

Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva

ANA LUÍSA MOREIRA COSTA*, ELSA PAIVA**, LUÍS PEDRO FERREIRA***

RESUMO

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária dedicada à Saúde Oral dos bebés, crianças e adolescentes. O seu objectivo é que estes atinjam a idade adulta com uma boca sã, estética e funcional e a possam conservar nestas condições durante toda a vida.

Os cuidados de Saúde Oral infantil devem iniciar-se no período pré-natal, fornecendo informação adequada aos futuros pais e sensibilizando-os para a importância e o impacto de uma boa Saúde Oral. Estes cuidados devem ser vistos como a base para uma educação preventiva que proporcione as condições para um óptimo crescimento, desenvolvimento e funcionamento.

Os primeiros «dentes de leite» erupcionam entre os 6-8 meses de vida e até aos 2,5-3 anos de idade surgem, em situações normais, 20 dentes temporários. A primeira visita ao dentista deve ocorrer durante o primeiro ano de vida. Nesta primeira consulta procede-se à avaliação do estado de Saúde Oral, à detecção de hábitos nocivos, informam-se os pais sobre atitudes preventivas e estabelece-se um programa adequado ao grau de risco de cada criança.

De realçar que durante toda a vida do dente decíduo o gérmen do dente permanente encontra-se em íntimo contacto e, portanto, os processos que são um risco para os dentes decíduos, como cárie e traumatismos, também o são para o sucessor permanente.

A mudança dos dentes dá-se normalmente em duas fases: entre os 6-8 anos e entre os 10-12 anos. É de salientar o aparecimento aos 6 anos do 1º molar permanente que erupciona atrás do 2º molar decíduo; ao não implicar a queda de nenhum dente temporário a sua presença pode passar despercebida e confundir os responsáveis que assumem que esse dente será substituído posteriormente.

CUIDADOS NA GRAVIDEZ

A gravidez é o período da vida da mulher em que ocorrem, provavelmente, as mais marcadas alterações, não apenas fisiológicas mas também, e não menos importantes, psicológicas e emocionais. Estas pacientes, consideradas de atendimento especial na consulta de Medicina Dentária, possuem determinadas características inerentes ao seu estado: aumento da frequência cardíaca e respiratória e alterações hematológicas, hormonais, metabólicas e, especificamente, orais.

O possível aumento da vascularização periférica dos tecidos moles da cavidade oral e dos fenómenos inflamatórios, referenciado por alguns autores, associado a edema, coloração mais

«avermelhada» e superfície gengival lisa e brilhante, com hemorragia durante a mastigação ou escovagem, definem a gengivite gravídica.¹ Esta patologia gengival, em geral indolor, não atinge obrigatoriamente todas as grávidas e pode ser causada por substâncias derivadas da placa bacteriana localizada na proximidade do sulco gengival; alterações sistémicas, nomeadamente hormonais e relacionadas com a permeabilidade capilar, foram também identificadas como factores associados. O aumento da profundidade das bolsas periodontais, habitualmente descrito, deve-se, com grande probabilidade, ao edema gengival referido, sendo a região dos molares superiores a mais atingida, com picos de índices de placa bacteriana (quantidade) registados entre os 4º e 7º meses e 1º mês pós-parto.^{2,3}

Quando um tratamento periodontal básico é executado, a inflamação é praticamente eliminada, verificando-se uma melhoria substancial da Saúde Oral durante o restante período da gravidez.⁴

As modificações periodontais nesta fase relacionam-se, ainda, com carência nutricional e elevados níveis de estrogénio e progesterona e, quando associadas ao consumo de álcool ou tabaco, aumentam o risco de interferência no curso normal da gravidez; um aspecto importante a ter em conta é a associação, descrita por vários autores, entre doença periodontal e aumento da incidência de atrasos de crescimento intra-uterino, partos pré-termo e bebés de baixo peso ao nascer.^{5,6}

O tumor gravídico é outra patologia

*Assistente Convidada das disciplinas de Medicina Dentária Preventiva e Odontopediatria – Departamento de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial da Faculdade de Medicina de Coimbra

**Assistente de Odontopediatria Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa

***Responsável de Odontopediatria Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa

relativamente frequente, que se caracteriza por hipertrofia localizada do tecido gengival; histologicamente semelhante ao granuloma piogénico, o seu rápido crescimento e hemorragia associada são, muitas vezes, motivo de preocupação. Ocorre por norma na região maxilar anterior, regredindo, na maior parte dos casos, após o termo da gravidez. A sua exérese só está indicada caso se torne ulcerado ou interfira na mastigação.^{3,4}

Alterações salivares (fluxo ou composição), de pH e, conseqüentemente, da flora oral, exigem a prestação de cuidados profiláticos especiais.

No período de gestação a mulher encontra-se, em termos psicológicos, mais receptiva à aquisição de novos conhecimentos e a mudar hábitos que, de alguma forma, poderão ter influência na saúde do bebé; atendendo a este facto, este período constitui-se como uma oportunidade única em termos de educação para a saúde.⁷

As mudanças quantitativas e/ou qualitativas dos hábitos alimentares, a diminuição da sensibilidade gustativa, com preferência para alimentos doces e frutas ácidas, as náuseas e os vômitos reduzem a frequência e tipo de higiene oral, contribuindo para o surgimento de lesões de cárie dentária.^{8,9}

Qualquer mulher, inclusivamente antes de engravidar, deverá ser orientada em relação a hábitos básicos de dieta/nutrição, higiene, prevenção, diagnóstico e tratamento de patologia oral, forma de transmissão eventual durante a gravidez, importância da amamentação e da introdução progressiva de alimentos mais consistentes (mediante informação do Médico Assistente) que determinam o padrão de mastigação do bebé.⁸ Fundamental é também a orientação relativa à não introdução de qualquer tipo de adoçante na chupeta ou biberão e do início precoce da higienização da cavidade oral do recém-nascido.¹⁰

À partida, de uma forma geral, poder-se-á afirmar que não existe qualquer comprometimento dentário decorrente da gravidez caso sejam mantidos os cuidados básicos em termos de higiene, dieta e acompanhamento na consulta de Medicina Dentária; em caso de necessidade de tratamento dentário, o período mais indicado será a partir do terceiro mês, o que não contra-indica o atendimento de urgência em qualquer altura da gestação.¹¹

TRANSMISSÃO VERTICAL

Imediatamente após o nascimento, as superfícies epiteliais da cavidade oral são colonizadas por diferentes espécies bacterianas.¹² Esta flora, que inicia a colonização, é constituída por elementos comensais, estando a sua presença implicada de uma forma essencial nos processos de defesa do hospedeiro, não só no que concerne ao controlo do potencial patogénico de outras espécies, mas também actuando como estímulo do desenvolvimento do sistema imunitário da criança.¹³

Logo nos primeiros dias de vida surgem na cavidade oral do recém-nascido espécies colonizadoras, de que são exemplos habituais o *Streptococcus oralis*, o *Streptococcus mitis* e o *Streptococcus salivarius*. Mais tarde, surgem outras espécies, nomeadamente o *Streptococcus mutans* e o *Streptococcus sanguinis*, associados, em grande parte dos casos, à erupção dos primeiros dentes.^{14,15}

Atendendo ao papel fundamental atribuído ao *Streptococcus mutans* na etiologia da cárie dentária, as suas formas de aquisição e transmissão têm vindo a ser amplamente investigadas e discutidas; assim, reconhecem-se como determinantes na colonização da cavidade oral das crianças diversos factores individuais, tais como elevado nível de *Streptococcus mutans* na cavidade

oral das mães, saúde oral das mesmas, nível sócio-económico, baixo peso ao nascer, erupção dentária precoce, concentrações salivares de IgA baixas, entre muitos outros.^{16,17} Poderá verificar-se, ainda, colonização precoce da cavidade oral em casos de alterações identificadas como defeitos de formação do esmalte e de carências nutricionais maternas durante a gravidez.¹⁸

Por outro lado, a colonização precoce acontece com uma frequência aumentada em crianças prematuras, o que de certa forma poderá estar relacionado com determinados fenómenos de ocorrência pré-natal.¹⁸

Clinicamente, a possível transmissão tem sido demonstrada pela associação entre a contagem de *Streptococcus mutans* na saliva da mãe e do bebé; se se considerar que uma mãe com elevada concentração salivar de *Streptococcus mutans* tem maior risco de infectar precocemente o seu filho, maior será, teoricamente, a prevalência de cárie na dentição decídua.¹⁹

Ainda que o período considerado crítico para a aquisição de *Streptococcus mutans* em bebés se situe entre os 19-31 meses – janela de infectividade –, há estudos que revelam que numa percentagem significativa de crianças já existe colonização da cavidade oral antes desta idade, aumentando progressivamente com o desencadear da erupção dentária; há referências que salientam, inclusivamente, uma segunda janela de infectividade aquando do início da erupção dos dentes permanentes.²⁰ A razão desta ausência de uniformidade, relativamente à idade média em que as crianças adquirem o *Streptococcus mutans*, pode estar relacionada com o facto de que, para que suceda esta colonização, é necessária a existência de uma superfície não descamativa.¹¹

Baseadas nestas evidências, diferentes medidas preventivas têm vindo a ser adoptadas, resultando numa redução de incidência de cárie, diminuição dos

níveis de *Streptococcus mutans* e atraso na colonização oral.^{21,22}

DESENVOLVIMENTO E ERUPÇÃO DENTÁRIA

A odontogénese, processo embriológico que dará origem à formação do gérmen dentário, inicia-se por volta da 5^a-6^a semanas de vida intra-uterina. As fases sucessivas deste processo são: proliferação, histodiferenciação, morfodiferenciação e calcificação. As alterações na fase de proliferação manifestam-se, fundamentalmente, como alterações de número, seja por excesso ou por defeito. As interferências nas fases posteriores modificarão o tamanho, forma e/ou estrutura dentária.²³

A erupção dentária está intimamente relacionada com a odontogénese, apesar de serem processos distintos. A primeira pode ser definida como um conjunto de movimentos que cada dente efectua para ocupar o espaço que lhe corresponde na arcada dentária e realizar as suas funções. Cada peça dentária segue um processo eruptivo cronologicamente diferente mas similar no que respeita às fases que realiza. Apesar de tradicionalmente se denominar erupção ao momento da ruptura da mucosa e visualização do dente na boca, trata-se de um processo demorado, sendo a emergência dentária apenas uma parte do mesmo. Assim, quando o dente surge na cavidade oral desenvolveu somente cerca de metade ou dois terços da raiz, estando ainda longe da sua formação completa. Nesta etapa, diz-se que o “ápice está aberto” e este facto tem grande relevância clínica uma vez que, se houver alguma interferência no seu crescimento, terá que se estimular terapêuticamente o fecho apical e, mesmo assim, o resultado será uma desproporção do tamanho radicular.^{24,25}

A odontogénese é um processo mui-

to complexo e facilmente modificável. Qualquer alteração que interfira com o seu desenvolvimento vai demorar a manifestar-se, tornando-se necessário valorizar os antecedentes médicos e conhecer as fases do desenvolvimento dentário para poder determinar o factor etiológico. Os Pediatras e/ou Médicos de Família serão, provavelmente, os primeiros a identificar a patologia e a responder às perguntas dos pais ou responsáveis.²⁵

Os Quadros I e II expressam a cronologia dos momentos fundamentais da odontogénese e erupção dentária, tanto para a dentição decídua como permanente. Todos os valores representados nestes quadros são baseados num trabalho publicado há mais de 60 anos,^{26,27} existindo poucos trabalhos actualizados sobre erupção dentária. Pode-se observar que existe uma extrema variabilidade dentro das populações normais e é mais valioso comparar o índice de erupção de toda a dentição do que em apenas um dente. A sequência de erupção é de particular importância e pode ser indicativo de doença, como, por exemplo, um dente supranumerário que impede a erupção de um incisivo

central permanente.

O processo embriológico dos dentes decíduos e permanentes é simultâneo, apesar de cada um dos dentes ter a sua própria cronologia e ritmo que não é coincidente em todos eles. Isto faz com que, por razões didácticas e de aparecimento, se refiram uns e outros de forma separada. A dentição temporal e permanente forma um conjunto harmónico que deve ser valorizado na integridade (Figura 1).

Durante toda a vida do dente decíduo o germen do dente permanente encontra-se em íntimo contacto e, portanto, os processos que são um risco para os dentes decíduos, como cárie e traumatismos, também o são para o sucessor permanente.

Em condições de normalidade, aos três anos de idade toda a criança deverá apresentar um total de 20 dentes, correspondentes à dentição decídua, e assim manter-se durante cerca de 2-3 anos. Apesar de existir uma grande variabilidade individual, admite-se que os primeiros molares e os incisivos centrais e laterais erupcionem, sucessivamente, entre os 6 e os 8 anos. Nesta fase de dentição mista ocorre um fenómeno de

QUADRO I

CRONOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO DA DENTIÇÃO TEMPORÁRIA

Dente	Início calcificação (semanas <i>in útero</i>)	Formação da coroa ao nascimento (38-42 semanas)	Coroa completa (meses)	Erupção (meses)	Raiz completa (anos)
Incisivo central	14 (13-16)	5/6 maxila 3/5 mandíbula	1-3	6-9	2,5
Incisivo lateral	16 (14-16)	2/3 maxila 3/5 mandíbula	2-3	7-10	1,5-2
Canino	17 (15-18)	1/3	9	16-20	3,2
Primeiro molar	15 (14,5-17)	cúspides unidas, superfície oclusal completa, 1/2 até 3/4 da altura da coroa	6	12-16	2,5
Segundo molar	8 (16-23)	cúspides unidas, 1/4 da altura da coroa	10-12	23-30	3

Logan WHG, Kronfeld R (1933) ligeiramente modificada por Shour I, Massler M (1940)

QUADRO II

CRONOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO DA DENTIÇÃO PERMANENTE

	Início calcificação	Coroa completa (anos)	Erupção (anos)	Raiz completa (anos)
Maxila				
Incisivo central	3-4	4-5	7-8	9
Incisivo lateral	11	4-5	8-9	10
Canino	4-5	6-7	11-12	12-14
1º pré-molar	1,25-1,75	5-6	10-11	12-13
2º pré-molar	2-2,5	6-7	10-12	13-14
1º molar	Nascimento	2,5-3	6-7	9-10
2º molar	2,5-3	7-8	12-13	14-15
3º molar	7-9	12-16	17-25	18-25
Mandíbula				
Incisivo central	3-4	4-5	6-7	9
Incisivo lateral	3-4	4-5	7-8	10
Canino	4-5	6-7	9-11	12-14
1º pré-molar	1,72-2	5-6	10-12	12-13
2º pré molar	2,25-2,5	6-7	11-12	13-14
1º molar	Nascimento	2,5-3	6-7	9-10
2º molar	2,5-3	7-8	11-13	14-15
3º molar	8-10	12-16	17-25	18-25

Logan WHG, Kronfeld R (1933) ligeiramente modificada por Shour I, Massler M (1940)

especial importância, a erupção do 1º molar permanente, na parte posterior das arcadas dentárias, a seguir ao 2º molar temporário e que não tem precedente decidido. Após um período de descanso no processo de substituição dentária, erupcionam os caninos, pré-molares e segundos molares permanentes, entre os 9-12 anos. Os terceiros molares erupcionam mais tarde, uma vez superada a etapa infantil.^{24,25}

CONTROLO MECÂNICO DA PLACA DENTÁRIA: ORIENTAÇÕES SOBRE A HIGIENE ORAL

A cárie dentária é uma doença infecciosa, de origem microbiana, localizada nos tecidos duros dentários. Inicia-se por uma desmineralização do esmalte, provocada por ácidos orgânicos produzidos por bactérias orais específicas após metabolização dos hidratos de carbono da dieta. Os microorganismos com

capacidade cariogénica não determinam, por si só, o desenvolvimento de cárie dentária, sendo necessário um substrato adequado e condições fisiológicas do hospedeiro que permitam a sua colonização e sobrevivência.²⁴

Alaluusua e Malmivirta avaliaram, num grupo de crianças, a relação entre cárie e diversos factores, tais como presença de placa bacteriana nos incisivos superiores, uso de biberão durante a noite, prevalência de cáries da mãe e nível de bactérias presentes na placa dentária da mãe, e concluíram que o melhor sinal de risco de cárie é a presença de placa visível nos incisivos superiores.²⁸

A remoção da placa bacteriana, através da higiene oral, é uma medida preventiva importante, pois se iniciada precocemente parece aumentar a probabilidade da criança permanecer livre de cárie até aos 3 anos de idade.²⁹ A eficácia desta medida dependerá, provavel-

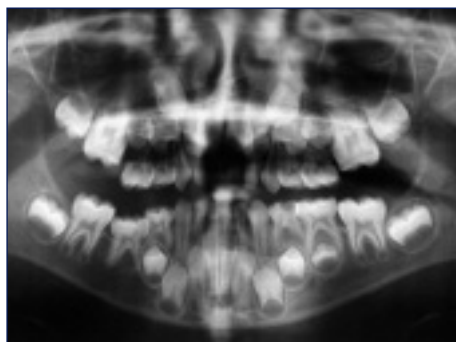


Figura 1. Ortopantomografia de uma criança de 6 anos de idade que mostra a relação entre a dentição decídua e os germens da dentição permanente (de referir anquilose do dente 8.5 e possível agenesia do dente 4.5).

mente, da atenção e do conhecimento dos responsáveis³⁰ da criança.

Vários autores sugerem que a limpeza da boca dos bebês deve começar imediatamente após o nascimento, com uma gaze ou fralda húmida, tão frequentemente quanto seja possível, para que o bebê se acostume com esta rotina de limpeza. O uso da escova dentária, se ainda não foi iniciado, não deve ser protelado para além da erupção do primeiro molar decíduo, por volta dos 16 meses.²⁹

Existe actualmente no mercado uma grande variedade de dispositivos para a higiene oral do bebê. Independentemente do instrumento utilizado, a educação quanto à importância deste hábito e a motivação dos responsáveis para o pôr em prática o mais precocemente possível é imprescindível.

Para estabelecer um protocolo de controlos e revisões é necessário avaliar cada criança e os seus responsáveis, pois alguns bebês podem necessitar de uma profilaxia profissional frequente enquanto que noutros a actuação dos responsáveis pode ser suficiente, principalmente quando estes estão alertados para a importância da Saúde Oral.

Aos três anos de idade, apesar de, muitas vezes, a criança querer fazer a escovagem dentária sozinha, esta deve

ser realizada pelos pais, duas vezes ao dia, dando especial atenção à escovagem da noite. No entanto, a partir desta idade os responsáveis devem ensinar e motivar a criança a realizar esta tarefa sozinha. Até aos 6-7 anos os pais devem continuar a executar a escovagem nocturna, pois nesta faixa etária as crianças não têm destreza neuromuscular suficiente para eliminar com eficácia a placa bacteriana. Entre os 7-10 anos as crianças já fazem a higiene oral sozinhas, no entanto é recomendável um supervisionamento por parte dos pais a seguir à escovagem da noite.²⁵

A PRIMEIRA VISITA AO MÉDICO DENTISTA

Durante os anos oitenta verificou-se um aumento de crianças que visitavam o Médico Dentista. Este aumento provocou um declínio da prevalência de cárie dentária, especialmente em crianças em idade escolar. Este facto está também relacionado com a associação do uso de fluoretos bem como a implementação de programas preventivos em crianças em idade escolar. No entanto, a maioria dos pais continua a levar os seus filhos ao dentista para tratamentos curativos, em vez de tratamentos preventivos, o que se constitui como um importante entrave a uma redução a larga escala da incidência de cárie em crianças.

Segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP), a primeira visita ao Médico Dentista deve ocorrer entre o primeiro e o terceiro ano de vida, com a ressalva de que algumas crianças podem necessitar de uma atenção mais precoce. No entanto, a Academia Americana de Odontopediatria (AAO) e a Associação Dentária Americana (ADA) recomendam que a criança deve ser avaliada no espaço de 6 meses após a erupção do primeiro dente temporário e nunca após os 12 meses.^{31,32}

Em Inglaterra, a entidade responsá-

vel pelos Médicos Dentistas considera que não deve existir uma idade mínima para a primeira consulta, mas se possível esta deve ocorrer por volta dos 6 meses, quando erupcionam os primeiros dentes, realçando que a promoção da Saúde Oral em crianças muito jovens deve ser direccionada aos seus responsáveis.³³

A Academia Australiana de Odontopediatria recomenda que a primeira visita da criança deve ocorrer quando erupcionam os primeiros dentes e nunca após os 12 meses de idade, enfatizando que nestes primeiros 12 meses de vida os pais ou responsáveis devem receber orientações sobre os procedimentos de higiene oral, hábitos de dieta, importância ou não dos suplementos de flúor e prevenção de traumatismos.³⁴

Dentro da realidade dos países escandinavos, uma familiarização precoce da criança com o ambiente dentário é vista como uma medida importante, não só para reduzir os factores de risco de cárie dentária, como também para reduzir a ansiedade no consultório das crianças mais jovens e dos pais, recomendando que a primeira consulta ocorra durante o primeiro ano de vida. Nestes países, a primeira consulta é gratuita e é normalmente organizada como um “play-meeting”, onde grupos de mães junto com os seus filhos assistem a uma sessão de esclarecimento.³⁵

No Brasil, onde são seguidas as recomendações da AAO e ADA, existem clínicas vocacionadas para os bebés, onde se praticam programas preventivos direccionados aos pais e a crianças desde os 6 meses de idade até ao ano de vida.³⁰

Furze e Basso, na Argentina, recomendam uma consulta pré-natal “aos 4 meses de vida intra-uterina”, para fornecer as primeiras indicações aos futuros pais, devendo a primeira visita do bebé ao Médico Dentista ocorrer aos 6 meses de idade.³⁶

Na nossa opinião, a primeira visita deverá ocorrer durante o primeiro ano de vida, para que sejam fornecidas instruções aos pais ou responsáveis sobre como realizar a higiene oral do seu filho, bem como avaliar o grau de risco e assim programar as consultas de controlo conforme a necessidade individual de cada criança (Figura 2).

HÁBITOS DE SUCCÃO ORAL

Os hábitos de sucção oral poderão ser considerados normais ou deletérios; nos hábitos normais há uma função correcta da musculatura oral e facial durante a respiração, deglutição, fonação, postura e mastigação, o mesmo não se verificando nos hábitos deletérios, em que são identificados factores etiológicos de interferência oclusal ou do padrão de crescimento normal.

Os hábitos de sucção não nutritivos constituem, a médio-longo prazo, uma preocupação crescente para o clínico. Este facto deve-se à possibilidade de ocorrência de problemas oclusais, esqueléticos e, inclusivamente, funcionais.

De entre os hábitos considerados nocivos, os mais directamente envolvidos com estas alterações são a sucção da chupeta e do dedo. Também o hábito da

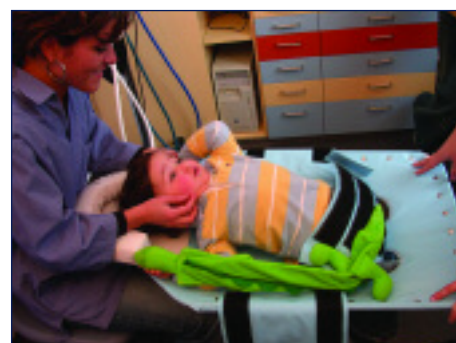


Figura 2. Instruções de higiene oral durante a primeira visita ao Médico Dentista num dispositivo específico para o atendimento de bebés.

onicofagia, ainda que menos frequentemente, poderá revelar-se motivo de preocupação.³⁰

A sucção digital (polegar, sobretudo) é vulgarmente encontrada; transtornos emocionais ou diminuição do período de aleitamento materno poderão explicar este fenómeno, não havendo unanimidade expressiva que explique a sua ocorrência. A posição, intensidade e frequência com que é efectuada serão, por certo, parâmetros de avaliação e registo obrigatório, porque condicionantes em termos de gravidade. Se após os 2-3 anos de idade o hábito persistir poderá ser problemática e complexa a sua eliminação, com consequências óbvias em termos orais.³⁷⁻³⁹ Também a persistência da deglutição infantil, respiração bucal, sucção da língua ou lábio poderão desencadear má oclusão; torna-se significativa a inibição do crescimento dos processos alveolares, mordida aberta e cruzada, alterações musculares, hipotonicidade do lábio superior e interposição lingual. A caracterização do padrão morfogenético individual é, também nestes casos, essencial.^{11,39} (Figuras 3 e 4)

A orientação e educação precoce acerca da amamentação e hábitos de sucção deletérios, a estimulação do aleitamento materno, a substituição oportuna e gradual do biberão por copo e/ou colher, o evitar utilizar a chupeta como

forma de acalmar a criança e a utilização de chupetas anatómicas constituem aspectos a ter em consideração.

MANUTENÇÃO DOS DENTES TEMPORÁRIOS

A perda precoce de dentes temporários obriga a cuidados especiais, atendendo à possibilidade de interferência com a correcta erupção dos sucessores permanentes; no entanto, estes efeitos estão dependentes de factores tão diversos como o número de dentes perdidos, momento da perda, altura de erupção do 1º molar definitivo, tipo de oclusão estabelecida e hábitos existentes.

Com a consequente redução do comprimento da arcada dentária, as alterações oclusais e de má posição reflectem-se frequentemente na dentição definitiva. Cada dente, temporário ou permanente, está continuamente submetido a forças mastigatórias e neuromusculares que o mantêm em perfeito alinhamento; em caso de perda prematura não será necessário muito tempo (semanas a meses) para que as eventuais alterações ocorram. De entre estas destacam-se as mordidas cruzadas, as disfunções mastigatórias e as perturbações na deglutição e fala, que obrigam à restituição da integridade da arcada dentária mediante a recuperação do(s) espaço(s) perdido(s).^{11, 37}



Figura 3. Mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior devido a hábito de sucção não nutritivo.



Figura 4. Caso da figura anterior com interposição lingual (deglutição infantil).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Loøe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand* 1963 Dec; 21: 533-51.
2. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand* 2002 Oct; 60 (5): 257-64.
3. Xavier H, Xavier V. Cuidados odontológicos com a gestante. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2002. p. 3-6.
4. Ojanothko-Harri AO, Harry MP, Hurttia HM, Sewón LA. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. *J Clin Periodontol* 1991 Apr; 18 (4): 262-6.
5. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996; 67 (10 Suppl): 1103-13.
6. Dasanayake AP. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. *Ann Periodontol* 1998 Jul; 3 (1): 206-12.
7. Pereira A. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed Editora; 2003. p. 136-8.
8. Holt RD, Moynihan PJ. The weaning diet and dental health. *Brit Dent J* 1996 Oct 5; 181 (7): 254-9.
9. Günay H, Dmoch-Bockhorn K, Günay Y, Geurtsen W. Effect on caries experience of a long-term preventive program for mothers and children starting during pregnancy. *Clin Oral Investig* 1998 Sep; 2 (3): 137-42.
10. Behrendt A, Sziegoleit F, Muler-Lessmann V, Ipek-Ozdemir G, Wetzel WE. Nursing-bottle syndrome caused by prolonged drinking from vessels with bill-shaped extensions. *ASDC J Dent Child* 2001 Jan-Feb; 68 (1): 47-50, 12.
11. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatria*. Barcelona: Editora Masson; 2004. p. 130.
12. Murray P, Rosenthal K, Kobayashi G, Pfaller M. Commensal and pathogenic microbial flora in humans. In: *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. p. 78-87.
13. Marsh P. Oral ecology and its impact on oral microbial diversity. In: Kuramitsu HK, Ellen RP, editors. *Oral bacterial ecology: the molecular basis*. Norfolk, England: Horizon Scientific Press; 2000. p. 11-65.
14. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res* 1993 Jan; 72 (1): 37-45.
15. Caufield P, Dasanayake AP, Li Y, Pan Y, Hsu J, Hardin JM. Natural history of *Streptococcus sanguinis* in the oral cavity of infants: evidence for a discrete window of infectivity. *Infect Immun* 2000 Jul; 68 (7): 4018-23.
16. Smith DJ, King WF, Akita H, Taubman MA. Association of salivary immunoglobulin A antibody and initial mutans streptococcal infection. *Oral Microbiol Immunol* 1998 Oct; 13 (5): 278-85.
17. Li Y, Caufield PW, Emanuelsson IR, Thornqvist E. Differentiation of *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* via genotypic and phenotypic profiles from three different populations. *Oral Microbiol Immunol* 2001 Feb; 16 (1): 16-23.
18. Li Y, Caufield PW, Dasanayake AP, Wiener HW, Vermund SH. Mode of delivery and other maternal factors influence the acquisition of *Streptococcus mutans* in infants. *J Dent Res* 2005 Sep; 84 (9): 806-11.
19. Köhler B, Bratthall D, Krasse B. Preventive measures in mothers influence the establishment of the bacterium *Streptococcus mutans* in their infants. *Arch Oral Biol* 1983; 28 (3): 225-31.
20. Machado M, Silva S, Abdo R. *Odontologia em bebês: protocolos clínicos, preventivos e restauradores*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2005. p. 86-9.
21. Tinanoff N, Kanellis MJ, Vargas CM. Current understanding of the epidemiology, mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. *Pediatr Dent* 2002 Nov-Dec; 24 (6): 543-51.
22. Söderling E, Isokangas P, Pienihäkkinen K, Tenovuo J. Influence of maternal xylitol consumption on acquisition of mutans streptococci by infants. *J Dent Res* 2000 Mar; 79 (3): 882-7.
23. Dummett C. Anomalías de la dentición en desarrollo. In: Pinkham J, Casamassimo P, Fields H, McTigue D, Nowak A, editores. *Odontología Pediátrica*. 2^a ed. Interamericana. México: McGraw-Hill, 1994. p.59-70.
24. Mendoza A. Desarrollo y erupción dentaria. In: Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, editores. *Odontopediatria*. Barcelona: Editora Masson; 2004. p. 55-72.
25. Barbería E. Desarrollo dentario y erupción. In: Barbería E, editor. *Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos*. Madrid: Ripano; 2005. p. 33-44.
26. Logan W, Kronfeld R. Development of the human jaw and surrounding structures from birth to the age of 15 years. *J Am Dent Assoc* 1933; 20: 379-427.
27. Shour I, Massler M. Studies in tooth development. The grow pattern of human teeth. *J Am Dent Assoc* 1940; 27: 1918-31.
28. Alaluusua S, Malmivirta R. Early plaque

acumulation: a sign for caries risk in young children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994 Dec; 22 (5 Pt 1): 273-6.

29. Karjalainen S, Eriksson AL, Ruokola M, Toivonen A. Caries development after substitution of supervised fluoride rinses and toothbrushings by unsupervised use of fluoride toothpaste. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994 Dec; 22 (6): 421-4.

30. Walter L, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para el bebé*. Caracas: Amolca; 2000.

31. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on infant oral health care. Reference manual 2001-02. *Pediatr Dent* 2004; 26 (7): 67-70.

32. American Dental Association: Caries diagnosis and risk assessment: a review of preventive strategies and management. *J Am Dent Assoc* 1995 Jun; 126 Suppl: 1S-24S.

33. Rayner J. The first dental visit: A UK viewpoint. *Int J Paediatr Dent* 2003 Jul; 13 (4): 269.

34. Widmer R. The first dental visit: an Australian perspective. *Int J Paediatr Dent* 2003 Jul; 13 (4): 270.

35. Poulsen S. The child's first dental visit.

Int J Paediatr Dent 2003 Jul; 13 (4): 264-5.

36. Furze H, Basso M. The first dental visit: an Argentine point of view. *Int J Paediatr Dent* 2003 Jul; 13 (4): 266-8.

37. McDonald R, Avery D. *Odontopediatria*. 6ªed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1995.

38. American Academy of Pediatric Dentistry. *Pediatric Dentistry Reference Manual 2004-2005*; 26 (7): 1-203.

39. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking: effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child* 2004 Dec; 89 (12):1121-3.

Endereço para correspondência

Ana Luísa Moreira Costa
Rua Centro Cultural Adões, s/nº
3050-071 Barcouço
E-mail: aluisacosta@sapo.pt