



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JAQUELINE XAVIER MATOS

**CADERNETA DE SAÚDE BUCAL MATERNO-INFANTIL:
UMA PROPOSTA PARA ACOMPANHAMENTO
ODONTOLÓGICO E PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Palmas/TO
2021

JAQUELINE XAVIER MATOS

**CADERNETA DE SAÚDE BUCAL MATERNO-INFANTIL:
UMA PROPOSTA PARA ACOMPANHAMENTO
ODONTOLÓGICO E PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS). Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde e aprovada em sua forma final pela orientadora e pela Banca Examinadora.

Orientadora: Dra. Danielle Rosa Evangelista
Coorientadora: Dra. Juliana Bastoni da Silva

Palmas/TO
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- M433c Matos, Jaqueline Xavier .
Caderneta de Saúde Bucal Materno-infantil: uma proposta para acompanhamento odontológico e para educação em saúde. / Jaqueline Xavier Matos. – Palmas, TO, 2021.
144 f.
- Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Ciências da Saúde, 2021.
Orientadora : Danielle Rosa Evangelista
Coorientadora : Juliana Bastoni da Silva
1. Saúde Materno-infantil. 2. Educação em Saúde Bucal. 3. Registros de Saúde Pessoal. 4. Guia Informativo. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

JAQUELINE XAVIER MATOS

CADERNETA DE SAÚDE BUCAL MATERNO-INFANTIL: UMA PROPOSTA PARA ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO E PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde e aprovada em sua forma final pela orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 13/ 08 / 2021

Banca Examinadora

Profa. Dra. Danielle Rosa Evangelista. UFT.
Orientadora e Presidente da banca.

Profa. Dra. Poliana Guerino Marson. UFT.

Profa. Dra. Suellen Cristina Dias Emidio. UFT.

Palmas (TO), 2021

*Para toda a minha família e meus amigos-
família, que sempre estão ao meu lado,
torcendo pelos meus pequenos sucessos...
Ao meu maior incentivador, um recadinho:
“Paizinho, comemore aí nas estrelas!”*

*Não é sobre chegar no topo do mundo e saber
que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te
fortaleceu
É sobre ser abrigo e também ter morada em
outros corações
E assim ter amigos contigo em todas as
situações.*

(Ana Vilela)

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão...

À Dani, por ter desempenhado um papel muito além do "orientar"... pelo bom humor em meio ao caos, pelas figurinhas hilárias, por embarcar comigo nos "palnos" B, C, D... por me fazer enxergar, de uma maneira tão gentil, que "paixões" nos movem, mas nos cegam quando precisamos ser imparciais! Enfim, pelos ensinamentos preciosos durante todo esse período enriquecedor! Melhor escolha eu fiz, por essa "gêmea de aniversário"!

À Ju, por ser muito mais que a "profe que coorienta"... por ser a voz que direciona, pela paciência em meio às minhas dúvidas, pelo olhar cuidadoso no meu plano A (que ainda vai sair do papel!), por deixar de lado suas lutas e lutar um pouco comigo em todas as "viradas de percurso"! Melhor presente eu recebi, com seu suporte técnico-científico-amigo!

A todos os professores que tive contato durante dois anos de curso, que "cancelaram" totalmente as minhas dúvidas a respeito de um mestrado fora da Odonto! Vocês todos abriram ainda mais a "caixinha" da minha mente para o conteúdo Interdisciplinar, para os ensinamentos além das minhas expectativas e para um olhar mais "crítico"! À prof. Leila e prof. Joaquim, por fazerem parte do processo inicial de construção de um "projeto de pesquisadora", que continua buscando entender a metodologia das coisas! À profa. Poliana e profa. Suellen, pelo cuidado no olhar e enriquecedoras contribuições!

À toda turma 2019-2021, pela parceria nas aulas, nos trabalhos, pelo companheirismo e união nas "reinvindicações", pelos lanches e cafés presenciais (ainda bem que a pandemia não atrapalhou a nossa "diversão"! e pela empatia (tão rara) compartilhada nesse período!

À Alê, minha alma gêmea "loira"... vou registrar aqui o que eu já te disse: gratidão por sonhar meu sonho enquanto eu não tinha forças nem para dormir! Você nunca me deixou desistir e vivemos juntas uma linda utopia! Pink e Cérebro, sempre conquistando o mundo!

Como já dizia meu parça Ériko, ao "Dream Team" BBClin, por me ensinar que pessoas fazem verdadeiros "milagres" quando se juntam e lutam por um objetivo comum! Agradeço também por cederem material didático que foi base inspiradora para essa pesquisa, construído por todos com tanta dedicação, incluindo o folhetinho da Bianca. À toda família Valéria Martins, pelos cafés com pão quentinho, chás aquecedores de alma, lanches e comemorações comunitárias, conversas de copa e trabalho com diversão! Tanta gente me acolheu com muito carinho e proporcionou aprendizado de vida (ASBs e TSBs sempre parceiras, ACSs, gatinhas da recepção e dos baldes, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, pessoal do NASF, "chefes" gerentes e toda comunidade valeriana!

Às minhas amigas-irmãs de vida, pelas tardes, noites e finais de semana nos quais acolheram, cuidaram e alimentaram minhas crias e cumpriram tarefas que nem estavam no "script" (estudar junto para a semana de provas, ensinar a pedalar, consolar nas dores do coração e na saudade da mãe "sumida"...)! Camila, Cíntia, Cris, Dhieine, Domi, Isbella, Suianne... amo demais todas vocês! Vou precisar de várias vidas para agradecer tudo o que essa linda rede de apoio materno-infantil fez por mim, enquanto as aulas aconteciam (presencialmente!!!), deixando minha rotina "de pernas para o ar"! Ana, pelo incentivo e revisão do meu projeto antes da inscrição... e aos amigos que me ajudaram indiretamente, de perto ou de longe, me escutando/lendo quando surgiam as dúvidas, reclamações ou para dividir pequenas vitórias, e isso só me faz ser eternamente grata pelas amizades sinceras que permanecem na minha vida!

RESUMO

A pesquisa apresenta uma proposta de construção de uma caderneta de saúde bucal infantil para acompanhamento odontológico na puericultura e como instrumento educativo direcionado a gestantes e pais ou cuidadores de lactentes, envolvendo diversas informações odontológicas analisadas em documentos da literatura científica e transformadas em linguagem simples, tornando acessível a divulgação de conhecimento baseado em evidência. Sob o ponto de vista de sua natureza, pode ser considerada uma pesquisa aplicada, pelo objetivo de produzir material para ser utilizado na prática diária de trabalho. Pelo seu propósito, é definida como pesquisa metodológica, cujo foco foi a construção de um instrumento que proporciona conhecimento de assuntos específicos ao público-alvo, além de possibilitar registros de acompanhamento odontológico. A construção da caderneta aconteceu em etapas: na primeira, foram estabelecidos os assuntos que fariam parte da caderneta, com participação popular indireta, e elaboradas estratégias de busca para pesquisa bibliográfica nas interfaces de pesquisa Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde, Cochrane e Trip Database. Os artigos selecionados são recentes, dos últimos cinco anos, representados por revisões sistemáticas, com ou sem meta-análise, sínteses de evidências e complementados por guias para a prática clínica, por reunirem e analisarem um conhecimento atualizado, norteando protocolos e a oferta de conclusões cientificamente confiáveis. Na etapa seguinte, as informações baseadas em evidência científica foram adaptadas para uma linguagem simples, a fim de melhorar a compreensão do público destinatário do documento. Na sequência, foram selecionadas fotos em um banco de imagens pessoais, editadas e montadas na caderneta, adicionando os textos e campos para registro de acompanhamento odontológico do lactente. A caderneta de saúde bucal construída busca contribuir na vigilância odontológica, sendo uma potente ferramenta de apoio, ao facilitar o acompanhamento integral da saúde bucal materna, durante a gestação, e infantil, nos dois primeiros anos de vida. Além disso, é autoexplicativa, didática, de fácil leitura e interpretação, ilustrada e poderá ser utilizada por profissionais de saúde e pelo público em geral após etapas futuras de validação, contribuindo na disseminação de conhecimento para o autocuidado em saúde, tanto para gestantes como para cuidadores de recém-nascidos e lactentes.

Palavras-chaves: Promoção da Saúde. Saúde Materno-infantil. Educação em Saúde Bucal. Guia Informativo. Registros de Saúde Pessoal.

ABSTRACT

The research presents a proposal for the construction of a child oral health booklet for dental follow-up in childcare and as an educational tool aimed at pregnant women and parents or caregivers of infants, involving dental informations analyzed in scientific literature documents and transformed into simple language, making accessible to evidence-based knowledge dissemination. From the point of view of its nature, it can be considered an applied research, for the purpose of producing material to be used in daily work practice. For its purpose, it is defined as methodological research, whose focus was the construction of an instrument that provides knowledge of specific subjects to the target audience, in addition to enabling records of dental follow-up. The construction of the booklet took place in stages: in the first, the subjects that would be part of the booklet were established, with indirect popular participation, and search strategies were developed for bibliographic research in the Pubmed, Virtual Health Library, Cochrane and Trip Database search interfaces. The selected articles are recent, from the last five years, represented by systematic reviews, with or without meta-analysis, summaries of evidence and complemented by guides for clinical practice, for gathering and analyzing up-to-date knowledge, guiding protocols and offering conclusions scientifically reliable. In the next step, the information based on scientific evidence was adapted to simple language, in order to improve the understanding of the document's target audience. Next, photos were selected from a personal image bank, edited and mounted in the booklet, adding the texts and fields to record the infant's dental follow-up. The built oral health booklet seeks to contribute to dental surveillance, being a powerful support tool, by facilitating the comprehensive monitoring of maternal oral health during pregnancy, and infant, in the first two years of life. In addition, it is self-explanatory, didactic, easy to read and interpret, illustrated and can be used by health professionals and the general public after future validation steps, contributing to the dissemination of knowledge for self-care in health, both for pregnant women and for caregivers of newborns and infants.

Keywords: Health Promotion. Maternal and Child Health. Health Education, Dental. Resource Guide. Health Records, Personal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Caderneta da Criança: acompanhamento odontológico.....	18
Figura 2 – Caderneta da Criança: Informações Educativas.....	19
Figura 3 – Fluxograma do Programa BBClin.....	25
Figura 4 – Pirâmide de MBE revisada.....	28
Quadro 1 – Estratégias de busca por assunto.....	30
Quadro 2 – Informações sobre Aleitamento Materno.....	36
Quadro 3 – Informações sobre Anquiloglossia.....	38
Quadro 4 – Informações sobre Candidíase Bucal.....	40
Quadro 5 – Informações sobre a Cárie da Primeira Infância.....	41
Quadro 6 – Informações sobre a Doença de Mão, Pé e Boca.....	43
Quadro 7 – Informações sobre a Erupção Dentária.....	44
Quadro 8 – Informações sobre a Gengivoestomatite Herpética.....	45
Quadro 9 – Informações sobre a Higiene Bucal.....	45
Quadro 10 – Informações sobre a Introdução Alimentar.....	45
Quadro 11 – Informações sobre a Língua Geográfica.....	49
Quadro 12 – Informações sobre o Pré-Natal Odontológico.....	50
Quadro 13 – Informações sobre a Sucção de Chupeta.....	52
Quadro 14 – Informações sobre Traumatismo Dentário.....	54
Quadro 15 – Informações sobre o Uso do Flúor.....	55
Quadro 16 – Recomendações Gerais contidas nos Guidelines AAPD.....	56
Quadro 17 – Informações para construção da Caderneta.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantitativo de referências encontradas e selecionadas (x/y) por assunto.....	36
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
BBO	Bibliografia Brasileira de Odontologia
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CPI	Cárie da Primeira Infância
COVID-19	Coronavírus Disease
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DNC	Departamento Nacional da Criança
JICA	Japan International Cooperation Agency
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MCHH	Maternal and Child Health Handbook
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAHO – IRIS	Pan American Health Organization – Institutional Repository for Information Sharing
PPGCS	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins
WHOLIS	World Health Organization Library Information System

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Problema de Pesquisa.....	20
1.2 Justificativa	21
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 Concepção metodológica e tipo de estudo	24
3.2 Etapas de construção da caderneta.....	24
3.2.1 Definição do Público-alvo	25
3.2.2 Levantamento dos assuntos a constarem na caderneta.....	25
3.2.3 Pesquisa bibliográfica considerando a Medicina Baseada em Evidências (MBE) .	27
3.2.4 Critérios de inclusão e exclusão dos documentos científicos.....	28
3.2.5 Interfaces de busca.....	29
3.2.6 Descritores e estratégias de busca utilizados	30
3.2.7 Análise das publicações e fator limitador de busca.....	31
3.2.8 Síntese do conhecimento	33
3.2.9 Seleção e edição de ilustrações.....	34
3.2.10 Divisão das seções da caderneta	34
3.3 Aspectos éticos	35
4 RESULTADOS	36
4.1 Pesquisa Bibliográfica	36
4.2 Análise das publicações	37
4.3 Síntese do conhecimento	61
4.4 Divisão das seções da caderneta	74
4.4.1 Estabelecimento do Índice.....	74
4.4.2 Seção de acompanhamento.....	75
5 DISCUSSÃO	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE A	104
ANEXOS	133

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, até a década de 1920, crianças recebiam o mesmo tipo de acompanhamento em saúde que adultos, não sendo a infância entendida como uma etapa crucial do ciclo de vida. Um dos marcos brasileiros da história das políticas de saúde e assistência materno-infantis foi a criação, em 1940, do Departamento Nacional da Criança (DNC), durante o primeiro governo de Getúlio Vargas. As ações médicas se voltaram ao enfrentamento dos problemas da mortalidade infantil, do menor abandonado e da delinquência juvenil (LOPES & MAIO, 2018).

Puericultura deriva do termo latim “*puer*”, que significa criança, e seu objetivo é manter um acompanhamento de crescimento, desenvolvimento físico e motor, linguagem, afetividade e aprendizagem cognitiva infantil, almejando uma vida adulta com menos influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Com o acompanhamento na puericultura, problemas diversos podem ser detectados e manejados precocemente, por meio de orientações antecipatórias às famílias e de um cuidado interprofissional eficaz (ARAUJO *et al.*, 2018).

A puericultura não é composta por verdades científicas universais e infalíveis, mas por protocolos estabelecidos em diferentes momentos históricos, em populações cultural e economicamente distintas, envolvendo diversos interesses (BONILHA & RIVORÊDO, 2005). Além disso, para que ações com objetivo de promover o desenvolvimento infantil tenham sucesso, é necessário o envolvimento da família, da comunidade, dos profissionais de saúde e gestores, modificando as condições de vida, controlando fatores sociais e ambientais, hábitos e estilos de vida, por meio de políticas públicas e estímulos a atitudes saudáveis das pessoas (ARAUJO *et al.*, 2018).

Seguindo esse raciocínio, na concepção dos médicos que estavam à frente do DNC na década de 1940, o puericultor deveria atuar em todas as etapas do desenvolvimento infantil, realizando exames pré-nupciais, acompanhando a gestação, o parto e o recém-nascido, difundindo conceitos básicos de cuidado, higiene e alimentação para gestantes e mães. Programas de puericultura pelo país deveriam proporcionar ainda a assistência social, fornecendo alimentação, vestimenta e abrigo para crianças pobres e modificando práticas consideradas prejudiciais e ultrapassadas. A defesa da “alimentação racional” de gestantes, recém-nascidos e lactentes e o lema “manter sadia a criança sadia” tornaram-se a base para resoluções futuras no acompanhamento materno-infantil (LOPES & MAIO, 2018).

Essa tendência observada na década de 1940 se espelhava em países desenvolvidos como o Japão, por exemplo, que buscavam estratégias para diminuir a taxa de mortalidade infantil, inspirando o desenvolvimento de programas semelhantes em outros países (TAKEUCHI, SAKAGAMI & PEREZ, 2016).

No Japão, essa queda nas taxas de mortalidade, tanto materna como infantil, foi possível pela instituição durante a Segunda Guerra Mundial, em 1942, de duas ferramentas importantes, com prestação de serviços integrados: a utilização de um manual para gestantes e mães que amamentavam e o cadastro de gestantes pelo governo, que passavam a ter acesso a serviços médicos gratuitos (pré-natal, assistência ao parto, cuidados pós-natais, imunizações) e auxílio financeiro para obter arroz, açúcar e roupas, independentemente de situação financeira, nacionalidade e localização. Após a guerra, o manual foi revisado para incluir mais registros e informações de saúde infantil e, em 1965, foi renomeado para *Maternal and Child Health Handbook* (MCHH), Manual de Saúde materno-infantil, fornecido para cada bebê (ao invés de para cada mãe, mas ainda durante o período gestacional), utilizado até os dias atuais, para que os usuários possam obter informações de saúde e os profissionais consigam registrar dados de acompanhamento em saúde (AKASHI *et al.*, 2018).

O manual japonês inclui, atualmente, uma sessão de identificação, com dados dos pais (nome e endereço), certidão de nascimento, uma segunda parte com dados da gestação, incluindo condição prévia de saúde, registros de atendimento pré-natal, aulas de maternidade, informações sobre alimentação e cuidados durante o período gestacional, uma sessão para dados do parto, cuidados e atendimento pós-natal, além da saúde e desenvolvimento infantil com check-ups, do nascimento até 6 anos, imunização e curvas de crescimento. Essa padronização ajuda a evitar confusão entre prestadores de cuidados de saúde e mães, a fragmentação de registros em diferentes instrumentos e a duplicação de dados pelo uso de diferentes registros domiciliares em manuais não padronizados (AKASHI *et al.*, 2018).

A utilização desse manual busca promover a corresponsabilização das pessoas, no sentido de estimular o autoaprendizado e proporcionar a oportunidade de a própria família registrar dados da saúde da gestante, do recém-nascido e da criança durante todo o seu crescimento e desenvolvimento, além de guiar os profissionais na padronização de serviços a serem prestados, facilitando o monitoramento em saúde e auxiliando no estabelecimento de vínculo com as famílias (OSAKI & AIGA, 2016).

A pesagem e o mapeamento em forma de gráfico de peso por idade foram propostos e iniciados na África Ocidental, em 1959, por David Morley, Professor Emérito de Saúde Tropical Infantil, na Universidade de Londres. Um calendário iniciado pelo mês de

nascimento da criança, acompanhava longitudinalmente o peso, com intuito de diagnosticar comprometimento nutricional antes que este se tornasse clinicamente evidente, possibilitando intervenções precoces (MORLEY e ELMORE-MEEGAN, 2000).

Essa anotação do peso no calendário foi desenvolvida de maneira simples, com cartão fixado junto à balança, para ser preenchido até mesmo pelo cuidador da criança acompanhada, devido à escassez de profissionais na área da saúde naquela época. A marcação era mensal, até os cinco anos, e esse sistema de calendário ficava com a família, estimulando o autocuidado e a corresponsabilização pela saúde infantil. O cartão poderia conter eventos importantes relacionados à saúde infantil, como desmame, doenças mais graves, nascimento de outro irmão, além da avaliação das imunizações, dando início à uma tendência mundial para registros de saúde mantidos por pacientes (MORLEY e ELMORE-MEEGAN, 2000).

Apesar desse estímulo ao cuidado infantil estar em alta em âmbito mundial, o Brasil vivenciava, em meados da década de 1960, um contexto político que envolvia o regime militar, com pouca atenção à saúde pública e saneamento básico, ocorrendo apenas a expansão de serviços médicos no setor privado. Após um período de pouco mais de duas décadas de pressão popular e conferências voltadas a reformas nas políticas públicas de saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), pela lei nº 8080 de 19/09/1990, proporcionando ações e serviços em saúde para todos os brasileiros (OLIVEIRA, 2012).

Além de cuidados assistenciais, o SUS proporciona atenção integral à saúde em todos os ciclos de vida, incentivando a prevenção de doenças. O Ministério da Saúde (MS) brasileiro passou a priorizar cinco ações básicas de saúde nos ciclos iniciais (gestação e infância): promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas. Após 1996, o foco passou a ser a organização da Atenção Básica nos municípios, definindo os programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, resgatando o vínculo de corresponsabilidade entre os serviços (prevenção e tratamento de doenças) e a população (valorização da comunidade na melhoria das condições de saúde e de vida). Seguindo as propostas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e de Controle de doenças preveníveis por Imunização, foi lançado o Cartão da Criança, no qual os Agentes Comunitários de Saúde registravam o peso infantil em visitas domiciliares (BRASIL, 2002).

Além disso, o referido cartão continha informações relativas ao parto e primeiros dias de vida do recém-nascido, gráficos da curva de crescimento, marcos do desenvolvimento da criança, orientações de cuidados gerais e o esquema de vacinação, permitindo aos

profissionais estabelecerem uma conversa com a família a respeito do desenvolvimento infantil, estimulando sua participação no processo (BRASIL, 2002).

O Cartão da Criança foi revisado e, pela portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005, ficou instituída a “Caderneta de Saúde da Criança”, disponibilizada gratuitamente nas maternidades públicas ou privadas, com seu preenchimento iniciando antes da alta hospitalar (BRASIL, 2005a). O objetivo da caderneta era promover a vigilância à saúde integral e representar estratégia para redução da morbimortalidade infantil. Muitas informações educativas para promover saúde e prevenir agravos e acidentes domésticos foram incluídas, além de campos para anotação de avaliações e consultas profissionais (saúde geral, oftalmológica, auditiva) e breve atenção à saúde bucal (BRASIL, 2005b).

A caderneta de saúde passou por reformulação no ano de 2007, com novas curvas de crescimento desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), acompanhamento até dez anos e informações educativas adicionais sobre saúde ocular e auditiva, promoção da alimentação saudável, prevenção de acidentes e algumas poucas orientações em saúde bucal. Em 2009, houve acréscimo do índice massa corporal e acompanhamento de condições especiais, como autismo e síndrome de Down (ANDRADE, REZENDE & MADEIRA, 2014).

Nesse sentido da evolução da promoção de saúde cada vez mais precoce, o contexto mundial no ano de 2010 envolveu o conceito da importância dos “Primeiros mil dias”, lançado em uma conferência internacional nos Estados Unidos sobre desnutrição infantil global (DARLING *et al.*, 2020).

Esse conceito inspirou melhorias em programas de proteção da saúde materno-infantil em diversos países, baseadas nos seguintes princípios: universalismo proporcional (serviços para todos, direcionados de acordo com a necessidade); prevenção e intervenção precoce (com financiamento seguro e de longo prazo adequado); parcerias com a comunidade; suporte às necessidades de grupos marginalizados; maior integração e melhor funcionamento entre serviços de saúde diversos; condutas baseadas em evidências. As metas propunham a redução da mortalidade infantil e experiências adversas da infância; melhorar as condições que capacitam um pré-escolar a estar pronto para frequentar a escola; redução da pobreza e desigualdade social (DARLING *et al.*, 2020).

Os “Primeiros mil dias” de vida de uma pessoa compreendem desde o momento da concepção até os dois anos de idade do lactente, sendo 270 dias da gestação, mais 365 dias do primeiro ano de vida, somados aos 365 dias do segundo ano de vida. O conceito defende que é no começo da vida, em que cada célula do corpo está sendo formada e programada, que se

Figura 2 – Caderneta da Criança: Informações Educativas



Fonte: Caderneta da Criança do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Essas poucas informações odontológicas não são suficientes para evitar doenças bucais precocemente, especialmente a Cárie da Primeira Infância (CPI), que pode iniciar nos dois primeiros anos de vida. A CPI é uma doença dinâmica multifatorial, sendo o consumo de açúcar o fator determinante, além de sofrer influência de fatores biológicos, comportamentais e psicossociais e ser mediada pelo acúmulo de resíduos alimentares. A CPI compartilha fatores de risco comuns a outras doenças crônicas e não transmissíveis que se associam ao consumo excessivo de açúcar, como doença cardiovascular, diabetes e obesidade (PITTS *et al.*, 2019).

A CPI é considerada um problema de saúde pública, por ser uma das condições crônicas mais prevalentes da infância. Sua evolução resulta em dor, enfraquecimento na função oral e física, impactando negativo na taxa de crescimento e desenvolvimento da criança, diminuindo assim a qualidade de vida, influenciando inclusive na vida da família e da comunidade (RAI & TIWARI, 2018).

Considerando a promoção de saúde de maneira precoce, o aconselhamento de mulheres grávidas, mães ou outros cuidadores com crianças com até um ano de idade sobre dieta e alimentação pode promover a redução do risco de CPI (RIGGS *et al.*, 2019).

Portanto, é essencial incorporar a educação em saúde bucal e atendimento odontológico no cuidado materno-infantil, por meio de material educativo, serviços e programas de educação que envolvam tanto a gestante como seu bebê (TSANG *et al.*, 2019).

A Educação em Saúde difunde informações científicas de maneira simples, procurando atingir o dia a dia das pessoas, considerando que conhecer os fatores que condicionam o processo saúde-doença é importante na decisão de modificar hábitos, atitudes e condutas. Instrumentos escritos podem ter influência positiva nesse processo educativo, servindo de apoio para as orientações verbalizadas (MOURA *et al.*, 2019).

Além de manuais governamentais, muitos materiais educativos são criados, validados e distribuídos envolvendo áreas diversas da saúde, como: jornalzinho educativo-informativo para cuidadores de crianças com hidrocefalia, livreto sobre centro cirúrgico e cuidados pré-operatórios em cirurgias infantis e mais recentemente, gibis como o “Dona Ciência” orientando crianças a respeito de aspectos diversos da *Coronavírus Disease* COVID-19, virose causada pelo Sars-coV-2, como a importância da vacinação (TAVARES, 2018; SILVA *et al.* 2018; VASQUES, SILVA & AVILA, 2020).

1.1 Problema de Pesquisa

Os primeiros mil dias de vida de um indivíduo, que compreendem desde o início da gestação até os dois anos de idade, são essenciais em termos de afeto, desenvolvimento dos sistemas nervoso e imunológico, formação do paladar, estímulos do “brincar”, entre outros aspectos. Sendo assim, é importante que tanto a gestante como um cuidador de criança nessa fase sejam acompanhados e recebam informações diversificadas relacionadas à saúde, favorecendo melhores condições de crescimento e desenvolvimento.

Nesse contexto, gestantes, recém-nascidos e lactentes estão presentes em consultórios privados ou procuram atendimentos em serviço público na busca de acompanhamento médico, na maioria das vezes. Considerando a manutenção da saúde inserida em um contexto integralizado, a Odontologia deveria estar presente nesses ciclos iniciais de vida, atuando principalmente na educação popular em saúde e estabelecendo vínculos.

Apesar disso, em pleno século XXI, a figura do cirurgião dentista ainda é vista em muitas comunidades com o estigma da “tortura”, da dor, do “só vou lá quando tenho um problema”, desconsiderando a importância do acompanhamento odontológico preventivo para gestantes, puérperas e lactentes.

Como valorizar então o acompanhamento odontológico precoce para gestante e cuidadores de lactentes, estimulando simultaneamente a promoção de saúde bucal baseada em orientações que antecipem o surgimento de fatores de risco a doenças bucais, podendo repercutir na saúde geral?

1.2 Justificativa

A abordagem de assuntos diversos envolvendo orientações relacionadas ao pré-natal odontológico, à primeira visita odontopediátrica do recém-nascido ou lactente, ao aleitamento materno, aos aspectos bucais do recém-nascido (alterações não patológicas como a língua geográfica, os cistos da lâmina dentária, dentes natais e patológicas, como candidíase, síndrome da mão, pé e boca, cárie), a hábitos de sucção não nutritiva (digital, de chupeta ou mamadeira), à introdução alimentar (dicas com foco na odontologia), à erupção dentária (sintomatologia) e importância dos dentes decíduos, à higiene bucal e condutas frente aos traumatismos craniofaciais, revisados na literatura e transcritos de forma simples, em linguagem não científica, se faz importante nesse contexto de estímulo à promoção de saúde bucal.

Além disso, na lógica do suporte de promoção integral de saúde nos primeiros mil dias de vida, observa-se um acompanhamento odontológico insuficiente para promover, de fato, saúde bucal, tanto para gestante como para recém-nascidos (durante os primeiros 28 dias após o nascimento) e lactentes (criança entre um e 23 meses de idade).

Após busca na literatura, constatou-se a inexistência de um instrumento de acompanhamento e monitoramento da saúde bucal, que pudesse ser utilizado desde a gestação, passando pelo período pós-parto e continuando até o segundo ano de vida da criança, disponibilizando campos para registro profissional em consultas e que contivesse informações educativas conforme já descrito.

Com o intuito de preencher essas lacunas, foi sugerida a construção de uma caderneta de saúde bucal educativa, contendo espaços adequados para registrar consultas de acompanhamento odontológico, fortalecendo o vínculo entre o cirurgião dentista e o público ao qual o instrumento será destinado, estabelecendo assim uma mudança no paradigma cultural envolvendo a promoção de saúde bucal.

O esperado é que esse estímulo às consultas para orientações durante o pré-natal odontológico e o atendimento odontológico do lactente influenciem a cultura do autocuidado apoiado e acompanhamento preventivo contínuo.

A caderneta contém informações baseadas em evidência e transcritas em linguagem simples, além de representar um instrumento de vigilância, facilitando o acompanhamento integral da saúde bucal infantil. A sua adequada utilização pelos profissionais de saúde possibilitará maior valorização e apropriação do instrumento pela família, que conhecerá informações científicas de forma didática, além de favorecer a adesão e corresponsabilização pelas ações de vigilância da saúde dos seus filhos.

Dentro desse contexto, justifica-se a proposta de elaboração de um documento odontológico nos moldes da Caderneta da Criança do MS brasileiro, para estimular e auxiliar o cirurgião dentista a ofertar um cuidado em saúde bucal aos ciclos iniciais de vida, com procedimentos de baixa complexidade, baseados na educação popular em saúde, em conformidade com os esforços globais estimulados pela OMS para o cuidado centrado nas pessoas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construir uma caderneta odontológica para acompanhamento da saúde bucal materno-infantil e para disponibilizar informações educativas.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Elaborar a caderneta com informações baseadas em evidência científica e voltadas à educação em saúde bucal materno-infantil;

2.2.2 Indicar um padrão de acompanhamento da saúde bucal materno-infantil.

3 METODOLOGIA

3.1 Concepção metodológica e tipo de estudo

Método científico é uma “expressão lógica do raciocínio” inventada pelos homens para formular argumentos que informem e descrevam um fato, possibilitando sua compreensão de maneira adequada. Para descobrir e interpretar fatos que se inserem em uma determinada realidade, são utilizados procedimentos científicos sistemáticos, resultando na pesquisa científica (GERHARDT & SILVEIRA, 2009).

Quanto à sua natureza, a pesquisa pode ser classificada em básica, quando gera novos conhecimentos, mas sem aplicação prevista ou aplicada, quando procura solucionar problemas específicos, gerando conhecimento para aplicação prática (GERHARDT & SILVEIRA, 2009).

De acordo com seu propósito, a pesquisa pode ser desenvolvida com métodos mistos, sendo que os estudos metodológicos envolvem o desenvolvimento, a validação e a avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, de maneira não experimental e centrados na construção de novos instrumentos (POLIT & BECK, 2011).

Sendo assim, o presente trabalho pode ser considerado, sob o ponto de vista de sua natureza, uma pesquisa aplicada, pois seu objetivo foi produzir material para ser utilizado na prática diária de trabalho, proporcionando conhecimento ao público-alvo, além de possibilitar registros profissionais. Pelo seu propósito, é considerada pesquisa metodológica, cujo foco foi a construção de um instrumento para acompanhamento odontológico e educação em saúde.

Materiais didáticos atualizados, direcionados tanto a profissionais quanto ao público em geral, baseados em evidência, disseminam importante conhecimento para promoção de saúde e prevenção a doenças, garantindo o direito de acesso à informação. Entretanto, controvérsias sobre o uso desses materiais pelo usuário a que se destina e o suporte do profissional de saúde na utilização e no preenchimento de instrumentos como a Caderneta da Criança são divulgadas (WHO, 2018).

Apesar desses fatores terem sido considerados na elaboração da proposta da pesquisa, a construção de material autoexplicativo e em linguagem apropriada ainda é conduta relevante para disseminar informações que possam dar suporte à promoção em saúde bucal materno-infantil. O processo construtivo ocorreu em etapas, descritas na sequência.

3.2 Etapas de construção da caderneta

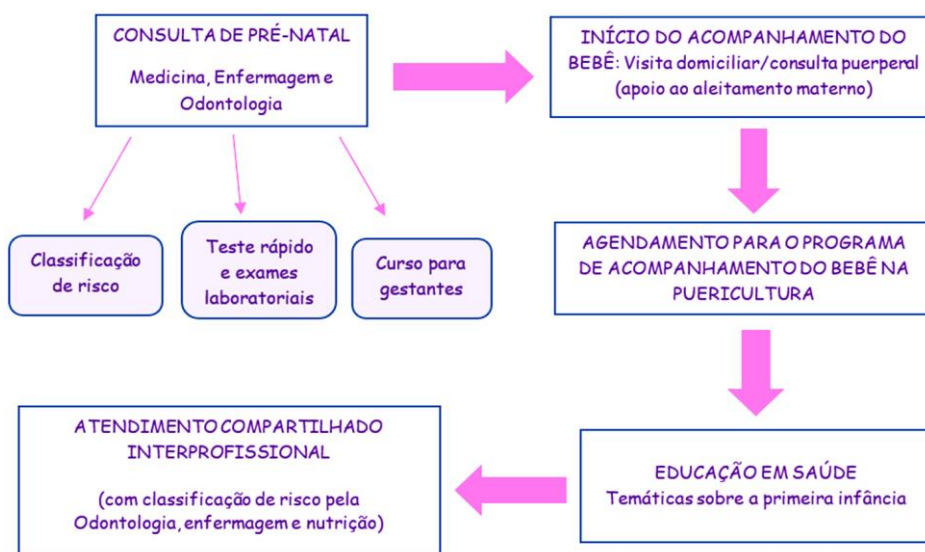
3.2.1 Definição do Público-alvo

O instrumento se destina a gestantes, durante consulta de pré-natal odontológico, para reforçar as orientações disponibilizadas em conversa informal, além de estreitar o vínculo entre o profissional odontólogo e esse público que ainda nos dias atuais evita a consulta odontológica. Quando a consulta de pré-natal odontológico não for realizada, a caderneta será direcionada a cuidadores de recém-nascidos e lactentes na primeira consulta, a fim de estabelecer uma rotina de visitas e orientar condutas e ações para promover saúde.

3.2.2 Levantamento dos assuntos a constarem na caderneta

Para estabelecer os assuntos que fariam parte da caderneta educativa, foram utilizados quatro folhetos educativos (anexos A, B, C, D) construídos entre 2015 e 2019 pela equipe de um programa chamado BBClin. O programa foi estratégia de uma unidade básica de saúde em Palmas (TO), região Norte do Brasil, para promover o cuidado materno-infantil por meio do acompanhamento da mulher, na fase gestacional e no puerpério, assim como do lactente durante seu crescimento e desenvolvimento nos primeiros mil dias de vida (do nascimento aos dois anos de idade), com atenção integral à saúde e incentivo à aquisição de hábitos saudáveis por toda família, envolvendo a participação de toda a equipe de saúde, além de residentes multiprofissionais de programas formativos e especialistas do Núcleo de Apoio ao Saúde da família (MATOS *et al.*, 2020).

Figura 3 – Fluxograma do Programa BBClin



Fonte: produção do próprio autor.

Os folhetos do programa BBClin serviram como instrumento-base para a construção da caderneta por terem sido produzidos pela pesquisadora do presente trabalho, em conjunto com a idealizadora do programa e outros profissionais atuantes, com assuntos definidos a partir de oficinas realizadas com os usuários do serviço, que apontavam suas dúvidas ou curiosidades em diversas áreas da saúde materno-infantil.

Após as oficinas iniciais em cada ano, a própria população relatava suas dúvidas, sugerindo os temas das rodas de conversa do ano corrente.

Nessa oportunidade, eram entregues os folhetos, que continham a explicação do tema do dia em linguagem simples, facilitando a comunicação e reforçando por escrito a troca de conhecimento que havia ocorrido de maneira verbal. A participação popular na construção de material educativo é essencial, pois a necessidade da própria comunidade é que direciona o planejamento de instrumentos a serem utilizados nos serviços promotores de saúde.

Na época da construção do material educativo do programa, foi realizada pesquisa documental em duas fontes distintas: material educativo e manuais desenvolvidos tanto pelo MS, como por meio de entidades municipais e/ou estaduais voltadas à saúde e educação, além de acesso em um perfil da rede social Instagram¹, criado em novembro de 2016, ativo nos dias atuais, que possui o objetivo de proporcionar às famílias orientação em saúde bucal baseada em evidências por meio de publicações online, com textos de fácil compreensão.

A partir das informações contidas nos folhetos criados pelo programa BBClin, cedidos pelos profissionais envolvidos na sua construção, além das principais dúvidas que eram levantadas nas rodas de conversa e momentos de educação popular em saúde pelos próprios usuários do programa, foram elencados temas considerados de grande relevância para orientação de gestantes e cuidadores de recém-nascidos e lactentes, com foco na puericultura odontológica.

Entre esses temas, subdivididos em assuntos, estão: o Pré-Natal Odontológico; o aleitamento materno com foco na odontologia e sua influência nos dentes; a introdução alimentação; a Puericultura Odontológica (primeira visita ao dentista, aconselhamento em saúde bucal para se ter boa saúde corporal, desenvolvimento da dentição, nascimento dos dentinhos de leite, hábitos de sugar: chupeta, mamadeira, sucção de dedo); alterações comuns na boca do bebê (língua presa, língua geográfica, nódulos e cistos de formação, hematoma e

¹ <https://www.instagram.com/odontopediatria.brasil/>

cisto de erupção, dente natal, mucocele); doenças (Cárie da primeira infância, Doença da mão, pé e boca, Estomatite, Candidíase); higiene da boca (escovação, uso de pasta de dente com flúor e fio dental); trauma na dentição de leite.

3.2.3 Pesquisa bibliográfica considerando a Medicina Baseada em Evidências (MBE)

Os procedimentos técnicos utilizados para a construção da caderneta se basearam em pesquisa bibliográfica, realizada nos meses de janeiro a março de 2021, relacionada aos assuntos estabelecidos, envolvendo a saúde odontológica materno-infantil, na busca de evidências científicas atuais, dos últimos cinco anos, para servir de base de informação a ser disponibilizada.

A MBE tem como seu primeiro e mais antigo princípio a hierarquia de evidências, considerando que elas não são iguais. Na década de 1990, profissionais de saúde começaram a avaliar e aplicar evidências à sua prática clínica, utilizando habilidades básicas de epidemiologia. Pesquisas passaram a ser publicadas e várias versões de uma pirâmide hierarquizada de evidências foram descritas, mostrando projetos de estudo mais “fracos” na parte inferior (ciência básica e série de casos), seguidos por estudos de caso-controle e coorte no meio; passando a ensaios clínicos randomizados e, no topo, revisões sistemáticas e meta-análises (MURAD *et al.*, 2016).

Considerando riscos de viés e limitações metodológicas dos estudos, que podem afetar a qualidade das evidências, foi proposta em 2016 uma nova análise de hierarquia por Murad & colaboradores, colocando as revisões sistemáticas e meta-análises fora da pirâmide, funcionando como uma lente na qual as evidências primárias são “vistas”, avaliadas e aplicadas e não como a certeza de uma resposta definitiva para uma dúvida clínica.

Além disso, linhas onduladas entre os tipos de estudo caracterizam a amplitude de interpretação no sistema GRADE (que classifica a evidência em quatro níveis: alto, moderado, baixo e muito baixo), baseada em vários domínios da qualidade de evidência. A nova concepção considera que os níveis de evidências científica não possuem uma hierarquia estática entre si, tendo influência direta da qualidade do desenho experimental de cada estudo. Assim, um estudo bem conduzido classificado como “evidência baixa” pode encontrar uma certeza de evidência maior do que outro classificado como “evidência moderada”, mas que contenha falhas metodológicas (MURAD *et al.*, 2016).

Figura 4 – Pirâmide de MBE revisada



Fonte: MURAD *et al.* (2016)

A MBE proporciona integração entre as melhores evidências das pesquisas científicas com a experiência clínica e as crenças dos pacientes, envolvendo um processo de aprendizagem contínuo, pois a oferta do cuidado pelo profissional de saúde gera a necessidade de se ter o conhecimento adequado para a prática clínica. Esse conhecimento, por sua vez, está em constante mudança e uma conduta que era indicada como a melhor hoje pode não ser mais adequada após nova pesquisa (AKOBENG, 2005).

Por esse motivo, optou-se pela seleção de artigos recentes, representados por revisões sistemáticas, com ou sem meta-análise, sínteses de evidências e complementados por guias para a prática clínica, por reunirem e analisarem um conhecimento atualizado sobre cada assunto, sintetizando outros tipos de artigos, norteando protocolos e a oferta de conclusões cientificamente confiáveis.

3.2.4 Critérios de inclusão e exclusão dos documentos científicos

- a) Inclusão: artigos de acesso gratuito, publicados nos últimos cinco anos, em português, inglês ou espanhol.

No portal da BVS, foram marcados no filtro “tipo de estudo” as revisões sistemáticas e sínteses de evidência. Na interface *PubMed*, foram selecionadas as meta-análises e revisões sistemáticas. Já no sistema *Trip*, foram selecionados os *Guidelines* (com sinalização de alto nível na pirâmide de evidências).

- b) Exclusão: arquivos sem texto completo.

3.2.5 Interfaces de busca

Para reunir evidência científica em assuntos relacionados à saúde odontológica materno-infantil, possibilitando a construção da caderneta baseada em evidência, foram escolhidas como fontes de busca a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a biblioteca *Cochrane*, a interface *PubMed* e o *Trip Database*.

Como definição do próprio site, a BVS é uma plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para gerir informações e conhecimento em saúde, estabelecida em 1998. O Portal Regional da BVS integra fontes de informação em saúde, ampliando o acesso à informação técnico-científica em saúde, na América Latina e Caribe, e foi desenvolvido pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, mais conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Como o conhecimento científico é global, mas sua aplicação é local, optou-se por essa plataforma pois abrange bases de dados latino-americanas como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), MedCarib (Literatura do Caribe em Ciências da Saúde), PAHO – IRIS (*Pan American Health Organization – Institutional Repository for Information Sharing*), WHOLIS (publicações da *World Health Organization*), BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), entre outras, além de recursos educacionais abertos, sites de internet e eventos científicos, com índice atualizado semanalmente. A pesquisa na BVS pode ser realizada em três idiomas (inglês, português e espanhol), a partir de um componente integrador criado pela BIREME chamado Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

A Biblioteca *Cochrane* é uma organização britânica e possui bancos de dados que contêm diferentes tipos de evidências, de alta qualidade, que norteiam decisões em áreas variadas da saúde. As revisões sistemáticas *Cochrane* são avaliadas por pares, supervisionadas por um grupo de revisores *Cochrane* (equipe editorial), de acordo com dois manuais norteadores: o *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* e o *Cochrane Handbook for Diagnostic Test Accuracy Reviews*. Como o objetivo principal do levantamento bibliográfico da pesquisa era a busca de evidência de qualidade, essa biblioteca foi escolhida para a pesquisa.

O *PubMed* é um recurso gratuito de recuperação da literatura biomédica e em ciências biológicas, disponível ao público online desde 1996, desenvolvido e mantido pelo Centro Nacional de Informações sobre Biotecnologia, da Biblioteca Nacional de Medicina

americana, localizada no Instituto de Saúde americano. Os descritores pesquisados precisam ser na língua inglesa e, apesar do maior componente de indexação ser a base de dados MEDLINE, assim como a BVS, o mecanismo de busca não é igual e pode ser complementar, proporcionando referências diferentes. Portanto, essa interface foi escolhida a fim de complementar os resultados da pesquisa nos demais recursos citados anteriormente.

Já o *Trip Database*, de acordo com informações do próprio site, é um mecanismo britânico de pesquisa clínica, que foi lançado em 1997 e projetado para permitir a busca e o uso de conteúdo baseado em evidências de forma rápida e fácil, apoiando a prática clínica e/ou tratamento em áreas diversas da saúde. Além de evidências de pesquisa, também podem ser encontrados outros tipos de conteúdo, incluindo imagens, vídeos, folhetos com informações para pacientes, cursos educacionais e notícias. Os filtros facilitam a localização do conteúdo, que separam revisões sistemáticas, guias e manuais, pesquisa clínica, etc. Além disso, esses filtros permitem refinar a busca por data e cada referência encontrada apresenta sua classificação definida na pirâmide de evidência. Por essas características se ajustarem aos objetivos da pesquisa e devido à necessidade de serem obtidos guias e manuais baseados em evidência, em assuntos não encontrados nas outras interfaces, esse mecanismo de busca foi escolhido.

3.2.6 Descritores e estratégias de busca utilizados

De acordo com informação no próprio site, DeCS são vocabulários controlados e estruturados em quatro idiomas (inglês, português, espanhol e francês), usados na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, facilitando a recuperação de assuntos da literatura científica em bases de dados.

A partir dos 18 assuntos estabelecidos, foram pesquisados descritores, suas definições e seus termos alternativos no DeCS. Após essa fase, foram formuladas estratégias de busca, considerando o objetivo da presença de cada assunto na caderneta (como, por exemplo, qual o papel do aleitamento materno na oclusão infantil?).

O booleano AND foi utilizado para restringir a busca dentro do objetivo de cada assunto e o booleano OR, por outro lado, teve como intuito ampliar a recuperação de trabalhos que utilizaram descritores alternativos e não necessariamente o principal (busca por sinônimos).

O uso das aspas especificou principalmente a busca por meio descritores compostos e os parênteses foram utilizados para delimitar operações, testados em várias conformações.

As estratégias finais foram estabelecidas conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégias de busca por assunto

Assunto	Estratégias de Busca (BVS, PubMed e Cochrane)
Aleitamento Materno	“Breastfeeding” AND “Malocclusion”
Anquiloglossia	(“Ankyloglossia” OR “Tongue Tie”) AND (“Neonate” OR “Newborn Infant” OR “Breastfeeding”)
Candidíase Bucal	(“Candida Albicans” OR “Candidiasis, Oral” OR “Moniliasis, Oral”) AND (“Child” OR “Neonate” OR “Infant”)
Cárie da Primeira Infância	“Early Childhood Caries” OR “Dental Decay” OR “Caries, Dental” AND “Risk Factors” OR “Susceptibility, Dental Caries”
Doença de Mão, Pé e Boca	“Hand, Foot and Mouth Disease” AND (“Risk Factors” OR “Outbreaks”)
Erupção Dentária	“Tooth Eruption” AND “Fever”
Gengivostomatite Herpética <i>*PubMed: utiliza NOT BVS utiliza AND NOT</i>	(“Herpetic Stomatitides” OR “Herpetic Stomatitis” OR “Stomatitides, Herpetic” OR “Herpes Simplex, Oral” OR “Oral Herpes Simplex” OR “Simplex, Oral Herpes” OR “Gingivostomatitis, Herpetic” OR “Gingivostomatitides, Herpetic” OR “Herpetic Gingivostomatitides” OR “Herpetic Gingivostomatitis” OR “Primary Herpetic Gingivostomatitis”) NOT “Herpes Genitalis”
Higiene Bucal	(“Infant” OR “Neonate”) AND (“Home Care Dental Devices” OR “oral health” OR “toothbrushing”)
Introdução Alimentar <i>*PubMed: utiliza NOT BVS utiliza AND NOT</i>	(“Complementary Feeding” OR “Mixed Feeding”) AND (“Eating Behavior” OR “Masticatory Muscle”) AND “Infants” NOT (“Food Allergy” OR “Adults”)
Língua Geográfica	“Benign Migratory Glossitis”
Pré-Natal Odontológico	“Pregnant Women” AND (“Dental Care” OR “Oral Health”)
Sucção de chupeta	“Pacifiers” AND “Malocclusion”
Traumatismo	(Primary Dentition) AND (Teeth Injuries)
Uso do Flúor	“Fluorides” AND “Toothpastes”
Assunto	Estratégia de Busca TRIP (Guidelines)
Dente Natal	“Natal Teeth”
Primeira Visita Odontológica	“Early Dental Visit”
Recomendações Gerais	“Infant Oral Health Care”
Sucção Digital	“Sucking Habits”

Fonte: produção do próprio autor.

3.2.7 Análise das publicações e fator limitador de busca

A busca por cada assunto, após a pesquisa com a respectiva estratégia, selecionou artigos que passaram por leitura crítica. Revisões que não acrescentariam informações relevantes ao assunto ou que tivessem conclusões específicas para comunidades asiáticas ou africanas foram descartadas. Os artigos duplicados entre as interfaces BVS e *PubMed* foram recorrentes e eliminados após seleção; porém, optou-se por manter a pesquisa nas duas fontes,

pois em dois assuntos de suma importância na Odontologia (Pré-Natal Odontológico e Cárie da Primeira Infância), foram obtidos resultados diversificados.

Para quatro assuntos (sucção digital, época da primeira consulta odontológica, dentes natais e outras alterações bucais não patológicas do recém-nascido e orientações gerais relativas a assuntos variados não contempladas anteriormente), não foram encontradas referências nas interfaces *PubMed* e *BVS*, utilizando estratégias de busca variadas. Nesses casos citados, as estratégias foram repetidas no sistema *Trip*, em busca de *Guidelines* baseados em evidência.

Mesmo nesse sistema alternativo, a estratégia estabelecida a partir de descritores oficiais foi um fator limitador de busca.

Para sucção digital, o descritor “Fingersucking” e seus termos alternativos “Finger Sucking”; “Sucking, Finger”; “Sucking, Thumb”; “Thumb Sucking” e “Thumbsucking” foram testados separados, associados e em conjunto com os descritores “Infant”, “Child” e “Malocclusion”, não obtendo resultados nos critérios estabelecidos para *BVS*, *PubMed* e *Cochrane*, ou gerando duplicidade com artigos relacionados ao uso da chupeta. Para o sistema *Trip*, pelo fato dos descritores oficiais não encontrarem resultados, optou-se, portanto, pelo termo “Sucking Habits” e selecionando, após leitura, o guia que citava especificamente o hábito de sucção digital, tão comum entre crianças até dois anos e gerador de dúvidas entre seus cuidadores.

Para a época da primeira consulta odontológica, outro assunto polêmico na Odontopediatria, o descritor “Dental Care for Children” e o termo alternativo “Dentistry for Children” não apontaram resultados relevantes ao objetivo almejado. No sistema *Trip*, foi utilizada a expressão “Early Dental Visit”, obtendo-se um resultado satisfatório.

Para alterações não patológicas passíveis de estarem presentes na cavidade bucal do recém-nascido, como nódulos de Bohn, pérolas de Epstein e cistos da lâmina dentária, não existem descritores correspondentes, tampouco trabalhos de alto nível de evidência. Para dentes natais, o descritor “Natal Teeth” e seus termos alternativos “Natal Tooth”, “Teeth Present at Birth”, “Teeth, Natal” e “Tooth, Natal” não apresentaram resultados dentro dos critérios estabelecidos nas interfaces *PubMed* e *BVS*. No sistema *Trip*, um guia apresentou o assunto de forma adequada.

Alguns assuntos considerados importantes na área Odontopediátrica não foram contempladas nas buscas realizadas na primeira etapa e, portanto, escolheu-se o termo “Infant Oral Health Care” no sistema *Trip*, apresentando dois guias clínicos relevantes baseado em evidência.

Assim, pelos motivos descritos, fica justificado o processo de pesquisa e busca por *Guidelines* apenas nesses assuntos, no sistema *Trip*, sem o rigor da utilização dos descritores oficiais (DeCS). Todos os quatro guias encontrados são publicações desenvolvidas pela Academia Americana de Odontologia Pediátrica (*American Academy of Pediatric Dentistry - AAPD*) e as informações a serem utilizadas serão apresentadas em quadro próprio, separadas do conteúdo dos artigos.

Além desses termos alternativos para os quatro assuntos citados, foi verificada durante a leitura crítica dos artigos encontrados relacionados à introdução alimentar, entre os que foram descartados, uma divergência de indicações, procedimentos e condutas para diferentes populações, cada qual com seu comportamento alimentar e padrões muitas vezes baseados em aspectos sociais e culturais. Por esse motivo, optou-se por adicionar aos documentos levantados para o assunto, uma versão resumida e atualizada do Guia² alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, publicado no ano de 2021 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

Para a Gengivoestomatite Herpética Primária, virose altamente contagiosa e muito frequente em crianças entre seis meses a cinco anos de idade, só foi selecionada uma referência, com foco maior na manifestação recorrente. Sendo assim, foi utilizado para complementar esse assunto, informações de um protocolo³ assistencial referência, que tem o objetivo de otimizar o manejo da criança portadora dessa virose, desenvolvido pela equipe do Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo – SP), no ano de 2013, revisado posteriormente em 2017 (SHIRAMIZO *et al.*, 2017).

3.2.8 Síntese do conhecimento

Durante a seleção dos artigos, houve a separação por assunto e para cada um deles, após leitura individualizada das referências, o conhecimento coletado foi descrito por autor e agrupado em um quadro próprio, sintetizando posteriormente as principais conclusões daquele respectivo assunto, agrupado posteriormente por tema.

Após ordenação das conclusões a respeito de cada assunto, as informações científicas foram agrupadas e convertidas em linguagem simples e acessível ao público em geral.

² http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_2anos.pdf

³ <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizes-assistenciais.aspx?Especialidade=Pediatria>

3.2.9 Seleção e edição de ilustrações

Após a compilação das informações, foram selecionadas figuras e fotos para ilustrarem adequadamente as orientações propostas, a partir de arquivo pessoal, evitando o uso indevido de imagens de terceiros. Essas imagens passaram por edição, utilizando para tanto o aplicativo ToonMe®, versão 0.6.7 (409), da Linerock Investments LTD.

3.2.10 Divisão das seções da caderneta

Com a finalização do conteúdo e da edição de imagens, foi montado um índice para a caderneta, com divisão em duas principais partes.

A primeira seção, de identificação e orientações para a família; a segunda, para registros profissionais durante o acompanhamento odontológico materno-infantil. Para o registro das consultas, tanto durante a gestação, como nos dois primeiros anos de vida, a disposição dos tópicos e rotina de acompanhamento foram baseadas nos mecanismos de visita e prontuários desenvolvidos e testados pela autora da presente pesquisa, durante os anos de 2016 a 2019, no programa BBClin, enquanto exerceu função de pesquisador multiprofissional em serviço.

Os campos coletam dados de identificação do recém-nascido ou lactente (nome, data e local de nascimento), informações relevantes durante o pré-natal (doenças maternas e situações dignas de nota), tipo de parto, com ou sem intercorrências, dados de saúde da criança, alergias, uso de medicamentos e campos disponíveis para anotação dos acompanhamentos nos 24 meses iniciais de vida.

Os prontuários, tanto para pré-natal odontológico como para a puericultura, passaram por várias versões, com o intuito de facilitar o preenchimento e atender à demanda dos profissionais que estavam atuando no programa, porém abrangendo todas as informações necessárias ao suporte e acompanhamento materno-infantil nos primeiros mil dias de vida (anexos E, F).

Após o estabelecimento do índice dos conteúdos e seção de acompanhamento odontológico, a etapa seguinte foi a montagem, baseada no desenho e na distribuição de assuntos da própria caderneta da criança do Ministério da Saúde brasileiro por meio do site <http://canva.com>. O Canva®, uma ferramenta online lançada em 2013, que garante

gratuitamente a qualquer pessoa no mundo a possibilidade de criar todo tipo de design para ser publicado em qualquer lugar.

3.3 Aspectos éticos

Para a construção de instrumentos como a caderneta proposta na presente pesquisa, não há necessidade de submissão a Comitês de ética em pesquisa. Apesar disso, fica garantido o respeito à autoria das fontes de dados pesquisados, com fidedignidade em relação à interpretação das informações.

Para selecionar as imagens que fariam parte da caderneta, optou-se pela utilização de um banco de imagens em arquivo pessoal, além de algumas fotos da rotina de atendimento do programa BBClin, todas com autorização prévia dos participantes do programa, que no momento do registro, concordavam que as imagens poderiam ser utilizadas tanto para divulgação em mídia, como para ilustrar pesquisas, cartazes, folhetos e painéis apresentados em eventos científicos.

4 RESULTADOS

O instrumento construído recebeu o título de “Caderneta de Saúde Bucal Materno-infantil”, somando 62 páginas, além da capa. As páginas do intervalo 52-59 se repetem, por conterem os espaços para anotação da condição de saúde do lactente nos acompanhamentos (Apêndice A).

4.1 Pesquisa Bibliográfica

Após as buscas e seleção de evidências nos três sistemas de pesquisa explicados anteriormente (*PuMed*, *BVS* e *Cochrane*), ao todo somaram-se 75 referências entre revisões sistemáticas, síntese de evidências e guias, conforme apresentado pela Tabela 1. O maior número de referências recuperadas pelo mecanismo de busca da BVS pode ser justificado pelo fato do filtro aplicado envolver adicionalmente as “sínteses de evidência”.

A coluna referente ao mecanismo de busca *Trip Database* apresenta linhas em branco, pois a busca foi realizada apenas em quatro assuntos não contemplados por meio de pesquisa nas demais interfaces: Dente Natal, Primeira Visita Odontológica, Recomendações Gerais e Sucção Digital.

A tabela apresenta a quantidade de referências encontradas (x), seguidas pelas referências selecionadas (y), exibindo, portanto, x/y.

As referências foram organizadas em uma pasta e nomeadas por assunto. Após busca por duplicatas entre os assuntos em si, utilizando o programa *Mendeley*®, um gerenciador de referências britânico, foram identificados e descartados sete estudos (relacionados à chupeta, aleitamento, pré-natal, higiene e uso do flúor, cárie e candidíase oral), somando ao final 68 documentos a serem utilizados na construção da caderneta, além do Guia Alimentar do MS e um protocolo de conduta do Hospital Israelita Albert Einstein, conforme explicado na metodologia.

O numeral zero (0) está presente na coluna “Duplicados após seleção” indicando ausência de referências em duplicidade para determinado assunto. Nas demais colunas, quando presente, esse numeral indica a ausência de referências utilizando os filtros estabelecidos, em conjunto com as estratégias de busca elaboradas.

Tabela 1 – Quantitativo de referências encontradas e selecionadas (x/y) por assunto

Artigos Encontrados/ Selecionados	<i>PubMed</i>	BVS	<i>Cochrane</i>	TRIP	Duplicados após seleção	Total Seleção
Aleitamento Materno	2/2	10/8	1/1	-	3	8
Anquiloglossia	1/1	9/7	1/1	-	2	7
Candidíase Bucal	6/2	6/2	3/1	-	3	2
Cárie da Primeira Infância	6/4	11/8	13/3	-	3	12
Dente Natal	-	-	-	1	0	1
Doença de Mão, Pé e Boca	5/2	9/3	0	-	2	3
Erupção Dentária	1/1	1/1	0	-	1	1
Gengivoestomatite Herpética	13/1	1/0	1/0	-	0	1
Higiene Bucal	7/3	9/3	2/1	-	4	3
Introdução alimentar	1/1	26/4	0	-	1	4
Língua Geográfica	0	5/2	0	-	0	2
Pré-Natal Odontológico	5/5	25/11	3/3	-	8	11
Primeira Visita Odontológica	-	-	-	4/1	0	1
Recomendações Gerais	-	-	-	7/2	0	2
Sucção de Chupeta	3/3	8/7	2/1	-	4	7
Sucção Digital	-	-	-	3/1	0	1
Traumatismo	1/1	10/5	0	-	1	5
Uso do Flúor	7/1	19/4	7/2	-	3	4

Fonte: produção do próprio autor.

4.2 Análise das publicações

As informações de cada publicação foram compiladas em 15 quadros, separados por tema, sendo destacadas as conclusões dos autores (mantendo fidelidade ao desfecho do trabalho), além de considerações relacionadas a dados relevantes à caderneta, discutidos no corpo do artigo.

Quadro 2 – Informações sobre Aleitamento Materno

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
ABATE, A. <i>et al.</i> (2020)	Relationship between Breastfeeding and Malocclusion: A Systematic Review of the Literature	<p>CL: A amamentação é um fator positivo que parece reduzir a incidência de mordida cruzada posterior e classe esquelética II na dentição decídua e mista, existindo relação positiva entre meses de amamentação e redução de risco. Mais pesquisas longitudinais são necessárias para evitar viés nos resultados, com dados coletados prospectivamente nos meses de aleitamento materno exclusivo, por meio de questionários específicos e avaliação clínica sucessiva da condição oclusal nos estágios de dentição decídua, mista e permanente.</p> <p>CD: O sistema estomatognático é composto por estruturas estáticas e dinâmicas e seu funcionamento harmônico é baseado no equilíbrio entre elas. As funções do aparelho estomatognático (sucção, respiração, fala, mastigação, deglutição) influenciam diretamente o desenvolvimento maxilofacial e a posição dos dentes no arco da criança. O reflexo de sucção é a primeira atividade muscular coordenada realizada pelo recém-nascido, sendo que a amamentação promove vedação labial, função ativa mandibular e língua corretamente posicionada contra o palato, enquanto a alimentação com mamadeira requer menos esforço para obter o leite.</p>
ABREU, L. G. <i>et al.</i> (2016)	Breastfeeding, bottle feeding and risk of malocclusion in mixed and permanent dentitions: a systematic review	<p>CL: Os resultados encontrados não suportam uma associação entre amamentação ou alimentação com mamadeira e a ocorrência de má oclusão nas dentições mista e permanente.</p> <p>CD: Hábitos de sucção não nutritiva podem ser causa de má oclusão nas dentições mista e permanente. Também há evidências de que o uso de mamadeira, hábito de roer as unhas e objetos, morder as bochechas ou lábios e ranger os dentes durante os primeiros anos de vida podem estar associados ao uso de chupeta ou sucção digital, aumentando o risco de má oclusão. No entanto, a associação entre a história de hábitos alimentares e má oclusão nas dentições mista e permanente é incerta.</p>
BORONAT-CATALÁ, M. <i>et al.</i> (2017)	Association between duration of breastfeeding and malocclusions in primary and mixed dentition: a systematic	<p>CL: O aleitamento materno é um fator protetor contra mordida cruzada posterior e má oclusão de classe II na dentição decídua e mista, aumentando o efeito com os meses de amamentação. Não há evidências claras de que a amamentação fornece proteção contra outros tipos de má oclusão, como a mordida aberta.</p> <p>Para evitar viés, estudos longitudinais com dados sobre os meses de aleitamento materno exclusivo seriam necessários, coletados prospectivamente por meio de questionários aplicados às mães, e posterior exame da oclusão na dentição decídua, mista e permanente, considerando inclusive fatores de confusão (hábitos de sucção não nutricionais e o uso de mamadeiras).</p> <p>CD: OMS recomenda aleitamento exclusivo pelo menos nos 6 primeiros meses de vida, reduzindo o risco de</p>

	review and meta-analysis	doenças respiratórias e do trato gastrointestinal, além de auxiliar no desenvolvimento craniofacial (estímulo por meio da atividade muscular durante respiração, sucção e deglutição) e, assim, possibilitar melhor posicionamento oclusal.
DOGRAMACI, PERES & PERES (2016)	Breast-feeding and malocclusions The quality and level of evidence on the Internet for the public	CL: Os autores encontraram informações com níveis de evidência moderados a muito baixos, disponíveis na Internet para leigos sobre o efeito protetor da amamentação contra má oclusões. Implicações práticas: cada vez mais, os pacientes procuram informações de saúde online, embora nem todas as sejam confiáveis. Os odontólogos devem rever regularmente os sites de suas clínicas para garantir que estejam acessíveis e que o conteúdo é confiável e atualizado, à medida que novas evidências de alto nível se tornam disponíveis.
DOGRAMACI, ROSSI-FEDELE & DREYER (2017)	Malocclusions in young children: Does breast-feeding really reduce the risk? A systematic review and meta-analysis	CL: Crianças com história de amamentação abaixo do período ideal (exclusiva até 6 meses e complementada até 2 anos) têm maior prevalência e risco aumentado de desenvolver má oclusões, como relação canina de classe II, mordida cruzada posterior e mordida aberta anterior na dentição decídua. CD: Existem diferentes características de má oclusão, que é um desvio na relação intramaxilar e/ou intermaxilar, afetando o contato entre os dentes, sendo alterações de etiologia multifatorial.
PERES, K. G. <i>et al.</i> (2018)	Breastfeeding and Oral Health: Evidence and Methodological Challenges	CL: Algumas evidências apoiam um efeito protetor da amamentação sobre a má oclusão na dentição decídua, mas não há evidência consistente disponível para a dentição mista e permanente. Estudos sugerem que o aumento na duração da amamentação, em alta frequência, aumenta o risco de desenvolvimento da doença cárie, podendo ser recomendada a redução no aleitamento a partir do segundo ano de vida, em avaliação individualizada e sem interferir nas recomendações da OMS. A substituição da amamentação por fórmula infantil não deve ser recomendada e deve-se evitar açúcares livres. O uso de água fluoretada e creme dental com flúor duas vezes ao dia após a erupção dos primeiros dentes deve ser estimulado.
THOMAZ, E. B. A. F. <i>et al.</i> (2018)	Breastfeeding Versus Bottle Feeding on Malocclusion in Children: A Meta-Analysis Study	CL: A amamentação afeta benéficamente a oclusão decídua quando praticada por pelo menos 6 meses, sendo fator protetivo e reduzindo a ocorrência de problemas ortodônticos. CD: A amamentação desempenha um papel importante na saúde da criança, reduzindo a morbidade e a mortalidade infantil.

Quadro 3 – Informações sobre Anquiloglossia

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
BIN-NUN, A.;	A Dramatic Increase	CL: O número anual de artigos relacionados à anquiloglossia aumentou dramaticamente nos últimos anos. No entanto, a maioria dos artigos são relatos de casos ou séries, análises ou editoriais e opiniões e em termos de hierarquia de evidências, não muito "fortes", com poucas evidências e poucos ensaios clínicos randomizados e

KASIRER, Y. M.; MIMOUNI, F. B. (2017)	in Tongue Tie-Related Articles: A 67 Years Systematic Review	revisões sistemáticas. Se essa tendência continuar, devem se acumular evidências mais sólidas sobre o diagnóstico e manejo da língua presa, no que se refere à amamentação e outros resultados. CD: A anquiloglossia tem sido associada com dificuldades de amamentação, principalmente pega incorreta e dor nos mamilos.
FRAGA, M. R. B. A. <i>et al.</i> (2020)	Anquiloglossia versus amamentação: qual a evidência de associação?	CL: Embora a associação entre a anquiloglossia e as dificuldades no aleitamento materno necessite de mais estudos clínicos para ser evidenciada, os estudos selecionados sugerem que recém-nascidos com frênulo lingual alterado têm maiores chances de apresentar dificuldades na sucção e desmame precoce, sendo muito importante o diagnóstico precoce. Assim, a triagem neonatal deve ser instituída como rotina nas maternidades, sendo necessária a padronização dos instrumentos para diagnóstico da anquiloglossia, melhorando as evidências nas futuras pesquisas. CD: Anquiloglossia é uma anomalia congênita de etiologia ainda desconhecida, caracterizada por um frênulo lingual anormalmente curto ou com inserção próxima ao ápice da língua, limitando os movimentos linguais, em protrusão e elevação, podendo gerar implicações na higiene oral (predispondo à cárie dentária), distúrbios da fala, bullying com consequentes problemas sociais e de desenvolvimento. Em relação ao recém-nascido, há controvérsias entre equipes multidisciplinares com relação à interferência na amamentação e o melhor tratamento. Não há evidência que comprove a necessidade de realização de procedimento cirúrgico ao nascimento para evitar o desmame precoce.
HILL, R. R.; LEE, C. S.; PADOS, B. F. (2020)	The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: a systematic review and meta-analysis	CL: A língua presa é uma anomalia comum em bebês, que tem potencial para impactar a alimentação infantil, mas seu estudo tem sido limitado pela ausência de uma definição universalmente aceita e pela falta de instrumentos de avaliação válidos e confiáveis. Sendo assim, é necessário o desenvolvimento de avaliação abrangente, objetiva e psicometricamente sólida da alimentação infantil e sintomas maternos, para instituir um diagnóstico adequado e uma abordagem interprofissional. CD: Um amplo grau de variação na morfologia do freio lingual limita a capacidade de determinar uma classificação definitiva para o diagnóstico de frênulo anormal. A inserção anormal pode causar limitação de movimento da língua e alterar a pega oral em um seio ou bico de mamadeira, com transferência ineficaz de leite materno ou fórmula. Assim, a capacidade do bebê em obter nutrição adequada para seu crescimento e desenvolvimento fica prejudicada, podendo ainda causar dor no mamilo materno e resultar na interrupção precoce da amamentação.
HILL, R. R.; PADOS, B. F. (2020)	Symptoms of problematic feeding in infants under 1 year of age undergoing frenotomy: A review	CL: Apesar da literatura atual não fornecer dados adequados sobre o efeito da frenotomia nas dificuldades de alimentação infantil, como a capacidade do bebê de sugar ou nos benefícios da sua indicação para cada criança, estudos sugerem melhoria a curto prazo em sintomas maternos (dor no mamilo) e na convicção da mulher em seus conhecimentos e habilidades para amamentar o recém-nascido com sucesso. Pesquisas futuras precisam conter medidas abrangentes e psicometricamente sólidas para avaliar bebês com língua presa e fornecer evidências mais fortes envolvendo o efeito da frenotomia na melhora da alimentação. As diretrizes de referência e tratamento não podem ser estabelecidas sem o uso de um instrumento válido e um método de

	article	<p>diagnóstico confiável.</p> <p>CD: Além do freio lingual do bebê com inserção curta, outros fatores podem gerar a dor no mamilo materno, como pega incorreta, doenças não tratadas como a candidíase, não sendo observada melhora após um procedimento cirúrgico de frenotomia.</p>
NAKHASH, R. <i>et al.</i> (2019)	Upper Lip Tie and Breastfeeding: A Systematic Review	<p>CL: Nenhum ensaio controlado randomizado foi encontrado e as evidências para a cirurgia de liberação do freio do lábio superior em bebês com dificuldades de amamentação são baixas. O sistema de classificação proposto por Kotlow não foi considerado confiável.</p> <p>CD: A maioria dos bebês tem algum grau de encurtamento do freio do lábio superior. Porém, tem sido postulado por Kotlow e outros que sua inserção muito curta pode estar associada a dificuldades de amamentação (tanto no vedamento ao seio materno como no uso de mamadeiras), necessitando de intervenção cirúrgica precoce.</p>
O'SHEA, J. E. <i>et al.</i> (2017)	Frenotomy for tongue-tie in newborn infants (Review)	<p>CL: A curto prazo, a frenotomia reduz a dor nos mamilos maternos, mas não foram encontradas evidências de um efeito positivo consistente na amamentação com relação aos bebês. As pesquisas não relataram complicações graves, mas o número total de bebês estudados foi pequeno e esse fato, associado a deficiências metodológicas, limitam a certeza dos achados. Ensaio clínico randomizado de alta qualidade metodológica são necessários para determinar os reais efeitos da frenotomia.</p>
SOLIS-PAZMINO, P. <i>et al.</i> (2020)	Major complications after tongue-tie release: A case report and systematic review	<p>CL: Não há relato frequente de complicações após a frenotomia, mas os riscos para neonato podem incluir dificuldade na alimentação, sangramento, infecção, risco para as vias aéreas e danos às estruturas bucais próximas ao freio. Profissionais de diferentes especialidades devem ter conhecimento para diagnosticar, acompanhar e esclarecer os pacientes e familiares sobre os riscos e benefícios da frenotomia.</p> <p>CD: O frênulo lingual restritivo afeta a fala e articulação de fonemas, impede a mobilidade da língua para interações sociais (como lambe ou beijar) e a habilidade da língua para manter os dentes limpos.</p>

Quadro 4 – Informações sobre Candidíase Bucal

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
AZEVEDO, M. J. <i>et al.</i> (2020)	Influence of delivery and feeding mode in oral fungi colonization – a systematic review	<p>CL: Apesar de haver controvérsia sobre a influência do tipo de parto na aquisição de fungos orais na infância, os resultados sugerem que o parto vaginal parece propiciar a aquisição de leveduras orais. Por outro lado, o aleitamento materno não parece influenciar a micologia oral do bebê.</p> <p>CD: Desde o início da vida, a cavidade oral humana entra em contato com uma grande variedade de microrganismos e a aquisição pós-natal de microrganismos maternos e fontes ambientais contribuem para o desenvolvimento do microbioma oral infantil. Essas primeiras comunidades microbianas têm, portanto, um importante papel na constituição e organização do microbioma adulto e pode representar uma fonte tanto de</p>

		patogenicidade como de microrganismos protetores. As interações desses microrganismos são componentes essenciais para mudar o equilíbrio entre saúde e doença, não apenas localmente, mas também sistemicamente. Porém, a aquisição bacteriana é mais conhecida do que a fúngica. <i>Candida albicans</i> foi a espécie de fungo mais comumente isolada.
XIAO, J. <i>et al.</i> (2018)	Candida albicans and Early Childhood Caries: a Systematic Review and Meta-analysis	CL: A prevalência de <i>C. albicans</i> em crianças com CPI é significativamente maior do que em crianças sem cárie. Além disso, crianças com <i>C. albicans</i> oral têm cinco vezes mais chances de apresentar a CPI em comparação com crianças sem o fungo. CD: A <i>Candida albicans</i> pode considerada um patógeno oportunista, que vive como um organismo comensal benigno na boca de indivíduos saudáveis, especialmente crianças mais novas, e tem capacidade de se adaptar e proliferar em ambientes ácidos. A presença de <i>C. albicans</i> em crianças com cárie pode ser apenas acidental, coexistindo com outros microrganismos orais em biofilmes ou em lesões de cárie como consequência natural do microambiente acidificado.

Quadro 5 – Informações sobre a Cárie da Primeira Infância

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
CUI, L. <i>et al.</i> (2017)	Breastfeeding and early childhood caries: a meta-analysis of observational studies	CL: Seis meses de amamentação exclusiva e continuação da amamentação parcial até os dois anos de idade é a recomendação da OMS e os resultados desse estudo verificaram que seguindo esse esquema, a amamentação pode proteger contra a CPI. Por outro lado, a duração ≥ 12 meses está associada a maiores riscos de acometimento por CPI. Portanto, é necessário manter bons hábitos alimentares e de saúde para crianças amamentadas após os 12 meses.
FAGHIHIAN, R. <i>et al.</i> (2020)	Impact of motivational interviewing on early childhood caries	CL: No geral, as evidências apresentadas nesta revisão foram limitadas. Apesar do resultado da meta-análise ter mostrado que a entrevista motivacional é tão eficaz quanto à educação em saúde bucal no controle da CPI, são necessárias mais intervenções, com metodologia adequadamente projetada, para avaliar com precisão seus impactos. CD: As evidências indicam que oferecer informações precisas e educação em saúde pode ajudar pessoas a tomar decisões sobre como modificar suas atitudes para prevenir doenças, mas esta etapa por si só não promove mudança de comportamento, pois a tentativa de persuasão exercida por um profissional de saúde é frequentemente praticada sem atenção à prontidão dos cuidadores para mudar comportamentos familiares existentes. Entrevista motivacional é uma estratégia de aconselhamento centrada no cliente, é diretiva e ajuda pessoas a resolverem suas incertezas e inseguranças com relação a mudanças. Esta abordagem foi aplicada com sucesso a uma variedade de comportamentos de saúde, incluindo transtornos por uso de substâncias, fumo, dieta, exercício e adesão à medicação. Além disso, é eficaz em orientar os pacientes a adotar mudanças nos

		comportamentos relacionados à saúde oral, como consumo de lanches e hábitos de escovação.
JORGENSEN, M. R.; TWETMAN, S. (2020)	A systematic review of risk assessment tools for early childhood caries: is there evidence?	CL: Esta revisão sistemática mostrou uma relativa escassez de estudos prospectivos validando as ferramentas existentes de avaliação de risco de cárie em crianças pré-escolares e a sua precisão em melhorar os cuidados bucais. Embora essa precisão esteja longe de ser excelente, continuam sendo recomendadas as ferramentas de avaliação de risco de cárie na prática de odontopediatria, porque os efeitos desejáveis provavelmente superam os indesejáveis. CD: A avaliação de risco de cárie auxilia na tomada de decisão clínica e gestão individualizada da doença, destinando tempo e recursos de forma adequada ao processo clínico de tratamento.
KELLESARIAN, S. V. <i>et al.</i> (2017)	Association between prenatal maternal cigarette smoking and early childhood caries. A systematic review	CL: Há evidência insuficiente para justificar a existência de uma associação entre o tabagismo materno pré-natal e a CPI. Portanto, mais estudos longitudinais bem desenhados, com um tamanho de amostra estatisticamente significativo, são necessários a esse respeito.
KIRTHIGA, M. <i>et al.</i> (2019)	Risk Factors for Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control and Cohort Studies	CL: Os fatores de risco mais fortemente associados à CPI foram a presença de defeitos de esmalte e os níveis elevados de estreptococos mutans. Fatores de risco secundários significativos incluíram a presença de cárie dentinária, consumo frequente de alimentos adoçados, higiene oral deficiente e a presença de placa visível. CD: Vários estudos avaliaram e categorizaram os fatores de risco da cárie da primeira infância, como fatores sociodemográficos, dietéticos, de higiene bucal e outros relacionados à saúde bucal, à flora bacteriana e amamentação ou alimentação com mamadeira. No entanto, o grau em que esses diferentes fatores de risco estão associados à cárie da primeira infância ainda não está claro.
MOYNIHAN, P. <i>et al.</i> (2019)	Systematic Review of Evidence pertaining to factors that modify risk of Early Childhood Caries	CL: Com base na evidência disponível, embora limitada, a amamentação até 24 meses não está associada a um aumento do risco de cárie na primeira infância. Por outro lado, a evidência indica que amamentar além dos 24 meses traz um risco aumentado desse tipo de cárie. O acesso à água e ao creme dental fluoretados e à educação em saúde bucal para cuidadores são abordagens justificadas para prevenção de CPI. As evidências sugerem que evitar o uso de açúcares na mamadeira, na alimentação complementar e em bebidas no geral deveria fazer parte desta educação.
OCCHI-ALEXANDRE, I. G. P. <i>et al.</i> (2020)	Prevalence of dental caries in preschool children born preterm and/or with low birth weight: A systematic review with meta-analysis of prevalence data	CL: Em conclusão, a ocorrência de cárie dentária foi semelhante entre crianças nascidas prematuramente e nascidas a termo, bem como entre crianças com baixo peso ao nascer e peso normal ao nascer, com nível baixo de certeza de evidência. Mais estudos prospectivos devem ser realizados para avaliar as diferenças na prevalência de cárie, de acordo com a faixa etária e considerando o peso ao nascer e a idade gestacional.

RAI, N. K.; TIWARI, T. (2018)	Parental Factors influencing the development of Early Childhood Caries in developing Nations: A Systematic Review	CL: Pesquisas nos países em desenvolvimento estão estudando a associação da CPI com fatores distais (antecedentes), como renda e educação dos pais, comparados aos fatores proximais (diretos), tendo evidência consistente da associação entre a baixa renda e educação dos pais para os piores resultados de saúde bucal em crianças. Assim, as intervenções devem melhorar o conhecimento e o comportamento em saúde bucal de pais de grupos de baixa renda em países em desenvolvimento. Mais pesquisas são necessárias para examinar a influência dos fatores psicossociais dos pais, seu conhecimento de saúde bucal e comportamentos no desenvolvimento da Cárie da Primeira Infância. CD: A CPI é considerada uma das condições crônicas mais prevalentes da infância e um problema de saúde pública, que impacta substancialmente a vida de indivíduos, famílias e comunidades. Isso resulta em dor, debilitação na funcionalidade oral e física, tendo impacto negativo na taxa de crescimento e desenvolvimento da criança, diminuindo assim a qualidade de vida
SCHMOECKEL, J. <i>et al.</i> (2020)	How to Intervene in the Caries Process: Early Childhood Caries – A Systematic Review	CL: Para a abordagem da CPI, as medidas de prevenção primária são primordiais. Porém, na necessidade de medidas secundárias, as menos invasivas incluem o uso do verniz fluoretado para lesões não cavitadas e fluoreto de diamina de prata para lesões de dentina cavitadas, sem envolvimento pulpar irreversível. Para abordagens restaurativas mais invasivas, devem ser considerados os fatores de risco relacionados ao paciente, além da necessidade de sedação ou anestesia geral.
SILVA, C. C.; MENDES, R.; MANSO, M. C. <i>et al.</i> (2020)	Prenatal or Childhood serum levels of vitamin D and dental care in paediatric patients: a systematic review	CL: Existem evidências de uma associação entre os níveis séricos baixos de vitamina D e a experiência de cárie em crianças. Os médicos devem estar cientes de que uma boa nutrição pré-natal e dieta na primeira infância podem influenciar a experiência de cárie.

Quadro 6 – Informações sobre a Doença de Mão, Pé e Boca

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
CHAN, J. H. Y. <i>et al.</i> (2017)	Best practices to prevent transmission and control outbreaks of hand, foot, and mouth disease in childcare facilities: a systematic review	CL: Após surto da doença de mão, pé e boca, deve haver notificação em 24h e implementação de medidas de isolamento para minimizar a contaminação em creches e jardins da infância. Funcionários precisam passar por um treinamento para todas as fases, da notificação, ao afastamento e acompanhamento da criança doente.
	Temperature and	CL: Os autores encontraram relação entre fatores meteorológicos e a doença de mão, pé e boca. Regiões

<p>COATES, DAVIS & ANDERSEN (2019)</p>	<p>humidity affect the incidence of hand, foot, and mouth disease: a systematic review of the literature – a report from the International Society of Dermatology Climate Change Committee</p>	<p>tropicais e subtropicais possuem significativamente mais probabilidade de experimentar dois picos durante o ano do que climas mais temperados. O aquecimento global pode ter impacto nos casos da doença de mão, pé e boca, aumentando a probabilidade de transmissão ao longo do ano.</p> <p>CD: As características mais comuns da virose que afeta mais crianças menores de 5 anos incluem: febre, lesões na boca e vesículas nas regiões palmo-plantares. Apesar de raras, complicações como encefalite, meningite, síndromes semelhantes à poliomielite e doenças cardiovasculares e/ou insuficiência respiratória podem acontecer. Sua transmissão ocorre por meio de gotículas respiratórias, contato com o fluido da bolha e/ou fezes de pacientes infectados, ou contato com água contaminada, alimentos ou superfícies de materiais. Umidade mais alta pode favorecer a fixação de partículas virais em objetos no ambiente, aumentando a chance de inoculação no hospedeiro. A água subterrânea formada pela chuva pode servir como reservatório para incubação viral. A luz solar pode aumentar a temperatura do solo, contribuindo para a disseminação viral. Crianças têm maior transferência de calor entre o corpo e o meio ambiente e passam mais tempo ao ar livre, tendo suas taxas metabólicas mais fortemente afetadas por variações na temperatura e umidade. Dado o seu período de incubação de 3-7 dias, pode ser transmitida por meio de hospedeiros assintomáticos e pessoas afetadas podem transmitir mesmo após a resolução dos sintomas. É autolimitada e o tratamento é de suporte, uma vez que não existem terapias antivirais específicas.</p>
<p>LIU, Z. <i>et al.</i> (2020)</p>	<p>Association of Short-Term Exposure to Meteorological Factors and Risk of Hand, Foot, and Mouth Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis</p>	<p>CL: Os resultados sugerem que vários fatores meteorológicos como temperatura ambiente, umidade relativa, precipitação e a velocidade do vento podem aumentar a incidência da doença de mão, pé e boca. Portanto, o público em geral, especialmente as populações suscetíveis, devem estar atentas às mudanças climáticas e tomar medidas de proteção com antecedência.</p>

Quadro 7 – Informações sobre a Erupção Dentária

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
<p>NEMEZIO, M. A.</p>	<p>Association between Fever and Primary</p>	<p>CL: Apesar de haver poucos estudos que associem adequadamente a febre à erupção dentária, a revisão realizada encontrou associação positiva quando foi considerada a temperatura retal. Apesar disso, é muito importante não subestimar a presença de febre durante a erupção, garantindo que a causa não seja atribuída a outras infecções.</p> <p>CD: A erupção dentária é um processo fisiológico natural, com forte controle genético e menos influência de</p>

<i>et al.</i> (2017)	Tooth Eruption: A Systematic Review and Meta-analysis	fatores ambientais, que abrange desde a migração do dente de sua posição intraóssea até surgir na cavidade oral. Envolve muitos mecanismos fisiológicos, iniciando por volta de 4 a 10 meses após o nascimento e se completa aproximadamente aos 30 meses. Apesar de ser assunto controverso, alguns sintomas são associados à essa fase, pelos responsáveis: irritabilidade, irritação gengival, aumento da salivação, sono agitado, diarreia, perda de apetite e, mais frequentemente, a febre. Há várias maneiras (oral, retal, auricular e axilar) e variados tipos de termômetros (vidro com mercúrio ou álcool colorido, eletrônico com display digital, químico descartável, infravermelho, auricular) para medir a febre.
----------------------	---	---

Quadro 8 – Informações sobre a Gengivostomatite Herpética

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
CRIMI, S. <i>et al.</i> (2019)	Herpes Virus, Oral Clinical Signs and QoL: Systematic Review of Recent Data	CL: A gengivostomatite herpética é uma patologia viral com inúmeras terapias, tornando a fase de cura de suas manifestações mais confortável. Apesar disso, poucos estudos avaliam a eficácia da mesma conduta e, portanto, não foi possível realizar uma análise estatística. As terapias incluem tratamentos farmacológicos, tópicos, sistêmicos ou com dispositivos como o laser de baixa potência, diminuindo o tempo de cura e melhorando os fatores relacionados à qualidade de vida dos pacientes. CD: A forma primária, bastante difusa, é responsável pelo aparecimento de febre e vesículas características, que normalmente afetam a pele facial (lábios, narinas).

Quadro 9 – Informações sobre a Higiene Bucal

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
OLIVEIRA, K. M. H. <i>et al.</i> (2017)	Dental flossing and proximal Caries in the primary dentition: A Systematic Review	CL: Só existe um estudo na literatura mostrando evidência da associação entre a redução de cáries proximais e o uso do fio dental na dentição decídua. No entanto, o uso do fio dental não deve ser desestimulado. CD: Há muito tempo é conhecida a dificuldade no uso do fio dental pelas pessoas em geral.

Quadro 10 – Informações sobre a Introdução Alimentar

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
-------------	--------	--------------------------------------

BRASIL, 2021	Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos	<p>Os dois primeiros anos de vida são decisivos para o crescimento e desenvolvimento da criança. Além de ganhar peso e altura, ela está aprendendo a fazer coisas novas. Aumentam suas habilidades e agilidade e, além disso, acontecem importantes modificações na sua relação com o ambiente e com as pessoas ao seu redor. Nesse período, a criança desenvolve as capacidades de sustentar a cabeça, pegar objetos, sentar, engatinhar, ficar de pé, andar e falar, bem como a capacidade de mastigar. Ela começa recebendo o leite materno, passa pelos alimentos amassados e picados, até aceitar a mesma consistência da comida da família.</p> <p>Aleitamento materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomendado amamentação exclusiva, em livre demanda, até os 6 meses de vida, sem nenhum outro tipo de alimento, nem líquidos, mesmo em regiões secas e quentes, pois o leite materno possui toda a água necessária para a hidratação nesse período. Em dias muito quentes, o bebê poderá mamar com mais frequência para matar a sede. Iniciar o mais cedo possível, de preferência na primeira hora de vida do bebê. - Amamentar é econômico, faz bem à saúde da mulher e à saúde e desenvolvimento da criança, promovendo vínculo afetivo. Cada experiência de amamentação é única, diferente para cada filho e para cada mulher. Amamentar nem sempre é fácil, principalmente nos primeiros dias após o nascimento e para as mães de primeira viagem. Exige paciência, informação e apoio. - Não existe comprovação de que alguma comida ou bebida aumente ou diminua a produção de leite materno, nem cause cólicas no bebê. É importante a mulher beber água regularmente, com frequência, além de descansar. Para isso, é preciso dividir com uma rede de apoio (parceiro, familiares, amigos) os cuidados com o bebê, responsabilidades com outras crianças (se houver) e as tarefas domésticas. O estímulo da mama com sucção frequente contribui para a descida do leite e com o ajuste da produção para as necessidades de cada bebê. Não existe leite fraco! Todo leite materno é adequado e cada mãe produz o leite necessário com calorias, nutrientes, vitaminas, sais minerais, anticorpos, água e todos os outros componentes em quantidades adequadas para o seu bebê. - Para evitar problemas na amamentação, é preciso cuidar para que a posição e a pega (encaixe da boca do bebê no peito) sejam adequadas: apoiar a mama com a mão em forma de “C” para colocar o peito na boca da criança; remover roupa, tecidos, mão da mãe entre a boca do bebê e a mama; rosto e corpo do bebê virados de frente para a mama. Na pega correta, a boca do bebê fica bem aberta, lábios virados para fora (boca de peixinho), queixo encostado na mama e aréola (a parte escura da mama em volta do mamilo) aparecendo mais acima do que abaixo da boca do bebê. Existem diversas posições para a mulher amamentar: sentada, recostada, deitada ou em qualquer outra que seja agradável, familiar e mais adequada para a mulher e para o bebê. Se a mama estiver muito cheia, retirar um pouco de leite para a aréola ficar mais macia antes de colocar o bebê no peito, facilitando a pega. - Amamentar não deve doer se a pega e posição estiverem adequadas e deve-se dar tempo suficiente para o bebê sugar em uma mama antes de passar para a outra, caso a criança deseje continuar mamando. A criança dá
--------------	--	---

	<p>sinais de fome quando deseja mamar: abre a boca virando a cabeça como se estivesse buscando o peito, fica inquieta, coloca as mãos na boca e, por último, chora.</p> <ul style="list-style-type: none">- Práticas que podem prejudicar a amamentação: dar outros leites ou fórmulas infantis para “complementar” o leite materno desnecessariamente, bem como alimentos sólidos ou pastosos antes dos 6 meses de idade. Oferecer mamadeira ou chupeta, fumar durante a amamentação, usar medicamentos por conta própria e ingerir qualquer bebida alcoólica não são recomendados.- O desmame não deve ser forçado e costuma ocorrer naturalmente após os 2 anos de idade, sob a liderança da mãe. A criança pode dar alguns sinais de que está se preparando para o desmame: menor interesse pelas mamadas; aceitação de alimentos variados; segurança na relação com a mãe; aceitação de outras formas de consolo que não o peito; conformar-se em não ser amamentada em certas ocasiões ou locais; dormir sem mamar no peito; preferência por brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar. Se a mulher precisar ou quiser desmamar sem que a criança esteja madura para isso, é preciso que o processo se dê gradualmente, com muita paciência e compreensão, sem tentar alterar o sabor do leite ou fazer a criança rejeitar o peito. <p>Alimentação complementar:</p> <ul style="list-style-type: none">- A partir de 6 meses, além do leite materno, outros alimentos devem fazer parte das refeições da criança, com diversidade de cores, sabores, texturas e cheiros. Para que ela goste de vários alimentos, recomenda-se apresentar a ela a maior diversidade possível de alimentos saudáveis.- No início, a criança deverá receber a comida amassada com garfo. Em seguida, deve-se evoluir para alimentos picados em pedaços pequenos, raspados ou desfiados, para que a criança aprenda a mastigá-los. Não oferecer preparações líquidas e nem usar liquidificador, mixer ou peneira. A consistência adequada é aquela que não escorre da colher, que é firme, que dá trabalho para mastigar, ajudando no desenvolvimento da face e dos ossos da cabeça, colaborando para a respiração adequada e o aprendizado da mastigação.- A partir de 6 meses, os dentes começam a aparecer, mas, se isso ainda não tiver acontecido, não se preocupar, pois a criança consegue amassar os alimentos. Além disso, o atrito com o alimento ajuda a romper a gengiva para a saída dos dentes.- No início da introdução dos outros alimentos, não é preciso se preocupar com a quantidade que a criança consome, pois o leite materno continua sendo o principal alimento da criança. Quando a criança começa a comer outros alimentos, costuma aceitar pouca quantidade, o que pode gerar ansiedade na família. É possível, ainda, que a criança apenas experimente os alimentos. À medida que ela cresce e se desenvolve, essa quantidade aumenta gradativamente. É preciso respeitar o tempo e a individualidade da criança.- É importante estabelecer uma rotina de alimentação para a criança e para a família. A criança deve ser habituada a ter intervalos regulares entre as refeições, evitando que ela coma entre esses intervalos.- Preparar receitas saborosas com os diversos legumes, para que toda a família possa apreciá-los. Se os legumes
--	---

		<p>são oferecidos somente para a criança e não são consumidos pelo restante da família, com o tempo, a criança percebe isso e começa a rejeitá-los.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A carne de porco, peixe e clara de ovo podem ser oferecidas para a criança, pois não causam alergia e são boas fontes de nutrientes. - Oferecer frutas, no lugar de sucos, é mais saudável para a criança. A fruta tem mais fibras, estimula a mastigação, não necessita de adição de açúcar. Até 1 ano de idade, não oferecer suco de frutas. Entre 1 e 3 anos, pode ser consumido suco natural da fruta e sem adição de açúcar, ao término de uma refeição. Oferecer suco com frequência acaba habituando a criança a matar a sede apenas com bebidas açucaradas ou saborizada, aumentando a chance de desenvolver excesso de peso, cárie e diabetes. - Não oferecer alimentos industrializados, com açúcar e bebidas açucaradas (sucos de pó ou de caixa, refrigerantes, achocolatados prontos) até os dois anos de idade. - Após 6 meses de idade, oferecer água no intervalo entre as refeições. Deixar um copo ou garrafinha com água tampada em local acessível. Em lugares muito quentes, a necessidade de água é maior. - Se a criança estiver sendo amamentada após os seis meses, não é recomendado dar outro leite ou fórmula infantil porque esses alimentos são desnecessários. - É desaconselhável que a criança seja alimentada enquanto anda e brinca pela casa. Outros atrativos, como televisão, celular, computador ou tablet podem distraí-la, gerando desinteresse pela comida. Quando a criança come utilizando distrações, por mais que pareça estar se alimentando melhor, ela faz de forma automática, sem prestar atenção ao alimento e, muitas vezes, pode comer em excesso. Isso pode causar danos futuros, como perda do controle do mecanismo de fome e saciedade, além de ganho excessivo ou perda de peso. - Lavar as mãos antes de preparar e oferecer alimentos para a criança e ensiná-la desde pequena a fazer o mesmo.
BARENDTS, C. <i>et al.</i> (2019)	A systematic review of practices to promote vegetable acceptance in the first three years of life	<p>CL: Introduzir vegetais no início da alimentação complementar, dar um tipo diferente de vegetal todos os dias e assegurar a exposição repetida ao mesmo vegetal após um intervalo de alguns dias são as estratégias mais promissoras para promover a sua ingestão em crianças com alimentação complementar até os 3 anos de idade. Outras práticas que podem melhorar a aceitação de vegetais incluem o uso de exposição visual a vegetais desconhecidos, introdução gradual, modelagem e a introdução oportuna de textura.</p> <p>CD: O consumo de vegetais tem efeito protetor em adultos contra obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer.</p>
ENGLISH, L. K. <i>et</i>	Types and amounts of complementary foods and beverages consumed and	<p>CL: Não há evidências suficientes para determinar uma relação entre prevalência ou incidência de sobrepeso e obesidade infantil e o consumo de carne e gorduras. Evidências limitadas sugerem que: o tipo ou quantidade de cereal não influencia o crescimento, tamanho, composição corporal, prevalência ou incidência de sobrepeso ou obesidade e o consumo de bebidas adoçadas com açúcar durante o período de alimentação complementar está associado ao aumento do risco de obesidade na infância, mas não está associado a outras medidas de crescimento, tamanho e composição corporal. Nenhuma conclusão pôde ser feita a respeito da relação entre o</p>

<i>al.</i> (2019)	growth, size, and body composition: a systematic review	consumo de vegetais, frutas, laticínios, produtos à base de cereais e alimentos “prontos”, além do padrão de dieta dos pais, com o crescimento, tamanho, composição corporal, prevalência e/ou incidência de sobrepeso ou obesidade infantil. CD: A alimentação complementar é o processo que começa quando o leite humano (ou fórmula infantil) é complementado por outros alimentos e/ou bebidas, continuando até aproximadamente os 24 meses de idade (quando a criança passa a ter contato total com os alimentos da família).
PAROCHE, M. M. <i>et al.</i> (2017)	How Infants Learn About Food: a systematic review	CL: As estratégias de aprendizado utilizadas para o desenvolvimento infantil em outros domínios são aplicáveis à forma como as crianças aprendem sobre comida. São importantes nesse processo o papel da familiarização com os alimentos, por meio de exposições repetidas e o processo de desmame, tendo relação de confiança e vinculando pais e profissionais. CD: A primeira infância (até os três anos de idade) é o momento oportuno para estabelecer preferências e hábitos alimentares saudáveis ao longo da vida. A revisão identificou documentos relacionados a quatro processos de aprendizagem: (1) Familiarização com um alimento por meio de exposição ao seu sabor, textura ou aparência (considerada uma técnica eficaz para aprender sobre alimentos); (2) Aprendizagem por observação da escolha dos alimentos; (3) Aprendizagem associativa, por meio do aprendizado de sabor-nutriente e sabor-sabor (não desempenha um papel importante na formação de preferências alimentares de bebês no período pós-desmame e na primeira infância); (4) Categorização de alimentos (pouco estudada em bebês, mas há indicação de que a disposição em consumir um alimento depende da capacidade do bebê em reconhecer itens em seu prato como exemplos familiares desse tipo de alimento).
REDSSELL, S. A. <i>et al.</i> (2016)	Systematic review of randomized controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood	CL: Intervenções que visam melhorar as práticas de alimentação dos pais, a dieta infantil e a capacidade de resposta dos pais aos sinais do bebê, mostraram-se mais promissoras em relação a mudanças de comportamento, mas não ao peso. Apesar dos fatores de risco para a obesidade infantil serem conhecidos, foram poucos os estudos de intervenção com mulheres grávidas que continuaram durante a infância.

Quadro 11 – Informações sobre a Língua Geográfica

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
	Prevalence of oral	CL: Distúrbios da mucosa oral estiveram presentes em aproximadamente 1 de 10 mulheres grávidas. A

BET, J. V. S. <i>et al.</i> (2019)	mucosal disorders during pregnancy: a systematic review and meta -analysis	hiperplasia gengival foi a lesão mais prevalente. CD: As lesões orais mais prevalentes durante a gravidez citadas na literatura são: granuloma piogênico, hiperplasia gengival, candidíase oral, mordida na bochecha, glossite migratória benigna, úlceras aftosas e telangiectasia. Estresse e ansiedade durante a gravidez contribuem para a má higiene oral, potencialmente resultando em um aumento no número de lesões intraorais.
GONZÁLEZ-ÁLVAREZ, L.; GARCÍA-POLA, M. J.; GARCIA-MARTIN, J. M. (2018)	Lengua geográfica: factores predisponentes, diagnóstico y tratamiento. Revisión sistemática	CL: O diagnóstico da língua geográfica é principalmente clínico. É uma desordem assintomática, que geralmente não requer tratamento. O conhecimento da língua geográfica é necessário devido às comorbidades intraorais e extraorais que a acompanham. CD: Língua geográfica ou glossite migratória benigna é uma condição caracterizada pelo aparecimento de uma ou mais áreas atróficas no dorso e nas bordas laterais da língua, devido à ausência de papilas filiformes. Sua causa é desconhecida, mas foi descrita em pacientes com história familiar. Frequentemente é encontrada em pacientes com doenças de base imunológica (psoríase, alergias, asma). A lesão é dinâmica, pois sua morfologia muda em horas, é autolimitada, cura em dias ou semanas e também é recorrente em um tempo variável.

Quadro 12 – Informações sobre o Pré-Natal Odontológico

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
AGUILAR-CORDERO, M. J. <i>et al.</i> (2019)	Quality of life during pregnancy and its influence on oral health: a systematic review	CL: A maioria dos estudos associando qualidade de vida e saúde bucal foram transversais e observacionais. Para melhor compreensão desses impactos, são necessários estudos longitudinais desde o início da gravidez até o pós-parto. Da mesma forma, estudos relacionados a intervenções clínicas e educação em saúde durante a gravidez são recomendados para avaliar se essas terapias melhoram a qualidade de vida e saúde bucal de gestantes. CD: Qualidade de vida relacionada à saúde refere-se à avaliação subjetiva das dimensões físicas, mentais e sociais para seu bem-estar. Dada a diversidade de fatores associados à qualidade de vida, a necessidade de aconselhamento preventivo em saúde bucal durante a gestação é essencial, a fim de prevenir complicações durante a gravidez e parto. Os profissionais de saúde de diversas áreas devem trabalhar juntos, para disseminar conhecimento e informação em prol da qualidade de vida na gestação.
ALMARIO-BARRERA, A. J. <i>et al.</i> (2017)	Oral health and dental care in pregnant women: Bibliometric study, systematic review, and content analysis	CL: É preciso fortalecer a relação entre os aspectos biológicos e sociais da saúde bucal de mulheres grávidas e cuidados odontológicos de diferentes perspectivas epistemológicas, buscando uma visão abrangente desses aspectos e melhorando o atendimento odontológico em gestantes.

ANYOSA-CALDERÓN, Y. <i>et al.</i> (2019)	Mitos y evidencias en odontología sobre la gestación	CL: Hoje, mitos e lendas transmitidos de geração em geração não devem ser a principal fonte de conhecimento para mulheres grávidas, porque há evidências científicas atualizadas sobre as repercussões na saúde bucal durante a gravidez. Dentistas também devem estar atualizados em relação à essa desmistificação, fornecendo informações seguras sobre cuidados bucais, além de não ter receio de atender as gestantes, proporcionando tratamento adequado.
GHAREHGHANI, M. A. M. <i>et al.</i> (2021)	Poor Oral Health-Related Quality of Life among Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis	CL: Há relação significativa entre etnia não branca e índices de cárie com má qualidade de vida em mulheres grávidas. No entanto, nenhuma associação foi identificada entre a frequência de escovação, doença periodontal e baixa renda com a baixa qualidade de vida em gestantes. Programas educacionais sobre comportamentos de higiene bucal adequados podem ser benéficos para melhorar a saúde bucal das gestantes, evitando problemas gengivais e seus impactos adversos sobre o feto. O acesso limitado a cuidados dentários, medo e vários mitos, juntamente com alternâncias orais correlacionadas com a gravidez justificam o incentivo a intervenções comportamentais para melhorar a higiene oral em mães grávidas e a qualidade de vida em geral.
IHEOZOR-EJIOFOR, Z. <i>et al.</i> (2017)	Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women (Review)	CL: Não está claro se o tratamento periodontal durante a gravidez tem impacto no nascimento prematuro (evidência de baixa qualidade). Há evidência de baixa qualidade afirmando que o tratamento periodontal pode reduzir a incidência de baixo peso ao nascer (<2500 g) e a evidência para determinar qual tratamento periodontal é melhor na prevenção de resultados obstétricos adversos é insuficiente. Pesquisas futuras devem ter como objetivo relatar resultados periodontais juntamente com resultados obstétricos.
RANGEL-RINCÓN, L. J. <i>et al.</i> (2018)	An umbrella review exploring the effect of periodontal treatment in pregnant women on the frequency of adverse obstetric outcomes	CL: Todas as evidências analisadas mostraram efeitos diferenciais da terapia periodontal não cirúrgica conduzida em mulheres grávidas sobre a redução da frequência de efeitos adversos nos desfechos obstétricos: baixo peso ao nascer, parto prematuro e pré-eclâmpsia. Contudo, as principais conclusões dos ensaios clínicos randomizados são baseadas em dados de apenas uma pequena amostra da literatura mundial relevante. Pesquisas com metodologia de qualidade precisam se estender a mais países, metodologias, incluindo análises contextuais e fatores individuais de determinantes sociais da saúde. Políticas e planejamentos em educação, prevenção são necessários para reduzir a gravidade da doença periodontal em mulheres grávidas e suas consequências em condições sistêmicas.
RIGGS, E. <i>et al.</i> (2019)	Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries (Review)	CL: Evidências de certeza moderada sugerem que aconselhar mulheres grávidas, mães ou outros cuidadores com crianças com até um ano de idade sobre dieta e alimentação provavelmente leva a uma redução do risco de CPI. Para determinar se há e quais outros recursos de intervenções poderiam ser eficazes para prevenir a CPI, a evidência é entre baixa para certeza muito baixa.
		CL: Fatores fisiológicos, baixa importância para a saúde bucal, estigma negativo em relação à odontologia,

ROCHA, J. S.; ARIMA, L. Y.; CHIBINSKI, A. C. <i>et al.</i> (2018)	Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies	medo e ansiedade em relação ao tratamento dentário, mobilidade e segurança, barreiras financeiras, emprego, restrições sociais e de tempo, falta de informação e apoio, barreiras do profissional de saúde, conselhos de família e amigos, crenças e mitos sobre a segurança do tratamento odontológico podem cooperar de maneira complexa e influenciar na busca e acesso aos serviços odontológicos durante a gravidez. Mitos e crenças sobre saúde bucal e tratamento dentário durante a gravidez aparecem como uma barreira prevalente que afeta mulheres grávidas e profissionais de saúde, incluindo dentistas. Alguns facilitadores foram identificados nesta revisão, como os programas pré-natais, que estimulam o atendimento odontológico durante a gravidez, tendo potencialmente influências positivas na mudança de atitudes e crenças em relação à saúde bucal, mas precisam ser mais aprofundados e analisados no futuro.
ROCHA, J. S.; ARIMA, L. Y.; WERNECK, R. I. <i>et al.</i> (2018)	Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review	CL: Fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos e comportamentais e a necessidade percebida foram identificados como determinantes da utilização de serviço odontológico durante a gravidez. Estudos bem elaborados com resultados confiáveis são necessários para confirmar as descobertas descritas e aumentar a força da evidência.
SILVA, C. C.; SAVIAN, C. M.; PREVEDELLO, B. P. <i>et al.</i> (2020)	Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura	CL: Existem poucos estudos sobre o acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes. Estes demonstram baixa adesão ao pré-natal odontológico e que os principais fatores observados como complicadores do acesso e utilização desses serviços foram relacionados aos aspectos socioeconômicos, culturais e educacionais. Apesar do progresso do conhecimento científico-tecnológico e da evolução da área odontológica, na tentativa de aprimorar a qualidade de vida do ser humano, a saúde bucal de gestantes ainda necessita de atenção. Por meio da literatura disponível, foi verificada a importância de medidas educativas que sinalizem para as gestantes, a necessidade de receberem acompanhamento odontológico durante as consultas de pré-natal e sua segurança, contribuindo para o bem-estar do binômio mãe-bebê.
TAKAHASHI, R. <i>et al.</i> (2017)	Fluoride supplementation (with tablets, drops, lozenges or chewing gum) in pregnant women for preventing dental caries in the primary teeth of their children (Review)	CL: Não há evidências de que os suplementos de flúor ingeridos por mulheres durante a gravidez sejam eficazes na prevenção de cáries dentárias em seus filhos. CD: A transferência placentária de fluoretos é questionável e nenhuma nova investigação foi empreendida neste tópico em 20 anos. Esta fraqueza teórica desencoraja os investigadores a administrar suplementação de flúor pré-natal. Por outro lado, a administração tópica de flúor após o nascimento tem uma base crescente de evidências de eficácia, e o uso de fluoreto tópico é atualmente considerado como tendo um efeito inibidor da cárie.

Quadro 13 – Informações sobre Sucção de Chupeta

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
<p>BATISTA, RIBEIRO & NASCIMENTO (2017)</p>	<p>Influência do uso de chupetas e mamadeiras na prática do aleitamento materno</p>	<p>CL: A maioria dos estudos transversais analisados mostraram que o uso da chupeta e mamadeira podem constituir fator de risco para o desmame precoce e/ou diminuição do tempo de duração do aleitamento materno. Entretanto, são necessários mais estudos para compreender como bicos artificiais agem sobre as habilidades orais dos bebês. CD: algumas dificuldades precoces estabelecidas no período em que a lactação está se estabelecendo, como ingurgitamento mamário, fissuras mamilares e mastite, podem ser fatores impeditivos do aleitamento materno exclusivo e a real influência dos bicos artificiais nesse processo ainda está em investigação.</p>
<p>BUCCINI, G. S. <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis</p>	<p>CL: Apesar da falta de associação encontrada nos ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais sugerem fortemente que o uso de chupeta pode ser um fator de risco para a interrupção prematura do aleitamento materno exclusivo.</p>
<p>CORRÊA, C. C. <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Interferência dos bicos ortodônticos e convencionais no sistema estomatognático: revisão sistemática</p>	<p>CL: Devido à escassez de trabalhos sobre o assunto, além do baixo rigor metodológico, não foi possível concluir a existência de diferenças quanto às consequências ocasionadas por bicos convencionais e ortodônticos de chupetas e/ou mamadeiras no sistema estomatognático.</p>
<p>DOGRAMACI & ROSSI-FEDELE (2016)</p>	<p>Establishing the association between nonnutritive sucking behavior and malocclusions A systematic review and meta-analysis</p>	<p>CL: Existe alto nível de evidência da associação entre a sucção não nutritiva e o desenvolvimento de má oclusão na dentição decídua. Nessa dentição, a chupeta foi associada a um risco maior de desenvolver a maioria das más oclusões quando comparadas com a sucção digital. Na dentição mista, uma história de sucção digital acarreta um risco maior de desenvolver mordida cruzada posterior e aberta anterior. Embora uma má oclusão tenha etiologia multifatorial, os pais e cuidadores devem ser informados sobre os riscos odontológicos da sucção sem finalidade nutritiva.</p>
<p>JAAFAR, S. H. <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding</p>	<p>CL: O uso de chupeta em lactentes saudáveis a termo, iniciado desde o nascimento ou após o estabelecimento da lactação, não afetou significativamente a prevalência ou duração do aleitamento materno exclusivo e parcial até os quatro meses de idade. Evidências para avaliar as dificuldades enfrentadas pelas mães que optaram pelo desmame precoce e o efeito a longo prazo da chupeta na saúde dos bebês são escassos.</p>

	(Review)	
MEDEIROS, R. (2018)	Malocclusion prevention through the usage of an orthodontic pacifier compared to a conventional pacifier: a systematic review	CL: As evidências atualmente disponíveis são insuficientes para apoiar o conceito de que o uso de chupetas ortodônticas é capaz de prevenir má oclusão quando comparada ao uso de chupetas convencionais. Porém, observou-se que existe uma maior prevalência de má oclusão entre crianças que usaram chupeta, independentemente do seu formato, quando comparadas às crianças sem esse hábito. CD: Embora as chupetas sejam amplamente utilizadas e comercializadas com um design semelhante a um mamilo, para reduzir o risco de má oclusão, há apenas um pequeno número de estudos que compararam os dois tipos de chupeta.
SCHMID, K. M. <i>et al.</i> (2018)	The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review	CL: Não existe evidência de alto nível sobre o efeito dos hábitos de sucção nas estruturas orofaciais. Há evidências moderadas de que o uso de chupeta está associado à mordida aberta anterior e à mordida cruzada posterior, afetando o desenvolvimento harmonioso das estruturas orofaciais. É sugerido que as chupetas funcionais/ortodônticas reduzem a prevalência de mordida aberta quando comparadas às convencionais, mas são necessárias evidências sobre os efeitos na mordida cruzada posterior. Ensaio clínico randomizado bem desenhado são necessários para analisar adequadamente os efeitos da chupeta nas estruturas orofaciais.

Quadro 14 – Informações sobre Traumatismo Dentário

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
ARRAJ, G. P.; ROSSI-FEDELE, G.; DOĞRAMAC, E. J. (2019)	The association of overjet size and traumatic dental injuries—A systematic review and meta-analysis	CL: Há uma associação significativa entre aumento da sobressaliência (overjet) e lesões dentárias por traumatismo. A razão de chances varia de acordo com a faixa etária, estágios da dentição e limites de overjet diferentes. Para uma criança na dentição decídua, o overjet que apresenta risco de trauma é maior ou igual a 3 mm. Na dentição mista, o limiar é um overjet maior ou igual a 5 mm. CD: Fatores etiológicos comuns associados a uma sobressaliência aumentada incluem sucção não nutritiva, interposição labial ou relação esquelética de Classe II.
CORRÊA-FARIA, P. <i>et al.</i> (2016)	Clinical factors and socio-demographic characteristics associated with dental trauma in children: a systematic review and meta-analysis	CL: Este estudo confirmou a associação entre lesões dentárias traumáticas na dentição decídua e aumento de overjet, cobertura labial dos dentes superiores e gênero (masculino). CD: Lesão dentária traumática é um problema frequente, especialmente entre crianças em idade pré-escolar, com repercussões estéticas, físicas e psicológicas e impacto negativo na qualidade de vida. Fatores predisponentes para lesões traumáticas incluem aspectos orais, determinantes ambientais e comportamento humano. Estudos também relatam que idade, cárie dentária e má oclusão, como aumento da sobressaliência, estão significativamente associadas com lesões dentárias por trauma.
		CL: A promoção da saúde é um processo sociopolítico que propõe a adoção de hábitos e estilos de vida

FELDENS, C. A. <i>et al.</i> (2016)	Risk factors for traumatic dental injuries in the primary dentition: concepts, interpretation, and evidence	saudáveis nos níveis individual e coletivo, envolvendo inclusive a criação de ambientes seguros. É importante mapear situações de risco na comunidade e participar do controle social e medidas de prevenção de acidentes. A implementação de programas e estratégias de promoção da saúde envolve a compreensão dos fatores associados ao desequilíbrio no processo saúde-doença. A evidência disponível demonstra que o overjet acentuado é inegavelmente um fator de risco significativo, enquanto o papel das características socioeconômicas é contraditório. Fatores comportamentais, como amamentação, alimentação com mamadeira e uso de chupeta podem estar associados às lesões dentárias traumáticas. Como tais comportamentos podem ser efetivamente direcionados por estratégias preventivas, seu efeito sobre a ocorrência das lesões por trauma deve ser investigado em futuros estudos de coorte.
GOSWAMI, M.; RAHMAN, B.; SINGH, S. (2020)	Outcomes of luxation injuries to primary teeth- a systematic review	CL: A revisão enfatiza a necessidade de atenção especial exigida para crianças que sofrem lesões por luxação dos dentes decíduos em idades precoces (até 5 anos). Lesões devido à queda e colisão são as mais comuns e monitoramento é o tratamento indicado para a maioria dos dentes luxados. A obliteração do canal pulpar, a necrose pulpar e a perda dentária por trauma são complicações prevalentes observadas após a luxação. Devido a danos irreversíveis no momento do trauma, descoloração branca, amarela ou marrom-acastanhada do esmalte e hipoplasia de esmalte são as sequelas indesejáveis mais comuns nos dentes permanentes.
MAGNO, M. B. <i>et al.</i> (2019)	The relationship of previous dental trauma with new cases of dental trauma. A systematic review and meta-analysis	CL: Uma história prévia de lesões dentárias traumáticas aumenta o risco de novos episódios de trauma. Quando o trauma dentário aparece no consultório odontológico, medidas preventivas devem ser adotadas a fim de evitar novos casos, diminuindo a chance de maiores consequências para crianças e adolescentes.

Quadro 15 – Informações sobre o Uso do Flúor

AUTORIA/ANO	TÍTULO	CONCLUSÕES (CL) E CONSIDERAÇÕES (CD)
ACOSTA, C. M. G. <i>et al.</i> (2020)	The use of fluorides in children under 5 years old. Evidence. Bibliographic review	CL: O uso de cremes dentais fluoretados pode ser implementado como uma medida preventiva para reduzir a prevalência da doença cárie em crianças menores de 5 anos. CD: O conhecimento dos pais de crianças menores de 5 anos a respeito de higiene bucal e uso do flúor é insuficiente. A recomendação é utilizar creme dental fluoretado, em pequena quantidade, assim que erupcione o primeiro dente na boca.
VIEIRA, T. I. <i>et</i>	Does flavoured dentifrice increase fluoride intake	CL: Há evidência de que o flavorizante do dentifrício não aumenta a ingestão de flúor por crianças menores de 4 anos. CD: A supervisão pelos pais durante a escovação deve ser encorajada, aplicando na escova uma quantidade de

<i>al.</i> (2018)	compared with regular toothpaste in children? A systematic review and meta-analysis	creme dental equivalente a um grão de ervilha.
WALSH, T. <i>et al.</i> (2019)	Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries (Review)	CL: Após revisão, foram confirmados os benefícios do uso do creme dental fluoretado na prevenção da cárie quando comparado ao não fluoretado. Apesar disso, as evidências sobre o efeito das diferentes concentrações de flúor são mais limitadas. CD: a maioria dos estudos não mediu os efeitos prejudiciais da ingestão do creme dental em crianças menores de 6 anos.

Quadro 16 – Recomendações Gerais contidas nos Guidelines AAPD

AUTORIA/ANO	TÍTULO	INFORMAÇÕES RELEVANTES
AAPD 2016	Perinatal and Infant Oral Health Care	<p>Cuidados de saúde bucal para mulheres grávidas e lactantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O período entre o quinto e sétimo mês de gestação é um momento oportuno para educar e realizar tratamento dentário em mulheres grávidas. A visita de pré-natal odontológico fornece um momento de aprendizado, que deve incluir orientações sobre dieta (qualidade e quantidade adequadas de nutrientes para a futura mãe e para o feto, em pequenas porções durante o dia); informações sobre o processo de cárie e desejos alimentares que podem aumentar o risco de cárie da mãe, higiene oral adequada (creme dental com flúor e fio dental); suporte ao aleitamento exclusivo e posteriormente, complementado com outros alimentos por um período de um ano ou mais, além de ser realizado um exame oral abrangente, seguido de profilaxia dentária e tratamento durante a gravidez. Esse tratamento odontológico durante gravidez pode incluir radiografias dentárias com avental de chumbo e anestésico local, seguros em todos os trimestres, especialmente no segundo. Devido a um possível desconforto da gestante, o tratamento eletivo às vezes pode ser adiado até após o parto. <p>Cuidados de saúde bucal para o bebê:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os pais devem ser encorajados estabelecer um cuidado domiciliar odontológico para bebês por volta de 12 meses de idade ou antes, que inclui o seguinte: visita inicial que inclua histórias dentais (pais e bebês), uma análise bucal completa, desenvolvimento dentário adequado à idade e demonstração de higiene bucal. - A avaliação de risco de cárie para bebês determina o risco relativo da doença dentária e permite a instituição de estratégias apropriadas, a definição de um plano de acompanhamento. Seu objetivo é prevenir doenças, identificando e minimizando fatores causais (por exemplo, hábitos alimentares, acúmulo de placa, falta de flúor tópico ou sistêmico, uso frequente de medicamentos contendo açúcar) e otimizar os fatores de proteção (escovação dos dentes duas vezes ao dia, com a quantidade adequada de creme dental fluoretado, do tamanho

		<p>de um grão de arroz; análise da dieta e aconselhamento para reduzir o consumo de produtos e bebidas contendo açúcar e o uso de mamadeira).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo e cárie em bebês e crianças pequenas: a CPI representa um maior risco de desenvolvimento de novas lesões de cárie, tanto na dentição decídua quanto na permanente, internações e visitas ao pronto-socorro, altos custos de tratamento, perda de dias letivos, capacidade diminuída de aprender e redução na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. - Aconselhamento sobre prevenção a traumas orofaciais. - Aconselhamento sobre erupção dentária, quando há desconforto, irritabilidade e salivação excessiva. O tratamento dos sintomas inclui analgésicos orais e mordedores refrigerados para o bebê. O uso de anestésicos tópicos em géis ou pomadas par alívio de dentição, deve ser evitado devido à potencial toxicidade desses produtos em bebês. • Discussão sobre inserção atípica do freio lingual ou labial, podendo estar associada a problemas com a amamentação. Em alguns casos, a frenuloplastia ou frenectomia pode ser uma abordagem bem-sucedida para facilitar a amamentação. Contudo, há uma necessidade de mais pesquisas baseadas em evidências para determinar as indicações para o tratamento. • Aconselhamento sobre hábitos orais não nutritivos (sucção de dedo ou chupeta, bruxismo, interposição de língua) que pode aplicar forças aos dentes e às estruturas alvéolo-dentais. É importante discutir a necessidade de remoção desses hábitos antes da má oclusão ocorrer.
AAPD 2018	Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents	<ul style="list-style-type: none"> - Quanto mais precoce for a primeira visita ao dentista, antes do primeiro ano de vida, melhor se estabelece um cuidado odontológico doméstico, que servirá de base para uma vida inteira de educação preventiva e saúde bucal, diminuindo a necessidade curativa no futuro. Essa conduta é mais eficaz e menos dispendiosa quando comparada ao atendimento odontológico prestado em situações emergenciais ou em nível hospitalar. - Dentistas podem melhorar a saúde geral das crianças não apenas tratando doenças dentárias, mas também proativamente reconhecendo o abuso infantil, prevenindo lesões traumáticas por meio de orientação antecipatória, prevenção da obesidade por aconselhamento dietético e monitoramento do estado de peso, a avaliação do status de imunização e marcos de desenvolvimento para possíveis atrasos, bem como fazer o encaminhamento apropriado para mais avaliações com relação ao desenvolvimento neurológico infantil. - A periodicidade do acompanhamento odontológico é baseada nas necessidades individuais do paciente e nos indicadores de risco, além dos achados clínicos e radiográficos. Cada faixa etária, bem como cada criança individualmente, tem necessidades de desenvolvimento distintas e a avaliação deverá ser em intervalos específicos, como parte de um acompanhamento abrangente. Nos retornos, a avaliação abrange: saúde geral e crescimento; dor; tecidos moles intra e extraorais; articulações temporomandibulares; higiene bucal (na primeira infância, é de responsabilidade dos pais) e saúde periodontal; tecidos duros intraorais; desenvolvimento da dentição e oclusão (intervenção precoce se houver necessidade); risco de cárie e comportamento da criança.

		<p>- A etiologia da cárie dentária é multifatorial e complexa, sendo que a avaliação do risco envolve uma combinação de fatores, incluindo dieta, exposição ao flúor, suscetibilidade do hospedeiro e análise da microflora, além de considerar como esses fatores interagem com fatores sociais, culturais, comportamentais e aspectos políticos, psicológicos e ambientais.</p> <p>- Hábitos orais (sucção não nutritiva digital e de chupeta; bruxismo; deglutição atípica; interposição lingual; comportamento auto lesivo, como morder lábios e bochechas) podem gerar forças para dentes e estruturas dento alveolares, alterando a oclusão e o desenvolvimento facial, de acordo com sua frequência, intensidade e duração. Visitas odontológicas precoces informam sobre os potenciais efeitos imediatos e a longo prazo dos hábitos no complexo craniofacial e devem encorajar os pais a ajudarem seus filhos na interrupção dos hábitos de sucção aos três anos ou menos. O dentista deve encaminhar a criança para outros profissionais como psicólogos (modificação de comportamento), ortodontista (terapia com aparelhos bucais) e/ou otorrinolaringologistas (avaliação da respiração).</p> <p>- Durante a primeira infância, o aconselhamento deve focar na amamentação, uso de mamadeira ou copo anti-derramamento, preocupações com as mamadas noturnas, frequência de consumo de bebidas adoçadas (leite com açúcar, suco de frutas ou de caixinha, refrigerantes) e lanches, além de dietas especiais. O consumo excessivo de carboidratos, gorduras e sódio contribui negativamente para a saúde sistêmica.</p> <p>- Trauma facial pode resultar em dentes fraturados, deslocados ou perdas dentárias, com efeitos negativos funcionais, estéticos e psicológicos nas crianças. Inicialmente, discussões devem aconselhar sobre brinquedos, chupetas, assentos de carro e cabos elétricos.</p>
AAPD 2019	Management of the Developing Dentition and Occlusion in Pediatric Dentistry	<p>- Estágios de desenvolvimento da oclusão:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dentição decídua: começa na primeira infância, com a erupção do primeiro dente, geralmente cerca de seis meses de idade, e se completa aproximadamente aos três anos, quando todos os dentes decíduos estão erupcionados, seguindo estável até por volta de seis anos de idade. 2. Dentição mista: de aproximadamente seis a 13 anos de idade, iniciando com a erupção do primeiro dente permanente, permanecendo dentes decíduos e permanentes na boca. 3. Dentição do adolescente: Todos os dentes permanentes estão na boca, segundos molares permanentes podem estar erupcionados ou em erupção, e os terceiros molares não surgiram. 4. Dentição adulta: Todos os dentes permanentes estão presentes. <p>- Os hábitos orais podem aplicar forças negativas aos dentes e estruturas dento alveolares. Hábitos de alta frequência, duração e intensidade podem estar associados a deformações esqueléticas e/ou dentárias, como aumento da projeção maxilar, sobremordida, mordida aberta, mordida cruzada posterior ou altura facial aumentada. A sucção não nutritiva de longo prazo (uso de chupeta, chupar dedo) tem sido associada com mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior, sendo que a sua remoção é recomendada por volta dos 36 meses de idade ou menos.</p> <p>- Diagnóstico precoce e tratamento bem-sucedido de más oclusões podem ter benefícios de curto e longo prazo,</p>

		ao mesmo tempo em que atinge os objetivos de harmonia oclusal, melhora a função e a estética dento facial.
AAPD 2020	Management Considerations for Pediatric Oral Surgery and Oral Pathology	<p>- Anquiloglossia (língua presa) e freio labial superior restritivo têm sido implicados em dificuldades da amamentação, articulação incorreta da fala, formação de cárie, recessão gengival e interferências no crescimento esquelético. Estudos têm mostrado diferenças nas recomendações de tratamento entre pediatras, otorrinolaringologistas, consultores de lactação, fonoaudiólogos e cirurgiões dentistas. As indicações e o momento oportuno do tratamento cirúrgico permanecem controversos devido à falta de consenso a respeito dos aspectos anatômicos e critérios de diagnóstico para grau de restrição e impacto relativo no crescimento, desenvolvimento, alimentação ou função motora oral.</p> <p>- Cistos palatinos e gengivais estão tipicamente presentes em 85% dos recém-nascidos e se apresentam como nódulos ou pápulas assintomáticos, de um a três milímetros, lisos, de aparência esbranquiçada e preenchidos com queratina. Os cistos palatinos incluem pérolas de Epstein (na rafe palatina mediana, como resultado de remanescentes epiteliais presos ao longo da linha de fusão das metades palatinas) e nódulos de Bohn (remanescentes do epitélio da glândula salivar e geralmente são encontrados nas faces vestibular e lingual da crista, longe da linha média). Cistos gengivais do recém-nascido ou da lâmina dentária são encontrados nas cristas dentárias, vistos bilateralmente na região dos primeiros molares decíduos, resultantes de remanescentes da lâmina dentária. Nenhum tratamento é necessário, pois esses cistos geralmente desaparecem durante os primeiros três meses de vida.</p> <p>- O cisto de erupção é um cisto de tecido mole que resulta de uma separação do folículo dentário da coroa de um dente em erupção. O acúmulo de fluido ocorre dentro deste espaço folicular criado. Os cistos de erupção são mais comumente encontrados em região dos molares inferiores nos bebês. A cor dessas lesões pode variar de preto-azulado ou marrom, dependendo da quantidade de sangue no fluido cístico. O sangue é secundário a um trauma e se for intenso, essas lesões cheias de sangue às vezes são chamadas de hematomas de erupção. Geralmente o dente irrompe através da lesão e nenhum tratamento é necessário. Se o cisto não romper espontaneamente ou a lesão se tornar infectada, a região gengival mais superior do cisto pode ser aberta cirurgicamente.</p> <p>- Dentes natais foram definidos como aqueles presentes no nascimento, e os dentes neonatais são aqueles que irrompem durante os primeiros 30 dias de vida. A ocorrência de dentes natais e neonatais afetam mais frequentemente os incisivos decíduos inferiores. Na maioria dos casos, são dentes da série normal da dentição decídua. Embora existam muitas teorias sobre o motivo dos dentes irromperem prematuramente, atualmente nenhum estudo confirma uma relação causal com qualquer uma das teorias propostas. A posição superficial do germe dentário associado a um fator hereditário parece ser a possibilidade mais aceita. Se o dente não é excessivamente móvel ou não cause problemas no aleitamento, deve ser preservado e mantido, se possível. O monitoramento próximo é indicado para que o dente permaneça estável, sem risco de aspiração. A doença de Riga-Fede é uma condição causada pelo dente neonatal esfregando a superfície ventral da língua durante a alimentação, levando à ulceração. Falha em diagnosticar e tratar adequadamente esta lesão pode resultar em</p>

		<p>desidratação e ingestão nutricional inadequada para o lactente. O tratamento deve ser conservador e focar no arredondamento das bordas incisais. Se o tratamento conservador não corrigir a condição, a extração é o tratamento de escolha. Uma consideração importante ao decidir extrair um dente neonatal/natal é o potencial para hemorragia por deficiência de vitamina K. Antes do procedimento, é essencial verificar se o bebê recebeu uma dose de vitamina K logo após o nascimento (dentro de 6 horas de nascimento).</p> <p>- A mucocèle é uma lesão comum em crianças, resultante da ruptura do ducto de uma glândula salivar menor excretora, com subsequente vazamento de mucina para o tecido conjuntivo e, posteriormente, pode ser envolvida por uma cápsula de tecido fibroso. A maioria das mucocèles são azuladas, como inchaços translúcidos flutuantes, bem circunscritas, firmes à palpação, embora lesões mais profundas e de longa duração possam variar de cor normal à superfície esbranquiçada queratinizada. Mucocèles são mais frequentemente observadas no lábio inferior, geralmente lateral à linha média, mas podem surgir também na mucosa bucal, superfície ventral da língua, região retromolar e assoalho da boca (recebe o nome de rânula). São lesões de curta duração que explodem espontaneamente, deixando úlceras superficiais, que cicatrizam em poucos dias. Trauma mecânico local na glândula salivar menor geralmente é a causa da ruptura. Muitas lesões, no entanto, requerem tratamento para minimizar o risco de recorrência.</p>
--	--	--

4.3 Síntese do conhecimento

Os textos em linguagem científica foram adaptados para linguagem simples, agrupados por tema em quadro único e subdivididos em tópicos.

Quadro 17 – Informações para construção da Caderneta

TEMA	TÓPICOS
Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê	<p>Seja bem-vinda ao seu Pré-Natal Odontológico! Você sabe o que é isso?</p> <p>Durante a gravidez, é muito importante que a mulher tenha um acompanhamento com vários profissionais de saúde, inclusive o dentista, para apoiar na melhora desses fatores quando for preciso, prevenindo complicações enquanto está grávida e durante o parto.</p>

<p>começa pela boca da mamãe!</p>	<p>Os cuidados com a saúde da boca vão influenciar na saúde de todo o corpo da grávida e do seu bebê, que ainda está em formação! Muitos mitos e crenças sobre o tratamento dos dentes passam de geração em geração e precisam ser conversados e esclarecidos! Por isso, é importante que a grávida procure um serviço de atendimento odontológico, sentindo-se mais segura para cuidar do seu sorriso e de sua saúde em primeiro lugar!</p> <p>Lembre-se:</p> <p>O seu bem-estar, futura mamãe, e o do seu bebê dependem de muitas coisas: doenças, medo e ansiedade, condições de vida (moradia e emprego, acesso a transporte, relação familiar) e tempo para se cuidar! Qualidade de vida é tudo o que faz bem para o corpo e a mente, envolvendo até o contato com pessoas queridas e profissionais que cuidem de todos os aspectos da gestação, inclusive da saúde bucal!</p> <p>O dentista vai conversar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uma alimentação balanceada, saudável, para a grávida e seu bebê, em pequenas porções durante o dia e discutir sobre como os “desejos alimentares” podem aumentar o risco de doenças. - Uma boa nutrição durante o período pré-natal e uma alimentação saudável da família no período da primeira infância podem influenciar na experiência de cárie da criança no futuro! - Como fazer uma higiene bucal adequada aos aspectos vividos (como diminuir os enjoos na hora de escovar os dentes, por exemplo), usando creme dental com flúor e fio dental. - Também é importante saber que o flúor ingerido pela grávida em forma de vitaminas não vai fazer efeito prevenindo a cárie dentária no seu bebê, que ainda está em formação dentro da barriga. O uso correto do flúor é aquele na pasta de dente, depois do nascimento da criança, durante a escovação dos dentes presentes na boca. - Como acontece a doença cárie, as doenças da gengiva e do osso que fica em volta dos dentes, podendo afetar todo o organismo da grávida, além do risco de interferir de alguma maneira em complicações da gravidez, como parto antes do tempo previsto e baixo peso do bebê ao nascer. Outras condições podem aparecer, como o chamado granuloma piogênico (uma massa de gengiva), hiperplasia (inchaço) gengival, candidíase oral (fungo), mordida na bochecha e aftas. Estresse e ansiedade durante a gravidez contribuem para uma piora na higiene oral, podendo aumentar o aparecimento de problemas bucais. - Segurança do tratamento odontológico durante a gravidez, com limpeza dos dentes, aplicação de flúor e planejamento do tratamento, de acordo com a avaliação da boca. Quando a grávida não tem dor nem infecção, mas precisa fazer procedimentos mais demorados, como alguns tipos de cirurgia ou caso a mulher tenha o desejo de mudar a estética da boca, pode ser recomendado esperar um momento mais adequado após o parto. - Expectativas, mitos e aspectos sobre o aleitamento materno exclusivo até 6 meses, esclarecendo qual é o seu efeito no desenvolvimento do rostinho do bebê, na posição dos dentes, na fala e na respiração pelo narizinho. <p>Você sabia???</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tratamento odontológico durante gravidez, a mulher pode fazer radiografias dos dentes, com avental de chumbo protegendo mãe e bebê!
-----------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - O dentista também pode usar uma anestesia apropriada, segura e essencial para a grávida não sentir desconforto durante o tratamento. O mais importante é cuidar de todos os focos de infecção da boca e tratar as doenças da gengiva, que podem influenciar na saúde da grávida e no desenvolvimento do bebê. - Aconselhar mulheres grávidas, mães ou outros cuidadores de crianças com até um ano de idade sobre alimentação e higiene da boca pode diminuir o risco de o bebê ter a cárie da primeira infância!
Amamentação	<p>O bebê nasceu! E agora? Aqui você conhecerá os cuidados nos primeiros dois aninhos de vida que podem influenciar na saúde da boca.</p> <p>Esse é o período mais importante para o crescimento e desenvolvimento da criança, porque além de ganhar peso e altura, ela começa a interagir com pessoas e o espaço em que vive, aprendendo a fazer cada dia uma coisa nova! O bebê começa recebendo o leite materno, depois passa a sustentar a cabeça, aprende a mastigar alimentos amassados e picados, a pegar objetos, sentar, engatinhar, ficar de pé, andar e falar!</p> <p>Vamos falar primeiro de Amamentação?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A amamentação tem um papel muito importante na saúde da criança, diminuindo a chance de ter doenças e a mortalidade infantil. - Quanto mais cedo iniciar a amamentação, de preferência na primeira hora de vida do bebê, melhor! - É recomendado oferecer o peito em livre demanda, ou seja, sempre que o bebê quiser, até os 6 meses de vida, de maneira exclusiva! Quer dizer que nenhum outro tipo de alimento precisa ser dado nessa fase, nem mesmo água nas regiões secas e quentes, pois o leite materno possui tudo o que o bebê precisa para se hidratar. Seu bebê é esperto e em dias muito quentes, poderá mamar com mais frequência para matar a sede. - Amamentar é econômico, faz bem para a sua saúde e para a saúde do bebê, ajudando no seu desenvolvimento e criando um vínculo de afeto e amor. - Cada mulher e para cada filho, a experiência de amamentar é única e nem sempre é fácil, principalmente nos primeiros dias após o nascimento, e para as mães de primeira viagem. Exige paciência, informação e muito apoio! <p>Receitas para aumentar o leite!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nenhuma comida ou bebida aumenta ou diminui a produção de leite materno, nem causa cólicas no bebê. É importante para você, mulher que amamenta, beber muita água e descansar. Para isso, a família e os amigos podem ser aliados para dividir tarefas domésticas e para dar todo o apoio que for da sua necessidade e do seu desejo. - Para o leite descer e a produção se ajustar com as necessidades de cada bebê, é preciso que ele estimule o peito sugando! Todo leite materno é adequado e cada mãe produz a qualidade necessária de calorias, nutrientes, vitaminas, sais minerais, anticorpos, água e todos os outros componentes para o sustento do seu bebê. Não existe leite fraco! - Para evitar problemas na amamentação, é preciso cuidar para que a posição e a pega (encaixe da boca do bebê no peito) sejam adequadas: apoiar o peito com a mão em forma de “C” para colocar o mamilo na boca do bebê; remover roupa, tecidos ou sua própria

	<p>mão entre a boca do bebê e seu peito; rosto e corpo do bebê virados de frente para o seu corpo. Existem diversas posições para a mulher amamentar: sentada, encostada, deitada ou em qualquer outra que seja agradável, familiar e mais adequada para mãe e bebê. Na pega correta, a boca do bebê fica bem aberta, com os lábios virados para fora (boca de peixinho) e o queixo encostado no peito.</p> <p>Dicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se o peito estiver muito cheio, é preciso retirar um pouco de leite antes de colocar o bebê para mamar, facilitando a pega. - Amamentar não causa dor se a pega e a posição estiverem boas! - Você precisa dar um tempinho para o bebê sugar em um peito antes de passar para o outro, se ele quiser continuar mamando. - Fique atenta! Quando o bebê quer mamar, ele dá sinais de fome: abre a boca virando a cabeça como se estivesse buscando o peito, fica agitado, coloca as mãos na boca e, quando está muito nervoso e com muita fome, chora! <p>Você sabe o que pode prejudicar a amamentação?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar outros leites ou fórmulas infantis para “complementar” o leite materno desnecessariamente, dar alimentos sólidos ou pastosos antes dos 6 meses de idade, oferecer mamadeira ou chupeta, fumar durante a amamentação, usar medicamentos por conta própria e ingerir qualquer bebida alcoólica! - Algumas dificuldades no início da amamentação podem também influenciar na amamentação exclusiva: ingurgitamento mamário (peito empedrado), fissuras mamilares (rachaduras no mamilo, o bico do peito) e mastite (inflamação com febre). Se isso acontecer, procure ajuda de profissionais capacitados ou do Banco de leite da sua região! <p>Sobre desmamar</p> <ul style="list-style-type: none"> - O desmame não deve ser forçado e pode acontecer naturalmente depois dos 2 anos de idade, quando a criança começa a: - Mostrar um menor interesse pelas mamadas; - Aceitar alimentos variados; - Ter segurança na relação com a mãe e aceitar outras formas de consolo que não o peito; - Ficar tranquila em não ser amamentada em certas ocasiões ou locais; - Dormir sem mamar no peito e preferir brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar. <p>Se a mulher precisar ou quiser desmamar a criança antes dela estar madura para isso, é preciso ter muita paciência e compreensão, sem tentar alterar o sabor do leite ou fazê-la rejeitar o peito.</p>
A amamentação, os dentinhos e os	<p>A face tem muitos ossos, nervos e músculos que precisam crescer em equilíbrio para o bebê realizar direitinho as funções de sugar, mastigar, engolir, falar e até respirar! O reflexo de sugar é a primeira atividade muscular realizada pelo recém-nascido e a amamentação vai ajudar tanto na harmonia dessas funções como no encaixe dos dentes de leite na mordida. Quanto mais tempo o bebê mamar no peito, maiores serão os benefícios no desenvolvimento do rostinho dele, além de diminuir o risco de doenças respiratórias e gastrointestinais.</p> <p>Você sabia?</p>

Hábitos de Sugar	<p>- A oclusão é uma relação de encaixe entre ossos e dentes na mordida, que pode sofrer alterações durante o crescimento por muitas causas. Uma delas pode estar associada ao pouco tempo de amamentação, menos de seis meses exclusivamente, aumentando assim a chance de ter os dentes de leite mal encaixados!</p> <p>- Além disso, a alimentação com mamadeira exige menos esforço do bebê para conseguir o leite, atrapalhando o bom desenvolvimento muscular.</p> <p>- Outros hábitos de sugar sem finalidade de nutrição também prejudicam o crescimento dos ossos da face.</p> <p>O que acontece quando o bebê chupa o dedo ou usa chupeta? Esses hábitos podem causar problemas de encaixe (má oclusão) tanto nos dentes de leite como nos dentes definitivos, aqueles que são chamados de permanentes.</p> <p>- Outras manias como roer as unhas, morder objetos, bochechas ou lábios na infância também podem aumentar o risco de acontecer uma má oclusão, dependendo de como são realizadas, por quanto tempo e sua intensidade.</p> <p>- O uso da chupeta pode ser um fator de risco para diminuir o tempo da amamentação exclusiva.</p> <p>- Independente do formato do bico, se parece ou não com o mamilo materno, o uso da chupeta pode estar associado à uma mordida aberta anterior (quando os dentes da frente não se encostam, mesmo a boca estando fechada) e à mordida cruzada posterior (quando os dentes do fundo se encaixam ao contrário, porque o céu da boca está fundo e estreito), afetando o desenvolvimento harmonioso do rostinho da criança.</p> <p>- A chupeta pode oferecer um risco até maior de desenvolver a maioria dos problemas de mordida nos dentes de leite, quando comparada com o hábito de sugar o dedo.</p> <p>- Você, papai, mamãe ou pessoa que cuida, precisa ajudar sua criança a parar com esses hábitos de sugar no máximo até os três anos. Quanto antes, melhor!</p>
Alimentação	<p>A alimentação complementar é um processo que começa quando o leite materno (ou fórmula infantil) é complementado por outros tipos de alimentos e bebidas, geralmente aos 6 meses de vida, e finaliza quando a criança passa a ter contato total com os alimentos da família, por volta dos dois anos.</p> <p>Conhecer novos alimentos é uma tarefa de muito aprendizado, tanto para a criança como para toda a família!</p> <p>A primeira infância (até os três anos de idade) é o momento oportuno para estabelecer preferências e hábitos alimentares saudáveis ao longo da vida.</p> <p>É muito importante nesse momento a criança se familiarizar com os alimentos, tendo contato com eles várias vezes, de formas diferentes, para sentir seu sabor, sua consistência e até observar sua aparência.</p> <p>Os pais ou quem cuida da criança são modelos para que ela possa ter uma alimentação saudável, porque tudo o que ela observa em quem está próximo a ela, estimula a curiosidade e o “querer fazer igual”.</p> <p>- Comer vegetais (legumes, verduras, frutas, tubérculos) pode proteger os adultos contra obesidade, diabetes, doenças do coração e da circulação e alguns tipos de câncer.</p>

- Para isso, o ideal é dar vegetais aos bebês todos os dias, um tipo diferente a cada dia, mas repetir o mesmo vegetal depois de um intervalo. Você pode mostrar primeiro como são os vegetais, explicando seu nome, suas cores, formatos, sabores e cheiros, comendo também e dando para outras crianças próximas (se houver), para o bebê observar.

Se a criança perceber que só ela come um tipo de vegetal, com o tempo vai começar a rejeitá-lo.

- No início da introdução de novos alimentos, não é preciso ter preocupação com a quantidade que a criança come, porque o leite materno continua sendo o principal alimento. A criança vai aceitar muito pouco por vez e pode até querer apenas experimentar a comida ou a fruta. Conforme ela for crescendo e se desenvolvendo, essa quantidade aumenta e, por isso, você precisa respeitar o tempo e a individualidade da sua criança.

Como fazer?

- Não use o liquidificador, mixer ou peneira, deixando tudo líquido e sem reconhecer o sabor de tudo o que foi misturado! A consistência adequada é mais firme, aquela que não escorre da colher, que dá trabalho para mastigar, ajudando no desenvolvimento da face e dos ossos da cabeça, colaborando para uma boa respiração pelo nariz e o aprendizado da mastigação.

- Crie uma rotina de alimentação para a criança e toda a família, evitando comer nos intervalos entre as refeições e os lanches e prepare receitas variadas com diversos vegetais.

Importante!

- Não é legal a criança comer enquanto anda e brinca pela casa, assiste televisão, olha o celular, computador ou tablet. Essas distrações fazem a criança perder o interesse pela comida e se alimentar de forma automática, sem prestar atenção ao alimento. Assim, a criança pode comer demais e no futuro, acaba perdendo a capacidade de controlar a fome e a saciedade (que faz parar de comer), tendo ganho excessivo ou perda de peso, prejudicando a saúde.

Dicas

- Você pode dar carne de porco ou peixe e clara de ovo para a criança, pois não causam alergia e são boas fontes de nutrientes.

- Ofereça frutas no lugar de sucos, porque é mais saudável para a criança. A fruta tem fibras que estimulam a mastigação e ajudam no intestino, além de não precisar colocar açúcar. Até 1 ano de idade, a criança não precisa conhecer suco de frutas. Entre 1 e 3 anos, você pode dar um suco natural da fruta, sem açúcar, quando acabar a refeição, mas só se for um hábito da sua família.

- Oferecer suco faz a criança acostumar a matar a sede apenas com bebidas açucaradas ou com sabor, aumentando a chance de ter excesso de peso, cárie e diabetes.

- Não dê alimentos industrializados, com açúcar e bebidas açucaradas (sucos de pó ou de caixa, refrigerantes, achocolatados prontos) até os dois anos de idade. Esses alimentos aumentam o risco de obesidade na infância. Saiba que o leite de fórmula também tem açúcar!

- Após os 6 meses de idade, sempre ofereça água no intervalo entre as refeições. Você pode deixar um copo tampado ou garrafinha com água em um lugar que a criança alcance, principalmente se mora em uma cidade muito quente.

- Se a criança continuar mamando o leite materno após os seis meses, não precisa dar nenhum outro tipo de leite ou fórmula infantil!

	<p>Jamais esqueça! Lave suas mãos antes de preparar e oferecer alimentos para a criança e ensine que ela precisa lavar as mãozinhas também, mesmo sendo muito pequena!</p>
<p>Puericultura Odontológica: cuide do sorriso do seu bebê!</p>	<p>Quando deve ser a primeira visita do meu bebê ao dentista? - Quanto mais cedo for a primeira visita do bebê ao dentista, melhor se estabelece um cuidado com a saúde bucal em casa! Antes do primeiro ano de vida do bebê, a troca de informações entre o dentista e a família servirão de base para uma vida inteira de educação preventiva e saúde bucal, diminuindo a necessidade e o custo de tratar doenças no futuro. - A primeira visita vai incluir uma investigação da história de saúde do bebê, desde a gestação até o momento da consulta, a troca de informações sobre a rotina da família (alimentar, de práticas de lazer), a solução de dúvidas e questionamentos dos pais e cuidadores, uma análise bucal completa, incluindo o desenvolvimento dentário adequado à idade e termina com uma demonstração de higiene bucal. Para cada idade e para cada criança, as informações são únicas!</p> <p>De quanto em quanto tempo preciso voltar com meu bebê no dentista? - O intervalo de retorno ao consultório do dentista depende da necessidade de cada bebê, do risco de desenvolver doenças e da idade. Na primeira consulta, é feita uma avaliação de risco para doenças da boca, mesmo quando o bebê não tem dentes. - A avaliação dos bebês vai dizer se alguma situação que está acontecendo na vida dele naquele momento representa uma chance de causar qualquer doença da boca, permitindo assim planejar ações individuais para acompanhamento e prevenção dos problemas bucais. O objetivo da avaliação de risco é prevenir doenças!</p> <p>- Nesses retornos, o dentista vai avaliar a saúde geral e o crescimento; presença de lesões ou dor na gengiva, nas bochechas, nos lábios e dentes, como está a higiene bucal e o desenvolvimento da mordida; se tem risco de cárie ou de mau posicionamento dos dentes (alimentação e hábitos não saudáveis), além de acontecer uma evolução no comportamento do bebê, que vai se acostumando aos poucos com o ambiente da sala do dentista.</p> <p>Aconselhamento em saúde bucal para se ter boa saúde corporal! - Dentistas podem melhorar a saúde geral das crianças não apenas tratando doenças dentárias, mas também: prevenindo a obesidade, por aconselhamento e acompanhamento da alimentação da família e do peso da criança; avaliando as vacinas; percebendo algum atraso no desenvolvimento durante o crescimento; fazendo encaminhamentos para outros profissionais de saúde de acordo com a necessidade, como psicólogos (modificação de comportamento), nutricionistas (sugestões na alimentação), fonoaudiólogos (ajuda na fala e posição da língua), otorrinolaringologistas (avaliação da respiração) e outros. - Durante a primeira infância, a puericultura odontológica deve ter foco na amamentação, nos aspectos do uso de mamadeira ou copo</p>

	<p>com bico, na preocupação com o risco das mamadas noturnas, na frequência de consumo de bebidas adoçadas (leite com açúcar, suco de frutas adoçado ou de caixinha, refrigerantes) e lanches, além de alimentação com produtos industrializados. O alto consumo de carboidratos (massas), gorduras, açúcar e sal fazem mal tanto para dentes como para todo o corpo, afetando a saúde. Além disso, a higiene bucal deve fazer parte do ritual de higiene corporal.</p> <p>Nascimento dos dentinhos de leite</p> <ul style="list-style-type: none"> - O nascimento dos dentinhos de leite é um processo natural, que inicia geralmente entre 4 a 10 meses de vida do bebê e pode durar até dois anos e meio a 3 anos, coincidindo com o aparecimento de várias doenças da infância. Quando os dentes de leite começam a nascer, o bebê pode sentir algum desconforto, ficar irritado e babar muito. Além disso, as pessoas costumam associar a coceira na gengiva, um sono mais agitado, diarreia, perda da vontade de comer e, com maior frequência, a febre. - Quando o bebê estiver com febre, é muito importante garantir que a causa não seja infecções, procurando atendimento médico. - O tratamento dos sintomas pode incluir remédios para dor e febre, frutas ou mordedores gelados, massagem na gengiva para aliviar a coceira e até aplicações de laser no consultório do dentista. O uso de pomadas com anestésicos deve ser evitado, porque pode ser tóxico e sobrecarregar o fígado do bebê. <p>Como é o desenvolvimento da dentição e da mordida (oclusão)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A dentição tem algumas fases: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dentição decídua: começa na primeira infância, com o nascimento do primeiro dentinho, geralmente perto dos seis meses de idade, e se completa próximo aos três anos, quando todos os vinte dentes de leite(decíduos) estão na boca. Dessa fase até por volta de seis anos de idade, não há alterações. 2. Dentição mista: vai de aproximadamente seis a 13 anos de idade, iniciando com o nascimento do primeiro dente definitivo (permanente), ficando ao mesmo tempo dentes decíduos e permanentes na boca. 3. Dentição permanente do adolescente: Todos os dentes permanentes estão na boca, mas os terceiros molares (os famosos dentes do juízo) não surgiram. 4. Dentição adulta: Todos os dentes permanentes estão presentes. <p>Problemas de mordida (oclusão):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante todos esses períodos, os hábitos usando a boca podem forçar os dentes, gengiva, ossos e músculos, causando problemas no posicionamento dos dentes e no crescimento de todo o rosto. - Quanto mais cedo esses hábitos forem interrompidos, menores serão as chances de alterações na mordida. E quanto mais cedo essas alterações forem identificadas e tratadas, melhores serão os resultados na harmonia da mordida, na mastigação, na fala, na respiração e na estética dos dentes e da face.
	<p>Será que a língua do meu bebê é presa?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anquiloglossia é o nome para língua presa e tem causa desconhecida! A característica é de uma prega grossa e curta embaixo da

<p>Alterações comuns na boca do bebê: Vamos falar sobre isso?</p>	<p>língua, que atrapalha os movimentos de levantar e colocar para fora, aumentando as chances de o bebê ter dificuldades na amamentação e ganho de peso abaixo do esperado no período após o parto. Além disso, pode acontecer dificuldades na articulação correta das palavras durante a época de desenvolvimento da fala, na higiene dos dentes e consequente risco maior de formação de cárie e problemas na gengiva, atrapalhar ações como lamber ou beijar e a habilidade da língua para manter os dentes limpos, podendo até mesmo interferir no crescimento do osso. A condição deve ser avaliada no período em que mãe e bebê estão na maternidade, por pediatras, otorrinolaringologistas, consultores de amamentação, fonoaudiólogos ou dentistas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A língua presa pode dificultar o posicionamento da boca do bebê no peito e causar dor ou fissuras (machucados) no mamilo da mãe, com interrupção da amamentação antes do tempo recomendado. Apesar disso, é preciso avaliar outros fatores que podem causar fissuras no mamilo, como pega incorreta e doenças não tratadas como a candidíase (“Sapinho”, um fungo que vamos conhecer também!). - Quando é necessária, a cirurgia do freio é feita por dentista ou médico, e pode melhorar esses sintomas maternos e ajudar a mulher a confiar na sua capacidade de amamentar o bebê com sucesso. Normalmente, a cirurgia do freio da língua nos bebês não apresenta complicações, mas logo após pode acontecer uma certa dificuldade na amamentação, além de sangramento e infecção. O bebê precisa ser acompanhado e a mamada reavaliada. - Na parte de cima, entre os dois dentinhos da frente, também existe uma prega chamada de freio labial superior. Em geral, nos bebês é mais grosso e curto e, ao contrário do freio da língua, vai se alterando enquanto a criança cresce. Não se sabe ao certo se esse freio realmente pode atrapalhar a amamentação, mas na dúvida, um dentista deve avaliar a mamada e o freio labial. <p>Por que a língua do meu bebê parece “tatuada”?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A língua geográfica é uma condição em que aparecem áreas atrofiadas, com formato irregular que muda de lugar em questão de horas, em cima e nas bordas laterais da língua, geralmente sem sintoma de dor e sem necessidade de tratamento. A alteração é autolimitada, ou seja, cura sozinha em dias ou semanas, mas volta em um tempo variável. As áreas atrofiadas ficam sem as papilas (pequenas saliências que fazem uma pessoa sentir os diferentes sabores), dando um aspecto de “tatuagem” na língua. Sua causa é desconhecida, mas pode existir uma história familiar ou estar associada com doenças que afetam o sistema imunológico, a defesa do organismo (psoríase, alergias, asma). <p>O que são bolinhas brancas na gengiva e no céu da boca do meu bebê?</p> <ul style="list-style-type: none"> - São pequenos cistos lisos, esbranquiçados e estão presentes na boca da maioria dos recém-nascidos. Dependendo do lugar em que aparecem, podem receber nomes diferentes, como pérola de Epstein, nódulos de Bohn, cisto gengival do recém-nascido ou da lâmina dentária. O mais importante é saber que nenhum tratamento precisa ser feito, porque esses cistos geralmente somem durante os primeiros três meses de vida.
---	---

	<p>Por que está inchado e com bolha roxa onde vai nascer dente?</p> <p>- O chamado cisto de erupção (de nascimento) é mais comum na região dos dentes do fundo dos bebês, os molares. A cor pode variar de preto-azulado ou marrom, dependendo da quantidade de sangue entre o dentinho que está tentando nascer e a parte mais superficial da gengiva. Também pode ser chamado de hematoma de erupção, podendo aparecer após um trauma no lugar (por alimento mais duro, por morder brinquedo). Geralmente o dente nasce através dessa bolha roxa e nenhum tratamento é necessário. Se a bolha não perfurar sozinha ou for infectada por bactérias, pode ser preciso fazer uma pequena cirurgia para remover a gengiva da parte de cima do cisto ou hematoma.</p> <p>Por que apareceu uma bolinha transparente no lábio, na bochecha ou embaixo da língua do bebê e fica sumindo e voltando?</p> <p>- A mucocèle é uma lesão comum nas crianças, por causa de um rompimento na saída de saliva de glândulas presentes na boca. Parece uma bolinha transparente bem definida, firme quando apertada. Mucocèles são mais frequentes no lábio inferior, mas podem aparecer também na bochecha, na lateral da língua, atrás do último dente do fundo e até embaixo da língua (recebendo o nome de rânula). As bolinhas duram pouco tempo, porque explodem sozinhas, deixando no lugar feridas parecidas com afta, que somem em poucos dias. Muitas vezes, podem voltar a aparecer e se isso acontecer, é necessário remover com uma pequena cirurgia.</p> <p>Bebê pode nascer com dente?</p> <p>- Sim! Não se sabe ao certo o porquê dessa situação acontecer, pode ter algum fator hereditário envolvido, mas bebês podem nascer com dentes! Quando um dente já está na boca no momento do parto, é chamado de dente natal. Se aparece depois, nos primeiros 30 dias de vida do bebê, recebe o nome de dente neonatal. Normalmente, é um dente na frente, embaixo, que aparece. Se não estiver mole e não atrapalhar a amamentação, só precisa ser acompanhado. Se for muito pontudo, pode causar uma ferida embaixo da língua do bebê, por esfregar durante a amamentação, chamada de doença de Riga-Fede. Se essa ferida não for avaliada e tratada adequadamente, o bebê pode ter uma ingestão inadequada de nutrientes e inclusive desidratar. Por isso, é muito importante um dentista avaliar e lixar as bordas do dentinho, deixando arredondada, e passar alguma pomada para a ferida na língua. Em alguns casos mais sérios, pode até ser necessário remover o dentinho.</p>
Doenças que roubam o sorriso do seu bebê...	<p>Cárie da Primeira Infância</p> <p>A Cárie da Primeira Infância é uma das doenças de lento desenvolvimento e longa duração que mais afeta crianças, sendo um sério problema de saúde pública, que interfere não só na vida dos pequenos, mas das pessoas ao redor, a família e toda a comunidade. A doença cárie causa dor e problemas de sono, de aprendizado, nas funções da boca como mastigar e falar, atrapalhando o crescimento e o desenvolvimento da criança, diminuindo a qualidade de vida.</p> <p>A causa da doença cárie depende de muitos fatores, incluindo a alimentação, a higiene da boca e o uso de flúor, a capacidade de cada</p>

pessoa em desenvolver ou reagir à uma doença, o tipo e quantidade de bactérias que existem na boca, a presença de defeitos de formação na parte externa do dente, entre outros. Além disso, também precisa ser analisado como essas condições estão relacionadas com fatores sociais, culturais, de comportamento familiar, políticos, psicológicos e ambientais.

O bebê que tem algum dentinho com início de cárie pode ter uma maior chance de desenvolver cárie em outros dentes, tanto nos de leite quanto nos permanentes no futuro, além de ter maior risco de precisar de internações e visitas ao pronto-socorro por infecções na boca, altos custos de tratamento, perda de dias escolares em creches, capacidade de aprender prejudicada e pouca qualidade de vida com relação à saúde da boca.

Apesar do que foi dito, oferecer informações rígidas sobre saúde bucal, no estilo de palestras, pode até ajudar as pessoas a entenderem as doenças da boca e decidirem pela prevenção, mas esta etapa por si só não leva à uma mudança de comportamento de maneira permanente. Por isso, o aconselhamento e discussão da realidade de cada família é importante! Isso faz com que as pessoas resolvam suas dúvidas e entendam o que traz insegurança na hora de decidir sobre mudanças.

Então, como posso fazer?

Leve o bebê ao dentista o mais cedo possível!

Estratégias que podem ajudar na prevenção de doenças bucais:

- Discutir sobre os hábitos alimentares da família, inclusive o uso de mamadeiras com açúcar ou achocolatado, ajudando na saúde de todo o corpo,
- Treinar as escovações, que devem ser feitas pelo menos duas vezes ao dia, para diminuir o acúmulo de placa (sujeira) nos dentinhos,
- Orientar sobre o uso de pasta de dente com flúor, em quantidade adequada (um grão de arroz)
- Conversar sobre o uso frequente de remédios que tenham açúcar, podendo causar cárie por causa disso. Os remédios não deixam o dente fraco, isso é um mito! O açúcar neles é o problema!

Você sabia?

- Depois do segundo ano de vida, a amamentação muito frequente e principalmente durante a madrugada aumenta o risco de desenvolvimento da doença cárie, sendo indicada a sua diminuição.
- Não existe diferença no risco de desenvolver cárie para crianças que nasceram prematuras (antes do tempo) e com peso abaixo do esperado ao nascer para aquelas que nasceram no tempo certo e com bom peso. O que importa é o que vem depois!
- Se um bebê apresentar a cárie da primeira infância, podem ser necessários alguns tipos de tratamento, que vão desde a aplicação de um verniz com muito flúor até reconstruir algum dente de uma maneira mais desagradável, com uso de anestesia na boca, podendo precisar inclusive de medicação sedativa ou anestesia geral para resolver um problema maior, de acordo com a gravidade de cada caso.

Sapinho

O Sapinho é o nome mais conhecido de uma doença chamada Candidíase Bucal, causada por um fungo. Existem micróbios que vivem normalmente na boca das pessoas e o bebê pode recebê-los tanto da mãe como de outras pessoas que convivem com ele. O fungo que causa o Sapinho só faz mal ao bebê quando tem algum desequilíbrio no corpo (quando ele está doente e usa remédios por muito tempo) ou na boca (problemas com higiene). Fique atenta se aparecer uma placa branca cheia de “grumos” em cima da língua, nas bochechas, no céu da boca ou na garganta do bebê! Consulte um dentista para avaliar se ele está com Sapinho, entender a causa e tratar da maneira adequada!

Curiosidade: o fungo que causa o Sapinho gosta de ambientes mais ácidos e crianças que tem a cárie da primeira infância tem a boca mais ácida. Então, normalmente as crianças com cárie tem mais fungos na boca, com chance maior de ter problemas.

Estomatite

A chamada gengivoestomatite herpética primária é uma doença causada por um vírus e acontece geralmente em crianças entre 6 meses e 5 anos de idade, em qualquer época do ano. A criança pode ter febre, ficar sem apetite e irritada, com sono agitado, dor de cabeça e um mal-estar no corpo todo. A gengiva ao redor dos dentes começa a ficar vermelha, inchada, sangra e aparecem pequenas bolhas em vários outros lugares, como céu da boca, língua, bochechas e até na garganta. Quando essas bolhas estouram, ficam feridas parecidas com aftas no lugar, bem doloridas. Podem aparecer bolinhas até na pele da região dos lábios e embaixo do nariz. O vírus é transmitido quando se tem contato direto com a saliva ou com o líquido que sai dessas bolhas. Em casos mais leves, essa virose dura uma semana, mas se tem sintomas mais sérios, pode durar até 3 semanas! O cuidado maior é com a desidratação! É importante manter a criança sempre hidratada e sem febre, com remédios para isso. O tratamento melhora os sintomas e pode incluir desde remédios, pomadas até o uso do laser para acelerar a cicatrização e ajudar na qualidade de vida da criança, mas o vírus tem seu tempo de agir. O importante é a criança estar em acompanhamento médico ou com dentista até melhorar.

Como a gengiva fica bem inflamada, é importante manter as escovações mesmo sangrando, para não piorar a condição da saúde da boca!

Doença da mão, pé e boca

Essa virose tem esse nome por causa dos lugares do corpo em que aparecem pequenas bolhas: na boca, na palma das mãos e na sola dos pés. Quando estouram, viram feridas doloridas. Além das bolhas, a criança tem febre e esse vírus afeta mais os pequeninos, menores de 5 anos. O vírus passa de uma pessoa para outra em gotas de saliva, espirros, contato com o líquido da bolha e/ou fezes de outros doentes (que podem ou não estar com os sintomas), além de alimentos, objetos ou água contaminada. Geralmente tem época do ano certa para acontecer, na primavera e verão, quando a umidade é mais alta, pois a temperatura alta e a água da chuva podem contribuir para espalhar o vírus com mais facilidade. Geralmente se resolve sozinha, e o tratamento é só para a febre e para melhorar a

	<p>sensibilidade nas feridas. Quando se tem um surto da virose em escolas ou creches, por exemplo, funcionários precisam notificar os pais e as instituições de saúde logo no primeiro dia e tomar medidas de isolamento das crianças doentes, diminuindo a chance de contaminar outras pessoas.</p>
<p>Higiene da Boca</p>	<p>Tenho que escovar os dentes, usar pasta de dente e fio dental no meu bebê?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A partir do nascimento do primeiro dentinho, a recomendação é escovar duas vezes ao dia, com escova de cerdas macias e pasta de dente fluoretada. - Usar fio dental pode ser muito difícil para as pessoas em geral. Mesmo assim, bebês também tem dentes juntinhos, e usar o fio dental para limpar onde a escova não entra deve ser rotina, para evitar a cárie que começa escondida entre os dentes! <p>Flúor sim! Mas como devo usar?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A recomendação é usar uma pasta de dente com flúor, em pequena quantidade como um grão de arroz cru. - O uso de pastas com flúor é muito importante para diminuir a chance de crianças menores de 5 anos terem a cárie da primeira infância. - O sabor da pasta de dente infantil não aumenta a chance de a criança pequena engolir o flúor, mesmo ela não sabendo cuspir. Qualquer pasta de dente pode ser usada, inclusive a sua! Apesar disso, nos pequenos o responsável pela escovação é um adulto e, a partir do momento em que a criança vai crescendo, ainda precisa de supervisão.
<p>Trauma na dentição de leite</p>	<p>O que é importante saber?</p> <p>Machucados (lesões) na boca e nos dentes por quedas (traumas) são um problema frequente, especialmente entre crianças menores de 5 anos, podendo influenciar na estética, na alimentação, na autoestima e na qualidade de vida. Um trauma no rosto pode resultar em dentes quebrados, deslocados ou até perdidos. Aspectos sobre a segurança de brinquedos, assentos de carro, cabos elétricos e uso de chupeta devem ser conversados!</p> <p>Fique atento (a)!</p> <p>Algumas situações podem facilitar a ocorrência das lesões nos dentes, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos da boca: má oclusão (encaixe errado dos dentes), como os dentes de cima mais para frente ou sem encostar nos dentes de baixo. - Fatores do ambiente (segurança de espaços públicos e dentro de casa) - Fatores de comportamento, como o tempo de amamentação, o uso de mamadeiras e chupetas, o hábito de chupar dedo, a posição da língua entre os dentes quando a criança engole ou fala, afetam o crescimento da face e facilitam a ocorrência de lesão nos dentes. Além disso, normalmente os meninos se machucam mais do que as meninas. - Uma história de trauma anterior aumenta a chance de acontecer um novo acidente. - Quanto menor o bebê na época da queda, maior é o risco de ter problemas tanto nos dentes machucados como nos dentes

	definitivos, que estão em formação dentro do osso. Por isso, o atendimento pelo dentista depois de qualquer tipo de trauma que envolva o rosto é importante, mesmo parecendo leve. Os dentinhos de leite envolvidos precisam ser acompanhados até que caiam, pois podem sofrer dor e infecção.
--	--

4.4 Divisão das seções da caderneta

4.4.1 Estabelecimento do Índice

A caderneta foi dividida em duas principais seções: “Identificação e Orientações” e “Registros Odontológicos”, sendo dispostas da seguinte maneira:

PARTE I – Para a família

- Identificação da criança
- Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê começa pela boca da mamãe!
- Amamentação
- A amamentação, os dentinhos e os Hábitos de Sugar
- Alimentação
- Puericultura Odontológica: cuide do sorriso do seu bebê!
- Alterações comuns na boca do bebê: Vamos falar sobre isso?
- Doenças que roubam o sorriso do seu bebê...
- Higiene da Boca
- Trauma na dentição de leite

PARTE II – Para o profissional

Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê começa pela boca da mamãe!

O bebê chegou! Como foi o Parto? / Condições relacionadas à saúde

Registros Odontológicos: Primeira Consulta / Traumatismos / Consultas de Retorno.

4.4.2 Seção de acompanhamento

A rotina de retornos para acompanhamento do lactente, com a intenção de promover efetivamente saúde bucal, não tem periodicidade comum a todos e, para cada criança, o intervalo entre consultas deve ser estabelecido baseado na avaliação de risco individual a desenvolver doenças. Portanto, foram disponibilizados 24 agrupamentos de informações, correspondendo ao máximo de visitas de uma criança durante o acompanhamento de puericultura odontológica, até completar dois anos, estando presente uma vez ao mês para avaliação odontológica.

Além dos espaços de acompanhamento, foram inseridos 20 Odontogramas para anotações da condição clínica odontológica em cada consulta. A primeira consulta tem seu local de registro separado, para contextualizar a condição inicial da criança com relação aos acompanhamentos posteriores.

Tanto as informações a serem coletadas nas consultas de Pré-Natal Odontológico como nas consultas e puericultura odontológica foram baseadas nos prontuários desenvolvidos, testados e utilizados em usuários do SUS durante o programa BBClin.

Um quadro relativo ao Protocolo Bristol (*Bristol Tongue Assessment Tool*), para avaliação do frênulo lingual do recém-nascido, padronizado pelo MS na “Nota Técnica n.º 35/2018 – Anquiloglossia em recém-nascidos”, foi acrescentado ao exame clínico na primeira consulta (BRASIL, 2018).

Após a finalização, as sessões de acompanhamento apresentaram, portanto, o seguinte padrão de registro de informações:

Data: ____/____/20____.

Saúde geral: _____.

Alimentação: () Peito exclusivo () Peito complementado (frequência complemento)_____.

() Mamadeira - conteúdo e frequência diária_____.

() Fruta - frequência e consistência_____. () Suco (natural, de caixa, em pó)_____.

() Almoço () Jantar Consistência da comida_____. () Água no copo_____.

() Refrigerante () Iogurte () Outros produtos industrializados_____.

Hábitos Bucais:

() Chupeta_____ () Sucção digital_____.

() Morder objeto () Morder lábios () Sucção de língua

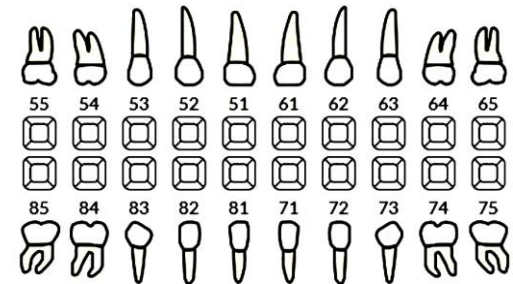
() Onicofagia () Apertamento dentário_____.

Manchas brancas ativas_____ Lesões_____.

Higiene Bucal_____.

Conduta_____.

Dentes presentes e em erupção: marcados no Odontograma.



5 DISCUSSÃO

Para um cuidado integral ser proporcionado a gestantes e cuidadores de crianças em geral, é essencial a atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde, com intervenções planejadas em equipe e oferta de uma variedade de serviços (BRASIL, 2012; ARAÚJO *et al.*, 2018; SILVA, SAVIAN & PREVEDELLO, 2020). Ações como minicursos e produção de material educativo, que promovam interação entre esses profissionais, devem ser incentivadas, pois a interdisciplinaridade aumenta a qualidade do cuidado, embasando as diretrizes e as práticas educativas em saúde (EMMI *et al.*, 2017).

Nesse contexto, a participação da Odontologia no conceito ampliado de saúde é de grande importância, pois segundo a Política Nacional de Atenção Básica, é atribuição do cirurgião dentista promover e proteger a saúde (BRASIL, 2012), sendo que a atenção odontológica nos ciclos iniciais de vida reduz significativamente a prevalência das doenças, não só bucais, além de gerar uma nova forma de pensar nos próprios profissionais e nos usuários dos serviços de saúde (GUIMARÃES, COSTA & OLIVEIRA, 2003).

Considerando a saúde bucal infantil em um contexto mundial, a recomendação para ser realizada a primeira visita ao dentista, na década de 1930, era por volta de 12 anos de idade, após a erupção completa dos dentes permanentes. Pouco tempo depois, passou a ser entre seis e sete anos. Na década de 1950, foi indicada a idade de três anos como a mais adequada para iniciar a avaliação odontológica nas crianças, quando já tivessem capacidade de compreender e cooperar em tratamentos dentários, desconsiderando o fato de que doenças bucais não discriminam idade. A recomendação atual é que o primeiro exame odontológico seja realizado no momento da erupção do primeiro dente ou, no máximo, até os 12 meses de idade. Apesar disso, deve ser considerada a precocidade no acompanhamento em saúde bucal, que possibilita a prevenção de doenças de forma simples, eficiente e de baixo custo, com orientações iniciando desde o período gestacional, envolvendo posteriormente os pais ou cuidadores das crianças durante seu crescimento e desenvolvimento (VILELA, 2017; AAPD, 2018).

Segundo revisão sistemática sobre saúde bucal e assistência odontológica a gestantes, realizada por Almario-Barrera e colaboradores em 2017, há poucos estudos publicados a partir da década de 1960. No período entre os anos de 2000 à 2009, foi percebido um aumento dobrado de trabalhos e, a partir de 2010 até 2014, triplicaram os estudos com relação à década anterior, mostrando uma maior valorização da atenção odontológica cada vez mais precoce.

Pensando nesses aspectos, foi desenvolvido no ano de 2015, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Palmas (TO), um programa de cuidado materno-infantil chamado BBClin, envolvendo o trabalho interprofissional de uma equipe de saúde da família e profissionais especialistas, contando ainda com residentes de várias áreas, todos empenhados em promover o apoio e atendimento à mulher desde a gestação, passando pelo puerpério ao acompanhamento da criança na puericultura e durante todos os outros ciclos de vida, dando suporte à toda família e à comunidade (MATOS *et al.*, 2020).

Durante os momentos de acompanhamento na puericultura interprofissional e na educação em saúde, os participantes do programa se mostravam interessados em discutir assuntos contidos na caderneta de saúde da criança, que era sempre utilizada nas avaliações por todos os profissionais e apresentada em rodas de conversa como um “manual de instruções do funcionamento infantil”. Especificamente a equipe de Odontologia, sentia necessidade da caderneta proposta pelo MS brasileiro conter mais informações sobre saúde bucal e espaço específico para registro do acompanhamento da gestante e do lactente, fato esse que motivou a construção do instrumento proposto na presente pesquisa.

Com relação às informações baseadas em evidências pesquisadas e disponibilizadas em linguagem não científica, a dinâmica envolveu a comparação dos achados entre os autores, associando suas principais conclusões com as considerações mais importantes contidas nas pesquisas. Esse sistema proporciona ao cirurgião dentista suporte adequado e seguro na discussão de dúvidas e sugestões de conduta, como por exemplo, a influência do aleitamento materno no desenvolvimento bucal, os aspectos sobre o uso de chupetas e mamadeiras, dicas para introdução alimentar do ponto de vista do fortalecimento muscular da face, o que esperar e como agir na época de nascimento dos dentes decíduos, como evitar doenças e viroses com manifestações bucais, a tranquilização do cuidador a respeito de alterações bucais não patológicas em lactentes, entre outros. Além disso, estimula a corresponsabilização do próprio público alvo em relação à aquisição de informações e conhecimento a ser aplicado no dia a dia do cuidado odontológico materno-infantil.

Considerando os aspectos apresentados sobre precocidade no acompanhamento odontológico, o padrão indicado na caderneta aponta para iniciar a abordagem de promoção de saúde ainda no período gestacional, tanto para atendimento clínico odontológico visando a manutenção da saúde bucal da própria gestante e o estímulo ao autocuidado apoiado, como para criar vínculo e proporcionar discussão a respeito dos aspectos que envolvem a saúde bucal do lactente. Para o acompanhamento por meio da puericultura odontológica, a situação

ideal indicada é que o recém-nascido seja avaliado por um cirurgião dentista nas primeiras semanas pós-parto, sendo realizadas consultas de acompanhamento posteriores com intervalos mensais, para detecção de fatores de risco às diversas condições e doenças bucais, até os 24 meses de vida.

Documentos para registro do histórico de saúde compartilhados por pais/cuidadores e profissionais, tanto da época de gestação e do recém-nascido como para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do lactente, incluindo dados sobre o estado de saúde, visitas médicas, esquema vacinal e informações educacionais, são ferramentas de monitoramento utilizadas no mundo todo, em pelo menos 163 países. O documento deve ser entregue à família para ser mantido em casa, mas sugere-se a sua integração ao sistema de informação e registros complementares mantidos em unidades de saúde (WHO, 2018).

Portanto, a utilização de um documento específico para monitorar a saúde infantil não é exclusividade do Sistema Único de Saúde brasileiro, nem tampouco um mecanismo empregado apenas em nações em desenvolvimento, como as africanas, asiáticas e latino-americanas. Países como Reino Unido, Suécia, Grécia, Portugal, França, Canadá, Japão, Austrália, Nova Zelândia e alguns estados americanos também usam ferramentas semelhantes, mostrando assim a relevância desse sistema (ARAÚJO, GOUVEIA & PEDRAZA, 2017).

Uma revisão sistemática desenvolvida por Magwood e colaboradores (2019) avaliou a eficácia de instrumentos para registros domésticos de saúde materna, neonatal e infantil, com relação à prática de autocuidado, mortalidade, morbidade e empoderamento das mulheres em países de baixa, média e alta renda, de 1950 a 2017. Os resultados mostraram impactos modestos em termos de saúde materno-infantil, incluindo melhoria no atendimento pré-natal e promovendo sentimentos de controle e empoderamento das mulheres. Apesar disso, não se observou efeito significativo sobre comportamentos não saudáveis na gravidez, como fumar e consumir de álcool. Não houve efeitos significativos sobre os resultados de saúde de recém-nascidos, mas as taxas de imunização infantil tiveram melhoria satisfatória. O design, o uso e a complexidade dos registros nesses instrumentos variam muito entre os países, mas em um mesmo país, foi observada a busca pela padronização. Não foram identificados estudos formais sobre custo ou avaliação econômica (MAGWOOD *et al.*, 2019).

Exemplos da utilização desse tipo de instrumento foram encontrados na literatura, em regiões mundiais diversas, como o uso de um manual de saúde materno-infantil promovendo o estímulo a cuidados contínuos e domiciliares, desde a gravidez até os estágios iniciais de

criação dos filhos, na zona rural de Java (Indonésia), sincronizando programas e profissionais de saúde na capacitação de famílias, que se tornam detentoras de informações e gestores da sua própria saúde (OSAKI *et al.*, 2018).

O Governo da Angola (África) desenvolveu para o período de 2012 a 2025, um Plano Nacional para o Desenvolvimento da Saúde, priorizando mulheres grávidas, bebês e crianças pequenas como população-alvo e, com o apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), pretende fortalecer o sistema de informação de saúde na coleta, processamento e análise de dados. Com essa finalidade, a Agência Japonesa de Cooperação Internacional (JICA) propôs a implementação do manual de Saúde Materno-Infantil, que é utilizado no Japão, adaptado à realidade da Angola, funcionando como um material de autoaprendizagem e com potencial para reduzir a necessidade de múltiplos registros de saúde, sendo ferramenta eficaz de acompanhamento do curso de vida infantil, voltado à assistência médica (BALOGUN, 2020).

Da mesma maneira, a distribuição de um manual de saúde foi estimulada para comunidades africanas no Quênia, envolvendo profissionais de saúde comunitários no encorajamento das mães para utilização das informações na resolução de situações cotidianas e para registrar o acompanhamento da criança. A motivação para o uso do manual focou principalmente nas mães com mais de 30 anos, que viviam na comunidade a mais tempo e tinham relacionamento mais próximo com profissionais de saúde, preferindo acessar os serviços para resolver dúvidas simples a procurar conhecimento em manuais (KAWAKATSU *et al.*, 2015).

Na Inglaterra, há serviços de acompanhamento integral para crianças desde recém-nascidas até cinco anos, por meio de visitas domiciliares, cujo foco é a promoção de saúde, com intervenções preventivas precoces e o apoio aos pais ou cuidadores. O programa conta com um manual que fornece instruções sobre assuntos variados relacionados à saúde e desenvolvimento infantil. O foco, tanto do manual como das visitas, se direciona principalmente ao crescimento ou peso da criança; desenvolvimento da visão e audição; detalhes sobre rotinas de sono e comportamento infantil (ESKYTÉ *et al.*, 2021).

Com os dados desses manuais em mãos, pais ou cuidadores e profissionais de saúde tem a oportunidade de monitorar o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, identificando precocemente situações que podem levar a consequências irreversíveis. Além disso, o uso de uma caderneta é indicador da qualidade do atendimento à criança nos serviços de saúde (ARAUJO, GOUVEIA & PEDRAZA, 2017).

Apesar da vigilância do desenvolvimento infantil estar acontecendo há mais de 30 anos no Brasil, os registros no Cartão ou Caderneta de Saúde da Criança são deficitários e irregulares. Essa questão parece não mobilizar a opinião pública, mas há necessidade de se levantar discussões envolvendo profissionais e o poder público, devendo a falta de registros de saúde ser considerada um problema que afeta os direitos humanos (CAMINHA *et al.*, 2017). Em alguns municípios brasileiros, há descumprimento do número mínimo de consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde nos primeiros cinco anos de vida. Além disso, a falta de registro nos gráficos reflete a subutilização das ferramentas para monitorar o crescimento e desenvolvimento das crianças brasileiras. Um treinamento prévio com profissionais de saúde poderia auxiliar na valorização do instrumento e contribuir para que os objetivos estabelecidos para seu uso sejam atingidos (ALVES *et al.*, 2009; ABUD & GAÍVA, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2016; ARAUJO, GOUVEIA & PEDRAZA, 2017; AMORIM *et al.*, 2018; SILVA, CURSINO & SILVA, 2018; FREITAS *et al.*, 2019).

Os registros são essenciais para construir o perfil epidemiológico de uma população, norteando o planejamento das ações que envolvam o cuidado em promoção de saúde, e não apenas o tratamento de doenças. Cadernetas de crianças mais novas tendem a apresentar mais registros e, com o passar do tempo, as visitas preventivas são gradualmente substituídas por visitas devido a problemas de saúde, sendo necessárias medidas para interromper esse ciclo (ALMEIDA *et al.*, 2016).

A mãe ou o cuidador podem ser responsabilizados pelos insucessos em acompanhamentos na puericultura, por supostamente não seguirem às orientações dos profissionais, quer seja por ignorância, ou mesmo negligência. Por outro lado, profissionais de saúde também são culpabilizados por não saberem transmitir adequadamente os conhecimentos necessários ou por não registrarem o atendimento. A corresponsabilidade de famílias, profissionais e serviços é a chave para um melhor uso da caderneta em cuidados infantis, sabendo-se que a puericultura envolve uma diversidade de aspectos culturais, comportamentais, sociais e econômicos e o acompanhamento deve ser conforme o contexto de cada comunidade (BONILHA & RIVORÊDO, 2005; ALMEIDA *et al.*, 2016; WHO, 2018).

Portanto, além do profissional de saúde buscar a necessidade da população para desenvolver suas ações, também precisa estar sempre atualizado, procurando incorporar novas evidências à sua prática clínica diária. Para a prática de Medicina Baseada em Evidências, há cinco passos considerados essenciais: primeiro, converter as necessidades de informação em

perguntas passíveis de serem respondidas; segundo, encontrar as melhores evidências para responder às perguntas; terceiro, avaliar criticamente a validade e utilidade das evidências; quarto, aplicar os resultados da avaliação na prática clínica; e quinto, avaliar o desempenho (AKOBENG, 2005).

A proposta da busca por informações que fariam parte da caderneta ser baseada em evidência, segue esse raciocínio. Porém, foi observada a existência de poucas pesquisas na área de Odontopediatria que fossem de alto nível, como as revisões sistemáticas com ou sem meta-análise, nem mesmo ensaios clínicos randomizados ou revisões integrativas mais simples. Alguns assuntos, como por exemplo protocolos para manejo da virose Gengivostomatite Herpética Primária, relativamente comum em lactentes, mas que provoca surtos pela alta capacidade de transmissibilidade, permanece sem padronização atualmente. Hábitos de sucção sem finalidade nutritiva como a sucção digital, também queixa comum de pais e cuidadores, não possui estudos comprobatórios de conduta, impossibilitando a descrição de dicas de remoção do hábito baseadas em evidência. Da mesma maneira, a época em que a criança deve realizar a primeira consulta odontológica é controversa, então a informação adotada foi “o mais precoce possível”.

A Odontopediatria é uma especialidade odontológica que procura desmistificar crenças e oferecer orientações para que a saúde seja promovida, inclusive de maneira integral, agregando demais profissionais de saúde no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Apesar disso, é uma especialidade odontológica relativamente recente e carece, portanto, de mais estudos na área, a nível mundial, para embasar protocolos clínicos de maneira segura. No Brasil, por exemplo, a Odontopediatria foi regulamentada como especialidade pela Portaria nº 18, de 04 de março de 1973 (GUEDES-PINTO, 2014).

Com relação aos destinatários de materiais educativos e cadernetas para registros de saúde, pais e cuidadores australianos declararam utilizar a caderneta recebida em um programa domiciliar de acompanhamento do crescimento infantil e demonstraram satisfação no seu uso e interesse em ler as informações contidas nelas, sendo esse envolvimento fortemente associado ao compromisso dos profissionais em utilizar e consultar o material durante as consultas (CHUTIYAMI, WYVER & AMIN, 2020).

Por outro lado, pais ingleses reconhecem a importância desse instrumento para auxiliar no dia a dia, mas gostariam de ter mais tempo, durante uma consulta, para discussão direta com um profissional de saúde sobre situações pontuais presentes no momento da visita (ESKYTÉ *et al.*, 2021).

Dados levantados na literatura sobre utilização de cadernetas para informações e registros de saúde não recuperaram materiais que dessem suporte ao acompanhamento em saúde bucal, desde a gestação até os dois anos iniciais de vida da criança.

Uma vez que a saúde bucal é diretamente associada à saúde geral, também deve fazer parte dos cuidados de puericultura durante a primeira infância, com intervenções educacionais e orientação antecipatória, aumentando a adesão da família à escovação dentária infantil, diminuindo o consumo diário de açúcar e doces e aumentando o consumo de verduras e suco sem açúcar. Estratégias para prevenção de doenças bucais entre crianças em maior risco podem gerar melhorias equitativas na saúde pública, com ênfase em determinantes socio-estruturais. Todas essas ações são a base para implementar políticas públicas de saúde voltadas para a qualificação do serviço prestado e o incentivo ao atendimento odontológico pediátrico precoce (KRAMER *et al.*, 2015; MACAMBIRA, CHAVES & COSTA, 2017; ESSVEIN *et al.*, 2019; BULUT & BULUT, 2020).

Com relação ao contexto educativo, apesar de não existir evidências de que os folhetos e materiais escritos possam mudar o comportamento das pessoas, há forte evidência de que são eficazes na promoção do conhecimento dos pais e cuidadores (KAY *et al.*, 2016).

Mesmo diante desse fato, no geral pouca importância é dada para a saúde bucal em manuais e cadernetas de saúde infantis. Na Inglaterra, a prioridade dos tópicos que são discutidos entre pais e profissionais nas visitas de acompanhamento e que estão presentes na caderneta da criança são em áreas médicas ou outras como alimentação e sono. Além disso, a existência de recursos financeiros limitados para contratar profissional qualificado e fornecer material à população (folhetos educativos, escovas e creme dentais), além das habilidades e conhecimento sobre saúde bucal dos próprios profissionais que fazem parte da equipe de saúde, também são barreiras enfrentadas para o acompanhamento efetivo odontológico (ESKYTÉ *et al.*, 2021).

A caderneta da criança atual, revisada e proposta em 2020 pelo Ministério da Saúde brasileiro, possui reduzidas informações em saúde bucal, como dito anteriormente, e sem foco na atenção precoce e orientações odontológicas voltadas às gestantes e lactentes. Além disso, não possui espaços suficientes para registros de acompanhamento durante o período de puericultura odontológica. Os campos disponíveis são restritos e se direcionam às anotações de procedimentos realizados em crianças maiores.

Somando-se a esse fato, tem-se a falta de atualização das informações do Caderno da Atenção Básica n.º 17, referente à Saúde Bucal, que deveria orientar condutas para o cirurgião-dentista atuante da Estratégia Saúde da Família, publicado em 2006. O capítulo IV, que trata da organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida do indivíduo, apresenta orientações desatualizadas nos subitens “Bebês (0 a 24 meses)” e “Atenção à Gestante”, gerando inclusive conceitos incorretos entre os próprios profissionais a respeito do atendimento à gestante e do manejo do bebê. Para o ciclo de vida representado na puericultura pelos bebês de zero a 24 meses, informações a respeito do uso de mamadeira e chupeta não são baseadas nas evidências dos últimos cinco anos levantadas nessa pesquisa. Além disso, não alertam para o fato do uso de chupeta e mamadeira ser fator de risco para a ocorrência de desmame precoce, alterações na oclusão infantil e possível associação em lesões traumáticas. Orientações a respeito da higiene bucal igualmente não possuem base em evidência científica, como utilizar soro para higienizar a boca de bebês edêntulos e contraindicar o uso de dentifrício fluoretado antes da erupção dos molares decíduos. Para as gestantes, apesar da caderneta proposta não ser voltada para protocolos clínicos direcionados aos cirurgiões dentistas, observou-se a recomendação de evitar tomadas radiográficas no primeiro trimestre e qualquer tipo de tratamento odontológico no terceiro trimestre, condutas sem evidência. Porém, há observação a respeito da necessidade de atendimento às urgências, desde que considerem esses cuidados por trimestre, causando dúvidas de interpretação no momento de decidir pelo atendimento (BRASIL, 2006; AAPD, 2016; ABREU *et al.*, 2016; BUCCINI *et al.*, 2016; DOGRAMACI & ROSSI-FEDELE, 2016; FELDENS *et al.*, 2016; BATISTA, RIBEIRO & NASCIMENTO, 2017; BORONAT-CATALÁ *et al.*, 2017; AAPD, 2018; PERES *et al.*, 2018; ROCHA, ARIMA & CHIBINSKI *et al.*, 2018; AAPD, 2019; ANYOSA-CALDERÓN *et al.*, 2019; ABATE *et al.*, 2020; ACOSTA *et al.*, 2020).

A escolha dos temas sobre saúde bucal presentes na caderneta proposta pela presente pesquisa foi baseada na estratégia adotada por MATOS *et al.* (2020), que consideravam de extrema importância as questões discutidas entre comunidade e profissionais de saúde, esclarecidas por meio de diálogos informais, com caráter de troca de experiências e procurando relacionar o conhecimento popular ao científico, respeitando os valores pessoais. Posteriormente, quando estiver em processo de validação para distribuição, a participação popular será, novamente, requisitada e de extrema relevância.

O próprio usuário se sentir parte do processo educativo em saúde e participar da construção de instrumentos que ele mesmo utilizará, permitirá uma aprendizagem mais

significativa e prazerosa, tornando-se corresponsável pela saúde de seu filho e de toda família (FORTE *et al.*, 2016). Materiais educativos precisam ser adaptados para contextos locais e testes são importantes para garantir que as necessidades dos usuários finais sejam atendidas e aumentem compreensão, aceitação e uso. A apresentação do material, o uso de linguagem apropriada e quantidade adequada de texto, a utilização de imagens que melhorem a compreensão do conteúdo devem ser fatores avaliados pelos usuários (WHO, 2018).

No desenvolvimento de uma cartilha para adolescentes, por exemplo, orientando sobre a prevenção ao uso de drogas, foi enfatizada a importância das ilustrações adequadas ao tema e ao público ao qual o material se destina, facilitando o entendimento e a memorização do texto, inclusive influenciando na decisão do leitor sobre ler ou não a informação. O desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento da cartilha foram divididos em três fases: a primeira foi a construção, com revisão integrativa da literatura, onde se analisaram as publicações disponíveis sobre prevenção do uso de drogas por adolescentes; a segunda fase foi a validação do material por intermédio de juízes, onde se avaliaram o conteúdo, a linguagem e a aparência da tecnologia educativa; a terceira fase consistiu-se da validação por 40 adolescentes, avaliando o estilo de escrita, a aparência e a apresentação (MOURA *et al.* 2019).

De maneira similar, a primeira etapa de construção da cartilha odontológica proposta foi apresentada na presente pesquisa. Uma segunda fase, de validação por juízes, está sendo desenvolvida. Após alterações propostas, a terceira fase contará com avaliação popular, representada por gestantes, pais e/ou cuidadores de lactentes, público-alvo final do instrumento.

Uma quarta etapa futura, após validação do presente material produzido, pode incluir a reconfiguração do instrumento em outro formato para distribuição. Segundo a Organização Mundial de Saúde, não há evidência suficiente disponível para determinar se algum tipo específico, formato ou projeto de documento de registro domiciliar é mais eficaz. Os instrumentos de educação e para registros de saúde devem estar adequados à realidade da comunidade à qual se destina, bem como aos financiamentos para maximizar seu impacto (WHO, 2018).

Ademais, a preocupação com o tipo de registro realizado em saúde vem envolvendo países como o Japão, que considera o uso da caderneta de saúde materno-infantil de extrema importância; porém, as informações contidas nesses manuais sobre as gestantes e seus bebês são manuscritas, e só serão de conhecimento em todo o território japonês se as próprias

mulheres informarem ao governo a atualização de endereço, em caso de mudança de residência, impossibilitando o acompanhamento de casos de risco não notificados. Em casos de desastre ou guerra, fatores possíveis nesse país, os registros de saúde podem ser perdidos, necessitando de armazenamento eletrônico desses dados para acesso remoto (AKASHI *et al.*, 2018).

Alguns estudos, apresentados na sequência, utilizaram aplicativos para celulares para conectar e compartilhar dados entre prestadores de cuidados de saúde e pacientes, ou usá-los como meio de notificações, com resultados positivos.

A atual geração de pais millenials, indivíduos que nasceram entre 1981 e 1999 e cresceram com acesso a recursos como computadores, pagers e telefones celulares, prefere comunicações digitais e faz uso de aplicativos diariamente para encontrar informações sobre tópicos de educação infantil. Essa geração se comunica muito por meio do Facebook, e-mail, mensagens de texto curtas e, diante disso, uma quantidade crescente de aplicativos cada vez mais personalizados para os pais tornou-se disponível, permitindo o acompanhamento do desenvolvimento de seus bebês com maior integridade e precisão. A *Philips Avent*®, marca de puericultura que fabrica mamadeiras, bombas para ordenha e outros acessórios para alimentação e saúde, desenvolveu o aplicativo *uGrow*®, dedicado aos novos pais para monitorar o desenvolvimento de seus bebês. Por meio dos chamados insights, o aplicativo busca fornecer uma solução baseada em dados pessoais, oferecendo aos pais conselhos que são obtidos com base no rastreamento e análise de dados comportamentais e contextuais, que cada usuário procura no aplicativo. Os insights são pequenos textos mostrados no aplicativo *uGrow*®, que fornecem conselhos pessoais, dicas e informações adaptadas à situação única de necessidade ou desejo de cada pai e seu bebê, sempre baseados em evidências, envolvendo publicações científicas, diretrizes de instituições como a OMS e a Academia Americana de Pediatria e discussões com especialistas. O processo de desenvolvimento do app compreendeu 3 fases: uma fase formativa (estudos para estabelecer os temas dos insights, utilizando entrevistas, questionários e bate-papos virtuais, coletando dados quantitativos e qualitativos, buscando compreender e identificar as demandas de pais e profissionais de saúde), uma fase de desenvolvimento (criação de insights relevantes baseados nos dados coletados na primeira fase: sono do bebê e a alimentação, envolvendo amamentação, ordenha e uso da mamadeira, foram os tópicos mais relevantes para os pais, além da adição de tópicos como choro, peso e temperatura) e uma fase somativa (validação de 89 insights pela experiência do uso do aplicativo, lançado no *Google Play Store*® e *App Store*® em setembro de 2016 na Alemanha

e Reino Unido). Por meio de uma pesquisa quantitativa via e-mail direcionada aos pais usuários, foram avaliadas as percepções relacionadas à diversão, segurança e utilidade, e se os insights aumentaram a motivação para o uso do aplicativo por um longo período de tempo. Os pais classificaram o aplicativo como útil no apoio ao desenvolvimento dos bebês e reconfortante, fortalecendo o vínculo família-bebê (OTTE, VAN BEUKERING & BOELENS-BROCKHUIS, 2019).

No Reino Unido, o aplicativo *Baby Buddy*® oferece suporte aos pais durante a gravidez, parto e cuidados com o bebê. O aplicativo foi adaptado para diferentes contextos e propõe aumentar a confiança, as habilidades e o bem-estar dos pais; promover o vínculo mãe-bebê; reduzir o isolamento social e apoiar a mudança de comportamento (DARLING *et al.*, 2020).

Na Tailândia, as crianças nascidas em hospitais governamentais recebem um manual de saúde materno-infantil. No entanto, quando uma nova edição do manual é lançada, aqueles com as edições anteriores não têm acesso às informações atualizadas. Um aplicativo para celular é uma plataforma atraente para preencher essa lacuna. Os parâmetros de crescimento podem ser plotados automaticamente e os percentis podem ser calculados e inicialmente interpretados; marcos de desenvolvimento e os registros de vacinação podem ser rastreados e avaliados. A perda de informações pode ser evitada por meio de backups de dados. Além disso, atualizações na supervisão de saúde podem ser incorporadas automaticamente por meio de aplicativos. Assim, foi desenvolvido um aplicativo para celular, entre 2013 e 2015, por um engenheiro do Departamento de Engenharia da Computação, Faculdade de Engenharia, Universidade Chulalongkorn em Bangkok, em parceria com uma pequena equipe de quatro profissionais de saúde, funcionários de um hospital escola da Faculdade de Medicina da Universidade de Khon Kaen, e auxílio de quatro pais, denominado *KhunLook*®. O protótipo do aplicativo contou com seções pertinentes à supervisão de saúde infantil, uma página da família com história do nascimento, além de registro de crescimento, desenvolvimento, imunizações, higiene bucal, lembretes para a próxima consulta, memórias e conselhos de saúde. O aplicativo foi inicialmente validado em 2015 por 56 pais e, posteriormente, sua viabilidade foi testada em 2017 por 356 pais, sendo bem aceito. Novos estudos devem ser realizados com uma grande escala de usuários, para avaliar o impacto do aplicativo nos comportamentos e resultados em termos de saúde infantil. Ao redigir o artigo (agosto 2020), o aplicativo *KhunLook*® já tinha sido baixado mais de 320.000 vezes (AREEMIT *et al.*, 2020).

Por fim, universidades públicas como a UFT externalizam os conhecimentos produzidos, contribuindo com a sociedade em que estão inseridas, fortalecendo o vínculo entre ensino, pesquisa e extensão universitária. A experiência da construção da caderneta evidenciou vários desafios, como o aprendizado na busca por evidências de alto nível sobre assuntos corriqueiros do dia a dia, além da adaptação das conclusões científicas em linguagem acessível ao público ao qual se destina. A caderneta construída divulgará um conhecimento científico de forma acessível e gratuita, surgindo de uma necessidade demonstrada pela própria comunidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caderneta de saúde bucal construída busca contribuir na vigilância odontológica, sendo uma potente ferramenta de apoio, ao facilitar o acompanhamento integral da saúde bucal infantil nos dois primeiros anos de vida. Além disso, é autoexplicativa, didática, de fácil leitura e interpretação, ilustrada e poderá ser utilizada por profissionais de saúde e pelo público em geral após etapas futuras de validação, contribuindo na disseminação de conhecimento para o autocuidado em saúde, tanto para gestantes como para cuidadores de recém-nascidos e lactentes.

Além disso, é sugerido aos profissionais de saúde da área odontológica, tendo esse instrumento em mãos para conhecimento e distribuição, utilizar os campos disponíveis para anotar a situação de saúde encontrada em rotinas de retornos a consultas para avaliação e acompanhamento odontológico.

Como fator limitante do estudo, foi identificada a necessidade de nova pesquisa a ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, para validação do material antes de ser distribuído ao público, por meio de questionários direcionados aos profissionais de saúde, tanto especialistas na área de Odontopediatria como cirurgiões dentistas atuantes no Sistema Único de Saúde da cidade de Palmas (TO), para avaliarem a relevância, a qualidade e aplicabilidade das informações, a linguagem utilizada, adequação e capacidade das figuras em ilustrar o conteúdo, aspectos gerais da sessão de registros profissionais e a utilidade do material em si para acompanhamento da saúde bucal materno-infantil. Depois dessa revisão, o material deverá ser conhecido e analisado igualmente por gestantes e cuidadores de crianças menores de dois anos.

O formato final de distribuição ao público também foi considerado fator limitante associado ao produto final da presente pesquisa. Hipóteses necessitam de investigação, e entre elas estão: a apresentação em arquivo impresso (com a desvantagem do custo de impressão, mas a vantagem da facilidade em ter um documento em mãos para leitura e anotações, independente de situação socioeconômica ou cultural), arquivo eletrônico (vantagem econômica com relação à impressão e desvantagem do alcance ao público em geral sem acesso à internet e dificuldade na anotação dos retornos) e informações transformadas em aplicativo de distribuição gratuita (vantagem pelo amplo alcance, pelo fato do uso do telefone celular estar popularizado e rotineiro e desvantagem do custo de manutenção do aplicativo), além de outras opções como perfil em rede social e podcasts. Pesquisas futuras serão

justificadas para testar tais hipóteses, que evoluam até a aplicação prática do material construído, nas comunidades e serviços de atendimento de saúde, sejam eles públicos ou privados.

Portanto, em etapas futuras, a caderneta construída necessitará de revisões de conteúdo e poderá assumir outro formato a ser analisado, atingindo sua finalidade educativa e possibilitando simultaneamente interatividade para uso do profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

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

ABATE, A. *et al.* Relationship between Breastfeeding and Malocclusion: A Systematic Review of the Literature. **Nutrients**, v. 12, n. 3688, p. 1-15, Nov. 2020. <https://doi.org/10.3390/nu12123688>

ABREU, L. G. *et al.* Breastfeeding, bottle feeding and risk of malocclusion in mixed and permanent dentitions: a systematic review. **Braz Oral Res** [online], v. 30, n. 1, p. 1-21, Mar. 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0022>

ABUD, S. M.; GAÍVA, M. A. M. Records of growth and development data in the child health handbook. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. 2, p. 97-105, jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48427>

ACOSTA, C. M. G. *et al.* The use of fluorides in children under 5 years old. Evidence. Bibliographic review. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, v. 10, n. 1, p. 82-92, Enero-Junio, 2020.

AGUILAR-CORDERO, M. J. A. *et al.* Quality of life during pregnancy and its influence on oral health: a systematic review. **J Oral Res**, v. 8, n. 1, p. 74-81, 2019. <http://doi.org/10.17126/joralres.2019.011>

AKASHI, H. *et al.* Core factors promoting a continuum of care for maternal, newborn, and child health in Japan. **BioScience Trends**, v. 12, n. 1, p. 1-6, 2018. <http://10.5582/bst.2017.01304>

AKOBENG, A. K. Principles of evidence-based medicine. **Arch Dis Child**, v. 90, p. 837–840, 2005. <http://doi.org/10.1136/adc.2005.071761>

ALMARIO-BARRERA, A. J. *et al.* Oral health and dental care in pregnant women: Bibliometric Study, systematic review, and content analysis. **Rev Fac Odontol Univ Antioq**, v. 28, n. 2, p. 374-407, 2017. <http://doi.org/10.17533/udea.rfo.v28n2a9>

ALMEIDA, A. C. *et al.* Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children - systematic review. **Rev Paul Pediatr**, v. 34, n. 1, p. 122-131, Mar. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.002>

ALVES, C. R. L. *et al.* Quality of data on the Child Health Record and related factors. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 583-595, mar. 2009.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Perinatal and infant oral health care**. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry, p. 252-6, 2016.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents**. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry, p. 232-42, 2018.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Management considerations for pediatric oral surgery and oral pathology**. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry, p. 433-42, 2020.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry**. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry, p. 393-409, 2019.

AMORIM, L. P. *et al.* Assessment of the way in which entries are filled out in Child Health Records and the quality of the entries according to the type of health services received by the child. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 585-597, 2018. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018232.06962016>

ANDRADE, G. N.; REZENDE, T. M. R. L.; MADEIRA, A. M. F. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 857-64, 2014. <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140000500012>

ANYOSA-CALDERÓN, Y. *et al.* Mitos y evidencias en odontología sobre la gestación. **Rev Cient Odontol (Lima)**, v. 7, n. 1, p. 113-120, 2019. <http://doi.org/10.21142/2523-2754-0701-2019-113-120>

ARAUJO, D. C. *et al.* Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 2, p. 87-101, 2018.

ARAUJO, E. M. N.; GOUVEIA, M. T. O.; PEDRAZA, D. F. Use of a child health surveillance instrument focusing on growth. A cross-sectional study. **Sao Paulo Med J**, v. 135, n. 6, p. 541-7, 2017. <http://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0345120617>

AREEMIT, R. *et al.* A Mobile App, KhunLook, to support Thai parents and caregivers with child health supervision: Development, Validation, and Acceptability study. **JMIR Mhealth Uhealth**, v. 8, n. 10, e15116, 2020. <http://doi.org?10.2196/15116>

ARRAJ, G. P.; ROSSI-FEDELE, G.; DOĞRAMAC, E. J. The association of overjet size and traumatic dental injuries – A systematic review and meta-analysis. **Dental Traumatology**, v. 35, n. 4-5, p. 217-232, Oct. 2019. <https://doi.org/10.1111/edt.12481>

AZEVEDO, M. J. *et al.* Influence of delivery and feeding mode in oral fungi colonization – a systematic review. **Microbial Cell**, v. 7, n. 2, p. 36-45, Feb. 2020. <http://doi.org/10.15698/mic2020.02.706>

BALOGUN, O. O. *et al.* Impact of the Maternal and Child Health handbook in Angola for improving continuum of care and other maternal and child health indicators: study protocol for a cluster randomised controlled trial. **Trials**, v. 21, n. 737, p. 1-16, 2020. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04664-w>

BARENDT, C. *et al.* A systematic review of practices to promote vegetable acceptance in the first three years of life. **Appetite**, v. 137, p. 174-197, Jun. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.003>

BATISTA, C. L. C.; RIBEIRO, V. S.; NASCIMENTO, M. D. S. B. Influência do uso de chupetas e mamadeiras na prática do aleitamento materno. **J. Health Biol Sci**, v. 5, n. 2, p. 184-191, 2017. <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i2.1153.p184-191.2017>

BET, J. V. S. *et al.* Prevalence of oral mucosal disorders during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 48, n. 4, p. 270-77. Apr. 2019. <https://doi.org/10.1111/jop.12831>

BIN-NUN, A.; KASIRER, Y. M.; MIMOUNI, F. B. A Dramatic Increase in Tongue Tie-Related Articles: A 67 Years Systematic Review. **Breastfeeding Medicine**, v. 12, n. 7, p. 1-5, 2017. <http://doi.org/10.1089/bfm.2017.0044>

BIREME. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/sobre-o-decs/>. Acesso em: 27 mar 2021.

BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **J Pediatr**, v. 81, n. 1, p. 7-13, 2005.

BORONAT-CATALÁ, M. *et al.* Association between duration of breastfeeding and malocclusions in primary and mixed dentition: a systematic review and meta-analysis. **Sci Rep**, v. 7, n. 5048, p. 1-11, Jul. 2017. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-05393-y>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005**. Institui a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança”, e dá outras providências. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Nota Técnica n.º 35/2018 - Anquiloglossia em recém-nascidos**. 2018. 11p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Cadernos de Atenção Básica - n.º 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da Criança. Passaporte da Cidadania**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Cadernos de Atenção Básica n. 11. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.

BUCCINI, G. S. *et al.* Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. **Matern Child Nutr**, v. 13, n. 12384, p. 1-19, 2016. <https://doi.org/10.1186/s40510-018-0206-4>

BULUT, H.; BULUT, G. A step to infant oral health promotion intervention among parents. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 21, n. 1, p. 61-65, 2020. <http://doi.org/10.23804/ejpd.2020.21.01.12>

CAMINHA, M. F. C. *et al.* Surveillance of child development: an analysis of Brazil's situation. **Rev Paul Pediatr**, v. 35, n. 1, p. 102-109, 2017. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00009>

CHAN, J. H. Y. *et al.* Best practices to prevent transmission and control outbreaks of hand, foot, and mouth disease in childcare facilities: a systematic review. **Hong Kong Med J**, v. 23, n. 2, p. 177–90, Apr. 2017. <http://doi.org/10.12809/hkmj16609>

CHUTIYAMI, M.; WYVER, S.; AMIN, J. Is Parent Engagement with a Child Health Home-Based Record Associated with Parents Perceived Attitude towards Health Professionals and Satisfaction with the Record? A Cross-Sectional Survey of Parents in New South Wales, Australia. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 5520, p. 1-11, 2020. <http://doi.org/10.3390/ijerph17155520>

COATES, S. J.; DAVIS, M. D. P.; ANDERSEN, L. K. Temperature and humidity affect the incidence of hand, foot, and mouth disease: a systematic review of the literature – a report from the International Society of Dermatology Climate Change Committee. **International Journal of Dermatology**, v. 58, n. 4, p. 388-399, 2019. <https://doi.org/10.1111/ijd.14188>

CORRÊA, C. C. *et al.* Interferência dos bicos ortodônticos e convencionais no sistema estomatognático: revisão sistemática. **CoDAS**, v. 28, n. 2, p. 182-189, 2016. <http://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015024>

CORRÊA-FARIA, P. *et al.* Clinical factors and socio-demographic characteristics associated with dental trauma in children: a systematic review and meta-analysis. **Dental Traumatology**, v. 32, n. 5, p. 367-378, Oct. 2016. <https://doi.org/10.1111/edt.12268>

CRIMI, S. *et al.* Herpes Virus, Oral Clinical Signs and QoL: Systematic Review of Recent Data. **Viruses**, v. 11, n. 5, p. 1-18, 2019. <http://doi.org/10.3390/v11050463>

CUI, L. *et al.* Breastfeeding and early childhood caries: a meta-analysis of observational studies. **Asia Pac J Clin Nutr**, v. 26, n. 5, p. 867-88, 2017. <http://doi.org/10.6133/apjcn.082016.09>

DARLING, J. C. *et al.* The First Thousand Days: early, integrated and evidence-based approaches to improving child health: coming to a population near you? **Arch Dis Child**, v. 0, p. 1–5, 2020. <http://doi.org/10.1136/archdischild-2019-316929>

DOGRAMACI, E. J.; PERES, M. A.; PERES, K. G. Breast-feeding and malocclusions: The quality and level of evidence on the Internet for the public. **JADA**, v. 147, n. 10, p. 817-825, Oct. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.04.018>

DOGRAMACI, E. J.; ROSSI-FEDELE, G. Establishing the association between nonnutritive sucking behavior and malocclusions: A systematic review and meta-analysis. **JADA**, v. 147, n. 2, p. 926-934, Dec. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.08.018>

DOGRAMACI, E. J.; ROSSI-FEDELE, G.; DREYER, C. W. Malocclusions in young children: Does breast-feeding really reduce the risk? A systematic review and meta-analysis. **JADA**, v. 148, n. 8, p. 566-574, Aug. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.05.018>

EMMI, D. T. *et al.* Knowledge of pediatricians and the importance of interdisciplinarity in attention to oral health in early childhood. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 39, n. 1, p. 115-122, Jan.-June, 2017. <http://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v39i1.32251>

ENGLISH, L. K. *et al.* Types and amounts of complementary foods and beverages consumed and growth, size, and body composition: a systematic review. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 109, n. 1, p. 956S-977S, Mar. 2019. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy281>

ESKYTÉ, I. *et al.* Organizational barriers to oral health conversations between health visitors and parents of children aged 9–12 months old. **Frontiers in Public Health**, v. 9, n. 1, p. 1-11, Feb. 2021. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.578168>

ESSVEIN, G. *et al.* Dental care for early childhood in Brazil: from the public policy to evidence. **Rev Saúde Pública**, v. 53, n. 15, p. 1-12, 2019. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000540>

FAGHIHIAN, R. *et al.* Impact of motivational interviewing on early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. **JADA**, v. 151, n. 9, p. 650-659, Sep. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2020.06.003>

FELDENS, C. A. *et al.* Risk factors for traumatic dental injuries in the primary dentition: concepts, interpretation, and evidence. **Dental Traumatology**, v. 32, n. 6, p. 429-437, Dec. 2016. <https://doi.org/10.1111/edt.12281>

FORTE, F. D. S. *et al.* Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: Potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface**

Commun Heal Educ, v. 20, n. 58, p. 787–96, 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0720>

FRAGA, M. R. B. A. *et al.* Anquiloglossia versus amamentação: qual a evidência de associação? **Rev. CEFAC**, v. 22, n. 3, p. 1-8, 2020. <http://doi.org/10.1590/1982-0216/202022312219>

FREITAS, J. L. G. *et al.* Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 32, n. 8407, p. 1-10, 2019. <http://doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS, Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GHAREHGHANI, M. A. M. *et al.* Poor Oral Health-Related Quality of Life among Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Int. J. Dent. Hygiene**, v. 19, p. 39–49, 2021. <http://doi.org/10.1111/IDH.12465>

GONZÁLEZ-ÁLVAREZ, L.; GARCÍA-POLA, M. J.; GARCIA-MARTIN, J. M. Lengua geográfica: factores predisponentes, diagnóstico y tratamiento. Revisión sistemática. **Rev Clin Esp**, v. 218, n.9, p. 481-488, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.05.006>

GOSWAMI, M.; RAHMAN, B.; SINGH, S. Outcomes of luxation injuries to primary teeth- a systematic review. **Journal of Oral Biology and Craniofacial Research**, v. 10, n. 2, p. 227-232, April–June, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2019.12.001>

GUEDES-PINTO, A. C. **A história do ensino da Odontopediatria no Brasil**. São Paulo: Editora Santos, 1 ed. 2014. 472p.

GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I. C. C.; OLIVEIRA, A. L. As Origens, Objetivos e Razões de Ser da Odontologia para Bebês. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebe**, v. 6, n. 29, p. 83–6, 2003.

HILL, R. R., LEE, C.S. & PADOS, B.F. The prevalence of ankyloglossia in children aged < 1 year: a systematic review and meta-analysis. **Pediatr Res**, p. 1-8, Nov. 2020. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01239-y>

HILL, R. R.; PADOS, B. F. Symptoms of problematic feeding in infants under 1 year of age undergoing frenotomy: A review article. **Acta Paediatrica**, v. 109, n. 12, p. 2502-2514, Dec. 2020. <http://doi.org/10.1111/apa.15473>

IHEOZOR-EJIOFOR, Z. *et al.* Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, p. 1-67, 2017. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD005297.pub3>

JAAFAR, S. H. *et al.* Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, p. 1-27, Aug. 2016. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007202.pub4>

JORGENSEN, M. R.; TWETMAN, S. A systematic review of risk assessment tools for early childhood caries: is there evidence? **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 21, p. 179–184, 2020. <https://doi.org/10.1007/s40368-019-00480-2>

KAY, E. *et al.* A review of approaches for dental practice teams for promoting oral health. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 44, n. 4, p. 313-330, Aug. 2016. <http://doi.org/10.1111/cdoe.12220>

KAWAKATSU, Y. *et al.* Effectiveness of and factors related to possession of a mother and child health handbook: an analysis using propensity score matching. **Health Education Research**, v. 30, n. 6, p. 935–946, Oct. 2015. <http://doi.org/10.1093/her/cyv048>

KELLESARIAN, S. V. *et al.* Association between prenatal maternal cigarette smoking and early childhood caries. A systematic review. **J Clin Exp Dent**, v. 9, n. 9, p. e1141-6, 2017. <http://dx.doi.org/10.4317/jced.54064>

KIRTHIGA, M. *et al.* Risk Factors for Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control and Cohort Studies. **Pediatr Dent**, v. 41, n. 2, p. 95–112, Mar. 2019.

KRAMER, P. F. *et al.* Gains in children's dental health differ by socio-economic position: Evidence of widening inequalities in Southern Brazil. **Int J Paediatr Dent**, v. 25, n. 6, p. 383–392, Nov. 2015. <http://doi.org/10.1111/ipd.12140>

LIU, Z. *et al.* Association of Short-Term Exposure to Meteorological Factors and Risk of Hand, Foot, and Mouth Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 21, p. 1-18, 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218017>

LOPES, T. C.; MAIO, M. C. Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). **Tempo**, Niterói, v. 24, n. 2, p. 349-368, mai/ago 2018. <http://doi.org/10.1590/TEM-1980-542X2018v240209>

MACAMBIRA, D. S. C.; CHAVES, E. S.; COSTA, E. C. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 463-472, setembro/dezembro 2017. <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n3p463-472>

MAGNO, M. B. *et al.* The relationship of previous dental trauma with new cases of dental trauma. A systematic review and meta-analysis. **Dental Traumatology**, v. 35, n. 1, p. 3-14, Feb. 2019. <https://doi.org/10.1111/edt.12449>

MAGWOOD, O. *et al.* Effectiveness of home-based records on maternal, newborn and child health outcomes: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, v. 14, n. 1, p. 1-17, Jan. 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209278>

MATOS, J. X. *et al.* “BBClin” maternal-child program: Experience developed in the Unique Health System in the North region of Brazil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e3239108523, 2020. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8523>

MEDEIROS, L. Malocclusion prevention through the usage of an orthodontic pacifier compared to a conventional pacifier: a systematic review. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 19, p. 287–295, 2018. <https://doi.org/10.1007/s40368-018-0359-3>

MORLEY, D; ELMORE-MEEGEN, M. Growth monitoring – a forgotten subject. **Food, Nutrition and Agriculture**, Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, London, v. 27, p. 14-19, 2000. Disponível em <http://www.fao.org/3/X8576M/x8576m03.htm#TopOfPage>
Acesso em 04/03/2021.

MOURA, M. I. L *et al.* Cartilha sobre prevenção do uso de drogas para adolescentes. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, n. 4, p. 1106-14, abr. 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a237875p1106-1114-2019>

MOYNIHAN, P. *et al.* Systematic Review of Evidence Pertaining to Factors That Modify Risk of Early Childhood Caries. **JDR Clinical & Translational Research**, v. 4, n. 3, p. 202-2016, 2019. <https://doi.org/10.1177/2380084418824262>

MURAD, M. H. *et al.* New evidence pyramid. **Evid Based Med**, v. 21, n. 4, p. 125-27, Aug. 2016. <http://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>

NAKHASH, R. *et al.* Upper Lip Tie and Breastfeeding: A Systematic Review. **Breastfeeding Medicine**, v. 14, n. 2, p. 1-5, 2019. <http://doi.org/10.1089/bfm.2018.0174>

NEMEZIO, M. A. *et al.* Association between fever and primary tooth eruption: A Systematic Review and Meta-analysis. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 10, n. 3, p. 293-298, 2017. <http://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1453>

OCCHI-ALEXANDRE, I. G. P. *et al.* Prevalence of dental caries in preschool children born preterm and/or with low birth weight: A systematic review with meta-analysis of prevalence data. **Int J Paediatr Dent.**, v. 30, p. 265–275, 2020. <http://doi.org/10.1111/ipd.12610>

OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos n.º 61**, v. 27, n. 1, p. 31-42, 2012.

OLIVEIRA, K. M. H. *et al.* Dental Flossing and Proximal Caries in the Primary Dentition: A Systematic Review. **Oral Health Prev Dent**, v. 15, n. 5, p. 427–434, 2017. <http://doi.org/10.3290/j.ohpd.a38780>

OSAKI, K.; AIGA, H. **What is Maternal and Child Health Handbook?** In: Technical brief for global promotion of maternal and child health handbook. Issue 1. Tokyo: Japan International Cooperation Agency, 2016.

OSAKI, K. *et al.* Maternal and Child Health Handbook use for maternal and child care: a cluster randomized controlled study in rural Java, Indonesia. **Journal of Public Health**, v. 41, n. 1, p. 170–182, Jan. 2018. <http://doi.org/10.1093/pubmed/idx175>

O'SHEA, J. E. *et al.* Frenotomy for tongue-tie in newborn infants (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, p. 1-27, 2017. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD011065.pub2>

OTTE, R. A.; VAN BEUKERING, A. J. E.; BOELENBROCKHUIS, L. M. Tracker-based personal advice to support the baby's healthy development in a novel parenting App: Data-driven innovation. **JMIR Mhealth Uhealth**, v. 7, e12666, 2019. <http://doi/10.2196/12666>

PAROCHE, M. M. *et al.* How Infants and Young Children Learn About Food: A Systematic Review. **Front. Psychol**, v. 8, n. 1046, p. 1-33, Jul. 2017. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01046>

PERES, K. G. *et al.* Breastfeeding and Oral Health: Evidence and Methodological Challenges. **Journal of Dental Research**, v. 97, n. 3, p. 251-258, 2018. <https://doi.org/10.1177/0022034517738925>

PITTS, N. *et al.* Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. **Int J Paediatr Dent**, v. 29, n. 3, p. 384-386, 2019. <https://doi.org/10.1111/ipd.12490>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

RAI, N. K.; TIWARI, T. Parental Factors influencing the development of Early Childhood Caries in developing Nations: A Systematic Review. **Front. Public Health**, v. 6, p. 1-8, Mar. 2018. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00064>

RANGEL-RINCÓN, L. J. *et al.* An umbrella review exploring the effect of periodontal treatment in pregnant women on the frequency of adverse obstetric outcomes. **J Evid Base Dent Pract**, v. 18, n. 3, p. 218-239, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2017.10.011>

REDSSELL, S. A. *et al.* Systematic review of randomized controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood. **Maternal and Child Nutrition**, v. 12, n. 1, p. 24-38, 2016. <https://doi.org/10.1111/mcn.12184>

RIGGS, E. *et al.* Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, p.1-108, 2019. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012155.pub2>

ROCHA, J. S.; ARIMA, L. Y.; CHIBINSKI, A. C. *et al.* Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, Sept. 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00130817>

ROCHA, J. S.; ARIMA, L. Y.; WERNECK, R. I. *et al.* Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. **Caries Res**, v. 52, p. 139–152, p. 1-20, Jan. 2018. <http://doi.org/10.1159/000481407>

SCHMID, K. M. *et al.* The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. **Progress in Orthodontics**, v. 19, n. 8, p. 1-11, 2018. <https://doi.org/10.1186/s40510-018-0206-4>

SCHMOECKEL, J. *et al.* How to Intervene in the Caries Process: Early Childhood Caries – A Systematic Review. **Caries Res**, v. 54, p. 102–112, 2020. <http://doi.org/10.1159/000504335>

SHIRAMIZO, S. C. P. L. *et al.* **Gengivoestomatite Herpética em crianças – diretrizes para o diagnóstico e tratamento.** Protocolo Assistencial do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, 2017. Disponível em <https://medicallsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizes-assistenciais.aspx?Especialidade=Pediatria>. Acesso em 30/03/2021.

SILVA, C. C.; MENDES, R.; MANSO, M. C. *et al.* Prenatal or Childhood serum levels of vitamin D and dental care in paediatric patients: a systematic review. **Oral Health Prev Dent**, v. 18, n. 1, p. 653-667, Sep. 2020. <http://doi.org/10.3290/j.ohpd.a45089>

SILVA, C. C.; SAVIAN, C. M.; PREVEDELLO, B. P. *et al.* Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 827-835, 2020. <http://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01192018>

SILVA, R. C. R. *et al.* Construção de cartilha educativa sobre cuidados com crianças frente à pandemia COVID-19: relato de experiência. **Rev baiana enferm**, v. 34, p. 1-7, 2020. <http://doi.org/10.18471/rbe.v34.37173>

SILVA, T. C. T.; CURSINO, E. G.; SILVA, L. F. Child health booklet: monitoring growth and child development. **Rev enferm UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3445-55, dez. 2018. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236819p3445-3455-2018>

SOLIS-PAZMINO, P. *et al.* Major complications after tongue-tie release: A case report and systematic review. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 138, p. 1-6, Nov. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110356>

TAKAHASHI, R. *et al.* Fluoride supplementation (with tablets, drops, lozenges or chewing gum) in pregnant women for preventing dental caries in the primary teeth of their children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, p. 1-25, 2017. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD011850.pub2>

TAKEUCHI, J.; SAKAGAMI, Y.; PEREZ, R. C. The Mother and Child Health Handbook in Japan as a Health Promotion Tool: An Overview of Its History, Contents, Use, Benefits, and Global Influence. **Global Pediatric Health**, v. 3, p. 1–9, 2016. <https://doi.org/10.1177/2333794X16649884>

TAVARES, P. A. J. Construction and Validation of Educational Material for Children with Hydrocephalus and Their Informal Caregivers. **World Neurosurgery**, v. 114, p. 381-390, June 2018. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.03.082>

THOMAZ, E. B. A. F. *et al.* Breastfeeding Versus Bottle Feeding on Malocclusion in Children: A Meta-Analysis Study. **Journal of Human Lactation**, v. 34, n. 4, p. 768–788, 2018. <https://doi.org/10.1177/0890334418755689>

TSANG, C. *et al.* Early Childhood Oral Health and Nutrition in Urban and Rural Nepal. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, p. 1-11, 2019. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142456>

VASQUES, M. C. M. Z.; SILVA, B. B.; AVILA, M. A. G. Construction and validation of a Brazilian educational comic book for pediatric perioperative care. **J Spec Pediatr Nurs**, v. 12320, p. 1-8, 2020. <https://doi.org/10.1111/jspn.12320>

VIEIRA, T. I. *et al.* Does flavoured dentifrice increase fluoride intake compared with regular toothpaste in children? A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Paediatric Dentistry**, p. 1-12, 2017. <http://doi.org/10.1111/ipd.12354>

VILELA, M. M. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. **Revista de Odontopediatría Latinoamericana**, v. 7, n. 2, p. 116-126, 2017. <https://doi.org/10.47990/alop.v7i2.139>

WALSH, T. *et al.* Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, p. 1-242, 2019. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD007868.pub3>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health**. Geneva: World Health Organization, 2018. 56p.

XIAO, J. *et al.* Candida albicans and Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-analysis. **Caries Res**, v. 52, n. 1-2, p. 102–112, 2018. <https://doi.org/10.1159/000481833>

APÊNDICE A



Caderneta de Saúde Bucal Materno-infantil



PROJETO, ELABORAÇÃO E DIAGRAMAÇÃO:
JAQUELINE XAVIER NATOS

Cole aqui uma foto bem bonita!

Essa caderneta pertence a (mãe e criança)

Aqui você vai encontrar informações sobre o Pré-Natal Odontológico (um cuidado oferecido para a mulher no período da gravidez) e a Puericultura Odontológica, com orientações em vários aspectos da saúde bucal da sua criança, desde que ela nasce até completar dois anos de vida.

Esse período que soma os dias em que o bebê está na barriga da mamãe (270 dias), mais 365 dias para o primeiro ano de vida e 365 para o segundo ano, é chamado de "primeiros mil dias".

É no começo da vida, quando cada célula do corpo de uma pessoa está sendo formada e programada, que se define o restante dela.

Além disso, todo o contexto em que a criança passa seus primeiros dois aninhos interfere não só no seu crescimento e desenvolvimento, mas também nas questões intelectuais (desenvolvimento do cérebro, saúde mental e emocional) e sociais.

Por isso, é muito importante cuidar de todos os aspectos de saúde da criança, como os acompanhamentos médicos e com enfermeiros, manter as vacinas em dia, observar movimentos e capacidade de aprender coisas novas, estimular a fala e também acompanhar a saúde bucal.

A saúde da boca é parte da saúde de maneira geral e também precisa de atenção e cuidados. Muitos dúvidas surgem nessa hora e aqui você encontra informações valiosas para solucionar algumas delas.

Essa caderneta deve ser entregue também a um profissional, cirurgião dentista, para que ele anote a condição de saúde bucal em todos os visitas de acompanhamento, para que sua criança cresça sem dorçães, buchas e muito mais adaptada ao ambiente de um consultório odontológico, não tendo o tal "medo de dentista".

Vamos então cuidar do sorriso da sua criança?
Seja bem-vinda(o)!



O que você vai encontrar aqui e onde estará!



PARTE I - Para a família.....	3
Dados da criança.....	4
Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê começa pela boca da mamãe!.....	5
Amamentação.....	9
A amamentação, os dentinhos e os hábitos de sugar.....	15
Alimentação.....	17
Puericultura Odontológica: cuide do sorriso do seu bebê!.....	22
Alterações comuns na boca do bebê: Vamos falar sobre isso?.....	28
Doenças que roubam o sorriso do seu bebê.....	35
Higiene da Boca.....	42
Trauma na dentição de leite.....	43
PARTE II - Para o profissional.....	45
Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê começa pela boca da mamãe!.....	46
O bebê chegou!.....	48
Registros Odontológicos: Primeira Consulta.....	49
Registros Odontológicos: Traumatismos.....	51
Registros Odontológicos: Consultas de Retorno.....	52
Anotações.....	60

APÊNDICE A

Dados da Criança



Nome: _____

Nome da mamãe: _____

Nome do papai: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Cidade onde nasceu: _____ Estado: _____

Endereço: _____

Área rural () urbana () Cidade: _____ Estado: _____

Telefone () _____ Celular () _____

Serviço de saúde privado (convênio): _____

Contato do convênio: _____

Número da carteirinha: _____

Serviço de saúde público (Nome da Unidade Básica de Saúde): _____

Contato da UBS: _____

Número do cartão do SUS: _____

Em caso de mudança de endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

PARTE I

Para a família



Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê começa pela boca da mamãe!

Seja bem-vinda ao Pré-Natal Odontológico! Você sabe o que é isso?

Durante a gravidez, é muito importante que a mulher tenha um acompanhamento com vários profissionais de saúde, inclusive o dentista, prevenindo complicações enquanto está grávida e durante o parto.

Os cuidados com a saúde da boca vão influenciar na saúde de todo o corpo da grávida e do seu bebê, que ainda está em formação!

Muitos mitos e crenças sobre o tratamento dos dentes passam de geração em geração e precisam ser conversados e esclarecidos!

Por isso, é importante que a grávida procure um serviço de atendimento odontológico, sentindo-se mais segura para cuidar do seu sorriso e de sua saúde em primeiro lugar!

Lembre-se:

O seu bem-estar, futura mamãe, e o do seu bebê dependem de muitas coisas: doenças, medo e ansiedade, condições de vida (moradia e emprego, acesso a transporte, relação familiar) e tempo para se cuidar!

Qualidade de vida é tudo o que faz bem para o corpo e a mente, envolvendo até o contato com pessoas queridas e profissionais que cuidem de todos os aspectos da

gestação, inclusive da saúde bucal!

5



Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê começa pela boca da mamãe!

O dentista vai conversar sobre...

♥ Uma alimentação balanceada, saudável, para a grávida e seu bebê, em pequenas porções durante o dia e discutir sobre como os "desejos alimentares" podem aumentar o risco de doenças.

♥ Uma boa nutrição durante o período pré-natal e uma alimentação saudável da família no período da primeira infância podem influenciar na experiência de cárie da criança no futuro!

♥ Como fazer uma higiene bucal adequada aos aspectos vividos (como diminuir os enjoos na hora de escovar os dentes, por exemplo), usando creme dental com flúor e fio dental.

♥ Também é importante saber que o flúor ingerido pela grávida em forma de vitaminas não vai fazer efeito prevenindo a cárie dentária no seu bebê, que ainda está em formação dentro da barriga.

♥ O uso correto do flúor é aquele na pasta de dente, depois do nascimento da criança, durante a escovação dos dentinhos que estão presentes na boca.



6

Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê começa pela boca da mamãe!

O dentista vai conversar sobre...

❖ Como acontece a doença cárie, as doenças da gengiva e do osso que fica em volta dos dentes, podendo afetar todo o organismo da grávida, além do risco de interferir de alguma maneira em complicações da gravidez, como parto antes do tempo previsto e baixo peso do bebê ao nascer. Outras condições podem aparecer, como o chamado granuloma piogênico (uma massa de gengiva), hiperplasia (inchaço) gengival, candidíase oral (fungo), mordida na bochecha e aftas. Estresse e ansiedade durante a gravidez contribuem para uma piora na higiene oral, podendo aumentar o aparecimento de problemas bucais.

❖ Segurança do tratamento odontológico durante a gravidez, com limpeza dos dentes, aplicação de flúor e planejamento do tratamento, de acordo com a avaliação da boca. Quando a grávida não tem dor nem infecção, mas precisa fazer procedimentos mais demorados, como alguns tipos de cirurgia ou caso a mulher tenha o desejo de mudar a estética da boca, pode ser recomendado esperar um momento mais adequado após o parto.



❖ Expectativas, mitos e aspectos sobre o aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de vida do bebê, esclarecendo qual é o seu efeito no desenvolvimento do rostinho do bebê, na posição dos dentes, na fala e na respiração pelo narizinho.

7

Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê começa pela boca da mamãe!

Você sabia?

❖ No tratamento odontológico durante gravidez, a mulher pode fazer radiografias dos dentes, com a ventilação de chumbo, protegendo mãe e bebê!

❖ O dentista pode usar uma anestesia apropriada, segura e essencial para a grávida não sentir desconforto durante o tratamento.

O importante é cuidar de todos os focos de infecção da boca e tratar as doenças da gengiva, que podem influenciar na saúde da grávida e no desenvolvimento do bebê.

❖ Aconselhar mulheres grávidas, mães ou cuidadores de crianças com até um ano de idade sobre alimentação e higiene da boca pode diminuir o risco de o bebê ter a cárie da primeira infância!

Ficou com dúvidas? Anote aqui e pergunte ao seu dentista!

8

APÊNDICE A

Amamentação

O bebê nasceu! E agora?

Aqui você conhecerá os cuidados nos primeiros dois aninhos de vida que podem influenciar na saúde da boca!!!

Esse é o período mais importante para o crescimento e desenvolvimento da criança, porque além de ganhar peso e altura, ela começa a interagir com pessoas e o espaço em que vive, aprendendo a fazer cada dia uma coisa nova!

O bebê começa recebendo o leite materno, depois passa a sustentar a cabeça, aprende a mastigar alimentos amassados e picados, a pegar objetos, sentar, engatinhar, ficar de pé, andar e falar!

Vamos falar primeiro de Amamentação?



9

Amamentação



A amamentação tem um papel muito importante na saúde da criança, diminuindo a mortalidade infantil e a chance de ter doenças.

Quanto mais cedo iniciar a amamentação, de preferência na primeira hora de vida do bebê, melhor!

É recomendado oferecer o peito em livre demanda, ou seja, sempre que o bebê quiser, até os 6 meses de vida, de maneira exclusiva!

Quer dizer que nenhum outro tipo de alimento precisa ser dado nessa fase, nem mesmo água nas regiões secas e quentes, pois o leite materno possui tudo o que o bebê precisa para se hidratar.



Seu bebê é esperto e em dias muito quentes, poderá mamar com mais frequência para matar a sede.

Amamentar é econômico, faz bem para a sua saúde e para a saúde do bebê, ajuda no crescimento e desenvolvimento e cria um vínculo de afeto e amor!

Cada mulher e para cada filho, a experiência de amamentar é única e nem sempre é fácil, principalmente nos primeiros dias após o nascimento, e para as mães de primeira viagem. Exige paciência, informação e muito apoio!



10

Amamentação

Receitinhas para aumentar o leite!

Nenhuma comida ou bebida aumenta ou diminui a produção de leite materno, nem causa cólicas no bebê.

É importante para você, mulher que amamenta, beber muita água e descansar. Para isso, a família e os amigos podem ser aliados para dividir tarefas domésticas e para dar todo o apoio que for da sua necessidade e do seu desejo.

Para o leite descer e a produção se ajustar com as necessidades de cada bebê, é preciso que ele estimule o peito sugando!

Todo leite materno é adequado e cada mãe produz a qualidade necessária de calorias, nutrientes, sais minerais, vitaminas, anticorpos, água e outros componentes para o sustento do seu bebê.



**LEMBRE-SE SEMPRE:
NÃO EXISTE LEITE FRACO!**

11

Amamentação

Para evitar problemas na amamentação, é preciso cuidar para que a posição e a pega (encaixe da boca do bebê no peito) sejam adequadas:



Apoiar o peito com a mão em forma de "C" para colocar o mamilo na boca do bebê;

Remover roupa, tecidos ou sua própria mão entre a boca do bebê e seu peito; O rosto e o corpo do bebê precisam estar virados de frente para o seu corpo.

Existem diversas posições para a mulher amamentar: sentada, encostada, deitada ou em qualquer outra que seja agradável, familiar e mais adequada para mãe e bebê.



Na pega correta, a boca do bebê fica bem aberta, com os lábios virados para fora (boca de peixinho) e o queixo encostado no peito.

12

Amamentação



Se o peito estiver muito cheio, é preciso retirar um pouco de leite antes de colocar o bebê para mamar, facilitando a pega.

Amamentar não causa dor se a pega e a posição estiverem boas!

Você precisa dar um tempinho para o bebê sugar em um peito antes de passar para o outro, se ele quiser continuar mamando.

Fique atenta! Quando o bebê quer mamar, ele dá sinais de fome: abre a boca virando a cabeça como se estivesse buscando o peito, fica agitado, coloca as mãos na boca e, quando está muito nervoso e com muita fome, chora!

Você sabe o que pode prejudicar a amamentação?

Dar outros leites ou fórmulas infantis para “complementar” o leite materno desnecessariamente, dar alimentos sólidos ou pastosos antes dos 6 meses de idade, oferecer mamadeira ou chupeta, fumar durante a amamentação, usar medicamentos por conta própria e ingerir qualquer bebida alcoólica.

Algumas dificuldades no início da amamentação podem também influenciar na amamentação exclusiva: ingurgitamento mamário (peito empedrado), fissuras mamilares (rachaduras no mamilo, o bico do peito) e mastite (inflamação com febre).

Se isso acontecer, procure ajuda de profissionais capacitados ou do Banco de Leite da sua região!



Anote aqui o telefone:

() _____

13

Amamentação

Sobre desmamar...

O desmame não deve ser forçado e pode acontecer naturalmente depois dos 2 anos de idade, quando a criança começa a:



- Mostrar um menor interesse pelas mamadas;
- Aceitar alimentos variados;
- Ter segurança na relação com a mãe e aceitar outras formas de consolo que não o peito;
- Ficar tranquila em não ser amamentada em certas ocasiões ou locais;
- Dormir sem mamar no peito e preferir brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar.

Se a mulher precisar ou quiser desmamar a criança antes de ela estar madura para isso, é preciso ter muita paciência e compreensão, sem tentar alterar o sabor do leite ou fazê-la rejeitar o peito.



14

A amamentação, os dentinhos e os hábitos de sugar

A face tem muitos ossos, nervos e músculos que precisam crescer em equilíbrio para o bebê realizar direitinho as funções de sugar,

mastigar, engolir, falar e até respirar!

O reflexo de sugar é a primeira atividade muscular realizada pelo recém-nascido e a amamentação vai ajudar tanto na harmonia dessas funções como no encaixe dos dentes de leite na mordida.

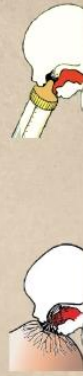
Quanto mais tempo o bebê mamar no peito, maiores serão os benefícios no desenvolvimento do rostinho dele, além de diminuir o risco de doenças respiratórias e gastrointestinais.

Você sabia?

A oclusão é uma relação de encaixe entre ossos e dentes na mordida, que pode sofrer alterações durante o crescimento por muitas causas.

Uma delas pode estar associada ao pouco tempo de amamentação, menos de seis meses exclusivamente, aumentando assim a chance de ter os dentes de leite mal encaixados!

Além disso, a alimentação com mamadeira exige menos esforço do bebê para conseguir o leite e faz a língua ficar no lugar errado, atrapalhando o bom desenvolvimento muscular.



Outros hábitos de sugar sem finalidade de nutrição também prejudicam o

crescimento dos ossos da face.

15

A amamentação, os dentinhos e os Hábitos de Sugar

O que acontece quando o bebê chupa o dedo ou usa chupeta?

Esses hábitos podem causar problemas de encaixe (má oclusão) tanto nos dentes de leite como nos dentes definitivos, aqueles que são chamados de permanentes.

Outras manias como roer as unhas, morder objetos, bochechas ou lábios na infância também podem aumentar o risco de acontecer uma má oclusão, dependendo de como são realizadas, por quanto tempo e sua intensidade.

O uso da chupeta pode ser um fator de risco para diminuir o tempo da amamentação exclusiva.



Independente do formato do bico, se parece ou não com o mamilo materno, o uso da chupeta pode estar associado à uma mordida aberta anterior (quando os dentes da frente não se encostam, mesmo a boca estando fechada)

e à mordida cruzada posterior (quando os dentes do fundo se encaixam ao contrário, porque o céu da boca está fundo e estreito), afetando o desenvolvimento harmonioso do rostinho da criança.



A chupeta pode oferecer um risco até maior de desenvolver a maioria dos problemas de mordida nos dentes de leite, quando comparada com hábito de sugar o dedo.

Você, papai, mamãe ou pessoa que cuida, precisa ajudar sua criança a parar com esses hábitos de sugar no máximo até os 3 anos. Quanto antes, melhor!

16

Alimentação



A alimentação complementar é um processo que começa quando o leite materno (ou fórmula infantil) é complementado por outros tipos de alimentos e bebidas, geralmente aos 6 meses de vida, e finaliza quando a criança passa a ter contato total com os alimentos da família, por volta dos dois anos.



Conhecer novos alimentos é uma tarefa de muito aprendizado, tanto para a criança como para toda a família!

A primeira infância (até os três anos de idade) é o momento oportuno para estabelecer preferências e hábitos alimentares saudáveis ao longo da vida.

É muito importante, nesse momento, a criança se familiarizar com os alimentos, tendo contato com eles várias vezes, de formas diferentes, para sentir seu sabor, sua consistência e até observar sua aparência.



Os pais ou quem cuida da criança são modelos para que ela possa ter uma alimentação saudável, porque tudo o que ela observa em quem está próximo a ela, estimula a curiosidade e o

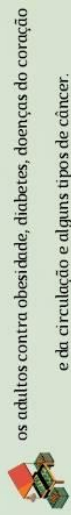


“querer fazer igual”.

17

Alimentação

Comer vegetais (legumes, verduras, frutas, tubérculos) pode proteger



os adultos contra obesidade, diabetes, doenças do coração e da circulação e alguns tipos de câncer.

Para isso, o ideal é dar vegetais desde bebê, todos os dias, um tipo diferente a cada dia, mas repetir o mesmo vegetal depois de um intervalo.

Você pode mostrar primeiro como são os vegetais, explicando seu nome, suas cores, formatos, sabores e cheiros, comendo também e dando para outras crianças próximas (se houver), para o bebê observar.

Se a criança perceber que só ela come um tipo de vegetal, com o tempo vai começar a rejeitá-lo.



No início da introdução de novos alimentos, não é preciso ter preocupação com a quantidade que a criança come, porque o leite materno continua sendo o principal alimento.

A criança vai aceitar muito pouco por vez e pode até querer apenas experimentar a comida ou a fruta. Conforme ela for crescendo e se desenvolvendo, essa quantidade aumenta e, por isso, você precisa respeitar o tempo e a individualidade da sua criança.

18

Alimentação



Como fazer?

Não use o liquidificador, mixer ou peneira, deixando tudo líquido e sem reconhecer o sabor de tudo o que foi misturado!

A consistência adequada é mais firme, aquela que não escorre da colher, que dá trabalho para mastigar, ajudando no desenvolvimento da face e dos ossos da cabeça, colaborando para uma boa respiração pelo nariz e o aprendizado da mastigação.



Crie uma rotina de alimentação para a criança e toda a família, evitando comer nos intervalos entre as refeições e os lanches e prepare receitas variadas com diversos vegetais.



IMPORTANTE!

Não é legal a criança comer enquanto anda e brinca pela casa, assiste televisão, olha o celular, computador ou tablet.

Essas distrações fazem a criança perder o interesse pela comida e se alimentar de forma automática, sem prestar atenção ao alimento.

Assim, a criança pode comer demais e no futuro, acaba perdendo a capacidade de controlar a fome e a saciedade (que faz parar de comer), tendo ganho excessivo ou perda de peso, prejudicando a saúde.

19

Alimentação



Dicas!

Você pode dar carne de porco ou peixe e clara de ovo para a criança, pois não causam alergia e são boas fontes de nutrientes.

Ofereça frutas no lugar de sucos, porque é mais saudável para a criança.



A fruta tem fibras que estimulam a mastigação e ajudam no intestino, além de não precisar colocar açúcar.

Até 1 ano de idade, a criança não precisa conhecer suco de frutas.

Entre 1 e 3 anos, você pode dar um suco natural da fruta, sem açúcar, quando acabar a refeição, mas só se for um hábito da sua família.

Oferecer suco faz a criança acostumar a mamar a sede apenas com bebidas açucaradas ou com sabor, aumentando a chance de ter excesso de peso, cárie e diabetes.

Evite alimentos industrializados, com açúcar e bebidas açucaradas (sucos de pó ou de caixa, refrigerantes, achocolatados prontos) até os dois anos de idade.

Esses alimentos aumentam o risco de obesidade na infância.

Saiba que o leite de fórmula também tem açúcar!

Quantidade de açúcar em 100 ml do produto diluído	
• Leite em pó	4,9g
• Composto Lácteo	8,5g

FONTE: IBRAN

20

APÊNDICE A

Alimentação



Dicas!

Após os 6 meses de idade, sempre ofereça água no intervalo entre as refeições. Você pode deixar um copo tampado ou garrafinha com água em um lugar que a criança alcance, principalmente se mora em uma cidade muito quente.

Se a criança continuar mamando o leite materno após os seis meses, não precisa dar nenhum outro tipo de leite ou fórmula infantil!



Lave suas mãos antes de preparar e oferecer alimentos para a criança e ensine que ela precisa lavar as mãozinhas também, mesmo sendo pequena!



21

Puericultura Odontológica: cuide do sorriso do seu bebê!



Quando deve ser a primeira visita do meu bebê ao dentista?



Quanto mais cedo for a primeira visita do bebê ao dentista, melhor se estabelece um cuidado com a saúde bucal em casa! Antes do primeiro ano de vida do bebê, a troca de informações entre o dentista e a família servirá de base para uma vida inteira de educação preventiva e saúde bucal, diminuindo a necessidade e o custo de tratar doenças no futuro.

A primeira visita vai incluir uma investigação da história de saúde do bebê, desde a gestação até o momento da



consulta, a troca de informações sobre a rotina da família (alimentar, de práticas de lazer), a solução de dúvidas e questionamentos dos pais e cuidadores, uma análise bucal completa, incluindo o



desenvolvimento dentário adequado à idade e termina com uma demonstração de higiene bucal.

Para cada idade e para cada criança as informações são únicas!

22

Puericultura Odontológica: cuide do sorriso do seu bebê!



De quanto em quanto tempo preciso voltar com meu bebê no dentista?

O intervalo de retorno ao consultório do dentista depende da necessidade de cada bebê, do risco de desenvolver doenças e da idade.

Na primeira consulta, é feita uma avaliação de risco para doenças da boca, mesmo quando o bebê não tem dentes.

A avaliação dos bebês vai dizer se alguma situação que está acontecendo na vida dele naquele momento representa uma chance de causar qualquer doença da boca, permitindo assim planejar ações individuais para acompanhamento e prevenção dos problemas bucais.

O objetivo da avaliação de risco é prevenir doenças!



Nesses retornos, o dentista vai avaliar a saúde geral e o crescimento; presença de lesões ou dor na gengiva, nas bochechas, nos lábios e dentes, como está a higiene bucal e o desenvolvimento da mordida; se tem risco de cárie ou de mau posicionamento dos dentes (alimentação e hábitos não saudáveis), além de acontecer uma evolução no comportamento do bebê, que vai se acostumando aos poucos com o ambiente da sala do dentista.

23

Puericultura Odontológica: cuide do sorriso do seu bebê!



Aconselhamento em saúde bucal para se ter boa saúde corporal!

Dentistas podem melhorar a saúde geral das crianças não apenas tratando doenças dentárias, mas também:

- ♥ Prevenindo a obesidade, por aconselhamento e acompanhamento da alimentação da família e do peso da criança;
- ♥ Acelerando as vacinas;
- ♥ Percebendo algum atraso no desenvolvimento durante o crescimento;
- ♥ Fazendo encaminhamentos para outros profissionais de saúde de acordo com a necessidade, como psicólogos (modificação de comportamento), nutricionistas (sugestões na alimentação), fonoaudiólogos (ajuda na fala e na posição da língua), otorrinolaringologistas (avaliação da respiração) e outros.



Durante a primeira infância, a puericultura odontológica deve ter foco na amamentação, nos aspectos do uso de mamadeira ou copo com bico, na preocupação com o risco das mamadas noturnas, na frequência de consumo de bebidas adoçadas (leite com açúcar, suco de frutas adoçado ou de caixinha, refrigerantes) e lanches, além de alimentação com produtos industrializados. O alto consumo de carboidratos (massas), gorduras, açúcar e sal fazem mal tanto para dentes como para todo o corpo, afetando a saúde.

Além disso, a higiene bucal deve fazer parte do ritual de higiene corporal.

24

Puericultura Odontológica: cuide do sorriso do seu bebê!

Nascimento dos dentinhos de leite

O nascimento dos dentinhos de leite é um processo natural, que inicia geralmente entre 4 a 10 meses de vida do bebê e pode durar até dois anos e meio a 3 anos, coincidindo com o aparecimento de várias doenças da infância.



Quando os dentes de leite começam a nascer, o bebê pode sentir algum desconforto, ficar irritado e babar muito.

Além disso, as pessoas costumam associar a coceira na gengiva, um sono mais agitado, diarreia, perda da vontade de comer e, com maior frequência, a febre.

Quando o bebê estiver com febre, é muito importante garantir que a causa não seja infecções, procurando atendimento médico.

O tratamento dos sintomas pode incluir remédios para dor e febre, frutas ou mordedores gelados, massagem na gengiva para aliviar a coceira e até aplicações de laser no consultório do dentista.



O uso de pomadas com anestésicos deve ser evitado, porque pode ser tóxico e sobrecarregar o fígado do bebê.

25

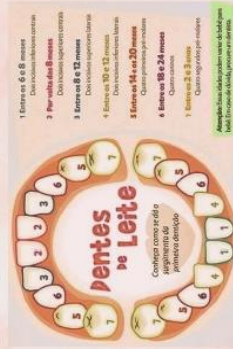
Puericultura Odontológica: cuide do sorriso do seu bebê!

Como é o desenvolvimento da dentição e da mordida (oclusão)?



A dentição tem algumas fases:

1. Dentição decídua: começa na primeira infância, com o nascimento do primeiro dentinho, geralmente perto dos seis meses de idade, e se completa próximo aos três anos, quando todos os vinte dentes de leite (decíduos) estão na boca. Dessa fase até por volta de seis anos de idade, não há alterações.



Variações nessa ordem são comuns, não se preocupe!



2. Dentição mista: vai de aproximadamente seis a 13 anos de idade, iniciando com o nascimento do primeiro dente definitivo (permanente), ficando ao mesmo tempo dentes decíduos e permanentes na boca.

3. Dentição permanente do adolescente: Todos os dentes permanentes estão na boca, mas os terceiros molares (os famosos dentes do juízo) não surgiram.

4. Dentição adulta: Todos os dentes permanentes estão presentes.

26

Puericultura Odontológica: cuide do sorriso do seu bebê!



Problemas de mordida (oclusão)

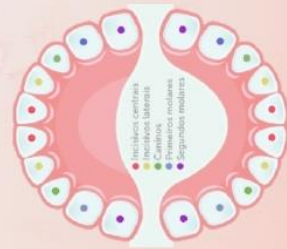


Durante todos esses períodos, os hábitos usando a boca podem forçar os dentes, gengiva, ossos e músculos, causando problemas no posicionamento dos dentes e no crescimento de todo o rosto.

Quanto mais cedo esses hábitos forem interrompidos, menores serão as chances de alterações na mordida. E quanto mais cedo essas alterações forem identificadas e tratadas, melhores serão os resultados na harmonia da mordida, na mastigação, na fala, na respiração e na estética dos dentes e da face.



Anote aqui as datas de nascimento dos dentinhos de leite da sua criança!



Dentes superiores (parte de cima)

Incisivo central direito: _____ Incisivo central esquerdo: _____
 Incisivo lateral direito: _____ Incisivo lateral esquerdo: _____
 Canino direito: _____ Canino esquerdo: _____
 Primeiro molar direito: _____ Primeiro molar esquerdo: _____
 Segundo molar direito: _____ Segundo molar esquerdo: _____

Dentes inferiores (parte de baixo)

Incisivo central direito: _____ Incisivo central esquerdo: _____
 Incisivo lateral direito: _____ Incisivo lateral esquerdo: _____
 Canino direito: _____ Canino esquerdo: _____
 Primeiro molar direito: _____ Primeiro molar esquerdo: _____
 Segundo molar direito: _____ Segundo molar esquerdo: _____

Alterações comuns na boca do bebê:

Vamos falar sobre isso?

Será que a língua do meu bebê é presa?

Anquiloglossia é o nome para língua presa e tem causa desconhecida! A característica é de uma prega grossa e curta embaixo da língua, que atrapalha os movimentos de levantar e colocar para fora, aumentando as chances de o bebê ter dificuldades na amamentação e ganho de peso abaixo do esperado no período após o parto.

Além disso, pode acontecer dificuldades na articulação correta das palavras durante a época de desenvolvimento da fala, na higiene dos dentes e consequente risco maior de formação de cárie e problemas na gengiva, atrapalhando ações como lamber ou beijar e a habilidade da língua para manter os dentes limpos, podendo até mesmo interferir no crescimento do osso.

A condição deve ser avaliada no período em que mãe e bebê estão na maternidade, por pediatras, otorrinolaringologistas, consultores de amamentação, fonoaudiólogos ou dentistas.



A língua presa pode dificultar o posicionamento da boca do bebê no peito e causar dor ou fissuras (machucados) no mamilo da mãe, com interrupção da amamentação antes do tempo recomendado. Apesar disso, é preciso avaliar outros fatores que podem causar fissuras no mamilo, como pega incorreta e doenças não tratadas como a candidíase ("sapinho", um fungo que vamos conhecer também!).

APÊNDICE A

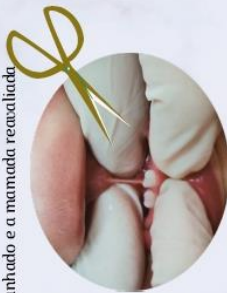
Alterações comuns na boca do bebê: Vamos falar sobre isso?

Será que a língua do meu bebê é presa?

Quando é necessária, a cirurgia do freio é feita por dentista ou médico, e pode melhorar os sintomas maternos e ajudar a mulher a confiar na sua capacidade de amamentar o bebê com sucesso.

Normalmente, a cirurgia do freio da língua nos bebês não apresenta complicações, mas logo após pode acontecer uma certa dificuldade na amamentação, além de sangramento e infecção.

O bebê precisa ser acompanhado e a mamada reavaliada.



Na parte de cima, entre os dois dentinhos da frente, também existe uma prega chamada de freio labial superior.

Em geral, nos bebês é mais grosso e curto e, ao contrário do freio da língua, vai se alterando enquanto a criança cresce. Não se sabe ao certo se esse freio realmente pode atrapalhar a amamentação, mas na dúvida, um dentista deve avaliar a mamada e o freio labial.



29

Alterações comuns na boca do bebê: Vamos falar sobre isso?

Por que a língua do meu bebê parece "tatuada"?

A língua geográfica é uma condição em que aparecem áreas atrofiadas, com formato irregular que muda de lugar em questão de horas, em cima e nas bordas laterais da língua, geralmente sem sintoma de dor e sem necessidade de tratamento. A alteração é autolimitada, ou seja, cura sozinha em dias ou semanas, mas volta em um tempo variável.



As áreas atrofiadas ficam sem as papilas (pequenas saliências que fazem uma pessoa sentir os diferentes sabores), dando um aspecto de "tatuagem" na língua.

Sua causa é desconhecida, mas pode existir uma história familiar ou estar associada com doenças que afetam o sistema imunológico, a defesa do organismo (psoríase, alergias, asma).



30

APÊNDICE A

Alterações comuns na boca do bebê: Vamos falar sobre isso?

O que são bolinhas brancas na gengiva e no céu da boca do meu bebê?

São pequenos cistos lisos, esbranquiçados e estão presentes na boca da maioria dos recém-nascidos.

Dependendo do lugar em que aparecem, podem receber nomes diferentes, como pérola de Epstein, nódulos de Bohn, cisto gengival do recém-nascido ou da lâmina dentária.

O mais importante é saber que nenhum tratamento precisa ser feito, porque esses cistos geralmente somem durante os primeiros três meses de vida.



Nódulo de Bohn
(fica na gengiva do lado de fora
ou de dentro)



Pérola de Epstein
(fica no meio do céu da boca)



Cisto da lâmina dentária
(fica no lugar onde nascem os dentes)

31

Alterações comuns na boca do bebê: Vamos falar sobre isso?

Por que está inchado e com bolha roxa onde vai nascer dente?

O chamado cisto de erupção (de nascimento) é mais comum na região dos dentes do fundo dos bebês, os molares. A cor pode variar de preto-azulado ou marrom, dependendo da quantidade de sangue entre o dentinho que está tentando nascer e a parte mais superficial da gengiva.



Também pode ser chamado de hematoma de erupção, podendo aparecer após um trauma no lugar (por alimento mais duro, por morder brinquedo).

Geralmente o dente nasce através dessa bolha roxa e nenhum tratamento é necessário.

Se a bolha não perfurar sozinha ou for infectada por bactérias, pode ser preciso fazer uma pequena cirurgia para remover a gengiva da parte de cima do cisto ou hematoma.



32

Alterações comuns na boca do bebê: Vamos falar sobre isso?

Por que aparece uma bolinha transparente no lábio, na bochecha ou embaixo da língua do bebê e fica sumindo e voltando?

A mucocle é uma lesão comum nas crianças, por causa de um rompimento na saída de saliva de glândulas presentes na boca.

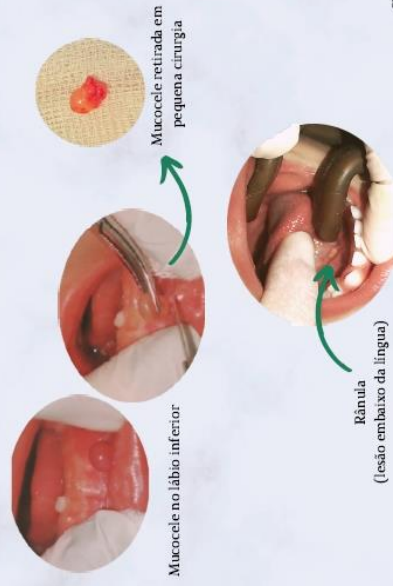
Parece uma bolinha transparente bem definida, firme quando apertada.

Mucocles são mais frequentes no lábio inferior, mas podem aparecer também na bochecha, na lateral da língua, atrás do último dente do fundo e até embaixo da língua (recebendo o nome de rânula).

As bolinhas duram pouco tempo, porque explodem sozinhas, deixando no lugar feridas parecidas com afta, que somem em poucos dias.

Muitas vezes, podem voltar a aparecer e se isso acontecer, é necessário

remover com uma pequena cirurgia.



Rânula
(lesão embaixo da língua)

35

Alterações comuns na boca do bebê: Vamos falar sobre isso?

Bebê pode nascer com dente?

Sim! Não se sabe ao certo o porquê dessa situação acontecer, pode ter algum fator hereditário envolvido, mas bebês podem nascer com dentes!

Quando um dente já está na boca no momento do parto, é chamado de dente natal. Se aparece depois, nos primeiros 30 dias de vida do bebê, recebe o nome de dente neonatal. Normalmente, é um dente na frente, embaixo, que aparece.



Se não estiver mole e não atrapalhar a amamentação, só precisa ser acompanhado. Se for muito pontudo, pode causar uma ferida embaixo da língua do bebê, por esfregar durante a amamentação, chamada de doença de Riga-Fede. Se essa ferida não for avaliada e tratada adequadamente, o bebê pode ter uma ingestão inadequada de nutrientes e inclusive desidratar.



Por isso, é muito importante um dentista avaliar e lixar as bordas do dentinho, deixando arredondada, e passar alguma pomada para a ferida na língua.

Em alguns casos mais sérios, pode até ser necessário remover o dentinho.

34

Doenças que roubam o sorriso do seu bebê...

Cárie da Primeira Infância

A Cárie da Primeira Infância é uma das doenças de lento desenvolvimento e longa duração que mais afeta crianças, sendo um sério problema de saúde pública, que interfere não só na vida dos pequenos, mas das pessoas ao redor, de família e toda a comunidade. A doença cárie causa dor e problemas de sono, de aprendizado, nas funções da boca como mastigar e falar, atrapalhando o crescimento e o desenvolvimento da criança, diminuindo a qualidade de vida.

A causa da doença cárie depende de muitos fatores, incluindo a alimentação, a higiene da boca e o uso de flúor, a capacidade de cada pessoa em desenvolver ou reagir à uma doença, o tipo e quantidade de bactérias que existem na boca, a presença de defeitos de formação na parte externa do dente, entre outros.

Além disso, também precisa ser analisado como essas condições estão relacionadas com fatores sociais, culturais, de comportamento familiar, políticos, psicológicos e ambientais.



A doença começa como uma mancha branca no dente, ao redor da gengiva...

... e evolui para infecção, destruição e dor!



35

Doenças que roubam o sorriso do seu bebê...

Cárie da Primeira Infância

O bebê que tem algum dentinho com início de cárie pode ter uma maior chance de desenvolver cárie em outros dentes, tanto nos de leite quanto nos permanentes no futuro, além de ter maior risco de precisar de internações e visitas ao pronto-socorro por infecções na boca, altos custos de tratamento, perda de dias escolares em creches, capacidade de aprender prejudicada e pouca qualidade de vida com relação à saúde da boca.



Apesar do que foi dito, oferecer informações rígidas sobre saúde bucal, no estilo de palestras, pode até ajudar as pessoas a entenderem as doenças da boca e decidirem pela prevenção, mas esta etapa por si só não leva à uma mudança de comportamento de maneira permanente.



Por isso, o aconselhamento e discussão da realidade de cada família é importante!

Isso faz com que as pessoas resolvam suas dúvidas e entendam o que traz insegurança na hora de decidir sobre mudanças.

36

Doenças que roubam o sorriso do seu bebê...

Cárie da Primeira Infância



Então, como posso fazer???



LEVE O BEBÊ AO DENTISTA O MAIS CEDO POSSÍVEL!

Estratégias que podem ajudar na prevenção de doenças bucais:

Discutir sobre os hábitos alimentares da família, inclusive o uso de mamadeiras com açúcar ou achocolatado, ajudando na saúde de todo o corpo;

Treinar as escovações, que devem ser feitas pelo menos 2 vezes ao dia, para diminuir o acúmulo de placa (sujeira) nos dentinhos;



Usar pasta de dente com flúor, em quantidade adequada (um grão de arroz cru);

Conversar sobre o uso frequente de remédios que tenham açúcar, podendo causar cárie por causa disso. Os remédios não deixam o dente fraco, isso é um

mito! O açúcar que tem neles é o problema!



37

Doenças que roubam o sorriso do seu bebê...

Cárie da Primeira Infância



Você sabia?

Depois do segundo ano de vida, a amamentação muito frequente e, principalmente, durante a madrugada, aumenta o risco de desenvolvimento da doença cárie, sendo indicada a sua diminuição.

Nessa idade, as crianças precisam estar dormindo a noite toda!

Não existe diferença no risco de desenvolver cárie para crianças que nasceram prematuras (antes do tempo) e com peso abaixo do esperado ao nascer para aquelas que nasceram no tempo certo e com bom peso.

O que importa é o que vem depois!

Se um bebê apresentar a cárie da primeira infância, podem ser necessários alguns tipos de tratamento, que vão desde a aplicação de um verniz com muito flúor até reconstruir algum dente de uma maneira mais desagradável, com uso de anestesia na boca, podendo precisar inclusive de medicação sedativa ou



anestesia geral para resolver um problema maior, de acordo com a gravidade de cada caso.



38

APÊNDICE A

Doenças que roubam o sorriso do seu bebê...



Sapinho

O Sapinho é o nome mais conhecido de uma doença chamada

Candidíase Bucal, causada por um fungo.

Existem micróbios que vivem normalmente na boca das pessoas e o bebê pode recebê-los tanto da mãe como de outras pessoas que convivem com ele. O

fungo que causa o Sapinho só faz mal ao bebê quando tem algum

desequilíbrio no corpo (quando ele está doente e usa remédios por muito tempo) ou na boca (problemas com higiene).

Fique atenta se aparecer uma placa branca cheia de "grumos" em cima da língua, nas bochechas, no céu da boca ou na garganta do bebê!

Consulte um dentista para avaliar se ele está com Sapinho, entender a causa e tratar da maneira adequada!

Curiosidade: o fungo que causa o Sapinho gosta de ambientes mais ácidos e crianças que tem a cárie da primeira infância tem a boca mais ácida.

Então, normalmente as crianças com cárie tem mais fungos na boca, com chance maior de ter problemas.



39

Doenças que roubam o sorriso do seu bebê...

Estomatite

A chamada gengivostomatite herpética primária é uma doença causada por um vírus e acontece geralmente em crianças entre 6 meses e 5 anos de idade, em qualquer época do ano. A criança pode ter febre, ficar sem apetite e irritada, com sono agitado, dor de cabeça e um mal estar no corpo todo.

A gengiva ao redor dos dentes começa a ficar vermelha, inchada, sangra e

aparecem pequenas bolhas em vários outros lugares, como céu da

boca, língua, bochechas e até na garganta. Quando essas

bolhas estouram, ficam feridas parecidas com aftas no

lugar, bem doloridas. Podem aparecer bolinhas até na

pele da região dos lábios e embaixo do nariz.



O vírus é transmitido quando se tem contato direto com a saliva ou com o líquido que sai dessas bolhas. Em casos mais leves, essa virose dura uma semana, mas se tem sintomas mais sérios, pode durar até 3 semanas!

O cuidado maior é com a desidratação! É importante manter a criança sempre hidratada e sem febre, com remédios para isso.

O tratamento melhora os sintomas e pode incluir desde remédios, pomadas até o uso do laser para acelerar a cicatrização e ajudar na qualidade de vida da criança, mas o vírus tem seu tempo de agir.



A criança precisa estar em acompanhamento médico e com dentista até melhorar.

Como a gengiva fica bem inflamada, é preciso manter as escovações mesmo

sangrando, para não piorar a condição da saúde da boca!

40

Doenças que roubam o sorriso do seu bebê...

Doença da Mão, pé e boca

Essa virose tem esse nome por causa dos lugares do corpo em que aparecem pequenas bolhas: na boca, na palma das mãos e na sola dos pés.

Quando estouram, viram feridas doloridas. Além das bolhas, a criança tem febre e esse vírus afeta mais os pequeninos, menores de 5 anos.

O vírus passa de uma pessoa para outra em gotas de saliva, espirros, contato com o líquido da bolha e/ou fezes de outros doentes (que podem ou não estar com os sintomas), além de alimentos, objetos ou água contaminada.

Geralmente tem época do ano certa para acontecer, na primavera e verão, quando a umidade é mais alta, pois a temperatura alta e a água da chuva podem contribuir para espalhar o vírus com mais facilidade.

Normalmente se resolve sozinha, e o tratamento é só para a febre e para melhorar a sensibilidade nas feridas.

Quando se tem um surto da virose em escolas ou creches, por exemplo, funcionários precisam notificar os pais e as instituições de saúde logo no primeiro dia e tomar medidas de isolamento das crianças doentes, diminuindo a chance de contaminar outras pessoas.



41

Higiene da Boca

Tenho que escovar os dentes, usar pasta de dente e fio dental no meu bebê?

A partir do nascimento do primeiro dentinho, a recomendação é escovar duas vezes ao dia, com escova de cerdas macias e pasta de dente fluoretada.

Usar fio dental pode ser muito difícil para as pessoas em geral.

Mesmo assim, bebês também tem dentes juntinhos, e usar o fio dental para limpar onde a escova não entra deve ser rotina, para evitar a cárie que começa escondida entre os dentes!



Flúor sim! Mas como devo usar?

A recomendação é usar uma pasta de dente com flúor, em pequena quantidade como um grão de arroz cru.

O uso de pastas com flúor é muito importante para diminuir a chance de crianças menores de 5 anos terem a cárie da primeira infância.

O sabor da pasta de dente infantil não aumenta a chance de a criança pequena engolir o flúor, mesmo ela não sabendo cuspir.

Qualquer pasta de dente pode ser usada, inclusive a sua! Apesar disso, nos pequenos o responsável pela escovação é um adulto e, a partir do momento em que a criança vai crescendo, ainda precisa de supervisão.

42

Trauma na Dentição de Leite

O que é importante saber?

Machucados (lesões) na boca e nos dentes por quedas (traumas) são um problema frequente, especialmente entre crianças menores de 5 anos, podendo influenciar na estética, na alimentação, na autoestima e na qualidade de vida.



Um trauma no rosto pode resultar em dentes quebrados, deslocados ou até perdidos. Aspectos sobre a segurança de brinquedos, assentos de carro, cabos elétricos e uso de chupeta devem ser conversados!



45

Trauma na Dentição de Leite



Fique atento (a)!

Algumas situações podem facilitar a ocorrência das lesões nos dentes, como:

- ⚠ Aspectos da boca: má oclusão (encaixe errado dos dentes), como os dentes de cima mais para frente ou sem encostar nos dentes de baixo;
- ⚠ Fatores do ambiente (segurança de espaços públicos e dentro de casa);
- ⚠ Fatores de comportamento, como o tempo de amamentação, o uso de mamadeiras e chupetas, o hábito de chupar dedo, a posição da língua entre os dentes quando a criança engole ou fala, afetam o crescimento da face e facilitam a ocorrência de lesão nos dentes.

Além disso, normalmente os meninos se machucam mais do que as meninas.



Uma história de trauma anterior aumenta a chance de acontecer um novo acidente.

Quanto menor o bebê na época da queda, maior é o risco de ter problemas tanto nos dentes machucados como nos dentes definitivos, que estão em formação dentro do osso.

Por isso, o atendimento pelo dentista depois de qualquer tipo de trauma que envolva o rosto é importante, mesmo parecendo leve.

Os dentinhos de leite envolvidos precisam ser acompanhados até que caiam, pois podem sofrer dor e infecção.

44

PARTE II

Para o profissional



Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê começa pela boca da mamãe!



A gravidez foi desejada? () Sim () Não
Gestação: () Única () Múltipla
Pré-Natal iniciado: () Sim - N.º consultas _____ () Não
Idade gestacional na consulta de Pré-Natal Odontológico: _____
Data provável do parto: ____/____/____ Vacinas: _____
Doenças: _____
Alergias: _____
Intercorrências em gestação/parto anterior: _____
Medicações em uso: _____
Hábitos: () fumo () álcool () drogas () outros _____
Alterações:
() náusea () vômitos () intestino preso () dor na coluna () contrações
() formigamento nas pernas () varizes () ardência ao urinar () hemorróida
() hipertensão () diabetes () anemia () depressão _____
Queixa odontológica: _____
Já utilizou anestesia dentária? () Não () Sim _____
Sangramento após cirurgia: () Não () Sim _____
Experiência Odontológica ruim: _____
Hábitos e condições bucais:
() roer unha () morder objeto () morder lábio/bochecha
() ranger os dentes () sensibilidade dentária () tártaro
() sangramento gengival () mau hálito _____
Alimentação:
Lanche entre refeições: () Não () Sim _____



Pré-Natal Odontológico: a saúde do bebê começa pela boca da mamãe!



- Alimentação:
- Frutas Verduras Carnes em geral _____
 - Leite e derivados Pão, bolos caseiros Doces _____
 - Biscoito de recheio, bolo de pacote Refrigerante _____
 - Suco de pó ou caixa Suco natural ou de polpa _____
- Higiene Bucal:
- Escovação com creme dental fluorado _____
 - Fio dental Enxaguante bucal Outros _____
- Horários da higiene bucal: _____
- Atuação clínica:
- Freio labial/lingual encurtado Respiração bucal Respiração nasal _____
 - Halitose Saburra lingual Gengivite localizada _____
 - Fluorose Defeitos de formação dentária: _____
- Alterações em tecidos moles _____
- Oclusão: _____
- Situação Inicial:
- | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Procedimentos Odontológicos realizados:
- _____/_____/_____
- _____/_____/_____
- _____/_____/_____
- _____/_____/_____
- _____/_____/_____
- _____/_____/_____

O bebê chegou!



Como foi o parto?

- Natural Cesárea Complicações _____
- Peso: _____ g Altura: _____ cm Apgar 1: _____ Apgar 2: _____
- Fototerapia Incubadora _____ dias UTI ou UI _____ dias



Condições relacionadas à saúde

- Vacinas: Atualizadas Em atraso _____
- Doenças da infância:
- Catapora Sarampo Herpangina Coxumba Roséola
 - Outras _____
- Doenças presentes:
- Respiratória _____
 - Renal Hepática Cardíaca _____
 - Circulatória Neurológica _____
 - Refluxo _____
 - Síndromes _____
- Alergias:
- Poeira Pêlo de animal Cloro Mofo Picada de inseto
 - Alimentar: _____
 - Produto de higiene ou limpeza: _____
 - Medicamento: _____
 - Outras alergias: _____
- Alergias em familiares (pai, mãe, irmãos): _____
- Internações (motivo): _____
- Medicações ou vitaminas em uso: _____

Registros Odontológicos

Primeira Consulta

Respiração:

() Nasal () Bucal por hábito () Bucal por necessidade _____

Freio Labial:

() Inserção normal () Inserção curta que atrapalha o aleitamento materno _____

Freio Lingual:

() Inserção normal () Inserção encurtada _____

Score do teste da Linguinha (maternidade): _____ Re-teste: _____

Protocolo Brasileiro de Avaliação da Língua (BTAT)¹

Aspectos avaliados	0	1	2	Score
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?	Formato da coroa.	Ligam. líng. encurtada.	Anomalia.	
ONDE O PRÉNCULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO (SULETE E O GRÂNULO ABSOLUTIVO)?	Fixado na parte superior da margem gengival (alto).	Fixado na face interna da gengiva (baixo).	Fixado no assoalho da boca (baixo).	
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BICO ABERTA (SULETE) E O GRÂNULO)?	Elevação anormal da borda da língua em direção ao palato duro.	Elevação anormal das bordas da língua em direção ao palato duro.	Elevação completa da língua em direção ao palato duro.	
PROIEÇÃO DA LÍNGUA	Ponta da língua fica atrás da gengiva.	Ponta da língua fica sobre a gengiva.	Ponta da língua pode se estender para o lábio inferior.	

1. Adaptação do registro anatômico e postológico ortodontia para exame de língua. Dra. Jéssica Regina e Alvo Editorial.

Fonte: Nota Técnica nº 35/2018 – Arquelogistas em recém-nascidos (BRASIL, 2018)

OBS: Em caso de interferência no amamentamento atribuído ao fênelo lingual e escore menor ou igual a 3, sugere-se novo avaliação antes de alta hospitalar. No ausência de outros fatores justificadores das dificuldades apresentadas, considerar a realização da frenulotomia. Escores distantes (4 ou 5) necessitam de reavaliação no primeiro semana de vida do bebê.

Necessidade cirúrgica: data o procedimento _____ / ____ / ____ . Intercorrências e comentários: _____

Registros Odontológicos

Primeira Consulta

Distúrbios de erupção dentária:

() Febre () Salivação excessiva () Irritação () Coceira gengival
() Cisto/hematoma de erupção () Alteração cronologia _____

Alteração no desenvolvimento da oclusão (mordida aberta / cruzada posterior, tendência à cl. II / III)? _____

Doenças bucais:

() Candidíase () Gengivostomatite Herpética () Afças () Gengivite
() Outras _____

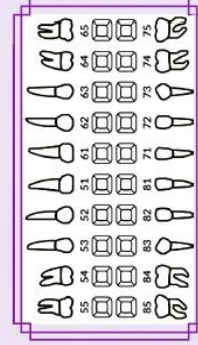
Deglutição Atípica? _____

Alterações bucais:

() Pérolas de Epstein () Nódulos de Bohn () Cistos da lâmina dentária
() Mucocoele () Râmula () Outras _____

Situação bucal (higiene, lesões não mencionadas): _____

Exame Clínico Inicial



Legenda - circular os dentes presentes e encerrar a situação inicial encontrada

H - Higião (índice) DEB - Dente em erupção
CIV - Restauração de Cimento de endurecimento de ultra
RC - Restauração de Resina Composta
AG - Restauração de Amálgama
MB - Lado de Marcha Branca. Corte parafax.
F - Fístula T - Tratoma E - Escurecimento da coroa.

() Bico determinado - presença de mordida rostrum, higiene incorreta, consumo de açúcar excessivo e/ou saúde alterada.
() Bico não detectado - mordida rostrum, boa higiene, consumo controlado de açúcar e boa saúde.

Registros Odontológicos



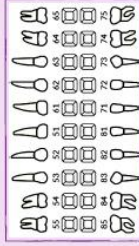
Traumatismos

- Como ocorreu o acidente _____
- Onde ocorreu o acidente _____
- Quando ocorreu o acidente _____
- () Período de inconsciência (quanto tempo?) _____ () Náusea ou vômitos
- () Sonolência ou tontura () Sinais/sintomas de cefaléia () Convulsão
- Na região traumatizada:
- () Sensibilidade ao frio e/ou calor () Dor espontânea
- Lesões de tecido duro:
- () Deslocamentos na ATM () Fraturas ósseas _____ () Lesão no mento
- Lesões de tecido mole:
- () Escoriação () Hematoma () Edema () Outros _____
- () Laceração _____ () Presença de corpo estranho _____
- Lesões de tecidos de suporte (anotar dentes envolvidos):
- () Concussão () Subluxação _____ () Luxação extrusiva _____
- () Luxação lateral () Luxação intrusiva _____ () Avulsão dentária _____
- Lesões de tecidos duros dentais:
- () Trinca de Esmalte _____ () Fratura de Esmalte _____
- () Fratura E+D _____ () Fratura E + D com exposição pulpar _____
- () Fratura Coroa + Raiz (com ou sem exposição pulpar) _____
- () Fratura Radicular _____ região (apical, média ou cervical) _____
- Avaliação radiográfica: _____
- Conduta adotada: _____
- Sequelas de trauma anterior no dente decíduo (anotar número do dente):
- () Escurecimento da coroa _____ Tonalidade: _____
- () Abscesso () Reabsorção interna _____ () Reabsorção externa _____
- () Anquilose _____ () Calcificação pulpar _____ () Alveólise _____

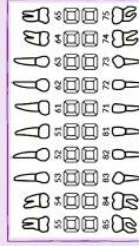
Registros Odontológicos

Consultas de Retorno

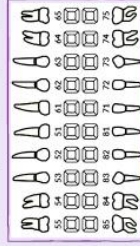
- Data: ____/____/20____
- Saúde geral: _____
- Alimentação () Peito exclusivo () Peito complementado (frequência/complemento) _____
- () Mamadeira - conteúdo e frequência diária _____
- () Fruta - frequência e consistência _____ () Suco (natural, de caixa, em pó) _____
- () Almoço () Jantar Consistência da comida _____ () Água no copo _____
- () Refrigerante () Ligarite () Outros produtos industrializados _____
- Hábitos Bucais:
- () Chupeta _____ () Sucção digital _____
- () Morder objetos () Morder lábios () Sucção de língua _____
- () Onicofagia () Apertamento dentário _____
- Manchas brancas atípicas _____ Lesões _____
- Higiene Bucal _____
- Conduta _____
- Dentes presentes e em erupção marcados no Odontograma _____



- Data: ____/____/20____
- Saúde geral: _____
- Alimentação () Peito exclusivo () Peito complementado (frequência/complemento) _____
- () Mamadeira - conteúdo e frequência diária _____
- () Fruta - frequência e consistência _____ () Suco (natural, de caixa, em pó) _____
- () Almoço () Jantar Consistência da comida _____ () Água no copo _____
- () Refrigerante () Ligarite () Outros produtos industrializados _____
- Hábitos Bucais:
- () Chupeta _____ () Sucção digital _____
- () Morder objetos () Morder lábios () Sucção de língua _____
- () Onicofagia () Apertamento dentário _____
- Manchas brancas atípicas _____ Lesões _____
- Higiene Bucal _____
- Conduta _____
- Dentes presentes e em erupção marcados no Odontograma _____



- Data: ____/____/20____
- Saúde geral: _____
- Alimentação () Peito exclusivo () Peito complementado (frequência/complemento) _____
- () Mamadeira - conteúdo e frequência diária _____
- () Fruta - frequência e consistência _____ () Suco (natural, de caixa, em pó) _____
- () Almoço () Jantar Consistência da comida _____ () Água no copo _____
- () Refrigerante () Ligarite () Outros produtos industrializados _____
- Hábitos Bucais:
- () Chupeta _____ () Sucção digital _____
- () Morder objetos () Morder lábios () Sucção de língua _____
- () Onicofagia () Apertamento dentário _____
- Manchas brancas atípicas _____ Lesões _____
- Higiene Bucal _____
- Conduta _____
- Dentes presentes e em erupção marcados no Odontograma _____



CUIDANDO DA SUA SAÚDE BUCAL

Escovação

Após o nascimento dos dentinhos, pode-se iniciar o uso de escovas infantis de cerdas macias após as principais refeições e antes de dormir.

A quantidade de creme dental é mínima (um grão de arroz cru), para evitar a Fluorose, doença que afetará dentes permanentes em formação.



Gestante e Bebê



GESTANTE: FAÇA SEU PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO!

MAMÃE: FAÇA O ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO PREVENTIVO DO SEU BEBÊ NOS GRUPOS DE PUERICULTURAL!



Higiene Bucal

Para a limpeza da boquinha do bebê ainda sem dente, pode-se utilizar gaze ou uma fralda limpa, umedecida em água filtrada.

Uma vez ao dia já é suficiente!



Dentes servem para mastigar! Quando surgem na boca, sinalizam a mudança de fase da criança.

Dentinhos de Leite





A odontologia e a gestação

A gestante pode fazer tratamento odontológico e radiografias dentais. O melhor período para o tratamento é do 4º ao 6º mês de gestação. Mas em caso de dor, um cirurgião-dentista deve ser procurado imediatamente em qualquer fase da gestação.

No Pré-Natal Odontológico, a gestante aprenderá que seu dente não perde cálcio para formar os ossos do bebê, que os antibióticos não estragam os dentes e muitas outras informações importantes para garantir um sorriso saudável ao bebê.

Dieta do Bebê



O leite materno é o alimento mais completo para o bebê e deve ser exclusivo até os 6 meses.

Além de ser uma prova de amor e carinho, transmite anticorpos que protegem a criança de doenças, diminui os problemas de posicionamento incorreto dos dentes e ajuda no desenvolvimento normal da fala e da respiração.

O uso de mamadeiras deve ser evitado.

Primeiras Bocadas

Após o sexto mês, as primeiras papinhas salgadas não devem ser batidas no liquidificador e sim amassadas, para o bebê exercitar a mastigação.

As frutas e verduras devem ser oferecidas sempre! Evitar o primeiro contato da criança com refrigerante, guloseimas, biscoito recheado e salgadinho industrializado antes do segundo ano.

Nunca oferecer líquidos açucarados nem leite em pó adoçado na mamadeira.



Cárie de Primeira Infância

É uma doença que provoca muita dor em crianças pequenas. É causada, geralmente, por mamadas noturnas, não seguidas pela limpeza dos dentinhos, que ficam destruídos num curto espaço de tempo.



Maus Hábitos

Chupar dedo ou chupeta, usar mamadeira, roer unhas, morder objetos e outros hábitos podem alterar a posição dos dentes.



Os pais são os responsáveis pela manutenção da saúde e da higiene bucal dos seus filhos.

ANEXO B – Frente



- Unhas — Para evitar que o bebê se arranhe, devem ser cortadas com tesouras apropriadas de pontas arredondadas e limadas.



HIGIENE BUCAL E PESSOAL DO BEBÊ

PALMAS-TO
2017

- por isso, em gestos suaves, um leite ou óleo corporal.

- Perfumes e colônias — É preferível aplicar na roupa e não na pele do bebê.

- Olhos — Limpam-se com uma gaze estéril embebida em soro fisiológico (uma para cada olho), no sentido nariz-orelha, de modo a desentupir o canal lacrimal e prevenir conjuntivites;

- Ouvidos — Para eliminar água que possa ter entrado durante o banho, limpa-se apenas a parte externa do pavilhão auditivo com uma compressa, nunca com cotonetes;

- Nariz — Deve-se usar o soro fisiológico para limpar e hidratar a mucosa do nariz. Se houver secreções visíveis, podem ser removidas com a ponta de um cotonete em movimentos circulares, lentos e suaves;

CSC VALÉRIA MARTINS



Equipe BBClin:

Residência em Enfermagem
Eriko Marvão (preceptor)
Jaciainy e Paulo Vítor (residentes)

Residência em Odontologia
Alessandra Dias (preceptora)
Ana Paula, Marêssa e Paulo Henrique
(residentes)

Jaqueline (Programa Palmas para Todos)

ANEXO B – Verso

HIGIENE BUCAL

Por que fazer a Higiene do Bebê?

Porque o leite contém açúcar e proteína que, quando não higienizado, irão acumular na boquinha do bebê, podendo gerar fungo, o sapinho, prejudicando a saúde da boca.



Passo a Passo da Higiene da Boca do Bebê

Deve-se usar:

- 1 fralda limpa
- 1 copo de água filtrada



Como fazer:

Deve-se limpar 1 vez ao dia (De preferência na última mamada noturna).

Quando nascer os primeiros dentinhos, a higiene passa a ser feita com escova macia, com a quantidade de grão de arroz cru de creme dental.

Deve ser feito três vezes ao dia.

Se essa escovação não for feita, pode ocorrer o desenvolvimento de cárie.

Importância da Higiene da Boca do Bebê

- Evita Fungos
- Evita Cárie
- Aumenta o Vínculo mãe-bebê
- Melhora no bem-estar do bebê
- Melhoria da Saúde do bebê

HIGIENE PESSOAL DO BEBÊ

- Banho - Uma vez preparada a água do banho, passa-se sobre a pele com a ajuda de uma esponja muito suave, de compressas, ou diretamente com a mão.
- Cordão umbilical — Após o banho, aplica-se álcool a 90° com uma compressa de gaze ou algodão.
- Zona da fralda — Limpa-se a cada muda com uma compressa com água morna ou com toalhetes apropriados e aplica-se um creme protetor para prevenir a "assadura" (dermatite da fralda), mas apenas quando há assadura ou o bebê tiver feito cocô.
- Corpo — Depois do banho, é importante hidratar a pele do bebê para ajudar a repor a camada protetora. Aplica-se,

ANEXO C – Frente

Quem são os vilões?

Hábitos
sedentários!



Celulares, televisão, ... são inseridos cada vez mais cedo na rotina da criança;



Deficiência ou
excesso de
nutrientes!

Carências nutricionais como a anemia são frequentes nessa idade, ao mesmo tempo que muitas apresentam excesso de peso.

Alimentação
desequilibrada!

Alimentos
prontos!

Escondem ingredientes como açúcar, sal e gordura em excesso.



- Até o sexto mês de vida, o leite materno é o grande herói da alimentação do bebê.



- Depois, até os 2 anos de idade, é necessário o reforço da alimentação complementar, que vai fornecer todos os nutrientes para que a criança cresça forte e saudável.



Prefeitura Municipal de Palmas
Secretaria da Saúde
Núcleo de Apoio a Saúde da Família



COMIDA DE HERÓI



A alimentação do bebê e da criança!

Produzido por: Bianca Dias Ferreira
Nutricionista CRN/TO 13317

Centro de Saúde da Comunidade
Valéria Martins Pereira
Grupo de puenicultura

Quem são os heróis?



Refeições em família: A família é exemplo para a criança, então, se os pais têm hábitos alimentares saudáveis, a criança acaba adotando os mesmos hábitos.



Comidinha caseira: com ingredientes naturais, é sempre a melhor opção para o seu filho.



Evite: alimentos ultraprocessados, como salgadinhos, margarina, macarrão instantâneo, bolachas e refrigerantes.

Modere: o uso de sal, açúcar, óleos, manteiga.



Consumo de todos os grupos de alimentos: cada nutriente se manifesta numa coloração, e criança precisa de todos eles, dessa forma é importante a alimentação variada e colorida para que ela tenha acesso a todos esses nutrientes.



Dicas importantes:

- Alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida, evita problemas de saúde no futuro, como obesidade infantil e alergias.

- Não force a criança a comer. Isso aumenta o estresse e diminui ainda mais o apetite. As refeições devem ser momentos tranquilos e felizes.

- Ofereça novos alimentos pelo menos 10 vezes. É preciso insistir em estratégias para que a criança experimente os alimentos, assim o seu paladar irá se habituar.

- Seja paciente e utilize a criatividade para oferecer os alimentos para a criança, se ele ainda não conhece e é resistente a experimentar, associe a coisas que a criança gosta, como personagens, desenhos, etc.



na criança, dificuldade e choro ao mamar. Pode ocorrer também saída de secreção pelo conduto auditivo, e o início dos sintomas acontece subitamente.

Amigdalite: caracterizada por dor de garganta que tem manifestações inespecíficas, porém na maioria das vezes causa dor para engolir e febre.

Laringite: originada por quadros virais, se apresenta como uma tosse ladrante (tosse de cachorro), rouquidão e desconforto respiratório. Deve ser tratada com urgência, evitando complicações.

TRATAMENTO GERAL:

- Hidratação e dieta conforme aceitação;
- Higiene e desobstrução nasal: limpar as narinas com soro fisiológico, fazer uso de aerossol;
- Umidificação do ambiente;
- Repouso no período febril;
- Ambiente limpo: livre de poeira, limpeza de ventiladores e ar condicionado;
- Higienização das mãos;
- Repouso no período febril.



ACADÊMICAS:

Lorryne Caroline Martins

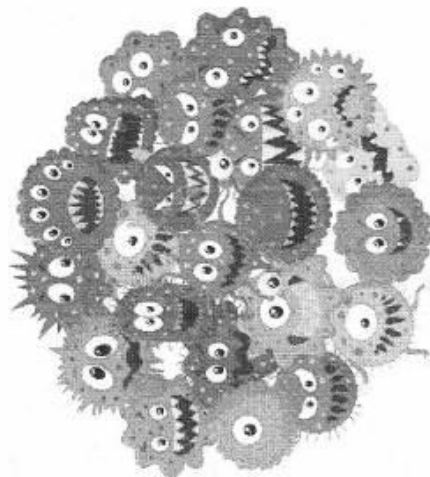
Mislene Ferreira X. de Melo

Renata Sabrine Gomes Parrião

PRECEPTOR:

Eriko Marvão

VILÕES DA INFÂNCIA



CSC VALÉRIA MARTINS - 1206 SUL

ANEXO D – Verso

infecciosos. São muitas vezes causadas por vírus, bactérias e minúsculos agentes transmitidos principalmente pelas mãos.



PRINCIPAIS IVAS:

Resfriado comum: é caracterizado por coriza, obstrução nasal e espirros frequentes, podendo também vir acompanhado de tosse, dor de garganta e febre. Com duração de até 10 dias.

Gripe: é provocada pelo vírus Influenza, caracteriza-se por quadro de tosse seca, febre (maior que 38°C), calafrios, dor de garganta, dores pelo corpo e evolução mais arrastada.

Otite média aguda: conhecida como dor de ouvido, caracteriza-se por causar irritabilidade

SINAIS DE ALERTA

- Sinais de desidratação: moleza, choro sem lágrima, sede extrema, boca seca. Em bebês, as fontanelas ficam fundas;
- Aparência doentia, olheiras;
- Febre alta;
- Dor abdominal;
- Sangue nas fezes.

QUANDO PROCURAR A UNIDADE DE SAÚDE?

Crianças com sinais de alerta, e também aquelas que tiverem três a quatro episódios em 24 horas.

TRATAMENTO

Siga as orientações dos profissionais e não medique sua criança sem prescrição. Invista em alimentos leves e líquidos! Evite comida gordurosa.

IVAS

O QUE É?

Infeções das vias aéreas superiores são várias doenças com sintomas parecidos, podendo ter papel facilitador para outros quadros

DIARREIA



O QUE É?

É o aumento do volume das fezes, diminuição na consistência ou aumento de aquosidade e/ou aumento da frequência das evacuações. Alguns dos sintomas são: dor abdominal, excesso de gases, náusea, vômitos. Pode haver a presença de sangue ou pus na diarreia, esse caso é o que chamamos de disenteria.

Diarreia aguda é a mais comum e pode ser causada por:

- Gastroenterite infecciosa / intoxicação alimentar;
- Uso de antibióticos;
- Alergias alimentares.

TRATAMENTO REALIZADO DURANTE A GESTAÇÃO

18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERÍODO PÓS PARTO

Data da Visita Domiciliar: ____/____/20____

Nome do bebê: _____

Dificuldade no aleitamento materno: _____

Pega incorreta: _____

Fissura mamária: _____

Ingurgitamento mamário: _____

Mastite: _____

Bico invertido ou plano: _____

Outros: _____

Conduta: _____

Alterações Emocionais: _____

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PROGRAMADO PARA PÓS PARTO

Diagnóstico e Planejamento: _____

Realizado em: ____/____/____

ANEXO E – Frente

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO - GESTANTE

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Nome do Acompanhante (parto): _____ Mora com: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local: _____

Cartão SUS: _____ Agente de Saúde: _____

Profissão e turno de trabalho: _____

Endereço/Tel.: _____

2. ANAMNESE:

2.1 História Médica:

- Já foi internada em hospital? Sim, Motivo _____ Não

- Já fez cirurgia/exame com anestesia geral e/ou sedativo? Sim, ficou bem? _____ Não

- Já teve alergia a remédio, produto, alimento, inseto, pó _____

2.2 História Obstétrica:

- Tem algum familiar alérgico? _____

- Data da última menstruação: ____/____/____ Data provável do Parto: ____/____/____

Primeiro filho n.º gestação Parto normal anterior Parto cesárea anterior

Intercorrências em gestação ou parto anterior: _____

- Gestação atual: _____

complicações: _____

doenças: _____

remédios: _____

- Situação do cartão de vacina: _____

- Teste rápido: Não Sim - Trimestre _____ - Parceiro Sim Não

- Hepatite C: NR1T R1T NR2T R2T NR3T R3T

- Hepatite B: NR1T R1T NR2T R2T NR3T R3T

- Sífilis: NR1T R1T NR2T R2T NR3T R3T

- HIV: NR1T R1T NR2T R2T NR3T R3T

- ISTs anteriores: Hepatites _____ HIV Sífilis Gonorréia Outra _____

Histórico IST: _____

- Hábitos: fumo álcool droga _____ Outros: _____

- Violência doméstica: _____

- Alterações na gestação atual:

enjojo vômitos intestino preso formigamento nas pernas varizes toxoplasmose

dor na coluna/barriga ardência para urinar diabetes pressão alta hemorroida

problema no coração problema no rim problema no fígado hanseníase anemia

Depressão: _____

- Outra informação importante sobre a saúde? _____

- Retornos: _____

ANEXO E – Verso

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Risco determinado (D) - presença de alimentação noturna sem escovação, higiene incorreta, consumo excessivo de apúcar/ alimentos industrializados, saúde alterada. Risco não detectado (ND) - boa higiene, inclusive noturna, consumo controlado de apúcar e industrializados e boa saúde.

DATA	PROCEDIMENTO	RISCO		CD	Gest
		D	ND		

2.3 História Odontológica:
 - Motivo da Primeira consulta: _____ Não Sim, ficou bem?
 - Já usou anestesia dentária? Sim, ficou bem? Não Não
 - Sangramento após cirurgia dentária: _____
 - Experiência odontológica ruim: _____
 - Hábitos e situações Bucais:
 □ Sangramento gengival ao escovar □ Sensibilidade dentária □ Mau hábito □ Range os dentes
 □ Tártaro □ Morde os lábios e bochechas □ Rói unha □ Morde objetos □ Hábito de sucção
 - Hábitos alimentares/Consumo de industrializados:
 □ Faz lanche entre as refeições (o que come) _____
 □ Frutas □ Verduras □ Carnes em geral □ Leite e derivados □ Pães, bolos caseiros □ Biscoito
 recheado, bolo de pacote □ Doces, guloseimas, chocolate □ Suco de caixa ou de pó □ Refrigerante
 - Higiene: □ Escovação usando escova e pasta com F □ Usa Fio dental □ Euxaguante
 □ Escova de manhã □ Escova após almoço □ Escova antes de dormir

Termo de autorização de uso da imagem e autorização do tratamento

Por este instrumento, dou plena autorização para uso da imagem com finalidade didática/científica. Autorizo e concordo com o tratamento proposto pela equipe odontológica. Todos os recursos para promover segurança serão propostos e realizados para que o atendimento aconteça da melhor forma possível.

CPF: _____ Assinatura _____
 _____ RG: _____ SSP/ _____
 Palmas, _____ de _____ de 201 _____.

3. EXAME CLÍNICO:

- Respiração: □ bucal, por hábito ou necessidade? _____ □ nasal □ mista
 - Local:
 □ Freio labial curto □ Freio Lingual curto: dificuldade na fala? _____
 □ Alterações em palato/Lingua/Amígdalas: _____
 □ Alteração em mucosas (bochechas e assoalho bucal)/gengiva: _____
 □ Anomalias (número, forma, tamanho) ou alteração eruptiva: _____
 - Alteração dentária por trauma: □ escurecimento □ mudança na posição □ infecção
 - História do trauma: _____
 □ Halitose □ Saburra lingual □ Sangramento gengival localizado □ Gengivite
 - Defeitos no esmalte: □ Fluorose □ Amelogenese imperfeita □ Hipomineralização MI
 - Oclusão:
 □ Normal (CI I) □ Mordida aberta anterior □ Mordida cruzada posterior □ Classe II
 □ Mordida cruzada Anterior dentária □ Classe III esquelética □ Mordida Profunda
 Encaminhamentos: _____

