

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

YNGRID BEATRIZ SILVA COELHO

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO COMO
PRECURSOR DE SAÚDE**

São Luís

2021

YNGRID BEATRIZ SILVA COELHO

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO COMO
PRECURSOR DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Cadidja Dayane Sousa do Carmo

São Luís

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Coelho, Yngrid Beatriz Silva

A importância do acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde. / Yngrid Beatriz Silva Coelho. __ São Luís, 2021. 53 f.

Orientador: Profa. Dra. Cadidja Dayane Sousa do Carmo.

Monografia (Graduação em Odontologia) - Curso de Odontologia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco –UNDB, 2021.

1. Odontologia preventiva. 2. Odontopediatria. 3. Saúde da criança.
I. Título.

CDU 616.314-053.2/.6

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO COMO PRECURSOR DE SAÚDE

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em: 02/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cadidja Dayane Sousa do Carmo (Orientadora)
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB

Profa. Dra. Luana Martins Cantanhede
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB

Profa. Ma. Ana Carolina Mendes Pinheiro
Mestra em Saúde Coletiva
Especialista em Odontopediatria

Dedicado aos meus pais, por todo amor,
apoio e sacrifício direcionados a mim
durante toda esta caminhada árdua.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu Deus por ter respondido às minhas orações e ter me concedido a oportunidade de realizar um dos meus maiores sonhos. Grandes coisas Ele fez por mim durante estes anos e só posso agradecê-lo por ter me sustentado até aqui. A Ele toda Honra e Glória.

Aos meus pais Antônio e Kátia, e minha irmã Yasmin, por sempre se dedicarem e sacrificarem tudo o que tinham e até o que não tinham para me dar o melhor, por apoiarem os meus sonhos e nunca permitir que faltasse nada. Tudo o que sou e tudo o que me tornei, foi por vocês e para vocês. Todas as minhas conquistas serão dedicadas a vocês.

Ao meu namorado Alisson, por toda paciência, cumplicidade e cuidado, por ter me aguentado em meio aos estresses e preocupações diárias e por ser meu ombro amigo e braço direito. Obrigada por sempre estar disposto a me ouvir, ajudar e até me confrontar quando necessário. Não conseguiria sem você, minha pessoa favorita neste mundo.

À minha família, avó, irmãos, sobrinhos, tios e tias, primos e primas, que vibraram e se alegraram comigo em cada passo dado.

Ao meu avô, *in memoriam*, que se foi antes que pudesse ver a sua doutora, como ele costumava me chamar. Te amarei para sempre!

À família REAAL, que também é minha amada família, agradeço por sempre orarem por mim, me apoiarem pessoalmente e acreditarem no meu potencial. Vocês moram no meu coração. Saranghae!

À minha orientadora Cadidja do Carmo, por ter me apresentado uma das disciplinas mais encantadoras da Odontologia: a Odontopediatria, e ser um espelho para mim. Obrigada por sua dedicação e total atenção nessa orientação, mesmo em tempos difíceis, sempre me incentivou e impulsionou para que eu pudesse ser melhor a cada dia.

À minha dupla Pedro Felix, por ter me ensinado tanto e ter crescido junto comigo. Obrigada por seu companheirismo e por ter segurado minha mão todas as vezes em que me senti incapaz.

Aos meus 'FRIENDS': Camila Mota, Maria Victória, Isadora Mont Serrat, Marília Santos, Adriana Abreu e Isabella Ferreira, por toda a ajuda, amizade e por todos os materiais compartilhados e nunca devolvidos. Vocês tornaram essa caminhada mais leve.

A todos os meus queridos pacientes, que confiaram em mim e nos meus estudos, vocês foram imprescindíveis em todo o conhecimento que conquistei nestes anos.

A todos os meus professores pelo cuidado e disposição ao compartilharem seus conhecimentos que construíram a minha formação. Sou grata por todas as vezes em que fiquei ansiosa, nervosa e vocês me incentivaram e ajudaram a ultrapassar todos aqueles obstáculos. Guardarei para sempre em minha memória e coração cada ensinamento, cada vez em que seguraram, literalmente, em minha mão e me ensinaram o modo correto de realizar cada procedimento. Vocês são os melhores!

RESUMO

Ainda é presente a compreensão equivocada por parte da população sobre a busca por atendimento odontológico com prioridade à intervenção somente após a manifestação de lesões e doenças bucais. Nesse sentido, pais e responsáveis muitas vezes deixam de levar os seus filhos às consultas odontopediátricas, comprometendo a prevenção e os cuidados em saúde bucal das crianças previamente a ocorrência da cárie dentária e outras doenças bucais. Assim, considerando a importância do acompanhamento odontopediátrico para a saúde bucal das crianças, o presente estudo tem como objetivo descrever a importância do acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde no curso da vida. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, com abordagem qualitativa, realizada a partir de publicações científicas disponibilizadas em bases de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED), Literatura latino-americana em ciências da saúde (LILACS) e Google Acadêmico, incluindo artigos nacionais e internacionais, livros e literatura cinza. Para a busca dos estudos, utilizou-se as seguintes palavras-chave em português, inglês e espanhol: odontologia preventiva (preventive dentistry, odontología preventiva); odontopediatria (pediatric dentistry, odontología pediátrica) assistência odontológica para crianças (dental care for children, atención dental para niños); saúde da criança (child health, salud del niño). Para o acompanhamento odontopediátrico é essencial que primeiramente os pais e responsáveis tenham conhecimento da importância da saúde bucal nesta etapa da vida. A partir disso eles poderão iniciar os cuidados com o bebê, idealmente desde o período gestacional, ou pelo menos no decorrer do primeiro ano de vida da criança, com a primeira consulta odontológica. As consultas odontológicas nos primeiros anos de vida têm como principal objetivo a prevenção de doenças, a promoção de saúde bucal e sistêmica, além da familiarização da criança com o consultório odontológico. O acompanhamento odontopediátrico realizado durante a infância, juntamente com a coparticipação dos pais e/ou responsáveis, são essenciais na manutenção da saúde bucal e sistêmica da criança, sendo responsáveis também pela prevenção de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade, na infância e no curso da vida como um todo.

Palavras-chave: Odontologia preventiva. Odontopediatria. Assistência odontológica para crianças. Saúde da criança.

ABSTRACT

There is still a misunderstanding on the part of the population about the search for dental care with priority to intervention only after the manifestation of oral lesions and diseases. In this sense, parents and guardians often fail to take their children to pediatric dental appointments, compromising prevention and oral health care for children prior to the occurrence of tooth decay and other oral diseases. Thus, considering the importance of pediatric dental monitoring for the oral health of children, the present study aims to describe the importance of pediatric dental monitoring as a precursor of health in the course of life. This is a narrative literature review, with a qualitative approach, based on scientific publications made available in databases such as the Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED), Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and Academic Google, including national and international articles, books and gray literature. To search for the studies, the following keywords were used in Portuguese, English and Spanish: preventive dentistry (odontologia preventiva, odontología preventiva); pediatric dentistry (odontopediatria, odontología pediátrica); dental care for children (assistência odontológica para crianças, atención dental para niños); child health (saúde da criança, salud del niño). For pediatric dental care, it is essential that parents and guardians are first aware of the importance of oral health at this stage of life. From there, they will be able to start caring for the baby, ideally from the gestational period, or at least during the child's first year of life, with the first dental appointment. Dental appointments in the first years of life are mainly aimed at preventing diseases, promoting oral and systemic health, in addition to familiarizing the child with the dental office. Pediatric dental monitoring performed during childhood, together with the co-participation of parents and/or guardians, are essential in maintaining the child's oral and systemic health, being also responsible for the prevention of chronic non-communicable diseases such as diabetes, cardiovascular diseases and obesity, in childhood and the course of life as a whole.

Keywords: Preventive dentistry. Pediatric Dentistry. Dental care for children. Child health.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 09 |
| 2 METODOLOGIA | 12 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 13 |
| 3.1 O conhecimento de pais e responsáveis sobre a saúde bucal de bebês | 13 |
| 3.2 A consulta odontopediátrica e o desenvolvimento de hábitos saudáveis | 15 |
| 3.2.1 Higienização bucal/dental..... | 16 |
| 3.2.2 Dieta..... | 17 |
| 3.2.3 Hábitos de sucção não nutritiva..... | 19 |
| 3.2.4 Traumatismo dentário..... | 20 |
| 3.3 O acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde bucal | 21 |
| 3.3.1 Cárie Dentária..... | 22 |
| 3.3.2 Desgaste Erosivo..... | 23 |
| 3.3.3 Desenvolvimento orofacial e maloclusões..... | 25 |
| 3.3.4 Bruxismo..... | 26 |
| 3.4 O acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde geral | 28 |
| 4 CONCLUSÃO | 30 |
| REFERÊNCIAS | 31 |
| APÊNDICE | 36 |

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia tem como principal objetivo a manutenção da saúde bucal, simultaneamente à saúde sistêmica dos indivíduos, sendo a Odontopediatria uma das especialidades responsáveis por este acompanhamento desde a infância, proporcionando uma saúde bucal adequada inclusive nos ciclos vitais seguintes. Nesse sentido, a Odontopediatria enfatiza a educação em saúde a partir da promoção de saúde bucal ainda no período gestacional, dando continuidade após o nascimento do bebê, com o objetivo de garantir que o paciente infantil alcance a idade adulta livre das principais doenças que afetam a cavidade oral (FERNANDES *et al.*, 2010).

Diante disso, tem-se preconizado o cuidado em saúde bucal considerando os primeiros 1.000 dias de vida do bebê, ou seja, desde o momento da concepção até os dois anos de idade da criança, como um período muito importante para o crescimento e desenvolvimento infantil. Trata-se de um período essencial para o estabelecimento de hábitos saudáveis que poderão influenciar a saúde e qualidade de vida da criança (ABANTO *et al.*, 2018; ABANTO, DUARTE, FERES, 2019).

De acordo com a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD), os cuidados em saúde bucal perinatal e infantil são essenciais com ações educativas e curativas para uma condição bucal de saúde e isenta de doenças bucais preveníveis. Em acréscimo, a AAPD propõe orientações para cuidados de saúde bucal perinatal e infantil, com avaliação do risco de cárie, estratégias preventivas e intervenções terapêuticas (AAPD, 2016).

Apesar disso, mesmo com a atuação da Odontopediatria e disponibilização de informações acerca de saúde bucal, ainda é observado o hábito dos pais/responsáveis procurarem o cirurgião-dentista somente quando sinais e sintomas de doenças bucais se manifestam nas crianças, sejam lesões cariosas que causam dor, prejudicam a estética ou traumatismos dentais que também são comuns em pacientes infantis (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Neste contexto, no Brasil, ainda é pequeno o número de crianças que recebe assistência odontológica nos primeiros anos de vida, podendo estar relacionado aos fatores socioeconômicos e culturais, com crianças de famílias de baixo nível socioeconômico recebendo atendimento odontológico somente em situações de urgência odontológicas (GOETTEMS *et al.*, 2012; ARDENGHI *et al.*, 2012).

As medidas de promoção da saúde e de prevenção de doenças bucais são importantes para se evitar o aparecimento destes problemas, assim como a sua progressão e a

realização de procedimentos odontológicos muitas vezes invasivos e que podem ter como consequência a perda dental. Quando a conscientização e o acompanhamento odontológico são realizados de forma efetiva, pode-se aumentar a possibilidade da criança não passar por experiência de cárie dentária ou doenças periodontais desde o nascimento até a idade adulta (GALBATTI; GIMENEZ; MORAES, 2010).

Diante disso, anterior ao conceito dos primeiros 1.000 dias de vida (BHUTTA *et al.*, 2008), foi iniciada a Odontologia para Bebês na Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 1984, com o desenvolvimento de atendimentos voltados para promoção da saúde e prevenção da cárie dentária (LEMOS *et al.*, 2014). Com isso iniciou-se um programa de atendimento odontológico a bebês com a realização de procedimentos educativos direcionados aos pais, assim como medidas preventivas e curativas em crianças de até três anos de idade (WALTER *et al.*, 2014).

Neste contexto, considerando a atuação dos serviços de saúde bucal voltados ao bebê, e de acordo com a AAPD (2016), os pais/responsáveis devem ser incentivados a realizarem a primeira consulta odontológica de seus filhos até os 12 meses de idade, com a realização de exame clínico oral completo e orientações sobre higiene bucal, avaliação de risco para cárie dentária, avaliação de dieta, prevenção ao trauma orofacial, aconselhamento sobre hábitos orais não nutritivos e outros (AAPD, 2016).

A literatura científica acrescenta ainda que, idealmente, o envolvimento dos pais/responsáveis com os cuidados em saúde bucal da criança deve ocorrer no período perinatal e que profissionais como assistentes sociais, nutricionistas, agentes comunitários de saúde e outros profissionais são muito importantes neste contexto, principalmente pelo entendimento de que fatores de risco comuns para várias condições de saúde bucal e sistêmica/determinantes sociais de comportamentos devem ser considerados nos cuidados de saúde bucal na primeira infância (EDELSTEIN, 2017).

A primeira infância é o período que compreende o nascimento da criança aos três anos de idade, é considerada como a fase fundamental de formação, conscientização e educação dos responsáveis e da criança, sensibilizando-os quanto ao ambiente do consultório e à importância do atendimento e acompanhamento odontológico a fim de promover saúde bucal ao paciente infantil (FERNANDES *et al.*, 2010).

Para a promoção da saúde bucal na infância é essencial a inserção das crianças em programas de saúde bucal e adoção de hábitos saudáveis o quanto antes, assim como o cumprimento da criança ao aconselhamento oriundo dos pais e/ou responsáveis. Dessa forma,

a assistência odontológica realizada durante a primeira infância, aliada à coparticipação dos pais e/ou responsáveis, seja responsável pela manutenção da saúde bucal no decorrer da infância, evitando o acometimento pelas doenças bucais mais frequentes como a cárie dentária e as doenças periodontais (BRANDÃO *et al.*, 2020). Diante disso, a presente revisão de literatura tem como objetivo descrever a importância do acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, com abordagem qualitativa, que descreve a importância da assistência odontológica realizada na infância para a promoção e manutenção da saúde de crianças no decorrer deste e dos demais ciclos vitais.

Para o presente estudo foram realizadas buscas por conteúdos científicos pertinentes ao tema, a partir de publicações em livros, periódicos nacionais e internacionais e literatura cinza. Para isso, foram utilizadas as principais bases de dados na área da saúde como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED), Literatura latino-americana em ciências da saúde (LILACS) e Google Acadêmico.

Foram considerados todos os tipos de estudos científicos, selecionados sem filtro temporal, e publicados nas línguas portuguesa (Brasil), inglesa ou espanhola; sendo excluídos os estudos indisponíveis na sua forma completa/na íntegra e aqueles distantes da temática em estudo.

Utilizou-se descritores nas suas formas individualizadas e também combinadas entre si: odontologia preventiva (preventive dentistry, odontología preventiva); odontopediatria (pediatric dentistry, odontología pediátrica) assistência odontológica para crianças (dental care for children, atención dental para niños); saúde da criança (Child Health, Salud del Niño).

Os estudos foram analisados a partir do seu título, seguindo com o seu resumo e, por fim, com sua publicação completa/na íntegra para a análise descritiva dos dados que resultou na elaboração desta revisão de literatura.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O conhecimento de pais e responsáveis sobre a saúde bucal de bebês

A saúde da criança está intimamente relacionada às suas condições de vida, sendo influenciada por vários fatores como os cuidados durante a gestação, renda familiar, nível de escolaridade dos pais, qualidade habitacional, idade em que a criança ingressou na escola e acesso à informação e à saúde pública. Diante disso, é imprescindível que as famílias sejam orientadas/assistidas para a obtenção de uma melhor qualidade de vida, influenciando a adoção de hábitos saudáveis e conscientizando os pais/responsáveis quanto ao impacto da saúde bucal no bem-estar de seus filhos (FERREIRA FILHO *et al.*, 2021).

Neste sentido, a Odontologia para Bebês, considerando o período de 0 a 36 meses, tem como principal enfoque a atenção dos pais/responsáveis, destacando a importância de sua coparticipação, com influências positivas à saúde dos filhos que se encontram na fase de desenvolvimento de hábitos (LEMOS *et al.*, 2014). Conseqüentemente, a Odontopediatria apresenta um importante papel educativo-preventivo relacionando a promoção de saúde bucal à transmissão de conhecimentos, capacitando e informando os pais/responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal dos bebês (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Segundo Fernandes *et al.* (2010), pais e/ou responsáveis apresentam conhecimentos limitados sobre a Odontologia na primeira infância ou até desconhecem a alta probabilidade de crianças desenvolverem doenças bucais.

Pesquisas realizadas por Macambira, Chaves e Costa (2017), demonstraram que os pais possuem conhecimentos limitados acerca da Odontologia na primeira infância, como a idade em que se inicia a higienização bucal do bebê e a possibilidade de a criança crescer sem o acometimento cárie dentária e doenças periodontais. A coleta de dados desta pesquisa foi baseada em um formulário que demonstrou uma maior frequência diária de higienização oral, menor ingestão de carboidratos e baixa incidência de cárie dentária em crianças que tiveram consulta odontológica no primeiro ano de vida. Além disso, observou-se que os pais/responsáveis que receberam orientações sobre saúde bucal demonstraram práticas mais saudáveis e efetivas em relação àqueles que não receberam instruções.

Para Abanto *et al.* (2018), as escolhas e hábitos adotados pelos pais e responsáveis nos primeiros 1000 dias de vida do bebê, repercutem por toda a vida da criança. Nessa fase

existe a possibilidade de adotar hábitos saudáveis essenciais no crescimento e desenvolvimento infantil, de modo que cresçam com adequada saúde, bucal e sistêmica.

Desde o momento da gravidez tem-se uma importante oportunidade para as intervenções de prevenção primária em crianças, diante da relevante influência da saúde materna e seus comportamentos nos resultados de saúde bucal das crianças (IIDA, 2017).

Neste contexto, é essencial o cuidado com a saúde bucal e a prática de hábitos alimentares saudáveis durante o período gestacional, visto que problemas bucais podem estar relacionados a complicações obstétricas, como parto prematuro e baixo peso do bebê ao nascer. Assim, o acompanhamento da mãe e do bebê poderão assegurar um adequado desenvolvimento da gestação, de modo que o bebê nasça e cresça saudável (FERNANDES *et al.*, 2020).

Após o nascimento da criança, diversos hábitos comportamentais são capazes de interferir na manutenção da sua saúde bucal no período da primeira infância, como a fase de aleitamento materno, uma dieta com baixa ingestão de carboidratos, frequência às consultas odontológicas e cuidados com a higienização oral. Contudo, a ausência de comprometimento das famílias a respeito destes cuidados é um dos principais fatores relacionados ao insucesso dos programas preventivos, além da inclusão precoce de hábitos inadequados que acarretam doenças bucais (LEMOS *et al.*, 2014).

Diante disso, um estudo realizado com 309 pais e/ou responsáveis, apresentou como resultados que grande parte destes consideram que a primeira visita de uma criança ao consultório odontológico deve acontecer quando todos os dentes decíduos estão presentes; ou ainda que a maioria dos responsáveis não levaram o (a) filho (a) ao cirurgião-dentista e defendiam que um dente decíduo com lesão de cárie dentária e assintomático fosse extraído em vez de restaurado. Estes resultados demonstram a importância de programas de promoção da saúde bucal voltados para a melhoria da saúde bucal na primeira infância, com a informação e conscientização de pais e responsáveis (NAIDU, NUNN, 2020).

Ainda que muitos pais/responsáveis não valorizem os cuidados com dentes decíduos porque a maioria dos bebês não nasce com dentes e apenas alguns dentes surgem durante o primeiro ano de vida (BRECHER, LEWIS, 2018); ou ainda por saberem que serão substituídos futuramente, estes são de suma relevância, uma vez que desempenham funções essenciais na vida da criança, como a mastigação, uma das etapas essenciais no processo de digestão, a fonação que auxilia na pronúncia correta das palavras, além de contribuição no crescimento musculoesquelético e função-guia na irrupção dos dentes permanentes, direcionando-os corretamente (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Assim, é importante que haja o acompanhamento odontopediátrico desde o período gestacional (ABANTO *et al.*, 2018), juntamente com a realização de iniciativas que promovam saúde bucal na primeira infância, com a conscientização, orientação e inclusão dos pais e/ou responsáveis no planejamento destas (FERNANDES *et al.*, 2010).

3.2 A consulta odontopediátrica e o desenvolvimento de hábitos saudáveis

As consultas odontológicas nos primeiros anos de vida são justificadas pela necessidade de prevenir doenças, promover manutenção da saúde bucal e familiarizar a criança ao consultório odontológico. Este contato com o ambiente odontológico gera marcas que podem ficar na criança e influenciar em seu comportamento no momento de consultas futuras, assim como na adoção de hábitos saudáveis no decorrer de toda a vida. Por isso, é indicado que as visitas ocorram o mais cedo possível, para que a criança possa se familiarizar com o ambiente do consultório odontológico e com as práticas adequadas de promoção de saúde e prevenção de doenças (FERNANDES *et al.*, 2010).

Segundo Souza *et al.* (2021), a primeira avaliação bucal do bebê deve, idealmente, ser realizada na maternidade pela equipe hospitalar e, assim que possível, pelo (a) odontopediatra de modo que possíveis alterações bucais sejam identificadas, como a presença de dentes natais (em que a criança já nasce com os dentes) e neonatais (quando os dentes aparecem nas primeiras semanas de vida), anquiloglossia (alteração no freio lingual ou labial), além de cárie dentária, doenças periodontais, erosão dentária, traumatismos bucais e distúrbios da oclusão.

Caso isso não aconteça, orienta-se que as visitas ao odontopediatra ocorram após a irrupção dos primeiros dentes decíduos ou no primeiro ano de vida da criança. A consulta é aconselhável por ser o meio em que os pais esclarecerão suas dúvidas e receberão orientações sobre como realizar corretamente a higienização bucal e sobre a adoção de uma alimentação mais saudável à saúde oral de seus filhos (FERREIRA FILHO *et al.*, 2021).

Os esclarecimentos e orientações relatados aos responsáveis são essenciais para o sucesso do tratamento e manutenção da saúde bucal e sistêmica da criança. O acompanhamento odontopediátrico vai além de intervenções e procedimentos técnicos, pois auxilia a criança e seus responsáveis na conscientização e alteração da sua dieta, na remoção de hábitos deletérios, na higienização bucal, além de ser apoio psicológico à família (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Diante disso, é importante a realização da consulta com o profissional especializado, uma vez que o (a) odontopediatra apresenta o conhecimento teórico-prático e abordagem psicológica necessários para atender o bebê e orientar os pais e responsáveis (SOUZA *et al.*, 2021). Neste momento realiza-se a anamnese e o exame físico e oral completos, com a avaliação de risco para os principais agravos bucais como a doença cárie, doenças periodontais, prevenção ao trauma orofacial e orientações acerca de hábitos orais não nutritivos (FERNANDES *et al.*, 2020).

Na primeira consulta são transmitidas aos pais e/ou responsáveis instruções de higiene bucal da criança, orientações sobre a dieta, incluindo a importância da amamentação exclusiva no seio materno, o momento oportuno para a alimentação complementar e quais alimentos devem ser evitados e aqueles priorizados com a criança, além dos riscos de hábitos deletérios como a sucção não nutritiva de chupeta e/ou de dedo. Em acréscimo, informa-se ainda a importância dos dentes decíduos e prevenção/conduitas frente a traumatismos dentários (AAPD, 2016).

3.2.1 Higienização bucal/dental

Quanto à higienização bucal, é relevante que se considere a fase na qual os bebês ainda são edêntulos. Sobre isso, a literatura científica atual não possui evidências fortes, mas apesar disso, aponta que antes da irrupção dental, não existem superfícies dentárias para a colonização bacteriana, o que pode nos levar a considerar como desnecessária a higienização bucal nesta fase. Além disso, a limpeza bucal poderia ainda causar interferência nos níveis de imunoglobulina A (IgA), responsável pela defesa imunológica da mucosa (JESUS *et al.*, 2021).

Estes autores então sugerem, também sem evidências científicas de suporte, que pode ser realizada a higiene oral em bebês edêntulos com gaze ou fralda umedecida em água filtrada, uma vez ao dia, aos 6 meses de idade (próximo a irrupção dos primeiros dentes), sendo favorável ao estabelecimento do hábito de higiene e manipulação da cavidade bucal do bebê.

Com a irrupção dental, preconiza-se as orientações que auxiliarão os pais e responsáveis no controle mecânico de biofilme, uma película transparente e fina que é responsável pelo acúmulo de alimentos e bactérias que causarão a cárie dentária e doenças periodontais. Dentre as instruções de higienização bucal tem-se a utilização de dentifício fluoretado com, no mínimo, 1000 ppm de flúor na escovação (WALSH *et al.*, 2010; SANTOS, NADANOVSKY, OLIVEIRA, 2013) desde a irrupção do primeiro dente decíduo, com escova

macia de tamanho compatível a boca do bebê e fio dental para áreas interdenciais (FERNANDES *et al.* 2020).

A escovação deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, seguindo a recomendação correta sobre a quantidade de dentifrício fluoretado de acordo com a idade. Bebês de zero a dois anos a quantidade é semelhante a meio grão de arroz cru. Já crianças de três a cinco anos a quantidade é um grão de arroz cru. Crianças acima de cinco anos de idade, a recomendação é utilizar a quantidade semelhante a um grão de ervilha. O fio dental também deve ser utilizado quando há dois dentes ou mais, assim como a escovação lingual (SOUZA *et al.*, 2021).

Conforme Souza *et al.* (2021), quando o bebê apresenta todos os dentes saudáveis, provavelmente, quando crescer, permanecerá com seus dentes saudáveis. Porém, caso o bebê já apresente uma lesão de cárie, o risco de ocorrer outras lesões quando for mais velho será maior.

O comportamento da criança no momento da higienização bucal é moldado pelos pais e responsáveis que podem incentivar ou desencorajar a criança. Dessa forma, é importante o desenvolvimento da rotina de cuidados com a saúde bucal para o estabelecimento de hábitos saudáveis da criança, ainda que ocorram birras e rejeição. Mesmo que a reação da criança seja negativa, é recomendado que o (a) responsável não interrompa a escovação. Somente dessa forma será possível a transmissão do hábito de higienização bucal entre os pais e seus filhos (SOUZA *et al.*, 2021).

3.2.2 Dieta

As decisões e orientações acerca dos cuidados com a alimentação e saúde bucal e geral, devem ser ponderadas, visto que refletirão por toda a vida. Neste sentido, o período gestacional e os dois primeiros anos de vida são essenciais para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, com repercussões no crescimento e desenvolvimento da saúde da criança, tanto atual quanto futura (BRASIL, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o leite materno é considerado o alimento ideal e suficiente para o bebê até os seis meses de vida, pois dispõe de anticorpos e outros nutrientes responsáveis pela digestão e desenvolvimento do sistema imunológico, protegendo a criança do aparecimento de infecções comuns, como diarreias, otites e infecções respiratórias. Deste modo, o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses, sendo

realizada a introdução alimentar complementar após este período, podendo ser mantida a amamentação até os dois anos de idade (WHO, 1990; VICTORA *et al.*, 2016).

Além disso, a amamentação é importante no desenvolvimento do sistema estomatognático que envolve músculos, ossos e glândulas da cabeça e pescoço, e dentes, tendo como principais funções a respiração, fala, sucção, mastigação e deglutição. O ato fisiológico de sucção no seio materno estimula a formação dos músculos, bochechas lábios e língua do bebê, promovendo uma oclusão adequada e um equilíbrio entre os tecidos moles e duros, e evitando maloclusões e alterações miofasciais (LABUTO, MATOS, 2020).

A partir dos seis meses de idade, outros alimentos e nutrientes devem ser apresentados ao bebê, simultaneamente ao aleitamento materno. Nesta fase, grande parte das crianças demonstra-se capaz de realizar movimentos de mastigação mesmo antes da irrupção dos primeiros dentes, demonstrando interesse e curiosidade pelos alimentos. O ideal é que sejam introduzidos alimentos saudáveis juntamente com a instalação e fixação de hábitos de higienização bucal na rotina do bebê (ABANTO *et al.*, 2018).

Considerando a alimentação complementar a partir dos 6 meses de idade, o modo e a variedade com que os alimentos são oferecidos às crianças nos primeiros anos de vida influenciarão em seu paladar, de maneira que a criança que costuma ter uma alimentação saudável e adequada quando pequena, terá maior probabilidade de ser mais consciente nas escolhas alimentares quando se tornar adulta. Por isso é importante a instalação e desenvolvimento de hábitos saudáveis desde a primeira infância (BRASIL, 2019).

Segundo Abanto *et al.* (2018), a dieta deve ser baseada no consumo de alimentos saudáveis e naturais, como verduras, legumes e frutas. Alimentos e bebidas açucaradas não devem ser oferecidos antes dos dois anos de idade, visto que o consumo excessivo de alimentos açucarados e com altos índices de carboidratos pode promover o desequilíbrio da microbiota bucal do bebê e favorecer o acometimento de lesões cáries e doenças periodontais.

Como a nutrição interfere também na saúde sistêmica, a falta de alguns nutrientes como cálcio, fosfatos, vitamina D e K, prejudicam a mineralização dentária nos períodos pré e pós-natal. A deficiência da vitamina K está relacionada a ocorrência de hipomineralizações e hipoplasias de esmalte, tornando-se um fator de risco para o desenvolvimento da cárie dentária (ABANTO *et al.*, 2018).

Além disso, como destaca a OMS, a ingestão de açúcares livres tem efeitos diretos no sobrepeso corpóreo e no desenvolvimento da cárie dentária – sendo dois fatores de saúde considerados críticos em relação à ingestão de açúcares livres. Como forte recomendação, esta

instituição orienta que seja reduzida a ingestão de açúcares livres ao longo da vida, para menos de 10% da ingestão total de energia diária para adultos e crianças (WHO, 2015).

Assim, é imprescindível que os pais e responsáveis sejam esclarecidos que a adoção de uma dieta saudável é essencial não somente para a saúde bucal, mas também para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nas fases seguintes da vida, uma vez que os hábitos estabelecidos até os dois anos de idade têm tendência a se manterem na idade adulta também. A partir disso, destaca-se a importância do conhecimento e participação dos pais e responsáveis na formação destes hábitos, como prevenção de diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade na infância e ao longo de toda a vida do indivíduo (GIESTA *et al.*, 2019).

3.2.3 Hábitos de sucção não nutritiva

O recém-nascido requer o hábito de sucção para que obtenha a quantidade suficiente de nutrientes responsáveis por seu desenvolvimento e fortalecimento da musculatura craniofacial. Este hábito é um reflexo natural importante e conhecido como sucção nutritiva, em que os nutrientes são obtidos através da amamentação, e pode ser estendido até os dois anos de idade sem que seja considerado prejudicial à criança (CASSIMIRO *et al.*, 2019).

Quando a fome e o instinto de sucção não são satisfeitos durante a amamentação, hábitos de sucção não nutritiva podem ocorrer para proporcionar ao bebê a sensação de proteção e falsa saciedade, por meio da mamadeira, chupetas e/ou dedos. A severidade das alterações dento-faciais consequentes da sucção não nutritiva relaciona-se a intensidade, frequência e duração do hábito (Tríade de Graber), podendo causar alterações na oclusão, face, articulações e músculos (CASSIMIRO *et al.*, 2019).

Os hábitos deletérios diferentemente da sucção nutricional podem aumentar a probabilidade da criança se tornar um respirador bucal, pois na sucção da mamadeira/dedo/chupeta a língua fica em uma posição errada, o bebê fica mais tempo de boca aberta o que acaba ressecando-a e aumentando a chance de acometimento de amigdalites, doenças respiratórias e cárie dentária (GISFREDE *et al.*, 2016).

Segundo Freire, Ferrari e Percinoto (2015), a sucção não nutritiva está relacionada principalmente a crianças que não foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade, ou seja, a utilização de chupetas e mamadeiras é um dos principais agentes causadores do desmame precoce. A partir disso, surge a necessidade de orientar as mães sobre a

importância da amamentação exclusiva nesse período para o crescimento e desenvolvimento saudável do bebê, de modo que haja a prevenção de hábitos deletérios de sucção não nutritiva.

Segundo Silva Filho (2013), recomenda-se que os hábitos de sucção não nutritiva não se estendam além dos cinco anos de idade, visto que até essa idade a sucção atue também no âmbito emocional da criança.

Em acréscimo, os hábitos de sucção não nutritivos têm sido, sugestivamente, envolvidos com a etiologia da má oclusão nas dentições mista e permanente (MONTALDO *et al.*, 2011; MISTRY *et al.*, 2010). Sobre isso, o estudo de Lombardo *et al.*, (2020) apresentou como resultados uma prevalência mundial de maloclusões de 56% (IC95%: 11-99), sendo mais alta nos continentes africano (81%) e europeu (72%), depois na América (53%) e na Ásia (48%), com a mesma prevalência na dentição decídua e na dentição permanente, com um escore comum de 54%. Estes autores concluem que práticas profissionais durante a infância devem fazer uso de estratégias clínicas de prevenção da maloclusão desde a infância.

Devendo ser considerado também que a má oclusão não tratada é significativamente associada com a qualidade de vida dos pacientes, com maiores impactos quanto maior a severidade (SUN; WONG; MCGRATH, 2017), sendo imprescindível o papel do cirurgião-dentista/odontopediatra neste contexto.

3.2.4 Traumatismo dentário

O traumatismo dentário na dentição decídua é, juntamente, com a cárie dentária, um dos motivos mais comuns de primeiro contato entre a criança e o odontopediatra. Ocorre frequentemente em crianças que estão aprendendo a andar, em idade escolar ou acidentes e quedas enquanto estão brincando, podendo causar danos aos tecidos moles e de sustentação da boca, sendo os dentes anteriores superiores os mais acometidos (SERVAT; SCHISTEL; MASSIGNAN, 2019).

No momento da consulta é essencial que o profissional transmita tranquilidade e segurança aos responsáveis e à própria criança, de modo que o diagnóstico seja efetivo para a realização do tratamento adequado. Além disso, as orientações devem ser repassadas aos responsáveis para que em situações futuras, possam efetuar o manejo adequado no trauma dentário (SERVAT, SCHISTEL, MASSIGNAN, 2019).

O diagnóstico adequado na consulta de trauma pode ser concluído através de perguntas direcionadas ao acidente (como, quando, onde), recolhendo o máximo de

informações sobre o evento, visto que essas perguntas são essenciais na conclusão do diagnóstico e do plano de tratamento. Além disso, é fundamental que seja realizado o exame clínico extra e intraoral (verificar se ocorreu hemorragia ou laceração) e exames complementares como radiografias e testes de sensibilidade. É importante que possíveis complicações nos dentes sucessores sejam avaliadas e repassadas aos responsáveis, por ser importante no prognóstico do trauma. (CAMERON; WIDMER, 2012)

Segundo Servat, Schistel e Massignan (2019) ainda é baixo o nível de conhecimento dos pais, responsáveis e professores em situações de urgência por trauma dentário. Os protocolos e condutas devem ser disponibilizados nas escolas para que haja uma maior disseminação dessas informações. Deve-se levar em consideração que um bom prognóstico depende do manejo realizado imediatamente após o trauma e no pronto-atendimento, pois a conduta inadequada pode comprometer a manutenção e vitalidade do elemento dentário, acarretando em consequências sociais e psicológicas para a criança.

De acordo com a Associação Internacional de Traumatologia Dentária, as lesões de luxação compõem o grupo de lesões dentárias traumáticas mais comuns na dentição decídua. E, além disso, estabelece como fatores essenciais ao tratamento do traumatismo na dentição decídua a maturidade da criança, sua capacidade de cooperação no contexto de emergência, o tempo para a esfoliação do dente decíduo traumatizado e a oclusão dentária da criança (LEVIN *et al.*, 2020).

Neste contexto, os responsáveis devem ser informados sobre a importância dos dentes decíduos no desenvolvimento da dentição permanente, pois servem de guia para o correto posicionamento e mantêm o espaço até a erupção destes. Além disso, apresentam funções no desenvolvimento da oclusão, mastigação e fonação, de modo que a perda precoce dos dentes decíduos, seja pela doença cárie, doença periodontal ou por trauma dentário, interfere diretamente na redução da capacidade mastigatória, promovendo a ocorrência de distúrbios na fonética e problemas de ordem psicológica que envolvem a autoestima da criança, afetando sua vida social e emocional (FERNANDES *et al.*, 2020).

3.3 O acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde bucal

As ações realizadas na infância podem garantir que o paciente infantil alcance a idade adulta com uma saúde bucal positiva, livre das principais doenças que acometem a cavidade oral. A efetivação e constância dos hábitos alimentares e de higiene bucal necessitam

do envolvimento, motivação e participação dos pais, responsáveis e de toda a família, de modo que sejam conscientes e apliquem as medidas preventivas no dia a dia em seus lares (SIQUEIRA *et al.*, 2010).

Segundo Machado *et al.* (2016), o processo preventivo deve ocorrer ainda no período pré-natal, em que a gestante busca adquirir novos conhecimentos que devem permanecer após o nascimento do bebê. Neste período, orienta-se uma alimentação materna equilibrada e saudável, além de orientações sobre a importância dos cuidados bucais da gestante e do bebê estarem inclusos desde os exames de pré-natal (FERNANDES *et al.*, 2010).

Nesse sentido, a literatura atualmente tem considerado a atenção odontológica nos primeiros anos de vida da criança como um período muito importante no desenvolvimento infantil. Estudos relatam que intervenções e modificações nos hábitos durante este período influenciarão positivamente no estado de saúde infantil, principalmente ao considerarmos os primeiros mil dias de vida da criança (ABANTO; DUARTE; FERES, 2019). Além disso, agravos bucais como a cárie dentária, o desgaste dentário, o desenvolvimento orofacial e maloclusões estão diretamente relacionados à adoção de hábitos saudáveis nos primeiros mil dias de vida (ABANTO *et al.*, 2018).

3.3.1 Cárie dentária

Apesar dos investimentos em saúde bucal pública, a cárie dentária ainda é uma doença com alta prevalência em crianças no Brasil tornando necessária a intensificação da prática clínica dos odontopediatras juntamente aos pais para que haja uma redução desta doença no público infantil (AGNELLI, 2016).

A cárie dentária é uma doença crônica, dependente de açúcar e da presença de biofilme dental (SHEIHAM; JAMES, 2015). Diante disso, a introdução de alimentos açucarados antes dos dois anos de idade e a falta de conhecimento dos responsáveis sobre a higienização oral podem determinar o aparecimento de lesões cáries no bebê (NUNES; PEROSA, 2017).

O acometimento das lesões cáries em bebês muitas vezes está diretamente ligado à desinformação dos pais quanto à importância da escovação com dentífrico fluoretado desde a irrupção do primeiro dente decíduo e a adoção de uma dieta saudável principalmente relacionada ao consumo de açúcares. Por isso, as intervenções preventivas e educativas sobre aspectos nutricionais e higiênicos resultam na redução do acometimento dessa doença,

demonstrando assim a relação entre o aparecimento da doença cárie e a desinformação dos pais/responsáveis/cuidadores (ABANTO *et al.*, 2018).

Estudos realizados por Nunes e Perosa (2017) relataram que os pais que apresentam uma maior escolaridade e maior nível socioeconômico demonstraram um conhecimento correto e suficiente sobre saúde bucal. Contudo, o nível de conhecimento não correspondeu ao índice de cárie das crianças, levando a conclusão de que, apesar de possuírem as orientações e informações corretas, os responsáveis não têm posto em prática no contexto diário.

Crianças introduzidas em programas preventivos quando suas mães ainda estão gestantes e/ou no primeiro ano de vida tendem a apresentar uma prevalência baixa de cárie dentária quando comparadas às crianças que iniciam estas atividades no segundo ano de vida. Deste modo, o ingresso e exposição de bebês às consultas e acompanhamentos odontopediátricos até o primeiro ano de idade atuam como um fator protetor e preventivo ao desenvolvimento de cárie dentária na primeira infância (LEMOS *et al.*, 2014).

Segundo Dhull *et al.* (2018), a tríade pediátrica “criança – pais – odontopediatra” é essencial na manutenção da saúde bucal das crianças durante a primeira infância e no futuro. Pesquisas realizadas mostraram que quando ocorre o estabelecimento da doença cárie em crianças até os quatro anos de idade, estas também apresentam lesões cariosas no decorrer de sua vida.

3.3.2 Desgaste erosivo

A erosão dentária é caracterizada pela desmineralização de tecidos dentários (esmalte e/ou dentina) que são desgastados por um processo químico que não envolve bactérias, causada diretamente pela ação de ácidos presentes na alimentação (erosão extrínseca) e pelo ácido gástrico (erosão intrínseca), gerando muita sensibilidade ao indivíduo. Estudos relatam que a prevalência de erosão dentária em pacientes infantis e jovens está relacionada a ingestão de refrigerantes e bebidas ácidas (MURAMAKI *et al.*, 2016).

As lesões podem ser localizadas em um elemento dentário ou generalizada em vários dentes. Inicialmente, observa-se uma superfície brilhante, lisa e transparente, e esmalte intacto próximo a margem gengival. Quando são observadas superfícies côncavas, sobrecontorno e exposição pulpar, têm-se um aspecto mais severo da erosão dentária (CAETANO, 2016).

Com relação a erosão intrínseca, observa-se a presença de transtornos alimentares, como a bulimia e anorexia, juntamente com o estresse diário e ansiedade que podem gerar o desenvolvimento de doenças gastrointestinais, ou seja, vômitos e refluxos que provocam um contato do ácido gástrico com a superfície dentária, originando as lesões erosivas (MURAMAKI *et al.*, 2016).

A erosão por fatores extrínsecos ocorre pelo consumo de alimentos e bebidas ácidas, principalmente através de refrigerantes e sucos. O pH neutro da cavidade bucal é de 7.0, sendo considerado crítico quando seu valor chega a 5.5 ou menos, promovendo a desmineralização do esmalte. O pH do refrigerante varia entre 2.38 e 2.92, suco de fruta 2.77 a 3.30, e do conteúdo gástrico 3.8, gerando uma acidez no ambiente bucal e a desmineralização dentária (CAETANO, 2016).

Segundo Fontes *et al.* (2017), o consumo de bebidas com baixo pH foi observado nas crianças em fase escolar. Foi evidenciado também a alta ingestão de refrigerantes em bebês de 9 a 12 meses de vida, ocasionando o desgaste na dentição decídua. As principais razões relacionadas a estes dados são os hábitos dietéticos da população, que a cada dia consome mais produtos industrializados e processados.

O tratamento envolve a remoção da causa para prevenir a evolução e o acometimento de novas lesões, seja em relação a mudança nos hábitos alimentares ou na correta higienização oral, que também é capaz de promover um desgaste dos tecidos. Além disso, é realizada a aplicação tópica de verniz fluoretado, pois o fluoreto em alta concentração é considerado o agente remineralizante que possui maior efetividade na superfície dental contra o desgaste erosivo (FONTES *et al.*, 2017).

Diante disso, é necessário que o cirurgião dentista esteja apto a diagnosticar a erosão dentária e orientar os pais/responsáveis e a própria criança acerca dos hábitos alimentares e de higiene relacionados ao desgaste dentário (MURAMAKI *et al.*, 2016).

Além disso, deve-se orientá-los sobre a importância de manter o hábito de uma alimentação saudável, natural e sem adições de açúcar e com baixo consumo de alimentos acidogênicos, desde a introdução complementar da criança (por volta dos seis meses de idade), para que este hábito seja observado e mantido no decorrer de sua vida, evitando o processo de erosão dentária (FONTES *et al.*, 2017).

3.3.3 Desenvolvimento orofacial e maloclusões

Segundo Vilain *et al.* (2017), as maloclusões são consideradas como um dos maiores problemas de saúde bucal, caracterizadas como alterações no crescimento e desenvolvimento orofacial que resultam em deformações na oclusão, fonação, mastigação, deglutição e respiração. Podendo gerar transtornos na autoestima e na vida social do indivíduo. Essas anomalias estão relacionadas a fatores hereditários e ambientais que afetam os músculos e ossos da face, durante a formação craniofacial.

Hábitos fisiológicos como a mastigação, deglutição e a respiração nasal são normais e funcionais, responsáveis por favorecer o crescimento facial. Já os hábitos deletérios, conhecidos como não funcionais e não fisiológicos, como a chupeta, mamadeira, sucção digital e a respiração bucal, ocasionam alterações no crescimento ósseo, modificações nas posições dentárias, da respiração e da fala (VILAIN *et al.*, 2017).

Normalmente, quando um hábito deletério não ultrapassa os três anos de idade, o acometimento de maloclusões é menor, e assim a oclusão poderá voltar a sua funcionalidade. Quando ele permanece, além dos três anos, a probabilidade de ocorrer alterações significativas na oclusão é maior, podendo necessitar de tratamento ortodôntico (ROCHA; GONÇALVES, 2020).

Diversos fatores podem ocasionar o avanço das maloclusões com a idade e da dentição decídua para a permanente, podendo ser citadas a presença de Arco de Baume Tipo II, em que a criança não apresenta diastemas (espaços) entre os dentes decíduos anteriores e provavelmente faltará espaço na arcada para a irrupção dos dentes permanentes sucessores (ZAPATA *et al.*, 2010).

De acordo com estudos realizados por Vilain *et al.* (2017), outro fator relacionado é o desmame precoce que pode ocasionar insuficiência na atividade dos músculos da face, gerando alterações nos atos de respiração, deglutição, fala e maior possibilidade de maloclusão. Dentre 100 crianças com 5 anos de idade que participaram do estudo, 60% não foram amamentadas e necessitam de alguma intervenção ortodôntica, associando o desmame precoce e a não amamentação a prevalência de maloclusões na dentição decídua.

Ao longo do primeiro ano de vida, a boca é uma das partes mais importantes do corpo, sendo a sucção um ato fisiológico do próprio bebê. Contudo, quando ocorre uma alteração da função muscular, estimulada por hábitos de sucção não nutritivos, ocorre uma modificação na deglutição e deformação da arcada dentária e do palato, sendo a mordida aberta

anterior a maloclusão mais comum associada a hábitos deletérios (ROCHA; GONÇALVES, 2020).

Caso os hábitos de sucção não nutritivos persistam ao decorrer da dentição mista, depois do surto de crescimento, provavelmente maloclusões serão provocadas, de modo que a deglutição somada a fatores ambientais ocasione respiração bucal, hipertrofia nas amígdalas e deformações fonoarticulatórias (CARMINATTI *et al.*, 2019).

O desequilíbrio oclusal pode ter origem hereditária e o hábito oral não nutritivo pode apenas servir de auxílio no desencadeamento da maloclusão. Estudos realizados por Carminatti *et al.* (2019) relatam que a modificação na oclusão é estabelecida pelo biotipo facial, idade e pelas variações de hábitos, sendo grande parte das alterações oclusais encontradas no adulto tem início no primeiro ano de vida.

Dessa forma, demonstra-se a importância das orientações e acompanhamento feitos pelo odontopediatra nos primeiros anos de vida, de modo que haja intervenção no hábito deletério antes que se torne patológico ou repercuta nos demais ciclos vitais.

3.3.4 Bruxismo

O bruxismo é um hábito parafuncional que consiste no apertamento e/ou ranger dos dentes inconscientemente de modo repetitivo, ocorrendo durante o sono ou em vigília. Este hábito tem sido observado principalmente durante a infância, diminuindo com o passar dos anos, tornando-se preocupante por conta do impacto gerado na qualidade de vida da criança (CABRAL *et al.*, 2018).

Esta desordem pode repercutir de diversas formas no sistema estomatognático, como fadiga dos músculos, dores de cabeça, distúrbios da articulação temporomandibular e em especial, os desgastes dentários. Além disso, a diminuição na qualidade do sono afeta diretamente o desempenho educacional das crianças, pois estas chegam a dormir menos de oito horas por dia (CABRAL *et al.*, 2018).

O bruxismo apresenta etiologia multifatorial, podendo ter origem genética, psicológica ou sistêmica, com potencial influência do sistema nervoso central. A etiologia psicológica envolve a presença de estresse e ansiedade relacionados às tarefas cotidianas e a sistêmica está relacionada a complicações respiratórias como a sinusite, rinite e asma. Já o fator genético está ligado à contribuição genética no fenótipo do bruxismo (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

O bruxismo infantil pode ocasionar dilacerações gengivais nos bebês em que os dentes antagonistas ainda não erupcionaram, desgastes dentários e desconforto na articulação temporomandibular que pode atuar no desenvolvimento de doença periodontal. Também pode ser observado uma aceleração na rizólise de dentes decíduos, provocando uma modificação na cronologia da erupção dos dentes permanentes (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

Estudos realizados por Simões-Zenari e Bitar (2010) relataram a relação entre o acometimento de bruxismo e fatores relacionados aos hábitos bucais, motricidade orofacial e funções de respiração, mastigação e deglutição, chegando à conclusão que crianças com hábitos deletérios (uso de chupeta, sucção digital, onicofagia) e com maloclusões, apresentam maior probabilidade de desenvolverem o bruxismo.

Uma pesquisa realizada por Garcia *et al* (1995) demonstrou uma prevalência de 40% do bruxismo em crianças de três a seis anos de idade. Em seus estudos, Petit *et al* (2007) observaram que 46% das crianças avaliadas entre 2,5 e seis anos possuíam bruxismo, aumentando gradativamente a prevalência com o passar da idade.

A principal forma de intervir no bruxismo é a proteção do dente, de modo que o ranger seja reduzido juntamente com o alívio das dores de cabeça e melhorando a qualidade do sono. A utilização da placa de mordida é uma das intervenções mais aplicadas, sendo confeccionada à base de silicone, com uma espessura mínima de 3mm, cobrindo da região vestibular à lingual, prevenindo desgastes e aumentando a resistência (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

A placa de mordida atua na redução e desprogramação da atividade parafuncional, induzindo o relaxamento muscular e protegendo os dentes do desgaste, além de ter como grande vantagem a não interferência no crescimento e desenvolvimento craniofacial infantil. Ademais, deve ser avaliada a necessidade de realizar restaurações e ajustes oclusais nas superfícies dentárias. O tratamento ortodôntico pode ser necessário também (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

Aliado a isso, deve ser feito um acompanhamento multidisciplinar com odontopediatra, pediatra e psicólogo, constituindo um tratamento ideal. O diagnóstico precoce é capaz de controlar e prevenir maiores complicações no sistema estomatognático, proporcionando conforto e bem-estar à criança. Dessa forma, é importante que o odontopediatra seja capaz de diagnosticar e atuar na prevenção e tratamento deste hábito parafuncional que tem feito parte cada vez mais da rotina clínica (CABRAL *et al.*, 2018).

3.4 O acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde geral

A alimentação inapropriada juntamente com o sedentarismo, têm resultado no aumento de indivíduos acima do peso e susceptíveis a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2021).

Diante disso, considerando a saúde da criança nos seus primeiros anos de vida, é importante ponderar a sua vulnerabilidade a fatores nutricionais e metabólicos que predispõem a malefícios a curto e longo prazos na sua saúde, prolongando-se até a idade adulta (GIESTA *et al.*, 2019). Assim, a alimentação imprópria nos primeiros anos de vida pode ser um dos fatores de risco que determinam o crescimento da obesidade e de DCNT na vida adulta, visto que a ingestão dos alimentos ultraprocessados tem repercussão negativa na saúde nos primeiros anos de vida e principalmente na idade adulta (ABANTO *et al.*, 2018).

Neste sentido, os resultados do estudo realizado por GIESTA *et al.* (2019) mostram os hábitos alimentares inadequados nos dois primeiros anos de vida, com baixa predominância de amamentação materna exclusiva e introdução de alimentação complementar inapropriada, principalmente devido a inclusão de alimentos ultraprocessados antes dos seis meses de vida. Diante disso, é importante considerar que o acompanhamento odontopediátrico vai além de procedimentos restauradores e controle dos índices de doenças bucais, ao proporcionar a instalação de hábitos saudáveis que proporcionam repercussões na saúde como um todo.

As DCNT, como a diabetes, cânceres, doenças cardiovasculares apresentam etiologia relacionada aos hábitos de vida dos indivíduos, sendo consideradas as doenças com maior taxa de mortalidade. A dieta é um dos principais fatores de risco associados a estas doenças, contudo, trata-se de um hábito que pode ser alterado através de ações e políticas governamentais que regulamentem e reduzam a exposição e consumo de alimentos que prejudicam a saúde (BARROS, 2021).

Neste contexto, a obesidade vem sendo relacionada aos principais agravos em saúde bucal, tanto com as doenças periodontais (BENGUIGUI *et al.*, 2012; CARNEIRO *et al.*, 2015), quanto com a cárie dentária (HAYDEN *et al.*, 2013).

Com base nisso, e considerando que a saúde bucal se reflete diretamente na saúde geral de crianças e adolescentes, é válido destacar que o (a) odontopediatra deve considerar os aspectos da saúde geral e bucal da criança, visto que as doenças bucais que ocorrem inicialmente na infância, podem predizer em décadas o acometimento de DCNT no paciente adulto (DRUMMOND; BROSAN; LEICHTER, 2017).

De acordo com Keller *et al.* (2015), o sobrepeso, a obesidade, o ganho de peso ou o crescimento da circunferência da cintura estão relacionados ao desenvolvimento da periodontite ou da alteração das medidas periodontais. Por conseguinte, de acordo com Drummond, Brosnan e Leichter (2017), as doenças periodontais em adolescentes que possuem diabetes tipo II são mais agressivas quando comparados àqueles com diabetes tipo I. Dessa forma, pode-se concluir que existirão mais jovens adultos com diabetes tipo II, que apresentaram sobrepeso na infância, com doença periodontal nas fases seguintes da vida.

O crescente número de estudos que evidenciam o impacto do sobrepeso na doença periodontal manifesta a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares. Neste sentido, é também papel da Odontopediatria orientar e esclarecer o impacto da adoção de hábitos saudáveis também como promoção de saúde e prevenção de doenças sistêmicas. (BARROS, 2021). Isso se ainda mais relevante devido aos resultados de estudos que apontam que crianças obesas/pré-obesas apresentam maiores índices de cárie dentária que indivíduos com peso normal, tanto para os dentes decíduos como em dentes permanentes (COSTACURTA *et al.*, 2015), estando o sobrepeso e a obesidade influenciando também a progressão da perda de inserção clínica periodontal (GAIO *et al.*, 2016).

Diante disso, a OMS destaca a importância da redução da ingestão de açúcares livres ao longo do ciclo vital como estratégia de prevenção não somente da obesidade e da cárie, mas também possivelmente de outras DCNT (WHO, 2015). Neste contexto, entende-se a importância de receber orientações sobre saúde bucal e geral o quanto antes, por meio do odontopediatra, para que os hábitos saudáveis sejam instalados precocemente a fim de prevenir o acometimento de DCNT ao longo da vida do indivíduo.

4 CONCLUSÃO

A odontopediatria tem como base a educação e prevenção da saúde da criança juntamente com a coparticipação dos pais e responsáveis, fortalecendo a promoção de saúde desde o período gestacional e a infância, dando ênfase a todas as áreas que envolvem a saúde bucal e sistêmica infantil, considerando suas repercussões nos demais ciclos vitais.

Para que a saúde bucal seja plena, é importante que os cuidados bucais sejam iniciados o mais cedo possível, considerando idealmente o período gestacional ou, pelo menos, até o primeiro ano de vida da criança. Por isso, é enorme a relevância da Odontologia para bebês, para que haja a orientação aos pais e responsáveis, favorecendo a perpetuação dos hábitos saudáveis desde cedo, sem a ocorrência das principais doenças bucais.

Orientações sobre a dieta durante a gestação, cuidados com a higienização bucal do bebê, principalmente com o uso de dentífrico fluoretado a partir da irrupção do primeiro dente decíduo, a importância da amamentação exclusiva em seio materno até os seis meses de idade e a alimentação complementar saudável, especialmente isenta de açúcares, são algumas medidas que, quando implementadas na infância, sob orientação do Odontopediatra, são capazes de proporcionar uma melhor qualidade de vida à criança e satisfação dos responsáveis em vê-los saudáveis.

Além disso, é imprescindível considerar o impacto do acompanhamento odontopediátrico na infância não somente na saúde bucal, mas também na saúde sistêmica do bebê, evitando o acometimento por doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade e outras, na infância e em todo o curso da vida.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J.; DUARTE, D.; FERES, M. **Primeiros mil dias do bebê e sua saúde bucal**. Nova Odessa, Sp: Napoleão, 2019. 88 p.
- ABANTO, J *et al.* Diretrizes para o estudo das condições nutricionais e agravos bucais dentro dos primeiros 1.000 dias de vida. **Ver Assoc Paul Cir Dent**, v. 72, n. 3, p. 496-502, 2018.
- ACADEMIA AMERICANA DE ODONTOPEDIATRIA (AAPD). **Best Practices: Perinatal and Infant Oral Health Care**, 2016.
- AGNELLI, P.B. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. **Revista brasileira de odontologia**, v. 72, n. 1/2, p. 10, 2016.
- ARDENGHI, T.M. *et al.* Age of First Dental Visit and Predictors for Oral Healthcare Utilisation in Preschool Children. **Oral health & preventive dentistry**, v. 10, n. 1, 2012.
- BARROS, D.M. *et al.* A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 74647-74664, 2021.
- BENGUIGUI, C.V. *et al.* Evaluation of oral health related to body mass index. **Oral Dis**. 18 (8): 748-755. 2012.
- BHUTTA, Z.A *et al.* What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **Lancet**. 371: 417-440. 2008.
- BLACK, R.E. *et al.* Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, p. 243-260, 2008.
- BRANDÃO, M.S *et al.* Pais/responsáveis como coadjuvantes na saúde bucal de seus filhos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. e123922124-e123922124, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília. 265 p. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030**. Brasília. 118 p. 2021
- BRECHER E.A.; LEWIS C.W. Infant Oral Health. **Pediatr Clin North Am**. Oct; 65 (5): 909-921. 2018
- CABRAL, L. C. *et al.* Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis fatores de risco. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 28, n. 1, p. 41-51, 2018.
- CAETANO, J.F.V. **Nutrição em Odontopediatria - Cárie e Erosão Dentária**. 2016.
- CAMERON, A.C.; WIDMER, R.P. **Manual de odontopediatria**. 3ª edição. Elsevier Brasil, 2012.
- CARMO, C.D.S *et al.* Consumo de açúcar adicionado e carga de doenças bucais crônicas entre adolescentes no Brasil. **Journal of Dental Research**, v. 97, n. 5, pág. 508-514, 2018.

CARMINATTI, M *et al.* Aleitamento materno, introdução alimentar, hábitos orais e má oclusão em crianças de três a cinco anos. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 60, n. 1, p. 27-34, 2019.

CARNEIRO, V. L. *et al.* The influence of glycemic control on the oral health of children and adolescents with diabetes mellitus type 1. **Arch Endocrinol Metab.** 59 (6): 535-540. 2015.

CASSIMIRO, I.G.V *et al.* A importância da amamentação natural para o sistema estomatognático. **Revista uningá**, v. 56, n. S5, p. 54-66, 2019.

COSTACURTA, M. Dental caries and childhood obesity: analysis of food intakes, lifestyle. **Eur J Paediatr Dent.** 15(4):343-8. dec. 2014.

DHULL, K.S *et al.* Conhecimento, atitude e prática de mães em relação à saúde bucal infantil. **Jornal internacional de odontopediatria clínica** , v. 11, n. 5, pág. 435, 2018.

DINIZ, M.B.; SILVA, R.C.; ZUANON, A.C.C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 329-334, 2009.

DRUMMOND, B.K.; BROSANAN, M.G.; LEICHTER, J.W. Manejo da saúde periodontal em crianças: odontopediatria e interface da periodontologia. **Periodontology 2000** , v. 74, n. 1, pág. 158-167, 2017.

EDELSTEIN, B.L. Pediatric dental-focused interprofessional interventions: rethinking early childhood oral health management. **Dental Clinics**, v. 61, n. 3, p. 589-606, 2017.

FERNANDES, A.L.F *et al.* Atendimento odontológico em bebês: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e88591110750-e88591110750, 2020.

FERNANDES, D.S.C *et al.* Motivo do atendimento odontológico na primeira infância. **Stomatos**, v. 16, n. 30, p. 4-10, 2010.

FERREIRA FILHO, M.J.S *et al.* A importância da higiene bucal do bebê de zero a um ano de idade: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 13086-13099, 2021.

FONTES, C.L *et al.* Abordagem da erosão dentária na clínica odontopediátrica: relato de casos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 262-269, 2017.

FREIRE, G.L.M.; FERRARI, J.C.L.; PERCINOTO, C. Associação entre o aleitamento materno e o desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia** , v. 63, p. 139-144, 2015.

GAIIO, E.J *et al.* Effect of obesity on periodontal attachment loss progression: a 5-year population-based prospective study. **Journal of Clinical Periodontology** , v. 43, n. 7, pág. 557-565, 2016.

GARCIA, P.P *et al.* Verificação da incidência de bruxismo em pré-escolares. **Odontol Clin;** 5:119-22, 1995.

- GIESTA, J.M *et al.* Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2387-2397, 2019.
- GISFREDE, T.F *et al.* Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 73, n. 2, p. 144, 2016.
- GOETTEMS, M.L *et al.* Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 40, n. 5, p. 451-458, 2012.
- HAYDEN, C. *et al.* Obesity and dental caries in children: a systematic review and metaanalysis. **Community Dent Oral Epidemiol.** 41(4):289-308. aug. 2013.
- IIDA, H. Oral health interventions during pregnancy. **Dental clinics of North America**; 61:467–481. 2017
- JESUS, D.M *et al.* A higiene bucal de bebês edêntulos e sua influência na microbiota bucal: os profissionais de saúde devem preconizá-la? – revisão crítica. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, 2021.
- KELLER, A *et al.* Association between periodontal disease and overweight and obesity: a systematic review. **Journal of periodontology**, v. 86, n. 6, p. 766-776, 2015.
- LABUTO, M.M.; MATOS, A.S. À importância da amamentação em relação a saúde bucal do bebê. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 2, n. 1, 2020.
- LEMO, L.V.F.M *et al.* Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. **Einstein (São Paulo)**, v. 12, n. 1, p. 6-10, 2014.
- LEVIN, L *et al.* International Association of Dental Traumatology Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: General Introduction. 2020.
- LOMBARDO, G *et al.* Worldwide prevalence of malocclusion in the different stages of dentition: A systematic review and meta-analysis. **Eur J Paediatr Dent.** 2020 Jun;21(2):115-122.
- MACAMBIRA, D.S.C.; CHAVES, E.S.; COSTA, E.C. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. 2017.
- MACHADO, M.D *et al.* Saúde bucal do binômio mãe-filho focalizando pré-escolares de uma escola municipal de Santa Maria-RS. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 8, n. 1, p. 169-178, 2016.
- MISTRY, P *et al.* The occlusal effects of digit sucking habits amongst school children in Northamptonshire (UK). **J Orthod.** 2010;37(2):87-92.
- MONTALDO, L *et al.* Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. **Int J Paediatr Dent.** 2011;21(1):68-73.
- MURAKAMI, C *et al.* Tendências na prevalência de desgaste dentário erosivo em pré-escolares brasileiros. **Revista Internacional de Odontopediatria** , v. 26, n. 1, pág. 60-65, 2016.

NAIDU, R.S.; NUNN, J.H. Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. **Oral Health Prev Dent. Apr** 1;18(1):245-252. 2020

NUNES, V.H.; PEROSA, G.B. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciência & Saúde Coletiva** , v. 22, p. 191-200, 2017.

OLIVEIRA, I.M *et al.* Avaliação da percepção dos responsáveis por crianças na primeira infância sobre a importância da prática de higienização bucal. **Archives Of Health Investigation**, v. 9, n. 6, p. 596-600, 2020.

PETIT, D. et al. Dissomnias e parassonias na primeira infância. **Pediatrics** , v. 119, n. 5, pág. e1016-e1025, 2007.

REGO, I. N. Associação entre estado nutricional, consumo de açúcar e cárie dentária em crianças de 12 anos. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018.

ROCHA, M.D.L.; GONÇALVES, G.S.A. Hábitos de sucção não nutritiva em odontopediatria. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 1, n. 2, 2020.

SANTOS, A.P.; NADANOVSKY, P.; OLIVEIRA, B.H. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2013;41(1):1-12. 3.

SERVAT, R.L.; SCHISTEL, L.C; MASSIGNAN, C. Conhecimento de responsáveis sobre traumatismo dentário em crianças. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 24, n. 2, p. 220-228, 2019.

SHEIHAM, A.; JAMES, W.P.T. Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, 2015.

SILVA FILHO, O.G.; GARIB, D.G.; LARA, T.S. **Ortodontia Interceptiva**. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda, 2013.

SIMÕES-ZENARI, M.; BITAR, M. L.. Factors associated to bruxism in children from 4-6 years. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 22, p. 465-472, 2010.

SIQUEIRA, M.F.G *et al.* Evaluation of an oral health program for children in early childhood. **Revista Odonto Ciência**, v. 25, n. 4, p. 350-354, 2010.

SOUZA, D.S *et al.* **Promoção à saúde bucal do bebê**. Diamantina - MG: UFVJM. 80 p. 2021.

SUN, L.; WONG H.M.; MCGRATH, C.P. Relationship Between the Severity of Malocclusion and Oral Health Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-analysis. **Oral Health Prev Dent.** 2017;15(6):503-517

VICTORA C.G *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387: p. 475–90, 2016.

VICTORA, C.G *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **The Lancet**, v. 371, n. 9609, p. 340-357, 2008.

VILAIN, C.T *et al.* Prevalência de maloclusão em crianças de 05 anos de idade em um município catarinense. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 210-222, 2017.

WALSH, T *et al.* Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. **Cochrane Database Syst Rev.** 20;(1), 2010.

WALTER, L.R.F. *et al.* **Manual de odontologia para bebês.** Artes Médicas Editora, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – WHO/UNICEF. **Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Meeting "Breastfeeding in the 1990s: A global initiative"**. Co-sponsored by the United States Agency for International Development (AID) and the Swedish International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, on 30 July - 1 August, 1990.

ZAPATA, M *et al.* Ocorrência de mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios em crianças de 4 a 6 anos. **Revista CEFAC**, v. 12, p. 267-271, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Artigo científico

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO NA
INFÂNCIA COMO PRECURSOR DE SAÚDE**

**THE IMPORTANCE OF PEDIATRIC DENTAL FOLLOW-UP IN CHILDHOOD AS
A PRECURSOR OF HEALTH**

Yngrid Beatriz Silva Coelho¹

Cadidja Dayane Sousa do Carmo²

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo descrever a importância do acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde. Para isso, foram utilizados nesta revisão de literatura conteúdos científicos pertinentes ao tema, indexados nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed), Lilacs (Literatura latino-americana em Ciências da Saúde) e Google Acadêmico, utilizando as seguintes palavras-chave: odontologia preventiva (preventive dentistry, odontología preventiva); odontopediatria (pediatric dentistry, odontología pediátrica) assistência odontológica para crianças (dental care for children, atención dental para niños); saúde da criança (Child Health, Salud del Niño). As consultas odontológicas nos primeiros anos de vida têm como principal objetivo a prevenção de doenças, a promoção de saúde, além da familiarização da criança com o consultório odontológico. Com a participação da Odontopediatria os pais e responsáveis têm a oportunidade de serem orientados quanto a dieta infantil, como amamentação e consumo de açúcar; hábitos de higiene, como o uso da escova dental e do dentífrico fluoretado com concentração anticárie; prevenção de maloclusões, com os hábitos de sucção não nutritivos, e outros. Além disso, o acompanhamento odontopediátrico é crucial na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, evitando a sua ocorrência na infância e perpetuação nos demais ciclos vitais. Com isso, conclui-se que para uma saúde bucal plena, é importante que os cuidados bucais sejam iniciados o mais cedo possível, considerando idealmente o período gestacional ou, pelo menos, até o primeiro ano de vida da criança, sendo enorme a relevância da Odontologia para bebês, para que haja a orientação aos pais e responsáveis para uma adequada adoção de hábitos saudáveis desde cedo.

Palavras-chave: Odontologia preventiva. Odontopediatria. Assistência odontológica para crianças.

¹ Graduanda em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, São Luís, MA, Brasil.

² Docente do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Doutora em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

ABSTRACT

The present study aims to describe the importance of pediatric dental care as a precursor to health in the course of life. For this, scientific contents pertinent to the topic were used in this literature review, indexed in the following databases: Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Library of Medicine, National Institutes of Health (PUBMED), Latin American Literature on Health Sciences (LILACS) and Academic Google, using the following keywords: preventive dentistry (odontologia preventiva, odontología preventiva); pediatric dentistry (odontopediatria, odontología pediátrica); dental care for children (assistência odontológica para crianças, atención dental para niños); child health (saúde da criança, salud del niño). Dental appointments in the first years of life have as their main objective the prevention of diseases, health promotion, in addition to familiarizing the child with the dental office. With the participation of Pediatric Dentistry, parents and guardians have the opportunity to be guided about children's diet, such as breastfeeding and sugar consumption; hygiene habits, such as using a toothbrush and fluoridated toothpaste with an anticaries concentration; prevention of malocclusions, with non-nutritive sucking habits, and others. In addition, pediatric dental monitoring is crucial in preventing chronic non-communicable diseases, preventing their occurrence in childhood and perpetuation in other vital cycles. Thus, it is concluded that for full oral health, it is important that oral care is started as soon as possible, ideally considering the gestational period or, at least, up to the first year of the child's life, the importance of Dentistry for babies, so that there is guidance to parents and guardians for an adequate adoption of healthy habits from an early age.

Keywords: Preventive dentistry. Pediatric Dentistry. Dental care for children.

INTRODUÇÃO

A odontologia tem como principal objetivo a manutenção da saúde bucal simultaneamente à saúde sistêmica dos indivíduos, sendo o odontopediatra um dos responsáveis pelo acompanhamento desde a infância, proporcionando uma saúde bucal adequada inclusive nos ciclos vitais seguintes. Nesse sentido, a Odontopediatria enfatiza a educação em saúde a partir da promoção de saúde bucal ainda no período gestacional, dando continuidade após o nascimento do bebê, com o objetivo de garantir que o paciente infantil alcance a idade adulta livre das principais doenças que afetam a cavidade oral (FERNANDES *et al.*, 2010).

Assim, a Odontopediatria tem preconizado o cuidado em saúde bucal considerando os primeiros 1.000 dias de vida do bebê, desde o momento da concepção até os dois anos de idade da criança, como um período muito importante para o crescimento e desenvolvimento infantil. Trata-se de um período essencial para o estabelecimento de hábitos saudáveis que poderão influenciar a saúde e qualidade de vida da criança (BLACK *et al.*, 2008; VICTORA *et al.*, 2008).

No Brasil, a Odontologia para bebês, foi iniciada na Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 1984, com o desenvolvimento de atendimentos voltados para promoção da saúde e prevenção da cárie dentária (LEMOS *et al.*, 2014). Com isso iniciou-se um programa de atendimento odontológico a bebês com a realização de procedimentos educativos direcionados aos pais, assim como medidas preventivas e curativas em crianças de até três anos de idade (WALTER *et al.*, 2014).

De acordo com a AAPD (2016), os pais/responsáveis devem ser incentivados a realizarem a primeira consulta odontológica de seus filhos até os 12 meses de idade, de modo que sejam sensibilizados quanto ao ambiente do consultório e à importância do atendimento e acompanhamento odontológico, com a realização de exame clínico oral completo e orientações sobre higiene bucal, avaliação de risco para cárie dentária, avaliação de dieta, prevenção ao trauma orofacial, aconselhamento sobre hábitos orais não nutritivos e outros (AAPD, 2016).

Dessa forma, a assistência odontológica realizada durante a infância, aliada à coparticipação dos pais e/ou responsáveis, seja responsável pela manutenção da saúde bucal no decorrer da infância, evitando o acometimento pelas doenças bucais mais frequentes como a cárie dentária e as doenças periodontais (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Diante disso, a presente revisão de literatura tem como objetivo descrever a importância do acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa com abordagem qualitativa realizada a partir de buscas nas principais bases de dados na área da saúde como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED), Literatura latino-americana em ciências da saúde (LILACS) e Google Acadêmico. Utilizou-se descritores nas suas formas individualizadas e também combinadas entre si: odontologia preventiva (preventive dentistry, odontología preventiva); odontopediatria (pediatric dentistry, odontología pediátrica) assistência odontológica para crianças (dental care for children, atención dental para niños); saúde da criança (Child Health, Salud del Niño).

Foram considerados todos os tipos de estudos científicos, selecionados sem filtro temporal, e publicados nas línguas portuguesa (Brasil), inglesa ou espanhola; sendo excluídos os estudos indisponíveis na sua forma completa/na íntegra e aqueles distantes da temática em estudo.

REVISÃO DE LITERATURA

O conhecimento de pais e responsáveis sobre a saúde bucal de bebês

A saúde da criança está intimamente relacionada às suas condições de vida, sendo influenciada por vários fatores como os cuidados durante a gestação, renda familiar, nível de escolaridade dos pais, qualidade habitacional, idade em que a criança ingressou na escola e acesso à informação e à saúde pública. Diante disso, é relevante a importância da informação na obtenção de uma melhor qualidade de vida, influenciando a adoção de hábitos saudáveis e conscientizando os pais/responsáveis quanto ao impacto da saúde bucal no bem-estar de seus filhos (FERREIRA FILHO *et al.*, 2021).

Neste sentido, a Odontologia para bebês, no período de 0 a 36 meses, tem como principal enfoque a atenção dos pais/responsáveis, destacando a importância de sua coparticipação, com influências positivas à saúde dos filhos que se encontram na fase de desenvolvimento de hábitos (LEMOS *et al.*, 2014). Assim, a Odontopediatria apresenta um importante papel educativo-preventivo relacionando a promoção de saúde bucal à transmissão de conhecimentos, capacitando e informando os pais/responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal dos bebês (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Para Abanto *et al.* (2018), as escolhas e hábitos adotados pelos pais e responsáveis nos primeiros 1000 dias de vida do bebê, que correspondem desde o momento da concepção aos dois anos de idade, repercutem por toda a vida da criança. É nessa fase em que existe a possibilidade de adotar hábitos saudáveis essenciais no crescimento e desenvolvimento infantil, de modo que cresçam com adequada saúde, bucal e sistêmica.

Além disso, é essencial o cuidado com a saúde bucal e a prática de hábitos alimentares saudáveis durante o período gestacional, visto que problemas bucais podem estar relacionados a complicações obstétricas, como parto prematuro e baixo peso do bebê ao nascer. Assim, o acompanhamento da mãe e do bebê poderão assegurar um adequado desenvolvimento da gestação, de modo que o bebê nasça e cresça saudável (FERNANDES *et al.*, 2020).

Após o nascimento da criança, diversos hábitos comportamentais são capazes de interferir na manutenção da sua saúde bucal no período da primeira infância, como a fase de aleitamento materno, uma dieta com baixa ingestão de carboidratos, frequência às consultas odontológicas e cuidados com a higienização oral. Contudo, a ausência de comprometimento das famílias a respeito destes cuidados é um dos principais fatores relacionados ao insucesso

dos programas preventivos, além da inclusão precoce de hábitos inadequados que acarretam doenças bucais (LEMOS *et al.*, 2014).

Ainda que muitos pais/responsáveis não valorizem os cuidados com dentes decíduos porque a maioria dos bebês não nasce com dentes e apenas alguns dentes surgem durante o primeiro ano de vida (BRECHER; LEWIS, 2018); ou ainda por saberem que serão substituídos futuramente, estes são de suma relevância, uma vez que desempenham funções essenciais na vida da criança, como a mastigação, uma das etapas essenciais no processo de digestão, a fonação que auxilia na pronúncia correta das palavras, além de contribuição no crescimento musculoesquelético e função-guia na irrupção dos dentes permanentes, direcionando-os corretamente (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Diante disso, é importante que haja o acompanhamento odontopediátrico desde o período gestacional (ABANTO *et al.*, 2018), juntamente com a realização de iniciativas que promovam saúde bucal na primeira infância, com a conscientização, orientação e inclusão dos pais e/ou responsáveis no planejamento destas (FERNANDES *et al.*, 2010).

A consulta odontopediátrica e o desenvolvimento de hábitos saudáveis

É importante a realização da consulta com o profissional especializado, uma vez que o (a) Odontopediatra apresenta o conhecimento teórico-prático e abordagem psicológica necessários para atender o bebê e orientar os pais e responsáveis (SOUZA *et al.*, 2021). É preconizado que as visitas ao odontopediatra ocorram após a irrupção dos primeiros dentes decíduos ou no primeiro ano de vida da criança. Neste momento realiza-se a anamnese e o exame físico e oral completos, com a avaliação de risco para os principais agravos bucais como a doença cárie, doenças periodontais, prevenção ao trauma orofacial e orientações acerca de hábitos orais não nutritivos (FERNANDES *et al.*, 2020).

Na primeira consulta são transmitidas aos pais e/ou responsáveis, principalmente instruções de higiene bucal da criança, orientações sobre a dieta, incluindo a importância da amamentação exclusiva no seio materno, o momento oportuno para a alimentação complementar e quais alimentos devem ser evitados e aqueles priorizados com a criança, além dos riscos de hábitos deletérios como a sucção não nutritiva de chupeta e/ou de dedo (AAPD, 2016).

Higienização bucal/dental

De acordo com Fernandes *et al.* (2020), na primeira consulta, preconiza-se as orientações que irão auxiliar os pais e responsáveis no controle mecânico de biofilme, uma película transparente e fina que é responsável pelo acúmulo de alimentos e bactérias que causarão a cárie dentária e doenças periodontais. Dentre as instruções de higienização bucal tem-se a utilização de dentifrício fluoretado com, no mínimo, 1100 ppm de flúor na escovação desde a irrupção do primeiro dente decíduo, com escova macia de tamanho compatível a boca do bebê e fio dental para áreas interdentais.

Estudos realizados por Jesus *et al.* (2021), mostraram que antes da erupção dos dentes, não é necessária a higienização da cavidade bucal com uma gaze ou fralda umedecida, para bebês que são amamentados exclusivamente no seio materno. A microflora presente na cavidade bucal dos bebês é constituída por diversos microrganismos e anticorpos importantes no desenvolvimento da imunidade, como a imunoglobulina A (IgA), responsável pela defesa imunológica da mucosa, e dessa forma, a higienização pode ocasionar um desequilíbrio na microbiota, facilitando a instalação de infecções oportunistas.

Após a erupção dos primeiros dentes, a escovação deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, seguindo a recomendação correta sobre a quantidade de dentifrício fluoretado de acordo com a idade. Bebês de zero a dois anos a quantidade é semelhante a meio grão de arroz cru. Já crianças de três a cinco anos a quantidade é um grão de arroz cru. Crianças acima de cinco anos de idade, a recomendação é utilizar a quantidade semelhante a um grão de ervilha. O fio dental também deve ser utilizado quando há dois dentes ou mais, assim como a escovação lingual (SOUZA *et al.*, 2021).

Conforme Souza *et al.* (2021), quando o bebê apresenta todos os dentes saudáveis, provavelmente, quando crescer permanecerá com seus dentes saudáveis. Porém, caso o bebê já apresente uma lesão de cárie, o risco de ocorrer outras lesões quando for mais velho será maior.

Dieta

O modo e a variedade com que os alimentos são oferecidos às crianças nos primeiros anos de vida influenciarão em seu paladar, de modo que a criança que costuma ter uma alimentação saudável e adequada quando pequena, tem maior probabilidade de ser mais consciente nas escolhas alimentares quando se tornar adulta. Por isso é importante a instalação e desenvolvimento de hábitos saudáveis desde a primeira infância (BRASIL, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o leite materno é considerado o alimento ideal e suficiente para o bebê até os seis meses de vida, pois dispõe de anticorpos e outros nutrientes responsáveis pela digestão e desenvolvimento do sistema imunológico, protegendo a criança do aparecimento de infecções comuns, como diarreias, otites e infecções respiratórias. Deste modo, o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses, sendo realizada a introdução alimentar complementar após este período, podendo ser mantida a amamentação até os dois anos de idade (LABUTO; MATOS, 2020).

Além disso, a amamentação é importante no desenvolvimento do sistema estomatognático, pois o ato fisiológico de sucção no seio materno estimula a formação dos músculos, bochechas lábios e língua do bebê, promovendo uma oclusão adequada e um equilíbrio entre os tecidos moles e duros, e evitando maloclusões e alterações miofasciais (LABUTO; MATOS, 2020).

Segundo Abanto *et al.* (2018), a partir dos seis meses a dieta deve ser baseada no consumo de alimentos saudáveis e naturais, como verduras, legumes e frutas. Alimentos e bebidas açucaradas não devem ser oferecidos antes dos dois anos de idade, visto que o consumo excessivo de alimentos açucarados e com altos índices de carboidratos pode promover o desequilíbrio da microbiota bucal do bebê e favorecer o acometimento de lesões cáries e doenças periodontais.

Além disso, os hábitos alimentares podem ser responsáveis pela instalação de diversas doenças crônicas, como a diabetes, hipertensão e obesidade, por isso a alimentação saudável desempenha um papel tão importante na saúde bucal e geral ao longo de toda a vida do indivíduo (GIESTA *et al.*, 2019).

O acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde bucal

As ações realizadas na primeira infância podem garantir que o paciente infantil alcance a idade adulta com uma saúde bucal positiva, livre das principais doenças que acometem a cavidade oral. A efetivação e constância dos hábitos alimentares e de higiene bucal necessitam da motivação e participação dos pais, responsáveis e de toda a família, de modo que sejam conscientes e apliquem as medidas preventivas no dia a dia em seus lares (SIQUEIRA *et al.*, 2010).

Nesse sentido, a literatura atualmente tem considerado os primeiros mil dias de vida como um período muito importante no desenvolvimento da criança. Estudos relatam que

intervenções e modificações nos hábitos durante este período influenciarão positivamente no estado de saúde infantil (ABANTO; DUARTE; FERES, 2019). Além disso, a cárie dentária, o desgaste dentário, o desenvolvimento orofacial e maloclusões estão diretamente relacionados à adoção de hábitos saudáveis nos primeiros mil dias de vida (ABANTO *et al.*, 2018).

Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença multifatorial, depende de fatores como: alimentação rica em carboidratos fermentáveis, higiene bucal ineficaz e presença de microrganismos, sendo caracterizada também a doença crônica que mais acomete as crianças. O desmame precoce, a introdução de alimentos açucarados antes dos dois anos de idade e a falta de conhecimento dos responsáveis sobre a higienização oral podem determinar o aparecimento de lesões cariosas no bebê (NUNES; PEROSA, 2017).

O acometimento das lesões cariosas em bebês muitas vezes está diretamente ligado à desinformação dos pais quanto à importância da escovação com dentifrício fluoretado desde a irrupção do primeiro dente decíduo e a adoção de uma dieta saudável-principalmente relacionada ao consumo de açúcares. Por isso, as intervenções preventivas e educativas sobre aspectos nutricionais e higiênicos resultam na redução do acometimento dessa doença, demonstrando assim a relação entre o aparecimento da doença cárie e a desinformação dos pais/responsáveis/cuidadores (ABANTO *et al.*, 2018).

Crianças introduzidas em programas preventivos quando suas mães ainda estão gestantes e/ou no primeiro ano de vida tendem a apresentar uma prevalência baixa de cárie dentária quando comparadas às crianças que iniciam estas atividades no segundo ano de vida. Deste modo, o ingresso e exposição de bebês às consultas e acompanhamentos odontopediátricos até o primeiro ano de idade atuam como um fator protetor e preventivo ao desenvolvimento de cárie dentária na infância (LEMOS *et al.*, 2014).

Desgaste erosivo

A erosão dentária é caracterizada pela desmineralização de tecidos dentários (esmalte e/ou dentina) que são desgastados por um processo químico que não envolve bactérias, causada diretamente pela ação de ácidos presentes na alimentação (erosão extrínseca) e pelo ácido gástrico (erosão intrínseca), gerando muita sensibilidade ao indivíduo. Estudos relatam

que a prevalência de erosão dentária em pacientes infantis e jovens está relacionada a ingestão de refrigerantes e bebidas ácidas (MURAMAKI *et al.*, 2016).

Com relação a erosão intrínseca, observa-se a presença de transtornos alimentares, como a bulimia e anorexia, juntamente com o estresse diário e ansiedade que podem gerar o desenvolvimento de doenças gastrointestinais, ou seja, vômitos e refluxos que provocam um contato do ácido gástrico com a superfície dentária, originando as lesões erosivas (MURAMAKI *et al.*, 2016).

A erosão por fatores extrínsecos ocorre pelo consumo de alimentos e bebidas ácidas, principalmente através de refrigerantes e sucos. O pH neutro da cavidade bucal é de 7,0, sendo considerado crítico quando seu valor chega a 5,5 ou menos, promovendo a desmineralização do esmalte. O pH do refrigerante varia entre 2,38 e 2,92, suco de fruta 2,77 a 3,30, e do conteúdo gástrico 3,8, gerando uma acidez no ambiente bucal e a desmineralização dentária (CAETANO, 2016).

Segundo Fontes *et al.* (2017), o consumo de bebidas com baixo pH foi observado nas crianças em fase escolar. Foi evidenciado também a alta ingestão de refrigerantes em bebês de 9 a 12 meses de vida, ocasionando o desgaste na dentição decídua. As principais razões relacionadas a estes dados são os hábitos dietéticos da população, que a cada dia consome mais produtos industrializados e processados.

O tratamento envolve a remoção da causa para prevenir a evolução e o acometimento de novas lesões, seja em relação a mudança nos hábitos alimentares ou na correta higienização oral, que também é capaz de promover um desgaste dos tecidos. Além disso, é realizada a aplicação tópica de verniz fluoretado, pois o fluoreto em alta concentração é considerado o agente remineralizante que possui maior efetividade na superfície dental contra o desgaste erosivo (FONTES *et al.*, 2017).

Diante disso, é necessário que o cirurgião-dentista esteja apto a diagnosticar a erosão dentária e orientar os pais/responsáveis e a própria criança acerca dos hábitos alimentares e de higiene relacionados ao desgaste dentário (MURAMAKI *et al.*, 2016).

Além disso, deve-se orientá-los sobre a importância de manter o hábito de uma alimentação saudável, natural sem adições de açúcar e com baixo consumo de alimentos acidogênicos, desde a introdução complementar da criança (por volta dos seis meses de idade), para que este hábito seja observado e mantido no decorrer de sua vida, evitando o processo de erosão dentária (FONTES *et al.*, 2017).

Desenvolvimento orofacial e maloclusões

Segundo Vilain *et al.* (2017), as maloclusões são consideradas como um dos maiores problemas de saúde bucal, após a doença cárie e periodontal, sendo caracterizadas como alterações no crescimento e desenvolvimento orofacial que resultam em deformações na oclusão, fonação, mastigação, deglutição e respiração, podendo gerar transtornos na autoestima e na vida social do indivíduo. Essas anomalias estão relacionadas a fatores hereditários e ambientais que afetam os músculos e ossos da face, durante a formação craniofacial. A maloclusão é considerada um dos maiores problemas de saúde bucal, após a doença cárie e periodontal.

Hábitos fisiológicos como a mastigação, deglutição e a respiração nasal, são normais e funcionais, responsáveis por favorecer o crescimento facial. Já os hábitos deletérios, conhecidos como não funcionais e não fisiológicos, como a chupeta, mamadeira, sucção digital e a respiração bucal, ocasionam alterações no crescimento ósseo, modificações nas posições dentárias, da respiração e da fala (VILAIN *et al.*, 2017).

Diversos fatores podem ocasionar o avanço das maloclusões com a idade e da dentição decídua para a permanente, podendo ser citadas a presença de Arco de Baume Tipo II, em que a criança não apresenta diastemas (espaços) entre os dentes decíduos anteriores e provavelmente faltará espaço na arcada para a irrupção dos dentes permanentes sucessores (ZAPATA *et al.*, 2010).

De acordo com estudos realizados por Vilain *et al.* (2017), outro fator relacionado é o desmame precoce que pode ocasionar insuficiência na atividade dos músculos da face, gerando alterações nos atos de respiração, deglutição, fala e maior possibilidade de maloclusão.

Caso os hábitos de sucção não nutritivos persistam ao decorrer da dentição mista, depois do surto de crescimento, provavelmente maloclusões serão provocadas, de modo que a deglutição somada a fatores ambientais ocasione respiração bucal, hipertrofia nas amígdalas e deformações fonoarticulatórias (CARMINATTI *et al.*, 2019).

Dessa forma, demonstra-se a importância das orientações e acompanhamento feitos pelo odontopediatra nos primeiros anos de vida, de modo que haja intervenção no hábito deletério antes que se torne patológico, ou seja, após os cinco anos de idade (SILVA FILHO, 2013).

Bruxismo

O bruxismo é um hábito parafuncional que consiste no apertamento e/ou ranger dos dentes inconscientemente de modo repetitivo, ocorrendo durante o sono ou em vigília. Este hábito tem sido observado principalmente durante a infância, diminuindo com o passar dos anos, tornando-se preocupante por conta do impacto gerado na qualidade de vida da criança (CABRAL *et al.*, 2018).

Esta desordem pode repercutir de diversas formas no sistema estomatognático, como fadiga dos músculos, dores de cabeça, distúrbios da articulação temporomandibular e em especial, os desgastes dentários. Além disso, a diminuição na qualidade do sono afeta diretamente o desempenho educacional da criança, pois bruxistas dormem menos de oito horas por dia (CABRAL *et al.*, 2018).

Os sinais observados no bruxismo podem depender de alguns aspectos, como a gravidade, localização dos dentes, relações intermaxilares, mobilidade e altura das cúspides. O bruxismo infantil pode ocasionar dilacerações gengivais nos bebês em que os dentes antagonistas ainda não erupcionaram, desgastes dentários e desconforto na articulação temporomandibular que pode atuar no desenvolvimento de doença periodontal. Também pode ser observado uma aceleração na rizólise de dentes decíduos, provocando uma modificação na cronologia da erupção dos dentes permanentes (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

Uma pesquisa realizada por Garcia *et al* (1995) demonstrou uma prevalência de 40% do bruxismo em crianças de três a seis anos de idade. Em seus estudos, Petit *et al* (2007) observaram que 46% das crianças avaliadas entre 2,5 e seis anos possuíam bruxismo, aumentando gradativamente a prevalência com o passar da idade.

A principal forma de intervir no bruxismo é a proteção do dente, de modo que o ranger seja reduzido juntamente com o alívio das dores de cabeça e melhorando a qualidade do sono. A utilização da placa de mordida é uma das intervenções mais aplicadas, sendo confeccionada à base de silicone, com uma espessura mínima de 3mm, cobrindo da região vestibular à lingual, prevenindo desgastes e aumentando a resistência (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

Aliado a isso, deve ser feito um acompanhamento multidisciplinar com odontopediatra, pediatra e psicólogo, constituindo um tratamento ideal. O diagnóstico precoce é capaz de controlar e prevenir maiores complicações no sistema estomatognático, proporcionando conforto e bem-estar à criança. Dessa forma, é importante que o odontopediatra

seja capaz de diagnosticar e atuar na prevenção e tratamento deste hábito parafuncional que tem feito parte cada vez mais da rotina clínica (CABRAL *et al.*, 2018).

O acompanhamento odontopediátrico como precursor de saúde geral

As alterações na alimentação da população geraram um grave aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, ricos em gorduras, açúcares, corantes e sal, refletindo na diminuição da ingestão de alimentos saudáveis e naturais. A alimentação inadequada juntamente com o sedentarismo, têm resultado no aumento de indivíduos acima do peso e susceptíveis a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2021).

Levando em consideração que os primeiros mil dias de vida, que engloba o período desde a concepção até os dois anos de idade da criança, são vulneráveis a fatores nutricionais e metabólicos que predisõem malefícios a curto e longo prazos na saúde da criança, prolongando-se até a idade adulta (GIESTA *et al.*, 2019).

Dessa forma, a alimentação imprópria nos primeiros anos de vida, pode ser um dos fatores de risco que determinam o crescimento da obesidade e de DCNT na vida adulta, visto que a ingestão dos alimentos ultraprocessados tem repercussão negativa na saúde nos primeiros anos de vida e principalmente na idade adulta (ABANTO *et al.*, 2018).

As DCNT, como a diabetes, cânceres, doenças cardiovasculares apresentam etiologia relacionada aos hábitos de vida dos indivíduos, sendo consideradas as doenças com maior taxa de mortalidade. Os principais fatores de risco associados a estas doenças são: consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo e alimentação não saudável. Contudo, estes hábitos podem ser alterados através da modificação no comportamento e de ações e políticas governamentais que regulamentem e reduzam a exposição e consumo de alimentos que prejudicam a saúde (DE MELO BARROS, 2021).

Neste contexto têm-se as doenças crônicas bucais (cárie e doenças periodontais), consideradas as doenças não transmissíveis mais prevalentes e de maior morbidade no mundo. Sabe-se que a saúde bucal reflete diretamente na saúde geral de crianças e adolescentes e por isso o odontopediatra deve levar em consideração aspectos da saúde geral e bucal da criança, pois as doenças bucais que ocorrem inicialmente na infância, podem predizer em décadas o acometimento de DCNT no paciente (DRUMMOND; BROSAN; LEICHTER, 2017).

A cárie e a doença periodontal apresentam indicadores que estão correlacionados entre si: o biofilme oral e o sangramento gengival, decorrentes do alto consumo de açúcares de

adição. O açúcar vai causar um desequilíbrio e modificar a composição do biofilme, gerando lesões de cárie e inflamações na gengiva (gengivite). Diversos estudos relatam que sinais de gengivite na infância são fortes precursores de doença periodontal na idade adulta (CARMO *et al.*, 2018).

O substrato favorito das bactérias cariogênicas que habitam no biofilme dental é o açúcar, principalmente o *Streptococcus mutans*, os ácidos liberados nesse processo metabólico promovem a desmineralização do esmalte. Além disso, ocorre uma modificação na composição da microbiota e diminuição no pH bucal. A progressão da desmineralização inicial para uma lesão de cárie depende de fatores como a quantidade e frequência do consumo de açúcar, juntamente com os hábitos de higiene bucal (REGO *et al.*, 2018).

O crescente número de estudos que evidenciam o impacto do sobrepeso na doença periodontal manifesta a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares. Neste sentido, é também papel da Odontopediatria orientar e esclarecer o impacto da adoção de hábitos saudáveis também como promoção de saúde e prevenção de doenças sistêmicas (DE MELO BARROS, 2021).

As medidas preventivas para as DCNT bucais e sistêmicas envolvem medidas de educação direcionadas aos seus fatores de risco comuns: alto consumo de açúcar e alimentos ultraprocessados, inatividade física, tabagismo e etilismo. Neste contexto, entende-se a importância de receber orientações sobre saúde bucal e geral o quanto antes, por meio do Odontopediatra, para que os hábitos saudáveis sejam instalados precocemente a fim de prevenir o acometimento de DCNT ao longo da vida do indivíduo.

CONCLUSÃO

A odontopediatria tem como base a educação e prevenção da saúde da criança juntamente com a coparticipação dos pais e responsáveis, fortalecendo a promoção de saúde desde o período gestacional e a infância, dando ênfase a todas as áreas que envolvem a saúde bucal e sistêmica infantil, considerando suas repercussões nos demais ciclos vitais.

Para que a saúde bucal seja plena, é importante que os cuidados bucais sejam iniciados o mais cedo possível, considerando idealmente o período gestacional ou, pelo menos, até o primeiro ano de vida da criança. Por isso, é enorme a relevância da Odontologia para bebês, para que haja a orientação aos pais e responsáveis, favorecendo a perpetuação dos hábitos saudáveis desde cedo, sem a ocorrência das principais doenças bucais.

Orientações sobre a dieta durante a gestação, cuidados com a higienização bucal do bebê, principalmente com o uso de dentífrico fluoretado a partir da irrupção do primeiro dente decíduo, a importância da amamentação exclusiva em seio materno até os seis meses de idade e a alimentação complementar saudável, especialmente isenta de açúcares, são algumas medidas que, quando implementadas na infância, sob orientação do Odontopediatra, são capazes de proporcionar uma melhor qualidade de vida à criança e satisfação dos responsáveis em vê-los saudáveis.

Além disso, é imprescindível considerar o impacto do acompanhamento odontopediátrico na infância não somente na saúde bucal, mas também na saúde sistêmica do bebê, evitando o acometimento por doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade e outras, na infância e em todo o curso da vida.

REFERÊNCIAS

ABANTO, J.; DUARTE, D.; FERES, M. **Primeiros mil dias do bebê e sua saúde bucal**. Nova Odessa, Sp: Napoleão. 88 p. 2019

ABANTO, J *et al.* Diretrizes para o estudo das condições nutricionais e agravos bucais dentro dos primeiros 1.000 dias de vida. **Ver Assoc Paul Cir Dent**, v. 72, n. 3, p. 496-502, 2018.

ACADEMIA AMERICANA DE ODONTOPEDIATRIA (AAPD). **Best Practices: Perinatal and Infant Oral Health Care**, 2016.

BLACK, R.E. *et al.* Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, p. 243-260, 2008.

BRANDÃO, M.S *et al.* Pais/responsáveis como coadjuvantes na saúde bucal de seus filhos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. e123922124-e123922124, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília. 265 p. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030**. Brasília. 118 p. 2021

BRECHER, E.A.; LEWIS, C.W. Infant Oral Health. **Pediatr Clin North Am**. Oct; 65 (5): 909-921. 2018.

CABRAL, L. C. et al. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis fatores de risco. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 28, n. 1, p. 41-51, 2018.

CAETANO, J.F.V. **Nutrição em Odontopediatria-Cárie e Erosão Dentária**. 2016.

CARMO, C.D.S *et al.* Consumo de açúcar adicionado e carga de doenças bucais crônicas entre adolescentes no Brasil. **Journal of Dental Research**, v. 97, n. 5, pág. 508-514, 2018.

CARMINATTI, M *et al.* Aleitamento materno, introdução alimentar, hábitos orais e má oclusão em crianças de três a cinco anos. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 60, n. 1, p. 27-34, 2019.

JESUS, D.M *et al.* A higiene bucal de bebês edêntulos e sua influência na microbiota bucal: os profissionais de saúde devem preconizá-la? – Revisão crítica. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, 2021.

DE MELO BARROS, D *et al.* A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 74647-74664, 2021.

DINIZ, M.B.; SILVA, R.C.; ZUANON, A.C.C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 329-334, 2009.

DRUMMOND, B.K.; BROSNAN, M.G.; LEICHTER, J.W. Manejo da saúde periodontal em crianças: odontopediatria e interface da periodontologia. **Periodontology 2000**, v. 74, n. 1, pág. 158-167, 2017.

FERNANDES, A.L.F *et al.* Atendimento odontológico em bebês: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p., 2020.

FERNANDES, D.S.C *et al.* Motivo do atendimento odontológico na primeira infância. **Stomatos**, v. 16, n. 30, p. 4-10, 2010.

FERREIRA FILHO, M.J.S *et al.* A importância da higiene bucal do bebê de zero a um ano de idade: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 13086-13099, 2021.

FONTES, C.L *et al.* Abordagem da erosão dentária na clínica odontopediátrica: relato de casos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 262-269, 2017.

GIESTA, J.M *et al.* Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2387-2397, 2019.

LABUTO, M.M.; DA SILVA MATOS, A. À importância da amamentação em relação a saúde bucal do bebê. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 2, n. 1, 2020.

LEMO, L.V.F.M *et al.* Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. **Einstein (São Paulo)**, v. 12, n. 1, p. 6-10, 2014.

MURAKAMI, C *et al.* Tendências na prevalência de desgaste dentário erosivo em pré-escolares brasileiros. **Revista Internacional de Odontopediatria**, v. 26, n. 1, pág. 60-65, 2016.

NUNES, V.H.; PEROSA, G.B. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 191-200, 2017.

OLIVEIRA, I.M *et al.* Avaliação da percepção dos responsáveis por crianças na primeira infância sobre a importância da prática de higienização bucal. **Archives Of Health Investigation**, v. 9, n. 6, p. 596-600, 2020.

REGO, I. N. Associação entre estado nutricional, consumo de açúcar e cárie dentária em crianças de 12 anos. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018.

SILVA FILHO, O.G.; GARIB, D.G.; LARA, T.S. **Ortodontia Interceptiva**. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda., 2013.

SOUZA, D.S *et al.* **Promoção à saúde bucal do bebê**. Diamantina - MG: UFVJM. 80 p. 2021.

VICTORA, C.G. *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **The Lancet**, v. 371, n. 9609, p. 340-357, 2008.

VILAIN, C.T *et al.* Prevalência de maloclusão em crianças de 05 anos de idade em um município catarinense. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 210-222, 2017.

WALTER, L.R.F *et al.* **Manual de odontologia para bebês**. Artes Médicas Editora, 2014.

ZAPATA, M *et al.* Ocorrência de mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios em crianças de 4 a 6 anos. **Revista CEFAC**, v. 12, p. 267-271, 2010.