

Ana Filipa Oliveira Leal, 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: Os Pais, as crianças e a saúde oral.

Confirmando 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 referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências

Orientador: Professor Leonel Sousa

ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, Leonel Sousa, com a categoria profissional Professor Auxiliar Convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador da Dissertação de Mestrado "Os pais, as crianças e a saúde oral" da Aluna, Ana Filipa Oliveira Leal, 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 em Medicina Dentária.

Gandra, 19 de julho de 2017

O Orientador

Leonel Sousa

AGRADECIMENTOS

A minha formação profissional não poderia ter sido concretizada sem a ajuda dos meus pais, obrigada pela força inalcançável que me transmitiram ao longo deste percurso. Aos meus amigos e namorado, que me acompanharam durante a vida académica.

RESUMO

Introdução: Os pais no papel que lhes compete em cuidar e educar os filhos, deverão incluir, de forma assertiva, hábitos diários para uma futura dentição saudável. Tal como os pais, pediatras e médicos têm essa importante função. A expectativa para este trabalho é que com ele se cimentem conhecimentos para que no futuro sejam utilizados como ferramenta de trabalho na área da Odontopediatria.

Objetivos: Conhecer a importância dos pais na saúde oral das crianças e de que forma devem estender a sua influência para promover a saúde oral dos filhos desde o seu nascimento até à idade de formação dos dentes permanentes; estabelecer um plano de prevenção do aparecimento de cárie dentária; estabelecer a partir de que idade devem ser feitas as visitas ao médico dentista e com que regularidade; quando deve cessar o uso da chupeta, biberão e sucção digital.

Materiais e Métodos: Foi realizada pesquisa bibliográfica alargada em base de dados científicas com o intuito de identificar as publicações mais relevantes à temática em causa. Recorreu-se à base de dados Pubmed, ResearchGate e SciELO, utilizando como palavras-chave: "dental caries", "dental plaque", "breastfeeding", "pacifier", "finger sucking".

Conclusão: A educação em saúde é uma prática indispensável no cuidado infantil, aproximando o profissional de saúde à família, permitindo assim acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança melhorando a sua qualidade de vida. A prevenção da cárie dentária, passa pela visita regular ao médico dentista desde a erupção do primeiro dente, pelo uso de um dentífrico fluoretado, pela adoção de uma dieta equilibrada e uma higiene oral diária executada corretamente.

Juntamente ao referido anteriormente, para haver um equilíbrio do sistema estomatognático da criança é necessário a consciencialização dos pais/encarregados de educação para os malefícios dos hábitos de sucção não nutritiva, estabelecendo a cessação destes hábitos por volta dos 3 anos de idade.

PALAVRAS-CHAVE:

dental caries", "dental plaque", "breastfeeding", "pacifier", "finger sucking".

ABSTRACT

Introduction: Parents in their role in caring for and educating their children should assertively include daily habits for a future healthy dentition, just as parents, pediatricians, and physicians have this important function. The expectation for this work is that it will be used as a working tool in the field of Pediatric Dentistry.

Objectives: know the importance of parents in the oral health of children and how they should extend their influence to promote oral health of children from birth to the age of formation of permanent teeth; establish a plan to prevent the onset of dental caries; establish at what age the visits to the dentist should be made and with what regularity; when the pacifier, baby bottle and digital suction should cease.

Materials and Methods: bibliographic research in a scientific database in order to identify the publications most relevant to the subject matter. We used the Pubmed, ResearchGate and SciELO databases, using as keywords: "dental caries", "dental plaque", "breastfeeding", "pacifier" and "finger sucking".

Conclusion: Health education is an indispensable practice in child care, bringing the health professional closer to the family, thus allowing the child to grow and develop, improving his quality of life. The prevention of dental caries is a regular visit to the dental practitioner since the eruption of the first tooth, the use of a fluoride toothpaste, the adoption of a balanced diet and daily oral hygiene performed correctly.

Together with the aforementioned, in order to have a balance of the stomatognathic system of the child, it is necessary to raise parents / guardians' awareness of the harmful effects of non-nutritional sucking habits by establishing a cessation of these habits at around 3 years of age.

KEY-WORDS:

"dental caries", "dental plaque", "breastfeeding", "pacifier", "finger sucking".

ÍNDICE GERAL

Resumo.....	pág. d
Abstract.....	pág. e
Capítulo I Desenvolvimento da fundamentação teórica.....	pág. 1
1 <i>“Os pais, as crianças e a saúde oral”</i>	
1.1 Introdução.....	pág. 1
1.2 Objetivos.....	pág. 2
1.3 Materiais e métodos.....	pág. 3
1.3.1 Revisão de Literatura.....	pág. 3
1.4 Saúde Oral e os Pais.....	pág. 4
1.5 Promoção e Prevenção da Saúde Oral	pág. 4
1.5.1 Cárie Dentária.....	pág. 5
1.5.2 Prevenção	pág. 6
1.5.2.1 Dieta	pág. 6
1.5.2.2 Fatores de Risco	pág. 7
1.5.2.3 Controlo da Placa Bacteriana	pág. 8
1.5.2.4 O Flúor	pág. 8
1.6 Hábitos de Sucção não-nutritiva vs Pais.....	pág. 10
1.7 Nível Socioeconômico vs Cárie, e as visitas ao dentista.....	pág. 13
1.8 Discussão.....	pág. 14
1.9 Conclusão.....	pág. 17
1.10 Bibliografia.....	pág. 18
Capítulo II Relatório das atividades desenvolvidas nos estágios supervisionados.....	pág. 24
1 Introdução.....	pág. 24
1.1 Estágio em Clínica Hospitalar.....	pág. 24
1.2 Estágio em Saúde oral e Comunitária.....	pág. 25
1.3 Estágio em Clínica Geral Dentária.....	pág. 26
2 Considerações Finais.....	pág. 27

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Recomendações de Fluoretos conforme a orientação técnico-normativa do Programa.....	pág. 10
Tabela 2: Atos Clínicos de ECH.....	pág. 25
Tabela 3: Atos Clínicos de ECGD.....	pág. 27

CAPÍTULO I. DESENVOLVIMENTO DA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 TÍTULO

"Os pais, as crianças e a saúde oral"

1.1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento e a saúde, nomeadamente infantil, ocorre através de interações biológicas, psicológicas, sociais e culturais, fatores internos e externos, e em particular, com os familiares, que interagem com a criança, influenciando assim o desenvolvimento e a saúde da criança. Os fatores de risco deverão ser avaliados e identificados para que se possa fazer assim prevenção e intervenção antecipadamente⁽¹⁾.

Nas crianças, as orientações da saúde oral da primeira infância são consideradas fundamentais na determinação de hábitos ao longo da vida, podendo afetar desse modo a saúde oral e a ocorrência da doença cárie na idade adulta^(2,3).

1.1.1 Conceito de saúde e saúde oral

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como *"estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade"*.

Em 1975, Terris observou que a definição de saúde da OMS era considerada pelos epidemiologistas como sendo *"vaga e imprecisa com uma aura utópica"*. Daí ter alargado a definição da OMS para: *"a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e a capacidade para funcionar, e não somente a ausência de doença e enfermidade"*. Ao incluir-se a capacidade para funcionar, e não somente a ausência de doença e enfermidade, e ao eliminar-se a palavra *"completo"* da definição da OMS, este conceito foi colocado num contexto mais realista, proporcionando uma estrutura importante e útil para a prática, educação e pesquisa⁽⁴⁾.

A investigação epidemiológica tem demonstrado que a saúde e a doença, e o equilíbrio entre estas duas condições, são determinados por diversos factores que se podem reforçar, coagir, mascarar ou inibir entre eles numa teia dinâmica de interações. A teoria da complexidade pode facilitar a compreensão da saúde oral através do estudo da

sua inter-relação, não se focalizando apenas na importância do envolvimento de cada fator individual. Este conceito introduz a base teórica para uma aproximação dinâmica e holística da saúde oral com consequências para a educação, diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças orais⁽⁵⁾.

A saúde oral é muito mais do que uma boca livre de cáries. Saúde oral é quando o indivíduo se encontra livre de dor crônica orofacial e de neoplasias da cabeça e pescoço, sem lesões dos tecidos moles, sem alterações de fenda ou lábio palatino e de outras patologias que afetem a cavidade oral, dentes e tecidos crâneo-faciais⁽⁶⁾. A saúde oral, incluindo as estruturas da cabeça e pescoço cujas funções, muitas vezes nem nos apercebemos o quão importantes são e que fazem parte da nossa essência como ser humanos, permite-nos falar, sorrir, suspirar, beijar, cheirar, saborear, tocar, mastigar e engolir, transmitir sentimentos e emoções através de expressões faciais⁽⁴⁾. Esta é uma parte integrante da saúde geral e mantê-la é uma prioridade.

Assim sendo, cuidados específicos e diferenciados no tratamento e na prevenção na assistência à saúde da criança obrigam à estreita colaboração entre o pediatra e o odontopediatra, bem como à educação dos pais^(7,8).

1.2 OBJETIVOS

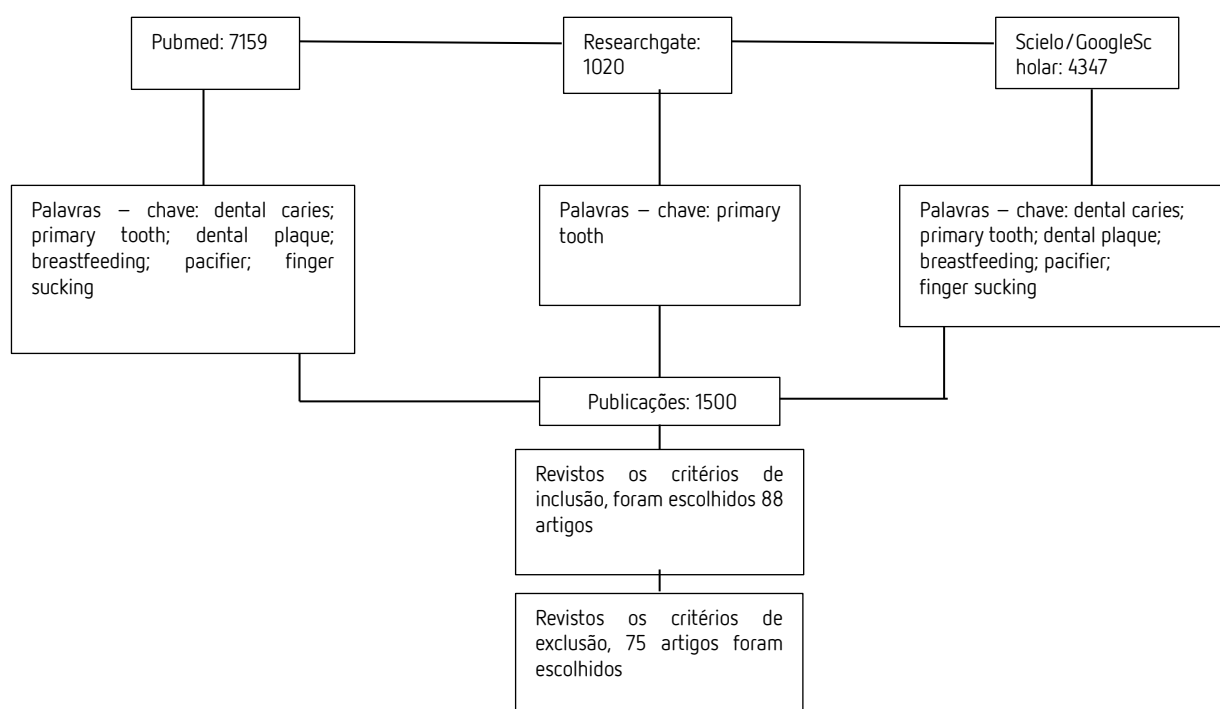
- Conhecer a importância dos pais na saúde oral das crianças e de que forma deve estender a sua influência para promover a saúde oral dos filhos desde o seu nascimento até à formação dos dentes permanentes;
- Estabelecer um plano de prevenção do aparecimento de cárie dentária;
- Estabelecer a partir de que idade devem ser feitas as visitas ao médico dentista e com que regularidade;
- Quando deve cessar o uso da chupeta, biberão e sucção digital.

1.3 MATERIAIS E MÉTODOS

1.3.1 Revisão de Literatura

Foi realizada pesquisa bibliográfica alargada em base de dados científicos com o intuito de identificar as publicações mais relevantes à temática em causa. Recorreu-se às bases de dados Pubmed, ResearchGate e SciELO, utilizando como palavras-chave: “dental caries”, “dental plaque”, “breastfeeding”, “pacifier”, “finger sucking”. Sendo selecionada a pesquisa do período compreendido entre 1972 e 2017.

Com o intuito de complementar a informação recolhida, foram ainda consultadas revistas impressas, disponíveis na Biblioteca Doutor Fernando Oliveira Torres, bem como livros de texto relacionados com o tema e ainda revistas *online*.



Critérios de exclusão: artigos de não livre acesso e artigos que só abordavam um tópico de pesquisa;

Critérios de inclusão: artigos compreendidos no período de pesquisa selecionado; artigos com livre acesso; artigos que relacionem os diversos temas em estudo.

1.4 SAÚDE ORAL DA CRIANÇA E OS PAIS

A saúde de uma população infantil, em especial a saúde oral, é expressa claramente pelas condições do meio no qual a criança está inserida e, principalmente, pela forma com que são estabelecidos os relacionamentos interpessoais e familiares. Além disso, a vida é um processo cíclico e dinâmico de mudanças contínuas, sendo que para as crianças e adolescentes a saúde significa crescer e desenvolver-se sem interferências, principalmente durante a primeira infância. Por tudo isso, desde o momento em que nasce, a criança estabelece uma interdependência com o meio, tendo os pais, ou responsáveis um papel fundamental nesse desenvolvimento biopsicossocial^(9,10).

1.5 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE ORAL

Desde 1986 que em Portugal têm sido realizados programas de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, dirigidos especialmente às crianças e aos jovens, sob orientação técnico-normativa da Direcção-Geral da Saúde (DGS)⁽¹¹⁾.

Ao longo dos anos, as actividades desenvolvem-se predominantemente em ambientes onde as crianças passam a maior parte do seu tempo, o jardim-de-infância e a escola, envolvendo no processo um conjunto diversificado de profissionais de saúde e de educação, pais e encarregados de educação, entre outros, que têm seguramente contribuído para a evolução favorável do padrão de doença⁽¹¹⁾.

A promoção da saúde foi considerada como um objetivo central para este século, sendo definida como *“O processo de capacitar o indivíduo para aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la”*⁽¹²⁾.

Atualmente, existe um consenso no sentido de considerar que qualquer intervenção de promoção da saúde bem sucedida deve contemplar a colaboração da família⁽¹²⁾. A promoção da saúde deve ser centrada nos pais e nos educadores que cuidam da criança.

Os objetivos centrais são a sensibilização destes adultos para a sua responsabilidade na saúde da criança, e a divulgação de um conceito de promoção da saúde que não se limita a evitar os acidentes e doenças, mas sim alargar-se a um conjunto de aprendizagens que vão iniciar padrões de comportamento que estabeleçam as bases ideais para um desenvolvimento saudável⁽¹²⁾.

Estão disponíveis em domínio publico, inúmeras recomendações sobre o momento da primeira visita dentária para crianças^(13,14). Atualmente, associações de renome (*American Academy of Pediatric Dentistry, European Academy of Pediatric Dentistry, American Dental Association, Canadian Dental Association, Australian Dental Association, and American Academy of Pediatrics*) recomendam que a primeira visita ao médico dentista ocorra no início da primeira erupção dentária (cerca de 6 meses de idade) ou até 1 ano de idade⁽¹⁵⁻¹⁸⁾. Apesar destas recomendações, a presença de lesões visíveis de cárie ou o traumatismo dentário continuam a ser a principal razão da primeira visita da maioria das crianças^(19,22).

1.5.1 Cárie Dentária

A cárie dentária é uma das doenças de maior prevalência na população mundial⁽²³⁾. É um processo patológico, infeccioso e de origem externa, e por isso contagioso, que se caracteriza pelo amolecimento da estrutura dura do dente evoluindo naturalmente para cavidade. Os principais agentes bacterianos são o *Streptococcus mutans* e o *Streptococcus sobrinus*⁽²⁴⁾.

Tem início e desenvolvimento no esmalte dentário, uma estrutura biológica acelular e desprovida de vasos e nervos, explicação para o facto das lesões se instalarem e desenvolverem sem despertar uma reacção inflamatória. Embora metabolicamente inerte, o esmalte dentário não assiste impassível à sua própria destruição, podendo ser interveniente em reacções físico-químicas complexas caracterizadas por fenómenos de desmineralização e remineralização que, alternando-se ciclicamente, desempenham um papel importante na evolução da cárie, impedindo por vezes a sua progressão. É de

etiologia multifactorial, podendo os diversos fatores etiológicos ser agrupados em primários, essenciais à ocorrência da doença, e secundários, que influenciam a evolução das lesões. Em relação aos fatores primários, ou essenciais, consideram-se os fatores do hospedeiro (tecidos dentários susceptíveis à dissolução ácida), os factores do agente (bactérias orais com potencial cariogénico) e os fatores ambientais (substrato adequado à satisfação das necessidades das bactérias cariogénicas), nomeadamente o consumo frequente de hidratos de carbono refinados. Uma dieta adequada e equilibrada passa pela seleção de alimentos naturais, frutas, legumes, cereais e alimentos fibrosos.

Apesar de não ser um fator essencial à ocorrência de cárie, a saliva, desempenha também um papel muito importante na patogénese da doença, ao condicionar a expressão clínica das lesões através de vários mecanismos, nomeadamente, uma ação de limpeza das superfícies dentárias, a eliminação do substrato, a importante capacidade tampão e a sua ação antibacteriana⁽²⁴⁻²⁷⁾.

Das doenças orais, a cárie é a mais frequente em todos os grupos etários bem como a principal causa de perda de peças dentárias de acordo com os dados disponíveis de prevalência de doença entre a população portuguesa.

A cárie da primeira infância é uma forma particularmente virulenta de cárie dentária caracterizada por um desafio infeccioso esmagador, estando também fortemente associada a práticas dietéticas incomuns⁽²⁸⁾.

1.5.2 Prevenção

A prevenção deve ser vista como base para uma educação que proporcione as condições para um ótimo crescimento, desenvolvimento e funcionamento.

1.5.2.1 Dieta

Como referido anteriormente, a dieta desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da cárie dentária em todos os grupos etários. No entanto, assume uma

posição mais relevante nas crianças, uma vez que um comportamento de risco em relação à dieta estabelecido no primeiro ano de vida tende a manter-se durante toda a infância⁽²⁹⁾ e é nessa época que os hábitos relativos à saúde oral são formados e firmados. Deste modo se a ingestão de alimentos açucarados for pouco frequente provavelmente a criança terá um baixo risco de cárie dentária, no entanto se esta for frequente, particularmente entre as refeições o risco vai ser elevado.

Deve ser tomada especial atenção no sentido de prevenir as cáries de biberão. O uso inadequado do biberão como chupeta com líquidos açucarados que permanecem em contato com os dentes durante muito tempo origina a destruição coronária total da dentição temporária em idade precoce, com atingimento preferencial dos incisivos superiores inicialmente e mais tarde dos restantes dentes anteriores e posteriores. Uma dieta equilibrada sem recurso a líquidos açucarados e alimentos adesivos que permanecem durante mais tempo em contato com os dentes, aumentando a sua cariogenicidade deve ser implementada tão cedo quanto possível. Os açúcares não devem ser proibidos, mas sim controlados. A utilização de um dia especial em que se podem comer doces (candy day) pode ser útil⁽³⁰⁻³²⁾.

1.5.2.2 Fatores de Risco

O aparecimento da lesão de cárie é influenciado por fatores físicos, biológicos, ambientais e comportamentais. Tem influência o elevado número de bactérias cariogénicas, fluxo salivar inadequado, insuficiente exposição ao flúor, deficiente higiene oral, métodos inapropriados de alimentação das crianças⁽³³⁾.

Características microbianas da cárie da primeira infância:

Estudos bacteriológicos⁽³⁴⁻³⁶⁾ demonstraram que em crianças com cárie na primeira infância, *Streptococcus mutans* regularmente excede os 30% da flora da placa cultivável. Este nível denso da infecção dentária foi associado a lesões cariosas, lesões de manchas brancas e superfícies dentárias com lesão cavitada. Por outro lado, *S. mutans* tipicamente predomina menos de 0,1% da flora em crianças com insignificante a nenhuma atividade

cariosa⁽³⁷⁾. Essas observações, juntamente com outros resultados publicados⁽³⁸⁾, claramente ilustram o conceito de que a cárie da primeira infância é uma doença infecciosa e que *S. mutans* é o agente infeccioso mais provável; claramente a dieta também desempenha um papel crítico na expressão clínica desta infecção.

1.5.2.3 Controle da Placa Bacteriana

O controle da placa bacteriana, quer nas crianças quer nos adultos, está ligado à escovagem regular dos dentes e ao uso de fio dentário (nas crianças recomendado a partir dos 7 anos de idade). Está demonstrado e comprovado que a escovagem regular dos dentes e a utilização diária de fio dentário têm efeitos positivos e são considerados como os melhores meios de remoção de placa bacteriana de modo a manter uma boa saúde oral ao longo da vida.

1.5.2.4 O Flúor

O flúor tem comprovada importância na redução da prevalência e gravidade da cárie. A estratégia da sua utilização em saúde oral foi redefinida com base em novas evidências científicas. Atualmente, considera-se que a sua ação preventiva e terapêutica é tópica e pós-eruptiva e que, para se obter este efeito, o dentífrico fluoretado constitui a opção consensual⁽³⁹⁾.

A utilização de medicamentos contendo fluoretos, na forma de gotas orais e comprimidos, foi até há pouco recomendada pelos profissionais de saúde (pediatras, médicos de família, clínicos gerais, médicos estomatologistas, médicos dentistas) dos 6 meses até aos 16 anos. A clarificação do mecanismo de acção dos fluoretos na prevenção da cárie dentária e o aumento de aporte dos mesmos com consequentes riscos de manifestação tóxica obrigaram à revisão da sua administração em comprimidos e/ou gotas. A gravidade da fluorose dentária está relacionada com a dose, a duração e com a idade em que ocorre a exposição ao flúor. A "*Canadian Consensus Conference on the*

Appropriate use of Fluoride Supplements for the prevention of dental caries in children definiu um protocolo, cuja utilização é recomendada a profissionais de saúde, em que se fundamenta a tomada de decisão sobre a necessidade da suplementação de flúor. Deste modo, a administração de comprimidos só é recomendada quando o teor de fluoretos na água de abastecimento público for inferior a 0,3 partes por milhão (ppm) e:

- a criança (ou quem cuida da criança) não escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia;
- a criança (ou quem cuida da criança) escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia, mas apresenta um alto risco à cárie dentária⁽³⁹⁾.

Por sua vez, a conclusão do «*Forum on Fluoridation 2002*», relativamente à administração de suplementos de fluoretos foi a seguinte: limitar a utilização de comprimidos de fluoretos a áreas onde não existe água fluoretada e iniciar essa suplementação apenas em crianças com alto risco de cárie e a partir dos três anos. A administração sistémica e tópica de flúor é indicada por orientações da Organização Mundial de Saúde, para países com a taxa de prevalência de cárie dentária semelhante à que Portugal tem, isto é, com um nível de doença moderado (índice de CPO aos doze anos entre 2.7 e 4.4) e sem outras fontes de flúor, nomeadamente nas águas de abastecimento público nem nos bens de consumo, de venda livre⁽³⁹⁾.

Em Portugal Continental, os valores são normalmente baixos, e as águas não estão sujeitas a fluoretação artificial. O teor de fluoretos deverá ser controlado regularmente de modo a preservar os interesses da saúde pública⁽³⁹⁾.

A escovagem dos dentes com uma pasta dentífrica fluoretada constitui uma forma de aplicação tópica de flúor. Até aos seis anos, deve preferir-se pastas dentífricas "júnior", que têm na sua composição uma dosagem de 500 a 1000 ppm de flúor. No entanto, se for utilizado um dentífrico de adulto deve-se reduzir a dose; utiliza-se uma pequena quantidade de pasta cujo tamanho deve ser semelhante a um grão de ervilha ou ao tamanho da unha do quinto dedo da mão da criança; a partir dos 6 anos pode usar-se dentífrico com uma dosagem de flúor superior, bem como fazer bochechos com uma

solução fluoretada. As soluções para bochechos, recomendadas a partir dos 6 anos de idade, têm sido utilizadas em programas escolares de prevenção da cárie dentária, em inúmeros países, incluindo Portugal. São recomendadas a crianças de maior risco à cárie dentária mas a sua utilização tem vindo a ser restringida a crianças que não escovam eficazmente os dentes^(31,40).

As soluções fluoretadas de uso diário têm habitualmente uma concentração de fluoreto de sódio a 0,05% e as de uso semanal ou quinzenal habitualmente têm uma concentração de 0,2%. Conforme o perfil da família o pediatra poderá escolher o método que lhe parecer mais fácil de implementar. Recomenda-se a administração de flúor sistémico, em gotas e comprimidos, a utilização de pastas dentífricas fluoretadas na higiene oral e o bochecho fluoretado, conforme a orientação técnico-normativa do Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes (Tabela 1)^(27,41).

Tabela 1. Recomendações de Fluoretos conforme a orientação técnico-normativa do Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes

	Frequência da escovagem	Material utilizado	Execução da escovagem	Dentífrico fluoretado	Suplemento sistémico de fluoretos
0-3 Anos	2 x dia Uma antes de deitar	<u>Gaze</u> <u>Dedeira</u> <u>Escova macia</u>	<u>Pais</u>	1000-1500 ppm (tamanho da unha do 5º dedo)	<u>Não recomendado</u>
3-6 Anos	2 x dia Uma antes de deitar	<u>Escova macia</u>	<u>Pais e/ou Criança</u>	1000-1500 ppm (tamanho da unha do 5º dedo)	<u>Não recomendado</u> <u>Excepção</u> alto risco à cárie dentária 0,25 mg diário
> de 6 Anos	2 x dia Uma antes de deitar	<u>Escova macia</u> <u>ou em alternativa</u> <u>média</u>	<u>Criança e/ou Pais</u>	1000-1500 ppm quantidade aproximada de 1 centímetro	<u>Não recomendado</u> <u>Excepção</u> alto risco à cárie dentária 0,25 mg diário

1.6 HÁBITOS DE SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA vs PAIS

Durante a infância, a boca é o órgão mais importante do corpo humano, sendo através dela que a criança obtém o ar que respira, o alimento, e ao mesmo tempo em que faz o contacto com o ambiente que a rodeia.

Segundo Modesto & Azevedo (1997⁽⁴²⁾), a sucção é um acto fisiológico e necessário.

A sucção é inerente ao feto, sendo um acto inato observado mesmo em ecografias. Mesmo que o feto se alimente através da placenta, faz uma sucção energética e instintiva do dedo, língua e lábio, de modo a que, ao nascer, esta função já está plenamente desenvolvida. Nesse momento, durante a sucção, essas estruturas experimentam uma sensação de prazer que constrói as primeiras funções psicológicas e relações interpessoais entre a mãe e o filho.

Nesta fase, que se pode estender até aos 3 anos de idade, a sucção faz parte do desenvolvimento normal da criança, actuando no fortalecimento da musculatura e no crescimento facial. No entanto, a persistência desses hábitos de sucção após essa fase, são considerados prejudiciais ao desenvolvimento dos ossos da face, podendo ser ainda um indicativo de problemas comportamentais⁽⁴³⁾.

Os hábitos de sucção não nutritiva deveriam ser eliminados após a erupção dos molares temporários - 2 anos/2anos e meio -, altura em que o seio materno ou o biberão dão o lugar ao copo, consistindo isto na transição para a deglutição adulta, onde há uma paragem da actividade labial - lábios relaxados, colocação da ponta da língua contra o processo alveolar atrás dos incisivos superiores e dentes posteriores em contacto oclusal durante a deglutição.

As alterações mais comuns como consequência destes hábitos orais da sucção não nutritiva são o desenvolvimento de uma mordida aberta e/ou mordida cruzada posterior; protrusão dos incisivos superiores; retrusão dos incisivos inferiores; aumento da sobremordida; interposição lingual; alteração no padrão de deglutição e da fonação^(44,45).

Por exemplo, devido ao hábito de sucção digital, é gerada uma pressão anormal no palato duro, podendo provocar um estreitamento maxilar, contribuindo assim para a mordida aberta anterior e cruzada posterior⁽⁴⁶⁾. Alterações musculares periorais e ao nível da fonética podem levar a um aumento do risco de desenvolvimento de distúrbios da motricidade oral⁽⁴⁷⁾.

O aleitamento materno promove um intenso trabalho da musculatura facial, influencia o desenvolvimento ósseo e muscular, gerando fadiga nos músculos, fazendo com que a

criança satisfaça seu instinto de sugar e não necessite de uma sucção não nutritiva, ou seja, supre tanto a necessidade de sucção nutritiva como a não nutritiva e, por esta razão, a criança não recorre a estímulos artificiais de sucção, como a chupeta. Além disso, a amamentação natural tem efeitos positivos sobre o desenvolvimento infantil psicológico e, ainda, sobre o sistema estomatognático por ser um estimulante do crescimento natural e normal ortopédico dos maxilares⁽⁴⁸⁾. Quando ocorre a substituição do aleitamento materno pelo biberão, a criança não fica satisfeita porque nem o bico utilizado no biberão é adequado, nem a musculatura orofacial fica cansada o suficiente, uma vez que a amamentação artificial pelo uso do biberão promove o estímulo apenas dos músculos bucinadores e do orbicular da boca, deixando de utilizar outros músculos faciais, interferindo assim no crescimento craniofacial. Induz ainda alterações na mastigação, deglutição e fonação, podendo conduzir a oclusopatias⁽⁴⁹⁾.

Desta forma, conclui-se que o uso do biberão, independentemente do tempo de utilização, pode representar uma possibilidade maior de a criança manter o hábito de sucção não nutritiva em relação àquelas que nunca o utilizaram⁽⁵⁰⁾. Portanto, é possível inferir que a prática de aleitamento materno prolongado sem uso de biberão e bicos artificiais, parece exercer efeitos muito positivos na prevenção de hábitos de sucção não nutritiva⁽⁵¹⁾.

A função muscular alterada, induzida por estes hábitos, correlaciona-se com a mordida aberta anterior, levando a uma alteração na deglutição normal e deformação da arcada dentária e palato. Entretanto se a criança remover o hábito por volta dos 3 anos de idade, a mordida aberta anterior poderá autocorrigir-se ^(44,45).

Deve-se desde cedo intervir de forma a remover esses hábitos, orientando a família e, após os 6 anos de idade se houver desenvolvimento de uma má oclusão, partir para o tratamento ortodôntico interceptivo⁽⁵²⁾. Contudo, é fundamental uma abordagem multidisciplinar, com a participação de ortodontistas, terapeutas da fala, otorrinolaringologistas, professores, pais, de forma a diminuir o risco de recidiva.

1.7 NÍVEL SOCIOECONÔMICO VS CÁRIE, E AS VISITAS AO DENTISTA

O nível socioeconômico pode afetar o risco de cárie de muitas formas. Um estudo de Prakash *et al.*, que pretendia averiguar a prevalência e os fatores de risco da cárie precoce da infância em crianças de Bangalore (Índia), concluiu que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a prevalência de cárie e o baixo nível socioeconômico medido em termos de salário. Este estudo mostrou que quanto maior o salário, menor era a prevalência de cárie^(53, 54).

Um outro estudo realizado na Austrália, que pretendia averiguar os determinantes sociais e comportamentais da cárie precoce da infância concluiu que o nível socioeconômico é um fator de risco significativo para as cáries precoces da infância e que o baixo estatuto socioeconômico pode aumentar o risco de cárie precoce de várias maneiras ⁽⁵⁵⁾.

Masumo R. *et al.*, refere que diversos estudos na Europa, África, Ásia, Médio Oriente e América do Norte, concluíram que a prevalência da cárie precoce da infância poderá atingir valores de 70% em grupos socialmente desfavorecidos⁽⁵⁶⁾.

No entanto, nas crianças com um nível socioeconômico mais elevado, como têm uma maior facilidade de acesso aos alimentos açucarados, parece estar a verificar-se um aumento da prevalência da cárie precoce da infância nesta população⁽⁵⁷⁾.

O estatuto socioeconômico apresenta uma correlação negativa com o risco de desenvolvimento de cárie dentária: quanto mais alto o escalão social, menor a incidência e prevalência de cárie dentária⁽⁵⁸⁾.

Foram demonstradas consistentemente evidências de que os resultados em saúde, incluindo os valores de CPO-D, estão associados com a posição socioeconômica dos indivíduos (cit in. Black et al., 1982 ⁽⁵⁹⁾), afectando principalmente aqueles que se encontram num estrato social inferior ⁽⁵⁹⁾. O rendimento determina as condições materiais da vida, o que proporciona as oportunidades para estilos de vida saudável, além da sua relevância material. O rendimento funciona como um indicador de sucesso, que está relacionado com o bem estar e saúde⁽⁶⁰⁾.

Tem sido considerado um indicador do aparecimento de cárie dentária, já que as crianças pertencentes às famílias com diferentes níveis de rendimento apresentam diferenças importantes nos níveis da doença^(61,62).

O desemprego dá origem ao aumento do risco de desenvolvimento de cárie dentária, em geral caracteriza-se por uma atitude menos positiva face aos cuidados com a alimentação e à saúde oral, sobretudo devido aos custos económicos envolvidos. No caso da saúde oral, um baixo grau de instrução pode resultar em comportamentos de prevenção insuficientes, devido à falta de conhecimento, e o baixo rendimento pode privar os indivíduos dos meios necessários para adoptar um estilo de vida saudável⁽⁶⁰⁾.

Uma diminuição no uso de produtos de higiene oral e a diminuição da frequência de consultas de saúde oral, assim como um aumento das famílias disfuncionais, são causas do incremento da cárie dentária⁽⁵⁸⁾.

1.8 DISCUSSÃO

As consultas de odontopediatria têm como objetivo a promoção da saúde oral e a prevenção das patologias mais frequentes, nomeadamente a cárie dentária⁽⁶³⁾.

Em Portugal, os programas de saúde oral têm, desde sempre, dado maior importância à higiene oral e à promoção de estilos de vida saudáveis. Em contexto comunitário o enfoque tem sido dado à responsabilização progressiva das crianças e dos jovens num processo de *empowerment* das populações com a sua saúde oral. A escola, enquanto espaço de saúde, ideal para viver, aprender e trabalhar, tem constituído um lugar privilegiado para a promoção da saúde oral. As equipas de saúde escolar têm desenvolvido estratégias de educação para a saúde que reforçam a capacidade da escola e da família na implementação da escovagem dos dentes, no uso do fio dentário e na promoção de uma alimentação saudável⁽¹¹⁾.

No que se refere à idade na qual se deve orientar a criança para a primeira visita ao dentista, ainda não foi estabelecido um consenso⁽⁶⁴⁻⁶⁷⁾. A *American Academy of*

Pediatric Dentistry, prevê que a primeira consulta de odontopediatria seja realizada entre os 6 e os 12 meses pelo facto de nesta idade ocorrerem modificações orais importantes^(68,69). Em Portugal não existe um protocolo definido, no entanto alguns autores aconselham a primeira consulta por volta dos seis meses aquando da erupção do primeiro dente^(27,41).

Apesar de uma evolução favorável, a cárie dentária tem ainda uma elevada prevalência e constitui ainda um problema de saúde pública. Os fatores de risco das doenças orais são, muitas vezes, os mesmos que estão implicados na maior parte das doenças crónicas e que se apresentam fortemente relacionados com os estilos de vida^(70,71). Assim sendo, no âmbito dos programas de intervenção desenvolvidos em Portugal, as medidas preventivas preconizadas incluíram sempre: a higiene oral com dentífricos fluoretados; a protecção dos dentes pré-molares, 1.ºs e 2.ºs molares permanentes com selantes de fissura, podendo aqui ser utilizado o cheque-dentista⁽¹¹⁾.

A revista *Community Dental Health* publicou em Junho do presente ano o artigo "Prevalência da cárie dentária e necessidades de tratamento na população portuguesa jovem: III estudo nacional". Este estudo revela que ocorreu uma grande redução nos níveis da doença nas crianças e adolescentes que beneficiaram do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO)⁽⁷²⁾. Ficando assim demonstrada a importância da inclusão de todas as pessoas com menos de 18 anos, no PNPSO, que fornece o conhecimento e as competências apropriadas para a manutenção da saúde oral ao longo da vida e reduz as necessidades de tratamento.

Os hábitos de sucção não nutritiva são um assunto de grande interesse para diferentes profissionais da área da saúde devido às alterações que provocam no sistema estomatognático, além de estarem diretamente relacionados com o comportamento da criança e da sua família.

A OMS incentiva a prática do aleitamento materno devido aos seus benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, económicos e sociais, não recomendando o uso da chupeta, especialmente em crianças amamentadas naturalmente, para evitar a confusão de bicos e o desmame precoce^(51,73).

A amamentação natural é considerada um fator de proteção para a persistência do hábito de sucção da chupeta, visto que a prevalência deste hábito reduz-se à medida que o tempo de aleitamento materno é maior. Crianças amamentadas naturalmente são menos propensas a hábitos de sucção não nutritivos, dado corroborado em diversos estudos^(51,60,74). Os hábitos de sucção não nutritiva devem ser abandonados até cerca dos 3 anos de idade, atendendo à possibilidade de auto-correção das desarmonias no desenvolvimento das arcadas dentárias. Relativamente ao biberão o hábito deve ser abandonado idealmente quando a criança completar 1 ano. Alguns métodos podem constituir uma mais valia, nomeadamente diluir gradualmente em água o conteúdo do biberão, para que após 2 semanas se ofereça à criança apenas água; outra forma será reduzir gradualmente a quantidade de fluído até que o hábito cesse, sendo o biberão substituído, por exemplo, pelo copo com palhinha ou colher⁽⁷⁵⁾.

1.9 CONCLUSÃO

Educar para a saúde é uma prática indispensável no cuidado infantil, aproximando o médico dentista à família, permitindo assim acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança melhorando a sua qualidade de vida. Sendo de extrema importância reforçar, que este processo de educação deve valorizar o envolvimento da família.

Na idade pré-escolar e escolar em que os hábitos ainda estão a ser formados as ações de sensibilização sobre educação e promoção de saúde oral são instrumentos imprescindíveis para transmitir conhecimentos e criar hábitos e comportamentos saudáveis na criança. É igualmente importante promover estas ações de sensibilização junto dos pais/encarregados de educação, para as práticas de escovagem dos dentes das crianças, de modo a reduzir eficazmente a acumulação de placa bacteriana, bem como, para a necessidade de redução do consumo de doces e bebidas açucaradas. Ainda de extrema importância, é a consciencialização dos pais/encarregados de educação para o incentivo da visita ao médico dentista após a erupção do primeiro dente, ficando assim desde cedo a criança em contato com o ambiente médico-dentário e consciencializada da importância da saúde oral e da visita ao dentista. Nestas idades, os pais têm frequentemente inúmeras dúvidas sobre a erupção dentária, os dentífricos a usar, o uso de flúor, o uso das chupetas, etc; sendo aqui também, na primeira visita ao médico dentista, importante detectar-se a presença de hábitos de sucção não nutritiva e tentar informar e consciencializar os pais sobre os malefícios da persistência destes hábitos, a idade em que devem ser cessados e quais as técnicas para a remoção dos mesmos.

1.10 BIBLIOGRAFIA

1. Ramos M. 1st ed. *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta; 2004.
2. Nicolau B, Thomson WM, Steele JG, Allison PJ. Life-course epidemiology: concepts and theoretical models and its relevance to chronic oral conditions. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(4):241–249. [L]
[SEP]
3. Shearer DM, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Maternal oral health predicts their children's caries experience in adulthood. *J Dent Res*. 2011;90(5):672–677. [L]
[SEP]
4. Regra, D. Estudo descritivo de conhecimentos, hábitos e percepções de saúde oral da população adulta do Distrito de Beja. Programa Operacional da Saúde/Saúde XXI. 2005.
5. Dimitrov V., Harald ME. Ecology of oral health: a complexity perspective. *European Journal of Oral Sciences*. 2003;111- 285.
6. CDC. Healthy People 2000, Progress Report for Oral Health. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/OralHealth/topics/hpprog.htm>. 2000.
7. Areias C, Macho V, Frias-Bulhosa J, Guimarães H, de Andrade C. Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediatr Port*. 2008;39(4):163-70
8. Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: Part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2008;6(2):100-7. [L]
[SEP]
9. Faustino-Silva D, Ritter F, Nascimento I, Fontanive P, Persici S, Rossoni E. Saúde bucal na primeira infância. *Rev. odonto ciênc*. 2008;23(4):375-379
10. Marmot M, Wilkinson R. 2nd ed. *Social Determinants of Health*. Oxford University Press. 2005.
11. Von Amann G, Cádima C. *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*, Lisboa: DGS, Julho 2008.
12. Barros L. 2a ed. *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista*. Climepsi. 2003.
13. Edelstein BL. The age one dental visit: information on the web. *Pediatr Dent*. 2000;22(2):163–164. [L]
[SEP]

14. Yeap CK, Slack-Smith LM. Internet information on child oral health and the first dental visit. *Aust Dent J*. 2013;58(3):278–282.
15. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Policy on the dental home. *Pediatr Dent*. 2008–2009; 30(Suppl 7):22–23.
16. Canadian Dental Association. 2005. Available from: <http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Dental/>
17. Widmer R. The first dental visit: an Australian perspective. *Int J Paediatr Dent*. 2003;13(4):270.
18. Hale KJ. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics*. 2003;111(5 Pt 1):1113–1116.
19. Camargo MB, Barros AJ, Frazão P, et al. Predictors of dental visits for routine check-ups and for the resolution of problems among preschool children. *Rev Saude Publica*. 2012;46(1):87–97.
20. Donaldson ME, Fenton SJ. When should children have their first dental visit? *J Tenn Dent Assoc*. 2006;86(2):32–35.
21. Divaris K, Vann WF Jr, Baker AD, Lee JY. Examining the accuracy of caregivers' assessments of young children's oral health status. *J Am Dent Assoc*. 2012;143(11):1237–1247.
22. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc* 2005; 136:364-72.
23. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts, NB. Dental caries. *Lancet*. 2007;369:51-59.
24. Marsh PD, Nyvad B. A microbiota oral e biofilmes formados sobre os dentes. In: Fejerskov O, Kidd E. *Cárie Dentária: a doença e o seu tratamento clínico*. S. Paulo. Santos Ed. 2005.
25. Al-Otaibi M. The miswak (chewing stick) and oral health. *Studies on oral hygiene practices of urban Saudi Arabians*. *Swed Dent J Suppl* 2004;(167):2-75.
26. Pereira A. *Cáries Dentárias – Etiologia, Epidemiologia e Prevenção*. Portugal: Medisa 1993.
27. Vasco Prazeres *et al*. *Direcção Geral de Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos adolescentes, elementos de caracterização*. Lisboa.2005.
28. Syed S, Nisar N, Mubeen N. Early childhood caries: a preventable disease. *Dent*

- Open J. 2015;2(2):55-61.
29. Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G, Birkhed D. Analysis of caries- related factors in infants and toddlers living in Sweden. *Acta Odontol Scand*.1996;54:131-7.
 30. Fawell J, Bailey K, Chilton J, Dahi E, Fewtrell L, Magara Y. Fluoride in drinking-water. WHO Drinking-water Quality Series. Geneva. WHO ed; 2006.
 31. Center for Disease Control and Prevention. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. Acessível em <http://www.cdc.gov>
 32. WHO. Ayutthaya Declaration. The 2nd Asian Conference of Oral Health Promotion for School Children; 2003; February 23. Acessível em <http://www.who.int/>
 33. National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 19. Dental recall: recall interval between routine dental examinations. London. <http://www.nice.org.uk/CG019NICEguideline> (accessed Nov 11) 2006.
 34. Van Houte J, Gibbs G, Butera C. Oral flora of children with "nursing-bottle caries." *J Dent Res* 1982; 61(2):382–5. [[L]]
SEP
 35. Berkowitz RJ, Turner J, Hughes C. Microbial characteristics of the human dental caries associated with prolonged bottle feeding. *Arch Oral Biol* 1984; 29(11):949–51.
 36. Milnes AR, Bowden GH. The microflora associated with developing lesions of nursing caries. *Caries Res* 1985; 19(4):289–97. [[L]]
SEP
 37. Loesche WJ. Role of *Streptococcus mutans* in human dental decay. *Microbiol Rev* 1986; 50(4):353–80.
 38. Dreizen S, Brown LR. Xerostomia and caries. Microbial aspects of dental caries. Washington DC. 1976;263–73.
 39. Melo, PRGR. Influência de diferentes métodos de administração de fluoretos nas variações de incidência de cárie. Tese de doutoramento. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2001.
 40. WHO/HSE/WSH Expert Consultation for the 4th Edition of the Guidelines for Drinking-water Quality Conference Berlin, 7–11 May 2007 Public Health and the Environment. Geneva. 2007.
 41. Direcção-Geral da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na

- População Escolarizada. Lisboa: DGS; 2000.
42. Modesto A, Azevedo GT. Hábito de sucção do polegar: como descontinuá-lo? Rev Odontopediatria. São Paulo. Jun 1997;5(2):41-47
 43. Santos SA, Holanda AL, Sena MF, Gondim LA, Ferreira MA. Nonnutritive sucking habits among preschool aged children. J Pediatr. 2009;85(5):408-14.
 44. Corrêa MS. Odontopediatria na primeira infância. 2.ed. São Paulo: Santos; 2005.683-692
 45. Serra-Negra JM. Hábitos bucais deletérios: os filhos imitam as mães na adoção destes hábitos. Ver Odont Ciencia. 2006;21(52).
 46. Ovsenik M. Incorrect orofacial functions until 5 years of age and their association with posterior cross-bite. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2009;136(3):375-381.
 47. Wadsworth SD, Maul CA, Stevens EJ. The prevalence of orofacial myofunctional disorders in grades kindergarten through six. Int J Orofac Myol 1998;24:1-19.
 48. Moimaz SA, Rocha NB da, Garbin AJI, Saliba O. A influência da prática do aleitamento materno na aquisição de hábitos de sucção não nutritivos e prevenção de oclusopatias. Rev odontol UNESP.2013;42(1):31-36.
 49. Carvalho GD. Amamentação e prevenção das alterações funcionais e estruturais do sistema estomatognático. Odontol Ens Pesq. 1998;2(1):339-48.
 50. Bueno SB, Bittar TO, Vazquez FL, Meneghim MC, Pereira AC. Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. Dental Press J Orthod. 2013;18(1):301-6.
 51. Vasconcelos FMN, Massoni ACLT, Heimer MV, Ferreira AMB, Katz CRT, Rosenblat A. Non-nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in Brazilian children aged 30-59 months. Braz Dent J.2011;22(2):140-5.
 52. Massler M. Oral habits: development and management. J Pedodontics 1983;7:109-119.
 53. 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.
 54. 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. *European journal of dentistry*. 2012;6(2):141-52.
55. Hallett KB, O'Rourke PK. Social and behavioural determinants of early childhood caries. *Australian dental journal*. 2003;48(1):27-33.
 56. Masumo R, Bardsen A, Mashoto K, Astrom AN. Prevalence and socio-behavioral influence of early childhood caries, ECC, and feeding habits among 6-36 months old children in Uganda and Tanzania. *BMC oral health*. 2012;12:24.
 57. Cosme P, Marques P. Cáries Precoces da Infância – Uma revisão bibliográfica. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2005;46:109-16.
 58. Sanz AMG, Nieto BAG, Nieto EG. Dental health: the relationship between tooth decay and food consumption. *Nutr Hosp* 2013;28(4):64-71.
 59. Da Rosa P, Nicolau B, Brodeur JM, Benigeri M, Bedos C, Rousseau M-C. Associations between school deprivation indices and oral health status. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39: 213-220.
 60. Geyer S, Schneller T, Micheelis W. Social gradients and cumulative effects of income and education on dental health in the Fourth German Oral Health Study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38:120-128.
 61. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública*. 2010;34(4):402-408.
 62. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO- D com indicadores sócio-económicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(1):143-152.
 63. Creighton PR. Common paediatric dental problems. *Ped Clin North Am*. 1998;45(6):1579-60.
 64. WHO. Ayutthaya Declaration. The 2nd Asian Conference of Oral Health Promotion for School Children. *Acta Pediatr Port*. 2008;39(4):163-70
 65. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Devo RA. The role of the paediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics*. 2000;106(84). [1]
[SEP]
 66. Chung MH, Kaste LM, Koerber A, Fadavi S, Punwani I. Dental and medical student's knowledge and opinions of infant oral health. *Dent Educ* 2006;70: 511-7. [1]
[SEP]
 67. Schaff-Blass E, Rozier RG, Chattopadhyay A, Quinonez R, Vann WF Jr. Effectiveness

- of an educational intervention in oral health for paediatric residents. *Ambul Pediatric* 2006;6:157-64.
68. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. Infant oral health education for paediatric and family practice residents. *Pediatr Dent* 2005; 27:284-91. [L]
[SEP]
69. Moyers E R., *Handbook of Orthodontics*, 4th Ed, Year book medical publishers, inc. 1988. [L]
[SEP]
70. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational approach for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000. 28:399-406.
71. W.H.O. Evaluation of community based oral health promotion and oral disease prevention. Report of Workshop. Geneva. 2004.
72. Nicolau B, Marcenés W, Bartley M, Sheiham A. A life course approach to assessing causes of dental caries experience: the relationship between biological, behavioural, socio-economic and psychological conditions and caries in adolescents. *Caries Res.* 2003;37: 319-26.
73. WHO (World Health Organization). Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations. Geneva; 2001.
74. Ngom PI, Diagne F, Samba Diouf J, Ndiaye A, Hennequin M. Prevalence and factors associated with non-nutritive sucking behavior. Cross sectional study among 5- to 6-year-old Senegalese children. *L'Orthodontie Française.* 2008;79 (2):99-106.
75. Góes MP, Araújo CM, Góes PS, Jamelli SR. Non-nutritive sucking habits persistence: prevalence and associated factors. *Saúde Matern. Infant. Recife.* 2013;13(3):247-257.

CAPÍTULO II

Relatório Dos Estágios

1-Introdução

O Estágio de Medicina Dentária é uma unidade curricular valiosa no mestrado integrado e tem como objetivo principal o contacto direto do estudante com unidades de saúde e o aperfeiçoamento dos conhecimentos adquiridos pelo aluno ao longo dos anos de curso, tanto teóricos como práticos de forma a que este possa vir a ser um profissional de referência e de mérito.

O estágio decorre ao longo do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, entre setembro de 2016 e Junho de 2017, abordando três áreas específicas de intervenção: Estágio de Saúde Oral e Comunitária, Estágio Hospitalar e Estágio de Clínica Geral Dentária.

1.1 Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar teve lugar no Hospital de Valongo, decorrendo às terças-feiras das 14 horas às 17:30 horas (3:30h semanais), com um total de horas anuais de 196 horas.

O estágio foi supervisionado pela Professora Doutora Ana Manuela Salvaterra Azevedo. Este estágio assegura experiências exemplificativas da realidade de um médico dentista, no sentido de promover as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz.

Os atos clínicos efetuados durante este período encontram-se descritos na tabela 2.

Tabela 2: Atos Clínicos de ECH

Atos Clínicos	Estágio Hospitalar	
	Operador	Assistente
Triagem/Consulta simples	8	5
Dentisteria	24	19
Endodontia	2	1
Destartarização	21	9
Exodontia	30	11
Outros	1	1
Nº Total de atos	86	46
Nº Total de horas	196 horas	

1.2 Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio de Saúde Oral e Comunitária, cujo principal objetivo é a implementação do Programa Nacional para a promoção da Saúde Oral (PNPS), é supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Alexandre Rompante.

Decorreu todas as quintas-feiras das 9:00horas às 12:30 horas, num período de 3:30 horas semanais, teve início a 15 de setembro de 2016 e terminou a 15 de junho de 2017, perfazendo um total de 196 horas. O estágio dividiu-se em duas fases, uma primeira fase, no período de 15 de setembro de 2016 até ao dia 26 de janeiro, decorreu no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, onde foi realizado um plano atividades, panfletos, apresentações de PowerPoint, jogos didáticos, filmes e músicas para se poder promover a

saúde oral em pacientes grávidas, adolescentes, adultos, séniores, pacientes com SIDA e crianças com a faixa etária compreendida entre 0 e 9 anos de idade.

A segunda fase começou a 2 de fevereiro de 2017 onde foi realizada a promoção da saúde oral e levantamento de dados em escolas do concelho de Valongo e Paredes. A promoção da saúde oral e levantamento de dados foram realizadas nas seguintes escolas: EB Montes da Costa, EB Costa, EB Carvalhal do agrupamento de escolas de Ermesinde e JI Lagar, JI Astromil, EB Vilela e EB Rebordosa do agrupamento de escolas de Baltar.

1.3 Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio de Clínica Geral Dentária realizou-se no Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte, mais precisamente na Clínica Universitária Filinto Baptista. Esta componente prática decorreu todas as quintas-feiras das 19:00h às 24:00h (5 horas semanais), tendo a duração total de 280 horas anuais com início a 15 de setembro de 2016 e término a 15 de junho de 2017. Foi supervisionado pela Professora Doutora Cristina e pela Professora Doutora Filomena Salazar.

Os atos clínicos efetuados durante este período encontram-se descritos na tabela 3.

Tabela 3: Atos Clínicos de ECGD

Atos Clínicos	Estágio em Clínica Geral Dentária	
	Operador	Assistente
Triagem/Consulta simples	5	2
Dentisteria	13	9
Endodontia	3	4
Destartarização	3	2
Exodontia	3	3
Outros		
Nº Total de atos	27	20
Nº Total de horas	280 horas	

2-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estágios são uma preparação bastante importante e enriquecedora para um futuro como profissional. Através das três componentes, clínica geral, saúde oral e comunitária e hospitalar, foi possível adquirir novas aprendizagens e alargar os conhecimentos a vários sectores de intervenção de um médico dentista, sendo desta forma, por intermédio dos estágios, possível consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos no plano de estudo do curso de Medicina Dentária.