



**DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DE SAÚDE
CURSO DE MEDICINA DENTÁRIA**

MARIANA JAMBELA DA SILVA CHILALA

**PROPOSTA DE AÇÕES PREVENTIVAS A CÁRIE DE
MAMADEIRA EM CRIANÇAS DOS 6 MESES AOS 5 ANOS DE IDADE**

CAÁLA-2023

MARIANA JAMBELA DA SILVA CHILALA

**PROPOSTA DE AÇÕES PREVENTIVAS A CÁRIE DE
MAMADEIRA EM CRIANÇAS DOS 6 MESES AOS 5 ANOS DE IDADE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado no Instituto Politécnico da Caála, como requisito para a graduação do curso de licenciatura em medicina dentária

Orientador: Adelino A. A. Abrantes, MSc.

Aos meus pais Valeriano Moisés Chilala e Sofia Ngueve Mateus pelo apoio emocional e financeiro para que pudesse realizar este sonho de ser odontóloga.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela saúde e oportunidades que foram concedidas.

Ao meu orientador professor Adelino A. A. Abrantes, MSc. pela disponibilidade e pelo apoio durante a desenvolvimento do trabalho.

Aos docentes de Medicina Dentária pêlos ensinamentos apresentados ao longo do curso.

Ao Instituto Superior Politécnico da Caála, pela disponibilidade e implantação do curso de Medicina Dentária.

A todos os colegas da turma 501 pela luta diária que a gente teve durante a nossa caminhada.

A direcção do Centro Infantil Rebeca, pela disponibilidade durante o processo de recolha de dados e avaliação clínica da saúde bucal das crianças matriculados no centro Infantil Rebeca no ano académico 2022/20223

Aos meus irmãos Moisés Capango Da Silva Chilala, Silvano Mateus Chilala, Esperança lídia Da Silva Chilala pelo apoio prestado ao decorrer a minha formação académica.

Ao meu noivo Ivandro Samuel Colino Pedro pelo apoio prestado durante a minha jornada quando estudante.

Ao meu tio Flávio Mata Palassa pelos bons feitos que fez durante a minha formação.

Ao meu tio Mário Sampaio Pelu pelo apoio prestado no desenvolvimento do trabalho.

RESUMO

Este manual contém os passos recomendados pelo ministério da saúde para melhorar e qualificar a saúde bucal da criança de idade menor a 6 anos em Angola, especialmente no centro infantil Rebeca do Huambo. Sendo à doença cárie considerada um problema de saúde pública global, ela atinge toda faixa etária, no entanto, deve-se considerá-la como uma doença que pode ser evitada ou controlada. A preocupação da saúde oral das crianças deve estar entre as prioridades para qualquer instituição de ensino é de extrema importância o cuidado com a dentição decídua, pois ele auxilia no bem-estar da criança, pois contribuem com a estética, auxiliam na alimentação, fonética, e são fundamentais no processo de formação dos dentes permanentes, actuando como guias de espaços, além de ajudarem na estimulação dos ossos das faces. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativo, cujo o objectivo é propor as acções profiláticas da cárie de primeira infância dos 6 meses aos 5 anos de idade no Centro Infantil Rebeca cidade Baixa rua Santomé município do Huambo, matriculados no ano académico de 2022-2023. Os dados foram recolhidos mediante um questionário, o referido questionário foi composto pelos dados de identificação das crianças, perguntas relacionadas a higiene, os hábitos alimentares, visita ao dentista, foram realizados exames intraorais com uso de materiais clínicos descartáveis, usados para fins de observação da cavidade oral. Do mesmo estudo, participaram 95 crianças. As análises de dados foram feitas no pacote Microsoft Word. O índice de cárie encontrada foi de 100%. O maior índice de cárie e do género feminino com cerca de população mais afectada estava entre 2 a 4 anos de idade com o número de 65 crianças afectadas, 36 do género feminino q corresponde a 55.4%, e 29 crianças do género masculino, que com responde a (44.6%). A prevalência de cárie dentária em crianças dos 0 aos 5 anos de idade, no Centro Infantil Rebeca matriculados no ano lectivo 2022/2023 é alta e o estilo de vida das mesmas crianças constitui um factor determinante na prevalência de cárie encontrada.

Palavras-chaves: cárie; prevenção; prevalência; streptococcus mutans.

ABSTRACT

This manual contains the steps recommended by the Ministry of Health to improve and qualify the oral health of children under 6 years of age in Angola, especially at the Rebeca do Huambo children's center. As caries disease is considered a global public health problem, it affects all age groups, however, it must be considered as a disease that can be avoided or controlled. Concern for children's oral health should be among the priorities for any educational institution. Care for primary teeth is extremely important, as it helps with the child's well-being, as they contribute to aesthetics, help with nutrition, phonetics, and are fundamental in the process of forming permanent teeth, acting as space guides, in addition to helping to stimulate the bones of the face. This is a descriptive study with a quantitative approach, whose objective is to propose prophylactic actions for early childhood caries from 6 months to 5 years of age at the Rebeca Children's Center in Baixa Rua Santomé, municipality of Huambo, enrolled in the academic year 2022. -2023. The data were collected using a questionnaire, the questionnaire was composed of the children's identification data, questions related to hygiene, eating habits, visits to the dentist, intraoral exams were carried out using disposable clinical materials, used for observation purposes. oral cavity. In the same study, 95 children participated. Data analyzes were carried out using the Microsoft Word package. The caries rate found was 100%. The highest rate of cavities and the female gender with approximately the most affected population was between 2 and 4 years of age with the number of 65 children affected, 36 females which corresponds to 55.4%, and 29 male children, which with responds to (44.6%). The prevalence of tooth decay in children aged 0 to 5 years at Centro Infantil Rebeca enrolled in the 2022/2023 school year is high and the lifestyle of these children is a determining factor in the prevalence of tooth decay found.

Keywords: caries; prevention; prevalence; streptococcus mutants.

LISTA DE FIGURAS

Ilustração 1 Diagrama proposto por para explicar os factores etiológicos determinantes da doença cárie.....	15
Ilustração 2 Diagrama adaptado para explicar os factores etiológicos determinantes (círculo interno) e modificadores (círculo externo) da doença cárie.....	16
Ilustração 3 Medidas de Prevenção	38
Ilustração 4 Orientação de heigiene	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - caracterização das crianças da creche rebeca segundo sexo	27
Tabela 2 - prevalência de cárie dentária em crianças do centro infantill rebeca 2022/2023	27
Tabela 3 - Caracterização dos estudantes segundo a idade	28
Tabela 4 - prevalência da cárie dentária em crianças do centro materno infantil rebeca 2022/2023 segundo o género	28
Tabela 5 - distribuição da amostra segundo a frequência diária da higienização oral das crianças.....	29
Tabela 6 - distribuição de amostra segundo a frequência diária de consumo de alimento e bebidas que contem muito açúcar	30
Tabela 7 - distribuição segundo o número de crianças que recorrem as consultas dentárias.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPI	<i>CARIE PRECOSSE DA INFANCIA</i>
CIV	<i>CEMENTO IONOMERO DE VIDRO</i>
OMS	<i>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE</i>
SM	<i>STREPTOCOCCUS MUNTANS</i>
RC	<i>RESINA COMPOSTA</i>

ÍNDICE

1	INTROUÇÃO.....	11
1.1	PROBLEMA	12
1.2	JUSTIFICATIVA	12
1.3	OBJECTIVOS	12
1.3.1	<i>Objectivo Geral:</i>	12
1.3.2	<i>Objectivos Específicos:</i>	13
1.4	METODOLOGIA DE PESQUISA.....	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	CONCEITO	14
2.2	ETIOLOGIA	15
2.3	CAUSAS.....	17
2.4	SINTOMAS	18
2.5	PREVENÇÃO	19
2.6	TRATAMENTO.....	21
2.7	EDUCAÇÃO PARA SAÚDE	23
3	MATÉRIAS E MÉTODOS	25
3.1	TIPO DE ESTUDO	25
3.2	LOCAL DE ESTUDO	25
3.3	POPULAÇÃO	25
3.4	AMOSTRA.....	25
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	25
3.6	COLECTAS DE DADOS	25
3.7	ASPECTO ÉTICO E BIOÉTICAS	26
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1	PROPOSTAS	31
5	CONCLUSÃO	32
6	RECOMENDAÇÕES	33
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
	ANEXOS	37

1 INTRODUÇÃO

Observa-se um elevado número de pacientes de 3 aos 5 anos que acorrem ao Hospitais com atendimentos odontológicos com problemas de cárie dentária.

A doença cárie é considerada um problema de saúde pública global, no entanto, deve-se considerá-la como uma doença que pode ser evitada ou controlada. Ela atinge inúmeras pessoas em qual que faixa etária. Sendo mais predominante em crianças em idades pré-escolar, menos favorecidas, com números chegando a 600 milhões (SANTOS *et al.*, PHANTUMVANT *et al.*, 2017).

Os dentes decíduos são de extrema importância no bem-estar da criança, pois contribuem com a estética, auxiliam na alimentação, fonética, e são fundamentais no processo de formação dos dentes permanentes, actuando como guias de espaços, além de ajudarem na estimulação dos ossos das faces. Dessa maneira, a doença cárie quando presentes na infância proporciona dor, infecção, perdas de estruturas e mudanças nos comportamentos e no estilo de vida da criança, repercutindo de forma negativa no crescimento e desenvolvimento, além de favorecer o baixo peso e destruição (SANTOS, *et al.*, 2013; PITTS, *et al.*, 2019).

O progresso da cárie da primeira infância normalmente se dá por um padrão diferenciado, sendo relacionado à erupção da dentição decídua, ao padrão criogénico de alimentação e à fisiologia oral do bebé ou criança. A cárie geralmente se inicia na superfície lisa dos incisivos anteriores superiores. O início da lesão se dá através de uma área esbranquiçada de descalcificação ao longo da margem gengival. Essas lesões logo se tornam pigmentadas e se espalham lateralmente e coronariamente. Devido o leite materno acumular-se ao redor dos quatro incisivos superiores e serem os primeiros dentes a irromper costumam a ser mais afectados pela cárie. Por estarem próximos da área de secreção das glândulas submandibulares e devido acção de limpeza da língua a sucção, os incisivos inferiores são mais resistentes à cárie. A língua se estende anteriormente durante a sucção para formar uma vedação oral, oque evita que o líquido de amamentação se acumule ao redor dos incisivos inferiores (FUNG *et al.*, 2013).

Quando falado na qualidade de vida relacionada à saúde bucal a situação profissional da mãe também tem interferência. Os filhos cujas mães têm empregos formais diários e conseqüentemente têm menos tempo de acompanhar a rotina de higiene bucal da criança, sendo essas crianças

mais afetadas pela cárie. Por outro lado, as crianças cujas mães são donas de casa têm números mais baixos de cárie já que a mãe acompanha integralmente a higiene do filho. (PEREIRA *et al.* 2020).

Os hábitos alimentares nos primeiros anos de vida representam um factor significativo na etiologia e desenvolvimento da doença cárie; e a predilecção por sabores começa a ocorrer na fase de desenvolvimento da criança. Tornando assim a orientação de hábitos de higiene bucal e consumo racional de açúcar indispensáveis para que não haja esse desenvolvimento precoce. O comportamento dos pais tem o domínio na escovação dos dentes e no consumo de açúcar os filhos manifestam hábitos positivos de saúde bucal. Consequentemente, seu papel é primordial na educação dos filhos para que haja a prevenção da saúde bucal ao longo da vida. (GARBIN *et al.*, 2015).

Actualmente, os últimos indicadores que a prevalência de cárie na primeira infância como alarmante. O último dado de saúde bucal no Ministério da Saúde identificou que o índice de cárie em crianças aos 5 anos está acima do máximo dito pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

1.1 Problema

Sendo a cárie mamadeira uma doença multifatorial afecta as crianças de tenra idade a partir de depósitos microbianos (placa nas superfícies dos dentes); Quais serão as acções profiláticas a serem tomadas contra a CPI ou cárie de mamadeira nas crianças dos 6 meses aos 5 anos, no Centro Infantil Rebeca rua Santomé município do Huambo? Propor acções preventivas contra a cárie em crianças, para que a doença seja reversível na vida das crianças especialmente no Centro Infantil Rebeca cidade Baixa rua Santomé município do Huambo.

1.2 Justificativa

Tendo observado e diagnosticado a situação levou-me em este aprofundar o tema e consolidar mais a respeito da intervenção e a importância do odontopediatra em uma comunidade, ajudando assim a intervir e a prevenir a progressão da cárie em crianças do Centro Infantil Rebeca-Huambo.

1.3 OBJECTIVOS

1.3.1 Objectivo Geral:

Propor as acções profiláticas da cárie de primeira infância dos 6 meses aos 5 anos no Centro Infantil Rebeca cidade Baixa rua Santomé0 município do Huambo.

1.3.2 Objectivos Específicos:

- a) Identificar a existência da cárie de mamadeira e como a higiene e a dieta é importante a saúde oral no Centro Infantil Rebeca cidade Baixa rua Santomé município Huambo.
- b) Explicar a importância da existência do médico odontopediatra na vida das crianças desde o primeiro dia de vida.

1.4 Metodologia de pesquisa

O tema escolhido foi em virtude a preocupação com a cárie precoce em crianças que é um problema de saúde pública, e o atendimento odontológico preconizou a prevenção da saúde bucal.

Foi feita uma revisão bibliográfica por meio de artigos, livros, descrições, revistas e sites.

A elaboração do plano de acção foi feita através do método qualitativo e quantitativo para oferecer mais detalhes nos problemas levantados, tendo como objectivo propor as acções profiláticas da cárie de primeira infância dos 6 meses aos 5 anos no Centro Infantil Rebeca cidade Baixa rua Santomé município do Huambo.

Foi utilizado um questionário feito pelos responsáveis das crianças, com questões estruturadas, abordando dados relacionados ao tema.

Após a colecta de dados foram elaboradas as tabelas com valores absolutos e percentuais para melhor visualização dos dados. Quanto a base de dados foi feito o exame clínico pelo profissional odontológico com um espelho, espátula de madeira, luvas.

2 Fundamentação Teórica

2.1 Conceito

O termo cárie precoce da infância foi cunhado no Centro de Controle de Doença e Prevenção de Cárie Dentária em 1994, quando se observou cárie dentária em criança em seu primeiro ano de vida (Cf. Ienne et Almeida, 2018, p. 6). A cárie é uma doença infecciosa (bacteriana) que deteriora a estrutura dentária.

Segundo o material que fala sobre a promoção da saúde oral em África descreve que a cárie dentária ocorre quando as bactérias do biofilme nos dentes convertem os açúcares dos alimentos e bebidas em ácido e este dissolve o esmalte dentário e a dentina. Se nenhuma medida for tomada, isso resulta em cavidades (OMS/AFRO,2016, p. 25).

Todavia a Academia Americana classifica cárie precoce na infância como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (devido à cárie) ou restaurados antes dos 71 meses de idade. Porém, qualquer sinal de superfície dentária lisa cariada, com ou sem cavidade, em crianças com menos de 3 anos de idade, é considerado cárie severa na infância (CSI). Essa é de natureza rampante, aguda e progressiva. Também é considerada CSI se, dos 3 aos 5 anos de idade, a criança apresenta mais de quatro, cinco e seis superfícies afectadas em dentes anteriores decíduos aos 3, 4 e 5 anos, respectivamente. A CSI substituiu o termo anteriormente conhecido como “cárie de mamadeira” pdf pág 2 (American Academy of Pediatric Dentistry, 2008 apud Losso *et al*, 2009, p. 296).

Apesar dos métodos preventivos, esta patologia afecta muitas pessoas em várias etapas da vida. A prevenção depende de bons hábitos alimentares, ela está relacionada unicamente com práticas inadequadas de alimentação infantil, criando erupção na cavidade bucal progressiva durante o processo de amamentação.

Em 1996, Alan Milnes (apud Ienne et Almeida, 2018, p. 6) publicou uma revisão abrangente sobre lesões de cárie, entendeu que esta patologia afeta severamente os incisivos superiores decíduos em crianças pequenas. Quanto mais velha for à criança, mas probabilidade de desenvolver a doença, apresentando assim lesões severas. Na sua primeira consulta odontológica, provavelmente mais severa serão as lesões.

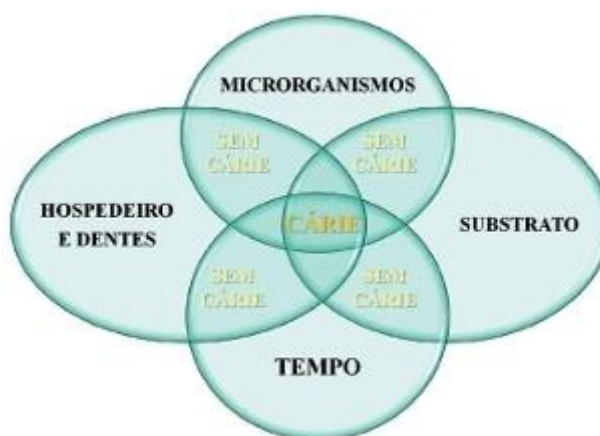
Por isso a necessidade de buscar ajuda profissional nos primeiros anos de vida do infante. Pois sem intervenções médicas a cárie dentária resulta frequentemente na perda de dentes como afirma Fejerskov e Kidd (2005, p. 2), “a cárie dentária é uma doença infecciosa que progride de forma lenta na maioria dos indivíduos, raramente é autolimitante e, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária”.

2.2 Etiologia

Para melhor agir no controlo da doença e aplicar métodos preventivos mais eficazes, precisa-se primeiramente entender os factores que estão na base etiológica da cárie. Todas as lesões cariosas, incluindo aquelas associadas à cárie tipo mamadeira, procedem da interacção de três variáveis: microrganismo patogénico na boca; carboidratos fermentáveis que os microrganismos metabolizam em ácidos orgânicos; e superfícies dentárias suscetíveis à dissolução ácida. Para que as lesões progridam e sejam clinicamente diagnosticadas, essas três variáveis devem interagir num período de tempo apropriado (Pineda et al, 2014, p.2).

Estes factores podem ainda ser entendidos destas formas, seguindo o modelo proposto por Keyes (1960.), é essencialmente ecológico, “a cárie seria o produto da interação entre os factores determinantes: hospedeiro, substrato (dieta criogénica) e microrganismos” (BRAGA et al., 2008, p.5). Indo mais adiante na pesquisa, Newbrun, acrescentou o factor tempo (figura 1) nessa interacção, mas ambos os modelos não foram capazes de explicar a ocorrência da doença na população humana. A doença cárie é muito mais complexa e com um carácter comportamental, podendo ser influenciada por factores modificadores (figura 2) (1978 apud Cerqueira, p. 2-3).

Ilustração 1 Diagrama proposto por para explicar os factores etiológicos determinantes da doença cárie.



Fonte: (Newbrun, 1978)

Ilustração 2 Diagrama adaptado para explicar os factores etiológicos determinantes (círculo interno) e modificadores (círculo externo) da doença cárie.



Fonte: Manji & Fejerskov (1990)

A cárie na primeira infância é bastante analisada por meio de pesquisa, na qual resulta na consideração de novos factores para seu desenvolvimento, como os socioeconómicos, demográficos e cognitivos. Esses factores mencionados tornam evidentes que práticas como amamentação nocturna, o padrão alimentício da criança contribui directamente no surgimento da cárie dentária infantil.

A estagnação do leite e agentes adocicados presente na cavidade bucal entrando em contacto com os dentes estimulam presença de bactérias oportunistas durante o sono: hospedeiro (contacto com os dentes); microflora (campo ideal para o desenvolvimento); substrato (cariogénico); e tempo (longa permanência) (Walter, 1996, p. 246).

Concomitantemente Ripa entende que o leite não pode ser considerado o único substrato orgânico para a fermentação bacteriana, devendo outros líquidos, como sucos de frutas (que contêm frutose e são naturalmente ácidos) e bebidas carbonatadas (com sacarose e baixo pH) ser levados em consideração e evitados, uma vez que existe uma correlação entre seu alto consumo e o desenvolvimento de lesões cariosas (Ripa, 1988, p. 268-281).

Portanto, quando a patologia se instala, e não controlada, pode atingir estágios severos, ressoando de maneira negativa na vida da criança. Por isso a qualidade de vida do individuo é preponderante no cuidado preventivo. Desta feita, as implicações socioeconómicas revelam as diferenças nos níveis de saúde entre as crianças.

A cárie precoce na primeira infância pode apresentar implicações no crescimento e desenvolvimento normais da criança, devendo-se, portanto, reconhecer a importância da abordagem psicológica e social, além da convencional abordagem biológica. A literatura exhibe por meio de relatos que cáries severas podem causar danos tanto ao aspecto físico como também ao psicológico da criança (Tesch, 2017).

2.3 Causas

A cárie dentária é uma doença crônica e infecciosa, que altera o estado de espírito da pessoa, provoca a destruição total dos tecidos dentários. Uma das causas da perda e destruição dos dentes é devido à presença da cárie dentária, que é muito decorrente na infância proveniente de bactérias específicas que se fixam na superfície dentária.

“Os microrganismos responsáveis pela iniciação da cárie dental podem ser transmitidos de um indivíduo para outro. A transmissão do *Streptococcus* do grupo mutans em bebês é geralmente feita através do contacto com suas mães” (Cerqueira, p. 2-3). Desta feita, considera que a saliva é o principal meio de transmissibilidade patogénica da cárie.

Os estudos realizados com saliva das mães verificaram a presença de *Streptococcus* do grupo mutans maternos, que revelaram os níveis de risco de infecção do bebê no contacto com a saliva da mãe. Assim, justifica a necessidade de consulta pré-natal de odonto antes do nascimento do bebê, pois a gestante precisa ser submetida à avaliação da cárie materna, com o propósito de minimizar os riscos de infecção da criança após o seu nascimento (Caufield et al, 1993, p. 37-45).

Por conseguinte, os riscos de contrair a cárie são vários, pois a falta de conhecimento faz cometer erros presentes em muitas das mães, “tais como beijo na boca da criança, “limpeza” da chupeta com a língua, utilização da mesma colher, representam importantes vias pelas quais a microbiota oral materna é transferida para a boca dos bebês”.

Entretanto, Aaltonen (et al, 1993) se afasta desta ideia, compreende que a saliva materna dá resistência a criança, considera que é um antídoto à bactérias cariogénicas, como afirma abaixo: a exposição dos bebês aos antígenos (bactérias cariogénicas) da mãe, antes do surgimento dos primeiros dentes na cavidade oral, pode aumentar a resistência das crianças à infecção por esses patógenos, fato observado anteriormente pelos mesmos autores ao realizarem um estudo longitudinal no qual crianças com frequentes contactos salivares com suas mães no período pré-dental tiveram significativamente mais imunoglobulinas G (anticorpos contra os *Streptococcus* do grupo mutans) nas idades de quatro a sete anos que crianças cujas mães evitaram tais contactos íntimos (Aaltonen et al, 1993 apud Ramos et Maia, 1999, p. 303-311).

Apesar de existir pontos discordantes entre os autores acima citados, contudo há uma ideia presente em ambos que está na origem da cárie, a bactéria *Streptococcus mutans* (SM).

Sendo assim, é importante considerar que várias variáveis podem interferir para o desenvolvimento da patologia negativamente ou positivamente, entendidos como factores de risco que podem ser biológicos e sociais.

A título de maior compreensão destes dois intervenientes citamos:

Os factores podem ser biológicos, incluindo níveis de *Streptococcus mutans* na cavidade bucal, cariogenicidade da dieta e níveis de higiene bucal (Burt, 2005, p. 240-247). Os factores sociais aparecem, então, como os factores explicativos da doença na população. Todas as acções que busquem a promoção de factores saudáveis aparecem como a melhor estratégia para reduzir a iniquidade da saúde (Braga et al., 2008, p. 5).

Quanto aos estágios, a cárie pode ser leve, moderada e severa. Será leve quando, em um dos 9 incisivos superiores e/ou molares superiores, houver cárie; no caso em que há presença de cárie em um ou ambos (superfície vestibular e primeiros molares-- inferiores), a cárie será moderada; já em casos de comprometimento, com a presença de cárie em várias superfícies dentárias estará no estágio severo (BERNARDES, et al, 2021 apud INAGAKI et al, 2015, p. 65).

A cárie para chegar a sua forma severa, há três etapas de desenvolvimento microbiológico. Na primeira etapa, ocorre a infecção precoce por SM (é a CPI); por conta de exposição frequente e prolongada a substratos cariogénico e ao acúmulo de microrganismos patogénicos se chega à segunda etapa; mas é na terceira etapa que há a cavitação do dente e a desmineralização do esmalte, resultando na perda precoce dos dentes decíduos.

A perda desses elementos traz além de consequências funcionais negativas para o sistema estomatognático infantil, também repercussão na qualidade de vida dessas crianças. Por isso, a importância dos cuidados com a saúde bucal para evitar desenvolver essas três etapas (Losso *et al.*, 2009, p. 295-300).

2.4 Sintomas

A cárie dentária é uma doença que pode ser diagnosticada clinicamente em seus estágios iniciais como em estágios mais avançados. Como e qualquer outra patologia relacionada ao corpo humano apresentam certos sintomas quando este é acometido, as manifestações podem ser cutâneas (lesões) de forma mais agressivas ou não.

Os sintomas da cárie de mamadeira não são diferentes da doença que atinge os adultos. É comum o surgimento de dor, desconforto de sensibilidade na região afectada durante a mastigação, quando bebe algum líquido, salivação. E ainda podem ocorrer mau hálito e inchaço da gengiva. Durante esse período, o bebé pode apresentar inquietação ou falta de apetite. Outro ponto similar à cárie em adultos é que a doença pode levar bastante tempo

para ser percebida, sendo descoberta somente quando está em um estágio avançado. (Cerqueira, p. 2-3).

O primeiro sinal clínico de cáries são manchas brancas e opacas que são áreas de desmineralização, com a evolução da doença surgem às cavidades com perda de estrutura dental podendo levar a destruição de toda coroa do dente, deste estágio em diante é provável o acometimento de dentina e áreas cavitadas.

Com o aumento da idade a doença tende a aumentar sua severidade, podendo acarretar desde lesões de manchas brancas a evidentes lesões de cáries, que podem ser associadas à sintomatologia dolorosa; as crianças acometidas correm risco de ter problemas oclusais, possuem dificuldades de alimentação, compromete o crescimento, baixo peso e estatura.

O desenvolvimento de cavidades de lesões de cárie, afecta a criança e passa a apresentar um quadro de infecção, dor, dificuldade de mastigação, trauma psicológico e perda prematura de dentes. A dor de origem dentária é a consequência imediata mais comum de cáries não tratadas. Criança com dor no dente tem sua actividade quotidiana afectada, como comer, dormir e brincar... Além disso, sabe-se que tal dor pode afectar o rendimento escolar e ser a razão para faltar à escola (Losso et al, 2009, p. 298).

2.5 Prevenção

Cárie dentária é a doença crónica mais disseminada no mundo. Afecta quer nas populações urbanas quer nas rurais. A maioria dos casos de cárie dentária fica por tratar, por isso a necessidade de desenvolver programas de prevenção da doença.

O desenvolvimento dos dentes decíduos tem seu início no período intra-uterino, tornando-se importante os controles de doenças infecciosas e da dieta materna. Por isso, o papel dos médicos dentistas dentro do contexto de saúde oral da população infantil é preponderante, uma vez que estes profissionais detêm amplo conhecimento e experiência a respeito dos factores etiológicos, meios de prevenção e controle das doenças bucais.

Dessa forma, a prevenção da cárie precoce e severa da infância deve ter início na gestação. A consulta odontológica se torna importante para avaliar a condição bucal da mãe, instituindo tratamento curativo ou preventivo, principalmente com motivação para os cuidados bucais, a fim de controlar os níveis de *Streptococcus mutans* e, dessa forma, diminuir a transmissão de bactérias cariogênicas para seus bebês (American Academy of Pediatric Dentistry, 2008, p. 296).

A prevenção da cárie precoce e severa na infância inclui:

- a) A primeira consulta odontológica deve ocorrer entre 6 meses e 1 ano de idade, para trabalhar os factores de risco para a doença cárie, promovendo a educação ao núcleo familiar;
- b) As crianças não devem dormir mamando líquidos que contenham carboidratos fermentáveis. O aleitamento materno com livre demanda deve ser evitado após a erupção do primeiro dente, e a criança que dormir mamando deve ter os dentes limpos antes de ir para a cama;
- c) Os pais devem ser orientados a oferecer copos em torno de 1 ano de idade. Deve-se evitar o uso de mamadeiras para beber líquidos com carboidratos fermentáveis;
- d) A higiene bucal deve ser iniciada com no irrompimento do primeiro dente;
- e) Deve-se aconselhar ao núcleo familiar que evite compartilhar os talheres, assoprar os alimentos, colocar a chupeta do bebé na boca e beijar a criança na boca. Isso evita a transmissão vertical de micro-organismos (American Academy of Pediatric Dentistry, 2008, p. 296);
- f) Abordar com frequência nas escolas sobre saúde oral e os cuidados a ter com a higiene bucal;
- g) Promover campanhas nas grandes mídias o cuidado da saúde oral e a existência da doença cárie de mamadeira nas crianças
- h) Ter cuidado com a dieta alimentar da criança, sobretudo, evitar o contato com açúcar antes 1 à 8 meses de idade (idade próxima ao aparecimento dos primeiros dentes)
- i) A qualidade do nível de vida familiar, o nível de escolaridade e de conhecimento sobre doença oral
- j) Em todos os grupos etários, escovar os dentes duas a três vezes por dia com pasta dentífrica fluoretada é a medida de prevenção mais eficaz.
- k) Os bebés. A fluoretação da água do abastecimento público tem-se mostrado eficaz em muitos países industrializados
- l) . Uma maneira eficaz de se fazer a higiene bucal de um bebé que ajude a prevenir a cárie, deve ser realizada até mesmo antes do rompimento dos dentes da criança.

- m) Deve-se aconselhar ao núcleo familiar que evite compartilhar chupeta do bebê na boca e beijar a criança na boca. Isso evita a transmissão vertical de microorganismos.
- n) A implementação de políticas saudáveis que garantem a fluoretação da água de abastecimento público em diferentes municípios do território nacional tem sido um importante coadjuvante no processo de redução dos índices de cárie, pela sua alta resolutividade na redução da prevalência da doença em torno de 40% a 60%.
- o) Utilização adequada do flúor nas suas diversas formas. O terceiro factor é viabilizado, no nível individual, pela utilização de cremes dentais fluoretados.
- p) Nos locais onde exista uma infra-estrutura médica adequada e profissionais formados disponíveis, a realização regular de exames orais completos pode ajudar a detectar precocemente as cáries para que possa ser prestado o tratamento adequado. Em certas situações, está indicada a destartarização (remoção de cálculo, o depósito duro que se acumula ao longo do tempo nos dentes) por profissionais de saúde oral.

2.6 Tratamento

O carácter curativo de uma patologia é a princípio a última opção. Contudo, a cura é o meio que procura devolver ao paciente o bem-estar. Por isso, a detecção e intervenção precoces são essenciais para evitar complicações. Uma vez diagnosticado e com o auxílio do paciente deve ser instituído de imediato o tratamento de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. Assim, quando disponível e indicado, deve ser prestado o tratamento de restauração da saúde.

O tratamento é composto por diversos tipos, como: flúor, selante e tratamento restaurador. A fluoroterapia é um tratamento de prevenção de manifestações de sinais clínicos de lesões, baseado nas formulações contendo fluoreto em sua composição.

A fluoroterapia é um recurso muito importante na paralisação e até reversão de lesões iniciais de cárie. Isso porque toda vez que é feita uma aplicação tópica de flúor ocorre uma reacção química na estrutura mineral dos dentes, formando produtos que posteriormente agem interferindo na progressão da cárie dentária. Nesses produtos, o responsável pelo efeito tópico do flúor no controle da cárie é um mineral tipo fluoreto de cálcio (CaF₂). Tal mineral funciona como um reservatório, mantendo constante o flúor do meio. Acontece que se forma mais CaF₂ quando da reacção de qualquer tipo de flúor tópico no esmalte com lesão de cárie do que no íntegro (Barros, 2007, p. 65).

A aplicação do flúor como administrador preventivo e terapêutico da cárie dentária ocorreu a partir da fluoretação da água de abastecimento, nos anos de 1945 e 1946 nos Estados Unidos e Canadá. Depois de os pesquisadores comprovarem a sua eficiência na prevenção da cárie, a OMS passou a preconizar o flúor como método profilático da cárie dentária (Galbiatti et al, 2002, p. 512-517).

Deste modo, o flúor tem diversas formas de uso, sendo os de utilização de dentifrício fluoretado com concentração entre 1000ppm a 1100ppm, depois das refeições, com orientações aos pais, e a aplicação verniz de flúor, reduzindo o risco de ingestão (Galbiatti et al, 2002, p. 512-517). É importante lembrar que este processo de perda de minerais é contínuo.

O processo de desremineralização ocorre várias vezes ao dia, durante toda a vida. Caberá ao dentista, ao constatar o processo de cárie, avaliar a necessidade de reposição dos minerais perdidos, através da fluoroterapia, de forma a restabelecer o equilíbrio dinâmico da cavidade bucal.

A fluoroterapia dá resistência ao hospedeiro, pois ao manter o flúor sempre constante na boca vai proporcionar ao paciente melhor remineralização aos dentes atingidos pela cárie, além de que, a água de abastecimento fluoretada protege o esmalte dental. Podemos nos utilizar também de soluções fluoretadas para estacionar a evolução de manchas brancas, antes que se desencadeiem cavitações, que utilizaram de aplicações tópicas profissionais, tais como vernizes que contêm flúor (Silva, 2015, p. 3).

A fluoroterapia faz parte de todas as fases do tratamento, iniciando com aplicações tópicas feitas pelos profissionais em grande frequência e depois pela orientação da ingestão de água fluoretada e, se a criança for grande e capaz de bochechar, com os bochechos diários o uso de dentifrício fluoretado estão sempre indicados.

Ora, olhando para nossa realidade na qual estão inseridas as nossas crianças, recebesse a necessidade e a urgência do abastecimento de água fluoretada que é quase inexistente a nível nacional.

O selante é uma substância que apresenta eficiência de escoamento nas cicatrículas e fissuras penetrando nas microporosidades do esmalte antecipadamente condicionado. O uso do selante é sugerido como tratamento preventivo para molares decíduos e permanentes que apresentam fósulas e fissuras profundas, de complicada higienização.

E por último vem o tratamento restaurador que é recomendado no momento em que o controle do biofilme dental se torna, várias vezes, improvável por causa da dificuldade de acesso à cavidade. Lesões cavitadas que precisam ser restabelecidas para que não se tornem nichos de retenção de placas. Os principais materiais utilizados são Cimentos de Ionômero de Vidro (CIV) e Resina Composta (RC) (Miyata et al, 2014, p. 9-22).

Enquanto que o tratamento de exodontias, pulpotomias e penetrações desinfetantes visam eliminar os focos de infecção dentária, evitando não só que elas se alastrem, como também que fontes de colónias de bactérias permaneçam nos dentes. Deste modo, oferecemos proteção à futura dentição que está se desenvolvendo e eliminamos as fontes de dor. Porém o tratamento odontológico mais eficaz é a prevenção através da educação dos pais (Oliveira et al, 2010; p. 315).

Este tratamento consiste na remoção da parte do dente afectada pela cárie e na inserção de um material obturador na cavidade para restaurar a forma e a função mastigatória. No entanto, em muitos serviços de CSP a única opção de tratamento pode ser a drenagem do abscesso ou a extracção do dente afectado, usando os protocolos de controlo da infecção. Não se recomenda a toma regular de antibióticos.

Deste modo, A cárie dentária é uma doença, não uma condição fisiológica, e não faz parte da infância, assim como a dentadura (prótese total) não faz parte da senilidade. A restauração da cavidade não é suficiente para conter, proteger à cárie da futura dentição que está se desenvolvendo.

Por conseguinte, a necessidade de tratamento seja ela educativo-preventivo, simples, de média-complexidade ou complexo, requer profissionais habilitados e materiais apropriados para o atendimento infantil. Portanto, o tratamento curativo visa quantificar, qualificar, priorizar e ordenar o tratamento, considerando assim a gravidade, a idade e a oportunidade da realização do mesmo, enquanto que nos tratamentos educativos e preventivos a direcção do plano é o de estabelecer e reconhecer os factores de risco da cárie, assim como escolher a melhor estratégia para eliminá-los ou controlá-los (Assunção, 2015, p. 78).

Contudo, a eficácia de qualquer tratamento odontológico está na prevenção através da educação dos pais.

2.7 Educação para saúde

A saúde bucal não deve ser vista de forma dissociada da saúde geral. O objectivo da odontologia vai além da preservação dos dentes, vislumbra a manutenção da saúde bucal e sistémica.

A maioria dos programas de educação para a saúde incluem alguma referência para a limitação de alimentos doces, mas há muito pouca discussão sobre os aspectos práticos de como a dieta poderia ser modificada e qual o real impacto dos factores sociais. Muito pouco é sabido sobre os diferentes padrões de consumo do açúcar pela população e a sua relação com os factores socioculturais específicos de cada família. Essas informações seriam indispensáveis para o sucesso de um programa educativo, tanto em nível individual como colectivo (Fadel, 2004, p. 5).

A Declaração de Bangkok (2019), recomenda como forma de evitar a doença cárie, o aumento de conscientização sobre CPI através da educação dos pais e de toda a equipe multidisciplinar em relação à doença. Há necessidade de esclarecer que é necessário a mãe/pai, ou educadores intervirem nesse cuidado com a higienização a partir do primeiro dente da criança, utilizando creme dental fluoretado na concentração superior a 1000 ppm, na proporção adequada a idade, pelo menos duas vezes ao dia.

É de suma importância que no início os pais pratiquem esse ato repetitivo, de forma que com o tempo, essa criança consiga ter coordenação motora suficiente, entenda a importância e consiga realizar sozinha a higienização. Dessa forma, a vigilância nesse momento é imprescindível (Pitts *et al.*, 2019, p. 384-386).

Recomenda-se limitar o consumo de açúcar livre na infância, especialmente carboidratos (sacarose), visto que o controle da dieta apresenta um papel importante na etiologia da doença (Faria *et al.*, 2016, p. 43-48; Abanto *et al.*, 2019, p. 88), além de trazer ganhos a qualidade de vida da criança, minimizando o desenvolvimento de doenças crônicas futuras (Grummoni *et al.*, 2020.).

Apoiar medidas mais amplas de estratégias com foco ainda na redução de alimentos contendo açúcar pela as crianças são causas importantes e efectivas para reduzir o número de problemas nocivos. Para isso, é necessário o aumento de impostos/taxas de bebidas sobre açúcar, a redução da disponibilidade de produtos açucarados nas escolas, a elaboração de cardápios por nutricionistas e o controle das embalagens de produtos açucarados, como forma de diminuir o consumo de açúcares livres durante a infância, e frisar a importância do acompanhamento odontológico por uma odontopediatra (Schwendicke *et al.*, 2016, p. 1327-1332).

Conclui-se que para uma acção educativa eficaz e eficiente depende do grau de instrução e poder económico e sociocultural dos intervenientes, como concebeu Furlani (1993, p.), um grau elevado de instrução dos pais e melhor poder aquisitivo da família reflecte em um melhor nível de saúde devido a um melhor conhecimento sobre a higiene pessoal, além de maior acesso à educação e à prevenção da cárie dental.

3 MATÉRIAS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no Centro Infantil Rebeca, localizado na Cidade Baixa rua Santomé no município do Huambo, província do Huambo. O Centro Infantil Rebeca conta com mais de 150 crianças matriculadas no ano lectivo de 2022/2023.

3.3 População

A população do presente estudo, foi constituída por 150 crianças pertencentes ao Centro Infantil Rebeca no ano lectivo de 2022/2023.

3.4 Amostra

Num estudo de 95 crianças correspondentes ___63,3_% com idade mínima de 6 meses a 5 anos.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos as crianças do centro materno infantil Rebeca:

- a) Regularmente matriculados;
- b) Presente no momento da recolha de dados.
- c) Foram excluídos do estudo:
- d) Ausente no momento da recolha de dados;

3.6 Colectas de dados

Os dados foram obtidos através de questionários. O referido questionário foi composto pelos dados de identificação das crianças direccionados aos encarregados de educação incluído perguntas relacionadas aos hábitos alimentares, higiene oral e a visita ao ontopediatra conforme consta na folha anexos1.

Foram realizados exames intra-orais com usos de matérias clínicos descartáveis (espátula, luvas), na creche Rebeca Cidade Baixa Rua Santomé Município do Huambo, usados para fim de observação da cavidade bucal que foram feitos pelo autor devidamente capacitado.

3.7 Aspecto ético e bioéticas

O presente estudo foi submetido avaliação e aprovação pelo Comité de Ética do Instituto Superior Politécnico da Caála, assim, foram realizadas as recolhas de dados salvaguardando a privacidade e assegurando o consentimento livre informado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo 95 crianças de idade pré-escolar matriculados no ano académico de 2022/2023. Estas crianças mostraram uma variedade de idade e de género.

Tabela 1 - caracterização das crianças da creche rebecca segundo sexo

Variável	Frequência	Percentagem
Feminino	63	66.3%
Masculino	32	33.7%
Total	95	100%

Fontes: Autorial Própria (2023)

A tabela 1 que distribui amostra segundo o género, verifica-se que, das 63 crianças participantes de estudos (66.3%), eram do sexo feminino, e 32 das crianças participante do estudos (33.7%), eram do sexo masculinos. Que pode ser explicado pelo o facto de maior parte das crianças que recorrem o centro materno infantil Rebeca serem do género feminino. Segundo o documento do Instituto Nacional de Estatística divulgado pelo jornal de Angola em 2022, a maior percentagem da população angolana é representada por mulheres com cerca de (16.938.633).

Tabela 2 - prevalência de cárie dentária em crianças do centro infantill rebecca 2022/2023

	Frequência	Percentagem
0 Dentes	0	0
1 a 2 dentes	20	30.8%
2 a 4 dentes	26	40%
5 ou mais dentes	19	29.2%
Total	65	100%

Fontes: Autorial Própria (2023)

Pode-se observar que a tabela 2 determina a prevalência de cárie dentária do centro materno Infantil Rebeca do Huambo, **2022/2023**, percebemos que *65 das 95* crianças relaciona-se positivamente com cárie dentária em um total de 65 crianças. A prevalência foi de 65 que com responde a **(100%)**.

Todavia a Academia Americana classifica cárie precoce na infância como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (devido à cárie) ou restaurados antes dos 71 meses de idade. Porém, qualquer sinal de superfície dentária lisa cariada, com ou sem cavidade, em crianças com menos de 3 anos de idade, é considerado

cárie severa na infância (CSI). Essa é de natureza rampante, aguda e progressiva. Também é considerada CSI se, dos 3 aos 5 anos de idade, a criança apresenta mais de quatro, cinco e seis superfícies afectadas em dentes anteriores decíduos aos 3, 4 e 5 anos, respectivamente. A CSI substituiu o termo anteriormente conhecido como “cárie de mamadeira” pdf pág 2 (American Academy of Pediatric Dentistry, 2008 apud Losso et al, 2009, p. 296).

Tabela 3 - Caracterização dos estudantes segundo a idade

Idade	Frequência	Nível Percentual
6 meses – 1 ano	30	31.5%
2 ano – 3 anos	45	47.4%
4 anos -5 anos	20	21.1%
Total	95	100%

Fontes: Aatoria Própria (2023)

- A tabela 3 mostra que (**31.5%**), das crianças não estão afectadas com cáries dentárias tinham idades compreendidas (**6 meses – 1ano**).
- O segundo item mostra que (**47,4%**), das crianças estão afectadas com cáries dentárias, com idades compreendidas dos (**2 anos- 3anos**).
- O terceiro item mostra que (**21,1%**), das crianças também foram afectados pela cáries dentárias, com idades compreendidas dos (**4anos -5 anos**).

Tabela 4 - prevalência da cárie dentária em crianças do centro materno infantil rebeca 2022/2023 segundo o género

Variável	Frequência	Percentagem
Feminino	36	55.4%
Masculino	29	44.6%
Total	65	100%

Fontes: Aatoria Própria (2023)

Como se pode verificar a tabela 4 que distribui a prevalência de cárie dentária do pré-escolar, do centro materno infantil Rebeca do Huambo, podemos perceber que 36 crianças do género feminino, que com responde (55.4%), Têm cárie dentária, e 29 crianças do género masculino, que com responde a (44.6%), têm cárie dentárias, isso explica-se pelo facto de houver maior participação do género feminino do presente estudo.

Tabela 5 - distribuição da amostra segundo a frequência diária da higienização oral das crianças

Higienização	Frequência	Percentagem
1 vez	65	68.4%
2 a 4 vezes	21	22.1%
Após cada refeição	9	9,5%
Total	95	100%

Fontes: Aatoria Própria (2023)

A tabela 5 mostra que 65 crianças com respondente a (68.4%), higienizavam a cavidade bocal uma vez por dia, seguido pela higienização de 2 a 4 vezes com 21 crianças com respondente a (22.1%), e 9 crianças que com responde (9.5%),

Higienizavam a cada refeição. Isso explica o factor significativo que influenciou na prevalência de cárie dentária encontrada nas crianças do centro materno infantil Rebeca Huambo. A Declaração de Bangkok (2019), recomenda como forma de evitar a doença cárie, o aumento de conscientização sobre CPI através da educação dos pais e de toda a equipe multidisciplinar em relação à doença. Há necessidade de esclarecer que é necessário a mãe/pai, ou educadores intervirem nesse cuidado com a higienização a partir do primeiro dente da criança, utilizando creme dental fluoretado na concentração superior a 1000 ppm, na proporção adequada a idade, pelo menos duas vezes ao dia.

Tabela 6 - distribuição de amostra segundo a frequência diária de consumo de alimento e bebidas que contem muito açúcar

Variável	Frequência	Porcentagem
1 a 3 vezes	4	4.2%
6 ou mais	17	17.9%
Não sei	74	77.8%
Total	95	100%

Fontes: Autoria Própria (2023)

Na tabela 6 mostra que 74 crianças com respondente a (77.8%), consomem diariamente alimentos e bebidas que contêm muito açúcar, seguido pelas 17 crianças que com responde a (17,9%), considerando a prevalência de cárie dentária verificada, podemos perceber que isso constitui um dos factores influenciador. Estudo feito por (Faria *et al.*, 2016, p. 43-48; Abanto et al., 2019, p. 88), recomenda-se limitar o consumo de açúcar livre na infância, especialmente carboidratos (sacarose), visto que o controle da dieta apresenta um papel importante na etiologia da doença, além de trazer ganhos a qualidade de vida da criança, minimizando o desenvolvimento de doenças crónicas futuras (Grummoni *et al*, 2020, p.).

O desenvolvimento de cavidades de lesões de cárie, afecta a criança e passa a apresentar um quadro de infecção, dor, dificuldade de mastigação, trauma psicológico e perda prematura de dentes. A dor de origem dentária é a consequência imediata mais comum de cáries não tratadas. Criança com dor no dente tem sua actividade quotidiana afectada, como comer, dormir e brincar... Além disso, sabe-se que tal dor pode afectar o rendimento escolar e ser a razão para faltar à escola (Losso *et al*, 2009, p. 298).

Tabela 7 - distribuição segundo o número de crianças que recorrem as consultas dentárias

Variável	Frequência	Porcentagem
Nunca	70	73.6%
1 vez por ano	20	21.1%
2 a 3 vezes por ano	5	5.3%
Total	95	100%

Fontes: Autoria Própria (2023)

Como se pode ver na tabela 7 que distribui amostra segundo o número de crianças que ocorrem nas consultas dentárias, pode se perceber que cerca 70 crianças que com responde a (73.6%), não ocorrem as consultas dentárias, e apenas 20 crianças ocorrem as consultas 1 vez por ano que com responde a (21,1%), em seguida de 5 crianças que ocorrem as consultas 2 a 3 vezes por ano que com responde a (5.3%), esta factor juntamente com os demais influenciam negativamente na saúde oral das crianças. Dessa forma, a prevenção da cárie precoce e severa da infância deve ter início na gestação. A consulta odontológica se torna importante para avaliar a condição bucal da mãe, instituindo tratamento curativo ou preventivo, principalmente com motivação para os cuidados bucais, a fim de controlar os níveis de *Streptococcus mutans* e, dessa forma, diminuir a transmissão de bactérias cariogênicas para seus bebês (American Academy of Pediatric Dentistry, 2008, p. 296).

4.1 PROPOSTAS

Como a higiene bucal não se baseia apenas em lavar a boca diariamente, mas também necessário e imprescindível manter bons hábitos e costumes e disciplina alimentar para melhorar a qualidade e estilo de vida. Assim também, como proposta de solução criamos um programa de higiene bucal para as crianças do centro rebecca.

- a) Promover palestras sobre educação e higienização da saúde bucal;
- b) Minimizar a CPI no centro infantil REBECA do huambo;
- c) Elevar o papel do médico dentista nas comunidades.

5 CONCLUSÃO

Sendo a cárie uma doença considerada um problema de saúde pública global, atingindo e prejudicando toda a faixa etária, o progresso da cárie da primeira infância normalmente se dá por um padrão diferenciado, sendo relacionado à erupção da dentição decídua, ao padrão criogénico de alimentação e à fisiologia oral do bebé ou criança.

Os objectivos foram alcançados do meu trabalho, visto que foi possível alcançar começando por identificar a existência da cárie de mamadeira nas crianças do centro infantil rebeca, enfatizar como a higiene e a dieta alimentar livre de açúcar é importante para a saúde oral. Falou-se com a direcção do Centro Infantil Rebeca rua Santomé município do Huambo como a cárie afecta qualidade de vida das crianças, explicando a importância de salvaguardar os dentinhos das crianças e incentivar consultas de rotina de odontologia, elevando assim o papel fundamental do médico dentista na vida dos pais e das crianças.

Os resultados obtidos permitem concluir que, as acções preventivas de cárie de mamadeira nas crianças dos 6 meses aos 5 anos, no Centro Infantil Rebeca rua Santomé município do Huambo, matriculados no ano lectivo 2022-2023 é significativamente alta. A direcção e os encarregados das crianças mostram pouco conhecimento sobre os factores etiológico da doença, péssima percepção dos cuidados e tratamentos a ter com a saúde bucal.

Descobrimos que cárie dentária é muito comum em crianças, devido a pouca frequência diária de higienização bucal, o consumo excessivo de alimentos ou bebidas cariogénicas, o pouco conhecimento e o hábito de não visitar o dentista, foram as principais causas que influenciaram negativamente a saúde bucal das crianças.

6 RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se que esta pesquisa seja utilizada por profissionais de saúde, no âmbito de expandir mais ainda a educação a saúde oral como por exemplo na província do huambo e não só. A começar por incentivar na compra de produtos de higiene oral, o uso alimentos não criogénicos, ter um médico dentista familiar. As mães devem cultivar o hábito de consultar o dentista em todas as fases da vida, principalmente na gestão, após a gestão deve levar a criança no profissional para avaliação e acompanhamento, no máximo duas vezes por ano. A melhor maneira de lidar com a cárie de mamadeira e outras doenças é através do tratamento preventivo, possibilitando minimização de possíveis danos.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABANTO, J., et al. *Primeiros mil dias do bebê na saúde bucal*. Nova Odessa- SP: NAPOLEÃO. 1a Edição, v 1, p 88, 2019.

American Academy of Pediatric Dentistry. 2008-9 *Definition, oral health policies and clinical guidelines*. Disponível em . Acesso: 16/09/2018.

BEIRIGO, A. L. L. *Cárie precoce na infância*. 2020. 20f. Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de Odontologia, 2020.

BERNARDES, A. L. B.; DIETRICH, L.; FRANÇA, M. M. C. A. *A cárie precoce na infância ou cárie de primeira infância: uma revisão narrativa*. Research, Society and Development, v. 10, n. 14, p. 13, 2021. Disponível em: . Acesso em: 04/11/2021.

BRAGA, M. M.; MENDES, F. M.; IMPARATO, J. C. P. *A doença Cárie Dentária*. In: IMPARATO, J. C. P.; RAGGIO, D. P.; MENDES, F. M. Selantes de fossas e fissuras: quando como e por quê? 1. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008.

BURT, B. A. *Concepts of risk in dental public health. Community Dent Oral Epidemiol.*, v. 33, n. 4, p. 240-247, 2005.

CANDAN, Merve; BULDUR, Burak. *Primary Tooth Extraction Pattern Among Turkish Children with Severe Early Childhood Caries Treated Under General Anesthesia*. Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr., João Pessoa , v. 20, e5382, 2020 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198346322020000100326&lng=en&nrm=iso

Cf. CYRO LUIZ PASCHOALOTTI IENNE, LUCAS PEREZ PAES DE ALMEIDA, *Cárie Precoce Da Infância*, 2018, pág 6.

CAUFIELD, P. W.; CUTTER, G. R.; DASANAIKE, A. P. *Initial acquisition of Mutans Streptococci by infants: evidence of a discrete window of infectivity*. J Dent Res, v. 72, n. 1, p. 37-45, 1993.

CLAUDIA, M. S. B. *Manual técnico de educação em saúde bucal*. Coordenador. – Rio de Janeiro : SESC, Departamento Nacional, 2007. Pág 65.

DANIELLA, F. C. *Etiologia e Epidemiologia da Cárie Dentária*. Especialização em SAÚDE DA FAMÍLIA; Caso complexo Amélia Etiologia e epidemiologia da cárie dentária, UNA-SUS, Pág 2-3).

DIAS, G. F.; et al. *Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie precoce da infância: relato de caso*. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. v. 30, n. 3, p. 314-22, 2018.

Dye BA, Hsu KL, Afful J. *Prevalence and Measurement of Dental Caries in Young Children*. 2015 May-Jun;37(3):200-16.

Estela M. Losso, Maria Cristina R. Tavares, Juliana Y. B. da Silva, Cícero de A. Urban. *Jornal de Pediatria - Vol. 85, Nº 4, 2009; 85(4): p. 295-300: Cárie dentária, criança, cárie precoce e severa*. “Pág 296”.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico*. 1º. ed. São Paulo: Santos, 2005 ou ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DA CÁRIE DENTÁRIA, Daniella Ferraz Cerqueira, UNA-SUS), Vol.19, n.3, pp.51-55 (Jul - Set 2014) Revista UNINGÁ Review ISSN online 2178-2571 *Cárie Precoce Da Primeira Infância E*

Reabilitação Em Odontopediatria Early Childhood Caries And Rehabilitation In Pediatric Dentistry Isabela Caroline Pineda, Suzimara Dos Reis Géa Osorio, Lucimara Cheles Da Silva Franzin, Paraná, pág 2.

FARIA, J. F. D. G., et al. *Análise do consumo de sacarose na dieta dos pacientes em tratamento na Clínica da Faculdade de Odontologia da Ufrgs*. RFO UPF, v.21, n.1, p. 43-48, 2016.

Fung MHT, Wong MCM, Lo ECM, CH Chu (2013) *Early Childhood Caries: A Literature Review*. J Oral Hyg Health <https://www.omicsonline.org/openaccess/early-childhood-caries-a-literature-review-23320702.1000107.php?aid=14869>.

Galbiatti F., Gimenez C. M. M., Moraes A. B. A. *Odontologia na primeira infância: sugestões para a clínica do dia-a-dia*. Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê. Nov./dez. 2002. Vol. 5, n.28, p. 512-517.

Giongo F. S., Bavaresco C. S. *Protocolo de atendimento à saúde bucal de bebês em atenção primária à saúde*. Revista de Atenção Primária à Saúde. 2014. 17(4): 544 – 553.

GRUMMONI, A. H; HALL, M. G. *Sugary drink warnings: A metaanalysis of experimental studies*. PLOS Medicine, 2020.

LARANJO, E.; et al. *A cárie precoce da infância: uma atualização*. Rev. Port. Med. Geral Farm, v. 33, p. 426-9, 2017. Disponível em: . Acesso em: 03/11/2021.

LOSSO, E. M. L.; et al. *Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral Artigos de Revisão* • J. Pediatr. v. 85, n.4, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jped/a/JC56NDhN84GnXw9sfhKpYGR/?lang=pt>>. Acesso em: 06/11/2021.

MEDEIROS, A. C. *Cárie dentária na primeira infância associada a um defeito de desenvolvimento do esmalte: relato de caso*. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a Conclusão do curso de Graduação em Odontologia. 2018.

Miyata L. B., Bonini G. C., Calvo A.F.B., Politano G. T. *Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso*. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. 2014. 68(1): p. 22-9.

Oliveira AL, Botta A, Rosell F. *Promoção de saúde bucal em bebês*. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2010; 247–53. 30. Assed, S. Odontopediatria Bases Científicas para Prática Clínica. 1ª ed. Artes Médicas, 2005;315).

PEREIRA, Joanna Tatith et al. *Impacto da cárie infantil e dos comportamentos maternos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças*. Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr. , João Pessoa, v. 20, e5283, 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198346322020000100358&lng=en&nrm=iso.

PITTS, N. B, et al. *Early childhood caries: IAPD Bangkok declaration*. Int. J. Paediatr. Dent., v.29, n.1, p. 384-386, 2019.

SANTOS, C.D.G. A, et al. *Perda precoce de molares decíduos em crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia*. Odontol. Clín. Cient, v.12, n.3, 2013.

RIPA, L. W. Nursing caries: a comprehensive review. **Pediatr Dent**, v. 10, n. 4, p. 268-281, 1988).

RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 303-311, jul./set. 1999.

Santos S. P., Vieira G. O., Scavuzzi A. I. F., Filho I. S. **Práticas alimentares e cárie dentária - uma abordagem sobre a primeira infância**. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. 2016. 70(1):12-8 2.

SCHWENDICKE F, et al. **Effects of Taxing Sugar-Sweetened Beverages on Caries and Treatment Costs**. J. Dent. Res., v.95, n.12, p. 1327-1332, 2016.

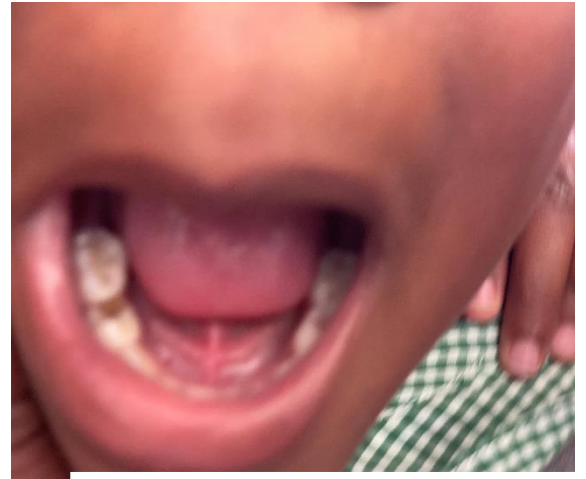
Souza S. A., Zajkowski L. A., Moraes R., Queiroz Y., Vieira T., Hartwig A. D. A cárie é uma doença transmissível?. **Fatores maternos e da criança relacionados com o desenvolvimento da cárie na primeira infância**. Arquivo Brasileiro de Odontologia. 2014. Vol. 10, n.2; pág. 1-8. 3.

TESCH, FC, OLIVEIRA BH, LEÃO A. **Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças**: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2017.

ANEXOS



Fonte: Observação feita pelo autor



Fonte: Presença de cárie

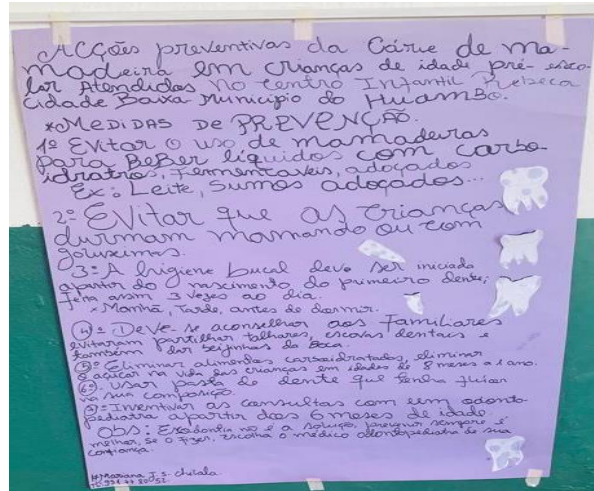


Fonte: Observação feita pelo autor



Fonte: Observação feita pelo autor

Ilustração 3 Medidas de Prevenção



Fonte: (autoria própria)

Ilustração 4 Orientação de hei



Fonte: (autoria própria)