



# PUERICULTURA ODONTOLÓGICA



FORTALEZA

2020

Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra  
**Prefeito do Município de Fortaleza**

Joana Angélica Paiva Maciel  
**Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza**

Ana Estela Fernandes Leite  
**Secretária Adjunta da Saúde**

Fernanda Gabriela Castelar Pinheiro Maia  
**Secretária Executiva da Saúde**

Aline Gouveia Martins  
**Coordenadoria Geral das Regionais de Saúde**

Anamaria Cavalcante e Silva  
**Coordenadora de**  
**Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais**

Rui de Gouveia Soares Neto  
**Coordenadora de**  
**Redes de Atenção Primária e Psicossocial**

Erlemus Ponte Soares  
**Gerente da Célula de Atenção Primária à Saúde**

**ELABORADORES**

Janaína Rocha de Sousa Almeida

José Carlos de Sousa Filho

Ricardo Barros Leal Rocha

Zislane Mendonça Viana

**REVISORES DO MESTRADO EM ODONTOLOGIA DO CENTRO  
UNIVERSITÁRIO CHRISTUS**

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer

Fabício Bitu Sousa

Juliana Paiva Marques Lima Rolim

Pollyanna Bitu de Aquino

Ramile Araújo Lima

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO .....</b>	<b>6</b>
<b>3 PUERICULTURA ODONTOLÓGICA .....</b>	<b>8</b>
<b><u>3.1 Consulta no primeiro mês de vida do bebê .....</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>3.2 Consulta aos 6 meses de vida do bebê .....</u></b>	<b><u>13</u></b>
<b><u>3.3 Consulta aos 12 meses de vida do bebê .....</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>3.4 Consulta aos 18 meses de vida do bebê .....</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b><u>3.5 Consulta aos 24 meses de vida do bebê .....</u></b>	<b><u>23</u></b>
<b><u>4. REFERÊNCIAS .....</u></b>	<b><u>24</u></b>
<b><u>5. FLUXOGRAMA DA PUERICULTURA ODONTOLÓGICA E QUADROS...</u></b>	<b><u>26</u></b>

## 1 INTRODUÇÃO

Puericultua (do latim *puer, pueris*, criança) é a área da saúde que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento, mais especificamente com o acompanhamento do desenvolvimento infantil. É a ciência que reúne todas as noções (medicina, odontologia, fisiologia, higiene, sociologia, etc.) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação.

Na pediatria, a puericultura é voltada para a prevenção e promoção de saúde, atuando no sentido de manter a criança saudável e com seu pleno desenvolvimento, objetivando que esta atinja a vida adulta com saúde e livre de complicações relacionadas ao desenvolvimento infantil. As ações realizadas na puericultura têm como principal foco a saúde, objetivando a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação em saúde para as crianças e seus familiares (DEL CIAMPO ET AL, 2006; MALAQUIAS, 2015; MACAMBIRA, 2016).

Dentro desta perspectiva, o período dos primeiros mil dias pode ser utilizado como prioritário no cuidado da criança em desenvolvimento, sendo uma estratégia de saúde pública utilizada por países ou localidades. Esse período vai desde a concepção até o fim do segundo ano de vida, sendo 270 dias da gestação, 365 dias do primeiro ano de vida e 365 dias do segundo ano de vida. Ressalta-se que este é um momento importante para garantir uma nutrição e um desenvolvimento saudáveis para a criança, tendo repercussões ao longo de todo o ciclo vital. Período conhecido como "janela de oportunidades", pois os hábitos e atitudes desenvolvidos nesse momento terão uma repercussão durante toda a vida do indivíduo (CUNHA, 2015).

Destaca-se que, para a efetividade da consulta de puericultura é necessário que o profissional responsável por esse atendimento conheça a realidade da criança e sua família, podendo, desta forma, atender às suas necessidades. Assim, a realização da puericultura pela ESF parece adequada, haja vista os vínculos formados em seus processos de trabalho junto a comunidade e suas famílias. Ademais, a participação da família na consulta contribui na melhora dos resultados clínicos e maior adesão do tratamento (MALAQUIAS, 2015).

Seguindo a perspectiva de prevenção precoce, a odontologia na primeira infância busca o tratamento integral das crianças nas diferentes idades e fases do desenvolvimento, através da prevenção, diagnóstico e tratamento. Com isso, a atenção à saúde bucal deve ser iniciada precocemente, de preferência no primeiro ano de vida, sendo a puericultura o momento mais oportuno para a implantação das medidas de prevenção e promoção de saúde (FERREIRA, 2010).

Assim, é fundamental que as mães sejam orientadas desde o pré-natal, onde já devem ser iniciadas as orientações preventivas e a construção do vínculo com a família. A participação do cirurgião-dentista nos grupos de gestantes, atuando de forma interdisciplinar, proporcionará uma rica troca de conhecimentos entre profissionais da

Estratégia Saúde da Família e as gestantes, favorecendo a construção de um pré-natal de excelência.

Para a realização de uma puericultura odontológica de excelência é importante que toda a equipe esteja sensibilizada sobre a importância dos cuidados odontológicos de forma precoce para as crianças, contribuindo dessa forma na construção do vínculo da família com toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família. É importante que esta ocorra na janela de oportunidades que ocorre nos primeiros 1000 dias (incluindo a gestação). Desta forma, a puericultura odontológica deve abranger o pré-natal e os 2 primeiros anos de vida da criança.

Assim, após de leitura de material acadêmico relacionado ao tema e discussão entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi construído esse protocolo, com o objetivo de orientar o acompanhamento da puericultura odontológica, para o atendimento aos usuários da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

## **2 PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO**

Considerando-se que a mulher tem um papel chave dentro da família, sendo uma multiplicadora de informações sobre os cuidados com a saúde de todo seu núcleo familiar, torna-se de extrema importância trabalhar a prevenção e promoção em saúde bucal com esse grupo (REIS, 2010), principalmente no período da gravidez.

Como mencionado anteriormente, o acompanhamento da puericultura odontológica deve iniciar ainda no período gestacional. O vínculo com a família poderá ser construído de forma mais efetiva, com o início do acompanhamento desde a gestação, favorecendo a realização da puericultura odontológica.

A gestante é grupo prioritário para as condicionalidades do Programa Bolsa Família (que deve ocorrer na ESF), e para a Rede Cegonha, que também tem um componente forte na ESF. Ademais, pelas próprias diretrizes da ESF, este é um grupo prioritário de atendimento na ESF (Brasil, 2011). Estes fatos já justificariam a priorização das gestantes no atendimento odontológico. Contudo, ainda há fatores sistêmicos que fortalecem esta priorização, como a relação entre doença periodontal com o parto prematuro e o baixo peso ao nascer (FORTALEZA, 2016).

Durante a gravidez, é frequente o aumento dos problemas gengivais, ocorrendo maior gravidade das gengivites e aumento do sangramento gengival, alterações que podem estar relacionadas ao acúmulo de placa bacteriana, altos níveis hormonais e o estado transitório de imunodepressão (MASSONI et al., 2019), e podem, por sua vez, influenciar no desenvolvimento do feto.

Figura 1: Grupo de gestante na Unidade de Atenção Primária à Saúde Pedro Sampaio, Fortaleza- Ce, 2019



Fonte: Arquivo Regional 6

Ao contrário do que muitos acreditam, a gestante pode e deve receber tratamento odontológico em qualquer época da gestação, pois o estresse da dor e de possível infecção é mais maléfico que o stress e ansiedade por vezes presentes no momento do atendimento. Contudo, o segundo trimestre é o período mais indicado para procedimentos mais invasivos, pois nessa fase a gestante se encontra em uma fase mais estável. Procedimentos invasivos eletivos ou não urgentes devem ser evitados no primeiro e no terceiro trimestre, sendo o adiamento do tratamento a melhor alternativa, de acordo com autores da área (CORRÊA, 2017).

No que se refere às recomendações gerais dos procedimentos odontológicos a serem realizados durante a gravidez, temos:

- Primeiro Trimestre: procedimentos profilático-preventivos, restauradores básicos e eliminações de focos infecciosos locais;
- Segundo Trimestre: profilaxia, procedimentos cirúrgicos, restauradores básicos e reabilitadores;
- Terceiro Trimestre: procedimentos profilático-preventivos, restauradores básicos, e controle terapêutico.

Importante ressaltar que durante o atendimento odontológico no terceiro trimestre, posições adequadas deverão ser utilizadas para prevenir desconforto posicional da gestante durante o atendimento. O encosto da cadeira deve ser posicionado a 45 graus em relação ao solo e pode ser usado um apoio de travesseiro ou almofada na região lombar. Ao término do atendimento, a gestante deverá ser colocada virada para lado esquerdo, evitando assim a compressão da veia cava pelo peso do bebê (CORRÊA, 2017).

### 3 PUERICULTURA ODONTOLÓGICA

A primeira infância é um período de construção de hábitos relacionados à saúde bucal, sendo, portanto, a prevenção precoce a principal ferramenta para a formação de uma perfeita saúde bucal.

Trabalhar a prevenção e promoção de saúde é importante para o efetivo sucesso do acompanhamento da puericultura odontológica. Seguem algumas sugestões temáticas que podem ser trabalhadas e que serão detalhadas posteriormente nesse manual:

- A importância do cuidado com a saúde bucal durante a gestação;
- Doença cárie e sua prevenção;
- A responsabilidade dos pais pela higiene bucal: como e quando realizá-la;
- Amamentação;
- Cuidados na amamentação/alimentação noturna;
- Hábitos alimentares e o uso racional da sacarose;
- Uso do flúor;
- Hábitos bucais deletérios;
- Prevenção de traumas buco-dentários.

Com relação à frequência de consultas dos bebês preconiza-se que essa criança possa ser acompanhada pela equipe de saúde bucal no primeiro mês de vida, devendo a equipe participar da visita domiciliar à puérpera junto com a equipe da ESF ou agendar uma consulta do bebê nesse período. A segunda consulta deverá acontecer aos 6 meses de vida e continuar acontecendo a cada 6 meses, até que a criança complete os 24 meses de vida. Cada consulta deverá observar características específicas conforme abaixo e deve ser registrada na caderneta da criança e no prontuário eletrônico.

Assim, segue-se abaixo a proposta de frequência de consultas de acompanhamento da puericultura odontológica que deverá ser implementada no município de Fortaleza. Ressalta-se que, caso seja necessário, devido a condição sistêmica e clínica do bebê, esses intervalos poderão ser menores (Quadro 1).

**Quadro 1:** Consultas Odontológicas na Primeira Infância

	<b>1 mês</b>	<b>6 meses</b>	<b>12 meses</b>	<b>18 meses</b>	<b>24 meses</b>
<b>Consulta Odontológica de Puericultura</b>	X	X	X	X	X



### **3.1 Consulta no primeiro mês de vida do bebê**

A consulta no primeiro mês de vida do bebê pode ocorrer na casa da criança ou na unidade de saúde. É importante que o cirurgião-dentista acompanhe o histórico dental da mãe, os hábitos do bebê, e realize o exame clínico da criança, além de aproveitar este momento para valorizar a puericultura odontológica para o pleno desenvolvimento da criança e prevenção de agravos odontológicos na infância. O quadro 2 explicita as principais observações/orientações que devem ser realizadas durante a primeira consulta após o nascimento do bebê.

**Quadro 2:** Fatores que devem ser observados no primeiro mês de vida do bebê

<b>Acompanhar</b>	<b>Observações/Orientações</b>
Histórico dental da mãe	- última visita ao consultório odontológico; - dieta da mãe; - hábitos de higiene bucal.
Hábitos do bebê	- amamentação; - hábitos de higiene do bebê; - hábitos deletérios.
Exame clínico do bebê	- verificar a presença de dentes natais e neonatais, pérolas de Epstein ou nódulos de Bohn; - verificar a presença de fendas labiopalatinas; - verificar a inserção do freio lingual.
Importância da puericultura	- destacar a importância do acompanhamento de bebê na puericultura.

Dentre as observações/orientações a serem desenvolvidas na primeira consulta pós-natal, algumas são descritas abaixo, explicitando sua importância e a forma que deve ser realizada.

#### **- A amamentação**

A amamentação materna exclusiva deve ser estimulada até os 6 meses. O bebê que está em amamentação exclusiva não necessita consumir água, chás ou qualquer outro tipo de alimento. A partir dos 6 meses outros alimentos devem ser introduzidos de forma gradual. O leite materno possui os nutrientes adequados para o crescimento e desenvolvimento do bebê, além disso, a amamentação será importante para a formação do sistema estomatognático, estimulando o crescimento maxilar e mandibular, a criança aprenderá a posicionar a língua de forma adequada, proporcionará o selamento labial, o que estimulará uma respiração nasal eficiente, diminuindo o risco de tornar-se um respirador bucal (MIOTTO et al., 2014).

A sucção é um ato reflexo no recém-nascido que nasce a termo, enquanto o processo de mamar no peito constitui-se de um movimento muscular e mandibular mais complexo do que a sucção que é aprendido pelo recém-nascido. Os movimentos realizados na musculatura mandibular e maxilar do bebê são fundamentais para a

normalização do retrognatismo natural, proporcionando um adequado desenvolvimento do sistema estomatognático (ABANTO, 2019).

Durante a consulta, a mãe deve ser informada da importância da amamentação para o desenvolvimento do bebê e de sua saúde oral e estimulada a amamentação exclusiva até os 6 meses de idade.

### - Hábitos de higiene bucal

No bebê com aleitamento materno exclusivo e sem a presença de dentes não é necessário fazer a limpeza da cavidade oral (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2019)

Após a erupção do primeiro dente recomenda-se a utilização do creme dental, sendo a quantidade controlada de acordo com a idade da criança e capacidade motora de eliminar o excesso do produto (Figura 2). A concentração deve ser de até 1100 ppm de flúor. Até os 3 anos de idade, a quantidade utilizada na escova dental não deve exceder ao tamanho de um grão de arroz cru, após esta idade a quantidade deve ser equivalente ao tamanho de uma ervilha pequena (PARANÁ, 2018) (Figura 2).

Figura 2 : Quantidade de creme dental com flúor recomendado de acordo com a faixa etária.



Fonte: [www.googleimagens.com](http://www.googleimagens.com)

A escova dental deve ser utilizada após a erupção dos dentes decíduos e recomenda-se escova com tamanho de cabeça proporcional ao tamanho da boca da criança, com cerdas extramacias ou macias (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2019).

A gaze e ou fralda umedecida podem ser utilizadas de forma complementar na higiene dental do bebe com poucas unidades dentárias erupcionadas. Atenção especial deve ser dada a higienização noturna, principalmente após alimentação no meio da noite

quando dentes decíduos já estiverem na boca do bebê. A falta desta higienização aumenta o risco da cárie precoce da infância.

### **- Sistema estomatognático do bebê**

O exame oral do bebê pode ser realizado de várias formas, como com ele deitado em uma superfície plana forrada (e.g., mesa forrada, cama, sofá, cadeira odontológica, etc.), assim como com a técnica joelho com joelho com ou sem o travesseiro de apoio.

Para a realização do exame clínico do bebê é importante conhecer as principais características do sistema estomatognático desta faixa etária. Ao nascimento, a maxila e a mandíbula são pequenas em comparação com as outras estruturas da cabeça. Os processos alveolares estão cobertos pelos abaulamentos gengivais que logo se segmentam para indicar os locais de desenvolvimento dos dentes. A boca edentada do bebê apresenta mucosa gengival de cor rosada, firmemente aderida, denominada rodete gengival, esse período até o nascimento dos dentes é chamado de período dos rodetes gengivais (CORRÊA, 2017).

A relação intermaxilar ao nascimento apresenta uma projeção maxilar, essa posição mais distal da mandíbula deve ser proveniente da posição ventral do feto na cavidade amniótica e a correta inter-relação entre os rebordos acontece depois do nascimento, possivelmente devido à sucção (CORRÊA, 2017).

A literatura mostra a presença de dentes natais e neonatais com prevalência variável. Nestes casos os dentes mais afetados são os incisivos inferiores decíduos. Dente natal é aquele que está presente ao nascimento, dente neonatal é aquele que irrompe na cavidade bucal durante os primeiros 30 dias após o nascimento. Dentes que irrompem após este período podem ser considerados com irrompimento precoce. O diagnóstico diferencial torna-se importante para a realização do correto plano de tratamento, o exame radiográfico será de fundamental importância na identificação dos dentes natais e neonatais (KÉROURÉDAN *et al.* 2018).

Os dentes natais e neonatais devido à dificuldade de formação radicular podem apresentar muita mobilidade o que pode causar dor e desconforto durante a amamentação, além disso, essa mobilidade pode proporcionar a aspiração ou deglutição do dente. A ulceração traumática no ventre lingual, conhecida como Doença de Riga-Fede, está frequentemente relacionada à presença de dentes natais e neonatais, sendo causada pelos bordos pontiagudos e cortantes destes dentes. Essa complicação irá dificultar a amamentação, podendo causar deficiências nutricionais (KÉROURÉDAN *et al.* 2018). Nestes casos, a remoção do dente natal e ou neonatal deve ser considerada.

Os cistos epiteliais são alterações frequentes no recém-nascido, com prevalência de 70-80%. Dentre estes, destacam-se as *pérolas de Epstein*, os *nódulos de Bohn* e os *cistos da lâmina dentária*. As pérolas de Epstein são proliferações do epitélio do palato, que se formam durante o último mês de vida fetal, incluídos ao longo da rafe mediana. Os nódulos de Bohn são remanescentes de tecidos de glândulas mucosas encontradas

sobre os rodetes gengivais, em vestibular ou lingual, assim como no palato, longe da rafe mediana. Já os cistos da lâmina dentária são estruturas remanescentes da lâmina dentária que permaneceram na mucosa do rebordo alveolar depois da formação do dente e proliferaram para formar pequenos cistos queratinizados (Figura 3). Ressalta-se que em geral estes cistos epiteliais não necessitam de tratamento específico, pois não existe incremento no tamanho e em geral eles desprendem-se espontaneamente poucas semanas depois.

Figura 3: Cisto da lâmina dentária.



Fonte: Vaz et al., 2010

**Quadro 3:** Alterações mais prevalentes em bebês de 0-36 meses

<b>Alteração</b>	<b>Características</b>	<b>Conduta</b>
Língua fissurada	Fissuras, sulcos e pregas que favorecem o acúmulo de biofilme na língua.	Higienização diária da língua.
Língua geográfica ou glossite migratória benigna	Áreas irregulares rosa-avermelhadas com perdas de papilas filiformes, as áreas afetadas mudam continuamente. Língua mais sensível a alimentos ácidos e apimentados.	Higienização diária da língua. Evitar alimentação ácida e apimentada (para diminuir sensibilidade).
Anquiloglossia	Freio lingual curto	Frenectomia nos casos de dificuldade de amamentação ou de deglutição, alteração da fala ou alterações periodontais.
Cisto de erupção	Associado à erupção dos dentes.	Pode se romper sozinho. Incisão para a drenagem indicada apenas em casos de dificuldade na alimentação.
Freio teto labial superior persistente	No recém-nascido a inserção palatina é normal. Nova inserção vestibular se definirá	Acompanhamento.

	com a erupção dentária e crescimento ósseo.	
Gengivostomatite herpética aguda	<p>Maioria dos casos ocorre até os 5 anos de idade.</p> <p>Primeiras 24 horas: mal-estar geral, febre alta, cefaleia, irritabilidade, perda de apetite. Após as 24 primeiras horas: gengiva inchada, salivação intensa, dor, formação de múltiplas vesículas, formação de úlceras dolorosas.</p>	<p>Limpeza da boca.</p> <p>Analgésico.</p> <p>Dieta líquida ou pastosa e fria.</p> <p>Hidratação adequada.</p>
Candidíase Oral	<p>Forma mais comum em bebês é a pseudomembranosa com placas brancas ou amareladas, facilmente removidas deixando a superfície vermelha e com ardência.</p>	<p>Limpeza da boca, 3 a 4 vezes ao dia.</p> <p>Se necessário utilizar antifúngicos tópicos como Nistatina suspensão oral. Embeber gaze em solução e realizar a limpeza da boca, 3 a 4 vezes ao dia, por 7 a 10 dias.</p> <p>Desinfecção dos objetos contaminados.</p> <p>Higiene do mamilo da mãe, caso a criança seja amamentada.</p>
Queilite Angular	<p>Fissuras radiais profundas nas comissuras labiais que ulceram e sangram.</p> <p>Sensação de ardência e secura</p>	<p>Tratamento sintomático:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lubrificar lábios;</li> <li>- Antifúngico local - Nistatina</li> </ul>

Fonte: Londrina, 2009. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Saúde Bucal

### **3.2 Consulta aos 6 meses de vida do bebê**

A consulta dos seis meses de vida do bebê deve ocorrer na unidade de saúde. É importante que o cirurgião-dentista observe os hábitos de alimentação e higiene do bebê, utilização do flúor, a existência ou não de dentes erupcionados, assim como orientação sobre a prevenção da cárie precoce da infância e aplicação de flúor verniz quando da existência de elementos dentais.

#### **Quadro 4:** Fatores que devem ser observados no 6 mês de vida do bebê

Acompanhar/Realizar	Observações/Orientações
Alimentação do Bebê	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar sobre a amamentação/alimentação noturna;</li> <li>- não utilização da sacarose.</li> </ul>
Hábitos de higiene bucal do bebê	<ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar a demonstração de como deve ser realizada a higiene oral do bebê;</li> <li>- sem dentes erupcionados utilizar gaze embebida em água fervida ou filtrada;</li> </ul>

	- introdução da escova e creme dental com flúor, caso já tenham erupcionado os dentes decíduos.
Utilização do creme dental com flúor	- orientar sobre a quantidade correta de creme dental com flúor que deve ser utilizada.
Erupção dentária	- verificar o processo de erupção dentária.
Manchas Brancas e Cárie precoce da infância	- esclarecer o que seria a mancha branca e a cárie precoce na infância e como proceder para preveni-las.
Aplicação do flúor	- aplicar o verniz com flúor (5%) nos dentes já erupcionados, superfícies dentárias devem estar limpas e secas.

### - Erupção dentária

Erupção dentária é outro fator que deve ser orientado na primeira infância. Esse é comumente um momento de dúvidas para os pais, período em que algumas manifestações sistêmicas e locais podem acontecer. Ademais, existem divergências sobre quais sintomas estão realmente relacionados à erupção dental.

A erupção dos dentes decíduos pode acontecer sem nenhum sintoma, porém em pelo menos dois terços das crianças observam-se sinais e sintomas que podem ter relação com esse processo. O quadro 5 apresenta as manifestações mais observadas no período de erupção dentária.

**Quadro 5:** Sinais e Sintomas mais associados à erupção dentária

Irritabilidade e impaciência	Alterações de sono	Aumento da temperatura	Diarréia
Falta de apetite	Coriza e Tosse	Eritema cutâneo	Edema e prurido gengival
Irritação local - morder e coçar	Salivação excessiva	Tumefações gengivais	Aumento da sucção digital

Fonte: Vasques, 2010.

Algumas condutas para o período de erupção dentária podem ser adotadas, devendo ser esse tratamento sintomático, podendo ser utilizadas medidas tópicas ou sistêmicas, como as descritas no quadro 6.

**Quadro 6:** Medidas não farmacológicas no processo de erupção dentária.

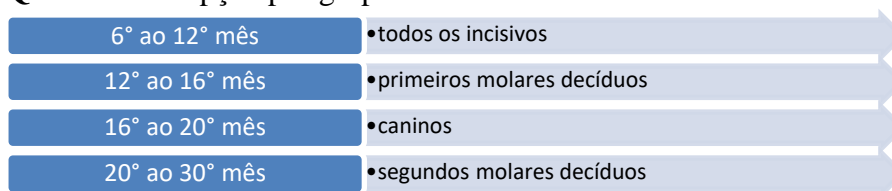
Fonte: Londrina, 2009

A maioria das crianças terá a presença de dentes decíduos na cavidade dental no primeiro ano de vida. Contudo, se a criança ainda não apresentar nenhum dente erupcionado com um ano e quatro meses, é recomendável solicitar radiografia para pesquisa de possíveis alterações. Independentemente dos primeiros dentes erupcionarem mais cedo ou mais tarde, a dentição decídua, em geral se completa por volta dos 36 meses (LONDRINA, 2009). Os quadros 7 e 8 apresentam a cronologia de erupção e esfoliação da dentição decídua.

**Quadro 7:** Cronologia de erupção e esfoliação dos dentes decíduos.

	Dente	Erupção	Esfoliação
Arco Superior	51 e 61	7 meses	7-8 anos
	52 e 62	9 meses	8-9 meses
	53 e 63	18 meses	11-12 meses
	54 e 64	14 meses	10-11 anos
	55 e 65	24 meses	10-12 anos
Arco Inferior	71 e 81	6 meses	6-7 anos
	72 e 82	7 meses	7-8 anos
	73 e 83	16 meses	9-10 anos
	74 e 84	12 meses	10-12 anos
	75 e 85	20 meses	11-12 anos

Fonte: Londrina, 2009

**Quadro 8:** Erupção por grupo etário.

Fonte: Londrina, 2009

### - Lesões de manchas brancas ativas

Bebês que já apresentam manchas brancas ativas devem ser tratados de modo diferencial, com o objetivo de paralisar a doença.

Recomenda-se a aplicação de verniz com flúor (5%) uma vez por semana, durante 4 semanas consecutivas, associado a orientação sobre higiene oral e alimentação. Adicionalmente, quando da cavitação, tratamento restaurador adequado deve ser realizado, seguindo o indicado pela Associação Brasileira de Odontopediatria – ABOPED (LEAL et al., 2019). Deve ser realizada uma manutenção preventiva mensal até a reversão dos fatores de risco, após isso fazer controle trimestral.

### - Cárie na Primeira Infância (CPI)

A relação entre a quantidade de açúcar ingerido e o desenvolvimento da cárie já está comprovada cientificamente. A introdução precoce do açúcar, antes do primeiro ano de vida, está associada a cárie precoce e severa na idade pré-escolar. A Academia Americana de Odontopediatria classifica cárie precoce na infância (CPI) como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (devido à cárie) ou restaurados antes dos 71 meses de idade. Porém, qualquer sinal de superfície dentária lisa cariada, com ou sem cavidade, em crianças com menos de 3 anos de idade, é considerada cárie severa na infância (CSI). Essa é de natureza rompante, aguda e progressiva. Também é considerada CSI se, dos 3 aos 5 anos de idade, a criança apresenta mais de quatro, cinco e seis superfícies afetadas em dentes anteriores decíduos aos 3, 4 e 5 anos, respectivamente. A CSI substituiu o termo anteriormente conhecido como “cárie de mamadeira”.

A Cárie na Primeira Infância (CPI) é uma doença que ocorre em crianças até 5 anos de idade, sendo causada por vários fatores como a má alimentação, a falta de higiene adequada e principalmente o uso de mamadeiras e amamentação durante a noite sem higienização posteriormente (Figura 4). Destaca-se que a CPI é mais prevalente em pacientes menos favorecidos, tendo uma forte associação com fatores socioeconômicos (LARANJO, 2017).

Figura 4: Cárie na Primeira Infância



Fonte: arquivo pessoal



A CPI tem um padrão de desenvolvimento que é definido e simétrico, tendo início no terço cervical da face vestibular dos dentes anteriores superiores. Em seguida, acomete a superfície oclusal dos primeiros molares superiores e inferiores, caninos e segundos molares decíduos. Em estágios mais avançados acomete também incisivos inferiores. A prevalência da Cárie na Primeira Infância é alta e sua severidade aumenta com a idade (BORGHI, 2015).

Ressalta-se que geralmente os pais desconhecem a etiologia da doença e não percebem os sinais iniciais da cárie, procurando atendimento apenas quando o caso já está mais agravado. Quanto mais tardio o tratamento, mais prejuízos à doença pode trazer para essas crianças, tais como dificuldades na mastigação, fonação e estética, diminuindo assim a qualidade de vida dos pré-escolares (FEITOSA; COLARES, 2003). Diante disso, ressalta-se a importância da puericultura odontológica na prevenção do aparecimento dos referidos problemas, assim como para o encaminhamento a tratamento restaurador quando necessário.

#### **- Recomendações relacionada ao manejo da lesão de cárie (ABOPED)**

O manejo da lesão de cárie pode ocorrer em dois níveis:

1. Manejo de lesão ativa não cavitada ou lesão cavitada passível de limpeza (remoção de biofilme),
2. Lesão cavitada ativa não passível de limpeza.

No primeiro caso, o controle da doença é suficiente para evitar a progressão da lesão (remoção de biofilme, aplicação de flúor, controle de dieta). Para as lesões cavitadas, devemos observar os seguintes princípios guias de remoção do tecido cariado:

- a. Preservação dos tecidos dentários;
- b. Manutenção da vitalidade pulpar;
- c. Evitar a exposição pulpar;
- d. Evitar a ansiedade odontológica;
- e. Viabilizar margens cavitárias sadias para alcançar selamento periférico.

Desta forma, indica-se a remoção seletiva do tecido cariado para a realização da restauração. Para tanto, a periferia da cavidade deve ser circundada por um esmalte hígido para permitir o melhor selamento adesivo. A dentina periférica (paredes laterais) deve ser dura – dentina hígida. No entanto, um tecido cariado firme deve/pode ser deixado em direção a parede pulpar da cavidade, o suficiente para permitir que um volume considerável de material restaurados seja colocado ao mesmo tempo que se evite a exposição da polpa. Para lesões profundas, estendendo-se radiograficamente além do terço interno (pulpar) ou quarto da dentina, a remoção seletiva desse ser

realizada até a dentina amolecida; o principal objetivo é não expor ou irritar a polpa, desde que não haja sintomas clínicos de inflamação pulpar presente. Para lesões menos profundas, a remoção seletiva deve ocorrer até a dentina firme (LEAL *et al.* 2019).

### **3.3 Consulta aos 12 meses de vida do bebê**

A consulta dos doze meses de vida do bebê deve ocorrer na unidade de saúde. É importante que o cirurgião-dentista observe os hábitos de alimentação e higiene do bebê, utilização do flúor para prevenção e tratamento da cárie dental, assim como orientação sobre a prevenção de traumatismos dentários. O quadro 9 apresenta os principais fatores a serem trabalhados na consulta dos 12 meses.

**Quadro 9:** Fatores que devem ser observados aos 12 meses de vida do bebê

<b>Acompanhar/Realizar</b>	<b>Observações/Orientações</b>
Alimentação do Bebê	- orientar sobre a amamentação/alimentação noturna; - não utilização da sacarose.
Hábitos de higiene bucal do bebê	- solicitar que o responsável realize a higiene oral do bebê, sob a supervisão do cirurgião-dentista; - a utilização da escova dental deverá ser novamente reforçada, pois nesse período teremos a presença de molares decíduos; - uso adequado do creme dental com flúor; - orientar a utilização do fio dental.
Prevenção dos traumatismos dentários	- orientar sobre o aumento dos riscos de traumatismo dentário e os cuidados necessários para sua prevenção.
Aplicação do flúor	- aplicar o verniz com flúor nos dentes já erupcionados.

#### **- Traumatismo dental**

As lesões dentárias traumáticas são agravos que têm um grande impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente ocasionando limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto da criança/adolescente evitar sorrir e conversar. Considerando a faixa etária de 12 meses como um momento no qual boa parte das crianças começa a caminhar, os riscos de quedas e o acontecimento de traumatismos dentários ficam mais prevalentes, sendo de fundamental importância, orientar aos responsáveis como proceder diante de tal acontecimento (FORTALEZA, 2016).

Os responsáveis devem ser orientados em relação aos cuidados iniciais com a alimentação e higiene. Nos primeiros dias após o trauma a dieta deve ser líquida ou pastosa, nem muito quente ou fria, evitando utilizar os dentes traumatizados no corte e

trituração dos alimentos. Em relação à higiene, caso o paciente consiga, deve usar a escova normalmente. Caso contrário, realizar a escovação dos dentes não traumatizados normalmente e dos atingidos com gaze ou algodão – sendo a utilização de clorexidina um aliado importante. Ainda deve ser orientado a necessidade de retorno ao dentista, pois o risco de sequelas após os traumas dentários é grande, como necrose, anquilose, reabsorção radicular, dentre outras (FORTALEZA, 2016).

De uma maneira geral, o dentista deve ver a criança no dia do trauma (para que possa diagnosticar o tipo de traumatismo e tomar as primeiras providências cabíveis, inclusive confirmando que a criança está coberta para vacina antitetânica – importante dependendo de onde o trauma ocorreu); uma semana após o trauma (para verificar a cicatrização de tecidos moles e realização de procedimentos restauradores que ainda não foram possíveis – provisórios e ou definitivos); um e três meses após o trauma (acompanhamento da vitalidade pulpar e realização de procedimentos restauradores definitivos, inclusive procedimentos endodônticos, quando necessários); e de seis em seis meses após esta última consulta (para acompanhamento de possíveis complicações - e.g., anquilose dental, necrose pulpar, etc.).

Os tipos de trauma e o tratamento indicado para cada tipo está descrito no quadro 10. O tratamento imediato do traumatismo dentário deve levar em conta alguns aspectos fundamentais (FORTALEZA, 2016).

Exame Radiográfico - deve ser realizado exame radiográfico na consulta inicial e nas consultas subsequentes de acompanhamento (dentes decíduos devem ser acompanhados por pelo menos 1 ano e 6 meses; dentes permanentes devem ser acompanhados por 5 anos) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA, 2019).

Necessidade de contenção – durante o exame é importante é observar a necessidade de contenção, que deve ser instalada nos casos de mobilidade anormal dos dentes atingidos. A contenção pode ser de dois tipos de acordo com o tipo de trauma: rígida para os casos de fratura radicular ou alveolar por dois meses; e semi-rígidas, para os demais casos por duas a três semanas. As fraturas radiculares devem ser avaliadas quanto a sua extensão e localização.

Necessidade de Proteção dentinária – nos casos de exposição da dentina é fundamental protegê-la. Em casos de exposição pulpar orienta-se o tratamento endodôntico.

Medicação – para todos os pacientes com trauma deve-se indicar o uso de bochecho com clorexidina duas vezes ao dia durante 15 dias. Em caso de criança pequena pode-se orientar a aplicação por meio de cotonetes. Analgésico está indicado para os casos de dor e anti-inflamatórios nos casos de deslocamentos dentários. O antibiótico está indicado para os casos mais severos como avulsão e intrusão de dentes permanentes ou nas situações em que o ambiente do trauma era muito contaminado.

Necessidade de reposicionamento – nos casos em que houve deslocamento dentário da dentição permanente indica-se o reposicionamento e contenção, posteriormente deve ser realizado o tratamento endodôntico.

**Quadro 10:** Conduitas diante do traumatismo dentário

<b>Tipo de Trauma</b>	<b>Descrição</b>	<b>Tratamento</b>
Fratura de esmalte	Atinge pequena camada do esmalte	Verificar se o complexo dentinário está protegido, caso afirmativo, realizar restauração por questões estéticas.
Fratura de esmalte e dentina.	Atinge esmalte e a dentina sem comprometer o tecido pulpar.	Restauração + acompanhamento. Solicitar RX.
Fratura de esmalte, dentina e polpa.	Fratura estendendo-se até o tecido pulpar.	Rx ( após 1 semana, 1 mês e a cada 3 meses); Pulpectomia; Restauração.
Fratura radicular.	Pode ser do tipo I (1/3 apical) mais comuns na dentição decídua, tipo II (1/3 médio), III (1/3 cervical).	1/3 apical ou 1/3 médio fazer esplintagem rígida com fio de aço 0,5 ou 0,6, de 6 a 8 meses. 1/3 cervical: exodontia. Rx de acompanhamento.
Concussão	Lesão nas estruturas de suporte dental sem perda anormal ou deslocamento do dente.	Observação.
Subluxação	Lesão nas estruturas de suporte dental com perda anormal, mas sem deslocamento do dente.	- Acompanhar; - Aliviar qualquer interferência interoclusal.
Luxação Lateral	Deslocamento do dente em uma posição outra que a axial. O ligamento periodontal é rompido ou deformado. Sem mobilidade ou sensibilidade ao toque.	- Dente decíduo: reposicionamento passivo ou reposição de forma ativa. Imobilizar por 1-2 semanas. - Dente permanente: reposicionar o mais breve possível. Contenção adicional por 2-4 semanas pode ser necessária.
Luxação Intrusiva	Deslocamento apical do dente para o interior do osso alveolar.	- Dente decíduo: aguardar a reerupção espontânea. É indicada a exodontia quando o ápice do dente decíduo está voltado para o germe do dente permanente. - Dente permanente: reposicionar o dente de forma ativa ou passiva e estabilizar o

		dente em sua posição correta.
Luxação Extrusiva	Deslocamento parcial do dente axialmente em relação ao alvéolo.	- Dente decíduo se a lesão for grave indica-se a exodontia. - Dente permanente: reposicionar o dente e imobilizar por até 3 semanas.
Avulsão	Dente sai completamente do alvéolo.	Dente decíduo: não recomenda-se o reimplante. Dente permanente: a criança deve ser encaminhada para o setor de odontologia o mais rápido possível. Indica-se a conservação do dente em meios fisiológicos como leite, soro fisiológico ou na saliva na ausência destes. Chegando ao consultório, o profissional, após rápida anamnese, deve reimplantar o dente, manuseando o mesmo sempre pela coroa. Após radiografia e anestesia infiltrativa, o coágulo deve ser removido com soro e o dente reimplantado de forma lenta e gradual. Posteriormente, a contenção do tipo semi-rígida (Fio de Nylon ou Fio ortodôntico “leve”) deve permanecer por 7-14 dias. Após esse período, depois da remoção da contenção paciente deve ser encaminhado para atenção secundária para realização de tratamento endodôntico.

Fonte: Fortaleza, 2016; Massara, 2009.

### **3.4 Consulta aos 18 meses de vida do bebê**

A consulta dos dezoito meses de vida do bebê deve ocorrer na unidade de saúde. É importante que o cirurgião-dentista observe os hábitos de alimentação e higiene do bebê, utilização do flúor para prevenção e tratamento da cárie dental, assim como orientação sobre a prevenção de hábitos nocivos/deletérios ao desenvolvimento oral. O quadro 11 apresenta os principais fatores a serem trabalhados na consulta dos 18 meses.

**Quadro 11:** Fatores que devem ser observados aos 18 meses de vida do bebê

Acompanhar	Orientações
Alimentação do Bebê	- Não utilização da sacarose.
Hábitos de higiene bucal do bebê	- Reforçar as orientações de higiene oral e uso adequado do creme dental com flúor.
Hábitos deletérios	- Orientar sobre a possibilidade do aparecimento de hábitos deletérios.
Aplicação do flúor	- Aplicar o verniz com flúor nos dentes já erupcionados.

### - Hábitos deletérios

A amamentação natural durante os seis primeiros meses de vida é importante não apenas para a nutrição, mas também para o fortalecimento do sistema imunológico e para o correto desenvolvimento da oclusão decídua, além de prevenir a instalação de hábitos viciosos. As crianças que são amamentadas no seio possuem menor probabilidade de adquirir hábitos orais nocivos/deletérios (COSTA, 2009).

A sucção do polegar pode acontecer devido a uma necessidade de sucção não saciada pela criança pela falta da amamentação, também pode ser decorrente de problemas ambientais, tais como carência afetiva, ansiedade, ciúmes, etc. podendo ser prejudicial à criança. Quando a criança tem a amamentação por mamadeiras, o fluxo de leite é bem maior que a amamentação natural, portanto a criança se satisfaz nutricionalmente em menor tempo e com menor esforço. Quando a êxtase emocional com relação ao impulso da sucção não é atingido, a criança para isso procura os substitutos como o dedo, a chupeta e objetos para satisfazer-se (COSTA, 2009).

O uso prolongado de chupeta pode alterar a postura de lábios e língua; prejudicar a tonicidade dos músculos dos lábios, língua e face, deixando-os flácidos; induzir movimentos incorretos da língua na deglutição; prejudicar as arcadas dentárias; alterar a mastigação; provocar a respiração oral; prejudicar a emissão correta dos sons e favorecer o descontrole da saliva (COSTA, 2009). Deve-se orientar os cuidadores a remover o hábito de sucção de dedo ou chupeta até a criança completar 3 anos de idade "em média", visto que até essa idade o organismo possui capacidade de "autocorreção" da má-oclusão ( KIRCHNER, 2015)

As alterações na dentição e oclusão provocadas pelo hábito de sugar dedo ou chupeta são semelhantes. Os problemas bucais mais frequentes são: mordida aberta anterior, normalmente com contorno circular; incisivos centrais superiores vestibularizados e com diastema e retroinclinação dos incisivos inferiores; mordida cruzada posterior; aumento da sobremordida; arcada superior reduzida; interposição lingual, alteração no padrão da deglutição e da fonação. Entretanto, se a criança abandonar o hábito de sucção por volta dos três anos de idade, a mordida aberta anterior

poderá se autocorrigir, dependendo da ação normal das funções bucais (MARTINS, 2010).

### **3.5 Consulta aos 24 meses de vida do bebê**

A consulta dos vinte e quatro meses de vida do bebê deve ocorrer na unidade de saúde. É importante que o cirurgião-dentista, assim como na visita de 18 meses, observe os hábitos de alimentação e higiene do bebê, utilização do flúor para prevenção e tratamento da cárie dental, assim como orientação sobre a prevenção de hábitos nocivos/deletérios ao desenvolvimento oral – trabalhando a questão dos hábitos saudáveis. O cuidado com lesões cariosas deve ser realizado de acordo com as indicações da Associação Brasileira de Odontopediatria (Leal *et al.* 2019). O quadro 12 apresenta os principais fatores a serem trabalhados na consulta dos 24 meses.

**Quadro 12:** Fatores que devem ser observados aos 24 meses de vida do bebê

<b>Acompanhar</b>	<b>Orientações</b>
Alimentação do Bebê	- Cuidados com a utilização da sacarose.
Hábitos de higiene bucal do bebê	- Reforçar as orientações de higiene oral; - Indicação da escova adequada para a criança e quantidade adequada do creme dental com flúor. - Utilização do fio dental e demonstrar aos pais como fazer.
Aplicação do flúor	- Aplicar o verniz com flúor nos dentes já erupcionados.
Hábitos deletérios	- Orientar sobre a possibilidade do aparecimento de hábitos deletérios.

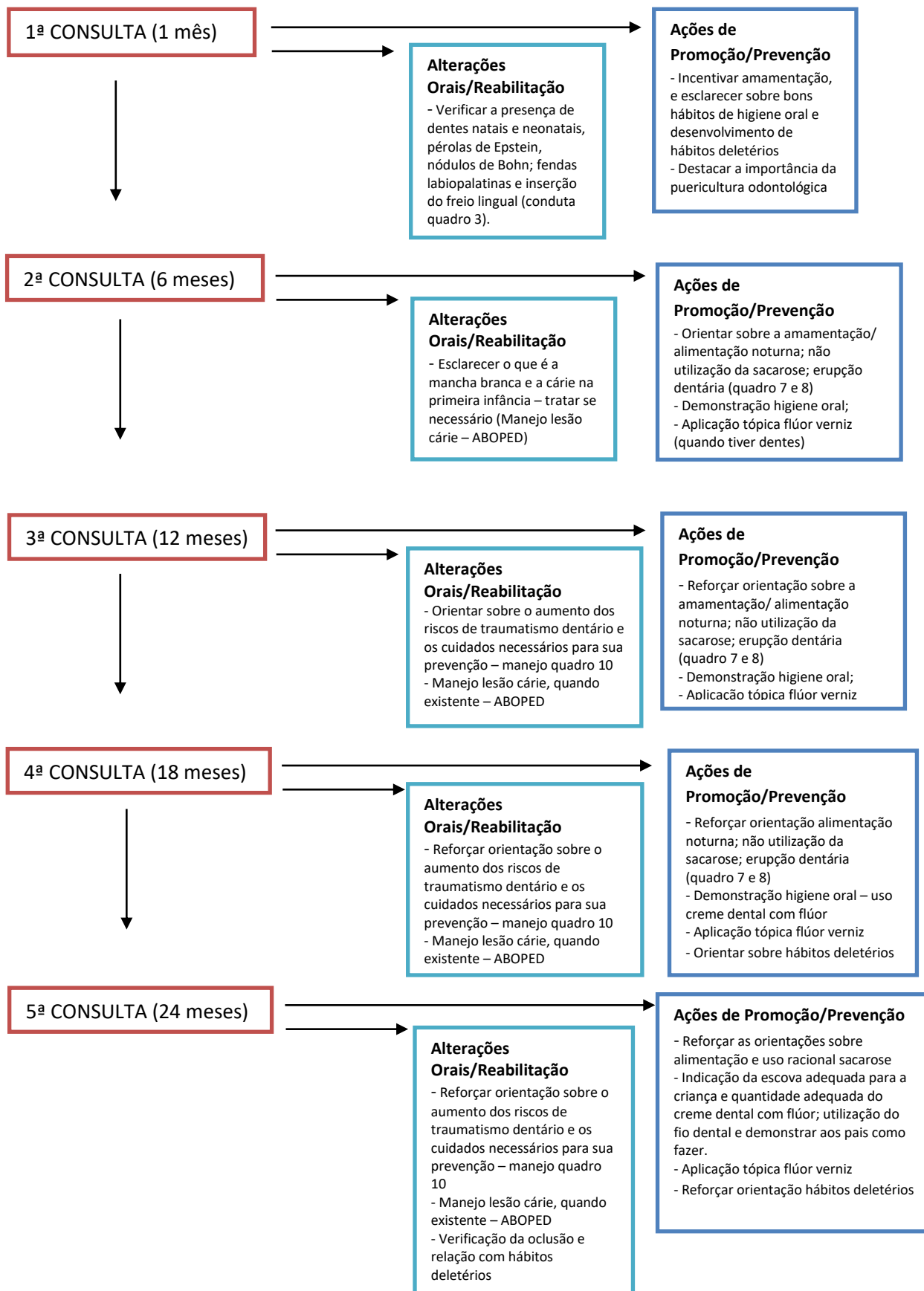
#### 4. REFERÊNCIAS

- ABANTO, J., DUARTE, D.A.; FEREA, M. Primeiros mil dias do bebê e saúde bucal. Editora Napoleão. 1 ed. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. Orientações aos pais sobre cuidados com a saúde bucal do bebê e das crianças. 2019.
- BORGHI, G.N. Cárie precoce da infância e qualidade de vida: uma revisão de literatura. Piracicaba, 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria 1.459. **Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011.
- CAMPOS D.M.K.S.; FERREIRA L.F.P.E.F.; BARCELLOS, L.A.B. Aleitamento materno como fator de proteção contra a instalação de hábitos bucais deletérios. Rev CEFAC.n. 16, v.1, p.244-51, 2014.
- CORRÊA, M.S.N.P. Odontopediatria na primeira infância. Uma visão multidisciplinar. Editora Quintessence. 2017.
- COSTA, E.L; COSTA J.F.; FRANCO, M. M.; BRITO, M.R.S. Influência da amamentação natural no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos. IV Jornada Internacional de Políticas Publicas. São Luis - Maranhão. 2009.
- CUNHA, A.J.L.A.; LEITE A.J.M.; ALMEIDA I.S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition. *Jornal de Pediatria*. n.91, (6 suppl 1), p. 544-551. 2015.
- DEL CIAMPO, L.A.; RICCOL, R.G.; DANELUZZI, J.C.; DEL CIAMPO, I.R.L.; FERRAZ, I.S.; ALMEIDA, C.A.N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v.11, n.3. 2006.
- FEITOSA, S.; COLARES, V. As Repercussões da Cárie Precoce na Infância na Qualidade de Vida de Pré-Escolares. *Rev Ibero-am Odontopediatria Odontol Bebê*. v.6, n.34, p. 542-48. 2003.
- FERREIRA, J.M.S. Conhecimento de pais sobre saúde bucal na primeira infância. *Pediatria Moderna*. 2010.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. Linha Guia de Saúde Bucal. 2016.
- KÉROURÉDAN O, SMIRANI R, THÉBAUD NB, DEVILLARD R. Diagnosis and Management of Natal and Neonatal Teeth: Case Report of Three Newborns. *J Dent Child (Chic)*. n.15, v.85(2), p.79-82, 2018.
- KIRCHNER, L.F. Orientações para a retirada de hábitos de sucção na infância. *Pediatria Moderna*. 2015.
- LARANJO, E.; BAPTISTA, S.; NORTON, A.A.; MACEDO, A.P.; ANDRADE, C.; AREIAS, C. A cárie precoce da infância: uma atualização. *Rev Port Med Geral Fam*. v.33, p.426-9. 2017.



- LEAL, S.; RAGGIO, D.P.; ARAÚJO, F.B.; MALTZ, M.; IMPARATO, J.C. Associação Brasileira de Odontopediatria: Consenso sobre recomendações de terminologia relacionada ao manejo da lesão de cárie. 2019.
- LONDRINA. Secretaria Municipal da Saúde. Manual de Saúde Bucal. Londrina. 2009.
- MACAMBIRA, D.S.C. Ações da odontologia em consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família. Dissertação. Universidade Federal do Ceará- UFC. 2016.
- MALAQUIAS, T.S.M.; GAIVA, M.A.M.; HIGARASHI, I.H. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. v.36, n.1, p.62-8. 2015.
- MASSARA, M.L.A.; RÉDUA, P.C.B. Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria. Associação Brasileira de Odontopediatria. 1ed. 2009.
- MASSONI, R.S.S.; ARANHA, A.M.F.; MATOS; F.Z. et al. Correlation of periodontal and microbiological evaluations, with serum levels of estradiol and progesterone, during different trimesters of gestation. Scientific Reports, n.9, p.11762, 2019.
- MARTINS, B.S. Métodos usados para remoção dos hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta em crianças do município de Mutum-MG. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Espírito Santo. v.12, n.4. 2010.
- MIOTTO, MHMB, Caxias FPC, Campos DMKS, Ferreira LFPEF, Barcellos, LAB. Aleitamento materno como fator de proteção contra a instalação de hábitos bucais deletérios. Rev CEFAC. n.16 v.1, p.244-51. 2014.
- PARANÁ. Conselho Federal de Odontologia. Guia de Orientação para saúde bucal nos primeiros anos de vida. Sociedade Paranaense de Pediatria. Paraná. 2018.
- REIS, D.M. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Rev Ciência e Saúde Coletiva. v.15, n.1, p.269-76. 2010.
- VASQUES, E.F.L. Manifestações relacionadas à erupção dentária na primeira infância - percepção e conduta de pais. Rev. RFO. v.15, n.2. 2010.
- VAZ, P.R.M.; VIEIRA, F.F.R.; SILVEIRA, R.G.; MIASATO, J.M. Alterações bucais mais frequentes no bebê: relato de dois casos de cistos de inclusão. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. n. 22, v.2, p.174-7, 2010.

## FLUXOGRAMA DA PUERICULTURA ODONTOLÓGICA



## QUADROS PUERICULTURA ODONTOLÓGICA

**Quadro 1:** Consultas Odontológicas na Primeira Infância

	1 mês	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
<b>Consulta Odontológica de Puericultura</b>	X	X	X	X	X

**Quadro 2:** Fatores que devem ser observados no primeiro mês de vida do bebê

<b>Acompanhar</b>	<b>Observações/Orientações</b>
Histórico dental da mãe	- última visita ao consultório odontológico; - dieta da mãe; - hábitos de higiene bucal.
Hábitos do bebê	- amamentação; - hábitos de higiene do bebê; - hábitos deletérios.
Exame clínico do bebê	- verificar a presença de dentes natais e neonatais, pérolas de Epstein ou nódulos de Bohn; - verificar a presença de fendas labiopalatinas; - verificar a inserção do freio lingual.
Importância da puericultura	- destacar a importância do acompanhamento de bebê na puericultura.

**Quadro 3:** Alterações mais prevalentes em bebês de 0-36 meses

<b>Alteração</b>	<b>Características</b>	<b>Conduta</b>
Língua fissurada	Fissuras, sulcos e pregas que favorecem o acúmulo de biofilme na língua.	Higienização diária da língua.
Língua geográfica ou glossite migratória benigna	Áreas irregulares rosa-avermelhadas com perdas de papilas filiformes, as áreas afetadas mudam continuamente. Língua mais sensível a alimentos ácidos e apimentados.	Higienização diária da língua. Evitar alimentação ácida e apimentada (para diminuir sensibilidade).
Anquiloglossia	Freio lingual curto	Frenectomia nos casos de dificuldade de amamentação ou de deglutição, alteração da fala ou alterações

		periodontais.
Cisto de erupção	Associado à erupção dos dentes.	Pode se romper sozinho. Incisão para a drenagem indicada apenas em casos de dificuldade na alimentação.
Freio teto labial superior persistente	No recém-nascido a inserção palatina é normal. Nova inserção vestibular se definirá com a erupção dentária e crescimento ósseo.	Acompanhamento.
Gengivostomatite herpética aguda	Maioria dos casos ocorre até os 5 anos de idade. Primeiras 24 horas: mal-estar geral, febre alta, cefaleia, irritabilidade, perda de apetite. Após as 24 primeiras horas: gengiva inchada, salivação intensa, dor, formação de múltiplas vesículas, formação de úlceras dolorosas.	Limpeza da boca. Analgésico. Dieta líquida ou pastosa e fria. Hidratação adequada.
Candidíase Oral	Forma mais comum em bebês é a pseudomembranosa com placas brancas ou amareladas, facilmente removidas deixando a superfície vermelha e com ardência.	Limpeza da boca, 3 a 4 vezes ao dia. Se necessário utilizar antifúngicos tópicos como Nistatina suspensão oral. Embeber gaze em solução e realizar a limpeza da boca, 3 a 4 vezes ao dia, por 7 a 10 dias. Desinfecção dos objetos contaminados. Higiene do mamilo da mãe, caso a criança seja amamentada.
Queilite Angular	Fissuras radiais profundas nas comissuras labiais que ulceram e sangram. Sensação de ardência e secura	Tratamento sintomático: - Lubrificar lábios; - Antifúngico local - Nistatina

Fonte: Londrina, 2009. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Saúde Bucal

**Quadro 4:** Fatores que devem ser observados no 6 mês de vida do bebê

Acompanhar/Realizar	Observações/Orientações
Alimentação do Bebê	- orientar sobre a amamentação/alimentação noturna; - não utilização da sacarose.
Hábitos de higiene bucal do bebê	- realizar a demonstração de como deve ser realizada a higiene oral do bebê; - sem dentes erupcionados utilizar gaze embebida em água fervida ou filtrada; - introdução da escova e creme dental com flúor, caso já tenham erupcionado os dentes decíduos.

Utilização do creme dental com flúor	- orientar sobre a quantidade correta de creme dental com flúor que deve ser utilizada.
Erupção dentária	- verificar o processo de erupção dentária.
Manchas Brancas e Cárie precoce da infância	- esclarecer o que seria a mancha branca e a cárie precoce na infância e como proceder para preveni-las.
Aplicação do flúor	- aplicar o verniz com flúor (5%) nos dentes já erupcionados, superfícies dentárias devem estar limpas e secas.

**Quadro 5:** Sinais e Sintomas mais associados à erupção dentária

Irritabilidade e impaciência	Alterações de sono	Aumento da temperatura	Diarréia
Falta de apetite	Coriza e Tosse	Eritema cutâneo	Edema e prurido gengival
Irritação local - morder e coçar	Salivação excessiva	Tumefações gengivais	Aumento da sucção digital

Fonte: Vasques, 2010.

**Quadro 6:** Medidas não farmacológicas no processo de erupção dentária.

Utilização de mordedor gelado - sensação de alívio	Oferecer alimentos duros e frios	Aumentar o consumo de líquidos	Realizar massagem gengival com dedo envolto em gaze ou fralda
--	----------------------------------	--------------------------------	---

Fonte: Londrina, 2009

**Quadro 7:** Cronologia de erupção e esfoliação dos dentes decíduos.

	Dente	Erupção	Esfoliação
Arco Superior	51 e 61	7 meses	7-8 anos
	52 e 62	9 meses	8-9 meses
	53 e 63	18 meses	11-12 meses
	54 e 64	14 meses	10-11 anos
	55 e 65	24 meses	10-12 anos
Arco Inferior	71 e 81	6 meses	6-7 anos
	72 e 82	7 meses	7-8 anos
	73 e 83	16 meses	9-10 anos
	74 e 84	12 meses	10-12 anos
	75 e 85	20 meses	11-12 anos

Fonte: Londrina, 2009

**Quadro 8:** Erupção por grupo etário.

6° ao 12° mês	• todos os incisivos
12° ao 16° mês	• primeiros molares decíduos
16° ao 20° mês	• caninos
20° ao 30° mês	• segundos molares decíduos

Fonte: Londrina, 2009

**Quadro 9:** Fatores que devem ser observados aos 12 meses de vida do bebê

Acompanhar/Realizar	Observações/Orientações
Alimentação do Bebê	- orientar sobre a amamentação/alimentação noturna; - não utilização da sacarose.
Hábitos de higiene bucal do bebê	- solicitar que o responsável realize a higiene oral do bebê, sob a supervisão do cirurgião-dentista; - a utilização da escova dental deverá ser novamente reforçada, pois nesse período teremos a presença de molares decíduos; - uso adequado do creme dental com flúor; - orientar a utilização do fio dental.
Prevenção dos traumatismos dentários	- orientar sobre o aumento dos riscos de traumatismo dentário e os cuidados necessários para sua prevenção.
Aplicação do flúor	- aplicar o verniz com flúor nos dentes já erupcionados.

**Quadro 10:** Conduitas diante do traumatismo dentário

<b>Tipo de Trauma</b>	<b>Descrição</b>	<b>Tratamento</b>
Fratura de esmalte	Atinge pequena camada do esmalte	Verificar se o complexo dentinário está protegido, caso afirmativo, realizar restauração por questões estéticas.
Fratura de esmalte e dentina.	Atinge esmalte e a dentina sem comprometer o tecido pulpar.	Restauração + acompanhamento. Solicitar RX.
Fratura de esmalte, dentina e polpa.	Fratura estendendo-se até o tecido pulpar.	Rx ( após 1 semana, 1 mês e a cada 3 meses); Pulpectomia; Restauração.
Fratura radicular.	Pode ser do tipo I (1/3 apical) mais comuns na dentição decídua, tipo II (1/3 médio), III (1/3 cervical).	1/3 apical ou 1/3 médio fazer esplintagem rígida com fio de aço 0,5 ou 0,6, de 6 a 8 meses. 1/3 cervical: exodontia. Rx de acompanhamento.
Concussão	Lesão nas estruturas de suporte dental sem perda anormal ou deslocamento do dente.	Observação.
Subluxação	Lesão nas estruturas de suporte dental com perda anormal, mas sem deslocamento do dente.	- Acompanhar; - Aliviar qualquer interferência interoclusal.
Luxação Lateral	Deslocamento do dente em uma posição outra que a axial. O ligamento periodontal é rompido ou deformado. Sem mobilidade ou sensibilidade ao toque.	- Dente decíduo: reposicionamento passivo ou reposição de forma ativa. Imobilizar por 1-2 semanas. - Dente permanente: reposicionar o mais breve possível. Contenção adicional por 2-4 semanas pode ser necessária.
Luxação Intrusiva	Deslocamento apical do dente para o interior do osso alveolar.	- Dente decíduo: aguardar a reerupção espontânea. É indicada a exodontia quando o ápice do dente decíduo está voltado para o germe do dente permanente. - Dente permanente: reposicionar o dente de forma ativa ou passiva e estabilizar o dente em sua posição correta.
Luxação Extrusiva	Deslocamento parcial do dente axialmente em relação ao alvéolo.	- Dente decíduo se a lesão for grave indica-se a exodontia. - Dente permanente: reposicionar o dente e imobilizar por até 3 semanas.
Avulsão	Dente sai completamente	Dente decíduo: não recomenda-se

	do alvéolo.	<p>o reimplante.</p> <p>Dente permanente: a criança deve ser encaminhada para o setor de odontologia o mais rápido possível. Indica-se a conservação do dente em meios fisiológicos como leite, soro fisiológico ou na saliva na ausência destes.</p> <p>Chegando ao consultório, o profissional, após rápida anamnese, deve reimplantar o dente, manuseando o mesmo sempre pela coroa. Após radiografia e anestesia infiltrativa, o coágulo deve ser removido com soro e o dente reimplantado de forma lenta e gradual.</p> <p>Posteriormente, a contenção do tipo semi-rígida (Fio de Nylon ou Fio ortodôntico “leve”) deve permanecer por 7-14 dias. Após esse período, depois da remoção da contenção paciente deve ser encaminhado para atenção secundária para realização de tratamento endodôntico.</p>
--	-------------	--

Fonte: Fortaleza, 2016; Massara, 2009.

**Quadro 11:** Fatores que devem ser observados aos 18 meses de vida do bebê

Acompanhar	Orientações
Alimentação do Bebê	- Não utilização da sacarose.
Hábitos de higiene bucal do bebê	- Reforçar as orientações de higiene oral e uso adequado do creme dental com flúor.
Hábitos deletérios	- Orientar sobre a possibilidade do aparecimento de hábitos deletérios.
Aplicação do flúor	- Aplicar o verniz com flúor nos dentes já erupcionados.



**Quadro 12:** Fatores que devem ser observados aos 24 meses de vida do bebê

<b>Acompanhar</b>	<b>Orientações</b>
Alimentação do Bebê	- Cuidados com o uso da sacarose.
Hábitos de higiene bucal do bebê	- Reforçar as orientações de higiene oral; - Indicação da escova adequada para a criança e quantidade adequada do creme dental com flúor. - Utilização do fio dental e demonstrar aos pais como fazer.
Aplicação do flúor	- Aplicar o verniz com flúor nos dentes já erupcionados.
Hábitos deletérios	- Orientar sobre a possibilidade do aparecimento de hábitos deletérios.