

# ANUÁRIO

# 05


José Carlos Pettorossi Imparato  
e Autores

**ODONTOPEDIATRIA**  
**CLÍNICA**

INTEGRADA E ATUAL



 **NAPOLEÃO** editora

 **QUINTESSENCE PUBLISHING**  
BRASIL

01

CAPÍTULO

022

Karla Mayra Rezende | Catielma Nascimento Santos  
Luana Lucia Castillo Pinto da Silva | Marcelo Bönecker  
Miguel Angel Castillo Salgado

02

CAPÍTULO

040

Lucila B. Camargo | Tatiane Fernandes Novaes  
Gabriela Malzyner | Ana Flávia Bissoto Calvo  
Cássio José Fornazari Alencar | Daniela Prócida Raggio

03

CAPÍTULO

048

Beatriz Malouf Schlesinger | Tamara Kerber Tedesco  
Tatiane Fernandes Novaes | Anna Carolina Mello-Moura  
Daniela Prócida Raggio | Lucila B. Camargo | Bruna Moro

04

CAPÍTULO

056

Patricia Nivoloni Tannure | Dennis de Carvalho Ferreira  
Andréa Vaz Braga Pintor | Andréa Fonseca Gonçalves  
Branca Heloisa de Oliveira

05

CAPÍTULO

078

Lilian Citty Sarmento | Lorena Schmitd  
Josiane Ferreira Corteleti | Alexandre Viana Frascino  
Silvana Viana Frascino | Regina Maura Coli Siegl | Thais Gimenez  
José Carlos Pettorossi Imparato | Karla Mayra Rezende

06

CAPÍTULO

088

Dicler de Sant'Anna Vitor Barbieri  
Fernanda Pinheiro Sardenberg Mattos | Aluhê Lopes Fatturi  
Carla Eloisa Minozzo | Neblyssa Agatha Schneider  
Sheila de Carvalho Stroppa | Suzana Beatriz Portugal de Fúcio

07

CAPÍTULO

100

Renato Barcellos Rédua | Paulo César Barbosa Rédua

08

CAPÍTULO

124

Mariane Ferrão | José Carlos Pettorossi Imparato  
Daniella Ferraz Cerqueira Saiba | Karla Mayra Rezende  
Kelly Maria Silva Moreira | Bruno Frazão Gribel

09

CAPÍTULO

132

Karla Mayra Rezende | Cássia Cilene Dezan Garbelini  
Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa  
Anna Alice Anabuki | Maria Salete Nahás Pires Côrrea

10

CAPÍTULO

146

Levy Anderson Cesar Alves | Ana Paula Carvalho  
Gabriel Tilli Politano | Sandra Echeverria  
Isabela Floriano | Sofia Vasconcelos Carneiro  
Karla Mayra Rezende

11

CAPÍTULO

164

Mariana Minatel Braga | Elizabeth de Souza Rocha  
Fernanda Rosche Ferreira Saito | Gabriela do Manco Machado  
Jhandira Daibelis Yampa Vargas | Karina Haibara de Natal  
Maria Eduarda Franco Viganó | Raíza Dias de Freitas  
José Carlos Pettorossi Imparato | Fausto Medeiros Mendes

12

CAPÍTULO

184

Karla Mayra Rezende | Camila de Barros Gallo  
Ana Estela Haddad | Maria Salete Nahás Pires Côrrea  
Marina Gallottini | Marcelo Bönecker

## **ODONTOPEDIATRIA E GENÉTICA CLÍNICA**

Uma relação transdisciplinar

## **O OLHAR DA PSICANÁLISE SOBRE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

## **TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS (TAA)**

Opção para o manejo comportamental em Odontopediatria

## **A PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA DA CRIANÇA E O MOVIMENTO "ESCOLHER COM SABEDORIA"**

## **HIPOMINERALIZAÇÃO MOLAR-INCISIVO**

Considerações clínicas e critérios para diagnóstico

## **MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA**

Qual é a responsabilidade do odontopediatra?

## **ORTODONTIA EM CRIANÇAS**

## **ODONTOLOGIA DIGITAL**

Inovação e soluções práticas para tratamentos odontológicos

## **LIMITES DA ESTABILIZAÇÃO PROTETORA NO ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO**

## **TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM ODONTOPEDIATRIA**

## **MANEJO DA DOENÇA CÁRIE EM ODONTOHEBIATRIA**

Uma proposta concreta de prática baseada em evidências

## **DOENÇAS VIRAIS EM CRIANÇAS**

Karla Mayra Rezende  
Catielma Nascimento Santos  
Luana Lucia Castillo Pinto da Silva  
Marcelo Bönecker  
Miguel Angel Castillo Salgado

C  
A  
P  
Í  
T  
U  
L  
O

01

# **ODONTOPEDIATRIA E GENÉTICA CLÍNICA**

**Uma relação transdisciplinar**





As alterações genéticas podem se manifestar por meio de defeitos faciais, craniomandibulares, morfologia dentária, número dos dentes, alterações nas mucosas, na língua e/ou nas glândulas salivares<sup>1</sup> ou como atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e retardo mental. Essas características fora do padrão de normalidade devem servir de alerta ao dentista, principalmente ao odontopediatra devido ao seu contato com a criança desde os primeiros anos de vida.

Assim, tendo em vista que o odontopediatra é um dos profissionais da Saúde que tem contato com a criança desde os primeiros estágios de vida e avalia as manifestações bucodentais que a acompanham até o início da vida adulta, este especialista pode ser considerado como um profissional importante para o auxílio no processo de diagnóstico na presença de alguma malformação congênita.

A suspeita de alguma possível alteração genética, sugestiva de uma alteração sistêmica que necessite ser investigada, pode surgir durante a anamnese e /ou exame clínico físico, quer seja de uma complexa síndrome ou alteração fenotípica leve na criança. Deve-se considerar que algumas doenças genéticas podem ter tratamento específico e modificar o impacto familiar, permitindo uma melhor avaliação dos riscos de recorrência.

A anamnese deve ser minuciosa buscando registrar aspectos clínicos do histórico familiar e é tão importante quanto o reconhecimento e preenchimento dos sinais vitais, resultados de exames laboratoriais e achados imagiológicos do paciente.

Um histórico familiar cuidadosamente registrado se constitui em uma excelente ferramenta de diagnóstico<sup>2</sup>. O momento do diagnóstico deve ser considerado crucial para o desenvolvimento da criança, pois um diagnóstico tardio, além de atrasar terapias neuropsicomotoras essenciais para o desenvolvimento infantil, gera maiores impactos financeiros<sup>3</sup> e psicológicos para a família.

Quando o primogênito é afetado cabe à família buscar aconselhamento genético para entender o risco de recorrência da doença em nova gestação. Nesta situação podemos considerar se tratar de um aconselhamento *retrospectivo*. De outra maneira, em alguns casos, pode-se realizar um aconselhamento *prospectivo* com o objetivo de prevenir o aparecimento de uma doença genética em indivíduos com risco teórico aumentado devido a causas extrínsecas como idade avançada da mãe, exposição a agentes teratogênicos, principalmente durante a gravidez, ou casamento consanguíneo, quando os conjugues têm algum grau de parentesco entre si<sup>1</sup>.

Nesses casos, o aconselhamento genético, que é um processo educacional<sup>4</sup>, faz parte do momento pós-diagnóstico de uma alteração genética na criança ou na suspeita de aparecimento de doença genética na família. Segundo Osorio<sup>5</sup>, o aconselhamento genético pode ser definido como um conjunto de procedimentos que permitem informar e orientar os indivíduos e familiares com referência à ocorrência, ou do risco de recorrência, de uma determinada doença genética.

A família precisa entender as consequências do distúrbio genético, a probabilidade de uma nova ocorrência em futuros filhos, a possibilidade de ser prevenida, evitada ou amenizada e as opções de gestão e planejamento familiar<sup>6</sup>.

Principais indicações para o aconselhamento genético:

- Anomalias físicas estruturais.
- Defeitos congênitos isolados ou múltiplos.
- Anomalias cromossômicas.
- Doenças de herança monogênicas conhecidas.
- Deficiência mental isolada ou associada a malformações.
- Idade materna ou paterna avançada.
- Consanguinidade.
- Abortos espontâneos recorrentes.
- Distúrbios metabólicos ou endócrinos.
- Exposição a teratógenos.
- História familiar de câncer com início precoce.
- Qualquer doença sabidamente de concentração familiar.

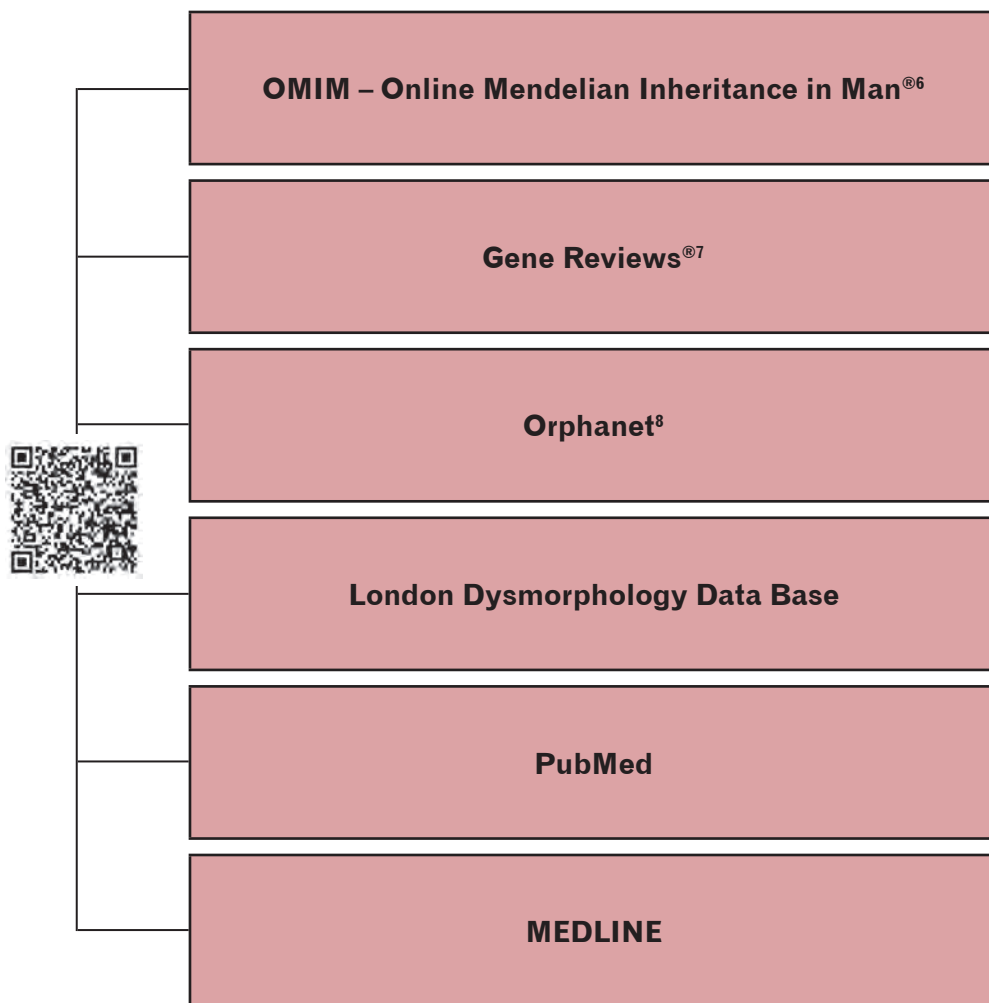
Deve-se ter em conta que algumas mutações genéticas geram um fenótipo clínico bem definido e que podem ser diagnosticadas antes mesmo do nascimento, como é o caso de indivíduos com síndrome de Down, por exemplo. Contudo, o maior desafio para o odontopediatra é quando se depara com síndromes e distúrbios genéticos raros, que muitas vezes não têm diagnóstico nem alguma suspeita por parte dos pais.

Nos últimos anos, os avanços na genética e na biologia molecular apresentam um grande impacto na saúde. À medida que são conhecidas as bases moleculares das doenças há um ganho significativo no manejo do seu tratamento. Porém, quando o diagnóstico de uma doença genética não pode ser definido pela história familiar, análise do padrão de herança e/ou inexistência de exames específicos, torna-se necessária a consulta de referências das doenças já descritas na literatura científica para comparação com as características apresentadas pelos pacientes, sugerindo ou confir-





mando uma hipótese diagnóstica. Algumas plataformas *on line* podem ajudar nesse processo. Cada plataforma traz uma lista de alterações genéticas e suas características, todas de acesso gratuito e com informações revisadas periodicamente. São elas:



Para suspeita e reconhecimento de algum distúrbio genético na criança é importante ter em mente o que é normal e aceitável para cada fase do desenvolvimento individual. Por isso, no **quadro 01** mostra de forma sintética as características de desenvolvimento em cada fase até os 36 meses de vida.

Os defeitos genéticos que afetam a face e os dentes desencadeiam estigmas sociais severos; sendo assim, antes de tudo, é importante que o odontopediatra atue adequadamente com conhecimentos clínicos diferenciando aquilo que pode ser uma simples patologia daquilo que pode ser uma teratogênese. Uma base destes conhecimentos pode ser referenciada nos princípios de genética humana.

Nos casos de pacientes portadores de alguma doença genética, muitas vezes, os pais já estão procurando respostas com outros profissionais da Saúde. Se existe uma suspeita cabe ao odontopediatra conversar com a família e sugerir buscar um geneticista. Esse profissional irá avaliar a criança e poderá solicitar exames genéticos como hibridização fluorescente *in situ* (FISH), análise de polimorfismos de nucleotídeo único (SNP), hibridização

Beatriz Malouf Schlesinger  
Tamara Kerber Tedesco  
Tatiane Fernandes Novaes  
Anna Carolina Mello-Moura  
Daniela Prócida Raggio  
Lucila B. Camargo  
Bruna Moro

# **TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS (TAA)**

**Opção para o manejo  
comportamental em  
Odontopediatria**





A cárie dentária atinge aproximadamente 60% a 90% das crianças no mundo<sup>1</sup> e pode provocar dor, infecção e prejuízo no desenvolvimento infantil, mostrando impacto negativo na qualidade de vida<sup>2,3</sup>. A prevalência do trauma na dentição decídua varia de 9% a 62%<sup>4,5</sup> e suas sequelas envolvem desde alteração de cor até perda dentária precoce e sequelas nos sucessores permanentes<sup>6,7</sup>. Diante deste cenário, fica evidente a necessidade das crianças serem submetidas ao tratamento odontológico que, em algumas situações, envolve procedimentos clínicos tecnicamente complexos.

Dentre os desafios do odontopediatra na sua prática clínica, é possível apontar a busca constante por atendimento acolhedor e, ao mesmo tempo, seguro e eficaz para seus pacientes. Vale ressaltar que a colaboração da criança é necessária para que os procedimentos clínicos possam ser realizados adequadamente. Entretanto, a ansiedade e o medo envolvidos nesses atendimentos podem dificultar o processo pois geram aumento na percepção da dor com decorrentes problemas comportamentais que dificultam o trabalho do profissional<sup>8,9</sup>.

De acordo com o Guia Comportamental<sup>10</sup>, o profissional deve ajudar o paciente a identificar os comportamentos adequados e inadequados, aprender a controlar seus impulsos, desenvolver empatia e autoestima. Trata-se de um processo contínuo de interação entre dentista/equipe, paciente e pais para alcançar alívio da ansiedade e construir uma relação de confiança entre as partes, sempre baseado em comunicação adequada, tolerância, empatia cultural e flexibilidade.

As diversas técnicas de manejo devem ser utilizadas de forma contextualizada na experiência de cada criança. Dentre as técnicas básicas podemos citar: comunicação, comunicação não verbal, refor-

ço positivo, distração, falar/mostrar/fazer, modelagem, controle do tom de voz e separação acompanhante-criança<sup>10,11,12</sup>.

A maioria dos pacientes evolui favoravelmente com o uso das técnicas básicas de manejo. Entretanto, algumas crianças não conseguem cooperar em função de imaturidade psicológica/mental ou incapacidade física/médica, podendo necessitar de técnicas avançadas de manejo comportamental como a estabilização protetora, sedação e anestesia geral<sup>13</sup>.

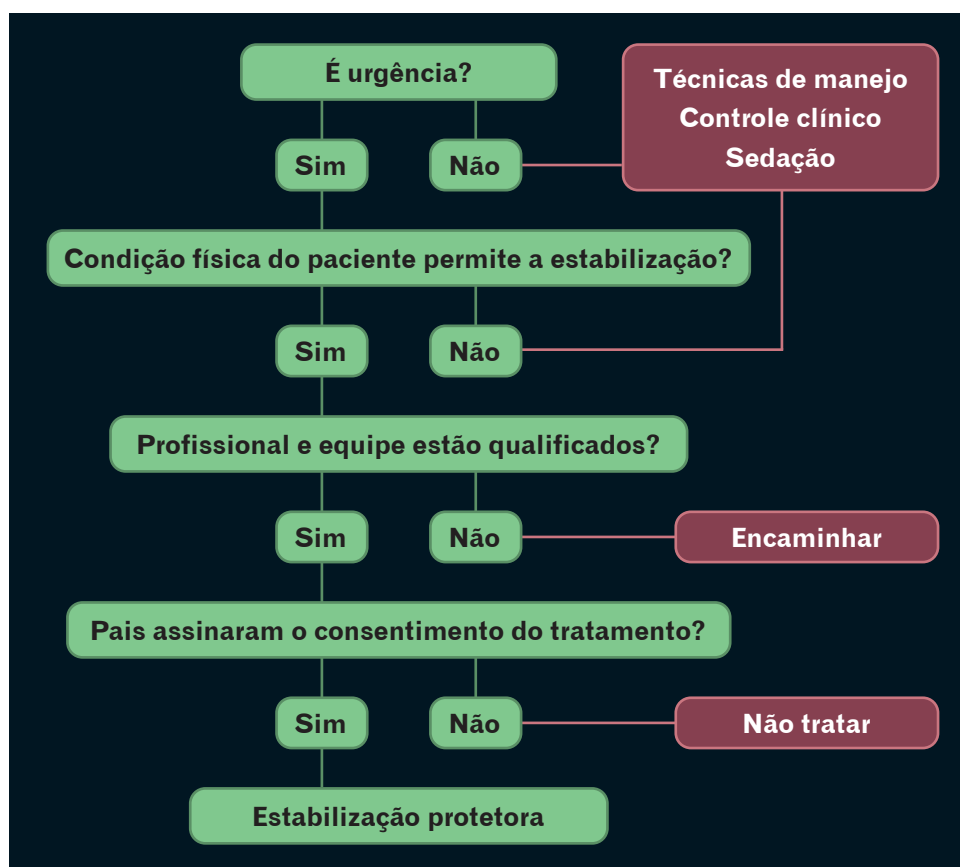
A estabilização protetora consiste na restrição da liberdade dos movimentos do paciente, com ou sem a permissão da criança, a fim de minimizar os riscos de injúrias e danos, permitindo a realização do tratamento odontopediátrico com proteção e segurança<sup>14</sup>. Certamente, diante de uma equipe bem treinada, a estabilização protetora pode oferecer proteção e segurança ao paciente não colaborador durante o atendimento. Entretanto, são experiências físicas e emocionais muito intensas e, dificilmente, as crianças e seus pais poderiam considerá-las como acolhedoras. Além disso, a técnica pode trazer consequências sérias como danos físicos, perda da dignidade e violação dos direitos das crianças<sup>10</sup>.

No Brasil, as dificuldades enfrentadas para tratarmos nossos pacientes sob sedação de forma segura, ou mesmo a dificuldade em conseguir utilizar a anestesia geral, talvez tenha nos levado à utilização rotineira da estabilização protetora. O custo mais elevado envolvido nestes atendimentos inviabiliza sua aplicação em grande parte da população brasileira, especialmente a que apresenta grandes necessi-

dades odontológicas. Além disso, há um número restrito de cirurgiões-dentistas treinados e aptos para a realização da sedação, sendo que para a anestesia geral, seria necessária uma equipe de profissionais, aliada ao centro cirúrgico inserido em hospital. Em função disso, os odontopediatras acabam por adormecer a abordagem empática e realizam a estabilização protetora de forma automática. Sendo assim, propomos as seguintes reflexões: A saúde odontológica é sempre mais importante do que a saúde mental dos nossos pacientes? Que tipo de impacto psicológico podemos promover nas crianças dependendo da técnica de manejo escolhida? Qual a evidência disponível sobre o uso contínuo de estabilização protetora em casos não urgentiais?

Por um lado, nós odontopediatras conhecemos e valorizamos os problemas bucais e suas sequelas e, por isso, tendemos a julgá-los inadiáveis, como prioridade de intervenção. Assim, buscamos atender todas as necessidades odontológicas dos pacientes mesmo que isso envolva a utilização de técnicas como a estabilização protetora, inclusive para situações não urgentiais. Contudo, muitas vezes, contrapondo a necessidade física está a condição psicológica de nossos pacientes. É tempo de reavaliar nossos posicionamentos para não nos tornarmos profissionais desconectados da condição emocional das crianças que cuidamos. É fundamental considerar o paciente na integralidade das suas necessidades físicas e psicológicas, mesmo que, muitas vezes, tenhamos que adiar ou modificar nossos planos de tratamento.

No caso da estabilização protetora, uma série de perguntas descritas no fluxograma abaixo devem ser respondidas antes de decidir por utilizá-la.



01 • Fluxograma sobre decisão clínica relacionada ao uso da estabilização protetora.





Diante deste cenário, a aplicação da estabilização protetora somente deve ser considerada nos casos urgentes relacionados a quadros de dor e infecção aguda, independente da faixa etária do paciente. Outra situação em que o uso da estabilização protetora pode ser favorável é durante um atendimento odontológico sob sedação moderada. São situações que, muito provavelmente, envolvem amnésia, privando o paciente de memórias desagradáveis<sup>15</sup>. Sendo assim, as técnicas básicas de manejo comportamental devem ser vastamente exploradas.

Ainda que não seja amplamente difundida, a Terapia Assistida por Animais (TAA) se insere neste contexto, sendo uma alternativa interessante para diminuir a ansiedade dos pacientes em diversas áreas terapêuticas<sup>16,17</sup>. Ao redor do mundo, a TAA vem sendo aplicada na Educação, Medicina e Odontologia<sup>18,19,20</sup> e no Brasil, animais têm sido utilizados para visitas a hospitais, clínicas e centros de tratamento variados<sup>21</sup>. Em casos específicos os animais podem ajudar nas atividades de fisioterapia<sup>22</sup>. A maioria dos casos envolve cães devido à facilidade de adestramento e alta aceitação social. Estes podem ser acariciados, abraçados, ou apenas observados dependendo da situação clínica.

De acordo com o *Guideline* proposto pela Associação Americana de Veterinária Médica<sup>23</sup>, os animais com características dóceis envolvidos na terapia devem ser adestrados, treinados para exercer tal função e devidamente assistidos e identificados pelos seus tutores. A presença do tutor ligado a um programa de TAA é fundamental para garantir o comportamento passivo dos animais e para garantir uma interação positiva entre todos presentes<sup>22</sup>.

Antes de entrar em contato com pacientes, os animais passam por veterinários engajados em programas de TAA e suas condições de saúde e sanitárias são avaliadas sistematicamente. Vale ressaltar que não há impacto negativo na qualidade de vida do animal<sup>24</sup>, sendo tomados diversos cuidados para que não sofram estresse físico e psíquico nas terapias em que acompanham ou interagem com os pacientes<sup>18,25</sup>.

Embora essa abordagem pareça recente, dados animadores já são apontados na literatura. Benefícios biopsicossociais em todas as faixas etárias puderam ser observados nos pacientes submetidos à TAA<sup>16</sup>. Aumento da autoestima, compensação de déficits afetivos e estruturais, aumento da concentração plasmática de endorfinas e diminuição da concentração plasmática de cortisol têm sido relatados. Além disso, parece haver uma melhoria na interação social, podendo promover o autocuidado e comunicação entre equipe de saúde, família e outras crianças<sup>26</sup>.

Dados de uma meta-análise sugerem que a TAA pode ser efetiva no alívio da dor, do estresse e da ansiedade em ambiente hospitalar<sup>27</sup>, além de reduzir os sintomas da depressão em pessoas com demência<sup>28</sup>. Entretanto, na área odontológica foram encontrados poucos estudos ou relatos da técnica, sendo a TAA sub explorada diante da vasta capacidade de apoio emocional que a terapia é capaz de proporcionar aos pacientes.

Dicler de Sant'Anna Vitor Barbieri  
Fernanda Pinheiro Sardenberg Mattos  
Aluhê Lopes Fatturi  
Carla Eloisa Minozzo  
Neblyssa Agatha Schneider  
Sheila de Carvalho Stroppa  
Suzana Beatriz Portugal de Fúcio

# **MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA**

**Qual é a responsabilidade do  
odontopediatra?**



O desenvolvimento Infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano, onde a trajetória que a criança percorre desde os primeiros anos, é moldada pela herança genética e influências do espaço familiar e social com o qual interage. A família é o primeiro referencial para a formação da identidade da criança. As ações e medidas educativas tomadas pelos responsáveis influenciarão o comportamento e a organização da personalidade deste indivíduo<sup>1</sup>. Deste modo, a família deveria ser a maior fonte de apoio, bem-estar, afeto, segurança e proteção para a criança, garantindo estabilidade mesmo na presença de situações de estresse<sup>2</sup>.

Crianças e adolescentes não são indivíduos independentes e aos responsáveis é atribuído o dever de educar, sustentar e guardar filhos menores, além da obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais (Art. 22 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA/1990)<sup>3</sup>. Infelizmente, os cuidados com alimentação, higiene e segurança destes indivíduos são cotidianamente desrespeitados<sup>4</sup>.

A proteção à vida e à saúde das crianças e adolescentes é direito garantido em lei, e através das políticas públicas, ações e programas são adotados objetivando assegurar o desenvolvimento sadio e harmonioso do indivíduo (ECA, Lei Federal n. 8069, 1990)<sup>3</sup>, sendo de notificação compulsória à autoridade competente os casos envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos (negligência, violência psicológica, física e/ou sexual) contra a criança ou adolescente, cabendo pena prevista em lei (ECA, Art. 245)<sup>3</sup>, caso tal comunicação não ocorra<sup>5</sup>.

*“Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de co-*

*municar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência”.*

Para a construção e promoção da relação interpessoal entre a pessoa assistida e o profissional de saúde é indispensável que este último ocupe um lugar de escuta para compreender a dinâmica familiar na qual a criança está inserida, sua realidade, sua demanda e seu comportamento, objetivando um atendimento integral e humanizado do indivíduo.

No processo saúde-doença apresentado por uma criança é importante avaliar se aspectos relacionados à responsabilidade dos pais/cuidadores em relação à criança estão sendo contemplados, uma vez que a falta de interesse frente às necessidades da criança pode ser um indicativo de maus-tratos<sup>4</sup>.

A Odontopediatria é a especialidade que contempla os cuidados com a saúde bucal do bebê, da criança e do adolescente. Por ser o odontopediatra um profissional que frequentemente acompanha a criança e sua família por longo período de tempo, a percepção de violações dos direitos das crianças e dos adolescentes pode ser precocemente detectada.

Frequentemente, os cirurgiões-dentistas não denunciam ou registram casos suspeitos de abuso infantil elencando como principais motivos a falta de confiança no seu diagnóstico de maus-tratos, o desconhecimento sobre o tema, o receio de abordar o assunto com os pais ou de se envolver, a recusa em acreditar que os pais são negligentes, o receio

da evasão do paciente e a falta de treinamento para realizar o diagnóstico correto<sup>6</sup>, sendo que se este último aspecto fosse contemplado e os profissionais da Odontologia recebessem capacitação, a identificação dos sinais de agressão e negligência à criança poderia aumentar em até cinco vezes<sup>7</sup>.

Apesar da responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista e demais profissionais da rede de atenção à criança e ao adolescente quanto a denúncias de maus-tratos, ainda são escassas as campanhas de educação, esclarecimento e protocolos de ação, voltadas para esses profissionais, frente a essa realidade<sup>8</sup>.

## DIREITOS DA CRIANÇA AO LONGO DA HISTÓRIA

A história dos direitos das crianças é marcada por um longo período de lentas transformações. Por séculos as crianças foram tratadas com indiferença ou como pequenos adultos, sem a percepção da família ou do Estado de que estavam inseridas em uma fase da vida com necessidades peculiares e específicas das quais dependem seu crescimento e desenvolvimento<sup>9</sup>.

Em 20 de novembro de 1959, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos da Criança<sup>10</sup>, que teve como base a Declaração Universal dos Direitos Humanos, contendo 10 princípios que visam uma infância feliz, onde as crianças possam gozar, em seu próprio benefício e no da sociedade, dos direitos e das liberdades na qualidade de seres humanos.

Com base no avanço e na consolidação mundial de leis e documentos sobre a proteção à infância e adolescência, em 5 de outubro de 1988 o Brasil incluiu em sua Constituição o artigo 227, que determinou direitos e garantias fundamentais das crianças e dos adolescentes:

*“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los à salvo de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Art. 227/Constituição Federal).*

Em 30 de julho de 1990, foi aprovado no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>3</sup>, que entrou em vigor no dia 12 de outubro do mesmo ano tornando-se o principal instrumento normativo do Brasil sobre os direitos da criança e do adolescente.

As definições de violência e maus-tratos vêm historicamente sendo ampliadas devido a maior conscientização sobre os direitos da criança e do adolescente, sendo descritas como um dano físico, psicológico ou sexual cometido por um sujeito em condições superiores de idade, força física, posição social ou econômica, inteligência, autoridade, contrariamente à vontade da vítima ou com consentimento obtido por indução ou sedução enganosa<sup>7</sup>.





Segundo o Protocolo de Atenção Integral às Crianças e aos Adolescentes vítimas de violência<sup>11</sup>, dentre as diversas formas de violência que atingem crianças e adolescentes, algumas são reconhecidas como enfermidades, estando identificadas no Código Internacional de Doenças (CID 10):

- T74. Síndrome de maus-tratos.
- T74.0 Abandono.
- T74.1 Sevícias físicas.
- T74.2 Abuso sexual.
- T74.3 Abuso psicológico.
- T74.8 Outras síndromes especificadas de maus-tratos.
- T74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos.

Os tipos de maus-tratos que vitimizam crianças e adolescentes e que muitas vezes ocorrem de forma dinâmica e simultânea são descritos como abusos físicos, síndrome do bebê sacudido, síndrome da criança espancada, síndrome de Munchausen por procuração, maus-tratos psicológicos, negligência, abuso sexual, violência doméstica, violência intrafamiliar, trabalho infantil, *bullying*, violência institucional, violência estrutural e violência social<sup>11</sup>.

A negligência é caracterizada por atitudes de omissão de forma crônica no tocante à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e afeto, impactando negativamente na vida da criança. É associada a uma grande variedade de distúrbios físicos e mentais, onde a criança ou o adolescente são privados de algo que eles necessitam, e que seja essencial para o seu desenvolvimento sadio, sendo o abandono a condição mais grave de negligência. De-

vido a uma importante parcela da população apresentar vulnerabilidade socioeconômica, identificar a negligência é uma tarefa complexa uma vez que o responsável pode não ter tido a intenção do ato de omissão. No entanto, a vítima deve receber proteção e assistência<sup>12,13</sup>.

A violência psicológica é tipificada quando o indivíduo sofre humilhação, ameaça e privação emocional. Apesar da alta frequência, este tipo de violência é muito difícil de ser identificada, impactando negativamente na qualidade de vida do indivíduo e podendo ocasionar pensamentos suicidas, baixa autoestima, medo, ansiedade, depressão, instabilidade emocional, comprometimento do desempenho escolar, disfunção alimentar, abuso de substâncias, comportamento antissocial, delinquência e criminalidade<sup>14</sup>.

Espancar, queimar e sufocar são algumas formas de maus-tratos físicos, e essas modalidades de violência são fatores que mais estimulam crianças e adolescentes a abandonarem seus lares, além de fazer com que estes indivíduos apresentem duas vezes mais chances de cometer crimes violentos, comportamentos agressivos, problemas de aprendizagem, delinquência e violência doméstica na idade adulta<sup>15,16</sup>. Sendo que os bebês e as crianças pequenas configuram o grupo mais vulnerável a este tipo de maus-tratos, uma vez que esses indivíduos não são capacitados a enfrentar, safar-se, ou acalmar os seus abusadores e é difícil discriminar, em crianças pequenas, lesões não intencionais das de maus-tratos<sup>17,18</sup>.

A violência sexual praticada por um adulto/agressor(a), à criança ou ao adolescente, tem como propósi-

to obter satisfação sexual, podendo ser este abuso sem contato físico, onde crianças ou adolescentes são fotografados nus, expostos a diálogos obscenos, à exibição da genitália de um adulto, a fotos ou vídeos pornográficos. Enquanto que o abuso sexual com contato físico é caracterizado quando ocorre masturbação, carícias nos órgãos genitais, tentativa de relações sexuais, sexo oral ou penetração vaginal e anal<sup>16,19</sup>. O abuso sexual durante a infância é associado a diversos desfechos negativos em saúde, tais como o aumento do risco de desenvolver psicopatologia e doença física, sendo importante preditor de depressão ao longo da vida, e prospectivamente relacionado à obesi-

dade, embora revisões sistemáticas demonstrem forte associação apenas entre este tipo de abuso e o transtorno de estresse pós-traumático, esquizofrenia e uso indevido de substâncias<sup>20</sup>.

Os casos de suspeitas clínicas de abusos físicos contra crianças e adolescentes devem ser baseados em dados de anamnese, exame físico e exames complementares.

Durante a anamnese considerar a incompatibilidade entre a história relatada e os achados clínicos, à omissão total ou parcial da história do trauma, investigar se os responsáveis modificam a história do trauma quando são questionados,

se houve demora inexplicável para buscar tratamento médico em presença de trauma, avaliar se a vítima não quer descrever o ocorrido por medo, ficar atento aos indivíduos que vivem sob tutela de pais alcoólicos ou usuários de drogas ilícitas ou àquelas crianças que residem em ambiente com histórico de violência à mãe, idosos ou indivíduos com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor.

Ao realizar o exame físico e fazer a inspeção visual, os profissionais da rede de atenção em saúde devem observar aspectos que sugiram negligência e/ou abuso praticados contra crianças e adolescentes (Tabela 01).

	ABUSO FÍSICO	NEGLIGÊNCIA	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL
INDICADORES FÍSICOS	Marcas na pele em diferentes estágios de cicatrização, arranhões, hematomas, equimoses, queimaduras, marcas de mordida.	Roupas inadequadas ao clima ou mal cuidadas, atrasos em calendário vacinal, dieta inadequada, ausência de cuidados médicos; higiene corporal inadequada, lesões de cárie generalizadas e extensas, sintomatologia dolorosa, interrupção de tratamentos odontológicos.	Chupa dedo, urina na roupa ou na cama, obesidade, comportamento mais infantilizado do que o compatível com a idade cronológica.	Sinais de suspeita de DST: eritemas e petéquias entre a junção do palato duro e mole.
COMPORTAMENTO DA CRIANÇA	Agressivo ou apático, assustado, temeroso, baixa autoestima, problemas de aprendizagem.	Assume responsabilidades de adulto, atraso escolar, hipo ou hiperatividade, expressa pouca emoção, depressivo.	Déficit de aprendizagem, timidez ou agressividade, baixa autoestima, tendências depressivas.	Evita contato físico, envergonhado, excessivamente tímido, tendência à depressão, interage pouco socialmente.
CARACTERÍSTICA DA FAMÍLIA	Justifica as lesões da criança com argumentos improváveis, reclama da criança, defende disciplina severa, pode ter histórico de uso de álcool ou drogas.	Passiva, apática, parece não se preocupar com a situação da criança, encontra desculpas para não cuidar adequadamente da criança.  Alta vulnerabilidade social; dependência de álcool e drogas; desemprego; grande número de filhos.	Inferioriza a criança, não valoriza, rejeita, ignora, exige, aterroriza.	Possessiva, evita que a criança tenha contatos sociais, sugere que a criança tem sexualidade ativa, defende e justifica as atitudes do agressor.

Tabela 01 • Critérios auxiliares para detecção e prevenção de maus-tratos às crianças e aos adolescentes. Fonte: Sociedade de Pediatria de São Paulo<sup>21</sup>.

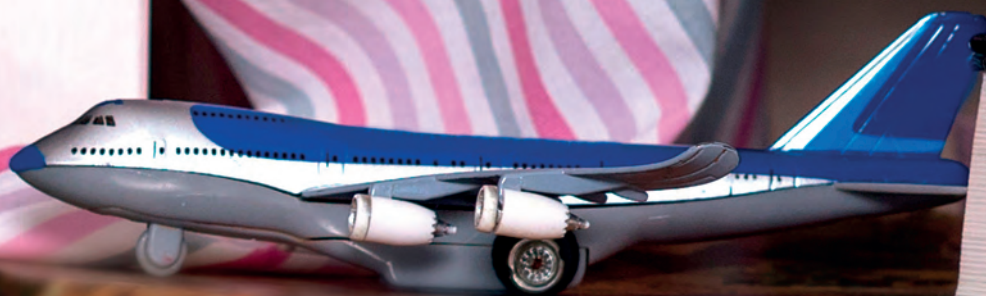


Renato Barcellos Rédua  
Paulo César Barbosa Rédua

C  
A  
P  
Í  
T  
U  
L  
O

07

# ORTODONTIA EM CRIANÇAS





ia, quando vou usar aparelho?” ou “quando meu filho vai usar aparelho?” são frases bastante corriqueiras no consultório de Odontopediatria. Seja pelo misto de ansiedade e curiosidade da criança, principalmente quando algum colega iniciou um tratamento ortodôntico, seja pela preocupação dos pais ao observar que alguns dentes não estão na posição ideal.

De fato, a necessidade de correção da posição dos dentes e/ou das bases ósseas que os abrigam é uma grande constante. A prevalência de maloclusões em crianças é bastante elevada; na realidade, a minoria das crianças é capaz de desenvolver uma oclusão ideal na dentição permanente de maneira natural, fisiológica, sem a necessidade de terapias ortodônticas.

No levantamento SB Brasil 2010, incluindo 6.855 crianças com 5 anos de idade, 63% delas apresentavam ao menos uma maloclusão identificada<sup>1</sup>. Comparando com outros países, verificamos resultados bastante semelhantes, como avaliando 503 crianças com idade de 5 a 7 anos, 71% dessas apresentavam pelo menos um tipo de má oclusão<sup>2</sup>, dessas apenas 16% apresentavam hábitos orais. À medida que novos dentes irrompem e a dentição mista evolui, a prevalência de maloclusões aumenta; citamos como exemplo o estudo incluindo, exclusivamente, dentição mista, com 700 crianças com idade entre 9 e 11 anos<sup>3</sup>.

É interessante considerar que o aumento das maloclusões em crianças possa estar relacionado tanto com uma maior miscigenação da população mundial como um todo, e também com hábitos sociais contemporâneos<sup>4</sup>; em um estudo avaliando crianças peruanas, a incidência de maloclusão em crianças de zonas isoladas foi bastante menor do que nos grandes centros<sup>5</sup>.

E qual o papel da Odontopediatria neste contexto tão desafiador e relevante? Mais do que a preocupação estética, o odontopediatra deve conhecer as estratégias necessárias, seja no contexto de intervir ou de encaminhar, de maneira que suportado por evidências científicas, com o menor número de intervenções ortodônticas e/ou ortopédicas e também com menor tempo total de tratamento, seja estabelecida a oclusão ideal na dentição permanente de crianças e adolescentes.

## ORTODONTIA PREVENTIVA

Conceitualmente a "Ortodontia Preventiva" inclui o conjunto de estratégias que permitem evitar ou prevenir o estabelecimento ou agravamento da má oclusão. Dentre as estratégias destacamos orientação e apoio para remoção de hábitos deletérios, orientação para tratamento da apneia do sono associada ou não à respiração bucal em crianças, supervisão de irrupção dentária, instalação de mantenedor de espaço, onde se verifica o risco de prejuízo funcional ou psicológico decorrente da perda precoce de dentes decíduos e instalação de mantenedor de espaço para manejo do perímetro do arco mediante a utilização do Espaço Livre de Nance.

### ORIENTAÇÃO E APOIO PARA REMOÇÃO DE HÁBITOS DELETÉRIOS EM CRIANÇAS

Dentre os principais hábitos deletérios instalados em crianças devemos destacar os relacionados à sucção não nutritiva através de chupetas ou do dedo. Embora a literatura demonstre que a interrupção do uso de chupeta ou da sucção digital até os 3 anos de idade possui mínimo risco de dano ao desenvolvimento da arcada dentária<sup>6,7</sup> e que a autocorreção da mordida aberta anterior ocorre em 70%<sup>8</sup> quando tal conduta é realizada, isso não significa que deva existir o estímulo ou o incentivo do uso da chupeta.

É importante ponderar com os pais que as alterações que possam ser provocadas pelo uso de chupeta (como alteração da posição dos dentes, alteração do crescimento dos rebordos alveolares e dos ossos da face e alterações na tonicidade da musculatura labial) possuem associação positiva com a frequência, intensidade e duração do hábito<sup>9</sup>. Na prática deve-se orientar que se a chupeta de fato venha a ser usada como recurso, que seja usada em situações pontuais como irritabilidade da criança, "birra", auxílio para induzir o sono e afins, com reduzida quantidade de horas por dia, preferencialmente não permitindo que a criança tenha todo o período de sono utilizando o artefato.

Também é importante ponderar que a sucção da chupeta pode vir a provocar confusão de bico e, conseqüentemente, comprometer a amamentação do bebê. Um estudo realizado no Brasil sugeriu a chupeta como o fator mais fortemente associado à interrupção da amamentação exclusiva<sup>10</sup> e uma revisão sistemática recente publicada sobre o tema concluiu que a chupeta está associada a menor duração da amamentação<sup>11</sup>.

Entendemos que a decisão pelo uso ou não da chupeta é de responsabilidade da família, cabendo ao profissional fornecer as informações relativas a esta questão de maneira objetiva e científica, ao mesmo tempo com compreensão e empatia, pois por vezes a chupeta é utilizada como um recurso eficaz para acalmar o bebê e minimizar um estresse que também possui potencial lesivo às crianças. É importante não julgar ou culpar as famílias que optam pelo uso da chupeta, como dissemos; se usada de maneira restrita, e removida até os 3 anos de idade, poucas são as chances de gerar ocluso-



patia na criança. O profissional deve se colocar como parte de uma rede de apoio ao núcleo familiar.

Se de fato ocorreu a instalação de algum hábito de sucção não nutritiva, deve ser estimulado que a remoção deste seja feita até os 3 anos de idade. A eliminação do hábito pode não ser simples, com a necessidade de ajuda de equipe multidisciplinar como psicólogo, pediatra e fisioterapeuta. Quando não ocorre a remoção da sucção não nutritiva até os 3 anos aumenta a chance de estabelecer Mordida Aberta Anterior (MAA) e/ou Mordida Cruzada Posterior (MCP)<sup>7</sup>.

Além disso, o ato de crianças acima dos 6 anos que apresentam a constante presença do dedo ou da chupeta entre os dentes superiores e inferiores impede o adequado desenvolvimento vertical dos dentes anteriores e dos processos alveolares nesta região, desenvolvendo MAA (Figuras 01A-C) e MCP, pois a chupeta ou o dedo impedem o contato da língua com o palato, que é um dos estímulos da matriz de crescimento da maxila.

Dentre as estratégias para remoção da chupeta destacamos incentivar aos pais a gradativamente reduzirem a disponibilidade desta, incentivar aos pais a investir mais tempo de atenção para as crianças, principalmente no momento de induzir o sono através da leitura de histórias infantis, conversar e explicar à criança que ela está crescendo e amadurecendo e largar a chupeta é um passo importante para ela. Quanto à remoção da sucção digital, além de todas as estratégias citadas para a remoção da chupeta, também citamos calçar uma luva de látex na criança, principalmente durante o sono, e por vezes a instalação de uma grade palatina fixa, quando já na dentição mista.

### DIAGNÓSTICO E ORIENTAÇÕES SOBRE APNEIA DO SONO E RESPIRAÇÃO BUCAL EM CRIANÇAS

A literatura médica demonstra uma importante e perigosa associação entre a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) com o Déficit de Atenção com Hiperatividade,<sup>12</sup> as doenças cardiometabólicas como obesidade, diabetes e hipertensão arterial<sup>13</sup>, enurese noturna<sup>14</sup>, redução na qualidade<sup>14</sup> e bruxismo em crianças<sup>15</sup>.

Com relação às maloclusões, um estudo envolvendo 2101 crianças com idade entre 2 e 10 anos verificou que a incidência de maloclusão foi de 89,9% nas crianças portadoras de AOS, enquanto que no grupo não portador a prevalência de maloclusão foi de 60%<sup>16</sup>. Dentre as maloclusões mais frequentes nas crianças acometidas por AOS estão a mordida cruzada posterior e a sobressaliência (*overjet*) excessiva. Esta associação é justificada pela alteração da postura de língua mais inferiorizada, sem permitir o correto estímulo de crescimento transversal do palato.

A Hipertrofia de Adenoide é considerada o principal fator etiológico da AOS em crianças e, por consequência, na instalação da Respiração Bucal nelas<sup>12-14</sup>. Todavia, ainda é uma constante em nosso consultório particular receber crianças respiradoras bucais que jamais foram alertadas a este respeito por outros profissionais de saúde, incluindo pediatras.



01 A-C • Maloclusão de mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e relação molar tipo Classe II em uma criança de 6 anos decorrente da sucção digital até a presente idade.

Mariane Ferrão  
José Calos Pettorossi Imparato  
Daniella Ferraz Cerqueira Saiba  
Karla Mayra Rezende  
Kelly Maria Silva Moreira  
Bruno Frazão Gribel

C  
A  
P  
Í  
T  
U  
L  
O

08

# ODONTOLOGIA DIGITAL

**Inovação e soluções práticas para  
tratamentos odontológicos**



s avanços tecnológicos progridem a cada dia no campo da odontologia e têm auxiliado muito no diagnóstico, planejamento e prognóstico dos tratamentos odontológicos.

### CONHECENDO A ODONTOLOGIA DIGITAL - SISTEMA CAD/CAM

Na prática clínica diária, o uso de imagens radiográficas digitais, tomografias computadorizadas, câmeras intraorais, localizadores apicais, dentre outros equipamentos, são ferramentas conhecidas e manipuladas pelo cirurgião-dentista há algum tempo.

Nos últimos anos, o intenso desenvolvimento científico e tecnológico permitiu um novo marco na odontologia com o sistema CAD/CAM, CAD, "computer-aided design", que significa desenho assistido

por computador e CAM, "computer-aided manufacturing" ou manufatura assistida por computador.

O sistema CAD/CAM é composto pelo escâner (CAD) e pela fresadora (CAM) (Figuras 01A,B).

O escâner (CAD) é um dispositivo eletrônico que copia e reproduz, em imagens 3D, as estruturas anatómicas da cavidade oral, permitindo criar um documento digital do mesmo. A fresadora (CAM) permite confeccionar blocos, coroas, ponte-fixas, lâminas e facetas em diversos materiais (PMMA, zircônia, cerâmica e resinas) com maior precisão e rapidez.



01 A,B • CAD/CAM. Computer-Aided Design (A). Computer-Aided Manufacturing (B).



02 • Escaneamento digital de paciente infantil.

A odontologia digital com o sistema CAD/CAM permite o escaneamento da arcada do paciente (Figura 02), a criação do projeto da prótese e a confecção, em questão de minutos.

Muitas outras vantagens são oferecidas por meio da Odontologia Digital, como:

- Permite que o paciente e o profissional visualizem e analisem o resultado final do tratamento proposto;
- Evita o método clássico de moldagem, que para muitas pessoas é desconfortável, produzindo náuseas e uma sensação de sufocamento;
- Possibilita o envio da moldagem digital diretamente aos laboratórios, o que pode acelerar o processo de fabricação, por exemplo, de alinhadores e o início do tratamento;
- Viabiliza o projeto de sorrisos no tratamento ortodôntico convencional e alinhadores, proporcionando observar imperfeições em tempo real que necessitam de correção-alinhamento;
- Mais agilidade durante os procedimentos, pois as imagens são captadas rapidamente e enviadas ao laboratório imediatamente;
- Precisão na captação de imagens, pois ocorre uma reprodução fiel da boca do paciente, capturando as cores naturais de seus dentes e gengivas;
- Custo benefício;
- Segurança no armazenamento de imagens de forma digital, com menor risco de perdê-las.

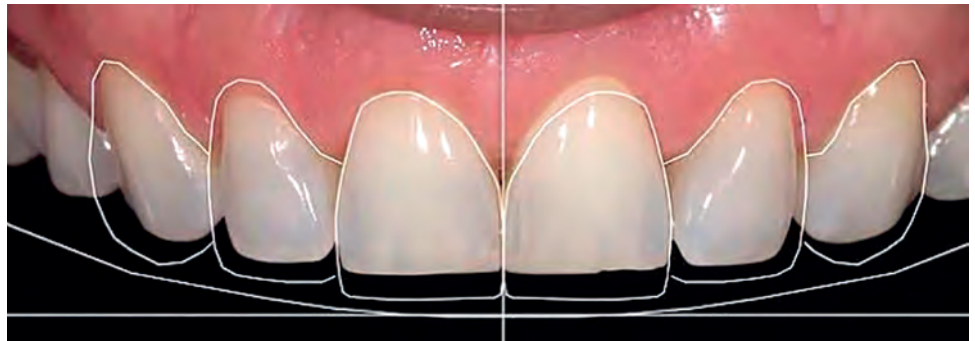
A tecnologia na odontologia está transformando a realidade dos consultórios e o trabalho dos cirurgiões-dentistas.

Os procedimentos estão cada vez mais seguros, rápidos e indolores - uma evolução não só para os pacientes como também para os profissionais da área.



## APLICABILIDADE DA ODONTOLOGIA DIGITAL

O planejamento do sorriso (Figura 03) e a impressão 3D (Figuras 04A,B), por intermédio do fluxo digital (Figura 05), auxiliam no diagnóstico clínico e plano de tratamento, favorecendo a obtenção de resultados mais previsíveis. Além disso,



03 • Planejamento digital do sorriso.



04 A,B • Impressão 3D: Dentes 52, 51, 61 e 62 (A). Dentes 11 e 21 (B).