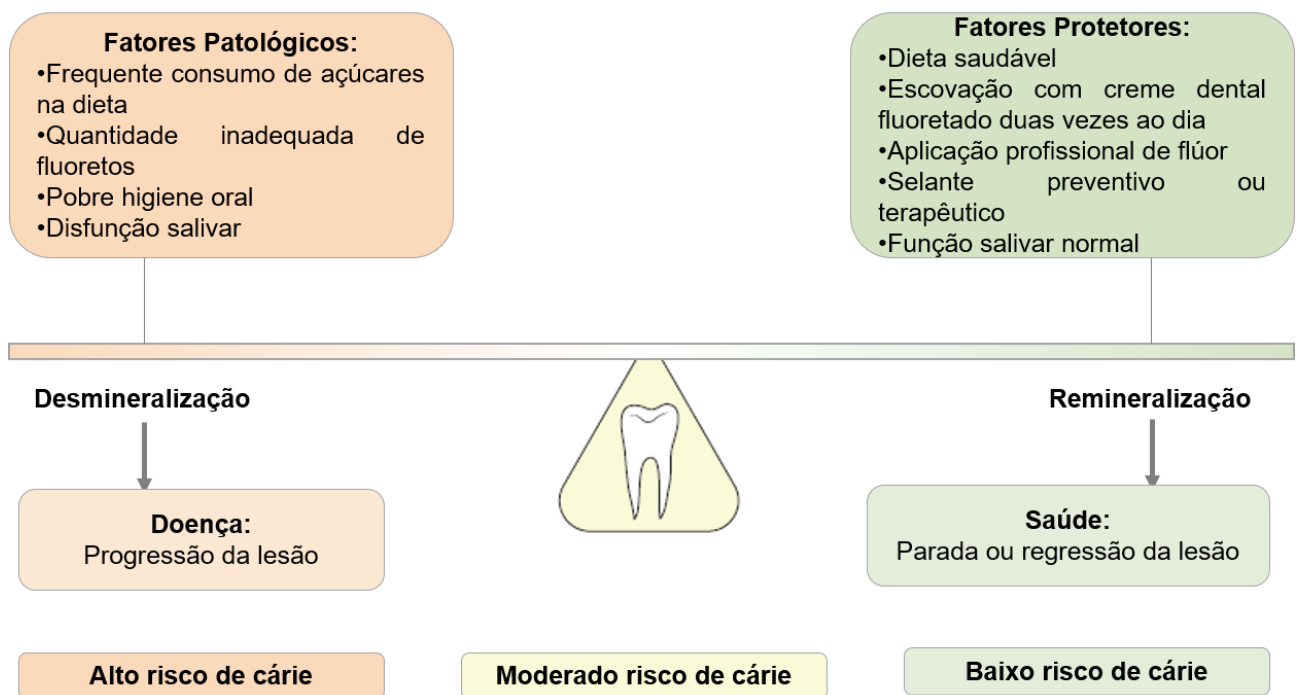


Figura 1 Balança de fatores patológicos e protetores da doença cárie traduzida de Pitts et al (2017).

O diagnóstico das lesões de cárie envolve a avaliação de sua gravidade e atividade por meio de um exame clínico sob isolamento relativo e com a secagem dos dentes. Espelho clínico e sonda OMS deve ser utilizada para avaliar a aparência clínica dos dentes (PITTS et al., 2017).

O sistema internacional de detecção e avaliação de lesões de cárie (*International Caries Detection and Assessment - ICDAS*) é amplamente utilizado para classificar as lesões de cárie quanto a atividade e profundidade. Utiliza os seguintes preditores: localização da lesão, cor da lesão (esbranquiçada ou acastanhada), sensação tátil (áspera ou suave), se a lesão é fosca ou brilhante, cavitada ou não cavitada e se a lesão está localizada ao longo da linha gengival e a gengiva sangra após a sondagem (PITTS et al., 2017; SELWITZ; ISMAIL; PITTS, 2007).

Uma lesão é classificada como ativa se tiver mais de uma das seguintes características: tem uma área de estagnação da placa, é esbranquiçada, tem uma sensação tátil áspera, é fosca, cavitada ou não, e se houver sangramento gengival; o diagnóstico final da lesão é classificado como ativo inicial, moderado ou extenso. Se a lesão é classificada como inativa, o diagnóstico final da lesão é classificado como inicial, moderado ou extenso (PITTS; EKSTRAND, 2013) (Tabela 2).

O exame clínico por si só muitas vezes é insuficiente para o diagnóstico conclusivo de cárie. Com o diagnóstico exclusivo pelo exame visual, o dentista pode não detectar lesões iniciais e até algumas mais graves. Por isso, o exame radiográfico é uma parte importante na avaliação de cárie (PITTS et al., 2017; PITTS; EKSTRAND, 2013).

O ICDAS preconiza que as superfícies dentárias sejam classificadas em uma escala ordinal que vai de superfície hígida à cavitação extensa. Para um diagnóstico preciso de algumas lesões preconiza-se o auxílio do exame radiográfico. A tabela explicativa abaixo aborda os escores do ICDAS e respectivos tratamentos (BRAGA et al., 2012; EKSTRAND et al., 2018; PITTS et al., 2017).


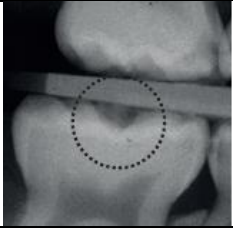

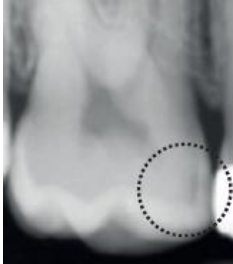

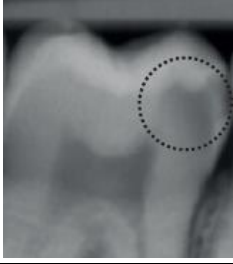

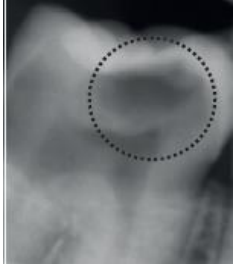
Classificação	Aparência Clínica	Aparência Radiográfica	Score	Descrição	Tratamento
Hígido			0	Nenhuma alteração na translucidez do esmalte após secagem prolongada (5s). Dente Hígido.	Orientações preventivas sobre higiene bucal e dieta
Lesões Iniciais			1	<i>Superfícies lisas:</i> Opacidade notável após secagem (5s). <i>Superfícies oclusais:</i> Opacidade notável após secagem (5s) e pigmentação retida em fundo de fóssulas e sulcos.	<i>Lesão Inativa:</i> Não tratar <i>Lesão Ativa:</i> 1º Passo: Orientações de higiene e dieta 2º Passo: Fluorterapia 3º Passo: Selamento das lesões na superfície oclusal*
			2	<i>Superfícies lisas:</i> Opacidade notável na presença de umidade. <i>Superfícies oclusais:</i> Opacidade notável na presença de umidade e pigmentação extrapola fundo de fóssulas e sulcos	
Lesões Moderadas			3	Microcavitação em esmalte	<i>Metade externa de dentina:</i> Orientações de higiene e dieta e selamento das lesões na superfície oclusal* <i>Metade interna de dentina:</i> Remoção seletiva de tecido cariado e restauração*
			4†	Sombreamento em dentina adjacente, pode ou não haver cavitação.	
Lesões Extensas			5	Cavitação em esmalte com exposição de dentina (até metade da dentina exposta)	<i>Lesão Inativa:</i> Não há indicação de tratamento, mas pode ser restaurado* para devolver estética e função. <i>Lesão Ativa:</i> <u>Sem envolvimento pulpar</u> Para cavidades com abertura <3 mm realizar o selamento da lesão. Cavidades com abertura >3 mm realizar a remoção seletiva de tecido cariado e restauração*. <u>Com envolvimento pulpar</u> Avaliar possibilidade de realizar tratamento endodôntico ou exodontia.
			6	Cavitação em esmalte com exposição de dentina (mais da metade da dentina exposta)	<i>Lesão Inativa:</i> Não há indicação de tratamento, mas pode ser restaurado* para devolver estética e função. <i>Lesão Ativa:</i> <u>Sem envolvimento pulpar</u> Realizar a remoção seletiva de tecido cariado e restauração*. <u>Com envolvimento pulpar</u> Avaliar possibilidade de realizar tratamento endodôntico ou exodontia.

Tabela 2. Classificação, aparência clínica e radiográfica e tratamento das lesões de cárie de acordo com o ICDAS II.

*Utilizar selante resinoso se houver controle de umidade, caso não haja, utilizar selante ionomérico. †Indicação de exame radiográfico. *A seleção do material restaurador dependerá do controle de umidade e da atividade de cárie.

3.6 Gengivoestomatite herpética aguda

A gengivoestomatite herpética é uma infecção causada pelo vírus herpes simples tipo 1 (HSV-1) que resulta em infecção inicial da gengiva e da mucosa oral. O HSV-1 geralmente é transmitido por contato direto com lesões ativas ou por gotículas de secreções da lesão de um indivíduo infectado (Aslanova, 2019).

A gengivoestomatite herpética primária é uma infecção pediátrica comum geralmente observada antes dos 6 anos de idade, mas também pode ocorrer em adolescentes e adultos. Na maioria dos casos se apresenta assintomática e o diagnóstico é feito com base na apresentação clínica da gengiva e mucosa que pode apresentar uma ou duas lesões vesiculares (KOLOKOTRONIS; DOUMAS, 2006; MORTAZAVI et al., 2016). Em algumas crianças, a infecção primária pode manifestar-se por meio de sintomas agudos, denominada então de gengivoestomatite herpética aguda (GEHA) (MCDONALD; AVERY, 2011).

Inicialmente a GEHA se apresenta como uma inflamação na mucosa oral e perioral, seguida pela rápida disseminação de lesões vesiculares na mucosa gengival, palatina, bucal e labial. Estas erupções vesiculares se rompem formando úlceras dolorosas recobertas por uma pseudomembrana branco-amarelada com halo eritematoso, que variam de 2 a 5 mm. As úlceras geralmente se curam em 2 a 3 semanas. Os sintomas associados a GEHA incluem febre, irritabilidade, mal-estar, dor de cabeça e dor associada a ingestão de líquidos ácidos (KOLOKOTRONIS; DOUMAS, 2006; MCDONALD; AVERY, 2011).

O tratamento da GEHA sintomática envolve principalmente o controle da dor, da febre e uma hidratação adequada. Em casos de sintomatologia dolorosa persistente e desidratação substancial, sugere-se tratar com aciclovir nas primeiras 72 horas do início dos sintomas. A dose atual recomendada de aciclovir oral é de 40 a 80mg/kg por dia, dividida em 3 ou 4 doses, por 7 dias. É importante que os cuidadores estejam cientes dos efeitos adversos do aciclovir, como dor de cabeça, mal-estar e vômito (GOLDMAN, 2016).

3.7 Candidíase oral

A candidíase oral (candidose) é uma das infecções orais oportunistas mais comuns em crianças, produzida pelo fungo do gênero *Candida*, principalmente a espécie *albicans*. Em crianças ocorre principalmente em neonatos e menores de 2

anos de idade. Quando presente em crianças menores de 1 ano, a candidíase oral é comumente chamada de candidíase neonatal ou sapinho (DHONDT et al., 1992).

A prevalência da candidíase neonatal varia entre 4 e 15%, e nesses casos o fungo *Candida albicans* coloniza o recém-nascido verticalmente durante o parto vaginal ou horizontalmente pelo ambiente (QUINDÓS et al., 2019).

Atualmente, a candidíase oral é classificada em: candidíase pseudomembranosa, candidíase eritematosa atrófica, candidíase hiperplásica e por meio de lesões associadas (estomatite protética, queilite angular e glossite rombóide) (MCDONALD; AVERY, 2011).

O tipo mais comumente observado em crianças é a candidíase pseudomembranosa, especialmente em lactentes, devido ao baixo pH na cavidade oral e à falta de uma microbiota estável capaz de inibir o desenvolvimento do fungo. Esse tipo de candidíase tende a se manifestar na forma de placas amarelo-esbranquiçadas de consistência macia e gelatinosa que exibem um padrão de crescimento centrífugo. As lesões aparecem especialmente na região orofaríngea, mucosa da bochecha e superfícies laterais da língua. As placas amarelo-esbranquiçadas destacam-se ao raspar, deixando uma zona eritematosa. Os sintomas são escassos e podem se apresentar com uma sensação de queimação e coceira (RAUTEMAA; RAMAGE, 2011).

O diagnóstico da candidíase oral é essencialmente clínico e baseia-se no reconhecimento das lesões pelo profissional, o que pode ser confirmado pela identificação microscópica do *Candida* (CORONADO-CASTELLOTE; JIMÉNEZ-SORIANO, 2013; RAUTEMAA; RAMAGE, 2011).

O tratamento da candidíase oral é baseado em três fundamentos: diagnóstico precoce do tipo de candidíase oral, correção dos fatores predisponentes, como por exemplo, higiene bucal precária, ou das doenças subjacentes e uso dos medicamentos antifúngicos (QUINDÓS et al., 2019).

O tratamento com antifúngicos pode ser realizado de forma tópica ou sistêmica. As medicações tópicas mais recomendadas são a nistatina e o miconazol, e devem ser aplicadas na área afetada em caso de infecções leves. Medicamentos sistêmicos devem ser prescritos quando a infecção é generalizada e a terapia tópica não for suficiente (QUINDÓS et al., 2019). Neste caso, está indicado o fluconazol (NEVILLE et al., 2009).

A higiene bucal regular impedirá a maioria dos casos de candidíase oral, por isso é necessário conscientizar os cuidadores sobre as medidas de higiene bucal da criança, que envolvem limpeza dos dentes, cavidade bucal e língua (Akpan & Morgan, 2002; Garcia-Cuesta et al., 2014).

3.8 Ulceração aftosa recorrente

A ulceração aftosa recorrente (UAR) também conhecida como “estomatite aftosa recorrente” (EAR) são lesões ulceradas benignas comuns na mucosa bucal de crianças, que ocorrem após períodos variáveis de remissão (ANDRADE, 2014).

Clinicamente a UAR é dividida em três formas: aftas menores, aftas maiores e aftas herpetiformes (FÁVARO; MARTINS, 2005). A forma menor é a mais comum, caracterizada por lesões circulares, ovoides ou alongadas com base crateriforme, medindo menos de 1 cm de diâmetro, cobertas por uma camada pseudomembranosa branco-acinzentada e com um tempo de resolução de 10 a 14 dias. A forma maior é a menos comum, tem mais de 1 cm de diâmetro e é a mais profunda, podendo durar meses e deixar cicatrizes. A forma herpetiforme é rara e apresenta-se como grupo de úlceras pontuais com tamanho de 0,1-0,2 cm e em grande número, podendo variar de 5 a 100 úlceras ao mesmo tempo, elas podem se unir e formar uma lesão grande e regular, e o curso clínico é de 7 a 14 dias (QUEIROZ et al., 2018).

A etiologia da UAR ainda não é clara, mas o seu desenvolvimento está relacionado com fatores locais (trauma local e alteração do pH salivar), fatores microbianos, doença médica subjacente (síndrome de Behçet, doenças inflamatórias intestinais, como a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa, doença celíaca, HIV positivos e neutropenia cíclica), fatores hereditários e genéticos, alergias alimentares, fatores imunológicos, deficiências nutricionais, estresse psicológico e anormalidades hematológicas (QUEIROZ et al., 2018; TARAKJI et al., 2015).

O diagnóstico correto da UAR depende de uma história clínica detalhada e do exame das lesões (Quadro 1). A avaliação clínica de uma UAR inclui inspeção e palpação. A base da úlcera pode ser necrótica, purulenta ou coberta com muco. As bordas da úlcera podem ser retas ou irregulares e podem parecer duras em relação ao tecido circundante. O tecido ao redor da úlcera pode ser branco, manchado, eritematoso ou de aparência normal (TARAKJI et al., 2015).

Pacientes com persistência da UAR devem ser acompanhados e um hemograma completo e medição de marcadores inflamatórios e hematínicos deve ser

solicitado (ferritina sérica, vitamina B12, folato sérico e eritrocitário). Quando a UAR está associada a uma condição sistêmica, o paciente deve ser encaminhado a um médico especialista (TARAKJI et al., 2015).

O tratamento adequado para UAR depende da gravidade dos sintomas, frequência, tamanho e número de úlceras. Os agentes tópicos são o tratamento de primeira escolha por serem seguros e eficazes, com poucos efeitos colaterais e menor chance de interação medicamentosa. Quando fatores traumáticos estão presentes, devem ser removidos, e é recomendada a prescrição de medicação para aliviar a dor e o desconforto provocado pelas lesões, que leva a perda de apetite e dificuldade para se alimentar. As preparações comerciais recomendadas como efeito paliativo são: Omcilon-A em Orabase, Albocresil e Hexomedine (ANDRADE, 2014).

Histórico familiar
Frequência da ulceração
Duração da ulceração
Número de úlceras
Local das úlceras (não queratinizadas ou queratinizadas)
Tamanho e forma das úlceras
Condições médicas associadas
Ulceração genital
Problemas de pele
Distúrbios gastrointestinais
Histórico de uso de drogas
Borda e base da úlcera e dos tecidos envolventes

Quadro 1. Critérios a serem observados na anamnese de UAR

3.9 Doença Mão-pé-boca

O acometimento de crianças por doenças exantemáticas é um dos quadros mais comuns na infância. Frequentemente essas doenças podem vir acompanhadas de manifestações orais e durante as consultas odontológicas o profissional precisa estar atento para informar, diagnosticar e trata-las, como no caso da doença mão-pé-boca, que é prevalente em crianças em idade pré-escolar (JONES et al., 2018).

A doença mão-pé-boca é uma infecção viral geralmente causada pelo vírus coxsackie A15, A5, A10 e às vezes pelo vírus coxsackie-B ou enterovírus humano 71

(Mehta e Mahajan, 2005). Trata-se de uma doença contagiosa que se espalha por vias orofecais e respiratórias e consiste em febre e erupção cutânea vesicular nas mãos, pés e úlceras na mucosa bucal (JONES et al., 2018).

O diagnóstico da doença mão-pé-boca é feito com base nas características clínicas, quando há dúvidas ou possíveis complicações (por exemplo, em pacientes imunossuprimidos), o diagnóstico é confirmado pela detecção direta do vírus através de testes sorológicos com o material da bolha, secreções nasofaríngeas, sangue ou materiais de biópsia (FÖLSTER-HOLST; KRETH, 2009).

Clinicamente, as lesões cutâneas começam com máculas eritematosas de 2-8mm, evoluindo rapidamente para vesículas brancas pálidas, ovais e de paredes finas como uma aréola vermelha. As lesões são tipicamente elípticas, com seu longo eixo paralelo às linhas da pele. Na boca as erosões aftosas apresentam-se dolorosas nas membranas mucosas, região de palato, língua e bochechas. As lesões desaparecem por 2-3 dias e curam sem crostas ou cicatrizes em cerca de uma semana (FÖLSTER-HOLST; KRETH, 2009; JONES et al., 2018).

A maioria dos pacientes com doença mão-pé-boca precisa apenas de tratamento de segurança sintomáticos, tendo em vista seu curso clínico benigno autolimitado (JONES et al., 2018). O cirurgião-dentista pode realizar a prescrição analgésica para alívio dos sintomas e recomendações dietéticas com vistas a prevenção da desidratação, que é a principal complicação da doença (GUEDES-PINTO, 2009; MCDONALD; AVERY, 2011).

É importante ressaltar que a doença mão-pé-boca quando mediada pelo Enterovírus 71 pode ser acompanhada por complicações pulmonares e no sistema nervoso central, e nesses casos o paciente deve ser encaminhado para tratamento médico (Jones et al. 2018).

4 METODOLOGIA

6.1 Revisão de Literatura

Foi realizado um levantamento bibliográfico, sem restrição quanto ao ano de publicação, nas bases de dados MEDLINE-Pubmed, Scielo, nas diretrizes da Associação Americana de Odontopediatria (AAPD – *American Association Paediatric Dentistry*) e da Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED) sobre o objeto de estudo. Após levantamento bibliográfico, as informações sobre as principais evidências sobre orientações da primeira consulta odontológica, principais alterações e doenças bucais da primeira infância foram organizadas em forma de revisão de literatura, a fim de descrever o conhecimento disponível sobre o tema e posteriormente condensá-lo em forma de e-book com linguagem didática.

6.2 Elaboração de Plano Didático – Pedagógico

O plano didático-pedagógico foi elaborado levando em consideração os seguintes tópicos (Anexo 1):

- *Competências*: Fonte de valor que engloba conhecimento, habilidades e atitudes.
- *Conhecimentos*: Informações necessárias para o desempenho de uma competência.
- *Habilidades*: Capacidade de desenvolver atos cognitivos e/ou práticos.
- *Detalhamento do conteúdo*: Semelhante ao sumário de um texto.
- *Referências estruturantes*: Referências para elaboração do material didático.

6.3 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 no programa ®Microsoft Powerpoint.

6.4 Criação do e-book

O conteúdo do e-book seguiu o plano didático-pedagógico, seguindo a descrição detalhada do conteúdo conforme o plano. A criação do e-book seguiu o roteiro organizativo abaixo, produzido pelo grupo SAITE store.

1. Apresentação e texto introdutório
2. Elementos didáticos a serem inseridos ao longo do texto:
 - 2.1 Para saber mais
 - 2.2 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

5 E-BOOK

A seguir o e-book será apresentado em forma impressa, para avaliar a versão interativa é necessário abrir o cd em anexo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cirurgião-dentista ao orientar os pais e cuidadores sobre hábitos de higiene oral e prevenção de doenças bucais exerce um papel importante e influenciador no curso do desenvolvimento infantil. Nesse sentido, é importante que esses profissionais estejam atualizados sobre as diretrizes de orientação de saúde bucal e sobre o diagnóstico e tratamento de doenças bucais.

Deste modo, a este instrumento de educação permanente pode capacitar e aprimorar o conhecimento de cirurgiões-dentistas para uma correta orientação, prevenção e tratamento de doenças bucais.

REFERÊNCIAS

- AAPD, A. A. OF P. D. Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians. v. 122, n. 6, p. 1387–1394, 2008.
- AAPD, A. A. OF P. D. Perinatal and infant oral health care. **Reference manul**, v. 40, n. 6, p. 216–220, 2016.
- AAPD, A. A. OF P. D. Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. **Reference manul**, v. 6, n. 40, 2018.
- AAPD, A. A. OF P. D. **Policy on Management of the Frenulum in Pediatric Dental Patients**American Academy of Pediatric Dentistry. [s.l: s.n.].
- ABOPED, A. BRASILEIRA DE O. **Manual de Referências para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria**. [s.l: s.n.].
- AHA, A. H. A. **Children should eat less than 25 grams of added sugars daily**.
- AMIR, L. H.; JAMES, J. P.; BEATTY, J. Review of tongue-tie release at a tertiary maternity hospital. **J. Paediatr. Child Health**, v. 41, p. 243–245, 2005.
- ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em Odontologia**. 3. ed. [s.l: s.n.].
- BHASKAR, V.; MCGRAW, K. A.; DIVARIS, K. The importance of preventive dental visits from a young age: Systematic review and current perspectives. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 6, p. 21–27, 2014.
- BOUTSI, E. A.; TATAKIS, D. N. Maxillary labial frenum attachment in children. **International journal of paediatric dentistry**, v. 21, p. 284–288, 2011.
- BRAGA, M. M. et al. O Uso Do Icdas Para Diagnóstico E Planejamento Do Tratamento Da Doença Cárie. **Pro-Odonto Prevenção**, v. 5, n. 4, p. 9–55, 2012.
- CALLAHAN, C. O.; MACARY, S.; CLEMENTE, S. The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 77, n. 5, p. 827–832, 2013.
- CASAMASSIMO, P. S. et al. Caries: Beyond the dmft: The human and economic cost of early childhood caries. **Journal of the American Dental Association**, v. 140, n. 6, p. 650–657, 2009.

- CHIANG, H. et al. Association between symptoms and subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder and sleep problems/disorders. **J Sleep Res**, v. 4, n. 19, p. 535–5454, 2010.
- CIANCIO, S. Improving oral health: current considerations. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 30, p. 4–6, 2003.
- CORBY, P. et al. Treatment outcomes of dental flossing in twins: molecular analysis of the interproximal microflora. **J Periodontol**, v. 79, n. 8, p. 1426–1433, 2008.
- CORONADO-CASTELLOTE, L.; JIMÉNEZ-SORIANO, Y. Clinical and microbiological diagnosis of oral candidiasis. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 5, n. 5, p. 279–286, 2013.
- DELLI, K. et al. Facts and myths regarding the maxillary midline frenum and its treatment : A systematic review of the literature. **Quintessence International**, v. 44, n. 2, p. 177–187, 2013.
- DHONDT, F. et al. Oral candidosis: treatment with absorbable and non-absorbable antifungal agents in children: Die Behandlung der oralen Candidose mit resorbierbaren und nicht-resorbierbaren Antimyzetika bei Kindern. **Mycoses**, v. 35, n. 1–2, p. 1–8, 1992.
- DIN-DZIETHAM, R. et al. High Blood Pressure Trends in Children and Adolescents in National Surveys , 1963 to 2002. **Pediatric Cardiology**, p. 1488–1497, 2007.
- DOLLBERG, S. et al. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia : a randomized , prospective study. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 41, p. 1598–1600, 2006.
- DYE, B.; AREVALO, O.; VARGAS, C. Trends in paediatric dental caries by poverty status in the United States, 1988-1994 and 1999-2004. **Int J Paediatr Dent**, v. 20, p. 132–143, 2010.
- EKSTRAND, K. R. et al. The International Caries Detection and Assessment System - ICDAS: A Systematic Review. **Caries Research**, v. 52, n. 5, p. 406–419, 2018.
- FÁVARO, D. M.; MARTINS, G. Ulceração Aftosa Recorrente Em Crianças: Revisão. **Archives of Oral Research**, v. 1, n. 3, 2005.

- FERNANDES, L. F. T. et al. A Influência Da Deglutição Atípica No Padrão Craniofacial E Na Morfologia Mandibular. **Rfo Upf**, v. 15, n. 1, p. 52–57, 2010.
- FINIGAN, V. et al. The effectiveness of frenulotomy on infant- feeding outcomes : a systematic literature review. **Evidence Based Midwifery**, 2013.
- FÖLSTER-HOLST, R.; KRETH, H. W. Virale Exanthemerkrankungen bei Kindern. Infektiose (direkte) Exanthemerkrankungen. Teil 2: Weitere virale Exanthemerkrankungen. **JDDG - Journal of the German Society of Dermatology**, v. 7, n. 5, p. 414–419, 2009.
- GHAHERI, B. A. et al. Breastfeeding Improvement Following Tongue-Tie and Lip-Tie Release : A Prospective Cohort Study. **Laryngoscope**, n. May, p. 1217–1223, 2017.
- GILLE, D. et al. Fermented Food and Non-Communicable Chronic Diseases : A Review. **Nutrients**, v. 10, n. 448, p. 1–18, 2018.
- GÓIS, G. E. O. et al. Influence of nonnutritive sucking habits, breathing pattern and adenoid size on the development of malocclusion. **Angle Orthodontist**, v. 78, n. 4, p. 647–54, 2008.
- GOLDMAN, R. D. Acyclovir for herpetic gingivostomatitis in children. **Child Health Update**, v. 62, n. 5, p. 403–404, 2016.
- GRECHI, T. et al. Bruxism in children with nasal obstruction. **Int J Pediatr**, v. 3, n. 72, p. 391–396, 2008.
- GUEDES-PINTO, A. C. **Fundamentos em Odontologia. Odontopediatria**. [s.l.: s.n.].
- JONES, E. et al. Outcomes following severe hand foot and mouth disease: A systematic review and meta-analysis. **European Journal of Paediatric Neurology**, v. 22, n. 5, p. 763–773, 2018.
- KHOURY, S. et al. A significant increase in breathing amplitude precedes sleep bruxism. **Chest**, v. 2, n. 134, p. 332–337, 2008.
- KNOX, I. Tongue Tie and Frenotomy in the Breastfeeding Newborn. **Neo Reviews**, v. 11, n. 9, p. 513–519, 2010.
- KOLOKOTRONIS, A.; DOUMAS, S. Herpes simplex virus infection, with particular

reference to the progression and complications of primary herpetic gingivostomatitis. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 12, n. 3, p. 202–211, 2006.

KUMMER, A. W.; CHILDREN, C. Ankyloglossia : To Clip or Not to Clip ? That's the Question. **American Speech-Language-Hearing Association**, v. 18, n. 1, p. 1–5, 2018.

KUPIETZKY, A.; BOTZER, E. Ankyloglossia in the Infant and Young Child : Clinical Suggestions for Diagnosis and Management. **Pediatric Dentistry**, v. 27, n. 1, p. 40–46, 2005.

LANG, W.; RONIS, D.; FARGHALY, M. Preventive behaviors as correlates of periodontal health status. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 18, p. 45–50, 2017.

LAVIGNE, G. et al. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. **J Oral Rehabil**, v. 7, n. 35, p. 476–494, 2008.

LOBBEZOO, F. et al. Bruxism defined and graded: An international consensus. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 40, n. 1, p. 2–4, 2013.

LOBBEZOO, F. et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 45, n. 11, p. 837–844, 2018.

MACEDO, C. R. Bruxismo do sono. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 13, n. 2, p. 18–22, 2008.

MANFREDINI, D. et al. Prevalence of sleep bruxism in children: A systematic review of the literature. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 40, n. 8, p. 631–642, 2013.

MATTOS-SILVEIRA, J. et al. Why do children and adolescents neglect dental flossing? **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 18, n. 1, p. 45–50, 2017.

MCDONALD; AVERY. **Odontopediatria - Para Crianças e Adolescentes**. [s.l: s.n.].

MERCHANT, A. Flossing for 2 weeks reduces microbes associated with oral disease2009;9(4):223–4. **J Evid Based Dent Pract**, v. 9, n. 4, p. 223–224, 2009.

MESSNER, A. H.; LALAKEA, M. L. The effect of ankyloglossia on speech in children. **American Academy of Otolaryngology**, v. 127, n. 5, p. 539–545, 2002.

MORTAZAVI, H. et al. Diagnostic Features of Common Oral Ulcerative Lesions: An

Updated Decision Tree. **International Journal of Dentistry**, v. 2016, 2016.

NEVILLE, B. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

NOWAK, A. et al. Do Early Dental Visits Reduce Treatment and Treatment Costs for Children? **J Mich Dent Assoc**, v. 1, n. 98, p. 36–42, 2016.

NOWAK, A. J.; WARREN, J. J. Infant oral health and oral habits. **Pediatric Clinics of North America**, v. 47, n. 5, p. 1043–1066, 2000.

OCHI, J. W. Treating Tongue Tie : Assessing the Relationship Between Frenotomy and Breastfeeding Symptoms. **United States Lactation Consultant Association**, n. September, p. 20–27, 2014.

OHMURE, H. et al. Influence of experimental esophageal acidification on sleep bruxism: a randomized trial. **Journal dental research**, v. 5, n. 90, p. 665–671, 2011.

ORTEGA, A. et al. Frequency of parafunctional oral habits in patients with cerebral palsy. **J Oral Rehabil**, v. 6, n. 34, p. 323–328, 2007.

ORTEGA, A. et al. Association between anticonvulsant drugs and teeth-grinding in children and adolescents with cerebral palsy. **J Oral Rehabil**, v. 9, n. 41, p. 653–658, 2014.

PASSOS, M. M.; FRIAS-BULHOSA, J. Hábitos de sucção não nutritivos, respiração bucal, deglutição atípica - Impactos na oclusão dentária. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial**, v. 51, n. 2, p. 121–127, 2010.

PITTS, N. B. et al. Dental caries. **Nature**, v. 3, p. 1–16, 2017.

PITTS, N.; EKSTRAND, K. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS) — methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. **Community Dent. Oral Epidemiol**, n. 41, p. 41–52, 2013.

PRANSKY, S. M.; LAGO, D.; HONG, P. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies : The influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, 2015.

- PRIYANKA, M. et al. An overview of frenal attachments. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 17, n. 1, p. 12–15, 2013.
- QUEIROZ, S. I. M. L. et al. Recurrent aphthous ulceration: An epidemiological study of etiological factors, treatment and differential diagnosis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 93, n. 3, p. 341–346, 2018.
- QUINDÓS, G. et al. Therapeutic tools for oral candidiasis: Current and new antifungal drugs. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 1, n. 24, p. 172–180, 2019.
- RAMIRES-ROMITO, A. et al. Correlation study of plaque and gingival indexes of mothers and their children. **J Appl Oral Sci**, v. 13, n. 3, p. 227–231, 2005.
- RAUTEMAA, R.; RAMAGE, G. Oral candidosis Clinical challenges of a biofilm disease. **Critical Reviews in Microbiology**, v. 37, n. 4, p. 328–336, 2011.
- RODRIGUES, J. A. et al. Sleep bruxism and oral health-related quality of life in children: A systematic review. **International Journal of Paediatric Dentistry**, 2019.
- SCHUEZ, B. et al. Effects of a short behavioural intervention for dental flossing: randomized-controlled trial on planning when, where and how. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 36, n. 6, p. 498–505, 2006.
- SEGAL, L. M. et al. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia. **Can Fam Physician**, v. 53, p. 1027–1033, 2007.
- SELWITZ, R. H.; ISMAIL, A. I.; PITTS, N. B. Dental caries. **Lancet**, p. 51–59, 2007.
- SERRA-NEGRA, J. et al. Relationship between tasks performed, personality traits, and sleep bruxism in Brazilian school children--a population-based cross-sectional study. **PloS one**, v. 8, n. 14, 2013.
- SERRA-NEGRA, J. et al. Environmental factors, sleep duration, and sleep bruxism in Brazilian schoolchildren: a case-control study. **Sleep Medicine**, v. 2, n. 15, p. 236–239, 2014.
- SUTER, V. G. A.; BORNSTEIN, M. M. Ankyloglossia: Facts and Myths in Diagnosis and Treatment. **J Periodontol**, v. 80, n. 8, 2009.
- TARAKJI, B. et al. Guideline for the diagnosis and treatment of recurrent aphthous stomatitis for dental practitioners. **Journal of international oral health : JIOH**, v. 7,

n. 5, p. 74–80, 2015.

TINANOFF, N.; PALMER, C. A. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 60, n. 3, p. 197–206, 2000.

WEBB, A. N.; HAO, W.; HONG, P. The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation : A systematic review. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 77, n. 5, p. 635–646, 2013.

WHEELER, B. et al. Management of the Maxillary Diastema by Various Dental Specialties. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 2017.

WHO, W. H. O. **Information note about intake of sugars recommended in the WHO guideline for adults and children.** [s.l: s.n.].

WINEBRAKE, J. P. et al. Pediatric Onychophagia: A Survey-Based Study of Prevalence, Etiologies, and Co-Morbidities. **American Journal of Clinical Dermatology**, v. 19, n. 6, p. 887–891, 2018.

ANEXO A. PLANO DIDÁTICO-PEDAGÓGICO

E-BOOK
Manual Prático de Odontopediatria.
<p>Competências: Compreender os aspectos importantes a serem abordados na primeira consulta e as doenças bucais mais frequentes na infância.</p>
<p>Conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a importância da primeira consulta odontológica precoce e as orientações a serem transmitidas aos cuidadores. • Conhecer a relação da dieta com as doenças crônicas bucais e sistêmicas. • Conhecer o índice ICDAS e o tratamento para cada score. • Conhecer os métodos de avaliação do freio e a conduta clínica indicada para cada caso. • Conhecer as doenças bucais mais frequentes na infância e a conduta clínica diante dessas doenças.
<p>Habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer aspectos importantes a serem abordados na primeira consulta odontológica. • Reconhecer a ingestão de açúcar como fator de risco comum para o desenvolvimento de doenças crônicas bucais e sistêmicas. • Reconhecer o tratamento indicado para cada score do índice ICDAS. • Reconhecer a correta indicação de frenectomia lingual e labial.
<p>Detalhamento do conteúdo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primeira consulta odontológica <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Orientações quanto à higiene bucal 1.2 Orientações quanto à alimentação cariogênica 1.3 Hábitos parafuncionais 1.4 Avaliação do frênulo 2. Doenças bucais <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Cárie dentária 2.2 Gengivoestomatite herpética aguda 2.3 Candidíase oral 2.4 Doença mão-pé-boca 2.5 Afta