

Declaração de Integridade

Vanessa Sofia Oliveira Rodrigues, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: "Fatores dietéticos na cárie precoce de infância".

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

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.

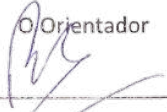
Gandra, 31 de julho de 2018

Vanessa Rodrigues

Declaração

Eu, **Paulo Alexandre Martins de Abreu Rompante** com a categoria profissional de Professor Auxiliar do Instituto Superior de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado "Fatores dietéticos na cárie precoce de infância", do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Vanessa Sofia Oliveira Rodrigues declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 31 de Julho de 2018

O Orientador


Prof. Doutor Paulo Rompante

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo o apoio e amor que me dão ao longo da vida e especialmente do meu percurso académico.

Ao meu irmão, por toda confiança depositada em mim.

Ao meu namorado, por todas palavras carinhosas e positivas, por toda a companhia, paciência e por todo mimo que me dá.

Aos meus avós, por todas as palavras amigas e todos os gestos de amor.

A todos os outros familiares, amigos de família e amigos de faculdade, todos contribuíram para que eu nunca desistisse do meu sonho.

À minha binómia, Adriana Nunes, por me acompanhar todos os dias e por todas as dificuldades e felicidades que já partilhamos. Inesquecível a nossa cumplicidade.

À Ana Macedo e à Catarina Monteiro por todas palavras e força que me deram. Adoro-vos miúdas!

Ao meu orientador, professor Doutor Paulo Rompante, por toda ajuda e dedicação empregues na realização deste trabalho.

A todos os professores e funcionários da faculdade, foram incansáveis ao longo destes 5 maravilhosos anos.

À minha gatinha, Marota que nunca me deixou fazer noitadas de estudo sozinha, permanecendo sempre ao meu lado na mesa de estudo.

Aos meus dois afilhados, Martim e Guilherme, que me apareciam nas horas mais apertadas e me pediam para brincar. Um agradecimento especial ao Gui, por tentar arranjar emprego para a madrinha desde os 3 anos de idade. Fico à espera de que sejas médico-dentista como a madrinha.

A Deus, por toda a força e fé, a qual me fez concluir com sucesso um dos meus sonhos.

Ao meu anjinho, que está sempre a olhar por mim e muito orgulhoso, avô Quim.

RESUMO

Introdução: A cárie dentária é a doença crônica mais comum na infância, sendo um grande problema para a saúde pública mundial. A cárie precoce de infância, na forma moderada ou severa, ocorre em dentição decídua antes dos 71 meses de idade, afetando tipicamente os incisivos e primeiros molares maxilares primeiramente. Esta doença pode ser prevenida, controlada ou mesmo revertida. Para prevenção, é necessário conhecer sua etiologia e os fatores de risco para o seu desenvolvimento. Existem numerosos fatores de risco associados, nos quais assume particular relevância o padrão dietético destas crianças conjugado com a inexistência ou inadequada higiene oral, sendo a sacarose o alimento cariogênico mais importante e mais amplamente utilizado pelo homem.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo efetuar uma revisão bibliográfica da literatura sobre CPI, acentuando a importância particular dos fatores dietéticos na sua ocorrência.

Materiais e Métodos: Realizou-se uma pesquisa na PubMed/Medline, com os MeSH terms: "early childhood caries"; "early childhood caries and children"; "early childhood caries and sugar"; "early childhood caries and diet"; "early childhood caries and sucrose"; "early childhood caries and review".

Fundamentação Teórica: A cárie precoce de infância é considerada um grave problema de saúde pública tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. A carência econômica e, conseqüentemente má alimentação estão relacionadas entre si e com o aumento da prevalência de cárie e da falta de acesso aos tratamentos. Esta patologia afeta a qualidade de vida e a saúde geral da criança e da família.

Conclusão: É importante aprender a ter uma boa alimentação, mas também bons hábitos de higiene oral. É fundamental alertar e instruir os responsáveis pelas crianças, pais, educadores e médicos sobre esta problemática.

Palavras chave: "early childhood caries", "children", "diet", "sugar", "sucrose", "review".

ABSTRACT

Background: Dental caries is the most common chronic illness in childhood and is a major public health problem worldwide. Early childhood caries, in the moderate or severe form, occurs in a deciduous dentition before the age of 71 months, typically affecting the maxillary first incisors and first molars. This disease can be prevented, controlled or even reversed. For prevention, it is necessary to know its etiology and the risk factors for its development. There are numerous associated risk factors, in which the dietary pattern of these children is of particular relevance coupled with the lack of or inadequate oral hygiene, sucrose being the most important and most widely used cariogenic food by man.

Objectives: This study aims to carry out a bibliographic review of the literature on CPI, emphasizing the particular importance of dietary factors in its occurrence.

Materials and Methods: A search was performed at PubMed / Medline, with MeSH terms: "early childhood caries"; "Early childhood caries and children"; "Early childhood caries and sugar"; "Early childhood caries and diet"; "Early childhood caries and sucrose"; "Early childhood caries and review".

Theoretical Foundation: Early childhood caries is considered a serious public health problem in both developing and developed countries. The economic shortage and consequently poor nutrition are related among themselves and with the increase in the prevalence of caries and the lack of access to the treatments. CSI affects the quality of life and the overall health of the child and family.

Conclusion: It is important to learn to have good food, but also good oral hygiene habits. It is essential to alert and instruct those responsible for children, parents, educators and doctors on this issue.

Keywords: "early childhood caries", "children", "diet", "sugar", "sucrose", "review".

Índice Geral Pág.

Capítulo I – Fatores Dietéticos na Cárie Precoce de Infância – Revisão Bibliográfica

1- Introdução	2
2- Objetivos	3
2.1- Geral	3
2.2- Específicos	3
3- Materiais e Métodos	3
3.1- Tipo de trabalho	3
3.2- Metodologia de Pesquisa Bibliográfica	3
3.2.1- Palavras-Chave	3
3.2.2- Motores de Busca	3
3.2.3- Período de Pesquisa	3
3.2.4- Critérios de Inclusão	4
3.2.5- Critérios de Exclusão	4
3.2.6- Pesquisa Bibliográfica	4
3.2.7- Limitações da Metodologia da Pesquisa Bibliográfica	4
4- Fundamentação Teórica	4
4.1- Cárie Precoce de Infância – Definição	5
4.2- Prevalência da Cárie Precoce de Infância	5
4.3- Etiologia da Cárie Precoce de Infância	6
4.3.1- Microrganismos cariogênicos	6
4.3.2- Dieta cariogênica	7
4.3.3- Hospedeiro suscetível	9
4.3.4- Experiência anterior de cárie	9
4.3.5- Fatores socioeconômicos	9
4.3.6- Medicação frequente sob a forma de xarope ou solução	9
4.4- Prevenção	9
4.4.1- Educação para a saúde oral	10

4.4.2- Redução da flora oral cariogénica	10
4.4.3- Fluoretos	11
4.4.4- Selantes	13
4.5- Consequências da Cárie Precoce de Infância	13
4.6- Diagnóstico	14
4.7- Terapêutica	14
5- Conclusão	14
6- Referências Bibliográficas	15

Capítulo II – Relatório das Atividades Práticas das Unidades Curriculares de Estágio

1- Estágio em Clínica Geral Dentária	21
2- Estágio Hospitalar	21
3- Estágio em Saúde Oral Comunitária	22
4- Considerações Finais	30

Capítulo I – Fatores Dietéticos na Cárie Precoce de Infância (CPI)

1- Introdução

A cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e está intimamente ligada à introdução dos carboidratos refinados na dieta, principalmente a sacarose, que é considerada o dissacarídeo mais cariogênico, devido ao pequeno tamanho das suas moléculas e a facilidade de difusão pela placa ⁽¹⁾, sendo este o mais presente na dieta familiar em quase todo o mundo ⁽²⁾.

A etiologia da cárie dentária é multifatorial, onde quatro fatores devem estar presentes simultaneamente: hospedeiro ou superfície dentária suscetível; microrganismos; carboidratos fermentáveis na dieta (substrato); e tempo/duração (para que as bactérias metabolizem os carboidratos fermentáveis, produzam ácidos e causem queda do pH salivar para menos de 5,5) ⁽²⁾ provocando desmineralização ⁽³⁾.

A infecção por *Streptococcus mutans* representa um papel importante na instalação e evolução da doença cárie. As mães normalmente são as primeiras a infetar as suas crianças. Quanto maior a concentração de *S. mutans* na saliva, a contaminação na criança é mais precoce e tem maior prevalência de cárie ⁽⁴⁾. Assim, a adoção de hábitos alimentares saudáveis na infância contribui para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança e para a prevenção de doenças, refletindo-se na qualidade de vida familiar ⁽⁵⁾.

As principais funções protetoras da saliva contra as cáries dentárias são: o efeito tampão da saliva que previne a redução intraoral do pH após a ingestão de açúcar (sacarose) e o aumento do nível de remoção de microrganismos cariogênicos da boca, não só pelo seu efeito de fluxo, mas também pela sua capacidade de aglutinar bactérias. Assim, o índice de fluxo salivar reduzido aumenta a suscetibilidade às lesões de cárie dentária. ⁽⁵⁾

Todas as etapas do crescimento, incluindo a odontogênese, dependem da quantidade de nutrientes apropriada. Uma alimentação saudável e equilibrada que seja capaz de proporcionar um estado nutricional adequado, contribui para uma boa condição oral do indivíduo. Logo, estados carenciais ou mesmo a ingestão de certos componentes alimentares, podem influenciar os processos de odontogênese, erupção dos dentes e desenvolvimento de cárie dentária. ^{(2) (5)}

Os principais nutrientes necessários à odontogênese são o cálcio, fosfato, vitaminas A, C, D e proteínas. A desnutrição nos primeiros anos de vida, como deficiências de vitaminas A,

C, D e proteínas têm sido associado com hipoplasia do esmalte e atrofia das glândulas salivares, resultando em aumento de cárie na dentição decídua. ⁽²⁾

A dieta desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da cárie dentária em todos os grupos etários, mas é ainda mais relevante quando analisada em relação ao público infantil. Um comportamento de risco em relação à dieta, estabelecido no primeiro ano de vida, tende a se manter durante toda a infância, já que é essa a época em que os hábitos relacionados à saúde oral são formados e firmados.⁽¹⁾

2- Objetivos

2.1- Geral

Este trabalho tem como objetivo efetuar uma revisão bibliográfica da literatura sobre Cárie Precoce de Infância (CPI), acentuando a importância particular dos fatores dietéticos na sua etiologia.

2.2- Específicos

- Estudar quais os principais fatores de risco da CPI.
- Qual a importância dos médicos de família/pediatras na prevenção de CPI.
- Entender qual a necessidade de realizar campanhas de promoção de saúde oral.
- Perceber a importância da realização de estudos epidemiológicos nesta faixa etária.

3- Materiais e Métodos

3.1- Tipo de trabalho: Revisão Bibliográfica

3.2- Metodologia de Pesquisa Bibliográfica

3.2.1- Palavras-Chave

"early childhood caries", "children", "diet", "sugar", "sucrose", "review"

3.2.2- Motores de Busca

MEDLINE/PubMed

3.2.3- Período de Pesquisa

20 de Setembro de 2017 a 20 Junho 2018. Não foram estabelecidos limites temporais na pesquisa.

3.2.4- Critérios de Inclusão

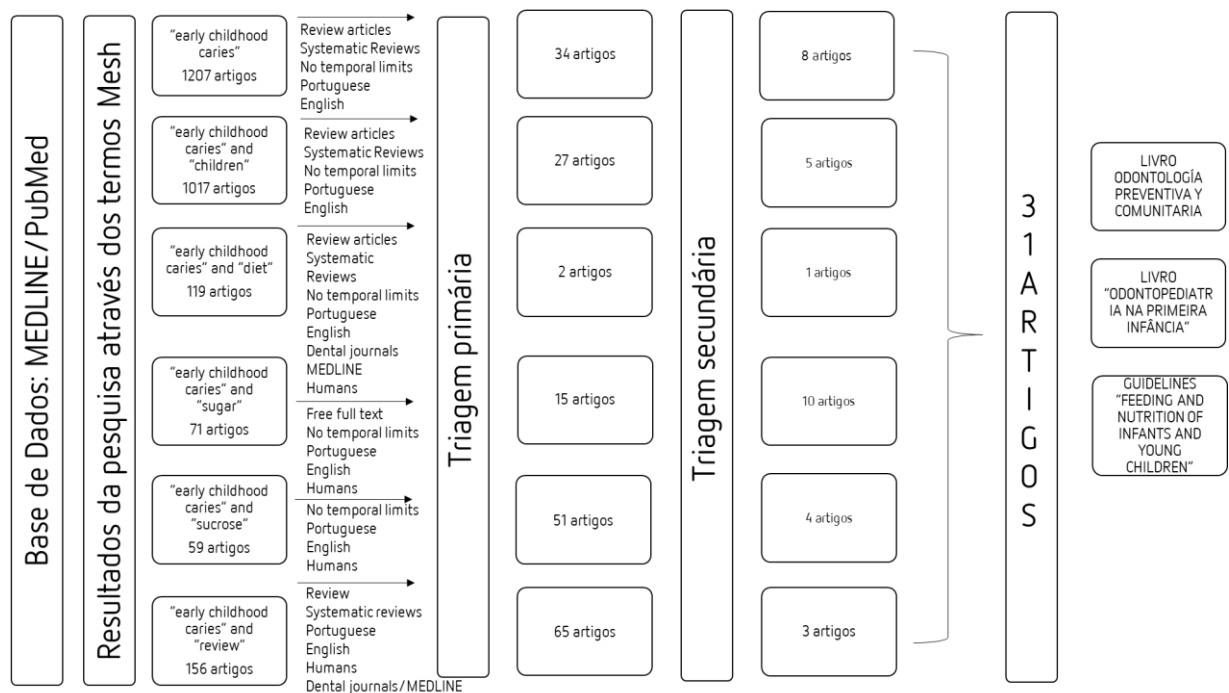
Artigos de revisão bibliográfica, revisão sistemática, revisões, em humanos, disponíveis na íntegra, em português ou inglês.

3.2.5- Critérios de Exclusão

Primários: artigos que não se encontravam de acordo com os parâmetros definidos nos critérios de inclusão.

Secundários: artigos que após completa leitura, não narravam informação relevante para o tema.

3.2.6- Pesquisa Bibliográfica



3.2.7- Limitações da Metodologia da Pesquisa Bibliográfica

A metodologia da pesquisa bibliográfica apresenta as limitações próprias de uma revisão bibliográfica não contemplando a análise sistemática bibliográfica.

4- Fundamentação Teórica

4.1- Cárie Precoce de Infância - Definição

A cárie em crianças com idade pré-escolar, ou seja, até aos 6 anos de idade tem sofrido várias alterações na sua nomenclatura, na definição e nos conceitos.

Fass (1962) *cit in* Vadiakas G. et al.⁽⁶⁾, foi o primeiro a adotar o termo “nursing bottle mouth” para descrever a condição de cáries múltiplas e graves em crianças. O autor constatou este tipo de cárie ser de evolução rápida e de afetar em primeiro lugar os incisivos decíduos superiores, depois os molares superiores e inferiores e os caninos inferiores. Justifica que os incisivos inferiores são protegidos pela língua e pelas glândulas submandibular e sublingual, daí serem mais dificilmente atingidos. O conceito foi posteriormente substituído por “baby bottle tooth decay”, “nursing bottle syndrome and nursing caries” em português foi traduzido como “cárie do biberão”. No entanto, em 1994, foi sugerido num workshop realizado pelos centros de controlo e prevenção de doenças o termo “early childhood caries” (ECC) que atualmente é o termo mais amplamente utilizado.⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ A designação “early childhood caries” tem vindo a ser traduzida para português como “cárie precoce de infância”.⁽⁷⁾

Os vários termos propostos progrediram com o objetivo, de não responsabilizar única e exclusivamente, o uso do biberão, como fator causal desta situação clínica.⁽⁹⁾

Em 2005, a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) classifica cárie precoce na infância, do inglês early childhood caries (ECC), como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não cavitadas), perdidos (devido a cárie) ou restaurados antes dos 71 meses de idade. Além disso, qualquer sinal de superfície dentária lisa cariada, incluindo manchas brancas, numa criança com idade inferior a 3 anos, ou ainda, a presença de um dos incisivos superiores afetados por cárie numa criança com idade entre os 3 e 5, um cpod maior ou igual a 4 aos 3 anos, um cpod maior ou igual a 5 aos 4 anos ou um cpod maior ou igual a 6 aos 5 anos de idade, é considerada cárie precoce de infância severa.^{(10) (9) (6) (3) (11)(8)}

4.2- Prevalência da Cárie Precoce de Infância

A cárie precoce de infância, atinge proporções epidémicas nos países em desenvolvimento. A prevalência é cinco vezes maior que a asma e sete vezes maior do que rinite alérgica.⁽¹²⁾

Num estudo feito na Europa, África, Ásia, Oriente Médio e América do Norte, foi encontrada a maior prevalência de cáries em África e sudoeste asiático. Varia de 1 a 12% em latentes de países desenvolvidos. Inglaterra, Suécia e Finlândia os dados de prevalência variam

entre 1% e 32%. Valor que está a aumentar em cerca de 56% em alguns países da Europa Oriental. Nos EUA, em 2004 era cerca de 28%. Crianças entre 2 e 5 anos, pesquisa entre 1999-2004 indica que 72% das cáries permanecem não tratadas. No Canadá, relativamente à população geral a prevalência é inferior a 5%, no entanto na população de alto risco cerca de 50-80% são afetados. ECC em idades de 25 a 36 meses tem prevalência de 46% e em crianças nativas canadenses de 3 anos de idade é tão elevada como 65%.⁽¹³⁾ Em 2007, a prevalência foi de 2,8% em crianças com 18 meses e 25,9% das crianças com 3 anos de idade, no Japão.⁽⁹⁾ Uma prevalência global de ECC de 41,9% para crianças com idades de 24 a 71 meses em Andhra Pradesh, no sul da Índia.⁽¹⁴⁾

De acordo com o Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, em 2008, na dentição temporária, metade das crianças (52%) tinham os seus dentes são e, outras tantas apresentavam cárie dentária.⁽¹⁵⁾ Os resultados do III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais apontam para 60% de crianças isentas de cárie em dentição decídua, aos 6 anos de idade.⁽¹⁶⁾

São vários os fatores que explicam estas diferenças, nomeadamente, a educação para a saúde, hábitos alimentares, status económico e fatores psicossociais. Crianças com risco aumentado de problemas de saúde oral e dificuldades no acesso aos cuidados médicos, frequentemente pertencem a famílias carenciadas, sem instrução, minorias étnicas e sem possibilidades de acesso a seguros de saúde. Assim, estes fatores conduzem a mais de 52% de crianças em risco de doença oral não tratada.⁽¹⁷⁾

Prakash et al⁽¹⁸⁾, defendem que identificar os fatores de risco associados à CPI é fundamental para ajudar a prevenir a doença, já que as crianças muitas vezes necessitam de tratamento dispendioso com hospitalização sob sedação ou anestesia geral.⁽¹⁸⁾

4.3- Etiologia da Cárie Precoce de Infância

A etiologia da cárie dentária é multifatorial, quatro fatores devem estar presentes simultaneamente: hospedeiro ou superfície dentária suscetível; microrganismos; carboidratos fermentáveis na dieta (substrato); e tempo/duração (para que as bactérias metabolizem os carboidratos fermentáveis, produzam ácidos e causem queda do pH salivar para menos de 5,5)⁽²⁾ provocando desmineralização⁽³⁾.

4.3.1- Microrganismos cariogénicos

São várias as bactérias associadas à etiologia da CPI, segundo a literatura as *Streptococcus* do grupo mutans, especialmente as *Streptococcus mutans* e as *Streptococcus sobrinus*. Para além destas bactérias, as *Lactobacillus* têm um papel importante, não na iniciação da cárie, mas na progressão e evolução das lesões.⁽¹³⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽⁷⁾

Estas bactérias são capazes de colonizar a superfície dentária e produzir ácidos a uma velocidade superior à capacidade de neutralização do biofilme, quando o pH do meio se encontra abaixo do pH crítico = 5,5. Tais acontecimentos vão permitir a dissolução do esmalte e conduzir à perda de estrutura dentária. Estas bactérias são transmitidas pela mãe ou pelo principal cuidador da criança, através de beijos, mãos ou pele contaminadas ou de alimentos manuseados por indivíduos contaminados. Denominada como transmissão vertical ou transmissão mãe-filho, foi comprovado que os microrganismos que contaminam a criança são na grande maioria das vezes geneticamente semelhantes aos da mãe.⁽¹⁹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁰⁾⁽²⁰⁾⁽⁷⁾⁽⁶⁾⁽⁹⁾

4.3.2- Dieta cariogénica

Uma dieta cariogénica é composta pelo consumo de alimentos e bebidas que contêm hidratos de carbono fermentáveis, que causam diminuição do pH salivar, abaixo do valor crítico, cerca de 5,7, provocando desmineralização da superfície dentária.⁽³⁾⁽²⁾ De entre os hidratos de carbono, destacam-se os açúcares, especialmente a sacarose. Os açúcares são formas solúveis que podem conter monossacarídeos (glicose, frutose e galactose), dissacarídeos (sacarose, lactose e maltose) e polissacarídeos (amido, glicogénio, dextrina e celulose).^{(21) (3)} Quando combinado com a sacarose, o amido, é potencialmente mais cariogénico do que qualquer outro hidrato sozinho, devido às suas características de retenção sobre a superfície dentária.⁽³⁾

O leite é um produto muito consumido pela população mundial, principalmente pelas crianças⁽²⁰⁾. A lactose é o principal hidrato de carbono no leite humano, um dissacarídeo composto de glicose e galactose.⁽³⁵⁾ O leite contém componentes protetores contra cáries, tais como cálcio, fósforo, caseína e outras proteínas, que fornecem uma proteção de revestimento orgânico no esmalte, por isso o leite pode até ser considerado de baixo potencial cariogénico. No entanto fórmulas de leite infantil e leite materno bovino e humano contêm concentrações relativamente elevadas de lactose, que é potencialmente cariogénico.⁽²²⁾⁽²¹⁾ Atualmente não se chegou ainda a conclusão se a amamentação tem ou não potencial cariogénico, sabendo-se, no entanto, que a utilização do biberão noturno durante longos períodos de tempo e regularmente, tem um grande potencial para o aparecimento de cárie.^{(12) (19)} Equivalente

está a utilização de chupeta com açúcar ou mel como auxiliar para adormecer ou sossegar a criança.⁽²⁰⁾ São necessárias pesquisas futuras sobre os efeitos do aleitamento materno e do consumo de leite humano.⁽¹²⁾

São muitos os benefícios da amamentação materna. Esta diminui ou elimina a exposição a patógenos bacterianos transmitidos por alimentos e fluidos contaminados, o leite materno contém fatores antimicrobianos e outras substâncias que fortalecem o sistema imunológico imaturo, protegendo ainda o sistema digestivo do recém-nascido, conferindo proteção contra infecções, especialmente as do trato gastrointestinal e respiratório.⁽²¹⁾ O leite materno possui substâncias bioativas e imunológicas, ausentes nos substitutos, as quais conferem proteção contra infecções bacterianas e virais. Crianças que tem como base de alimentação o aleitamento materno, tendem a ter menor prevalência de cárie dentária, provavelmente pela impossibilidade de adicionar açúcar.⁽²¹⁾ Embora com várias vantagens, a amamentação materna apresenta ainda algumas contra-indicações como infecção por HIV, contaminação ambiental, medicação materna, tuberculose, hepatite B e C, tabagismo em que é necessário recorrer a substitutos, como o leite em pó. Muitas fórmulas infantis comerciais são baseadas em leite de vaca, sendo projetadas para imitar a composição nutricional do leite humano.⁽²¹⁾

Além do tipo de hidrato de carbono, uma característica importante dos alimentos é a sua consistência, que está diretamente relacionada com o tempo que o alimento fica em contacto com a superfície dentária. Alimentos mais pegajosos que ficam retidos na boca por mais tempo, como os cereais, doces duros, bolachas, barras de pequeno-almoço ou pastilhas para a garganta, são considerados de elevada cariogenicidade relativamente aos alimentos mais duros e menos pegajosos.⁽²³⁾⁽³⁾⁽⁸⁾ A alimentação tradicional, como cereais, legumes e outros vegetais, vem sendo gradualmente substituída por alimentos processados. De um modo geral, os produtos ultraprocessados têm alta densidade energética, excesso de gorduras totais e saturadas, maiores concentrações de açúcar e/ou sódio e baixo teor de fibras, influenciando no aumento de cárie dentária.⁽⁵⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾

A alimentação da criança é influenciada pela família, pela escola e pela mídia, portanto é necessário estabelecer uma postura adequada frente à saúde alimentar da criança. O consumo excessivo de alimentos açucarados e de gorduras, relaciona-se com o aparecimento de outras doenças, tais como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes.⁽²⁶⁾⁽²⁵⁾

4.3.3- Hospedeiro suscetível

Logo após a erupção, o esmalte apresenta hipomaturação tornando o dente mais suscetível à cárie. Na dentição decídua a existência de defeitos de esmalte é muito comum. Estima-se que entre 3 a 39% das crianças que nascem de parto normal sofrem de alguma forma de alteração do esmalte, valor mais alarmante quando se trata de partos prematuros ou baixo peso à nascença, como 55 a 65%.⁽²⁰⁾ A saliva apresenta vários tipos de funções anticariogênicas. Assim, tudo o que diminua o fluxo salivar aumenta a suscetibilidade dos dentes à cárie.⁽²⁾

4.3.4- Experiência anterior de cárie

A experiência anterior de cárie é um dos melhores fatores preditivos de cárie no futuro. Crianças com menos de 5 anos com histórico de cárie dentária devem ser automaticamente classificadas como alto risco para cárie no futuro.⁽¹³⁾

4.3.5- Fatores socioeconômicos

Existem evidências claras entre baixo nível socioeconômico do agregado familiar e má saúde oral. Crianças pertencentes a famílias com más condições econômicas, minorias étnicas, de mães solteiras, com baixo nível de escolaridade ou analfabetas.^{(13)(10,19,20)}

4.3.6- Medicação frequente sob a forma de xarope ou solução

Crianças com doenças crônicas que fazem uso contínuo de medicamentos contendo sacarose, por via oral como os xaropes sob a forma líquida, com administrações repetidas e algumas em período de sono, podem apresentar risco se houver ausência de higiene após a administração dos mesmos. Um estudo realizado no Brasil, relatou que a maioria dos medicamentos pediátricos analisados apresentou pH abaixo do crítico para dissolução do esmalte (5,5) e alta concentração de sacarose (11,21 a 62,46%), o que contribui o desenvolvimento de erosão dentária e aumento do potencial cariogênico.⁽¹⁰⁾

4.4- Prevenção

Existem várias formas para prevenir o aparecimento e progressão das lesões de cárie. Os principais componentes de um regime odontológico preventivo são projetados para

manter um equilíbrio no processo desmineralização-rem mineralização da superfície dentária, limitar a cariogenicidade da dieta e reduzir a flora oral cariogénica. ⁽²⁶⁾

A prevenção deve começar nos períodos pré-natal e perinatal, de modo a avaliar a saúde da mãe e da criança. É determinante reduzir as bactérias da boca da mãe ou do principal cuidador da criança, ou seja, suprimir as *S. mutans* com o intuito de reduzir a possibilidade de transmissão de bactérias. É de salientar que, evitar a partilha de utensílios, alimentos e bebidas ajuda a prevenir ou atrasar o maior tempo possível a contaminação com bactérias causadoras de cárie dentária. ⁽¹³⁾

O controlo da dieta é muito importante para a prevenção da cárie precoce de infância, uma vez que a dieta cariogénica é um dos mais importantes fatores de risco. A AAPD forneceu algumas recomendações, tais como, evitar o consumo frequente de alimentos líquidos e / ou sólidos que contenham açúcar, não colocar os bebés a dormir acompanhados de biberão com leite ou líquidos com açúcar adicionado, os pais devem ser incentivados a ensinar os seus filhos a utilizar o copo para beber quando se aproximam do primeiro ano de idade. Os latentes devem ainda ser desmamados do biberão entre os 12-14 meses de idade devem ser evitados snacks entre refeições. ^{(11) (13) (8)(26)}

Equitativamente, é desaconselhado o uso da chupeta com açúcar, mel ou substâncias doces para acalmar ou adormecer a criança. Especial atenção devemos dar à medicação, especialmente a que é ingerida à noite e sob a forma de xarope ou suspensão oral, uma vez que a grande maioria destes contêm elevadas concentrações de açúcar devendo a mãe ou o cuidador realizar a higiene oral da criança após a toma do medicamento. ⁽¹³⁾

4.4.1- Educação para a saúde oral

A prática do médico-dentista não deve ser só curativa, mas sim que se deve incorporar uma dimensão de educação em saúde oral, fornecendo informações e orientações que levem o paciente a agir dia-a-dia em benefício da saúde oral familiar. A autora ressalta que a educação em saúde, realizada no ambiente escolar, pode favorecer o envolvimento da criança para trabalhar e construir novos conhecimentos, facilitando a mudança de atitudes, hábitos e cuidados, na faixa etária pré-escolar e escolar. ⁽²⁷⁾ As mães são as principais responsáveis pelo estilo de vida, comportamento e hábitos dos seus filhos e representam a informação primária sobre saúde oral. ⁽²⁸⁾

4.4.2- Redução da flora oral cariogénica

A higiene oral deve iniciar-se logo após o nascimento. Nos latentes, a higiene deve efetuar-se após a amamentação, colocando uma dedeira de borracha ou mesmo uma gaze embebida em água morna. Os movimentos de limpeza devem ser rotativos e começar pelos lábios, vestíbulo, rebordos gengivais e língua. Deste modo, a criança terá menos desconforto no momento da erupção dos primeiros dentes. Os pais ou cuidadores do bebê, deverão ter em atenção se o bebê vomita com muita frequência, se tal suceder, a higienização deve ser realizada com mais frequência.⁽²⁹⁾

Após a erupção do primeiro dente, a higienização da cavidade oral pode ser feita com a gaze húmida ou iniciar-se a escovagem com uma escova macia, sendo que, a cada 3 meses a escova deve ser substituída. Segundo a OMS, tão cedo quanto possível recomenda-se escovar duas vezes por dia, sendo uma delas forçosamente antes de deitar.⁽²⁹⁾ Até aos 6 anos de idade, a escovagem é realizada com dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm de flúor, cuja quantidade é o tamanho da unha do 5ºdedo. Em crianças com mais de 6 anos de idade, a escovagem deve ser realizada com dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm de flúor, mas a quantidade é de aproximadamente 1 cm.⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾ A escovagem deve ser supervisionada pelos pais, até ao momento em que a criança adquire o domínio da escrita, logo os pais são os responsáveis pela higiene oral até aos sete anos.⁽²⁹⁾

A AAPD⁽²⁶⁾ recomenda um agendamento da primeira consulta ao médico dentista durante o primeiro ano de vida.⁽¹¹⁾ Durante esta consulta, o clínico deve avaliar a erupção dentária, instruir e motivar a mãe acerca a higiene oral e dos cuidados dietéticos, para ela e para a criança. Deverá igualmente ser efetuado um plano de visitas de controle regulares, idealmente de 6 em 6 meses.⁽²⁰⁾

4.4.3- Fluoretos

O uso de fluoretos para fins dentários iniciou-se no século XIX. Estão presentes em todos os alimentos e na água, assim a sua ingestão é diária. São várias as formas de aplicação e utilização dos fluoretos.⁽¹³⁾

McKay foi o primeiro a relacionar o flúor à cárie dentária, quando observou que a maioria das crianças apresentava esmalte manchado e muito baixa prevalência de cárie, em Colorado Springs.⁽³⁾

Os métodos de administração de flúor, dividem-se em sistêmicos – fluoretação da água, suplementos fluoretados, fluoretação do sal e do leite, e tópicos – dentífricos, colutórios, géis, vernizes e dispositivos de libertação lenta. ⁽³⁾

O flúor atua na prevenção de cárie em dois períodos, o pré e o pós-eruptivo. Antes da erupção dentária, o flúor sistémico é facilmente absorvido e incorporado no esmalte, aquando da formação dos prismas de esmalte, dando origem a um composto designado de hidroxifluorapatite sendo este mais resistente na dissolução ácida, que a hidroxiapatite que é inicialmente formada.⁽³⁾ Sendo este mecanismo limitado, não oferece proteção durante toda a vida.

Após erupção dentária, o flúor atua topicamente, reduzindo a desmineralização pois os cristais de hidroxifluorapatite e fluorapatite, são mais resistentes à dissolução ácida na superfície do esmalte, e aumentando a remineralização, pois atrai os iões de cálcio e fosfato presentes na saliva que favorecem a adsorção à superfície dentária. O flúor tópico quando incorporado pelas bactérias cariogénicas, inibe parcialmente a atividade metabólica e como consequência a produção de ácidos, essencialmente o ácido láctico. ⁽³⁾

A escovagem das crianças menores de 8 anos, deve ser supervisionada pelos pais, de forma a garantir a quantidade adequada de pasta de dentes e uma técnica de escovagem é eficaz. A criança deve ser incentivada a cuspir o seu excesso no final da escovagem. Crianças de 6 anos são mais propensos a ingerir os dentífricos. Criança que ingerem quantidades excessivas de fluoretos podem aumentar o risco de fluorose. ⁽³¹⁾

A fluorose dentária define-se como uma hipomineralização do esmalte dentário, caracterizado por grandes porosidades superficiais e subsuperficiais, maiores do que as encontradas em esmalte normal, como consequência da ingestão excessiva de flúor durante o período de desenvolvimento dentário. Deste modo, quanto maior a dose de fluor ingerida durante o período de desenvolvimento, mais grave será a fluorose. Nos dentes decíduos, talvez pela menor concentração de flúor no plasma fetal, a fluorose é mais difícil de detetar. ⁽³⁾

Segundo o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral nas Crianças e Jovens, o suplemento sistémico de fluoretos em crianças com menos de 3 anos de idade não é recomendado. A partir dos 3 anos, também não se recomenda qualquer tipo de suplemento sistémico com fluoretos, à exceção das crianças de alto risco à cárie dentária, e nestas situações a posologia diária é de 0,25 mg. ⁽³⁰⁾

A escovagem dentária associada a utilização de dentífricos fluoretados desempenha um papel de prevenção extraordinariamente importante na saúde oral. ⁽²⁹⁾

4.4.4- Selantes

Para além dos produtos fluoretados, um outro método de prevenção da cárie, que pode ser utilizado pelos profissionais de saúde oral, são os selantes de fissura. São eficazes na prevenção da cárie das regiões de fissuras e cicatrículas, sendo que estas zonas são responsáveis por mais de 80% das cáries em todos os grupos etários. ⁽²⁹⁾

Os primeiros molares são os dentes que mais atenção se dá quando se trata de selantes, no entanto os dentes temporários por vezes também apresentam fissuras retentivas de alimentos e tendo em conta que a verdadeira prevenção se inicia da dentição temporária e não na definitiva, aconselha-se o selamento dos dentes temporários. ⁽²⁹⁾

4.5- Consequências da CPI

A cárie precoce de infância é considerada um grave problema de saúde pública tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. ⁽¹³⁾

Afeta a qualidade de vida e a saúde geral da criança e da família. ⁽³²⁾ A criança vai apresentar dor e desconforto, o que pode alterar os seus hábitos alimentares e posteriormente provocar desnutrição, crianças com CPI costumam apresentar menor peso e estatura quando comparadas com crianças livres dessa patologia, distúrbios no sono e ainda risco de hospitalização. Infecções dentárias levam frequentemente a bacteriemia, podendo esta ocorrer por consequência de intervenções odontológicas ou alterações sistémicas como diabetes e endocardite. Infecções dentárias graves, com envolvimento pulpar, se não tratadas a tempo, levam ao aparecimento de abscessos, que podem seguir a celulites ou fleimões. ⁽¹³⁾

Com todas estas complicações, os pais acabam por perder dias de trabalho para acompanhar a criança, assim como a criança falta dias à escola e conseqüentemente a sua aprendizagem pode ficar afetada. A cárie na dentição decídua, inevitavelmente vai conduzir à perda precoce de dentes, resultando em má oclusão e outros problemas, além de favorecer o aparecimento de cárie em dentição permanente. ⁽⁸⁾

Uma criança com todo este historial, é previsível que apresente receio aquando tentativa de tratamento, além do custo do tratamento aumentar. Estas crianças como

consequência de todo este processo, costumam apresentar baixa autoestima. ⁽¹⁰⁾⁽²⁰⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾⁽¹³⁾⁽³⁵⁾

4.6- Diagnóstico

Inicialmente a CPI apresenta-se clinicamente sob a forma de manchas brancas opacas, áreas desmineralizadas, pela presença de biofilme. Quando a remineralização destas áreas não ocorre, estas lesões podem progredir para cavidades, havendo perda de estrutura dentária. Caso as lesões de cárie continuem sem tratamento, pode haver destruição de toda a coroa do dente e comprometimento da vitalidade da polpa. ⁽¹⁰⁾⁽¹³⁾

4.7- Terapêutica

O tratamento, na fase inicial, na qual só o esmalte dentário é afetado e se observam manchas brancas opacas, consiste na mudança de hábitos alimentares, higiene oral e aplicação tópica de flúor. ⁽¹⁰⁾

Numa fase mais avançada da doença, como envolvimento da dentina e cavidades bem visíveis, o tratamento passa a ser restaurador e preventivo. ⁽¹⁰⁾ Muito utilizado atualmente, tratamento restaurativo atraumático - ART, baseia-se na remoção de tecido cariado utilizando instrumentos manuais e restauração do dente com material restaurador adesivo, como ionômero de vidro. As principais vantagens são a redução de dor e do medo durante o tratamento, disponível para uma grande parte da população mundial e sendo atraumático não utiliza instrumentos rotatórios, além de que na maioria dos casos não é necessária anestesia local. ⁽¹³⁾

5- Conclusão

- Os principais fatores de risco da Cárie Precoce de Infância são: microrganismos cariogênicos, dieta cariogênica, hospedeiro suscetível, experiência anterior de cárie, fatores socioeconômicos. A cárie dentária é uma doença bastante associada a comportamentos, assim, hábitos alimentares e de higiene oral devem ser impostos desde os primeiros dias de vida. Para que as populações e os indivíduos adquiram hábitos saudáveis e os mantenham, é necessário que os profissionais promovam campanhas de sensibilização de saúde oral e alertem as comunidades sobre os perigos do consumo de alimentos excessivamente açucarados (alimentos cariogênicos). Incentivar as famílias a não adotar o consumo de

alimentos processados e sempre optar por alimentos biológicos e com baixo teor em açúcares adicionados.

- A saúde oral deve ser considerada como parte integrante da saúde geral e esta abordagem multidisciplinar para além de mais efetiva, poderá ter melhorias importantes no custo da prevenção das doenças. Assim, os médicos pediatras e os médicos de família são muito importantes na prevenção da saúde oral: porque acompanham as crianças e família de forma ininterrupta durante os primeiros anos de vida. Assim, é valoroso que estes especialistas acessem na sua formação à área da saúde oral, permitindo o conselho aos pais sobre os cuidados a ter com os dentes da criança desde a erupção, diagnosticar lesões iniciais de cárie e avaliar o risco da criança desenvolver a patologia.

- São necessárias campanhas de promoção de saúde oral, de modo a alertar os cuidados a ter com os dentes decíduos, desde a erupção, de modo a executar comportamentos saudáveis e evitar comportamentos nocivos. Sempre que possível, seja através de redes sociais, televisão, rádio, cartazes ou mesmo conferências, debater com as populações alguns temas como, hábitos de escovagem e utilização de pasta fluoretada, assim como hábitos alimentares, sublimando o consumo de alimentos cariogénicos entre as refeições e ao adormecer.

- A realização de estudos epidemiológicos nesta faixa etária e desta patologia em concreto, CPI é importante, pois são muito escassos. Este tema merece bastante mais atenção, pois a prevenção é o melhor tratamento que podemos utilizar, sendo tão importante a deteção precoce e a sensibilização da população sobre esta doença e os cuidados a ter.

6- Referências Bibliográficas

1. Fadel CB. Cárie Dental Precoce : Qual O Verdadeiro Impacto Da Dieta Em Sua Etiologia ? UEPG Ciência Biol e Saúde. 2004;9(3/4):83–9.
2. Dias ACG, Raslan S, Scherma AP. Aspectos nutricionais relacionados à prevenção de cáries na infância. ClipseOdonto - Unitau. 2011;3(1):37–44.
3. Sala EC, García BP. Odontología preventiva y comunitaria. 2013. 284 p.
4. Castilho ARF de, Mialhe FL, Barbosa T de S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. J Pediatr (Rio J). 2013;89(2):116–23.
5. Batista LRV, Moreira EAM, Corso ACT. Food , nutritional status and oral condition of the child. Rev Nutr. 2007;20(2):191–6.
6. Vadiakas G. Case definition, aetiology and risk assessment of early childhood caries (ECC): a revisited review. Eur Arch Paediatr Dent. 2008;9(3):114–25.
7. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early childhood caries. Int J Dent. 2011;2011(Figure 1).
8. Mangla RG, Kapur R, Dhindsa A, Madan M. Prevalence and associated Risk Factors of Severe Early Childhood Caries in 12- to 36-month-old Children of Sirmaur District, Himachal Pradesh, India. Int J Clin Pediatr Dent [Internet]. 2017;10(2):183–7. Available from:
<http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=11769&Type=FREE&TYPE=TOP&IN=~ /eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=916&isPDF=YES>
9. Alazmah A. Early Childhood Caries: A Review. Early Child Caries A Rev J Contemp Dent Pract J Contemp Dent Pr [Internet]. 2017;1818(88):1–61. Available from:
http://www.thejcdp.com/Aheadofprint/17_REVIEW_ARTICLE.pdf
10. Losso EM, Tavares MCR, Silva JYB da, Urban C de A. Severe early childhood caries: an integral approach. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2009;0(0):295–300. Available from:
http://www.jpmed.com.br/conteudo/Ing_resumo.asp?varArtigo=1984&cod=&idSecao=1
11. American Academy. Policy on early childhood caries (ECC): Classification, consequences,

and preventive strategies. *Oral Heal Policies*. 2014;37(6):50–2.

12. Ribeiro NME, Ribeiro M a S. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar : uma revisão crítica Breastfeeding and early childhood caries : a critical review. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:199–210.
13. Dülgergil Ç, Dalli M, Hamidi M, Çolak H. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sci Biol Med [Internet]*. 2013;4(1):29. Available from: <http://www.jnsbm.org/text.asp?2013/4/1/29/107257>
14. Koya S, Ravichandra KS, Arunkumar VA, Sahana S, Pushpalatha HM. Prevalence of Early Childhood Caries in Children of West Godavari District, Andhra Pradesh, South India: An Epidemiological Study. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2016;9(3):251–5.
15. Direção-Geral da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. 2008. 126 p.
16. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo PR de. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraiso Title. Direção-Geral da Saúde. 2015;
17. Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade T, et al. Cárie precoce da infância : o estado da arte. *Acta Pediátrica Port*. 2010;41(5):217–21.
18. Prakash P, Subramaniam P, Durgesh BH, Konde S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. *Eur J Dent*. 2012;6(2):141–52.
19. Anil S, Anand PS. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front Pediatr [Internet]*. 2017;5(July):1–7. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fped.2017.00157/full>
20. Cosme P, Marques PF. Cáries Precoces de Infância - Uma Revisão Bibliográfica. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2005;46(2):109–16.
21. Scott MI. Book Review: Feeding and Nutrition of Infants and Young Children: Guidelines for the WHO European Region, With Emphasis on the Former Soviet Countries. *J Hum Lact [Internet]*. 2001;17(3):265–6. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089033440101700314>

22. Martens L, Vanobbergen J, Willems S, Aps MAJ, Maeseneer J De. Determinants of early childhood caries in a group of inner-city children. 2006;
23. Tinanoff N. Association of diet with dental caries in preschool children. *Dent Clin North Am.* 2005;49(4):725–37.
24. Tomita NE, Nadanovsky P, Vieira ALF, Lopes ES. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. *Rev Saude Publica.* 1999;33(6):542–6.
25. Sparrenberger K, Friedrich RR, Schiffner MD, Schuch I, Wagner MB. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. *J Pediatr (Versão em Port [Internet].* 2015;91(6):535–42. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2255553615000968>
26. Reports ADA. Position of the American Dietetic Association: Oral health and nutrition. *J Am Diet Assoc.* 2003;103(5):615–25.
27. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares Oral health : a critical review about educative programmes for students. *Ci.* 2004;9(1):121–30.
28. Bhardwaj A, Bhardwaj S. Early childhood caries and its correlation with maternal education level and socio-economic status. *J Orofac Sci [Internet].* 2014;6(1):53. Available from: <http://www.jofs.in/text.asp?2014/6/1/53/132582>
29. Areias C, Macho V, Frias-Bulhosa J, Guimarães H, Andrade C De. Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediátrica Port.* 2008;39(4):163–70.
30. Despacho Ministerial no153. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. *Diário da república no3 [Internet].* 2005;no153/2005(2asérie):49. Available from: <http://www.dgs.pt/>
31. Clark MB, Slayton RL. Fluoride Use in Caries Prevention in the Primary Care Setting. *Pediatrics [Internet].* 2014;134(3):626–33. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2014-1699>
32. Bullappa D, Puranik MP, Sowmya K, Nagarathnamma T. Association of Feeding Methods and Streptococcus mutans Count with Early Childhood Caries: A Cross-sectional Study.

- Int J Clin Pediatr Dent [Internet]. 2017;10(2):119–25. Available from: <http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=11758&Type=FREE&TYPE=TOP&IN=~ /eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=916&isPDF=YES>
33. Tiano AVP, Moimaz SAS, Saliba O, Saliba NA. Dental caries prevalence in children up to 36 months of age attending daycare centers in municipalities with different water fluoride content. *J Appl Oral Sci.* 2009;17(1):39–44.
34. Begzati A, Berisha M, Meqa K. Early childhood caries in preschool children of Kosovo - a serious public health problem. *BMC Public Health.* 2010;10:788.
35. CORRÊA, M. Odontopediatria na primeira infância: uma visão multidisciplinar: 4ed. Brasil Quintessence, 2017

Capítulo II – Relatório das Atividades Práticas das Unidades Curriculares de
Estágio

O estágio de Medicina Dentária é um período de aprendizagem supervisionada e de aprimoramento dos conhecimentos adquiridos nos anos anteriores, que prepara os alunos para o exercício da profissão. É constituído por três componentes: Estágio em Clínica Geral Dentária (ESGD), Estágio Hospitalar (ECH) e Estágio em Saúde Oral Comunitária (ESOC).

1- Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária é regido pela Professora Doutora Filomena Salazar, decorre num período semanal de cinco horas (quarta-feira das 19h às 24h) nas instalações da Unidade Clínica de Gandra, tendo início no dia 13 de Setembro de 2017 e término no dia 13 de Junho de 2018, num total de 180 horas. Todos os atos clínicos são supervisionados Mestre João Baptista, Mestre Luís Santos e Dr.^a Sónia Machado e encontram-se descritos na tabela 1. Este estágio é fundamental pois permite-nos abordar o paciente como um todo e integrar todas as áreas da Medicina Dentária, promovendo assim confiança e segurança aos alunos para o mercado de trabalho.

Estágio em Clínica Geral Dentária	Operador	Assistente	Total
Triagem	2	0	2
Destartarização	7	3	10
Exodontia	4	2	6
Restauração	8	14	22
Endodontia	1	4	5
Outros	3	1	4

Tabela 1 – Atos clínicos no âmbito do Estágio em Clínica Geral Dentária.

2- Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar sob a regência do Dr. Fernando Figueira e supervisionado pela Mestre Paula Malheiro e pelo Mestre Rui Bezerra, decorreu no serviço de Medicina Dentária da Unidade Hospitalar Padre Américo - Penafiel, tendo início no dia 18 de Setembro de 2017 e término no dia 11 de Junho de 2018, num período de 3,5h horas semanais, às segundas-feiras das 9h até 12h30, num total de 120 horas. Os atos clínicos efetuados durante este período encontram-se descritos na tabela 2.

Estágio Hospitalar	Operador	Assistente	Total
Destartarização	9	7	16
Exodontia	18	18	36
Restauração	34	36	70
Endodontia	2	4	6
Outros	3	2	5

Tabela 2 – Atos clínicos no âmbito do Estágio Hospitalar.

3- Estágio em Saúde Oral Comunitária

O estágio em Saúde Oral Comunitária foi realizado nas instalações do instituto assim como escolas sediadas no concelho de Valongo. Decorreu num período de 3,5 horas semanais, às quintas-feiras das 9h até 12h30, durante o ano letivo, tendo início no dia 21 de Setembro de 2017 e término no dia 14 de Junho de 2018. O estágio foi supervisionado pelo Prof. Doutor Paulo Rompante e pela Dr.^a Margarida Faria.

A primeira parte, no IUCS, consistiu na elaboração dos trabalhos para promoção de saúde oral para grávidas, idosos, adolescentes, pacientes com HIV e crianças 0-5 anos, 6-7 anos e 8-9 anos. Foram elaborados panfletos com informação essencial para uma boa saúde oral para as grávidas e idosos. Para os pacientes com HIV realizou-se uma apresentação em Power-point®. Para os adolescentes realizaram-se cartazes e também um folheto sobre higiene oral. Para as crianças foram elaborados jogos educativos relativos à saúde oral e aos hábitos alimentares, também foram elaborados folhetos com informações relativas a uma boa saúde oral para cada faixa etária, tendo como destinatários alvo, os pais das crianças.

Na segunda parte do estágio foram realizadas visitas às escolas onde se apresentaram as atividades didáticas planeadas para as crianças na primeira parte do estágio. Para além disso, foram recolhidos dados do índice de CPO. A promoção da saúde oral e o levantamento de dados foram realizados nas escolas EB 1 Estação.

Ano de escolaridade	Atividades realizadas
Pré-escola	Desenhos para colorir Músicas para incentivar à escovagem
1ºano	Vídeos sobre saúde oral Desenhos para colorir Demonstração da escovagem num frasco
2ºano	Desenhos para colorir Demonstração da escovagem num frasco Slides com alimentos/comportamentos para escolherem cartão vermelho ou verde
3ºano	Desenhos para colorir Demonstração da escovagem num frasco Slides com alimentos/comportamentos para escolherem cartão vermelho ou verde Vídeos com motivação para a higiene oral
4ºano	Desenhos para colorir Demonstração da escovagem num frasco

Tabela 3 – Plano de Atividades da EB1 Estação.

AGRUPAMENTO	ESCOLA	DEBITO	TURMAS	SUB-TOTAL	TOTAL ALUNOS	SUB-TOTAL confirmados	TOTAL confirmados	Total Bateria	ENCLAVO		1 de Fevereiro					
Escolas de Vallis Longus	J. André Gaspar	Faltas	M	41	41	41	41	41 (1 Binómio)	Enino Regular: 2		Apresentação e Discussão do Plano de Atividades					
			M													
	EB Calvário	Faltas	M	45	143	43	143	47/48 (3 Binómios)	Enino Regular: 1 e 3 Enino Concentrado: 1		Apresentação e Discussão do Plano de Atividades					
			M													
		Presença	O	98		100					128	Enino Regular: 4 e 5 Enino Concentrado: 2	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades			
			O													
			Presença			O					87		90	141	Enino Regular: 6 e 8 Enino Concentrado: 3	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades
						O										
	EB Estação	Faltas	M	42	129	38	128	43 (3 Binómios)	Enino Regular: 7 e 8 Enino Concentrado: 4 e 5		Apresentação e Discussão do Plano de Atividades					
			M													
		Presença	O	87		93					173	Enino Regular: 10,11,12 Enino Concentrado: 6,7,8,9,10	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades			
			O													
			Presença			O					123		82	309	38/39 (8 Binómios)	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades
						O										
	EB Ilha	Faltas	M	47	139	46	141	46/47 (2 Binómios)	Enino Regular: 10,11,12 Enino Concentrado: 6,7,8,9,10		Apresentação e Discussão do Plano de Atividades					
			M													
		Presença	O	92		82					309	38/39 (8 Binómios)	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades			
			O													
			Presença			O					227	227	309	38/39 (8 Binómios)	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades	
						O										
	EB Nova de Valongo	Faltas	M	47	170	46	173	42/43 (4 Binómios)	Enino Regular: 10,11,12 Enino Concentrado: 6,7,8,9,10		Apresentação e Discussão do Plano de Atividades					
			M													
		Presença	O	123		82					309	38/39 (8 Binómios)	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades			
			O													
Presença			O			227				227	309	38/39 (8 Binómios)	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades			
			O													
EB Susão	Faltas	M	82	309	82	309	38/39 (8 Binómios)	Enino Regular: 10,11,12 Enino Concentrado: 6,7,8,9,10	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades							
		M														
	Presença	O	227		227				309	38/39 (8 Binómios)	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades					
		O														
		Presença			O				227	227	309	38/39 (8 Binómios)	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades			
					O											
					931	935	TOTAL POR DIA		0							
											TOTAL PARCIAL					
											TOTAL					

Tabela 4 – Cronograma Turma 3

8 de Fevereiro	15 de Fevereiro	22 de Fevereiro	1 de Março
Apresentação com hábitos higiene oral P1 45min	Apresentação com hábitos higiene oral + Levantamento de dados epidemiológicos de 4 crianças P2 45min	Acompanhamento na escovagem + Levantamento de dados epidemiológicos de 6 crianças SP1 45min	Acompanhamento na escovagem + Levantamento de dados epidemiológicos de 6 crianças SP1 45min
Motivação à higiene oral + Vídeo P1 30/40min	Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamento de dados epidemiológicos de 7 crianças P2 30/40min	Motivação à higiene oral + Jogo + Levantamento de dados epidemiológicos de 6 crianças P1 30/40min	Motivação à higiene oral + Jogo + Levantamento de dados epidemiológicos de 7 crianças P2 30/40min
Motivação à higiene oral + Jogo C1 30/40min	Motivação à higiene oral + Jogo + Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças C2 30/40min	Motivação à higiene oral + Jogo + Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças C1 30/40min	Motivação à higiene oral + Jogo + Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças C4 30/40min
Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo C1 1h/700	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo + Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças C2 1h/700	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo + Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças C3 1h/700	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo + Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças C4 1h/700
Demonstração de técnica de escovagem com recurso a uma boca grande de plástico + Motivação à higiene oral + Entrega de um quadro de escovagem para levar para casa. C1 1h30	Levantamento de dados epidemiológicos de 22 crianças + Discussão sobre a alimentação + Jogo de tabuiz de alimentos C1 1h30	Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças + Demonstração de técnica de escovagem com recurso a uma boca grande de plástico + Motivação à higiene oral + Entrega de um quadro de escovagem para levar para casa. C2 1h30	Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças + Discussão sobre a alimentação + Jogo de tabuiz de alimentos C3 1h30
Vídeo educacional + Atividade Lúdica + Livro para colorir P1 1h	Levantamento de dados epidemiológicos de 15 crianças P1 1h Vídeo educacional + Atividade Lúdica + Livro para colorir + Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças P2 1h	Powerpoint educacional sobre higiene oral + Levantamento de dados epidemiológicos de 15 crianças C1 1h30	Powerpoint educacional sobre higiene oral + Levantamento de dados epidemiológicos de 15 crianças C2 1h30
Atividade lúdica + Educação para a Saúde Oral (Atividade apresentação do material cartaz) C1, C2 e C3 1h30	Atividade lúdica + Vídeo + Jogo de Atividade + Levantamento de dados epidemiológicos de 20 crianças C1, C2 e C3 1h30	Vídeo + Atividade lúdica "Jogo dos Tabela" + Levantamento de dados epidemiológicos de 25 crianças C1, C2 e C3 1h30	Vídeo + Apresentação de dires folha e carte table + Levantamento de dados epidemiológicos de 23 crianças C1, C2 e C3 1h30
0	111	86	87
484			

Tabela 4 – Cronograma Turma 3

8 de Março	15 de Março		22 de Março	
Acompanhamento no escovagem + Levantamento de dados epidemiológicos de 4 crianças 5a P2 45min	Acompanhamento no escovagem + Levantamento de dados epidemiológicos de 4 crianças 5a P2 45min	ENTREGA DO PRIMEIRO 1/3	Desenhos para colorir "alimentos bons, alimentos maus" + Levantamento de dados epidemiológicos de 8 crianças P1 e P2 45min	
Motivação à higiene oral + Desenhos para colorir + Levantamento de dados epidemiológicos de 6 crianças P1 30/40min	Motivação à higiene oral + Desenhos para colorir + Levantamento de dados epidemiológicos de 5 crianças P2 30/40min		Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamento de dados epidemiológicos de 6 crianças P1 30/40min	
Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamento de dados epidemiológicos de 3 crianças C1 30/40min	Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamento de dados epidemiológicos de 11 crianças C2 30/40min		Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamento de dados epidemiológicos de 12 crianças C3 30/40min	
Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 10 crianças P1 1h/1h00	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 10 crianças P2 1h/1h00		Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 15 crianças C1 1h/1h00	
Levantamento de dados epidemiológicos de 12 crianças + Demonstração da técnica de escovagem com recurso a uma boca grande de plástico + Motivação à higiene oral + Entrega de um quadro de escovagem para levar em casa C4 1h30	Levantamento de dados epidemiológicos de 13 crianças + Discussão sobre a alimentação + Jogo do ambiente dos alimentos C4 1h30		Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças + Demonstração da técnica de escovagem com recurso a uma boca grande de plástico + Motivação à higiene oral + Entrega de um quadro de escovagem para levar em casa. C4 1h30	
Powerpoint educacional sobre higiene oral + Quiz temático + Levantamento de dados epidemiológicos de 15 crianças C5 1h30	Powerpoint educacional sobre higiene oral + Quiz temático + Levantamento de dados epidemiológicos de 15 crianças C4 1h30		Powerpoint educacional sobre higiene oral + Quiz temático + Levantamento de dados epidemiológicos de 15 crianças C5 1h30	
Músicas + Desenhos para colorir + Flashcards + Levantamento de dados epidemiológicos de 42 crianças P1 e P2 2h	Implementação de escovagem + Vídeo + Levantamento de dados epidemiológicos de 40 crianças P3 e P4 1h00		Pecky Paper + Levantamento de dados epidemiológicos de 20 crianças C4, C5 e C6 1h00/2h	
102	98			89

Tabela 4 – Cronograma Turma 3

29 de Março	5 de Abril	12 de Abril	19 de Abril
PÁSCOA	PÁSCOA	Jogo lúdico + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 4 crianças P1 45min	Jogo lúdico + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 5 crianças P1P2 45min
PÁSCOA	PÁSCOA	Motivação à higiene oral + Vídeo P2 30/45min	Motivação à higiene oral + Desenho para colorir + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 6 crianças P1 30/45min
		Motivação à higiene oral + Vídeo + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 11 crianças CA 30/45min	Motivação à higiene oral + Jogo + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 11 crianças C1 30/45min
PÁSCOA	PÁSCOA	Motivação à higiene oral + Apresentação de fotos de crianças + Lábulo de dentes e corantes + Vídeo + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 5 crianças P1 30/45min	Motivação à higiene oral + Apresentação de fotos de crianças + Lábulo de dentes e corantes + Vídeo + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 5 crianças P2 30/45min
		Motivação à higiene oral + Vídeo + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 10 crianças C2 1h/45min	Motivação à higiene oral + Vídeo + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 10 crianças C3 1h/45min
PÁSCOA	PÁSCOA	Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 10 crianças + Discussão sobre a alimentação + Jogo de lábulo dos alimentos CA 1h30	Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 11 crianças + Distribuição de um vídeo educativo + Atividade para colorir + Entrega de um panfletão e quadro de escovas para levar em casa para acompanhamento de educação. P1 1h30
PÁSCOA	Motivação à higiene oral + Vídeo + Apresentação de fotos de crianças + Lábulo de dentes e corantes + Vídeo + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 11 crianças P1 e P2 1h30	Atividade/Jogo "Quem é quem?" + Powerpoint associado com lábulo final C1 e CA 1h30	Atividade/Jogo "Dente branco e preto" + Powerpoint associado com lábulo final + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 11 crianças C1 1h30
	PÁSCOA		
PÁSCOA	PÁSCOA	Desenho para colorir + Jogo de lábulo + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 23 crianças C1, C2 e C3 1h30	Lixo de atividades + Abaco de alimentação + Lavagem de dentes epiteliodérmicos de 22 crianças C1, C2 e C3 1h30
0	13	65	85
308			
935			

Tabela 4 – Cronograma Turma 3

26 de Abril		3 de Maio	10 de Maio
Jogo Interativo P2 45min	ENTREGA DO SEGUNDO 1/3	Jogo Interativo "Tro Dantado" + Música P1 e P2 45min	QUEIMA DAS RTAS
Motivação à higiene oral + Desenhos para colorir P2 30/40min		Motivação à higiene oral P1 30/40min	QUEIMA DAS RTAS
Distribuição dos perfetos + Jogo C2 30/40min		Distribuição dos perfetos + Jogo C3 30/40min	
Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamento de dados epidemiológicos de 9 crianças C4 1h/1h30		Motivação à higiene oral + Desenhos para colorir + Levantamento de dados epidemiológicos de 8 crianças P1 e P2 1h/1h30	QUEIMA DAS RTAS
Levantamento de dados epidemiológicos de 12 crianças + Leitura de uma história sobre a saúde oral + Atividade para refletir + Entrega de um perfeto a quadro de escovagem para lerem para os encarregados de educação. P1 1h30		Levantamento de dados epidemiológicos de 12 crianças + Demonstração de um vídeo educativo + Atividade para refletir + Entrega de um perfeto a quadro de escovagem para lerem para os encarregados de educação. P2 1h30	QUEIMA DAS RTAS
Atividade/jogo "Dançarino e profa" + Powerpoint educacional sobre higiene oral + Levantamento de dados epidemiológicos de 12 crianças C2 1h30		Atividade/jogo "Quem é quem?" + Powerpoint educacional com teste final + Levantamento de dados epidemiológicos de 8 crianças C3 1h30	QUEIMA DAS RTAS
Peddy Paper + Levantamento de dados epidemiológicos de 23 crianças C7 e C8 1h00-2h		Implementação da escovagem através de maquete + Levantamento de dados epidemiológicos de 22 crianças C1, C2 e C3 1h00	QUEIMA DAS RTAS
56			50

Tabela 4 – Cronograma Turma 3

17 de Maio	24 de Maio	31 de Maio	ENTREGA DO TERCEIRO 1/3
Video + importância visita ao dentista - DESPEDIDA P1 45min	Video + importância visita ao dentista - DESPEDIDA P2 45min	FERADO	
Distribuição dos panfletos + Jogo P2 30/40min	Distribuição dos panfletos + Jogo P1 30/40min	FERADO	
Distribuição dos panfletos + Jogo C4 30/40min	Distribuição dos panfletos + Jogo C1 30/40min		
Motivação à Higiene oral + Desenhos para colorir + Ficha de autoavaliação de conhecimentos + Lestebramento de dados epidemiológicos de 11 crianças C1e C2 1h/120	Motivação à Higiene oral + Desenhos para colorir + Ficha de autoavaliação de conhecimentos + Lestebramento de dados epidemiológicos de 5 crianças C3 e C4 1h/120	FERADO	
Lestebramento de dados epidemiológicos de 12 crianças + Lufas de dente infantil sobre a saúde oral + Atividade para colorir + Entrega de um panfeto e quadro de mensagens para lerem para os encarregados de educação P2 1h30	Entrega de Terço com cadeirinha sobre a saúde oral + motivação à higiene oral, o que melhoramos? P1, P2, C1, C2, C3 e C4 1h30	FERADO	
Atividade/jogo "Quem é quem?" + Powerpoint educacional com teste final + Levantamento de dados epidemiológicos de 11 crianças C4 1h30	Atividade/jogo "Quem é quem?" + Powerpoint educacional com teste final + Levantamento de dados epidemiológicos de 10 crianças C3 1h30	FERADO	
Implementação de mensagens através de maquete + Lestebramento de dados epidemiológicos de 22 crianças C4, C5 e C6 1h30	Implementação de mensagens e animação musical + Lestebramento de dados epidemiológicos de 22 crianças C7, C8, C9 e C10 1h30	FERADO	
56	37	0	
143			

Tabela 4 – Cronograma Turma 3.

4- Considerações Finais

A realização destes estágios, durante o ano letivo, permitiu a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso e obter prática clínica para a vida profissional. Durante os estágios, somos desafiados a lidar com diferentes tipos de pessoas e situações clínicas, possibilitando assim o nosso crescimento pessoal e profissional. Permitiu-nos ainda obter uma melhor idealização das áreas que gostaríamos de aperfeiçoar e exercer futuramente.