

Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte

Mestrado Integrado de Medicina Dentária

Relatório Final de Estágio

“Cárie Rampante”

Liliana Coutinho Vieira

Orientadora:

Mestre Aline Gonçalves

Ano académico: 2017/2018

Gandra

“Cada sonho que você deixa para trás, é um pedaço do seu futuro que deixa de existir”

Steve Jobs

Carta de apresentação

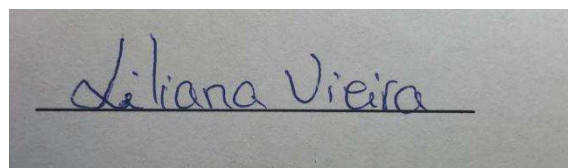
Eu, Liliana Coutinho Vieira cod-19851, informo à Direcção do Departamento de Ciências Dentárias, a originalidade do trabalho: “Cárie Rampante” de acordo com pesquisas recentes aqui apresentadas. Como estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **Cárie Rampante**. Confirmando que, em todo o trabalho conducente à sua elaboração, não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio. Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

RELATÓRIO APRESENTADO NO INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Orientadora: Mestre Aline Gonçalves.

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature reads "Liliana Vieira" and is underlined.

(Gandra, 10 de Setembro de 2018)

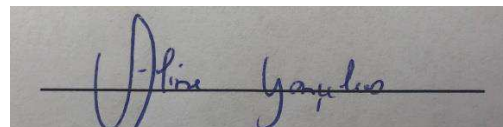
ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

DECLARAÇÃO

Eu, **Aline Dos Santos Gonçalves** com a categoria profissional de Assistente Convidada do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientadora do Relatório Final de Estágio intitulado, **Cárie Rampante** da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Liliana Coutinho Vieira**, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes de obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 10 de Setembro de 2018

O Orientador,

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature appears to be 'Aline Gonçalves' written in a cursive style over a horizontal line.

(Aline Gonçalves)

Dedicatória

Com amor e carinho, à pessoa que fez com que este sonho se tenha tornado realidade e que nunca desistiu de o concretizar, o meu Pai.

Agradecimentos

Quero agradecer, em primeiro lugar aos meus pais, sem eles este sonho não poderia ter sido realizado, agradeço todo o apoio esforço e oportunidade por poder frequentar esta Universidade.

Ao meu namorado por toda a força, motivação, paciência e pelo seu amor incondicional durante este meu percurso.

À minha orientadora Mestre Aline Gonçalves por toda a disponibilidade, apoio, orientação, críticas pertinentes e dedicação na conclusão deste relatório de estágio.

À minha Avó Fernanda, pela segunda mãe que, sempre, foi para mim e por todo o apoio que me deu neste percurso académico.

À minha Madrinha Sabrina, por ser uma das minhas melhores amigas, incentivadora, que sempre me apoiou e defendeu contra tudo e todos.

Aos meus amigos que me acompanharam nesta caminhada, tenho cada um deles no meu coração. Em especial, à Rafaela da Nova Rosana Costa, Victória Costa, João Pamplona, Rafaela Ferreira, Diana Ferreira, Cláudia Felgueiras, Daniela Sousa, Gabriel Aquini, Mariela Oio e Joana Nunes, pelo companheirismo, preocupação e amizade que espero que dure a vida toda.

Aos professores que acompanharam todo o meu percurso académico, me incentivaram, apoiaram e ensinaram tudo o que sei hoje. Com agradecimento especial, ao Dr. Paulo Rompante, Dr. João Baptista e Dra. Ana Azevedo, por toda a amizade e confiança que sempre depositaram em mim.

Em último lugar e não menos importante aos meus irmãos e a toda a minha família.

Abreviaturas

CPI Cárie Precoce da Infância

OMS Organização mundial de saúde

HIV Vírus da imunodeficiência humana

ADA American Dental Association

RESUMO

Introdução:

A cárie rampante é uma doença multifactorial causada pelo contacto de líquidos açucarados, aquando a alimentação da criança, causando danos a nível da deglutição, estéticos, psicológicos, fonéticos, respiratórios e mastigatórios. Os dentes temporários são muito importantes na manutenção de espaços para a futura erupção dos dentes permanentes.

Objetivos:

Dar a conhecer a influência dos factores socioeconómicos da cárie rampante, o seu impacto na auto-estima da criança, meios de prevenção, factores etiológicos, influência da negligência familiar e plano de tratamento.

Material e Métodos:

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, nas bases de dados Pubmed, Scielo e Google Académico, em artigos publicados desde 1998, com as palavras-chave “cárie rampante”, “odontopediatria”, “dentes temporários”.

Resultados:

Apesar do grande desenvolvimento mundial, existe uma elevada prevalência de cárie. Crianças inseridas num ambiente familiar com rendimentos e instrução escolar baixos, tendem a ter um índice de CPO aumentado. As lesões de cárie em dentes anteriores influenciam a auto-estima da criança e a relação com os amigos de escola. O leite materno é o alimento eleito, na alimentação da criança menor de 6 meses. Crianças mais carenciadas apresentam uma prevalência de cárie maior e sem tratamento devido aos custos envolvidos. A negligência familiar é, maioritariamente, causada pela falta de instrução dos pais, que devem ser instruídos como meio de prevenção. Os tratamentos devem ser feitos o mais precocemente possível para diminuir o tamanho da lesão e futuras complicações na dentição permanente, sendo o tratamento conservador de eleição. A cárie rampante ainda prevalece nos dias actuais com muita frequência.

Conclusão

É de extrema importância a necessidade de mais estudos sobre fatores etiológicos e planos de tratamento da cárie rampante. A população necessita de ações de promoção e sensibilização de saúde oral, a fim de minimizar fatores de risco e medidas preventivas através de conceitos essenciais desta doença.

Palavras-Chave: Cárie dentária; Odontopediatria; Dente temporário; Biberão; Prevenção.

Abstract**Introduction:**

The rampant caries is a multifactorial disease caused by the contact of sugary liquids, when feeding the child, causing swallowing, aesthetic, psychological, phonetic, respiratory and masticatory damages. Temporary teeth are very important in maintaining spaces for the future eruption of permanent teeth.

Objective:

To inform the influence of socioeconomic factors of rampant caries, its impact on the child's self-esteem, means of prevention, etiological factors, influence of family neglect and treatment plan.

Material and Methods:

A bibliographic search was performed in the Pubmed, Scielo and Google Academica databases in articles published since 1998, with the keywords "rampant caries", "pediatric dentistry", and "temporary teeth".

Results:

Despite the great worldwide development, there is a high prevalence of caries. Children in a low-income, low-income family environment tend to have an increased CPO rate. Carious lesions on anterior teeth influence the child's self-esteem and the relationship with school friends. Breast milk is the food chosen, in the feeding of the child under 6 months. Most needy children have a higher prevalence of caries and no treatment due to the costs involved. Family neglect is mostly caused by parents' lack of education, which should be taught as a means of prevention. Treatments should be done as early as possible to decrease the size of the lesion and future complications in the permanent dentition, being conservative treatment of choice. Rampant decay still prevails in the present day very often.

Conclusion:

Of extreme importance is the need for further studies on etiological factors and treatment plans for rampant caries. The population needs actions of promotion and oral health awareness, in order to minimize risk factors and preventive measures through essential concepts of this disease.

Keywords: Dental caries; Pediatric dentistry; Temporary tooth; Baby bottle;

Índice

CAPITULO I	1
1. Introdução	1
2. Objectivos	2
3. Materiais e Métodos	2
4. Resultados	2
4.1 Cárie?	2
4.2 Factores etiológicos?	3
4.3 Desenvolvimento da Cárie Rampante	5
4.4 Influência dos Fatores socioeconómicos	6
4.5 Negligência familiar	6
4.6 Auto-estima da criança	7
4.7 Meios de prevenção	8
4.8 Tratamentos	10
5. Conclusão	12
6. Bibliografia	13
Capitulo II	17
1. Estágio em Clínica Geral Dentária.	17
2. Estágio de clinica hospitalar	17
3. Estágio Saúde Oral Comunitária	18
4. Considerações Finais	18

CAPITULO I

1. Introdução

A cárie dentária é uma doença etiológica multifatorial que afeta 90% da população, um valor bastante elevado nos dias de hoje. A cárie rampante é causada, maioritariamente, pelo contacto de líquidos açucarados aquando a alimentação da criança, não estando o leite materno implícito. Causa danos a nível da deglutição, estéticos, psicológicos, fonéticos, respiratórios e mastigatórios.

Os dentes temporários são muito importantes na manutenção do espaço para a futura erupção dos dentes permanentes. Apresentam uma menor calcificação, menor dureza e menor resistência, deteriorando-se mais facilmente. A rápida proliferação de bactérias aquando a presença de cárie, pode provocar danos, facilmente, a nível nervoso, levando a danos nos dentes permanentes. Os dentes decíduos apresentam raízes longas e divergentes, a fim de receberem o gérmen dos respetivos dentes permanentes.

Nem todos os pais se preocupam com a saúde oral dos seus filhos, apesar da visita regular ao Médico Pediatra ou Centro de Saúde, o Médico Dentista aparece sempre como uma 3ª ou 4ª opção, talvez pela ideia errada de que “estes dentes ainda irão cair”. Contudo, é de extrema importância a ida ao Médico Dentista e a instrução dos bons hábitos de saúde oral, será tão ou mais importante. A primeira consulta deverá ser realizada antes do 1º ano de vida, após a erupção do primeiro dente temporário, de forma a verificar a existência de alguma lesão, ou detetar algum hábito nocivo que se apresenta, devendo ser avaliado segundo a Tríade de Graber (duração, intensidade e frequência). É de extrema importância educar os pais na utilização de uma escova e dentífrico apropriado à idade da criança, sendo que, o mesmo deverá ser introduzido após a erupção do primeiro dente decíduo. O dentífrico deverá conter uma concentração de flúor entre 1000 a 1500 ppm (de acordo com as recomendações da OMS), indicando sempre aos pais qual a quantidade de dentífrico a utilizar.

O Médico Dentista tem um papel fundamental, na consciencialização dos pais, quanto a factores etiológicos e sintomas desta doença.

2. Objectivos

Dar a conhecer a influência dos factores socioeconómicos da cárie rampante, do seu impacto na auto-estima da criança, dos meios de prevenção, dos factores etiológicos, da influência da negligência familiar e do plano de tratamento.

3. Materiais e Métodos

Esta revisão narrativa foi realizada nos motores de busca *Pubmed* e *SciELO*, tendo sido seleccionados artigos compreendidos entre 1998 e 2018, com as palavras-chave “cárie rampante”, “odontopediatria” e “dente decíduo”. Os artigos científicos foram pesquisados no idioma português e inglês.

4. Resultados

4.1 Cárie?

A cárie dentária é uma doença infetocontagiosa e multifactorial que se inicia com mudanças microbiológicas dentro do complexo biofilme. É influenciada pelo fluxo salivar, consumo de açúcares alimentares e por comportamentos preventivos (hábitos de higiene oral).^(1,26,31,37) Inicialmente, a cárie apresenta-se como uma doença reversível que pode ser interrompida em qualquer estágio, mesmo quando já existe alguma dentina ou esmalte destruído (cavitação), desde que o biofilme consiga ser removido. Sendo de etiologia crónica (progressão lenta) na maioria das vezes, as lesões de cárie são o resultado de eventos que progridem ao longo do tempo.^(1,26,31)

Nos últimos 20 anos, Portugal tem vindo a seguir um Programa de Promoção Nacional da Saúde Oral, sendo vocacionado principalmente para a população infanto-juvenil.^(27,29,30) A meta estabelecida pela OMS (Europa) em 2020, é de 80% de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos.^(27,40) Atualmente, estudos nacionais e internacionais têm como objetivo, a redução do índice de cárie na população escolar, ao contrário da taxa de prevalência e incidência relativamente à idade pré-escolar, sendo agora dada maior preocupação à cárie da 1ª infância. A Academia Americana de Odontopediatria, define cárie como a presença de uma ou mais superfícies cariadas, perdidas ou restauradas na dentição decídua, em crianças com idade inferior a 71 meses.^(2,6)

Considera-se que, a cárie dentária é um problema de saúde pública, mesmo que estudos mostrem que o índice de cárie em idade pré-escolar tenha diminuído de forma significativa. Observando-se ainda taxas de prevalência e incidência elevadas nestas idades. (2,26,29)

4.2 Factores etiológicos?

A cárie dentária resulta de interações, ao longo do tempo, entre bactérias que produzem ácidos, dentes e saliva. A secreção salivar é fundamental para a manutenção da saúde oral e da saúde em geral. Proporciona um meio crucial e complexo para as populações microbianas, encontradas na cavidade oral e ao mesmo tempo contém produtos antimicrobianos que ajudam nesse mesmo controle. (2,14,26) Segundo Colaket al., vários estudos observados em superfícies anteriores de dentes superiores, em crianças de vários países, permitiram concluir que existe uma maior prevalência de cárie na África e no Sudeste Asiático. Vários estudos demonstram também que, em alguns países europeus, como a Inglaterra, Suécia e Finlândia, a prevalência da CPI não é muito elevada, variando entre 1% a 32%. No entanto, este número está a aumentar, atingindo valores de 56% em alguns países da Europa Oriental. Os mecanismos dos processos de lesão de cárie são semelhantes para todos os tipos de cáries. (9)

As bactérias endógenas, (*Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus* e *Lactobacillus spp*) produzem ácidos orgânicos como subproduto do metabolismo dos hidratos de carbono. Estes ácidos provocam uma diminuição do pH local e, conseqüentemente, uma desmineralização dos tecidos dentários, podendo esta, ser revertida nos estágios iniciais através da absorção de cálcio, fosfato e flúor. (23,37,41) As enzimas bacterianas também podem estar envolvidas no processo de desenvolvimento de cárie. O risco de cárie pode variar de acordo com o tempo, já que muitos fatores de risco são mutáveis. O flúor atua como um catalisador para a difusão do cálcio e fosfato no dente, restabelecendo desta forma a estrutura cristalina da lesão. (2,17,18,21,26,31)

Vários fatores (físicos e biológicos), levam ao aparecimento de lesões de cárie de esmalte ou radiculares, incluindo o inadequado fluxo e composição salivar, grande número de bactérias cariogênicas, exposição insuficiente ao flúor, presença de recessão gengival, componentes imunológicos, necessidade de cuidados especiais de saúde e fatores genéticos. (2,17,18,21,26,31)

A cárie está diretamente relacionada com o estilo de vida/fatores comportamentais. Esses fatores incluem uma higiene oral inadequada, maus hábitos alimentares, isto é, um consumo frequente de carboidratos refinados, medicamentos orais, que contenham açúcar e um método impróprio de alimentar o bebê. As crianças que apresentam lesões de cárie, normalmente, consomem muitas bebidas e alimentos açucarados, verificando-se que a sua alimentação tem piorado ao longo dos anos, tendo o leite sido muitas das vezes substituído por sumos açucarados. ^(2,17,18,21,26,31)

A amamentação noturna e o biberão, na primeira infância, levam ao aparecimento da Cárie Precoce da Infância (CPI). Losso EM et Al defendem que as crianças devem evitar adormecer com o biberão contendo componentes açucarados, leite fermentado e leite com carboidratos fermentáveis, por apresentarem um menor fluxo salivar durante o sono. Como a amamentação apresenta muitos benefícios para a criança, a OMS recomenda amamentar até aos 24 meses. Paglia relatou que, a amamentação deve ser encorajada e, para que não haja riscos de CPI, os médicos dentistas devem incentivar os pais a lavar os dentes dos seus filhos aquando a erupção do primeiro dente temporário. ⁽²⁾ Outros fatores relacionados são a pobreza, privação, estatuto social, escolaridade, seguros dentários, uso de selantes, uso de aparelhos ortodônticos e próteses dentárias. ^(1,2,5)

Além disso, crianças com historial de lesão de cárie, em que irmãos ou pais têm grande prevalência de cárie, são consideradas de maior risco. Crianças de baixo peso também são consideradas de risco. ^(1,2,5)

A SIDA é uma doença infecciosa de origem viral, que atinge o sistema imunológico do hospedeiro, deixando vulnerável a infeções oportunistas, problemas neurológicos e neoplasias. As crianças portadoras de HIV, são mais propícias à cárie, devido ao consumo elevado de medicação contendo açúcar, introdução de uma dieta rica em hidratos de carbono, o fluxo salivar é diminuído pela medicação ou até mesmo pelas alterações das glândulas salivares, baixa imunidade e inadequada higienização. Estes factos, são também comprovados pelo estudo de Rosendo et al (2011). ^(3,4,19)

Castro et al. (2001), através de um levantamento bibliográfico, verificou que crianças infectadas pelo HIV têm uma alta prevalência de cárie, principalmente, na dentição temporária comparada a crianças normais. A mãe é a principal responsável pelo contágio da criança, podendo ser no período pré-natal, durante o parto ou no período pós parto por meio da amamentação natural (Ferreira et Al.,2004). ⁽¹⁹⁾

Estas crianças, apresentam vários fatores moduladores da doença cárie e gengivite no seu cotidiano, representando um grupo especial. ^(3,4) Um fator relevante, é a diminuição do fluxo salivar, que é uma das manifestações orais que acomete, com mais frequência, nos indivíduos infectados pelo HIV, podendo causar prejuízo na qualidade de vida dessa população.

A saliva desempenha um papel importante na qualidade e manutenção da saúde oral. Estima-se que, ocorra um aumento bilateral das glândulas salivares em cerca de 5% dos pacientes HIV positivos, e 10% a 30% apresentam xerostomia. Essas alterações, na quantidade e qualidade da saliva, incluindo a redução das propriedades antimicrobianas, são fatores de alta contribuição para o aumento de incidência de cárie e doença periodontal nos pacientes seropositivos, além de levar a um rápido avanço dessas doenças. ^(3,4,8,19,24)

Segundo, Chibinskiet al., (2004) e Tonelliet al., (2013) a falta de cuidado com a saúde oral das crianças e a falta de conhecimento agrava o quadro de manifestações orais. A relação entre cárie dentária e a obesidade deve ser alvo de constantes estudos e intervenção, pois ambas se relacionam, altas percentagens de açúcar levam ao aumento do aparecimento de lesões de cárie. ⁽³⁸⁾

4.3 Desenvolvimento da Cárie Rampante

A cárie rampante é uma destruição dentária, associada ao contacto de líquidos açucarados fermentáveis do biberão com os dentes durante o sono (dia ou noite). É uma patologia crónica que afeta a dentição temporária de crianças pré-escolares. Define-se como a presença de um ou mais dentes cariados, destruição da superfície palatina dos incisivos centrais superiores, estendendo-se para distal, provocando maloclusões dos primeiros e segundos molares superiores, superfície vestibular dos caninos e molares inferiores. Em casos severos, a coroa de todos os dentes é destruída com exceção dos incisivos inferiores, ausência dentária por cárie ou existência de uma ou mais obturações num dente temporário, em crianças com idade compreendida entre 0 e 71 meses. ^(2,5,21,26,28,32,34,37)

A cárie rampante tem como principais protagonistas, as crianças entre os 3 e 5 anos que manifestam CPI, apresentam comprometimento no crescimento e no peso, comparadamente a crianças da mesma faixa etária, mas livres de lesão de cáries. ^(26,29)

A chupeta e o biberão são os principais causadores desta doença, pois bloqueiam o acesso de saliva nos incisivos superiores, sendo os incisivos inferiores menos afetados,

devido à proximidade das principais glândulas salivares. O biberão faz com que os alimentos permaneçam longos períodos na cavidade oral, provocando uma exposição dentária prolongada a alimentos ricos em hidratos de carbono fermentáveis ^(5,20,21,32) O uso de gotas açucaradas na chupeta durante longos períodos, também poderá provocar o aparecimento de cárie rampante. ⁽²⁾

Quanto ao leite materno, cientificamente, não está provado que este apresente potencial cariogénico. ^(2,5,20,21,32,41)

Prakasha et al., em crianças com idade pré-escolar em Kanpur, concluíram que a prevalência de cárie era alta e, estatisticamente, significativa entre as crianças que foram amamentadas por mais tempo, durante a noite, que adormeciam com o biberão, e aquelas que eram alimentadas, colocando açúcar adicional no leite. ⁽²⁰⁾ A OMS recomenda o aleitamento materno até aos seis meses de idade, sendo mantido até aos dois anos ou mais, complementando com outros alimentos.

4.4 Influência dos Fatores socioeconómicos

Atualmente, a ausência de higiene oral ainda é um problema, e os fatores socioeconómicos encontram-nos na sua base.

Famílias que apresentam carências financeiras têm hábitos alimentares menos saudáveis, sendo elevada a ingestão de alimentos com alto teor de sacarose, como consequência, as crianças exibem um grande índice de cárie ^(2,30,31,35)

Segundo Chu et al., (2012) e Oulis et al., (2012), o nível de escolaridade dos pais está diretamente relacionada com este problema, os pais não têm o conhecimento necessário para transmitir aos seus filhos e, frequentemente, as crianças são privadas de escova dentária. Parece irreal nos dias de hoje, mas ainda é bastante frequente. ^(2,6,12,13,30,31)

4.5 Negligência familiar

A cárie rampante é considerada um ato de negligência familiar. ⁽¹¹⁾ O ambiente familiar exerce grande influência na vida da criança, e as atitudes parentais podem afetá-la.

A transmissão de agentes causadores de cárie é suportada pela teoria de que, crianças com saúde oral debilitada, tendem a ter pais com condições orais desfavoráveis associando-se a interações genéticas e ambientais. ^(2,21,30,37)

Segundo Jorge et al (2013) a percepção dos pais sobre a saúde oral dos seus filhos, pode contribuir para o entendimento de algumas razões pelas quais estas não têm acesso a assistência dentária e informações que necessitam. Sendo estas considerações importantes para crianças pré-escolares devido à sua dificuldade em verbalizar, exprimir emoções e angústias aumentando assim a dependência dos adultos. ^(34,37)

No primeiro ano de vida, a principal cuidadora da criança é a mãe, que desempenha um papel fundamental na vida e saúde da criança. ^(2,34,37) A saúde oral da mãe tem grande influência na saúde oral do seu filho, se não apresentar hábitos de higiene também não irá transmitir aos seus filhos e estes vão seguir o exemplo que têm mais perto, ou seja, a figura materna. ^(2,15,16,21,30,33) A criança é contaminada com *Streptococcus mutans*, transmitido pela mãe, com um simples beijo na boca do bebé, ou pelo hábito da mãe provar ou verificar a temperatura da comida do bebé antes de o alimentar, ou até pelo ato de quando a chupeta cai a mãe “lava” a chupeta com a própria saliva (dos erros mais comuns). ^(2,16,25,28) ADA (2013), recomenda aos pais não colocar a chupeta na boca antes de dar às crianças, visto que algumas bactérias que causam a cárie podem ser transmitidas para o bebé. ^(25,28)

O médico dentista tem um papel fundamental na identificação de negligência e maus tratos por parte dos familiares que educam as crianças. Especificamente, na cavidade oral com o aparecimento de lesões de cárie rampante visualmente não tratadas, sintomatologia dolorosa sem recorrer a tratamento, infeções, sangramentos ou traumas oro facias e a falta da continuidade dos tratamentos após identificação da patologia. ⁽¹¹⁾

4.6 Auto-estima da criança

A literatura tem mostrado que a cárie interfere psicologicamente na auto-estima de crianças e adolescentes, influenciando o seu quotidiano. Poderá ter um papel importante na ocorrência de comportamentos indesejáveis como, baixo rendimento escolar, delinquência juvenil e depressão psicológica. ⁽³⁹⁾

As consequências da perda precoce de dentes temporários dependem do dente perdido, do estágio de desenvolvimento da dentição, das características próprias da arcada dentária, da idade da criança e da presença de hábitos e anomalias da musculatura oral. Crianças que apresentam dificuldade na alimentação, alteração do padrão de deglutição com interposição lingual, dificuldades de interação social e baixa auto-estima, raramen-

te sorriem por se sentirem envergonhadas com a sua cavidade oral. A normalidade da forma, da cor e do posicionamento dos dentes parece influenciar diretamente no desenvolvimento da auto-estima da criança. A perda precoce de dentes anteriores pode gerar problemas de comportamento, vinculados a sentimentos de depressão e isolamento (21,20). No entanto, existem alguns dados que demonstram que na pré-escola as crianças atribuem características comportamentais em relação a outras crianças com base na sua boa ou má aparência. Crianças com aparência dentária normal são consideradas mais atraentes, mais desejáveis como amigos, mais inteligentes e menos propensas a comportamentos agressivos. A cavidade oral provou ser de importância primordial na determinação da atratividade facial geral. (22)

Kapur et al. concluíram que, crianças com menos de 3 anos de idade são conscientes da sua aparência e pedem aos pais para serem levados ao dentista por razões estéticas, devido a dentes ausentes ou com descoloração. Moss pelo contrário, afirmou que "as crianças não se tornam conscientes da perda de um incisivo primário antes dos cinco ou seis anos de idade. A diferença é mínima, porque os colegas também perdem os incisivos". Contudo, nem Kapur nem Moss citaram quaisquer dados ou referências que apoiem as suas declarações. (22)

A reabilitação de dentes anteriores amplamente destruídos, mostrou-se fundamental para impedir o agravamento do desenvolvimento dos hábitos orais, com consequente alteração da oclusão, distúrbios fonéticos e comprometimento estético e emocional. (22,26)

4.7 Meios de prevenção

Fatores socioeconômicos e demográficos, hábitos e comportamentos maternos que coloquem em risco as crianças no desenvolvimento de cárie precoce, devem ser investigadas e acompanhadas, para elaboração de políticas públicas de prevenção. (2)

Novos conceitos foram desenvolvidos, partindo do princípio de que a educação gera hábitos de vida saudáveis, surgindo a necessidade de uma atuação precoce, no intuito de manter a saúde, antes mesmo de prevenir a doença. (2,21,32,35)

Atualmente, a primeira consulta de medicina dentária deve-se realizar após a erupção do primeiro dente temporário e, idealmente, nunca após o primeiro ano de vida. Nesta primeira consulta, deve-se elaborar um plano de visitas para um controle regular. A pri-

meira consulta deveria ser realizada durante o período pré-natal, com orientações sobre a saúde oral do seu bebê e da grávida. ^(2,6,33)

Um estudo de Rubenice et Al (2013) no Brasil mostra que num estudo de 112 mães, 93% executavam a higiene oral dos seus bebês. ⁽³⁵⁾

A associação entre higiene oral e o uso de fluoretos é a maneira mais racional de controlar a cárie dentária. Porém, mais importante que ter fluoretos incorporados na estrutura mineral do dente, é ter fluoretos disponíveis na cavidade oral, para potencializar a remineralização do dente, reduzindo a atividade bacteriana do bio filme. Entre todos os meios de utilização de fluoreto, o dentífrico fluoretado é o mais racional, pois associa a desorganização do bio filme dentário, cujo acúmulo é necessário para o desenvolvimento da doença. ^(26,32,40) Alguns autores recomendam que, o dentífrico contendo flúor seja utilizado em crianças maiores de 2 anos de idade, colocando apenas uma pequena quantidade na escova dentária (1 cm de diâmetro), como um grão de arroz.

Em relação à água de abastecimento, a presença de flúor é um fator importante para a prevenção da CPI, pois reduz a possibilidade de cárie em cerca de 50%, além de melhorar a condição dentária. Considerando a precocidade das consultas de pediatria, deve-se ter em mente que, muitas das vezes, são esses profissionais os primeiros a contactar com as crianças, sendo de extrema importância na educação, reconhecimento de anormalidades e encaminhamento precoce aos odontopediatras. Isto demonstra a importância de uma maior interação entre profissionais de Medicina e Medicina Dentária no atendimento a crianças de idade precoce. É fundamental que as crianças entre os 0 e 4 anos sejam educadas e condicionadas para uma alimentação saudável e hábitos de higiene orais adequados. ⁽²¹⁾

A medicina dentária tem um papel fundamental nesta prevenção, sendo muito importante a atenção desde o nascimento. Existe a necessidade da participação ativa dos pais e educadores. O desconhecimento sobre cuidados necessários de higiene oral deve ser um fator a considerar, uma vez que a informação, embora disponível na comunicação social, não chega a todos da mesma forma, dificultando o conhecimento e autonomia nestas funções. ^(28,30,33,35)

Segundo Garcia et al. (2000) a prevenção é a maneira mais económica e eficaz de se evitar o aparecimento e desenvolvimento das principais doenças orais. A educação e a motivação devem ser aplicadas com o objetivo de corrigir hábitos e comportamentos, a

fim de promover a saúde e higiene oral (Brandão,1998;Brook et al.,1996;D’Almeida et al.,1997).

Os professores de educação infantil também são parte integrante e fundamental na vida das crianças, exercendo uma grande influência sobre o comportamento dos alunos pelo contacto diário durante um longo período de tempo. ⁽³⁶⁾

4.8 Tratamentos

O tratamento da CPI depende do tamanho da lesão, da idade e do comportamento da criança, sendo a cooperação dos pais muito importante. ⁽²⁸⁾

Inicia-se o tratamento com a identificação dos fatores etiológicos. Inicialmente, optamos pela eliminação de hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, caso existam, como por exemplo o biberão, a chupeta e a sucção digital. O biberão deve ser eliminado de forma gradual após os 6 meses de vida, com a diluição do conteúdo com água e diminuindo a quantidade de açúcar, por um período de duas a três semanas, não ultrapassando um mês. ⁽²⁸⁾

O tratamento conservador é o de primeira escolha, associando este a uma higiene adequada com dentífricos fluoretados e aplicações tópicas de flúor. À medida que a CPI se desenvolve, a área afetada tende a cavitatar com perda de parte da sua estrutura, progredindo lateralmente em direção à polpa, com conseqüente necrose pulpar. ⁽²⁸⁾ Com a progressão extensa desta lesão, os incisivos temporários podem chegar a um estado que impossibilita o seu restauro, sendo necessária a exodontia.

Várias soluções têm sido sugeridas para a substituição maxilar de dentes temporários perdidos prematuramente, como a colocação de um dente estético anterior fixo ou removível (dente este que pode ser a coroa natural de um dente esfoliado de outra criança). ⁽²²⁾ Existe uma forte relação entre a dentição e a reprodução da fala, especialmente para os dentes anteriores. ⁽²²⁾

Em 1985, Riekman e ElBadrawy, relataram que 4 em cada 14 crianças que perderam prematuramente incisivos superiores temporários, devido à CPI, apresentam alguns problemas de dicção. Todos aqueles com problemas de dicção apresentavam exodontias anteriores aos 3 anos, enquanto aqueles com exodontias em idade superior, eram menos propensos a tal dificuldade. ⁽²²⁾. Ao contrário da perda repentina de incisivos temporários devido a trauma, a destruição das coroas devido à CPI é relativamente lenta e per-

mite a adaptação da articulação à condição de mudança gradual, o que poderá explicar o porquê de haver menos problemas de dicção em dentes que foram extraídos após os três anos de idade.⁽²²⁾

5. Conclusão

A cárie rampante resulta de vários fatores, como microrganismos cariogénicos, suscetibilidade do hospedeiro e ingestão de alimentos cariogénicos em excesso, associada a maus hábitos de higiene oral. A saúde oral deve estar presente na vida da criança, para que seja possível ao odontopediatra identificar esta patologia, o mais cedo possível, de forma a evitar consequências mais graves na vida da criança. É fundamental educar os pais e educadores, de modo a que estes tenham um papel activo na saúde oral dos seus filhos.

6. Bibliografia

1. Selwitz R, Ismail A, and Pitts N. Dental caries. *The Lancet* 2007 Feb 7;369(9555):51-59.
2. Souza SA, Lucieli AZ, Rafaela M, Yaskhara Q, Thaís V, Andréia DH. A cárie é uma doença transmissível? Fatores maternos e da criança relacionados com o desenvolvimento da cárie na primeira infância. *Arquivo Brasileiro de Odontologia* 2014 10;2.
3. Freitas JG, Cunha GH, Lemos LA, Barroso LMM, Galvão MTG. Alimentação de crianças nascidas expostas ao vírus da imunodeficiência humana. *Texto Contexto Enferm* 2014 v. 23, n. 3, p.617-625.
4. Rosendo IA, Ferreira SMS, Pugliesi DM. Avaliação das condições bucais em crianças infectadas pelo HIV atendidas em um posto de assistência municipal de Maceió-AL. Estudo longitudinal. *Revista Semente* 2011 6;6:53-61.
5. Ribeiro, N, Ribeiro M. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. *Jornal de Pediatria* 2004 80(5):199-210.
6. Dryer L, Bottega F, Winkelmann E. CÁRIE DE MAMADEIRA. Salão Do Conhecimento Google Académico 2016.
7. Santos T, Guedes O, Gheller S, Giovenardi B, Volpato L, Aranha A. Alternativas estéticas para reabilitação de dentes decíduos anteriores com destruição coronária 2018.
8. Tinós AMFG, Sales-Peres SHC. Xerostomia relacionada à infecção pelo HIV/AIDS: uma revisão crítica. *Rev. Odontológica UNESP* 2014 43;3:214-222.
9. Colak H, Dulgergil CT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of natural science, biology, and medicine*. 2013 4(1):29-38.
10. Vargas-Ferreira F, Zeng J, Thomson WM, Peres MA, Demarco FF. Association between developmental defects of enamel and dental caries in schoolchildren. *Journal of dentistry*. 2014;42(5):540-6.
11. Sousa C, Rodrigues Í, Zocratto K, Oliveira C. Violência infantil e a responsabilidade profissional do Cirurgião-Dentista. Revisão de Literatura *Revista Brasileira de Odontologia Legal* 2017 53-63.
12. Chu C, Ho P, Lo ECM. Oral health status and behaviours of preschool children in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2012 12:767.

13. Oulis CJ, Tsinidou K, Vadiakas G, Mamai-Homata E, Polychronopoulou A, Athanasouli T. Caries prevalence of 5, 12 and 15-years old greek children: A national path-finder survey. *Community Dental Health* 2012 29:29-32.
14. Baker OJ, Edgerton M, Kramer JM, Ruhl S. Saliva-microbe interactions and salivary gland dysfunction. *Advances in dental research* 2014 26(1):7-14.
15. Milgrom P, Huebner CE, Mancl L, Garson G, Grembowski D. Counseling on Early Childhood Caries transmission by dentists. *Journal of public health dentistry* 2013 73(2):151-7
16. Priyadarshini HR, Hiremath SS, Fernandes B. Association between maternal - child levels of salivary Mutans Streptococci and early childhood caries. *Dental research journal*. 2013;10(6):728-31.
17. Gupta P, Gupta N, Pawar AP, Birajdar SS, Natt AS, Singh HP. Role of Sugar and Sugar Substitutes in Dental Caries: A Review. *ISRN dentistry*. 2013;2013:519421.
18. Nowak AJ, J.J. W. Preventive dental care and counseling for infants and young children. 2014.
19. Araújo K, Justino G, Norões E, Diógenes V. Relação entre índices de cárie e doenças periodontais em crianças portadores de HIV. 2018.
20. Prakasha Shrutha S, Vinit GB, Giri KY, Alam S. Feeding practices and early childhood caries: a cross-sectional study of preschool children in Kanpur district, India. *ISRN dentistry* 2013:275193
21. Rezende L, Santos F, Neto M, Santos F. Cárie rampante de mamadeira em crianças de 2 a 5 anos: revisão de literatura 2017 Jun.
22. Holan G, Needleman HL. Premature loss of primary anterior teeth due to trauma--potential short- and long-term sequelae. *Dental traumatology : official publication of International Association for Dental Traumatology* 2014 30(2):100-6.
23. Kt S, Kmk M, N B, Jimson S, R S. Dental caries vaccine - a possible option? *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. 2013 7(6):1250-3.
24. Tonelli SQ, Oliveira WF, Oliveira CA, Pooff DAV, Coelho MQ, Barbosa Júnior ES. Manifestações bucais em pacientes pediátricos infectados pelo HIV: uma revisão sistemática da literatura. *RFO* 2013 18(3):365-372.
25. Baby bottle tooth decay (early child hood caries). *Patient Smart – Patient Education Center.ADA* (2013)
26. Batista L, Moreira E, Corso A. Alimentação, estado nutricional e condição bucal da

criança.scielo 2017

27. Dias I, Gonçalves A, Caldeira L, Fernandes D, Ribeiro J. Prevalência da cárie Dentária nas crianças observadas nas consultas de Exame global de saúde dos 5/6 anos e fatores associados. Estudo DENTEX 2018.
28. Pineda I, Osorio S, Franzin L. Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em odontopediatria. Revista.uninga.br 2018
29. Gomes C, Mendes S, Bernardo M. Prevalência e gravidade de cárie na dentição decídua nas crianças de 6 anos de Mafra, Elsevier 2018.
30. Castilho A, Mialhe F, Barbosa T, Puppim-Rontani R. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review, Elsevier 2018.
31. Veiga N, Pereira C, Amaral O. Prevalence and Determinants of Dental Caries in Portuguese Children, Elsevier 2018
32. Deliberali, F, Brusco, E, Brusco, L, Perussolo B, Patussi E. Fatores comportamentais envolvidos no desenvolvimento da cárie precoce em crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo - RS, Brasil. Seer.upf.br. 2018.
33. Rigo L, Dalazen J, Garbin R. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children, 2018 Pubmed.
34. Almeida TF. Family context and incidence of dental caries in preschool children living in areas covered by the Family Health Strategy in Salvador, Bahia State 2018 PubMed.
35. Silva R, Nóia N, Gonçalves L, Pinho J, Cruz M. Avaliação da participação de mães em um programa de prevenção e controle de cáries e doenças periodontais para lactentes 2018 Feb, Scielo
36. Arcieri R, Rovida T, Lima D, Garbin A, Garbin C. Análise do conhecimento de professores de Educação Infantil sobre saúde bucal. Revistas.ufpr.br. 2018 Feb.
37. Nunes-Dos-Santos D, Almeida DML, Deus MLM, Soares PL, Silva MM. Is severe early childhood caries predictive of caries and fluorosis in permanent teeth? Ten-year follow-up. 8 2018 Feb, Scielo.
38. Dias T, Viveiros I. Associação entre Cárie Dentária e Obesidade numa Amostra da População Pediátrica em Vila Franca do Campo 2018 Feb,scielo
39. Lunardelli S, Traebert E, Lunardelli A, Martins L, Traebert J. Autoestima e cárie dentária em adolescentes: um estudo seccional. 2018 Feb scielo

40. Rodrigues A, Reis P. Escovagem de dentes em ambiente escolar e cárie dentária: um estudo de coorte. Scielo.mec.pt. 2018 Feb Scielo
41. Klipel C, Terrazzan A. O leite materno e a cárie do lactente e do pré-escolar 2017 Dec Periodicos.unifra.br

Capítulo II

Os diferentes estágios a que os alunos de Medicina Dentária são propostos a realizar têm como objetivo a preparação, mediante uma constante aquisição de conhecimentos teóricos e a sua aplicação na prática clínica em colaboração e supervisão por parte dos docentes. Estes estágios incluem três diferentes áreas: Estágio de Clínica Geral Dentária, Estágio Clínica Hospitalar e Estágio de Saúde Oral Comunitária, que decorreram entre Setembro de 2017 e Junho de 2018.

1. Estágio em Clínica Geral Dentária.

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu na Clínica Universitária Filinto Baptista num período de 5 horas semanais entre o mês de Setembro de 2017 e Junho de 2018. Foi supervisionado pela Prof.^a Dra. Filomena Salazar, Prof.^a Dra. Cristina Coelho e Prof. Dr. João Batista às quintas-feiras das 19 às 24 horas. O estágio em clínica geral dentária é de extrema importância pois permitiu-me desenvolver a vertente da comunicação clínica e executar um diagnóstico e plano de tratamento completos. Na tabela 2 estão presentes os atos clínicos efetuados.

ACTO CLÍNICO	OPERADOR	ASSISTENTE	TOTAL
Dentisteria	11	1	12
Endodontia	2	0	2
Exodontia	1	2	2
Periodontologia	2	1	3

2. Estágio de clinica hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar decorreu no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Valongo, monitorizado pela Mestre Ana Azevedo. Este estágio decorreu às quintas-feiras das 14h até 17horas, desde Setembro de 2017 até Junho de 2018. Devido à enorme diversidade e quantidade de pacientes, foi possível obter uma maior destreza e rapidez nos atos clínicos e ter a capacidade de agir perante as mais diversas situações.

ACTO CLÍNICO	OPERADOR	ASSISTENTE	TOTAL
Dentisteria	24	12	36
Endodontia	6	2	8
Exodontia	18	11	29
Periodontologia	13	6	19

3. Estágio Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral Comunitária durante o ano letivo foi dividido em duas partes: a primeira baseou-se no planeamento do projeto a implementar nas escolas, após entrega de todos os projetos a executar, no dia 30 de Janeiro iniciou-se as visitas às escolas, tendo sido realizadas à terça-feira das 9h às 12.30h.

Foi-nos atribuída a escola de E.B.I Bela pertencente ao agrupamento de Ermesinde. Na escola existia o pré-escolar e básico (1º ao 4º ano). Realizaram-se apresentações e atividades para a Educação da Saúde Oral, Promoção da Saúde Oral através da implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. Sendo este estágio um espaço de criatividade implementou-se métodos de higiene oral e levantamento epidemiológico. Durante todo o período de visita às escolas foi aconselhado que todas as crianças visitassem o Médico Dentista regularmente. Todas as atividades foram monitorizadas pelo Prof. Dr.º Paulo Rompante e pela respectiva diretora da escola.

4. Considerações Finais

Os estágios que decorreram durante o período letivo foram essenciais para o meu crescimento, proporcionando-me competências profissionais e pessoais na prática clínica da Medicina Dentária. Foram uma mais valia para o conhecimento de técnicas, solidificação e aperfeiçoamento dos conteúdos teóricos aprendidos até este ano.

