

13. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA AO ADOLESCENTE

Elaborado por:

Flávia Konishi (coordenadora)

Denise Ascenção Klatchoian

Objetivo

A Associação Brasileira de Odontopediatria (abo-odontopediatria) reconhece que o paciente adolescente tem necessidades únicas. Estas diretrizes dirigem-se a estas necessidades originais e propõe fazer recomendações gerais para seu manejo.

Método

Estas diretrizes são baseadas em uma revisão da literatura odontológica e médica atual relacionada à saúde bucal do adolescente. Foi conduzida uma busca no MEDLINE usando os termos “adolescente” combinado com “dental”, “gingivite”, “piercing oral”, “selantes”, “saúde bucal”, “cáries”, “uso de tabaco”, “trauma dental”, “trauma orofacial”, “periodonto”, “estética dental”, “tabaco de mascar”, “nutrição”, e “dieta”.

Introdução

Não há qualquer definição padrão de "adolescente".¹ Os adolescentes são definidos mais amplamente como jovens entre as idades de 10 a 18 anos. Usando esta definição, de acordo com o departamento de censo dos EUA, em 2003, existiam aproximadamente 39.9 milhões de adolescentes nos Estados Unidos em 2003.² O paciente adolescente é reconhecido como tendo as necessidades distintas^{3,4} devido a: (1) uma taxa potencialmente elevada de cárie; (2) risco aumentado de ferimentos traumáticos e doença periodontal; (3) uma tendência para hábitos nutricionais pobres; (4) um desejo e uma consciência estética aumentados; (5) complexidade do cuidado ortodôntico e restaurador combinado (por exemplo, falta congênita de dentes); (6) fobia odontológica; (7) iniciação do uso do tabaco; (8) gravidez; (9) distúrbios alimentares; e (10) necessidades sociais e psicológicas especiais.⁵⁻⁸ O tratamento do paciente adolescente pode ser complexo e multifacetado. É necessário que se faça um histórico médico exato, detalhado, e moderno para o diagnóstico correto e planejamento de um tratamento eficaz. É essencial que se consiga uma familiaridade com a história médica do paciente, a fim

de diminuir o risco de agravar uma condição médica ao se efetuar o cuidado odontológico. Se os pais forem incapazes de fornecer os detalhes adequados a respeito da história médica de seu filho, poderíamos indicar uma consulta ou conversa com o médico, para a obtenção confidencial de informações adicionais sobre o paciente adolescente.

Recomendações:

Este guia refere-se a algumas das necessidades especiais dentro da população adolescente e propõe recomendações gerais para o seu manejo.

Cárie:

A adolescência marca um período de significativa atividade da cárie para muitos indivíduos. A pesquisa atual sugere que a taxa total da cárie está diminuindo. Mesmo assim, esta permanece muito alta durante a adolescência.⁹ Estas lesões de cárie estão frequentemente confinadas ao desenvolvimento de fóssulas e fissuras.¹⁰ Esmalte do dente permanente imaturo¹¹ e um aumento total de superfícies suscetíveis do dente e fatores ambientais tais como a dieta, a independência para procurar o cuidado ou evitá-lo, uma baixa prioridade para a higiene bucal e fatores sociais adicionais também podem contribuir para o aumento da cárie na adolescência.^{1,12-14} É importante o cirurgião-dentista enfatizar os efeitos positivos que o uso do flúor, o cuidado profissional rotineiro, a educação do paciente e a higiene pessoal podem ter em neutralizar a mudança no padrão da cárie na população adolescente.^{5,6,15}

Prevenção primária

Flúor:

O uso do flúor provou ser a medida de prevenção mais econômica e mais eficaz contra a cárie. O adolescente pode beneficiar-se do uso do flúor durante todos os anos da adolescência e no início da vida adulta. Embora o benefício sistêmico da incorporação do flúor no esmalte que está em formação não seja considerado necessário após os 16 anos de idade, os benefícios tópicos da remineralização e da atividade antimicrobiana ainda podem ser obtidos com a fluoretação da água, aplicação e prescrição profissional, e dentifrícios fluoretados.¹⁶

Recomendações:

O adolescente deve receber o benefício máximo do fluoreto:

1. O uso sistêmico do flúor, por meio da ótima fluoretação da água de abastecimento, é recomendado especialmente até os 16 anos de idade ou até a erupção dos segundos molares permanentes.
2. O dentifrício fluoretado é recomendado por fornecer benefícios tópicos contínuos durante a adolescência.
3. Tratamentos feitos por meio da aplicação profissional de flúor devem ser baseados na avaliação individual do risco de cárie do paciente, como determinado pelo cirurgião-dentista do mesmo.
4. A suplementação de flúor tópico com produtos de uso domiciliar deveria ser uma recomendação profissional quando indicada com base no padrão de cárie individual ou no status de risco de cárie.
5. Os critérios para a determinação da necessidade e os métodos de aplicação devem ser aqueles recomendados atualmente pela abo-odontopediatria.¹⁷

Mais informações poderão ser encontradas no capítulo 9 deste documento.

Higiene oral:

A adolescência pode ser um período de alta atividade de cárie, de aumento da doença periodontal, devido ao crescente consumo de substâncias cariogênicas e à desatenção nos procedimentos de higiene bucal.^{1,18} Escovar os dentes com um dentifrício fluoretado e fazer uso do fio dental podem fornecer benefícios contra as lesões de cáries, por meio da remoção da placa das superfícies dentais e do efeito tópico do flúor.

Recomendações:

1. Os adolescentes devem ser educados e motivados a manter a higiene bucal pessoal com a remoção diária da placa, incluindo o uso do fio dental, com a frequência e o padrão baseados nas necessidades bucais da higiene, de acordo com o padrão individual das doenças.
2. A remoção profissional da placa e do cálculo é altamente recomendada para o adolescente, com a frequência de tal intervenção baseada no risco avaliado do indivíduo para a cárie e a doença periodontal, como determinado pelo cirurgião-dentista do paciente.¹⁹

Controle da dieta:

O papel dos carboidratos na iniciação da cárie é inequívoco. Os adolescentes são expostos a eles e consomem quantidades elevadas de carboidratos refinados e de bebidas que contém ácido.^{12,13,20} O adolescente pode beneficiar-se da análise e da modificação da dieta.

Recomendações:

Análise da dieta juntamente com as recomendações determinadas profissionalmente para a maximização da saúde deveria fazer parte da abordagem odontológica para o adolescente. Para a análise e controle da dieta devemos considerar:

1. padrões das doenças bucais;
2. necessidades totais de nutrientes e de energia;
3. aspectos psicossociais da nutrição do adolescente;
4. frequência dietética de ingestão de carboidratos;
5. ingestão e frequência de consumo de bebidas aciduladas;
6. considerações do bem-estar.

Selantes:

A aplicação de selante é uma técnica eficaz na prevenção de lesões cariosas, que deve ser considerada de maneira individual. Os selantes têm sido recomendados em dentes decíduos e permanentes de adolescentes, sempre que o risco de lesões cariosas em fóssulas e fissuras seja identificado.^{6,13,21-34} O risco de cárie pode aumentar devido às mudanças nos hábitos dos pacientes, na microbiota bucal, ou em algumas condições físicas, e os dentes selados podem se beneficiar das aplicações subseqüentes de selantes.²⁴

Recomendações

Os adolescentes com risco de cárie devem receber selantes de fossas e fissuras. O risco de cárie de um indivíduo pode mudar com o tempo; durante toda a adolescência é necessária uma reavaliação periódica para a indicação da necessidade do selante.²⁴ Maiores informações poderão ser obtidas no capítulo sobre diretrizes para utilização de selantes.

Prevenção secundária

Cuidado preventivo profissional: o cuidado dental preventivo profissional efetuado em uma base rotineira pode prevenir a doença bucal ou indicar a presença da doença existente em seu estágio inicial. O paciente adolescente, cuja saúde bucal não foi monitorada

rotineiramente por um dentista, pode ter lesões cárias em estágio avançado, doença periodontal ou qualquer outro envolvimento bucal urgente, tanto na necessidade da avaliação profissional quanto no tratamento extensivo.

Recomendações:

1. Devem-se fazer exames clínicos periódicos, levando em consideração necessidades individuais e os indicadores de risco do indivíduo, a fim de determinar o melhor custo-benefício efetivo na prevenção da doença no adolescente.
2. Tomar radiografias iniciais e efetuar avaliação radiográfica periódica deve fazer parte da avaliação clínica. O tipo, o número, e a frequência das radiografias devem ser determinados somente após fazer exame extra e intra bucais e anamnese. As radiografias anteriores devem estar disponíveis, sempre que possível, para a comparação. As normas de procedimentos atualmente aceitas para exposições radiográficas (ex. películas apropriadas baseadas na história médica, risco de cárie, história da doença periodontal, e avaliações do crescimento e do desenvolvimento) devem ser seguidas.²⁵

Dentística restauradora:

As restaurações dentais são necessárias, nos casos em que a remineralização de superfícies dentais não cavidadas, desmineralizadas não for bem sucedida, como demonstrado pela progressão de lesões cárias. A preservação da estrutura do dente, da estética e das necessidades individuais de cada paciente deve ser considerada ao selecionar um material restaurador.²⁶ Os molares com lesões cárias extensas ou com esmalte malformado, hipoplásico para os quais o amálgama tradicional ou restaurações com material adesivo não são praticáveis, podem requerer restaurações com cobertura completa.^{24, 27}

Recomendações:

Cada paciente adolescente, bem como a indicação de restauração deverão ser avaliados individualmente. A preservação da estrutura do dente livre de cárie é desejável. Deve ser considerada a recomendação para um dentista apropriadamente treinado e/ou experiente, quando as necessidades do tratamento estão além da habilidade ou do interesse do Odontopediatra ou do Clínico que acompanha o adolescente.

Doenças Periodontais:

A adolescência pode ser um período crítico no *status* periodontal no ser humano. Dados epidemiológicos e imunológicos sugerem que danos irreversíveis nos tecidos da doença periodontal começam na adolescência tardia e no início da vida adulta.⁸ Mudanças puberais afetam caracteristicamente o periodonto do adolescente jovem, com um aumento na inflamação, que é na maioria dos casos, controlável por meio de higiene bucal direta e de cuidado profissional regular.²⁸

Circunstâncias agudas:

O adolescente pode estar sujeito às condições agudas tais como a gengivite ulcerativa necrosante aguda, ou periodontite, e a ferimentos traumáticos, que podem requerer cuidados imediatos em longo prazo. Na maioria dos casos, o diagnóstico precoce, tratamento e controle adequado podem impedir os danos irreversíveis.²⁹⁻³¹

Recomendações:

A infecção aguda, que envolve o periodonto e a mucosa bucal, requer tratamento imediato. O controle terapêutico deve ser baseado em técnicas atualmente aceitas da terapia periodontal. Os ferimentos traumáticos dos dentes e periodonto requerem sempre a avaliação e o tratamento dentais. Deve-se considerar o encaminhamento a um dentista apropriadamente treinado e/ou experiente quando as necessidades do tratamento estão além da habilidade ou do interesse do Odontopediatra ou Clínico que acompanha o adolescente.

Circunstâncias crônicas:

As circunstâncias crônicas que afetam o adolescente incluem, mas não são limitadas à gengivite marginal, gengivite da puberdade, gengivite hiperplásica relacionada à terapia ortodôntica, à retração gengival que pode ou não pode estar relacionada à terapia ortodôntica, à gengivite relacionada a medicamentos, à gengivite da gravidez, à periodontite juvenil localizada e à periodontite.^{21,28,29,32} A higiene bucal pessoal e a intervenção profissional regular podem minimizar a ocorrência destas circunstâncias e impedir os danos irreversíveis.

Recomendações:

O adolescente beneficiar-se-á de um programa dental preventivo individualizado de saúde, que inclua os seguintes procedimentos apontados especificamente na saúde periodontal:

1. Educação do paciente que enfatiza a etiologia, as características, e a prevenção de doenças periodontais, bem como as habilidades da auto-higiene.
2. Um programa de higiene bucal pessoal, apropriado à idade do paciente, incluindo a remoção de placa, uma auto-avaliação da saúde bucal, e uma dieta. Tão importante quanto à escovação, o uso do fio dental deve ser enfatizado na remoção da placa, e deve-se fazer um acompanhamento freqüente para determinar se a placa está sendo removida adequadamente e a melhoria do aspecto gengival deve ser considerada.
3. Intervenção profissional regular: a freqüência deve ser baseada nas necessidades individuais e deve incluir a avaliação do sucesso da higiene bucal pessoal, da condição periodontal e dos fatores complicadores potenciais, tais como circunstâncias médicas, má oclusão ou deficiências físicas. Deve-se fazer a sondagem periodontal, fazer um mapa periodontal, e o diagnóstico radiográfico periodontal. São procedimentos de consideração ao se tratar o adolescente. A extensão e a natureza da avaliação periodontal devem ser determinadas profissionalmente em uma base individual. Aqueles pacientes com doença periodontal progressiva devem ser consultados por um dentista apropriadamente treinado e/ou experiente para a avaliação e o tratamento.
4. A avaliação deve ser apropriada para procedimentos que facilitem o tratamento ortodôntico, incluindo, mas não se limitado somente a: aumento da coroa clínica, frenectomia, fibrotomia e a colocação do implante.³³

Considerações oclusais:

A má oclusão pode ser uma necessidade significativa de tratamento na população adolescente, uma vez que fatores ambientais e genéticos estão em jogo. Embora a base genética de muitas más oclusões seja de difícil prevenção, existem numerosos métodos para tratar as discrepâncias oclusais, disfunção temporomandibular, doença periodontal, e a desfiguração que poderia estar associada à má oclusão. Dentro da área de problemas oclusais, estão diversas discrepâncias relacionadas a dente/maxilar, que podem afetar o adolescente. A má posição do terceiro molar e as disfunções temporomandibulares requerem a atenção especial para se evitar problemas em longo prazo. A ausência congênita de dentes apresenta problemas complexos para o adolescente e freqüentemente requerem cuidados ortodônticos e restaurador combinados para uma resolução satisfatória.

Más oclusões:

Todo problema de posicionamento de dentes/maxilar que apresentem disfunção estética significativa, ou funcional, ou fisiológica, ou emocional constituem dificuldades potenciais para o adolescente. Podem incluir mal posicionamento de um ou de múltiplos do dente, discrepâncias do tamanho entre dentes e maxilares e desfigurações craniofaciais.

Recomendações

Toda má posição dos dentes, seja ela o mau relacionamento dos dentes com relação aos maxilares, a discrepância do tamanho entre dente/maxilar, o mau relacionamento bi maxilar, ou as más formações craniofaciais ou os problemas da desfiguração que represente danos funcionais, estéticos, fisiológicos, ou emocionais ao adolescente devem ser avaliados pelo dentista ou equipe profissional treinados apropriadamente. O tratamento da má oclusão por um dentista apropriadamente treinado e/ou experiente deve ser baseado no diagnóstico profissional, opções disponíveis do tratamento, motivação e prontidão do paciente, e outros fatores, para que progresso do tratamento se maximize.

Terceiros molares:

Os terceiros molares podem apresentar problemas agudos e crônicos para o adolescente. Impactações ou más posições que possam levar a tais problemas como pericoronarites, lesões de cárie, cistos ou alterações periodontais são problemas dignos de avaliação para a indicação de exodontias.³²⁻³⁴ O papel do terceiro molar como um dente funcional deve também ser considerado.

Embora a remoção profilática dos terceiros molares inclusos ou impactados livres de doença não seja indicada, deve se considerar atenção à sua remoção na terceira década da vida, em que há uma probabilidade elevada da doença ou patologia e/ou os riscos associados com a remoção precoce são menores do que os riscos da remoção tardia.

Recomendações:

A avaliação dos terceiros molares, por meio de dispositivo de diagnóstico radiográfico, deve ser uma parte integral do exame clínico dental do adolescente.²⁵ Para critérios de diagnóstico e extração, consulte as páginas 158-164 para o Guia Clínico do Manual da AAPD na Cirurgia Oral Pediátrica.³⁵ O tratamento dos terceiros molares que são problemas potenciais ou ativos deve ser executado por um dentista apropriadamente treinado e/ou experiente.

Problemas temporomandibulares:

As disfunções da articulação temporomandibular podem ocorrer em qualquer idade, mas a adolescência poderia fornecer o estímulo para desencadear problemas.³⁶⁻³⁹

Recomendações:

A avaliação da articulação temporomandibular e estruturas relacionadas deve ser uma parte do exame do adolescente. As anormalidades devem ser controladas por um dentista apropriadamente treinado e/ou experiente, a fim de seguir os procedimentos clínicos aceitos.^{40,41}

Ausência congênita de dentes

O impacto de um dente permanente congenitamente ausente pode ser significativo.³ Ao se tratar pacientes adolescentes em tal situação, muitos fatores devem ser levados em consideração como: estética, idade do paciente, potencial de crescimento, bem como necessidades cirúrgicas periodontais e bucais. Entretanto, não devemos nos limitar somente a um ou outro fator, e sim nas necessidades gerais do paciente.⁴²⁻⁴⁴

Recomendações:

A avaliação dos dentes permanentes ausentes deve incluir uma abordagem a curto e longo prazo. O tratamento deverá ser realizado por um dentista apropriadamente treinado e/ou experiente, e um trabalho em equipe multidisciplinar pode ser indicado.⁴⁵

Erupção ectópica:

Os padrões anormais de erupção dos dentes permanentes do adolescente podem contribuir para a reabsorção radicular, a perda óssea, os defeitos gengivais, a perda de espaço e o comprometimento estético. O diagnóstico precoce e o tratamento dos dentes ectópicos podem resultar em uma dentição mais saudável e mais estética. A prevenção e o tratamento podem incluir a extração dos dentes decíduos, intervenção cirúrgica, e/ou do cuidado endodôntico, ortodôntico, periodontal e/ou restaurador.⁴⁶⁻⁵⁰

Recomendações:

O dentista deve ser pro ativo tanto no diagnóstico quanto no tratamento do adolescente com dentes ectopicamente erupcionados. O diagnóstico precoce por meio de exame radiográfico²⁵ da erupção ectópica é importante. Um dentista adequadamente treinado e/ou experiente deve conduzir o tratamento e um trabalho em equipe poderá ser necessário.⁴⁵

Lesões traumáticas:

Os ferimentos mais comuns que ocorrem nos dentes permanentes são aqueles resultantes de quedas, seguidas por acidentes de trânsito, por violência e por esportes.⁵¹⁻⁵⁴ Todas as atividades esportivas têm um risco associado a ferimentos orofaciais, devido às quedas, às colisões e ao contato com superfícies duras.⁵⁵ Os cuidadores responsáveis por jovens, seja em esportes organizados ou colégios e faculdades, demonstraram que os ferimentos dentais e faciais podem ser reduzidos significativamente introduzindo o equipamento protetor imperativo, tal como protetores de rosto e boca (mouthguards). Além disso, jovens que participam em atividades de lazer tais como skate, patinação e ciclismo também usufruem do benefício do equipamento protetor apropriado.^{56,57}

Recomendações

Os dentistas devem introduzir um programa detalhado da prevenção do trauma para ajudar a reduzir a incidência de ferimento traumático à dentição do adolescente. Este plano de prevenção deve considerar a avaliação do esporte ou da atividade do paciente, levando em conta o nível e a frequência da atividade.⁵⁸ Uma vez adquirida esta informação, a recomendação e a fabricação de um protetor bucal/facial apropriado à idade, específico ao esporte; assim, as medidas cabíveis poderão ser iniciadas. Os jogadores devem ser advertidos para não alterar o equipamento protetor, uma vez que isso pode afetar o ajuste do dispositivo. Além disso, os jogadores e os pais devem ser informados que ferimentos podem ocorrer, mesmo com equipamento protetor corretamente utilizado.⁵⁸

Considerações adicionais no controle bucal/ dental do adolescente:

O adolescente pode apresentar características psicossociais particulares que causam impacto no *status* de saúde da cavidade bucal, do cuidado que procuram e da cooperação. O processo do desenvolvimento do autoconceito, independência emergente e a influência dos amigos são alguns dos fatores psicodinâmicos que causam impacto na saúde dental durante este período.^{1,5,7,16}

Dentes descolorados ou manchados:

O desejo de melhorar a estética dos dentes, o clareamento dental e a remoção de áreas ou defeitos contendo manchas podem ser de interesse do adolescente. As indicações para o uso apropriado de agente clareador, bem como métodos e produtos, dependem de um diagnóstico correto.⁵⁹ O dentista deve determinar a modalidade apropriada do tratamento. O uso de agentes clareadores, de micro abrasão, de colocação de uma restauração estética ou de uma combinação de todos esses tratamentos pode ser considerado.⁶⁰

Recomendações

O uso criterioso de agentes clareadores para o paciente adolescente pode ser considerado parte de um plano de tratamento detalhado e, na seqüência do tratamento, deve-se fazer um exame levando-se em consideração o estágio de desenvolvimento dental do paciente, da higiene bucal e das lesões de cárie. O cirurgião-dentista deve monitorar o processo de clareamento, assegurando ser o mais eficaz e menos invasivo possível. Os profissionais também devem considerar efeitos colaterais possíveis ao contemplar o clareamento dental para pacientes adolescentes.^{61,62}

Uso do tabaco:

Conseqüências significativas, bucais, dentais, sistêmicas e morte estão associadas a todas as formas de uso do tabaco. Fumar e qualquer outro tipo de uso de tabaco quase sempre são iniciados e se estabelecem na adolescência.⁶³⁻⁶⁸

Recomendações:

A instrução do paciente adolescente sobre as conseqüências bucais e sistêmicas do uso do tabaco deve ser parte da educação de saúde bucal de cada paciente. Para pacientes adolescentes que já usam produtos derivados do tabaco, o profissional deve fornecer ou aconselhar o paciente aos serviços educacionais apropriados.⁶⁹⁻⁷¹ Quando a patologia associada está presente, o tratamento deve ser controlado por um profissional apropriadamente treinado e/ou experiente do cuidado de saúde.

Desenvolvimento juvenil positivo:

O tratamento e promoção da saúde bucal do adolescente devem levar em conta as necessidades psicológicas e sociais do adolescente. Isto pode se dar por meio da estrutura do

desenvolvimento positivo juvenil (DPJ).⁷² A abordagem vai além da prevenção tradicional, da intervenção e do tratamento de problemas e comportamentos de risco, sugerindo que um relacionamento interpessoal forte (vínculo) entre o paciente adolescente e o Odontopediatra pode ser de grande influência na melhora da saúde bucal do adolescente e no cuidado de pacientes em transição para a vida adulta.

É no consultório que o Odontopediatra tem a oportunidade de servir como modelo positivo para o jovem e, também, de mostrar que se importa com ele.

Recomendações:

O DPJ é reconhecido por conter um número de elementos chaves relevantes ao cuidado com pacientes jovens:

1. Oferecendo aos jovens ambientes seguros e de apoio;
2. promovendo relacionamentos entre jovens e adultos que se importam e que os podem guiar;
3. promovendo um estilo de vida saudável e ensinando padrões positivos da interação social;
4. fornecendo uma rede de segurança em caso de necessidade.⁷²

Pode-se alcançar a integração do DPJ na prática clínica por meio da educação continuada em desenvolvimento adolescente, bem como de parcerias com organizações de comunidade-de-base e de escolas. O dentista pode ser uma parte da miríade da sustentação a serviços adolescentes.

Considerações psicossociais e outras:

Quando se trata um adolescente, devemos levar em conta considerações comportamentais, o que inclui ansiedade, fobia, ou disfunção intelectual.¹ Estas necessidades especiais devem ser controladas por dentistas apropriadamente treinados. Trabalho em equipe ou indicação a profissionais da área pode ser aconselhável.

Exemplos adicionais de problemas bucais associados a comportamentos adolescentes incluem, mas não são limitados a:

1. manifestações bucais de doenças venéreas;
2. efeitos de anticoncepcionais ou de antibióticos bucais em estruturas periodontais;
3. perimólise na bulimia;⁷³
4. ferimento traumático nos dentes e nas estruturas bucais em atividades atléticas ou outras (controle a curto e a longo prazo);^{57,74-76}
5. uso de piercing intrabucal e peribucal com efeitos locais e sistêmicos possíveis.^{77,78}

O impacto dos fatores psicossociais que se relacionam à saúde bucal deve incluir a consideração do seguinte

1. mudanças nos hábitos alimentares (ex: modismos, petiscos, necessidades de energia aumentadas, acesso aos carboidratos);
2. uso e abuso das drogas;
3. motivação para a manutenção de boa higiene bucal;
4. potencial para ferimento traumático;
5. o adolescente como responsável pelo cuidado;
6. falta do conhecimento sobre a doença periodontal.

As mudanças fisiológicas também podem ser responsáveis por problemas bucais significativos no adolescente. Estes incluem:

1. perda dos dentes decíduos restantes;
2. irrupção dos dentes permanentes restantes;
3. maturidade gengival;
4. crescimento facial;
5. mudanças hormonais.

Recomendações

1. O cuidado da saúde bucal do adolescente deve ser efetuado por um dentista que tenha o treinamento apropriado em controlar as necessidades específicas do paciente. O Odontopediatra deve considerar a indicação a um especialista para o tratamento das especialidades fora da sua área de atuação ou experiência. Isto pode incluir problemas odontológicos ou não-odontológicos.
2. Deve-se dar atenção aos aspectos psicossociais especiais do cuidado dental do adolescente. Outras questões tais como o consentimento informado, o sigilo profissional e a obediência ao estabelecido devem ser dirigidos no cuidado destes pacientes.^{79,80}
3. Um programa bucal completo do cuidado de saúde para o adolescente requer um componente educacional que se dirija às necessidades e interesses particulares do paciente e se concentre em:
 - a) manifestações bucais específicas induzidas por componentes fisiológicos e comportamentais nesta faixa etária;
 - b) responsabilidade compartilhada para cuidados de saúde pelo adolescente e responsável;
 - c) conseqüências do comportamento do adolescente na saúde bucal.

Transição para o cuidado do adulto:

No momento em que os pacientes adolescentes se aproximam da maioridade, é importante educa-los e o pai ou responsável sobre a importância na transição a um dentista que tenha conhecimento no cuidado de saúde bucal do adulto. As necessidades bucais da saúde do adulto podem ir além do treinamento do Odontopediatra. A transição deve se dar continuando com o cuidado profissional em um ambiente sensível a suas necessidades individuais. Muitos pacientes adolescentes escolherão independentemente o momento de procurar os cuidados de um clínico geral e podem escolher procurar o tratamento com o profissional que cuida dos pais ou responsáveis. Em alguns casos, o adolescente pode pedir ao Odontopediatra para sugerir transferência ao cuidado do adulto.

Os Odontopediatras estão preocupados com o acesso diminuído ao cuidado de saúde bucal para pessoas portadoras de necessidades especiais, quando da transição para a maioridade. Os hospitais pediátricos impõem restrições e, por limitações de imposição de idade, podem criar uma barreira para cuidar destes pacientes. Fazer a transição para um dentista que tenha conhecimento dos cuidados de saúde bucal do adulto é frequentemente difícil devido a uma falta de profissionais treinados que queiram aceitar a responsabilidade de cuidar de pacientes portadores de necessidades especiais.

Recomendações:

Deve haver, em algum momento, um acordo entre paciente, pai e dentista Odontopediatra. O paciente deve fazer a transição para um dentista de confiança, com conhecimento, familiarizado em manejar necessidades bucais específicas do cuidado desse paciente. Para o paciente portador de necessidades especiais, nos casos onde não for possível ou desejado efetuar a transição a outro profissional, o cuidado dental domiciliar poderá permanecer com o Odontopediatra e as indicações apropriado para o cuidado dental especializado devem ser recomendadas quando necessitadas.⁸²

Referências Bibliográficas

1. American Psychological Association. Development Adolescents: A Reference for Professionals Washington, DC: American Psychological Association: 2002.
2. US Census Bureau. (2001) Census 2000 PHC-T-9. Population by age, sex, race for the United States. Census 2003 Summary File I. Available at: <http://factfinder.census.gov>. Accessed February 7, 2005.

3. Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ. Adolescents. In: *Pediatric Dentistry: Infancy Through Adolescents*. 4th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 2005:649-718.
4. National Institutes of Health. Consensus development conference statement: Diagnosis and management of dental caries throughout life, March 26-28,2001. *Jam Dent Assoc* 2001;132:153-1161.
5. Macgregor ID, Regis D, Balding J. Self-concept and dental health behaviors in adolescents. *J Clin Periodontol* 1997;24:335-339.
6. Yu SM, Bellamy HA, Schwasberg RH, Drum MA. Factors associated with use of preventive dental and health services among US adolescents. *J Adoles Health* 2001;29:395-405.
7. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on prevention of sports-related orofacial injuries. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):44.
8. US Dept of Health and Human Services. *Oral Health In America: A Report of the Surgeon General- Executive Summary*. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health. 2000.
9. Kaste LM, Selwitz RH, Oldakowski JA, Brunelle JA, Winn DM, Brown LJ. Coronal caries in the primary and permanent dentition of children and adolescents 1-17 years of age: United States, 1988-1991. *J Dent Res* 1996;75(special issue): 631-641.
10. Burt BA. Prevention policies in light of the changed distribution of dental caries. *Acta Odontol Scand* 1998;56:179-186.
11. Kirkham J, Robinson C, Strong M, Shore RC. Effects of frequency of acid exposure on demineralization/ remineralization behavior of human enamel in vitro. *Caries Res* 1994;28:9-13.
12. Howze KA. *Health for Teens in Care: A Judge's Guide* 2002. Washington, DC: American Bar Association; 2002.
13. Majewski RF. Dental caries in adolescents associated with caffeinated carbonated beverages. *Pediatr Dent* 2001;23:198-203.
14. Marshall TA, Levy SM, Broffitt B, et al. Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics* 2003;112:e184-e191.
15. Irwin CE, Millstein SG. Biophysical correlates of risk-taking behavior during adolescence. *J Adolesc Health Care* 1986;7:825-965.

16. CDC. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States MMWR 2001;50:1-42.
17. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):87-88.
18. Macgregor ID, Balding J, Regis D. Tooth-brushing schedule, motivation, and lifestyle behaviors in 7,770 young adolescents. *Community Dent Health* 1996;13:232-237.
19. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance, and oral treatment for children. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):81-83.
20. Freeman R, Sheiham A. Understanding decision-making process for sugar consumption in adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:228-232.
21. Feigal RJ. The use of pit and fissure sealants. *Pediatr Dent* 2002;24:415-422.
22. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Worthington H, Makela M. Pit and fissure for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents [review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;3:CD001830.
23. Macek MD, Beltran-Aguilar ED, Lockwood SA, Malvitz DM. Updated comparison of the caries susceptibility of various morphological types of permanent teeth. *J Public Health Dent* 2003;63:174-182.
24. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on pediatric restorative dentistry. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):106-114.
25. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and persons with special health care needs. *Pediatr Dent* 2005;27(suppl):185-186.
26. Donly K. Pediatric Restorative Dentistry Consensus Conference. *Pediatr Dent* 2004;24:374.
27. Croll TP, Castaldi CR. The preformed stainless steel crown for restoration of permanent posterior teeth in special cases. *J Am Dent Assoc* 1978;97:644-649.
28. American Academy of Periodontology. Oral health info for the public: Adolescents and oral health care. Available at: <http://www.perio.org/consumerchildren.htm>. Accessed February 7, 2005.
29. Modeer T, Wondimu B. Periodontal diseases in children and adolescents. *Dent Clin North Am* 2000;44:633-658.
30. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *J Periodontol* 1994;65:260-267.

31. Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, et al. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol* 1995;66:23-29.
32. Litonjua LS. Pericoronitis, deep fascial space infections, and the impacted third molar. *J Philipp Dent Assoc* 1996;47:43-47.
33. American Academy of Periodontology. Periodontal therapy. *J Periodontol* 2001;72:1624-1628.
34. Waller JH, Malden N. Rapid cystic involvement of a lower third molar. *Dent Update* 1999;26:166-167.
35. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on pediatric oral surgery. *Pediatr Dent* 2005;27(suppl):158-164.
36. American Academy of Pediatric Dentistry. Treatment of temporomandibular disorders in children: Summary statements and recommendations. *J Am Dent Assoc* 1990;120:265-269.
37. Riolo ML, ten Have TR, Brandt D. Clinical validity of the relationship between TMJ signs and symptoms in children and youth. *J Dent Child* 1988;55:110-113.
38. Alamoudi N, Farsi N, Salako N, Feteik R. Temporomandibular disorders among school children. *J Clin Pediatr Dent* 1998;23:323-329.
39. Nydell A, Helkimo M, Koch G. Craniomandibular disorders in children: A critical of the literature. *Swed Dent J* 1994;18:191-205.
40. National Institutes of Health. Management of Temporomandibular Disorders. Bethesda, Md; NIH Techno Assess Statement; 1996:1-31. Available at: http://consensus.nih.gov/ta/018/018_statement.htm. Accessed February 7, 2005.
41. Skeppar J, Nilner M. Treatment of craniomandibular disorders in children and young adults. *J Orofac Pain* 1993;7:362-369.
42. Garg AK. Treatment of congenitally missing maxillary incisors: Orthodontics, bone grafts, and osseointegrated implants. *Dent Implantol Update* 2002;13:9-14.
43. Wexler G. Missing upper lateral incisors: Orthodontic considerations in young patients. *Ann R Australas Coll Dent Surg* 2002;15:136-140.
44. Richardson G, Russell KA. Congenitally missing maxillary incisors and orthodontics treatment considerations for the single tooth implant. *J Can Dent Assoc* 2001;67:25-28.
45. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005;27(suppl):143-155.

46. Chaushu S, Sharabi S, Becker A. Dental morphologic characteristics of normal versus delayed developing dentitions with palatally displaced canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;131:399-346.
47. Kojima R, Taguchi Y, Kabayashi H, Noda T. External root resorption of the maxillary permanent incisors caused by ectopically erupting canines. *J Clin Pediatr Dent* 2002;26:193-197.
48. Ericson S, Kurol PJ. Resorption of incisors after ectopic eruption of maxillary canines. *Angle Orthod* 2000;70:415-423.
49. Shapira Y, Borell G, Kuftinec MM. Bringing impacted mandibular second premolars into occlusion. *J Am Dent Assoc* 1996;127:1075-1078.
50. Kurol J. Early treatment of tooth eruption disturbances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121:588-591.
51. Rocha MJdC, Cardoso M. Traumatized permanent teeth in Brazilian children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. *Dent Traumatol* 2001;17:245-249.
52. de Franca Caldas A Jr, Burgos MEA. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. *Dent Traumatol* 2001;17:250-253.
53. Skaare AB, Jacobsen I. Dental injuries in Norwegians aged 7-18 years. *Dent Traumatol* 2003;19:67-71.
54. Tapias Ma, Jimenez-Garcia R, Lamas F, Bil AA. Prevalence of traumatic crown to permanent incisors in a childhood population: Mostoles, Spain *Dent Traumatol* 2003;19:119-122.
55. Gassner R, Bosch R, Tuli T, Emshoff R. Prevalence of dental trauma in 6,000 patients with facial injuries: Implications for prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;87:27-33.
56. Tesini DA, Soporowski NJ. Epidemiology of orofacial sports-related injuries. *Dent Clin North Am* 2000;44:1-18.
57. Ranalli DN. Prevention of sport-related dental traumatic injuries. *Dent Clin North Am* 2000;44:19-33.
58. Ranalli DN. A sports dentistry trauma control plan for children and adolescents. *J Southeast Soc Pediatr Dent* 2002;8:8-9.
59. Sarrett DC. Tooth whitening today. *J Am Dent Assoc* 2002;133:1535-1538.
60. Donly KJ. The adolescents patient: Special whitening challenges. *Compend Contin Educ Dent* 2003;24:390-396.

61. Li Y. Tooth bleaching using peroxide containing agents: Current status of safety issues. *Compendium* 1998;19:783-796.
62. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dental bleaching for child and adolescents patients. *Pediatr Dent*. 2004;26(suppl):46-47.
63. US Dept of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People: Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Dept of Health and Human Services, Public Health Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1994.
64. CDC. Tobacco use among high school students United States, 1997. *MMWR* 1998;47:229-233.
65. Tomar SL, Winn DM, Swango PA, Giovino GA, Kleinman DV. Oral mucosal smokeless tobacco lesions among adolescents in the United States. *J Dent Res* 1997;76:1277-1286.
66. Audrain-McGoven J, Rodrigues D, Tercyak KP, Cuevas J, Rodgers K, Patterson F. Identifying and characterizing adolescents smoking trajectories. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13:2023-2034.
67. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Drane JW. Evaluating the performance of the Centers for Disease Control and Prevention core Health-Related quality of life scale with adolescents. *Public Health Rep* 2004;119:577-584.
68. Johnson CC, Myers L, Webber LS, Boris NW. Profiles of the adolescents smoker: Models of tobacco use among 9th grade high school student; Acadianna Coalition of Teens against Tobacco (ACTT). *Prev Med* 2004;39:551-558.
69. American Dental Association. Summary of policy and recommendations regarding tobacco: 1964-present. ADA Resolution 1 H-1992. In: *ADA Transactions 1992*. Chicago, III: ADA; 1993:598.
70. American Cancer Society, National Cancer Institute, National Institutes of Health. How to Help Your Patients Stop Using Tobacco: A National Cancer Institute Manual for the Oral Health Team. Bethesda, Md: National Institutes of Health, US Dept of Health and human Services, Public Health Services; 1998. NIH publication No. 98-3191.
71. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Tobacco Use. *Pediatr Dent* 2004;27(suppl):42-43.
72. US Department of Health and Human Services Administration for Children and Families. *Toward a Blueprint for Youth: Making Positive Youth Development a*

- National Priority. Rockville, Md US Department of Health and Human Services; 2002. Available at: <http://www.acf.dhhs.gov/programs/fysb/youthinfo/blueprint2.htm>. Accessed February 7, 2005.
73. Christenson GJ. Oral care for patients with bulimia. *J Am Dent Assoc* 2002;133:1689-1691.
 74. Cortes MIS, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-to 14-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:193-198.
 75. Gassner R, Tuli T, Hachl O, Moreira R, Ulmer H. Craniomaxillofacial trauma in children: A review of 3,385 cases with 6,060 injuries in 10 years. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:399-407.
 76. Barnett F. Prevention of sports-related dental trauma: The role of mouthguards. *Pract Proced Aesthet Dent* 2003;15:391-394.
 77. American Academy Association. Statement on intraoral/ perioral piercing. Available at: www.ada.org/prof/recoveries/positions/statements/piercings.asp.html Accessed February 7, 2005.
 78. Boardman R Smith RA. Dental implications of oral piercing. *J Calif Dent Assoc* 1997;25:200-207.
 79. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on record-keeping. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):134-139.
 80. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on informed consent. *Pediatr Dent* 2005;27(suppl):182-183.
 81. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of persons with special health care needs. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):15.
 82. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on management of persons with special health care needs. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):77-80.