

O que o pediatra precisa saber sobre cuidados odontológicos na primeira infância

Denise Martins Carvalho

Membro do Comitê de Saúde Escolar da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro.

Mestre e Especialista em Odontopediatria pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Sócia da Associação Brasileira de Odontopediatria.

No último levantamento nacional de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2010, observou-se que aos cinco anos de idade uma criança brasileira possui, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie.¹

Crianças são afetadas pela doença no mundo todo, mas sua manifestação ocorre de forma desigual na população: geralmente as pessoas socialmente menos favorecidas são acometidas com maior severidade e têm menos acesso a tratamento. A doença cárie pode levar à dor, dificuldade para se alimentar, perda de peso e redução do rendimento escolar. Como a cárie na primeira infância ainda é uma doença altamente prevalente no Brasil e no mundo – 40% das crianças americanas e 53,4% das crianças brasileiras apresentam cárie aos cinco anos de idade –, os profissionais que cuidam de crianças dessa idade, especialmente os pediatras, devem ter informações corretas e atualizadas sobre as suas formas de prevenção. A Academia Americana de Odontopediatria e a Sociedade Brasileira de Odontopediatria recomendam, ainda, que a primeira visita ao dentista deva ocorrer no primeiro ano de vida, ou a partir do nascimento do primeiro dente, o que ocorrer antes.^{2,3}

Há muitas inconsistências quanto às orientações de higiene bucal em crianças, principalmente em relação à época de início dos cuidados e a como eles

devem ser realizados.⁴

A cárie dentária é uma doença que se desenvolve a partir do desequilíbrio que açúcares da dieta provocam na comunidade bacteriana bucal, que naturalmente adere às superfícies dentais na forma de biofilme. A exposição desse biofilme a açúcares fermentáveis resulta em perda mineral do esmalte. Se a perda mineral é maior que a reposição feita naturalmente pela saliva, surgem as lesões de cárie: inicialmente manchas brancas opacas, até cavidades ocasionadas pela fratura do esmalte.

Sabendo disso, para a prevenção da cárie dentária, é importante que a dieta seja pobre em açúcares (principalmente sacarose) e que o biofilme não fique acumulado na superfície dentária por muito tempo. Sob essa mesma ótica, como o biofilme adere e acumula apenas nas superfícies duras (esmalte), não há recomendação da higiene das mucosas/gengiva antes do nascimento dos dentes para prevenir a cárie.

Entretanto, a partir do surgimento do primeiro dente na cavidade bucal, em torno dos seis meses de idade, já é recomendada a remoção/desorganização do biofilme pelo menos duas vezes por dia: o dente é a única superfície do organismo não descamável (exfoliativa), portanto precisa ser regularmente escovado. Associado a isso, é importante o uso do dentífrico fluoretado em concentração adequada (a partir de 1.000 ppm de

flúor) em quantidade compatível com a quantidade de dentes, como segue:

- a) do nascimento do primeiro dente até os 12 meses (quatro a oito incisivos irrompidos) – meio grão de arroz cru ou “lambuzadela” de dentífrico com flúor duas vezes por dia;
- b) dos 12 meses aos quatro anos – um grão de arroz cru de dentífrico com flúor duas vezes por dia;
- c) a partir dos quatro anos – um grão de ervilha de dentífrico com flúor duas vezes por dia.

Os dentífricos são uma forma fácil e eficiente de prevenir e controlar a cárie dentária, mas devem ser encarados por pais e cuidadores como uma medicação. Não devem ficar ao alcance de crianças pequenas e a escovação deve ser sempre supervisionada. Se uma criança de 10 kg ingerir o conteúdo de um tubo de 90 g de pasta de dente com 1.000 ppm F de uma só vez, ela será submetida à dose de 9 mg F/kg, 1,8 vezes maior que a dose provavelmente tóxica de flúor em termos de efeito agudo.

Entretanto, a preocupação com o uso de dentífrico fluoretado é com a fluoro-se dental, a toxicidade crônica da exposição ao flúor durante a formação dos dentes. Essa preocupação é compartilhada pelos médicos e pais dos pacientes, uma vez que o reflexo de cuspir se manifesta na criança apenas a partir dos

dois anos de idade e o flúor ingerido diariamente poderia agravar a fluorose que já pode ocorrer pela ingestão da água.

No que se refere à fluorose, o Ministério da Saúde identificou que 16,7% das crianças brasileiras com 12 anos apresentavam fluorose em 2010, sendo que, desse universo, 15,1% nos níveis de gravidade muito leve (10,8%) e leve (4,3%). Nos casos mais leves, são vistas linhas brancas finas que atravessam a coroa dos dentes afetados no sentido transversal. Geralmente, essas linhas só são percebidas com os dentes escovados e secos. A fluorose muito leve a leve não é percebida pelos próprios indivíduos afetados ou por seus pais, enquanto que a fluorose de moderada a grave, que pode comprometer estética e funcionalmente os dentes, é extremamente rara. A prevalência e a severidade de fluorose encontradas no Brasil em crianças expostas à água e dentifrícios fluoretados não se constituem preocupação em termos de saúde pública. Esse mesmo fato tem sido relatado na Austrália, EUA e Nova Zelândia, países nos quais há programas de saúde pública de fluoretação da água e, ao mesmo tempo, exposição a dentifrícios fluoretados. Em acréscimo, nesses países, a qualidade de vida das pessoas é afetada pela cárie, mas não pela fluorose.⁵

Apesar disso, dentifrícios sem flúor ou de baixa concentração de flúor

(menor que 600 ppm F) estão disponíveis no mercado para atender aqueles preocupados com o risco do desenvolvimento de fluorose.

O período de risco de desenvolvimento de fluorose vai do nascimento até os oito anos de idade, sendo a relação linear de dose-efeito entre mg F/dia/kg de peso. Por outro lado, uma revisão sistemática Cochrane⁶ com o objetivo de descrever a relação entre o uso tópico de fluoretos por crianças e jovens e o risco de desenvolvimento de fluorose encontrou evidência fraca de que o uso do dentifrício fluoretado antes dos 12 meses de idade possa estar associado ao aumento da incidência de fluorose. Além disso, não detectou associações significativas entre a fluorose e a quantidade de dentifrício utilizada. Assim, a recomendação de que o uso do dentifrício fluoretado por/em crianças seja postergado para idades superiores a quatro/seis anos não encontra respaldo em termos do risco de fluorose.

Uma das ferramentas disponíveis mais importantes para o controle da cárie dentária é o uso do dentifrício fluoretado em concentração convencional de 1.000-1.500 ppm F. Utilizando a quantidade adequada de dentifrício, a quantidade de flúor ingerida é segura em termos de fluorose dental e o benefício anticárie é mantido.

Resumidamente: 1) a cárie dentária é um problema importante de saúde

pública para as crianças brasileiras; 2) a cárie na primeira infância pode produzir diversos efeitos negativos sobre a vida das crianças afetadas; 3) os dentifrícios fluoretados são uma forma fácil e eficiente de prevenir e controlar a cárie; 4) os casos de fluorose observados no Brasil são geralmente do tipo leve ou muito leve, sem potencial para prejudicar a qualidade de vida das crianças afetadas; 5) a qualidade de vida das pessoas é afetada pela cárie, mas não pela fluorose decorrente do uso de água otimamente fluoretada e/ou dentifrício fluoretado.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 2 American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent.* 2011;33(6 Suppl):124-8.
- 3 American Academy of Pediatrics. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics.* 2003;111(5):1113-6.
- 4 Santos AP, Nadanovsky P, Oliveira BH. Inconsistencies in recommendations on oral hygiene practices for children by professional dental and paediatric organisations in ten countries. *Int J Paediatr Dent.* 2011;21(3):223-31.
- 5 Chedid SJ, Blank D, Cury JA. Higiene bucal usando fluoreto: medidas de prevenção. In: Campos Jr. D, Burns DA, Borges W, Blank D (Orgs.). *Tratado de pediatria.* 4. ed. 2017.
- 6 Wong MC, Glenny AM, Tsang BW, Lo EC, Worthington HV, Marinho VC. Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;20(1):CD007693.