



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

***GUIDELINES PARA A APLICAÇÃO DE MÉTODOS DE  
PREVENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE ORAL EM  
ADOLESCENTES***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por:

Mariana Baptista Mercatelli

Viseu, 2019





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

***GUIDELINES PARA A APLICAÇÃO DE MÉTODOS DE  
PREVENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE ORAL EM  
ADOLESCENTES***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por:

Mariana Baptista Mercatelli

Orientador:

Professor Doutor Nélio Veiga

Viseu, 2019



*“Spread love everywhere you go. Let no one ever come to you without leaving  
happier.”*

Madre Teresa de Calcutá



## Dedicatória

Aos meus pais, Silvana e Carlos Mercatelli,  
e aos meus avós Celina e Joaquim Baptista,  
pelo amor que ultrapassa barreiras, pelo apoio constante  
e pela profunda dedicação em cada momento da minha vida.  
Sem eles não seria o que sou hoje, obrigada!



## **Agradecimentos**

Ao meu Orientador, Prof. Doutor Nélio Veiga, pela disponibilidade e assistência ao longo deste projeto e pela dedicação ao longo de todo o percurso acadêmico.

Aos meus pais, pela compreensão, apoio e motivação que me deram ao longo deste percurso e ao longo de toda a minha vida.

A toda a minha família, que esteve sempre presente, mesmo que não fisicamente, em todos os momentos importantes.

Aos meus amigos, que sempre souberam como me animar nos momentos menos bons.

Aos funcionários da universidade, sempre dispostos a ajudar no que fosse preciso, sempre dispostos a dar um conselho e, muitas vezes, um ombro amigo.

Aos pacientes que confiaram em mim e no meu trabalho, isto tudo é por vocês.

E a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste projeto e para a conclusão deste curso.



## Resumo

**Introdução:** De todas as doenças que afetam a população, as orais são as mais facilmente evitadas, daí a necessidade da prevenção e promoção da saúde oral. Para além disto, a saúde oral está inserida na saúde geral do organismo, estando diretamente ligadas, daí a importância da mesma. Na fase da adolescência é de vital relevância a visita ao médico dentista para continuar a promover os tratamentos preventivos e restauradores e verificar o crescimento dos maxilares, posição e oclusão dos dentes decíduos e definitivos, entre outros.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho consiste no desenvolvimento de *guidelines* para que seja possível aplicar métodos de prevenção primária em adolescentes, tendo sempre em conta os fatores de risco existentes.

**Materiais e métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados digitais como Google Académico, Pubmed, MedlinePlus, Lilacs e Scielo, bem como na biblioteca da universidade, sendo os critérios de seleção estudos publicados desde Janeiro de 2000 até Setembro de 2018, referentes ao tema em estudo, em português, inglês ou espanhol, tendo sido incluídos outros estudos publicados em anos anteriores a 2000 considerados relevantes para a contextualização do tema.

**Resultados:** Foi verificado que para uma boa saúde oral existe um conjunto de medidas preventivas primárias, entre elas a escovagem diária com recurso a pasta dentífrica com a concentração adequada de flúor pelo menos 3 vezes por dia, a utilização do fio dentário, a aplicação de selante de fissuras, uma dieta adequada, o uso de protetores bucais aquando da prática de desportos e a consulta regular ao médico dentista. Assim, foi possível desenvolver um conjunto de *guidelines* específicas e que terão como principal objetivo a divulgação de informação simples e concretas medidas de controlo dos fatores etiológicos associados à patologia oral.

**Conclusões:** É na adolescência que o ser humano começa a ter consciência do mundo à sua volta e de si próprio, então esta é a fase ideal para explicar e inculcar certas noções. Existe uma grande variedade de métodos preventivos para os

problemas orais mais comuns nos adolescentes, dos quais estes devem ser elucidados através do médico dentista, que nas consultas de controlo pode também detetar precocemente patologias.

**Palavras-chave:** saúde oral, adolescência, prevenção, cárie dentária, tratamentos.

## **Abstract**

**Introduction:** Of all the diseases that affect the population, oral are the most easily avoided, hence the necessity of prevention and promotion of oral health. Moreover, oral health is inserted in the general health of the organism, being directly linked, hence its importance. During adolescence, it is vitally relevant to visit the dentist to continue to promote preventive and restorative treatments and to verify the growth of the jaws, position and occlusion of deciduous and definitive teeth, among others.

**Objectives:** The objective of this study is the development of guidelines so that it is possible to apply primary prevention methods to adolescents, always taking into account the existing risk factors.

**Materials and methods:** A bibliographic search was carried out in digital databases such as Google Academic, Pubmed, MedlinePlus, Lilacs and Scielo, as well as in university's library, being the selection criteria studies published from January of 2000 until September of 2018, referring to the subject under study, in Portuguese, English or Spanish, and other studies published in years prior to 2000 considered relevant for the contextualization of the theme were included.

**Results:** It was verified that for a good oral health there is a set of primary preventive measures, among them the daily brushing with toothpaste with the adequate concentration of fluoride at least 3 times a day, the use of floss and dental floss, application sealing of fissures, an adequate diet, the use of mouth guards when practicing sports and regular consultation with the dentist. Thus, it was possible to develop a set of specific guidelines and whose main objective will be the dissemination of simple and concrete information measures to control the etiological factors associated with oral pathology.

**Conclusions:** It is in adolescence that the human being begins to be aware of the world around him and of himself, so this is the ideal phase to explain and instill certain notions. There is a wide range of preventive methods for the most common oral problems in adolescents, which should be elucidated through the dentist, who at the control visits may also detect early pathologies.

**KEY-WORDS:** oral health, adolescence, prevention, dental caries, treatments.



# Índice

<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	5
2.1. Prevenção na saúde oral em Portugal.....	7
2.2. Prevenção .....	8
2.2.1. Prevenção primária.....	9
2.2.2. Prevenção secundária .....	10
2.2.3. Prevenção terciária .....	11
2.3. Adolescência.....	12
2.4. Importância da colaboração dos pais e educadores/professores .....	13
2.5. Problemas da cavidade oral .....	14
2.5.1. Cárie dentária .....	15
2.5.2. Doenças periodontais (gingivite, periodontite) .....	16
2.5.3. Má-oclusão .....	18
2.5.4. Dentes inclusos.....	21
2.5.5. Dentes supranumerários.....	21
2.5.6. Erupção ectópica .....	21
2.5.7. Ausência congénita de dentes .....	22
2.5.8. Perda precoce de dentes decíduos e definitivos .....	22
2.5.9. Lesões traumáticas.....	23
2.5.10. Dentes descolorados .....	30
2.5.11. Terceiros molares .....	30
2.5.12. Disfunção temporomandibular (DTM) .....	31
2.5.13. Circunstâncias agudas.....	31
2.5.14. Circunstâncias crónicas .....	31
2.6. Métodos de prevenção .....	32
2.6.1. Higiene oral.....	32
2.6.2. Fio dentário.....	34

2.6.3. Flúor .....	35
2.6.4. Selantes de fissuras.....	36
2.6.5. Controlo da dieta.....	38
2.6.6. Protetores bucais .....	38
2.6.7. Cuidados profissionais .....	39
<b>III. OBJETIVOS .....</b>	<b>43</b>
<b>IV. MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>47</b>
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
5.1. Escovagem .....	53
5.2. Fio dentário .....	55
5.3. Flúor.....	56
5.4. Selante de fissuras.....	58
5.5. Controlo da dieta.....	59
5.6. Protetores bucais .....	60
5.7. Cuidados profissionais .....	61
<b>VI. DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>VII. CONCLUSÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>74</b>

## Índice de figuras

Figura 1 - Valor máximo de cheques-dentista por grupo em 2009 .....	7
Figura 2 - Valor máximo de cheques-dentista por grupo atualmente .....	8
Figura 3 - Tipos de prevenção e atividades na medicina geral e na medicina dentária	12
Figura 4 - Classificação dos fatores de risco da cárie dentária .....	16
Figura 5 - Cronologia de erupção dentária do maxilar superior da dentição definitiva	20
Figura 6 - Cronologia de erupção dentária do maxilar inferior da dentição definitiva...	20
Figura 7 - Guidelines para uma correta escovação dentária .....	53
Figura 8 - Guidelines para utilização da escova bem como motivação .....	54
Figura 9 - Guidelines para utilização de fio dentário bem como motivação .....	56
Figura 10 - Tipos de flúor e suas formas.....	57
Figura 11 - Avaliação do risco de cárie dentária .....	57
Figura 12 - Guidelines para aplicação de selantes de fósulas e fissuras bem como motivação .....	59
Figura 13 - Como atingir um correto controlo da dieta .....	60
Figura 14 - Tipos de protetores bucais e mitovação para o seu uso .....	61
Figura 15 - Guidelines para um correto cuidado profissional.....	62

## **Lista de abreviaturas**

**ATM** – Articulação temporomandibular

**cm** – Centímetros

**DGS** – Direção-Geral de Saúde

**DTM** – Disfunção temporomandibular

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana

**HO** – Higiene oral

**MD** – Médico dentista

**mm** – Milímetros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ppm** – Partículas/partes por milhão



# I. INTRODUÇÃO



Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde oral consiste na ausência de dor crónica facial e na cavidade oral, de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congénitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e de outras doenças e perturbações orais que afetam a cavidade oral e a boca<sup>(1)(2)(3)</sup>.

Resumidamente, a saúde oral consiste na ausência de dor crónica orofacial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries, perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam a cavidade oral<sup>(1)</sup>.

A saúde oral encontra-se relacionada com a saúde geral, visto que é uma parte integrante e essencial<sup>(1)(3)(4)(5)(6)(7)</sup> e tem um impacto significativo sobre o bem-estar das pessoas<sup>(4)</sup>, podendo interferir e limitar as atividades diárias e ter consequências a nível funcional, psicológico e social, bem como promover doenças sistémicas<sup>(1)</sup>.

Assim, a existência de uma patologia na cavidade oral de um indivíduo poderá causar dores, sofrimento, dificuldades na mastigação e na fala, desequilíbrio estético facial, constrangimentos psicológicos e privações sociais, o que vai ter um impacto negativo nas atividades diárias e diminuir a sua qualidade de vida, afetando conseqüentemente a sua saúde em geral<sup>(1)(8)</sup>.

Nos países desenvolvidos, as doenças orais principais consistem no surgimento da cárie dentária e doença periodontal e respetivas complicações, que poderiam ser reduzidas com o uso de medidas preventivas e custo efetivos<sup>(1)</sup>.

Com isto, podemos concluir que uma boa saúde oral é indispensável para a saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida. Uma boa saúde oral é uma condição estritamente necessária para que as pessoas possam comer, falar e socializar sem dor, desconforto ou qualquer tipo de impedimento<sup>(1)</sup>.

O presente documento visa o estabelecimento de *guidelines* para a promoção da saúde oral dos nossos jovens, dando orientações específicas aos professores e familiares dos comportamentos e cuidados de saúde oral que as suas crianças e adolescentes devem desenvolver no seu dia-a-dia por forma a reduzir o risco de desenvolvimento de doenças orais agora e no futuro.



## **II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 2.1. Prevenção na saúde oral em Portugal

Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Oral tem como objetivos reduzir a incidência e prevalência das doenças orais em crianças e adolescentes, melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e promover a igualdade na prestação de cuidados de saúde oral a crianças e jovens com necessidades de saúde especiais<sup>(1)</sup>. Para isto, a DGS nos últimos 20 anos tem desenvolvido programas de promoção da saúde oral e de prevenção das doenças orais. Os estomatologistas e médicos dentistas que adiram ao projeto fornecem os cuidados preventivos e curativos nos seus consultórios, que serão posteriormente pagos através de “cheques-dentista” concedidos pelos centros de saúde e pelas escolas<sup>(3)(9)</sup>.

Os cheques-dentista foram instituídos pela DGS em 2009, abrangendo 3 grupos sociais prioritários: crianças e jovens que frequentam escolas públicas e instituições privadas de solidariedade social; grávidas; e idosos beneficiários do complemento solidário. No ano seguinte, o programa passou a abranger também portadores de HIV. Quando implementado, o valor pago por cada cheque-dentista era de 40 euros, tendo sido a atribuição do número de cheques efetuada de acordo com a tabela que se segue<sup>(10)</sup>:

	Crianças e Jovens		Grávidas	Idosos
	dos 7 aos 10 anos	13 anos		
N.º de cheques que podem ser atribuídos emitidos	até 2 cheques	até 3 cheques	até 3 cheques	até 2 cheques
Limite do somatório dos cheques a atribuir	até 80 €	até 120 €	até 120 €	até 80 €

Fonte : Tribunal de contas (2009)

Figura 1 - Valor máximo de cheques-dentista por grupo em 2009

Atualmente, o valor pago por cada cheque-dentista é de 35 euros, e estão a ser inseridos médicos dentistas e higienistas orais nos centros de saúde. Assim, a tabela acima apresentada atualmente encontra-se da seguinte forma:

	Crianças e Jovens		Grávidas	Idosos
	dos 7 aos 10 anos	13 anos		
N.º de cheques que podem ser atribuídos emitidos	até 70€	até 105€	até 105€	até 70€
Limite do somatório dos cheques a atribuir	até 80 €	até 120 €	até 120 €	até 80 €

Fonte : Tribunal de contas (2009)

Figura 2 - Valor máximo de cheques-dentista por grupo atualmente

Graças à implementação destes programas de saúde oral, a prevalência de cárie dentária em Portugal tem vindo a diminuir nas crianças e nos adolescentes, nos últimos anos<sup>(10)(11)</sup>. No entanto, as doenças orais continuam a ter elevada prevalência, o que as torna num sério problema de saúde pública<sup>(11)</sup>.

## 2.2. Prevenção

O termo “prevenir” significa “impedir que se realize” ou “preparar ou dispor de maneira a que evite um dano ou mal”<sup>(12)</sup>.

As ações preventivas são intervenções cujo objetivo é evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a sua incidência e prevalência nas populações<sup>(6)(12)(13)</sup>, o que exige uma ação antecipada, para que a doença posteriormente não apareça e progrida<sup>(2)(12)</sup>.

A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são necessários para manter e/ou recuperar a saúde oral de bebés, crianças e adolescentes, o que é imprescindível, pois problemas de saúde oral podem levar a população a experimentar episódios de dor e desconforto<sup>(4)</sup>.

A adolescência é um período crítico pela mudança biológica e psicológica, sendo uma das etapas da vida mais importantes para incorporação de aspetos formativos, atitudes e comportamentos, com consequências para o ciclo vital do ser humano<sup>(14)</sup>. É aqui que os diversos hábitos, tanto positivos quanto negativos, são desenvolvidos, então a intervenção nesta fase é extremamente

importante<sup>(15)</sup>, sendo benéfica tanto para incentivá-los a hábitos positivos, como a higiene oral e a alimentação adequada, quanto a desmotivá-los a hábitos negativos, como por exemplo a sucção sem fins nutritivos e o consumo de tabaco.

Problemas específicos na saúde oral dos adolescentes incluem a alteração do risco de cárie, erosão dentária, trauma, doença periodontal, posicionamento dentário e má-oclusão, erupção dos dentes dos terceiros molares e agravamento de doenças sistêmicas, entre outros<sup>(15)</sup>.

Para além destes problemas, os adolescentes podem-se interessar pelo branqueamento dentário, piercings orais, consumo de tabaco, álcool e drogas, o que no futuro pode causar problemas na cavidade oral. Assim, o médico dentista terá de fornecer soluções preventivas e terapêuticas adaptadas à situação específica do adolescente, para além de informar sobre as consequências de tais hábitos negativos<sup>(15)</sup>.

### **2.2.1. Prevenção primária**

A prevenção primária na saúde evita a manifestação da doença antes que esta se inicie e instale, afastando o indivíduo e seus familiares da dor, sofrimento, perda de função ou incapacidade, mesmo que temporária<sup>(5)(16)</sup>, ou seja, é realizada no período de pré-patogénese<sup>(2)</sup>.

A prevenção primária utiliza métodos para evitar a manifestação da doença, podendo essas ser educativas (promoção) ou clínicas (prevenção), e podem estar indicadas a um público específico (um indivíduo ou um determinado grupo de risco) ou a um público não específico (população)<sup>(5)</sup>.

Dentro da prevenção primária enquadra-se a promoção da saúde<sup>(16)</sup>. O termo “promover” significa “dar impulso a, fomentar, originar, gerar”<sup>(12)</sup>. A promoção da saúde não se dirige a uma determinada doença, promove ações que incidem sobre melhorias gerais nas condições de vida de indivíduos, famílias e comunidades, beneficiando a saúde e a qualidade de vida de modo geral, criando obstáculos a um grande número de diferentes processos patogénicos<sup>(12)(16)(17)</sup>, e é uma das áreas muito importantes para a prevenção em

adolescentes<sup>(18)</sup> pois, como já vimos, é na adolescência que os hábitos são instalados.

Segundo Watt, 2005, reportando à carta de Ottawa, são destacadas 5 áreas de ação dentro da promoção de saúde que poderiam ser implementadas: promoção da saúde através de políticas públicas; avaliar o impacto do meio ambiente, melhorando-o; educar as pessoas para que elas tomem medidas para promover a sua saúde; reforço das ações comunitárias; e reorientação dos serviços de saúde<sup>(5)</sup>.

Para além da promoção de saúde, a proteção específica, que é um ato que vai prevenir a aparição do processo patogénico, também é extremamente importante no âmbito da prevenção primária<sup>(16)</sup>.

Na medicina dentária, a prevenção primária é usada, por exemplo, na avaliação oral (para deteção precoce de doenças), na destartarização e profilaxia oral (para prevenir gengivites, periodontites e cáries), na aplicação de selante de fissuras, no uso de flúor, no tratamento ortodôntico intercetivo, em campanhas de promoção da saúde oral, no consultório dentário o médico dentista alertar para possíveis patologias da cavidade oral, as suas consequências e métodos e hábitos para a sua prevenção.

Quanto mais esclarecido estiver o paciente, mais consciência terá sobre a doença e sobre as formas de evitá-la, por isso o papel do médico dentista como educador e motivador do seu paciente é de extrema relevância<sup>(5)</sup>.

A motivação de um paciente deveria ser estimulada em todos os níveis – individualmente, na família e na sociedade –, para que as informações passadas pelo médico dentista e demais profissionais de saúde sejam reforçadas e difundidas o maior número de vezes possível, pois o processo educação/motivação tem a necessidade de ser permanente e contínuo<sup>(5)</sup>.

### **2.2.2. Prevenção secundária**

A prevenção secundária atua já no período patogénico, isto é, nas situações onde o processo saúde-doença já está estabelecido. Tem fundamentalmente 2 objetivos, sendo um deles proporcionar a melhor evolução clínica aos pacientes

afetados, levando este processo a atingir o melhor desfecho possível, e o outro interromper a disseminação do problema a outras pessoas<sup>(16)</sup>.

Para que isto seja possível, é necessário um diagnóstico precoce e um tratamento imediato. Se assim for, vai permitir ao médico dentista a adoção de medidas protetoras do agravamento da doença<sup>(16)</sup>.

Um exemplo de diagnóstico precoce são as consultas regulares ao médico dentista, em que este vai analisar a cavidade oral e inclusivamente pode e deve fazer exames imagiológicos para a avaliação do possível início da doença.

A limitação de incapacidade está enquadrada na prevenção secundária, e consiste nas medidas aplicadas aos casos que já ultrapassaram o horizonte clínico, encontrando-se o processo patogénico instalado. O objetivo é cuidar dos casos com os mais eficazes e adequados recursos para que o curso clínico possa tender o máximo possível para a cura total ou com poucas sequelas, ou reduzir e retardar ao máximo as complicações clínicas, nos casos de condições crónicas<sup>(16)</sup>.

Um exemplo de limitação de incapacidade na medicina dentária é a dentisteria restauradora, quando esta tem que ser aplicada devido a um processo cariogénico.

Resumidamente, a prevenção secundária inicia-se quando a doença já está estabelecida e emprega manobras para interromper a sua progressão e para restaurar os tecidos parcialmente afetados, deixando-os o mais próximo da normalidade<sup>(5)</sup>.

### **2.2.3. Prevenção terciária**

Este nível de prevenção refere-se ao momento em que o processo saúde-doença alcançou um fim ou uma forma estável de longo prazo. Nesta fase, o objetivo é conseguir que as limitações impostas pela condição provocada pela patologia prejudiquem o mínimo possível o quotidiano e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades afetadas<sup>(16)</sup>.

Um exemplo deste tipo de prevenção em medicina dentária é a reabilitação oral, com a utilização de implantes, próteses removíveis, próteses fixas.

Resumindo, a prevenção terciária utiliza as manobras necessárias para substituir os tecidos perdidos depois do insucesso da prevenção secundária e reabilitar os pacientes até o ponto em que as suas capacidades físicas sejam recompensadas, deixando-os o mais perto possível da normalidade<sup>(5)</sup>.

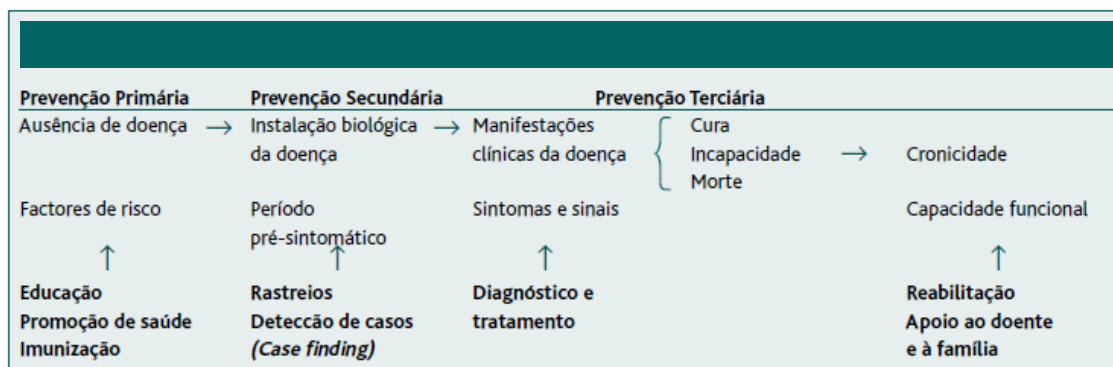


Figura 3 - Tipos de prevenção e atividades na medicina geral e na medicina dentária

### 2.3. Adolescência

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta. Inicia-se com as mudanças corporais da puberdade, sendo caracterizada pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive, e termina quando o indivíduo consolida o seu crescimento e a sua personalidade, obtendo a sua independência económica e a integração no seu grupo social<sup>(14)(15)(19)(20)(21)(22)</sup>.

Segundo a OMS os limites cronológicos da adolescência é o período entre 10 e 19 anos de idade, o qual é marcado pelo crescimento e desenvolvimento acelerado, onde o estado nutricional indica condições de uma vida saudável<sup>(18)(19)(23)(24)</sup>.

O paciente adolescente é encarado como tendo necessidades distintas devido a uma taxa potencialmente elevada de cárie, risco aumentado de ferimentos traumáticos e doença periodontal, uma tendência para hábitos nutricionais pobres, um desejo de estética aumentado, complexidade do cuidado ortodôntico e restaurador combinado, fobia odontológica, iniciação do uso do tabaco,

gravidez, distúrbios alimentares e necessidades sociais e psicológicas especiais<sup>(24)(25)</sup>.

As doenças, incluindo as orais, contribuem, de um modo geral, para comprometimentos biológico, emocional e social do adolescente. Sob o ponto de vista biológico, podem causar a disseminação infecciosa por via sistêmica (foco infeccioso); emocionalmente, podem comprometer a estética e a imagem corporal; e socialmente contribuem para a exclusão do mercado de trabalho e impedem o acesso ao serviço militar, além de ser uma das causas de absenteísmo à escola e ao trabalho<sup>(14)</sup>.

Assim, as doenças orais, como a cárie dentária, as doenças periodontais e as más-oclusões, assumem-se como um sério problema de saúde pública, na medida em que afetam grande parte da população, incluindo a fase de infância e adolescência e influenciam os seus níveis de saúde, bem-estar e qualidade de vida<sup>(1)</sup>.

## **2.4. Importância da colaboração dos pais e educadores/professores**

A educação para a saúde direcionada à saúde oral, enfatizando a participação do paciente no autocontrolo da placa bacteriana e numa mudança de hábitos alimentares com ênfase ao consumo inteligente do açúcar, deve começar antes mesmo de um indivíduo nascer, na educação da sua mãe, e continuar ao longo da vida até as idades mais avançadas<sup>(5)</sup>.

Os pais têm uma importante participação no desenvolvimento de hábitos e atitudes e na transmissão de conhecimentos aos seus filhos, inclusive acerca da saúde oral, pois os hábitos de higiene oral na fase infantil são desenvolvidos principalmente em casa e habitualmente seguindo o modelo exemplificador da mãe ou do pai<sup>(5)(26)(27)(28)</sup>. Assim, quanto mais positiva for a atitude dos pais em relação à saúde oral do seu filho, melhores serão os seus hábitos de higiene oral, mais cedo interagem com o médico dentista e menor é a prevalência de cáries no decorrer da vida desta criança<sup>(5)</sup>.

Os estilos de vida estáveis começam a ser desenvolvidos na infância e é bastante importante que nesta fase a criança ou adolescente seja bem encaminhada para evitar hábitos nocivos antes da sua instalação, por isso é importante um esforço conjunto para desenvolver programas dirigidos a estas faixas etárias<sup>(5)</sup>.

Programas preventivos devem ser considerados e desenvolvidos de modo a melhorar os conhecimentos e os comportamentos relacionados com a saúde oral dos adolescentes, dando especial atenção à constituição de equipas multidisciplinares com a intervenção de vários profissionais de saúde, nomeadamente, o médico de saúde geral e familiar, o pediatra, o médico dentista, entre outros e à educação a nível individual, familiar e comunitário, para que os ensinamentos sejam reforçados e multiplicados<sup>(3)(5)</sup>.

A escola é um ambiente ideal para a promoção da saúde, pois é o local onde se pode alcançar mais crianças e adolescentes e é possível fazer com que essa promoção seja contínua, sendo reforçada ao longo dos anos escolares<sup>(2)(5)</sup>.

Em Portugal, dentro do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral está programada uma orientação curricular que visa incluir no dia-a-dia da criança a educação para a saúde, higiene oral e educação alimentar. As crianças terão a oportunidade de cuidar da sua própria higiene oral, de maneira supervisionada, e de perceber as razões pelas quais não devem abusar de certos alimentos<sup>(5)</sup>.

## **2.5. Problemas da cavidade oral**

Alguns hábitos e costumes como o uso de tabaco, o consumo do álcool, o hábito alimentar e a falta de hábito na realização da higiene oral, podem determinar o desenvolvimento de doenças orais como a cárie, doença periodontal e cancro oral bem como de outras doenças crónicas não orais como a diabetes crónica, doenças respiratórias e doenças cardiovasculares<sup>(5)</sup>.

Medidas simples como realização de um controlo mecânico e químico da placa bacteriana, utilização de flúor, uma mudança nos hábitos alimentares e uma identificação e tratamento precoce dos fatores de risco, através de consultas

regulares ao médico dentista, podem modificar toda saúde oral de um paciente<sup>(5)(29)(30)</sup>.

### **2.5.1. Cárie dentária**

A cárie dentária é considerada a doença infecciosa prevenível com maior prevalência durante a vida e que mais afeta a população mundial<sup>(2)(3)(5)(30)(31)(32)(33)(34)(35)(36)(37)</sup>, à qual está associada uma elevada morbidade e constitui a principal causa da perda de dentes<sup>(3)(7)</sup>.

A cárie dentária é uma patologia contagiosa<sup>(38)(39)(40)(41)(42)(43)</sup>, caracterizada pelo amolecimento da estrutura do dente, que evolui para uma cavidade<sup>(7)(9)(44)(45)(46)</sup>, ou seja, é uma doença progressiva<sup>(43)</sup>.

É reconhecida como um importante problema de saúde pública, não apenas pela sua elevada frequência mas também pela associação com outras doenças, pelos custos envolvidos e pelas repercussões na qualidade de vida<sup>(3)</sup>.

O ambiente oral possui microrganismos causadores da cárie que formam colônias aderentes à superfície dentária, a placa bacteriana dentária. Sob condições favoráveis, os microrganismos cariogênicos da placa bacteriana podem fermentar açúcares para produzir ácido, o qual, por sua vez, atinge os tecidos dentários duros. Portanto, a cárie de coroa começa com a desmineralização ácida da camada mais externa do esmalte e, se não for tratada, a dissolução do esmalte continua atingindo a dentina e a polpa, devido ao aumento da cavitação. Muitas vezes, como consequência, ocorrem abscessos e perda total do dente<sup>(5)(14)</sup>.

Pesquisas atuais sugerem que a taxa total da cárie tem vindo a diminuir. No entanto, esta permanece muito alta durante a adolescência<sup>(25)</sup>.

Fatores como o esmalte do dente permanente ser imaturo, um aumento total de superfícies suscetíveis do dente e fatores ambientais tais como a dieta, a presença de placa bacteriana, a independência para procurar o cuidado ou evitá-lo, uma baixa prioridade para a higiene oral e fatores sociais adicionais também podem contribuir para o aumento da cárie na adolescência<sup>(5)(25)</sup>.

Segundo Harris (2009), a identificação dos fatores de risco presentes pode localizar um paciente em três categorias de risco de cárie<sup>(5)</sup>:

Baixo	Moderado	Alto
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de cáries nos últimos 3 anos</li><li>• Restaurações satisfatórias</li><li>• HO adequada</li><li>• Visitas regulares ao MD</li><li>• Histórico da dieta: consome alimentos ou bebidas menos que 5x/dia; mastiga pastilha elástica sem açúcar; não consome com frequência bebidas doces e açúcares refinados entre refeições, consome leite e queijo todos os dias</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 lesão de cárie nos últimos 3 anos</li><li>• Raízes expostas</li><li>• Falhas na HO</li><li>• Presença de manchas esbranquiçadas</li><li>• Visitas irregulares ao MD</li><li>• Presença de translucidez interproximal restritas ao esmalte</li><li>• Tratamento ortodôntico</li><li>• Histórico da dieta: consumo de alimentos ou bebidas mais que 5x/dia; mastiga pastilha elástica com açúcar; consome com frequência bebidas doces, açúcares refinados e hidratos de carbono fermentados entre refeições; não consome leite nem queijo todos os dias</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 ou mais lesões de cárie nos últimos 3 anos</li><li>• Raízes expostas</li><li>• Cáries radiculares</li><li>• Má HO</li><li>• Diminuição do fluxo salivar</li><li>• Fóssulas e fissuras profundas</li><li>• Consultas irregulares ao MD</li><li>• Tratamento ortodôntico</li><li>• História da dieta semelhante à do risco moderado</li></ul>

Figura 4 - Classificação dos fatores de risco da cárie dentária

Há outras condições que podem potencializar os fatores de risco, como a condição socioeconômica; presença de doenças, medicamentos ou tratamentos que alteram o fluxo e a composição salivar ou alterem o padrão da dieta para outra de característica mais cariogênica; deficiências motoras que dificultem a higiene oral; gravidez, devido a regurgitação ácida e variações hormonais; uso de fluoretos; e alta concentração salivar de *Streptococcus mutans*<sup>(5)</sup>.

### 2.5.2. Doenças periodontais (gengivite, periodontite)

O periodonto, que é formado pela gengiva (periodonto de proteção), ligamento periodontal, cemento e osso alveolar (periodonto de sustentação) envolve o dente na sua porção radicular, sustentando-o e protegendo-o<sup>(5)(47)</sup>.

A doença periodontal pode ser definida como um grupo de condições inflamatórias e degenerativas do periodonto<sup>(14)</sup> que podem levar a perda do dente, pois afetam as suas estruturas de suporte e proteção<sup>(5)</sup>.

Inicia-se com uma pequena e localizada área gengival inflamada, que se não for tratada de forma adequada poderá progredir até o osso alveolar, levando à sua reabsorção e posterior perda do elemento dentário<sup>(5)</sup>.

A inflamação inicial ocorre como resultado da presença da placa bacteriana dentária, que, calcificada, é chamada de cálculo dentário ou tártaro. Clinicamente, a gengiva saudável apresenta-se com coloração rosa pálido, sem sangramento na sondagem e na escovação e com aspeto de casca de laranja<sup>(14)</sup>.

Na gengivite, a gengiva apresenta-se com inchaço, de cor avermelhada, sangra à escovação ou à sondagem, evoluindo para perda do ligamento periodontal, e também tem como característica halitose. Se a doença continuar a evoluir, vai-se tornar numa periodontite, que é caracterizada pela inflamação gengival associada à perda de inserção, com posterior formação de bolsa periodontal, podendo levar à reabsorção do osso alveolar e ao aumento gradativo da mobilidade dos elementos dentários envolvidos, podendo estes vir a ser perdidos<sup>(5)(14)(47)</sup>.

A adolescência pode ser um período crítico no status periodontal do ser humano, havendo dados epidemiológicos e imunológicos que sugerem que danos irreversíveis nos tecidos da doença periodontal começam na adolescência tardia e no início da vida adulta<sup>(25)(47)</sup>.

Mudanças puberais afetam caracteristicamente o periodonto do adolescente jovem, com um aumento na inflamação, que é na maioria dos casos controlável por meio de higiene oral eficaz e cuidado profissional regular<sup>(25)</sup>.

A extensão e gravidade da doença periodontal dependem da suscetibilidade do indivíduo em responder contra essas doenças e dos fatores de risco que o mesmo apresenta. São fatores de risco preponderantes a má posição dentária (que pode promover gengivite localizada), o tipo de bactérias anaeróbias que participam da placa bacteriana causadora da doença; a presença da diabetes mellitus; o consumo do tabaco; uma menor resistência do indivíduo por herança genética; alterações hormonais; negligência nos cuidados básicos de higiene oral associados ao não tratamento adequado desta doença e à baixa frequência de visitas ao médico dentista<sup>(5)</sup>.

Evidências científicas têm destacado a doença periodontal como fator de risco para muitas doenças sistêmicas graves, tais como bacteriemia, endocardite infecciosa, arteriosclerose, isquemia, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, abscessos e osteomielite metastáticos (localizados em vários órgãos como fígado, cérebro, meninges, trato urinário e tireóide), abscessos pulmonares, pneumonias bacterianas por aspiração, infecções em próteses ortopédicas e valvulares, nascimento de bebês prematuros com baixo peso e uma interferência no controle da diabetes mellitus<sup>(5)</sup>.

Faz parte do tratamento preventivo a escovação e uso de fio dentário após as refeições, principalmente antes de dormir, para evitar a formação da placa bacteriana; e do tratamento curativo, a raspagem/curetagem e/ou cirurgia, dependendo do estágio em que se encontra a doença periodontal<sup>(14)</sup>.

### **2.5.3. Má-oclusão**

A oclusão dentária é definida como a relação de contato dos dentes de uma arcada com os da outra<sup>(14)</sup>.

A oclusão dentária normal é definida como um sistema morfofuncional do qual fazem parte os órgãos dentários em correta relação nos aspectos proximais e antagônicos, em harmonia com os ossos basais da face e do crânio e em equilíbrio de órgãos e tecidos circundantes<sup>(14)</sup>.

Qualquer desvio desses princípios caracteriza a má oclusão, cuja severidade pode variar de simples a muito complexa<sup>(14)</sup>.

A má-oclusão é, portanto, o mau posicionamento dos dentes maxilares e mandibulares, o que pode ter implicações funcionais, estéticas e emocionais, e é uma condição que tende a ser pior na adolescência<sup>(7)(29)(48)</sup> devido a fatores ambientais e/ou genéticos, o que pode possibilitar uma significativa necessidade de tratamento na adolescência<sup>(24)(49)</sup>.

As más-oclusões podem incluir mau posicionamento de um ou mais dentes, má formação e/ou desenvolvimento da maxila e/ou mandíbula, discrepâncias do tamanho entre dentes e maxilares e desfigurações craniofaciais<sup>(25)</sup>.

Qualquer problema de posicionamento de dentes e/ou maxilar que apresentem disfunção estética significativa, funcional, fisiológica, ou emocional constituem dificuldades potenciais para o adolescente<sup>(24)(25)</sup>.

A má-oclusão acontece maioritariamente devido a fatores genéticos. No entanto, crianças que tenham sofrido perda prematura de dentes decíduos e não tenham recorrido a um mantenedor de espaço podem vir a ter problemas de má-oclusão no futuro<sup>(29)(50)</sup>.

Deve-se ter em atenção os hábitos do paciente, pois há certos hábitos que provocam desvios na morfologia dentoalveolar e no contorno dos arcos dentários, entre os quais se destacam a respiração oral com ausência de obstrução das vias aéreas superiores, a sucção sem fins nutricionais (chupeta ou dedo), a postura, a deglutição atípica e a interposição lingual ou labial<sup>(14)(50)(51)(52)(53)(54)(55)</sup>. Estes hábitos podem levar a má-oclusões como mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior ou os dois<sup>(50)(51)(55)</sup>.

O estudo das más oclusões e da sua etiologia é de extrema importância para o médico dentista que, por meio do diagnóstico precoce e de medidas preventivas, consegue impedir e/ou interceder problemas de difícil solução em longo prazo<sup>(29)(51)</sup>.

O tratamento precoce das más-oclusões dentárias, através de aparelhos ortopédicos funcionais, é o melhor método de prevenção de agravos na má-oclusão, visto que previne e intercede alterações morfo-funcionais que se manifestam no sistema estomatognático e outros órgãos relacionados, irradiando-se em cadeia e prejudicando o desempenho do indivíduo como um todo. É extremamente importante porque uma má oclusão pode inclusive gerar gengivites, periodontites, DTM, dores de cabeça e até dores na coluna cervical<sup>(50)(51)</sup>.

Na adolescência, o tratamento normalmente é de caráter complexo, abrangendo as áreas não só da medicina dentária mas também da fonoaudiologia, otorrinolaringologia e psicologia<sup>(14)</sup>.

A má posição do terceiro molar e as disfunções temporomandibulares requerem a atenção especial para se evitar problemas em longo prazo<sup>(24)(25)</sup>.

Relativamente à cronologia da erupção dentária, há uma grande variabilidade de indivíduo para indivíduo<sup>(56)</sup>. Nas tabelas abaixo encontra-se a cronologia da erupção dentária dita normal da dentição definitiva:

Maxila	1º molar	Incisivo central	Incisivo lateral	1º pré-molar	2º pré-molar	Canino	2º molar	3º molar
Idade (anos)	6 – 7	7 – 8	8 – 9	10 – 11	10 – 12	11 – 12	12 – 13	18 – ...

Figura 5 - Cronologia de erupção dentária do maxilar superior da dentição definitiva

Mandíbula	1º molar	Incisivo central	Incisivo lateral	1º pré-molar	2º pré-molar	Canino	2º molar	3º molar
Idade (anos)	6 – 7	6 – 7	7 – 8	9 – 11	10–12	11 – 12	11–13	18–...

Figura 6 - Cronologia de erupção dentária do maxilar inferior da dentição definitiva

Esta sequência de erupção é de particular importância devido ao facto desta poder ser indicativo de doença, como por exemplo em casos de dentes supranumerários e agenesias<sup>(56)</sup>.

O gérmen do dente permanente está em elevada proximidade com o antecedente, por isso patologias que possam ser um risco para um dente decíduo também o podem ser para o permanente<sup>(56)</sup>.

É necessário conscientizar os adolescentes de como os hábitos indesejáveis se instalam e quais as consequências prováveis (através de modelos, fotografias, radiografias, entre outros). Para além disto, também devem ser implementadas medidas preventivas referentes às possíveis causas primárias e secundárias<sup>(14)</sup>.

#### **2.5.4. Dentes inclusos**

Os dentes podem permanecer inclusos por mau posicionamento ou por falta de espaço na arcada, sendo os mais comuns de se encontrarem inclusos os caninos e os pré-molares. Como meio diagnóstico pode ser utilizado o método da contagem dos dentes aquando da avaliação da cavidade oral e o exame radiográfico. Há dois tipos de tratamento para esta alteração: a tração ortodôntica ou a extração, caso a sua posição não permita o procedimento anterior. A avaliação e tratamento são de vital importância devido ao facto de que, dependendo da posição do dente incluso este pode promover reabsorção radicular dos dentes adjacentes<sup>(57)(58)</sup>.

#### **2.5.5. Dentes supranumerários**

Tal como os dentes inclusos, os dentes supranumerários podem ser diagnosticados através do método da contagem dos dentes presentes na cavidade oral bem como de avaliação radiográfica. Deverá ser feita uma análise de se se deve manter o dente ou se será mais benéfica a sua extração, dependendo do espaço existente na arcada e da condição da sua raiz<sup>(59)(60)</sup>.

#### **2.5.6. Erupção ectópica**

A erupção ectópica consiste na anormalidade dos padrões de erupção dos dentes permanentes, o que pode contribuir para reabsorção radicular, perda óssea, defeitos gengivais, perda de espaço e comprometimento estético<sup>(24)(25)</sup>.

O diagnóstico precoce, que é auxiliado pelo exame radiográfico, e o tratamento dos dentes ectópicos podem resultar numa dentição mais saudável e mais estética<sup>(24)(25)</sup>.

A prevenção e o tratamento podem incluir a extração dos dentes decíduos, intervenção cirúrgica, e/ou do cuidado endodôntico, ortodôntico, periodontal e/ou restaurador<sup>(24)(25)</sup>.

### **2.5.7. Ausência congênita de dentes**

O impacto de um dente permanente congenitamente ausente pode ser significativo<sup>(24)(25)</sup>, por isso é necessário controlo radiográfico para as agências serem descobertas precocemente, caso existam.

Ao se tratar pacientes adolescentes em tal situação, muitos fatores devem ser levados em consideração, tais como a estética, a idade do paciente, o potencial de crescimento e as possíveis necessidades cirúrgicas periodontais e bucais<sup>(24)(25)</sup>.

A avaliação dos dentes permanentes ausentes deve incluir uma abordagem a curto e longo prazo<sup>(25)</sup>.

Se houver agenesia de um dente permanente e o seu antecessor decíduo ainda estiver na sua posição, deve-se fazer avaliação radiográfica periodicamente para avaliação da sua integridade. Caso se encontre alguma anomalia em que seja necessária a extração do dente decíduo, deve-se reavaliar o plano de tratamento adequado, que poderá consistir na colocação de um mantenedor de espaço até o paciente atingir o pico de crescimento para uma posterior reabilitação com implantologia, ou em ortodontia corretiva.

### **2.5.8. Perda precoce de dentes decíduos e definitivos**

A perda precoce de um dente, seja ele decíduo ou definitivo pode acarretar consequências indesejáveis na saúde oral, como a perda de espaço para o dente sucessor, o agravamento da oclusão, a tendência a doença periodontal, entre outros. Quando ocorre em dentição decídua, é necessário recorrer a um mantenedor de espaço até que o dente definitivo erupcione. Em dentição definitiva há 2 tipos de tratamento que vão depender do caso específico de cada paciente: recorrer à ortodontia para fechar o espaço ou também recorrer ao mantenedor de espaço até que o paciente atinja o pico de crescimento, que se verifica através de uma radiografia de punho, para se proceder à colocação de um implante dentário<sup>(61)(62)(63)(64)</sup>.

### **2.5.9. Lesões traumáticas**

Qualquer dano de natureza térmica, química ou física que atinja um dente é considerada um trauma dentário<sup>(65)</sup>.

Traumatismos em crianças e adolescentes são muito comuns<sup>(14)(49)(65)(66)</sup>, sendo de extrema importância o rápido atendimento por parte do médico dentista, para solucionar não só os problemas físicos mas também os emocionais<sup>(14)(65)(66)</sup>.

Os ferimentos mais comuns que ocorrem nos dentes permanentes são aqueles resultantes de quedas, seguidas por acidentes de trânsito, violência e desportos<sup>(14)(24)(25)</sup>.

Consideramos como tais os que produzem lesões nas estruturas dentárias e peri ou paradentárias, acometidas por agentes que se manifestam por ação mecânica ou por agentes externos rápidos, violentos, imprevistos, acidentais<sup>(14)</sup>.

O médico dentista deve procurar saber quando, como e onde ocorreu o acidente; se a criança tem algum problema de saúde que possa complicar o tratamento; certificar-se de que a criança tomou a vacina antitetânica se o acidente causou alguma lesão<sup>(65)</sup>.

Todas as atividades desportivas têm um risco associado a ferimentos orofaciais, devido a quedas, colisões e ao contato com superfícies duras<sup>(25)</sup>.

As lesões traumáticas são classificadas de acordo com a quantidade e a forma que atinge a estrutura dentária, o que iremos ver seguidamente.

#### **Patologia de esmalte**

Estamos perante uma patologia de esmalte quando ocorre fratura de esmalte incompleta, ou seja, sem perda de estrutura dentária. Usualmente não apresenta dor à percussão, no entanto é possível observar alterações no exame radiográfico. Como meios de diagnóstico é necessário recorrer à radiografia periodontal e à técnica de transiluminação. Não é necessário tratamento restaurador neste tipo de casos, visto que ocorreu apenas uma fratura. Caso o paciente refira dor, o médico dentista deve avaliar o dente para avaliar a possibilidade do dente ter a câmara pulpar afetada, ter sofrido luxação ou até fratura radicular<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Fratura de esmalte**

A fratura de esmalte é quando a fratura é completa, ou seja, há perda de estrutura dentária (esmalte) mas não ocorreu exposição de dentina. Usualmente não apresenta dor, a mobilidade é normal e os testes de sensibilidade são positivos. Como meios de diagnóstico é necessário recorrer à radiografia oclusal e à periapical com 3 incidências diferentes para descartar a possibilidade de luxação ou fratura radicular. Também pode ser necessário radiografar os tecidos moles envolventes à zona afetada (lábio, mucosa jugal), para descartar a possibilidade de existência de fragmentos dentários no interior das lesões. Como tratamento pode-se recorrer a 3 métodos, sendo eles a colagem do fragmento, caso este exista, o desgaste e o polimento ou a restauração. É importante que haja um controlo radiográfico entre 6 a 8 semanas após a lesão bem como 1 ano depois. Tal como na patologia de esmalte, em caso de dor o médico dentista deve avaliar o dente para avaliar a possibilidade do dente ter a câmara pulpar afetada, ter sofrido luxação ou até fratura radicular<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Fratura de esmalte e dentina**

A fratura de esmalte e dentina envolve, como o próprio nome diz, esmalte e dentina, mas não ocorre invasão pulpar. Normalmente o paciente não refere dor, no entanto é possível observar perda de material dentário aquando do exame radiográfico. Como meios de diagnóstico é necessário recorrer à radiografia oclusal e periapical com 3 incidências diferentes para descartar a possibilidade de luxação ou fratura radicular. Também pode ser necessário radiografar os tecidos moles envolventes à zona afetada (lábio, mucosa jugal), para descartar a possibilidade de existência de fragmentos dentários no interior das lesões. Como tratamento, caso exista o fragmento e se a invasão dentinária for reduzida, procede-se à colagem do fragmento; Se a invasão for de maior dimensão ou caso não exista o fragmento, realiza-se restauração provisória ou definitiva; Se a dentina apresentar uma cor rosada, significando proximidade à polpa, mas sem exposição pulpar, aplicar hidróxido de cálcio na zona e recobrir com um material apropriado, como o ionómero de vidro, e posterior restauração. É importante que haja um controlo radiográfico entre 6 a 8 semanas após a lesão bem como 1 ano depois. Em caso de dor o médico dentista deve avaliar o dente para avaliar a

possibilidade do dente ter a câmara pulpar afetada, ter sofrido luxação ou até fratura radicular<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Fratura de esmalte e dentina com envolvimento pulpar**

A fratura de esmalte e dentina com envolvimento pulpar, tal como o nome diz, envolve esmalte e dentina e ocorre envolvimento pulpar. Neste tipo de fratura pode ou não ocorrer dor à percussão. Como meios de diagnóstico é necessário recorrer à radiografia oclusal e à periapical com 3 incidências diferentes para descartar a possibilidade de luxação ou fratura radicular. Também pode ser necessário radiografar os tecidos moles envolventes à zona afetada (lábio, mucosa jugal), para descartar a possibilidade de existência de fragmentos dentários no interior das lesões. O tratamento de eleição destes casos em pacientes jovens, com o ápex incompleto, é a manutenção da vitalidade pulpar, efetuando pulpotomia em vez de pulpectomia, ou recorrendo a hidróxido de cálcio como base da restauração. Se o ápex já estiver completo ou se houver uma significativa extensão do envolvimento pulpar é necessário realizar tratamento endodôntico radicular, recorrendo até à apexificação se necessário. É importante que haja um controlo radiográfico entre 6 a 8 semanas após a lesão bem como 1 ano depois. Se houver dor podemos estar perante luxação ou fratura radicular, no entanto, a polpa exposta é sensível a estímulo<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Fratura corono-radicular sem envolvimento pulpar**

A fratura corono-radicular sem envolvimento pulpar envolve esmalte, dentina e cimento, mas tal como o nome diz não ocorre envolvimento pulpar. É possível visualizar a fratura coronal, que se estende até à margem gengival. Habitualmente verifica-se dor à percussão e mobilidade do fragmento da coroa. Como meio de diagnóstico é necessário recorrer à radiografia oclusal e à periapical com 3 incidências, para detetar a linha de fratura da raiz. O tratamento depende da extensão da fratura: Se a margem estiver supra-gengival remove-se o fragmento e procede-se à restauração; Se estiver infra-gengival, é aconselhável a gengivectomia para tornar a margem justa ou supra-gengival e, se não for suficiente, poderá ser necessário recorrer à osteotomia; Se a fratura

apresentar uma extensão apical considerável, a extração dentária é inevitável. É importante que haja um controlo radiográfico entre 6 a 8 semanas após a lesão bem como 1 ano depois<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Fratura corono-radicular com envolvimento pulpar**

Este tipo de fratura tal como a anterior, envolve esmalte, dentina e cimento, no entanto ocorre envolvimento pulpar. Habitualmente verifica-se dor à percussão e mobilidade do fragmento coronário. Como meio de diagnóstico é necessário recorrer ao exame radiográfico oclusal e periapical. O tratamento de eleição destes casos em pacientes jovens, com o ápex incompleto, é a manutenção da vitalidade pulpar, efetuando pulpotomia em vez de pulpectomia, ou recorrendo a hidróxido de cálcio como base da restauração. Se o ápex já estiver completo ou se houver uma significativa extensão do envolvimento pulpar é necessário realizar tratamento endodôntico radicular, recorrendo até à apexificação se necessário. Em certos casos pode ser necessário remover o fragmento e proceder a gengivectomia e restauração com coroa (prótese fixa). É importante que haja um controlo radiográfico entre 6 a 8 semanas após a lesão bem como 1 ano depois<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Fratura radicular**

A fratura radicular, como o próprio nome diz, envolve fratura da raiz, podendo esta ser vertical ou horizontal. Nesta situação, o fragmento dentário pode estar móvel ou solto, pode haver sangramento na zona do sulco gengival e pode ocorrer descoloração entre a coroa e a raiz para vermelho ou cinzento. Normalmente é sensível à percussão. Como meio de diagnóstico é necessária a realização de radiografias periapicais com 3 incidências diferentes: uma vestibular paralela ao eixo do dente para observar fraturas com plano horizontal no terço cervical da raiz; outra mesio-angulada e outra disto-angulada que, juntamente com uma radiografia oclusal, permitem um bom diagnóstico de fraturas com sentido mais oblíquo, na zona do terço apical e médio da raiz. Como tratamento, se houver deslocamento do segmento coronário deve reposicionar-se o mesmo no local original e verificar a posição radiograficamente, sendo

necessário estabilizar o dente com uma férula flexível durante um período de aproximadamente 4 semanas; se ocorrer necrose pulpar será necessário efetuar tratamento endodôntico radicular; se se tratar de um dente decíduo deve-se proceder à extração do fragmento coronário e ter atenção ao apical, para não prejudicar o gérmen do dente sucessor. Inicialmente, os resultados aos testes de vitalidade poderão ser negativos, o que demonstra lesão transitória ou permanente do tecido nervoso pulpar, sendo recomendável monitorizar o estado de vitalidade pulpar. É importante que haja um controlo radiográfico 4, 6 e 8 semanas após a lesão, 4 e 6 meses e 1 e 5 anos<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Fratura alveolar**

A fratura alveolar envolve o osso alveolar e pode-se estender até ao osso adjacente. É comum haver mobilidade e deslocação do segmento afetado, com vários dentes movendo-se como um só, bem como alteração da oclusão, como consequência da falta de alinhamento do segmento alveolar fraturado. Os testes de sensibilidade podem ter ou não resposta positiva. As linhas de fratura podem ser visíveis radiograficamente, desde o osso marginal até ao ápex radicular, devendo-se efetuar radiografias oclusais e panorâmica. Como tratamento recorre-se ao posicionamento do fragmento solto e/ou deslocado com férula que deve permanecer durante pelo menos 4 semanas. É importante que haja um controlo radiográfico 4, 6 e 8 semanas após a lesão, 4 e 6 meses e 1 e 5 anos<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Concussão**

Chamamos concussão quando ocorre apenas lesão dos tecidos de suporte, sem mobilidade aumentada do dente e sem deslocamento da sua posição original. Os testes de sensibilidade são positivos e o diagnóstico radiográfico é normal, no entanto o paciente sente dor ao toque. Não há necessidade de qualquer tratamento, apenas de monitorização do estado pulpar às 4, 6 e 8 semanas e 1 ano após a lesão<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Subluxação**

Chamamos subluxação quando ocorre lesão dos tecidos de suporte e como consequência mobilidade dentária, mas sem deslocamento, sendo possível que ocorra hemorragia dos tecidos gengivais. O teste de sensibilidade pode ser inicialmente negativo por lesão pulpar transitória, sendo necessário monitorizar a sua vitalidade até diagnóstico definitivo. Não existem alterações radiográficas significativas, no entanto o paciente sente dor ao toque. O tratamento varia entre dentição decídua e definitiva: na dentição decídua mantemos apenas sob observação; na dentição definitiva é necessário ferulizar para promover a estabilização dentária durante pelo menos 2 semanas. É importante que haja um controle radiográfico 2, 4, 6 e 8 semanas, 6 meses e 1 ano após a lesão<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Luxação extrusiva**

A luxação extrusiva é definida como o deslocamento axial do dente para o exterior do alvéolo, envolvendo dente e tecidos periodontais de suporte. Normalmente apresenta mobilidade dentária e os testes de sensibilidade são com frequência negativos. A nível radiográfico é possível observar um aumento do ligamento periodontal no espaço apical. Como tratamento, deve-se reposicionar cuidadosamente o dente na posição original e estabilizá-lo durante 2 a 3 semanas com férula flexível. Se houver necrose pulpar, é necessário a realização de tratamento endodôntico radicular. É importante que haja um controle radiográfico 2, 4, 6 e 8 semanas, 6 meses e 1 e 5 anos após a lesão<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Luxação lateral**

A luxação lateral consiste no deslocamento do dente da sua posição original, geralmente para palatino/lingual ou vestibular. Geralmente não apresenta mobilidade, o teste de sensibilidade é negativo e ocorre fratura do processo alveolar. Tem como característica um som audível e metálico à percussão, que indica anquilose. Como meio de diagnóstico é necessário recorrer ao raio-x periapical e ao oclusal. Como tratamento, deve-se reposicionar cuidadosamente o dente na posição original e estabilizá-lo com férula flexível por um período de

1 a 2 semanas em dentição decídua e de 3 a 4 semanas em dentição definitiva. Em caso de necrose pulpar, será necessária a realização de tratamento endodôntico radicular. É importante que haja um controle radiográfico 2, 4, 6 e 8 semanas, 6 meses e 1 e 5 anos após a lesão<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Luxação intrusiva**

A luxação intrusiva consiste no deslocamento axial do dente para o interior do alvéolo, sem mobilidade. Geralmente o teste de sensibilidade é negativo e tem como característica um som audível e metálico à percussão, que indica anquilose. O tratamento varia de acordo com o estado de formação da raiz do dente afetado: Em dentes com raiz incompleta deve-se permitir a re-erupção do dente sem intervenção; Em dentes com a rizogênese completa, deve-se permitir a re-erupção sem intervenção, em caso de intrusão inferior ou igual a 3mm; se não ocorrer movimento passado 2 a 4 semanas deve-se reposicionar ortodôntica ou cirurgicamente e estabilizar com férula flexível durante 4 a 8 semanas. Em caso de necrose pulpar, será necessária a realização de tratamento endodôntico radicular. É importante que haja um controle radiográfico 2, 4, 6 e 8 semanas, 6 meses e 1 e 5 anos após a lesão<sup>(14)(67)(68)</sup>.

### **Avulsão**

A avulsão consiste no deslocamento total do dente para fora do alvéolo dentário. Pode ser necessário e importante realizar exame radiográfico para fazer diagnóstico diferencial com intrusão. O tratamento é diferente de dentição decídua para dentição definitiva: os dentes decíduos não devem ser re-implantados, pois pode afetar o gérmen do dente permanente, por isso, dependendo da idade e da cronologia de erupção dentária pode ser necessária a colocação de um mantenedor de espaço; num dente definitivo devemos proceder à limpeza da área da lesão com soro fisiológico e reimplantação do dente no alvéolo na sua posição original e posteriormente efetuar contenção semi-rígida, durante um período de 2 a 4 semanas. A reimplantação nem sempre é indicada, nomeadamente em dentes com cáries ou doença periodontal avançada, pacientes não cooperantes ou condições médicas severas. O

prognóstico depende do nível de desenvolvimento radicular do dente, tempo de permanência fora do alvéolo, meio de armazenamento extra-alveolar e técnica de reimplantação/contenção. O dente deve ser transportado num copo com leite, saliva, soro fisiológico ou, em último caso, água e devem recorrer ao serviço do médico dentista o mais rápido possível, visando o sucesso do reimplante. É crucial verificar a situação vacinal antitetânica e receitar antibióticos<sup>(14)(67)(68)</sup>.

Quando um paciente sofre um traumatismo na dentição decídua é essencial que estes e os seus pais sejam informados das possíveis consequências que o sucessor permanente possa vir a apresentar e que este tratamento requer um monitoramento clínico regular, podendo o resultado final do tratamento demorar alguns anos<sup>(65)</sup>. Nas consultas de controlo é fundamental o uso de exames radiográficos para avaliação do dente sucessor e o próprio dente.

#### **2.5.10. Dentes descolorados**

O desejo de melhorar a estética dos dentes, o branqueamento dentário e a remoção de áreas ou defeitos contendo manchas podem ser do interesse do adolescente<sup>(25)</sup>.

As indicações para o uso apropriado de agente branqueador, bem como métodos e produtos, dependem de um diagnóstico correto, devendo o médico dentista determinar a modalidade apropriada do tratamento e monitorizar o processo<sup>(25)</sup>.

O uso de agentes branqueadores, de micro abrasão, de colocação de uma restauração estética ou de uma combinação de todos esses tratamentos pode ser considerado<sup>(25)</sup>.

#### **2.5.11. Terceiros molares**

Os terceiros molares podem acarretar problemas agudos e crónicos para o adolescente<sup>(14)(24)(25)</sup>.

Impactações ou más posições que possam levar a problemas como pericoronarites, lesões de cárie, quistos, alterações periodontais ou possíveis

alterações de outras peças dentárias são problemas dignos de avaliação para a indicação de exodontias<sup>(24)(25)</sup>.

Assim, a avaliação dos terceiros molares, por meio de diagnóstico radiográfico, neste caso a ortopantomografia, deve ser uma parte integral do exame clínico dental do adolescente<sup>(24)(25)</sup>.

### **2.5.12. Disfunção temporomandibular (DTM)**

As disfunções da articulação temporomandibular (DTM) podem ocorrer em qualquer idade, mas a adolescência pode fornecer o estímulo para desencadear problemas<sup>(24)(25)</sup>.

A avaliação da ATM e estruturas relacionadas deve ser uma parte do exame do adolescente<sup>(24)(25)</sup>.

Uma das possíveis causas para se desenvolver a DTM é a má-oclusão, que se não for diagnosticada e tratada na infância e adolescência pode agravar a DTM no futuro.

### **2.5.13. Circunstâncias agudas**

O adolescente pode estar sujeito a condições agudas, tais como a gengivite ulcerativa necrosante aguda ou periodontite, e a ferimentos traumáticos que podem requerer cuidados imediatos a longo prazo. Na maioria dos casos, o diagnóstico precoce, tratamento e controle adequado podem impedir os danos irreversíveis. A infecção aguda, que pode envolver o periodonto, a mucosa oral e as peças dentárias, requer tratamento imediato. Os ferimentos traumáticos dos dentes e periodonto requerem sempre avaliação e tratamento dentários<sup>(25)</sup>.

### **2.5.14. Circunstâncias crônicas**

As circunstâncias crônicas que afetam o adolescente incluem gengivite marginal, gengivite da puberdade, gengivite hiperplásica relacionada à terapia ortodôntica, retração gengival que pode ou não pode estar relacionada à terapia ortodôntica, gengivite relacionada a medicamentos, gengivite da gravidez, periodontite juvenil

localizada e periodontite, sendo que a higiene oral pessoal e a intervenção profissional regular podem minimizar a ocorrência destas circunstâncias e impedir os danos irreversíveis<sup>(25)</sup>.

O adolescente pode ser ajudado com um programa dentário preventivo individualizado de saúde, que inclua procedimentos como: A educação do paciente, enfatizando a etiologia, as características, e a prevenção de doenças periodontais e cariogénicas, bem como as habilidades da auto-higiene; Um programa de higiene oral pessoal, apropriado à idade do paciente, incluindo a remoção de placa, uma auto-avaliação da saúde oral, e uma dieta, sendo o paciente aludido não só à importância da escovação mas também ao uso do fio dentário na remoção da placa; e Intervenção profissional regular, devendo ser a sua frequência baseada nas necessidades individuais e devendo incluir também a avaliação do sucesso da higiene oral pessoal, da condição periodontal e dentária e dos fatores complicadores potenciais, tais como circunstâncias médicas, má oclusão ou deficiências físicas<sup>(25)</sup>.

## **2.6. Métodos de prevenção**

É evidente que as doenças orais estão relacionadas com os comportamentos de saúde oral. Estas patologias podem diminuir com a melhoria significativa da higiene oral e a diminuição do consumo de alimentos açucarados, então a instrução e motivação dos pacientes são essenciais para a obtenção de comportamentos de saúde oral corretos<sup>(11)</sup>.

Fatores de natureza comportamental, designadamente a escovagem regular, a utilização do fio dentário, a alimentação equilibrada e a consulta regular ao médico dentista associam-se a uma diminuição significativa do risco de cárie<sup>(3)(6)(9)(69)(70)</sup>.

### **2.6.1. Higiene oral**

A higiene oral visa o controle da placa bacteriana através do uso de escova com pasta dentária indicada e fio dentário<sup>(14)</sup>.

Deve-se realizar no mínimo três vezes ao dia, após as refeições, sendo essencial antes de dormir e assim que acorda, pois durante esse período há redução do fluxo salivar, diminuindo a ação protetora da saliva<sup>(7)(14)</sup>. Devem ser utilizadas pastas dentífricas contendo flúor em concentrações adequadas à idade e deve incluir a lavagem das gengivas e da língua<sup>(3)</sup>. O ideal seria escovar assim que acordamos, depois das refeições principais e antes de ir dormir. Perfeito seria adicionar escovagens sempre que comemos algo.

Escovar os dentes com um dentifrício fluoretado e fazer uso do fio dentário pode fornecer benefícios contra as lesões de cáries, por meio da remoção da placa das superfícies dentárias e do efeito tópico do flúor<sup>(25)(34)(38)</sup> e também previne doenças periodontais<sup>(1)</sup>.

Até aos 6 anos, são recomendadas pastas dentífricas “júnior”, que têm dosagens entre 500-1000 ppm. A partir dos 6 anos, dosagens superiores já são recomendadas, entre 1000-1500 ppm<sup>(7)</sup>.

O dentifrício fluoretado é recomendado por fornecer benefícios tópicos contínuos durante a adolescência<sup>(25)</sup>, pois estes libertam substâncias químicas que previnem e controlam a placa bacteriana. Para além disto, os dentífricos potencializam a ação das cerdas da escova<sup>(3)</sup>.

Também é necessário instruir os adolescentes a selecionar adequadamente a sua escova de dentes, que deve ter cerdas flexíveis e macias e ser substituída de 3 em 3 meses ou antes de se iniciar a sua deterioração<sup>(3)(7)</sup> e ensiná-los a técnica de escovação correta, que varia de acordo com cada caso.

Há várias técnicas de escovagem que têm vindo a ser preconizadas, envolvendo diferentes tipos de movimentos da escova, sendo as mais recomendadas as técnicas de Bass e de Fones<sup>(3)</sup>.

Na técnica de Bass a escova de dentes é colocada num ângulo de 45° relativamente ao longo eixo do dente e são realizados movimentos de vai-vem de 2 mm<sup>(3)</sup>.

Na técnica de Fones a escova é colocada perpendicularmente à coroa do dente e são realizados movimentos horizontais e rotatórios<sup>(3)</sup>.

A escova deve ser sempre manuseada com uma aplicação leve de força, para não danificar a mucosa.

A escovagem da língua é fundamental mas muitas vezes esquecida. Na maioria das vezes a halitose encontra-se associada à acumulação de placa bacteriana na língua, então é essencial a escovagem da língua para que esta condição seja também prevenida<sup>(3)</sup>.

A escovagem da língua deve ser realizada colocando a face lateral da escova na porção média da língua com as cerdas viradas para a faringe e movimentar para anterior, repetindo este movimento seis a oito vezes em cada área<sup>(3)</sup>.

### **2.6.2. Fio dentário**

As superfícies interproximais são as zonas mais difíceis para a remoção de placa bacteriana, principalmente nas faces interproximais de pré-molares e molares<sup>(3)</sup>.

O uso do fio dentário deve completar a higiene oral, pois permite a remoção dos restos alimentares e da placa bacteriana nas superfícies interdentárias onde a escova não tem acesso ou não é eficaz<sup>(2)(3)</sup>, sendo recomendada a sua utilização diária<sup>(3)</sup>.

Assim, os adolescentes devem ser educados e motivados a manter a higiene oral pessoal com a remoção diária da placa, o que inclui o uso do fio dentário<sup>(25)</sup>.

Deve ser cortado um fio dentário com cerca de 40 cm e enrolar cada ponta nos dedos médios de cada mão e segurar entre o indicador e o polegar, deixando cerca de 2,5 cm de fio livre, e introduzir entre os dentes, fazendo-o deslizar até à gengiva. Os movimentos devem-se iniciar com a introdução do fio de oclusal/incisal para apical delicadamente e posteriormente de apical para oclusal/incisal. No mesmo espaço interdentário existem duas faces: uma de um dente e outra do dente adjacente então após inserir o fio na região apical dobrar os dois lados do fio para a superfície proximal de um dos dentes e fazer o movimento de higienização descrito (de apical para oclusal/incisal) e introduzir novamente no mesmo espaço interdentário e executar os mesmos movimentos na superfície interproximal do dente adjacente. Estes movimentos devem ser

efetuados em todos os espaços interdentários e inclusive na distal dos últimos molares existentes<sup>(3)</sup>.

### **2.6.3. Flúor**

O uso do flúor provou ser a medida de prevenção mais económica e mais eficaz contra a cárie<sup>(24)(25)</sup>.

Os fluoretos representam um importante fator de proteção à cárie, podendo ser benéfica a associação dos métodos sistémico e tópico<sup>(1)(14)</sup>.

A manutenção de níveis adequados de flúor na cavidade oral é um determinante de saúde oral importante e que contribui para a prevenção da cárie dentária. Isto é conseguido através da utilização de fluoretos durante a escovagem dentária com auxílio de um dentífrico fluoretado, a realização de bochechos periodicamente através de colutórios fluoretados, em casos de elevado risco de cárie, e da aplicação do gel de flúor em consultório<sup>(3)</sup>.

O flúor pode ser administrado por via sistémica, através da fluoretação das águas municipais ou escolares, ou da fluoretação do sal e leite, e por via tópica através de soluções para bochechos que podem ser de uso diário (com 230ppm) ou semanal (com 900ppm), de pastas dentífricas e de preparados fluoretados como gel, espuma ou verniz de flúor administrados pelo médico dentista<sup>(44)(71)(72)(73)</sup>.

A utilização de suplementos de flúor é recomendada apenas quando o teor de fluoretos na água de abastecimento público for inferior a 0,3 partes por milhão (ppm) e se a criança não escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia ou se a criança escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia mas apresenta um alto risco à cárie dentária, em crianças com mais de 6 anos<sup>(7)(72)</sup>.

Tratamentos feitos por meio de aplicação profissional de flúor devem ser baseados na avaliação individual do risco de cárie do paciente<sup>(25)</sup>.

Embora o benefício sistémico da incorporação do flúor no esmalte que está em formação não seja considerado necessário após os 16 anos de idade, os benefícios tópicos da remineralização e da atividade antimicrobiana ainda

podem ser obtidos com a fluoretação da água, aplicação e prescrição profissional e dentifrícios fluoretados<sup>(24)(25)</sup>.

Uma das poucas medidas de saúde pública que pode influenciar a exposição da cavidade oral a níveis controlados de flúor é precisamente a água. Neste sentido, a adição desta substância reduz a perda de dentes decíduos e é considerada benéfica para a dentição permanente das crianças, sendo uma medida que provou ser custo-efetiva<sup>(1)(9)(38)(72)(74)(75)(76)(77)(78)</sup>. A OMS definiu um valor máximo de concentração de flúor na água de 1,5 ppm, sendo que valores acima deste acarretam um risco para o desenvolvimento de fluorose dentária<sup>(72)</sup>.

Na Alemanha, França, Eslováquia e República Checa foi implementado a ingestão de flúor no sal de cozinha e juntamente com um programa intensivo de divulgação das suas propriedades conseguiu abranger consideráveis níveis de mercado<sup>(1)</sup>.

O leite também tem sido veículo à ingestão de flúor na Bulgária e no Reino Unido, sendo distribuído em instituições de ensino, em programas desenhados para comunidades em que seja necessário intervir e onde a adição de flúor não possa ser aplicada à água ou ao sal<sup>(1)</sup>.

Apesar do flúor ser muito benéfico contra a cárie dentária, é necessário ter cuidado com a quantidade de ingestão, pois efeitos indesejados podem ocorrer quando é ingerido em quantidades acima das indicadas. Os efeitos vão depender das doses absorvidas e do tipo de exposição, podendo a toxicidade acarretar efeitos agudos ou crônicos. Se a ingestão excessiva de flúor for numa única dose, trata-se de uma toxicidade aguda, e os sintomas variam entre mal-estar gástrico e vômitos, podendo em casos mais graves levar à morte do paciente. A alteração mais comum causada por toxicidades crônicas é a fluorose dentária<sup>(1)</sup>.

#### **2.6.4. Selantes de fissuras**

A complexa anatomia presente nos sulcos e fissuras dentárias, caracterizada por superfícies bastante irregulares, torna a higiene oral dessa específica região dentária mais dificultada<sup>(3)(5)(37)(69)(79)(80)(81)(82)(83)(84)(85)(86)(87)</sup>, cria uma deficiência no acesso da saliva para permitir a remineralização do interior das fissuras e um

menor efeito do flúor nessa região quando comparada com as superfícies lisas, o que favorece o acúmulo de bactérias e restos alimentares e a alta prevalência de lesões de cárie nestas zonas<sup>(3)(5)</sup>.

A aplicação de selantes de fissuras nas superfícies dentárias mais suscetíveis à cárie é considerada como umas das medidas preventivas primordiais para a redução do risco de cárie dentária. Esta medida preventiva permite a redução da incidência de cárie em fossas e fissuras dentárias, prevenindo a necessidade de realização de restaurações dentárias mais invasivas<sup>(3)(25)(79)(87)(88)(89)(90)</sup>.

Graças à sua consistência líquida e fluida, os selantes escoam sobre a superfície irregular dos sulcos e fissuras, ocupando todas as porosidades existentes, vedando estas regiões retentivas de placa bacteriana e consequentemente prevenindo ou retardando o aparecimento de cáries oclusais<sup>(5)(69)(79)(81)(83)(89)</sup>. Para além disto, os selantes de fissuras têm como principal característica a liberação de flúor<sup>(79)</sup>.

Os selantes são recomendados em molares decíduos e pré-molares e molares permanentes hígidos, sempre que o risco de lesões cariosas em fósulas e fissuras seja identificado<sup>(2)(5)(7)(14)(25)(81)(83)</sup> e a sua aplicação é recomendada logo após a erupção dentária, visto que são mais eficazes quanto mais precoce for a sua aplicação<sup>(3)</sup>.

Alguns aspetos são necessários considerar aquando da aplicação de um selante dentário, sendo estes o tipo de material a ser utilizado, o isolamento adequado do dente, a limpeza e preparo adequados da superfície, a avaliação da sua adaptação imediata e posterior e a indicação ser dependente do risco de cárie<sup>(5)(91)</sup>.

O risco de cárie pode alterar com o tempo devido às mudanças nos hábitos dos pacientes, na microbiologia oral ou em algumas condições físicas, e os dentes selados podem beneficiar-se das aplicações subsequentes dos selantes, por isso durante toda a adolescência é necessária uma reavaliação periódica<sup>(24)(25)(83)</sup>.

### **2.6.5. Controlo da dieta**

O papel dos hidratos de carbono na iniciação da cárie é inequívoco<sup>(25)(38)</sup>, sendo o principal fator dietético na prevalência e progressão da cárie<sup>(2)(3)(41)</sup>.

Os adolescentes são frequentemente expostos a estes nutrientes e consomem quantidades elevadas de hidratos de carbono refinados e de bebidas que contêm ácido<sup>(24)(25)</sup>, o que pode provocar um efeito negativo na saúde oral.

No contexto da saúde oral, a higiene alimentar assenta sobretudo na diversidade e em evitar o consumo frequente de bebidas e alimentos açucarados, especialmente no período entre as refeições principais<sup>(3)(7)(14)(44)</sup>.

O adolescente pode beneficiar-se da análise e da modificação da dieta<sup>(6)(24)(25)</sup>, o que é possível observar com a promoção de produtos “sem açúcar”, que tem sido provada como eficaz na redução de cáries dentárias nomeadamente por estudos em que é estudado o impacto da mastigação de pastilhas elásticas<sup>(1)</sup>.

Para a análise e controlo da dieta devemos considerar os padrões das doenças orais, as necessidades totais de nutrientes e de energia, os aspetos psicossociais da nutrição do adolescente, a frequência dietética de ingestão de hidratos de carbono, a frequência de consumo de bebidas aciduladas e as considerações do bem-estar<sup>(25)</sup>.

### **2.6.6. Protetores bucais**

Nos últimos anos, a prática de atividades desportivas em Portugal tem vindo a aumentar, o que potencia um aumento de lesões, entre elas o trauma orofacial e dentário<sup>(67)(92)</sup>. A face é geralmente a área do corpo mais vulnerável e menos protegida, sendo as lesões dentárias o tipo de lesão orofacial mais comum sofrida durante atividades desportivas<sup>(67)(93)(94)(95)</sup>.

Tendo isto em conta, devemos levar em consideração prevenir este tipo de lesões em adolescentes, e um dos meios de os prevenir é o uso de protetores bucais (goteiras de proteção)<sup>(67)(93)(94)</sup>.

Um protetor bucal pode ser definido como um dispositivo resistente usado no interior da cavidade oral com o objetivo de reduzir a ocorrência de lesões orais,

particularmente nos dentes e estruturas anexas. São adquiríveis através de uma vasta variedade de produtos, incluindo os modelos pré-formados, vendidos em lojas desportivas, e os individualizados, elaborados pelo médico dentista<sup>(67)</sup>.

Apesar de poderem ter desvantagens como desconforto, reação dos tecidos moles, dificuldades na respiração e fala, eles são eficazes na sua função, pois diminuem consideravelmente a deformação dos dentes submetidos a stress, em comparação com os dentes desprotegidos, apresentam um papel na prevenção de contusões, estabilizam a posição da mandíbula, protegem a ATM e previnem a laceração dos lábios e língua contra os dentes durante golpes traumáticos<sup>(92)</sup>, o que torna o uso deste tipo de proteção essencial<sup>(67)(92)</sup>.

Muitos atletas não têm consciência das implicações que um trauma na região oral pode provocar na sua saúde nem da grande probabilidade de sofrer lesões graves orofaciais ou da cabeça durante uma atividade física. Sendo assim, o médico dentista deve atuar de modo a fornecer informação aos atletas, treinadores, pais, dirigentes desportivos e outro staff técnico sobre a importância da prevenção de lesões orofaciais durante a atividade física e desportiva<sup>(67)(92)(93)</sup>.

Os responsáveis por jovens em desportos organizados e em escolas e universidades que atualmente já utilizam protetores bucais afirmaram que os ferimentos dentários e faciais podem ser reduzidos significativamente introduzindo o equipamento protetor necessário<sup>(25)</sup>.

### **2.6.7. Cuidados profissionais**

O tratamento do paciente adolescente pode ser complexo e multifacetado, por isso é necessário que se faça um histórico médico exato e detalhado para o diagnóstico correto e planeamento de um tratamento eficaz e diminuir o risco de agravar uma condição médica ao se efetuar o cuidado odontológico<sup>(24)(25)</sup>. Na anamnese é essencial averiguar se existem doenças sistémicas e questionar sobre se efetua medicação, pois há certos medicamentos que podem afetar a saúde oral e interferir com o tratamento dentário<sup>(96)</sup>.

A consulta regular ao médico dentista é fundamental e deve ocorrer pelo menos uma vez em cada 6 meses, pois permite detetar precocemente doenças orais<sup>(3)(25)</sup>, fornecer orientações específicas acerca de determinados procedimentos, designadamente no que diz respeito às técnicas de escovagem e à utilização correta do flúor e aplicar um conjunto de outras medidas preventivas primárias como a aplicação tópica de flúor e de selantes de fissuras<sup>(3)(97)</sup>.

É importante que o médico dentista enfatize os efeitos positivos que o uso do flúor, o cuidado profissional rotineiro, a educação do paciente e a higiene pessoal podem ter em neutralizar a mudança no padrão da cárie na população adolescente<sup>(25)</sup>. Para além disto, é necessário que o médico dentista, em todas as consultas de controlo, alerte o adolescente sobre os efeitos negativos de maus hábitos.

A remoção profissional da placa e do cálculo é altamente recomendada para o adolescente, com a frequência de tal intervenção baseada no risco avaliado do indivíduo para a cárie e a doença periodontal, determinado pelo médico dentista<sup>(25)</sup>. Assim, a profilaxia oral é o meio mecânico utilizado pelo médico dentista para remoção de placa bacteriana, cálculo dentário e manchas na superfície dentária, combinado com um polimento coronário, o que evita instalação de doença, pois uma profilaxia oral regular é capaz de diminuir consideravelmente a actividade bacteriana e por consequência as lesões de cárie e a doença periodontal<sup>(5)</sup>.

Devem-se fazer exames clínicos e radiográficos periódicos, levando em consideração necessidades individuais e os indicadores de risco do indivíduo, a fim de determinar o melhor custo-benefício efetivo na prevenção da doença no adolescente<sup>(25)</sup>.

O exame clínico ou avaliação oral é uma prática importante para o controlo e prevenção mais específicos das doenças orais, bem como na determinação do risco individual de cada paciente. O diagnóstico precoce das doenças orais e de algumas doenças sistémicas com envolvimento oral (como sinais de deficiência nutricional, infeções microbianas, distúrbios imunológicos, lesões e cancro oral) podem ser encontradas pelos médicos dentistas neste processo. Assim, o

objetivo do exame clínico é direcionar os recursos e implementar estratégias para reduzir a prevalência e incidência das patologias orais<sup>(5)</sup> ou diagnosticar precocemente uma patologia, para que esta possa ser tratada de modo a causar o menor dano possível.

O paciente adolescente cuja saúde oral não foi monitorizada regularmente por um médico dentista pode ter lesões cariosas em estágio avançado, doença periodontal ou qualquer outro envolvimento oral urgente, por isso a consulta destes pacientes deve ter como objetivo, além da prevenção de agravos, o diagnóstico, a monitorização, o tratamento e a reabilitação dos problemas de saúde<sup>(97)</sup>.



## **III. OBJETIVOS**



O objetivo deste trabalho consiste na realização de uma pesquisa do estado da arte e posterior desenvolvimento de *guidelines* para que seja possível aplicar métodos de prevenção primária em adolescentes, tendo sempre em conta os fatores de risco existentes.



## **IV. MATERIAIS E MÉTODOS**



Para a realização deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos indexados nas bases de dados digitais Google Académico, Pubmed, MedlinePlus, Lilacs e Scielo, usando termos como saúde oral, higiene oral, flúor, fio dentário, prevenção, selantes dentários, adolescência, dieta, cárie, doença periodontal, gengivite, periodontite, má-oclusão, siso, DTM, patologias dentárias, lesões traumáticas, protetores bucais e médico dentista.

Consideraram-se como critérios de seleção estudos publicados desde Janeiro de 2000 até Setembro de 2018 referentes ao tema em estudo, em português, inglês ou espanhol. Incluíram-se outros estudos publicados em anos anteriores a 2000 considerados relevantes para a contextualização do tema. A seleção dos artigos da pesquisa para revisão integral baseou-se na relevância do título e do resumo do artigo.

Ao todo foram analisados cerca de 130 artigos, sendo selecionados 98 artigos e textos científicos. O motivo de alguns artigos terem sido excluídos foi não apresentarem conteúdo relevante para este trabalho.

Para além da pesquisa digital, também foi efetuada uma consulta na biblioteca da Universidade Católica de Viseu, tendo algumas secções de livros sendo utilizadas.

Após esta pesquisa, foi feita uma compilação da informação para serem criadas as *guidelines* simples de compreender e de seguir, respondendo ao objetivo geral definido na presente monografia.



## **V. RESULTADOS**



## 5.1. Escovagem

A higiene oral deve ser realizada no mínimo três vezes ao dia, após as refeições, sendo fundamental à noite, antes de dormir, pois durante esse período há redução do fluxo salivar, diminuindo a ação protetora da saliva,<sup>(7)(14)</sup> e deve incluir a lavagem das gengivas e da língua com utilização de pastas dentífricas contendo flúor em concentrações adequadas à idade<sup>(3)</sup>, sendo recomendadas até aos 6 anos pastas dentífricas “júnior”, que têm dosagens entre 500-1000 ppm e a partir dos 6 anos entre 1000-1500 ppm<sup>(7)</sup>.

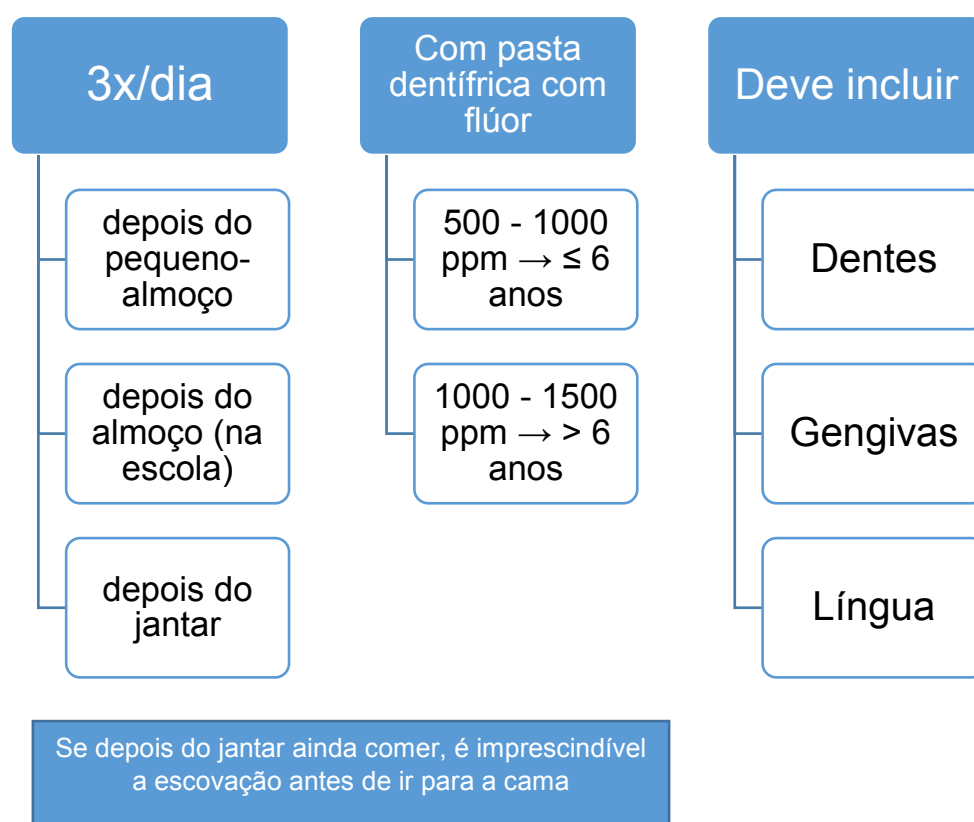


Figura 7 - Guidelines para uma correta escovação dentária

É imprescindível instruir os adolescentes a selecionar adequadamente a sua escova, que deve ter cerdas flexíveis e macias e ser substituída de 3 em 3 meses ou antes de se iniciar a sua deterioração<sup>(3)(7)</sup> e ensiná-los a técnica de escovagem correta.

Há várias técnicas de escovagem que têm vindo a ser preconizadas, envolvendo diferentes tipos de movimentos da escova, sendo as mais recomendadas as técnicas de Bass e de Fones. Na técnica de Bass a escova de dentes é colocada

num ângulo de 45° relativamente ao longo eixo do dente e são realizados movimentos de “vai-vem” de 2 mm. Na técnica de Fones a escova é colocada perpendicularmente à coroa do dente e são realizados movimentos horizontais e rotatórios<sup>(3)</sup>. É importante alertar que a escova deve ser sempre manuseada com uma aplicação leve de força, para não danificar a mucosa.

A escovagem da língua é fundamental mas muitas vezes esquecida. Na maioria das vezes a halitose encontra-se associada à acumulação de placa bacteriana na língua, então é essencial a escovagem da língua para que esta condição seja também prevenida<sup>(3)</sup>. A escovagem da língua deve ser realizada colocando a face lateral da escova na porção média da língua com as cerdas viradas para a faringe e movimentar para anterior, repetindo este movimento seis a oito vezes em cada área<sup>(3)</sup>.

Escovar os dentes com um dentífrico fluoretado e fazer uso do fio dentário podem fornecer benefícios contra as lesões cariosas, por meio da remoção da placa bacteriana das superfícies dentárias e do efeito tópico do flúor<sup>(25)(34)(38)(90)</sup> e também previne doenças periodontais<sup>(1)</sup>. Explicar esta questão não só aos pacientes como também aos seus pais pode promover um incentivo para uma correta higiene oral.

Escova de dentes	Técnicas de escovagem	Motivação
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cerdas flexíveis e macias.</li><li>• Substituir de 3 em 3 meses ou antes do início da sua deterioração.</li><li>• A escova deve ser sempre manuseada com uma aplicação leve de força, para não danificar a mucosa.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Colocar a escova de dentes num ângulo de 45° paralelamente ao dente e fazer movimentos de vai-vem de 2 mm.</li><li>• Colocar a escova perpendicularmente ao dente e fazer movimentos horizontais e rotatórios.</li><li>• Língua: colocar a face lateral da escova na porção média da língua com as cerdas viradas para a faringe e movimentar para anterior (6-8 vezes em cada área).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Remove os restos de comida e a placa bacteriana causada por estes.</li><li>• E isso vai prevenir o aparecimento de cáries e doenças periodontais e o mau hálito.</li><li>• É fundamental a escovação antes de dormir e quando acorda pois a saliva tem uma ação protetora contra as cáries, e nesse período há redução da quantidade de saliva.</li></ul>

Figura 8 - Guidelines para utilização da escova bem como motivação

## **5.2. Fio dentário**

As superfícies interproximais são as zonas mais difíceis para a remoção de placa bacteriana, principalmente nas faces interproximais de pré-molares e molares<sup>(3)</sup>.

O uso do fio dentário deve completar a higiene oral, pois permite a remoção dos restos alimentares e da placa bacteriana nas superfícies interdentárias onde a escova não chega ou não é eficaz<sup>(2)(3)</sup>, sendo recomendada a sua utilização diária<sup>(3)</sup>. Assim, os adolescentes devem ser educados e motivados a manter a higiene oral pessoal com a remoção diária da placa, o que inclui o uso do fio dentário<sup>(25)</sup>.

Deve ser cortado um fio dentário com cerca de 40 cm e enrolar cada ponta nos dedos médios de cada mão e segurar entre o indicador e o polegar, deixando cerca de 2,5 cm de fio livre, e introduzir entre os dentes, fazendo-o deslizar até à gengiva. Os movimentos devem-se iniciar com a introdução do fio de oclusal/incisal para apical delicadamente e posteriormente de apical para oclusal/incisal. No mesmo espaço interdentário existem duas faces: uma de um dente e outra do dente adjacente então após inserir o fio na região apical dobrar os dois lados do fio para a superfície proximal de um dos dentes e fazer o movimento de higienização descrito (de apical para oclusal/incisal) e introduzir novamente no mesmo espaço interdentário e executar os mesmos movimentos na superfície interproximal do dente adjacente. Estes movimentos devem ser efetuados em todos os espaços interdentários e inclusive na distal dos últimos molares existentes<sup>(3)</sup>.

Uso diário	Técnica de utilização	Motivação
<ul style="list-style-type: none"><li>•Depois das refeições.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Deve ser cortado um fio dentário com cerca de 40 cm e enrolar cada ponta nos dedos médios de cada mão e segurar entre o indicador e o polegar, deixando cerca de 2,5 cm de fio livre, e introduzir entre os dentes, fazendo-o deslizar até à gengiva. Os movimentos devem-se iniciar com a introdução do fio de oclusal/incisal para apical delicadamente e posteriormente de apical para oclusal/incisal. No mesmo espaço interdentário existem duas faces: uma de um dente e outra do dente adjacente então após inserir o fio na região apical dobrar os dois lados do fio para a superfície proximal de um dos dentes e fazer o movimento de higienização descrito (de apical para oclusal/incisal) e introduzir novamente no mesmo espaço interdentário e executar os mesmos movimentos na superfície interproximal do dente adjacente. Estes movimentos devem ser efetuados em todos os espaços interdentários e inclusive na distal dos últimos molares existentes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Remove os restos de comida e placa bacteriana que ficam entre os dentes, onde a escova não é eficaz.</li><li>•Por isso também previne as cáries e as doenças periodontais e o mau hálito.</li></ul>

Figura 9 - Guidelines para utilização de fio dentário bem como motivação

### 5.3. Flúor

O flúor pode ser administrado por via sistémica, através da fluoretação das águas municipais ou escolares, ou da fluoretação do sal e leite, e por via tópica através de soluções para bochechos que podem ser de uso diário (com 230ppm) ou semanal (com 900ppm), de pastas dentífricas e de preparados fluoretados como gel, espuma ou verniz de flúor administrados pelo médico dentista<sup>(44)(71)(72)(73)</sup>.

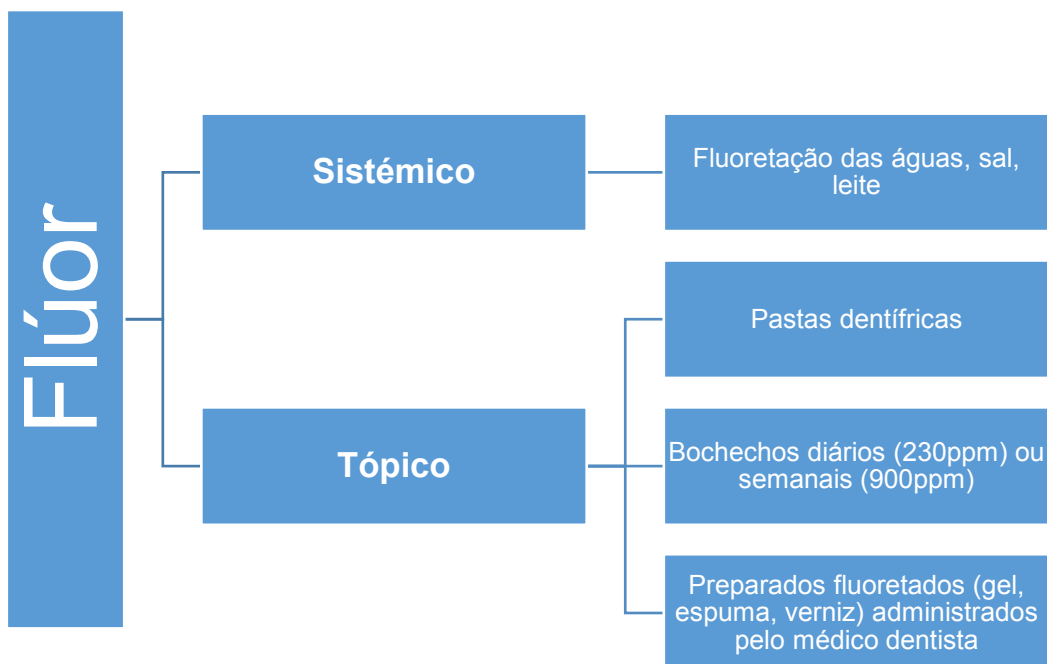


Figura 10 - Tipos de flúor e suas formas

A utilização de suplementos de flúor é recomendada apenas quando o teor de fluoretos na água de abastecimento público for inferior a 0,3 ppm e se a criança não escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia ou se a criança escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia mas apresenta um alto risco à cárie dentária, em crianças com mais de 6 anos<sup>(7)(72)</sup>.

Avaliação do risco de cárie dentária <sup>(5)</sup>		
Baixo	Moderado	Alto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de cáries nos últimos 3 anos</li> <li>• Restaurações satisfatórias</li> <li>• HO adequada</li> <li>• Visitas regulares ao MD</li> <li>• Histórico da dieta: consome alimentos ou bebidas menos que 5x/dia; mastiga pastilha elástica sem açúcar; não consome com frequência bebidas doces e açúcares refinados entre refeições, consome leite e queijo todos os dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 lesão de cárie nos últimos 3 anos</li> <li>• Raízes expostas</li> <li>• Falhas na HO</li> <li>• Presença de manchas esbranquiçadas</li> <li>• Visitas irregulares ao MD</li> <li>• Presença de translucidez interproximal restritas ao esmalte</li> <li>• Tratamento ortodôntico</li> <li>• Histórico da dieta: consumo de alimentos ou bebidas mais que 5x/dia; mastiga pastilha elástica com açúcar; consome com frequência bebidas doces, açúcares refinados e hidratos de carbono fermentados entre refeições; não consome leite nem queijo todos os dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 ou mais lesões de cárie nos últimos 3 anos</li> <li>• Raízes expostas</li> <li>• Cáries radiculares</li> <li>• Má HO</li> <li>• Diminuição do fluxo salivar</li> <li>• Fóssulas e fissuras profundas</li> <li>• Consultas irregulares ao MD</li> <li>• Tratamento ortodôntico</li> <li>• História da dieta semelhante à do risco moderado</li> </ul>

Figura 11 - Avaliação do risco de cárie dentária

#### 5.4. Selante de fissuras

A complexa anatomia presente nos sulcos e fissuras dentárias, caracterizada por superfícies bastante irregulares, torna a higiene oral dessa específica região dentária mais dificultada<sup>(3)(5)(37)(69)(79)(80)(81)(82)(83)(84)(85)(86)(87)</sup>, cria uma deficiência no acesso da saliva para permitir a remineralização do interior das fissuras e um menor efeito do flúor nessa região quando comparada com as superfícies lisas, o que favorece o acúmulo de bactérias e restos alimentares e a alta prevalência de lesões de cárie nestas zonas<sup>(3)(5)</sup>.

A aplicação de selantes de fósulas e fissuras nas superfícies dentárias mais suscetíveis à cárie é considerada como umas das medidas preventivas primordiais para a redução do risco de cárie dentária. Esta medida preventiva permite a redução da incidência de cárie em fossas e fissuras dentárias, prevenindo a necessidade de realização de restaurações dentárias mais invasivas<sup>(3)(25)(79)(87)(88)(89)(90)</sup>.

Graças à sua consistência líquida e fluida, os selantes atingem toda a superfície irregular dos sulcos e fissuras, ocupando todas as porosidades existentes, vedando estas regiões retentivas de placa bacteriana e consequentemente prevenindo ou retardando o aparecimento de cáries oclusais<sup>(5)(69)(79)(81)(83)(89)</sup>.

Os selantes de fissuras são recomendados em molares decíduos e pré-molares e molares permanentes hígidos, sempre que o risco de lesões cariosas em fósulas e fissuras seja identificado<sup>(2)(5)(7)(14)(25)(81)(83)</sup> e a sua aplicação é recomendada logo após a erupção dentária, visto que são mais eficazes quanto mais precoce for a sua aplicação<sup>(3)</sup>.

Alguns aspetos são necessários considerar aquando da aplicação de um selante dentário, sendo estes o tipo de material a ser utilizado, o isolamento adequado do dente, a limpeza e preparo adequados da superfície, a avaliação da sua adaptação imediata e posterior e a indicação ser dependente do risco de cárie<sup>(5)(91)</sup>.

Aplicação	Atenção com:	Motivação
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molares decíduos</li> <li>• Pré-molares e molares definitivos</li> <li>• Hígidos, logo após a erupção dentária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de material utilizado</li> <li>• Isolamento do dente</li> <li>• Limpeza e preparo da superfície</li> <li>• Avaliação da sua adaptação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A superfície de certos dentes é irregular, o que torna mais fácil o acúmulo de restos alimentares e mais difícil a ação da escova. Isto é um ambiente propício à formação da cárie e o selante, como preenche essas irregularidades, vai preveni-la</li> <li>• É recomendado que a aplicação seja logo que os dentes erupcionem, pois quanto mais cedo for a sua aplicação mais eficaz é</li> </ul>

Figura 12 - Guidelines para aplicação de selantes de fôssulas e fissuras bem como motivação

## 5.5. Controlo da dieta

No contexto da saúde oral, a higiene alimentar assenta sobretudo na diversidade e em evitar o consumo frequente de bebidas e alimentos açucarados, especialmente no período entre as refeições principais<sup>(3)(7)(14)(44)</sup>.

O adolescente pode beneficiar-se da análise e da modificação da dieta<sup>(6)(24)(25)</sup>, o que é possível observar com a promoção de produtos “sem açúcar”, que tem sido provada como eficaz na redução de cáries dentárias<sup>(1)</sup>.

A alimentação influencia altamente a saúde oral, sendo os hidratos de carbono o principal fator dietético na prevalência e progressão da cárie dentária<sup>(2)(3)(25)(38)(41)</sup>, por isso uma análise e modificação da dieta, se necessário, é extremamente benéfica e essencial para a criança ou adolescente<sup>(6)(24)(25)</sup>, sendo muitas vezes vantajoso o trabalho multidisciplinar com um nutricionista.

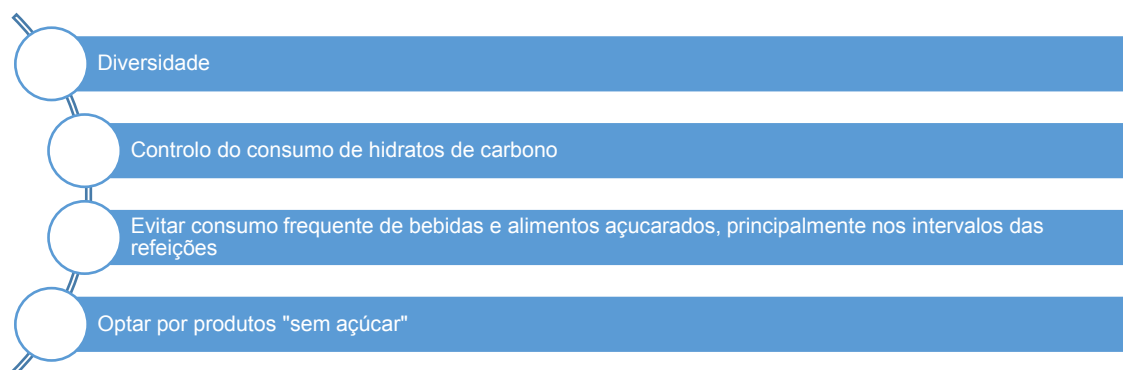


Figura 13 - Como atingir um correto controlo da dieta

## 5.6. Protetores bucais

A face é geralmente a área do corpo mais vulnerável e menos protegida, sendo as lesões dentárias o tipo de lesão orofacial mais comum sofrida durante atividades desportivas<sup>(67)(93)(94)(95)</sup>.

Tendo isto em conta, devemos levar em consideração prevenir este tipo de lesões em adolescentes, e um dos meios de os prevenir é o uso de protetores bucais (goteiras de proteção)<sup>(67)(93)(94)</sup>.

Um protetor bucal pode ser definido como um dispositivo resistente usado no interior da cavidade oral com o objetivo de reduzir a ocorrência de lesões orais, particularmente nos dentes e estruturas anexas. São adquiríveis através de uma vasta variedade de produtos, incluindo os modelos pré-formados, vendidos em lojas desportivas, e os individualizados, elaborados pelo médico dentista<sup>(67)</sup>.

Apesar de poderem ter desvantagens como desconforto, reação dos tecidos moles, dificuldades na respiração e fala<sup>(67)</sup>, eles são eficazes na sua função, pois diminuem consideravelmente a deformação dos dentes submetidos a stress, em comparação com os dentes desprotegidos, apresentam um papel na prevenção de contusões, estabilizam a posição da mandíbula, protegem a ATM e previnem a laceração dos lábios e língua contra os dentes durante golpes traumáticos<sup>(67)(92)</sup>, o que torna o uso deste tipo de proteção essencial<sup>(92)</sup>.

Podem ser:	Motivação:
<ul style="list-style-type: none"><li>•Pré-formados (vendidos em lojas desportivas).</li><li>•Personalizados (elaborados pelo médico dentista).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Geralmente a face é a área mais vulnerável e desprotegida.</li><li>•Podem ter desvantagens como desconforto, feridas nas gengivas e dificuldades na respiração e fala, mas é tudo uma questão de hábito.</li><li>•São muito eficazes, protegendo os dentes e as gengivas de pancadas, que podem partir dentes e ferir gengivas.</li></ul>

Figura 14 - Tipos de protetores bucais e motivação para o seu uso

## 5.7. Cuidados profissionais

O tratamento do paciente adolescente pode ser complexo e multifacetado, por isso é necessário que se faça um histórico médico exato e detalhado para o diagnóstico correto e planeamento de um tratamento eficaz e diminuir o risco de agravar uma condição médica ao se efetuar o cuidado odontológico, sendo a anamnese extremamente importante para ficarmos cientes da existência de doenças sistémicas e/ou da toma de medicamentos que possam afetar a saúde oral ou o seu tratamento<sup>(24)(25)</sup>.

Devem-se fazer exames clínicos e radiográficos periódicos, levando em consideração necessidades individuais e os indicadores de risco do indivíduo, a fim de determinar o melhor custo-benefício efetivo na prevenção da doença no adolescente<sup>(25)</sup>.

A consulta regular ao médico dentista é fundamental e deve ocorrer pelo menos uma vez em cada 6 meses, pois permite detetar precocemente doenças orais, fornecer orientações específicas acerca de determinados procedimentos, designadamente no que diz respeito às técnicas de escovagem e à utilização correta do flúor e aplicar um conjunto de outras medidas preventivas primárias como a aplicação tópica de flúor e de selantes de fissuras<sup>(3)(25)(97)</sup>.

A remoção profissional da placa e do cálculo é altamente recomendada para o adolescente, com a frequência de tal intervenção baseada no risco avaliado do

indivíduo para a cárie e a doença periodontal, determinado pelo médico dentista<sup>(25)</sup>.

O exame clínico ou avaliação oral é uma prática importante para o controlo e prevenção mais específicos das doenças orais, bem como na determinação do risco individual de cada paciente. O diagnóstico precoce das doenças orais e de algumas doenças sistémicas com envolvimento oral (como sinais de deficiência nutricional, infeções microbianas, distúrbios imunológicos, lesões e cancro oral) podem ser encontradas pelos médicos dentistas neste processo. Assim, o objetivo do exame clínico é direcionar os recursos e implementar estratégias para reduzir a prevalência e incidência das patologias orais<sup>(5)</sup> ou diagnosticar precocemente uma patologia, para que esta possa ser tratada de modo a causar o menor dano possível.

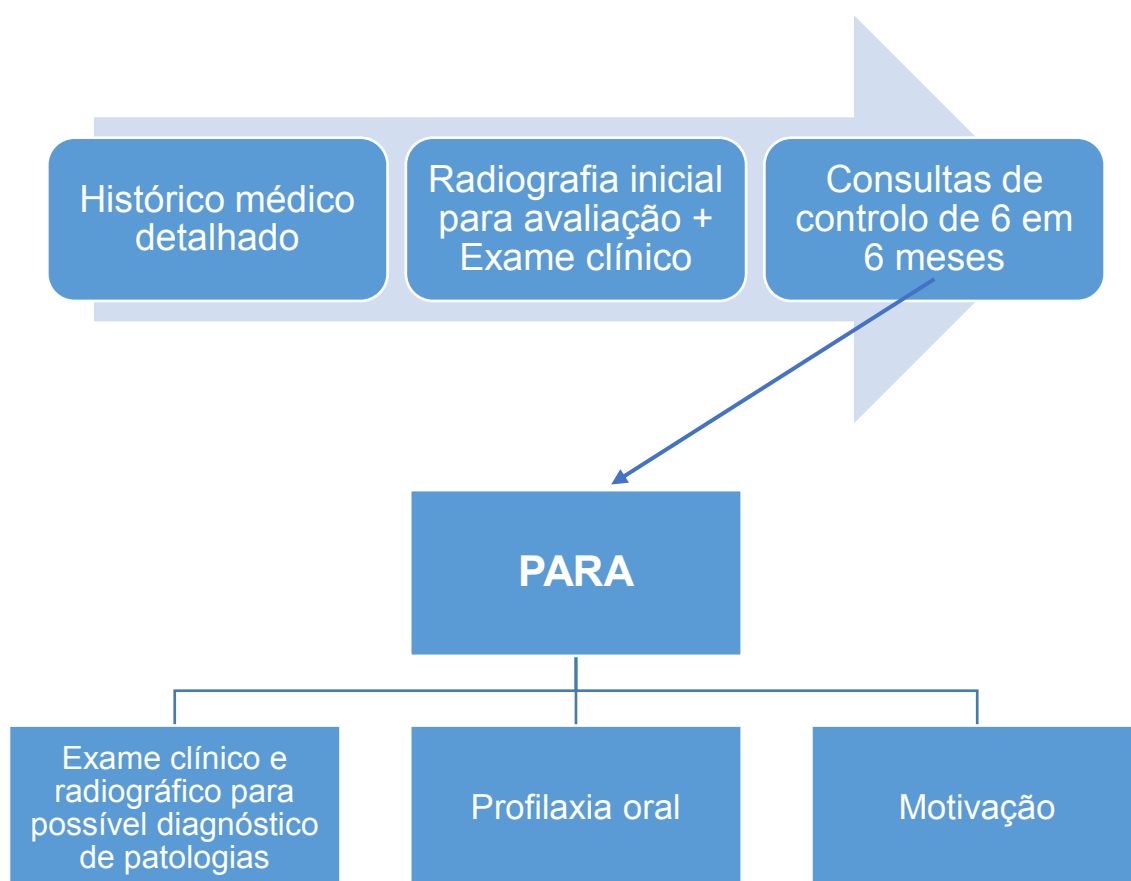


Figura 15 - Guidelines para um correto cuidado profissional



## **VI. DISCUSSÃO**



A Saúde Oral Escolar contribui para a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral, incentiva a escovagem dos dentes desde o jardim de infância e cria condições para melhorar a acessibilidade a cuidados dentários de crianças e jovens que deles necessitem. As equipas de saúde oral escolar contribuem para melhorar as competências dos/as profissionais de educação e dos/as pais/mães sobre a saúde oral.

As doenças orais apresentam uma elevada prevalência na nossa população, são consideradas um importante problema de saúde pública e encontram-se relacionadas com outros problemas de saúde da população infantil e juvenil. Contudo, é possível, prevenir e tratar precocemente a cárie dentária e as doenças periodontais com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes<sup>(1)(3)</sup>.

Atendendo ao facto da saúde oral ser parte integrante e indissociável da saúde geral é durante a infância e juventude que devem ser implementados maiores cuidados para a saúde oral futura. Durante a infância deve-se iniciar a criação e reforço de noções básicas de saúde e desenvolvimento de hábitos saudáveis diários. Neste contexto, as ações educativas e de promoção em saúde passam a ser reforços importantes para a manutenção de estilos de vida saudáveis. Para tal, é importante que haja uma efetividade no esforço educativo, devendo este ser integrado e multidisciplinar, incluindo não só os profissionais de saúde mas também, neste caso em particular, professores e educadores de infância. Estes tipos de ações tornam-se ainda mais fundamentais quando se encontra uma prevalência moderada de cárie dentária em crianças e de igual modo, uma percentagem de lesões cariosas considerável, como ainda se verifica em Portugal.

Em Portugal a Saúde Escolar ao longo da sua história, iniciada em 1901 e mantida durante todo o século XX, tem estado sujeita a diversas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes.

Nos planos curriculares das escolas e jardins de infância, deve ser promovida e apoiada a integração das atividades do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), numa abordagem holística da saúde, assentes nas seguintes estratégias: promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar;

prevenção das doenças orais; diagnóstico precoce e tratamento dentário<sup>(1)(3)(9)(10)</sup>.

A escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adoção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

A saúde oral é parte integrante e fundamental para a criança ter uma vida saudável, logo deve ser iniciada desde a nascença, com a utilização de uma dedeira humificada em água após a amamentação, mesmo não tendo ocorrido erupção dentária<sup>(98)</sup>. Ao longo do processo de escolarização da criança, os temas de higiene oral devem ser abordados de uma forma progressiva e contínua, uma vez que alguns dos fatores que mais contribuem para uma boa saúde oral são: as influências do meio, alterações comportamentais e as medidas terapêuticas e preventivas<sup>(1)(3)(6)(9)</sup>.

Existem, portanto, diversos fatores que contribuem para o aparecimento de cáries dentárias e conseqüentemente para uma saúde oral deficiente. No entanto, existe um conjunto de medidas preventivas que contribuem de forma efetiva para a prevenção da cárie dentária e para a melhoria da saúde oral, que foram descritos anteriormente. A literatura atual demonstra que a melhor forma de manter uma saúde oral aceitável consiste na manutenção de uma higiene oral diária, com recurso a um dentífrico fluoretado adequado à idade e o uso do fio dentário. Estas são, de forma clara, as principais medidas de prevenção primária de doenças da cavidade oral<sup>(1)(3)(6)(9)(11)(14)(25)(34)(38)(69)(70)(90)</sup>. Deve ser realizada no mínimo 3 vezes ao dia, logo após as refeições principais, sendo que à noite, antes de ir dormir, é essencial, visto que durante esse período há redução do fluxo salivar, o que diminui a ação protetora da saliva<sup>(7)(14)</sup>.

É inequívoca a importância da consulta regular ao médico dentista, sendo indicada pelo menos 2 vezes por ano, uma a cada 6 meses<sup>(3)(25)</sup>, pois traz inúmeras vantagens, tais como permitir detetar precocemente doenças orais<sup>(3)(25)</sup>, o que, juntamente com tratamento e controlo adequados, melhora o prognóstico, impedindo danos irreversíveis<sup>(25)</sup>; permitir ao médico dentista fornecer orientações acerca de determinados procedimentos que favorecem a saúde oral, como é o caso da correta técnica de escovagem, do uso do fio

dentário, do flúor e do controlo da dieta<sup>(3)</sup>; permitir também ao médico dentista aplicar outras medidas preventivas primárias, como a aplicação de selantes de fissuras e a aplicação tópica de flúor<sup>(3)(14)(97)</sup>. A avaliação inicial dos tratamentos médico-dentários a serem efetuados pelo médico dentista devem ser aplicados somente após a avaliação individual do risco de cárie do paciente<sup>(25)</sup>, como já foi descrito anteriormente. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde oral tenham em atenção a aplicação dessa avaliação por forma a conseguir compreender as verdadeiras necessidades de tratamento e métodos de prevenção primária a serem aplicadas<sup>(5)</sup>.

A associação destas vantagens faz-nos concluir que a consulta regular ao médico dentista, associada a uma higiene oral eficaz, contribui para uma diminuição significativa do risco de cárie dentária<sup>(3)(6)(9)(69)(70)</sup>. Para um diagnóstico correto e um planeamento de tratamento eficaz, é imprescindível que o médico dentista saiba todas as informações necessárias para obter um histórico médico exato e detalhado, que deve ser atualizado sempre que necessário. Numa primeira consulta, a par do exame clínico, também é importante a realização de uma ortopantomografia, que faz com que o médico dentista tenha uma visão geral do estado orofacial do seu paciente<sup>(24)(25)</sup>.



## **VII. CONCLUSÃO**



É na adolescência que o ser humano começa a ter consciência do mundo à sua volta e de si próprio. Ocorrem mudanças corporais, psicológicas e sociais, e é nesta fase a fase ideal para explicar e inculcar certas noções. Por isso, é de extrema importância que os adolescentes sejam elucidados sobre as possíveis doenças da cavidade oral e como preveni-las.

Tal como o adolescente, os pais e os professores/educadores necessitam igualmente de ser e estar informados, uma vez que estes têm um papel vital e constante na vida do adolescente e muitas vezes são considerados um modelo a seguir.

Os problemas orais mais comuns nos adolescentes são cáries, doenças periodontais, traumas, mau posicionamento dentário e má-oclusão, e a forma de prevenir estes e outros é a correta higiene oral, com escovação pelo menos três vezes ao dia, com pasta dentífrica apropriada à idade; o uso do fio dentário; a aplicação de selante de fissuras; o controlo da dieta; o uso do protetores bucais; a aplicação de suplementos de flúor, consoante indicação do médico dentista; e uma constante motivação por parte do médico dentista, cujo papel, mais do que tratar uma doença, deve ser explicar as consequências de maus hábitos, orientar a como prevenir as doenças orais e ensinar métodos, como técnicas de escovagem e como se usa o fio dentário, para fazê-lo.

A consulta periódica ao médico dentista também é essencial, visto que nestas consultas o médico pode detetar precocemente problemas que quanto mais rapidamente forem tratados melhor é o prognóstico, e efetuar procedimentos preventivos de acordo com a idade e necessidade do paciente para manter a saúde oral.



## **VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## Referências bibliográficas

1. Sousa S. *Qualidade de vida relacionada com a saúde oral*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra; 2016. 92 p. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/35201/1/Tese%20Susana%20Sousa%20Set2016.pdf>
2. Regra D. *Promoção da saúde oral: uma experiência de prevenção de cárie num concelho rural*. Tese de Mestrado em Saúde Comunitária. Universidade Nova de Lisboa; 2011. 112 p. <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/omnisid%40gmail.com/FMfmgxmZTInNsCWGXPrzSKpVWFKdgvSM?projector=1&messagePartId=0.1>
3. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira J. *Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses*. Rev Port Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública; 2013;31(2):145–52.
4. Bonecker M, Modesto A, Walter L. *Programas de atenção odontológica para bebês, crianças e adolescentes*. In: Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. 2010. p 9–13. <http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-4-Programas-de-Atencao-Odontologica-para-Bebes-Crianças-e-Adolescentes.pdf>
5. Lira J. *Prevenção primária em medicina dentária: a saúde começa pela boca*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto; 2012. 71 p. Available from: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3681/3/PPG\\_JULIANALIRA.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3681/3/PPG_JULIANALIRA.pdf)
6. Araújo M, Firmo M, Jucá M. *O educador em saúde pública no processo de prevenção das doenças bucais em odontopediatria na cidade de Fortaleza*. RECS. 1999;11:18–23.
7. Areias C, Macho V, Bulhosa J, Guimarães H, Andrade C. *Saúde oral em pediatria*. Acta Pediátrica Port. 2008;39(4):163–70.
8. Chu CH, Chau AMH, Lo ECM. *Current and future research in diagnostic criteria and evaluation of caries detection methods*. Oral Health Prev Dent. 2013;11(2):181–9.
9. Barros D. *Análise do ICDAS e fatores de risco da cárie dentária em crianças da FMDUP e novas formas de prevenção*. Tese de mestrado. Universidade do Porto; 2015. 43 p. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/89884/2/170149.pdf>
10. Castro E. *Programa de saúde oral: evolução, instrumentos e resultados*. Tese de mestrado em Economia e Política da Saúde. Universidade do Minho, Braga; 2012. 59 p. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/22743/1/TESE%20FORMATO%20DIGITAL%20CORRIGIDA.pdf>
11. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. *Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde*. Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac. Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária; 2013;54(1):27–32.
12. Czeresnia D, Freitas C. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2nd ed. 2009. 158 p. [file:///F:/Medicina%20dent%C3%A1ria/6%C2%BA%20ano/Tese/Artigos%20que%20usei/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde\\_%20conceitos,%20reflex%C3%B5es,%20tend%C3%Aancias%20-](file:///F:/Medicina%20dent%C3%A1ria/6%C2%BA%20ano/Tese/Artigos%20que%20usei/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde_%20conceitos,%20reflex%C3%B5es,%20tend%C3%Aancias%20-)

- %20Dina%20Czeresnia,%20Carlos%20Machado%20de%20Freitas%20-%20Google%20Livros.html
13. Ronzani T, Rodrigues M. *O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos*. Psicologia, Ciência e Profissão. 2006;26(1):132–43.
  14. Antunez M. *Principais problemas odontológicos dos adolescentes*. Adolescência e Saúde. 2005;2(4):12–26.
  15. Declerck D. *Oral health of adolescents*. Prävention und Gesundheitsförderung. 2009;4(2):135–9.
  16. Ayres J. *Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade*. São Paulo; 2009. 46 p.
  17. Garbin D, Carcereri D. *A odontologia nas políticas públicas de saúde do trabalhador*. Arq em Odontol. 2006;42(2):81–160.
  18. Filho A. *O atendimento ao adolescente*. Universidade Federal do Ceará; 2002. 9 p.
  19. Eisenstein E. *Adolescência: definições, conceitos e critérios*. Adolescência e Saúde. 2005;2(2):6–7.
  20. Ruzany M. *Mapa da situação de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro*. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2000. 145 p. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4548/2/57.pdf>
  21. Stephens M. *Preventive health counseling for adolescents*. American Family Physician. 2006;74(7):1151–6.
  22. Manna I. *Growth development and maturity in children and adolescent: relation to sports and physical activity*. Am J Sport Sci Med. 2014;2(5A):48–50.
  23. Silva G, Cruz N, Coelho E. *Perfil nutricional, consumo alimentar e prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa em adolescentes de uma escola da rede pública no município de Ipatinga, MG*. Nutr GERAIS - Rev Digit Nutr. 2008;2(3):1–15.
  24. Committee CA. *Clinical practice guideline on adolescent oral health care*. American Academy of Pediatric Dentistry. 2015;37(6):1–8.
  25. Konishi F, Klatchoian DA. *Assistência odontológica ao adolescente*. Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. 2010. p. 103–17. <http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-13-Assistencia-Odontologica-ao-Adolescente.pdf>
  26. Weintraub JA, Prakash P, Shain SG, Laccabue M, Gansky SA. *Mother's caries increases odds of children's caries*. J Dent Res. 2010;89(9):954–8.
  27. Machry R, Tuchtenhagen S, Agostini B, Teixeira C, Piovesan C, Mendes F, et al. *Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among brazilian preschool children*. BMC Oral Health. 2013;13(60):2–6.
  28. Firmino R, Gomes M, Andrade R, Martins C, Paiva S, Garcia A. *Impact of oral health problems on the quality of life of preschoolers*. Int J Pediatr Dent. 2016;30(1):1–9.
  29. Dental and oral health problems: prevention and services. Adolesc Heal.

- 1991;2:231–49.
30. Kalesinskas P, Kačergius T, Ambrozaitis A, Pečiulienė V, Ericson D. *Reducing dental plaque formation and caries development. A review of current methods and implications for novel pharmaceuticals*. Stomatol Balt Dent Maxillofac J. 2014;16(2):44–52.
  31. Hespanhol A, Couto L, Martins C, Viana M. *Educação para a saúde e prevenção na consulta de medicina geral e familiar*. Rev Port Clínica Geral. 2009;25(1):242–52.
  32. Azevedo M. *Biofilmes gerados a partir da saliva de crianças sem e com cárie na primeira infância: resposta ao desafio cariogênico e correlação com os de suas mães*. Tese de Mestrado em Odontopediatria. Universidade Federal de Pelotas; 2010. 76 p. [http://repositorio.ufpel.edu.br:8080/bitstream/123456789/2280/1/Dissertacao\\_%20Marina\\_Sousa\\_Azevedo.pdf](http://repositorio.ufpel.edu.br:8080/bitstream/123456789/2280/1/Dissertacao_%20Marina_Sousa_Azevedo.pdf)
  33. Nóbilo N, Sousa M, Cury J. *Conceptualization of dental caries by undergraduate dental students from the first to the last year*. Braz Dent J. 2014;25(1):59–62.
  34. Jensen O. *On fluoride toothpaste – knowledge, attitudes and behaviour*. University of Gothenburg; 2013. [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/33106/1/gupea\\_2077\\_33106\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/33106/1/gupea_2077_33106_1.pdf)
  35. Clementino M, Gomes M, Sarmiento T, Martins C, Garcia A, Paiva S. *Perceived impact of dental pain on the quality of life of preschool children and their families*. PLoS One. 2015;10(6):1–13.
  36. Sbaraini A. *The process of providing preventive dental care: a grounded theory study of dentists', dental teams' and patients' experiences*. Tese de Mestrado em Filosofia. Universidade de Sydney; 2012. 237 p. <https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/8679/1/A%20Sbaraini%20PhD%20thesis%202012.pdf>
  37. Prabhakar A, Dahake P, Raju O, Basappa N. *Fluoride: is it worth to be added in pit and fissure sealants?* Int J Clin Pediatr Dent. 2012;5(1):1–5.
  38. Narvai PC. *Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX*. Cien Saude Colet. 2000;5(2):381–92.
  39. Cunha C, Ribeiro A, Volschan B. *Seria a cárie dental uma doença transmissível?* J Bras odontopediatria Odontol do bebê. 2003;6(30):107–10.
  40. Figueiredo M, Falster C. *A cárie dentária como uma doença infecciosa transmissível*. Rev da Fac Odontol - UPF. 1997;2(1):23–32.
  41. Oliveira J, Sousa P, Oliveira F, Moura S. *Conhecimento e práticas de professores de ensino fundamental sobre saúde bucal*. Int J Dent. 2010;9(1):21–7.
  42. Figueiredo M, Cruz I, Caufield P. *A relação transmissibilidade da doença cárie entre mães e seus filhos adotivos*. Publicatio. 2005;11(1):15–27.
  43. Committee AF. *Fluoride Toothpaste*. Association of State and Territorial Dental Directors. 2016. p. 30–3. <http://www.astdd.org/www/docs/fluoride-toothpaste-white-paper.pdf>
  44. Macedo CR. *Cuidados gerais e higiene oral para prevenção de cáries em crianças*. Diagnóstico e Trat. 2010;15(4):191–3.
  45. Wójcicka A, Zalewska M, Czerech E, Jabłoński R, Grabowska S, Maciorkowska

- E. *Dental caries of the developmental age as a civilization disease*. *Przegł Epidemiol.* 2012;66:705–11.
46. Shanmugam KT, Masthan KMK, Balachander N, Sudah J, Sarangarajan R. *Dental caries vaccine - a possible option?*. *J Clin Diagnostic Res.* 2013;7(6):1250–3.
47. Al-Ghutaimel H, Riba H, Al-Kahtani S, Al-Duhaimi S. *Common periodontal diseases of children and adolescents*. *Int J Dent.* 2014;2014:1–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16541922>
48. Drumond A, Neto J, Monini A, Nery C, Lenza M. *Características da oclusão e prevalência de más oclusões em crianças atendidas na Universidade Federal de Goiás*. *Rev Odontol.* 2011;20(52):36–40.
49. Gomes M, Clementino M, Sarmiento T, Costa E, Martins C, Garcia A, et al. *Parental perceptions of oral health status in preschool children and associated factors*. *Braz Dent J.* 2015;26(4):428–34.
50. Minomi FM. *A importância do tratamento ortodôntico precoce*. Tese de Mestrado em Ortodontia. Universidade Estadual de Campinas; 2014. 42 p. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000941937&opt=1>
51. Coelho P, Silveira O, Andrade E, Vidigal B, Gomes J. *A Importância do diagnóstico e intervenção precoce no tratamento das maloclusões em odontopediatria*. *Arq Bras Odontol.* 2013;9(2):14–8.
52. Gimenez C, Moraes A, Bertoz A, Bertoz F, Ambrosano G. *Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis*. *Rev Dent Press Ortod e Ortop Facial.* 2008;13(2):70–83.
53. Boeck EM, Pizzol KEDC, Barbosa EGP, Pires NC de A, Lunardi N. *Prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 6 anos portadoras de hábito de sucção de dedo e/ou chupeta*. *Rev Odontol da UNESP.* 2013;42(2):110–6.
54. Nogueira JS. *Má oclusão: causas e consequências uma abordagem comparativa*. Tese de Mestrado em Saúde Coletiva e da Família. Universidade Estadual de Campinas; 2014. 33 p.
55. Gondim C, Barbosa M, Dantas R, Ribeiro E, Massoni A, Padilha W. *Mordida aberta anterior e sua associação com os hábitos de sucção não-nutritiva em pré-escolares*. *Rev Gaucha Odontol.* 2010;58(4):475–80.
56. Costa ALM, Paiva E, Ferreira LP. *Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva*. *Rev Port Clínica Geral.* 2006;22:337–46.
57. Tito M, Rodrigues R, Guimarães J, Guimarães K. *Caninos superiores impactados bilateralmente*. *Rev Ciências Médicas e Biológicas.* 2008;3(1):15–9.
58. Maahs M, Berthold T. *Etiologia, diagnóstico e tratamento de caninos superiores permanentes impactados*. *Rev Ciências Médicas e Biológicas.* 2004;3(1):130–8.
59. Kelly P, Bezerra M, Cavalvanti A. *Dentes supranumerários: revisão da literatura e relato de caso*. *Rev Ciências Médicas e Biológicas.* 2007;6(3):349–56.
60. Corrêa F, Ferreira F, Friesrich L, Pistóia A, Pistóia G. *Prevalência de dentes supranumerários - estudo retrospectivo*. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2009;8(1):11–5.
61. Estela M, R MC, Juliana YB, A C De. *Cárie precoce e severa na infância*. *J Pediatr (Rio J).* 2009;85(4):295–300.

62. Coelho M, Bezerra M, Júnior F, Viana R, Chagas M. *Perda precoce da dentição decídua*. SANARE. 2005;6(1):85–94.
63. Cavalcanti A, Menezes S, Garcia A, Fontes L. *Prevalência de perda precoce de molares decíduos: estudo retrospectivo*. Acta Sci Heal Sci. 2008;30(2):139–43.
64. Dias A. *Perda precoce de molares definitivos em crianças*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Lisboa; 2013. 73 p.
65. Perotta M. *Traumatismo dental em crianças*. Tese de Especialização em Odontopediatria. Universidade Federal de Santa Catarina; 1999. 39 p. <http://tcc.bu.ufsc.br/Espodonto205446.PDF>
66. Figueiredo M, Barros S, Ponzoni D, Nyarwaya R, Souto Maior G, Kunkel M. *Traumatismos em dentes decíduos e sua repercussão em dentes permanentes jovens*. Protein Sci. 2007;16(4):733–43.
67. Lopes L. *Uso de goteiras durante a atividade desportiva*. Tese de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Viseu; 2014. 118 p. [https://www.cambridge.org/core/product/identifiier/S0007125000277040/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifiier/S0007125000277040/type/journal_article)
68. Andersson L, Andreasen J, Day P, Heithersay G, Trope M, DiAngelis A, et al. *International association of dental traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: avulsion of permanent teeth*. Dent Traumatol. 2012;28:88–96.
69. Cunha C, Armada L, Monte-Alto L. *Posição dos cirurgiões-dentistas em relação ao selamento da superfície oclusal*. UFES Rev Odontológica. 2002;4(1):13–7.
70. Pinto L, Noronha J, Walter L. *Risco e Atividade de Cárie*. In: Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria. 2009. p. 72–83. <http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-7-Risco-e-Atividade-de-Carie.pdf>
71. Rompante P. *Qual o papel e o valor dos suplementos sistémicos de flúor em medicina dentária*. Rev Port Clínica Geral. 2006;22:349–55.
72. Mendes S. *Prescrição médica de flúor na saúde infantil*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Lisboa; 2015. 70 p. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11808/1/Mendes%2C%20Sara.pdf>
73. Carey C. *Focus on fluorides: update on the use of fluoride for the prevention of dental caries*. Evidence-Based Dent Pract. 2014;14:95–102.
74. Kroon J, van Wyk P. *A retrospective view on the viability of water fluoridation in South Africa to prevent dental caries*. J Exp Psychol Gen. 2007;136:23–42.
75. Fyfe C, Borman B, Scott G, Birks S. *A cost effectiveness analysis of community water fluoridation in New Zealand*. N Z Med J. 2015;128(1427):38–46.
76. Rathore B, Pallavi HN, Pushpanjali K. *Community water fluoridation: revisiting a cost-effective measure*. Int J Sci Study. 2015;3(4):154–8.
77. Ko L, Thiessen KM. *A critique of recent economic evaluations of community water fluoridation*. Int J Occup Environ Health. 2015;21(2):91–120.
78. Arrimar A. *Prevalência de cárie dentária e fluorose dentária numa amostra de crianças e adolescentes de um meio com água fluoretada (Ponta Delgada) e de um meio sem água fluoretada (Viseu)*. Tese de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Viseu; 2012. 130 p.

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15838/1/Tese%20Ana%20Arrimar%20vers%C3%A3o%20final.pdf>

79. Faria M, Sampaio C. *Aplicação de selantes de fósulas e fissuras sobre a prevenção de cárie dentária em pacientes de 6 a 9 anos de idade*. Rev Funec Científica. 2014;3(5):17–23.
80. Oda N, Dezan C, Zanetti G, Pinto L, Hokama N. *Retenção e eficácia na prevenção de cárie dentária do selamento oclusal com cimento de ionômero de vidro*. UNOPAR. 2001;3(1):77–82.
81. Catão M, Rodrigues J, Silva A. *Importância do selamento de fósulas e fissuras na prevenção da cárie dental*. HU Rev. 2012;38(1-2):103–9.
82. Kramer P, Barros L, Obal F. *Avaliação longitudinal de uma rotina clínica para prevenção e tratamento de cárie oclusal*. Rev da Fac Odontol Porto Alegre. 2004;45(1):9–14.
83. Cardoso RC dos SM. *Eficácia clínica dos selantes de fissuras na prevenção da cárie dentária*. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa; 2012. 43 p. [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26675/1/ulfmd07073\\_tm\\_Rita\\_Cardoso.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26675/1/ulfmd07073_tm_Rita_Cardoso.pdf)
84. Campos M, Ribeiro R. *Selantes de fósulas e fissuras: critérios para o uso, métodos e técnicas de aplicação e controle preferidos por odontopediatras em Minas Gerais*. Arq Med. 2005;41(1):75–92.
85. Beraldo D, Pereira F, Zafalon E, Yoshinari F. *Análise comparativa entre selante resinoso e selante ionomérico por microscópio eletrônico de varredura*. Rev Odontol da UNESP. 2015;44(4):239–43.
86. Condò R, Cioffi A, Riccio A, Totino M, Condò SG, Cerroni L. *Sealants in dentistry*. Oral Implantol, Rome. 2013;6(3):67–74.
87. Kumar B. *Enameloplasty sealant technique*. Ann Essences Dent. 2011;3(1):76–9.
88. Feldens C, Hebling J, Pinto L, Kramer P. *Utilização de selantes*. In: Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. 2010. p. 163–8. <http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-16-Utilizacao-de-Selantes.pdf>
89. Kramer P, Cardoso L, Reis P, Streck A, Silveira D, Tovo M. *Efeito da aplicação de selantes de fossas e fissuras na progressão de lesões cariosas oclusais em molares decíduos: observações clínicas e radiográficas*. Rev ibero-americana odontopediatria Odontol do bebê. 2003;6(34):504–14.
90. Beauchamp J, Caufield P, Crall J, Donly K, Feigal R, Gooch B, et al. *Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants*. Jada. 2008;139(3):257–68.
91. Rastelli MC de S, Reinke SMG, Scalabrin M, Santos FA. *Avaliação dos selantes de fossas e fissuras aplicados por estudantes de odontologia*. Rev odontológica da UNESP. 2012;41(5):324–9.
92. Santiago E, Simões R, Soares D, Pereira J, Caldas T. *Protector bucal custom-made: indicações, confecção e características essenciais*. Arq Med. 2008;22(1):25–33.
93. Saini R. *Sports dentistry*. Natl J Maxillofac Surg. 2011;2(2):129–31.

94. Ranalli D. *Sports dentistry and dental traumatology*. Dent Traumatol. 2002;18:231–6.
95. Affairs C on C. *Policy on prevalence of sports-related orofacial injuries*. Oral Heal Policies. 2013;39(6):85–9.
96. Issn PIS. *Implicações de medicamentos utilizados em pacientes portadores de doenças sistêmicas*. Rev Facid. 2010;6(1):33–46.
97. Grossman E, Ruzany M, Toquette S. *A consulta do adolescente*. Adolescência e Saúde. 2004;1(1):9–13.
98. Batista L. *Atenção odontológica precoce*. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Rio Grande do Norte; 2015. 51 p. [https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/1440/1/%5B2015%5D%20ATEN%C3%87%C3%83O%20ODONTOL%C3%93GICA%20PRECOCE%20\\_%20CONHECIMENTO%20DAS%20GESTANTES%20USU%C3%81RIAS%20D O%20SERVI%C3%87O%20P%C3%9ABLICO%20E%20PRIVADO.pdf](https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/1440/1/%5B2015%5D%20ATEN%C3%87%C3%83O%20ODONTOL%C3%93GICA%20PRECOCE%20_%20CONHECIMENTO%20DAS%20GESTANTES%20USU%C3%81RIAS%20D O%20SERVI%C3%87O%20P%C3%9ABLICO%20E%20PRIVADO.pdf)

