

Saúde bucal na infância e adolescência

Julio Carlos Noronha¹, Hayder Egg Gomes², Carolina Morsani Mordente³, Bernardo Quiroga Souki⁴

RESUMO

1. Professor Aposentado do Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFMG
2. Mestrando em Ortodontia na PUC Minas
3. Doutoranda em Odontologia na PUC Minas
4. Professor Adjunto do Programa de Pós-graduação em Ortodontia da PUC Minas

O alcance de um bom estado de saúde bucal de indivíduos em fase de crescimento é resultado de uma ação conjunta de bons hábitos dos mesmos e/ou responsáveis, e do envolvimento familiar com o suporte paralelo oferecido por profissionais treinados a diagnosticar e implementar medidas preventivas de baixo grau de complexidade. Esta combinação traz o máximo de eficácia e eficiência para a manutenção de um bom estado de saúde bucal. A correta orientação aos pacientes, pelos profissionais da área de Saúde, contribui para a qualidade de vida de pacientes e familiares. Objetiva-se, com este artigo, atualizar todos aqueles que cuidam de bebês, crianças e adolescentes nos conceitos atuais sobre as principais condições que afetam a saúde bucal nas fases de dentaduras decídua e mista (dentes de leite, e fase de troca de dentes, respectivamente), como a cárie dentária, gengivite, má oclusões e bruxismo.

Palavras-chave: Cárie Dentária. Gengivite. Má Oclusão. Saúde Bucal. Prevenção de Doenças.

ABSTRACT

Achieving good oral health of growing patients is the result of joint action of the positive habits by the patients and the family involvement with the parallel support offered by trained professionals to diagnose and implement preventive measures of low complexity. This scenario brings maximum effectiveness and efficiency in the health care providers contributes to the quality of life of patients and their families. The aim of this article is to update the Pediatricians on current concepts about the main conditions that affect the oral health of children in the deciduous and mixed dentition phases, as dental caries, gingivitis, malocclusions and bruxism.

Keywords: Dental Caries. Gingivitis. Malocclusion. Oral Health. Disease Prevention.

INTRODUÇÃO

Diante do princípio que “a criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990), cabe aos profissionais da área das Ciências da Saúde, e em especial da Pediatria, manterem-se atualizados a respeito dos aspectos fundamentais que cercam a preservação da saúde bucal nessa população.

Os principais problemas de saúde bucal que afetam as crianças em fase de dentadura decídua e mista são: a) cárie dentária; b) problemas periodontais (em especial nesta faixa etária mais jovem, a gengiva); c) lesões traumáticas dentárias; d) más oclusões; e) desgaste dentário por bruxismo. Estes problemas de saúde bucal têm associação direta ou indireta com a qualidade de vida das crianças e adolescentes e conseqüentemente, dos familiares. O conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) tem sido utilizado para se referir ao impacto que as condições bucais podem ter nas atividades diárias, bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Em relação à “doença cárie” e às “más oclusões”, existem evidências científicas que revelam o impacto negativo na QVRSB de pacientes pré-escolares. O mesmo impacto negativo também já foi observado para as “lesões traumáticas dentárias”.¹

Todo cirurgião-dentista está legalmente habilitado a oferecer tratamento aos seus pacientes pelos conhecimentos adquiridos em curso regular de Odontologia (Lei nº 5081, de 24 de agosto de 1966) em qualquer nível de complexidade dos problemas de saúde bucal. No entanto, na Odontologia, a especialidade denominada Odontopediatria é aquela que tem o objetivo de diagnosticar, prevenir e tratar problemas de saúde bucal da criança e do adolescente, muitas vezes, em conjunto com a Ortodontia. A Ortodontia, por sua vez, tem o objetivo de diagnosticar, prevenir e tratar alterações do posicionamento dentário e esquelético de crianças, adolescentes e adultos (resolução CFO 185/93V – Art. 58).

PRIMEIRA CONSULTA COM O CIRURGIÃO-DENTISTA

A Associação Brasileira de Odontopediatria recomenda que por volta dos primeiros 6 meses de vida do lactente aconteça a primeira visita odontológica. O odontopediatra é habilitado a diagnosticar tanto situações de normalidade quanto possíveis alterações em estruturas orais, oferecer orientações em relação à alimentação e à limpeza, além de otimizar a instalação de uma rotina comportamental que favoreça a boa saúde bucal.²

É importante que o processo de limpeza dos dentes de leite seja feito diariamente, pelo menos uma vez ao dia, por meio de escovas, dedeiras ou gaze enrolada nos dedos do adulto cuidador assim que o primeiro dente de leite irromper na cavidade bucal, geralmente por volta dos 6 meses de vida. Tal cuidado deve ser feito apenas com água filtrada, a princípio sem o uso de qualquer creme dental, principalmente os fluoretados. Existem no mercado, cremes dentais sem a incorporação de flúor, mas o seu uso durante a fase de lactação não está recomendado. O início da incorporação de

cremes dentais no processo de higiene bucal deve ser feito sob orientação do odontopediatra, evitando-se assim o uso inapropriado em fases precoces. A dieta e a higiene bucal do bebê podem favorecer ao equilíbrio e a manutenção da boa saúde geral.³ Uma vez que, no primeiro ano de vida do bebê, o contato com o médico pediatra é frequente, torna-se muito oportuno que a saúde bucal do paciente seja abordada pelo mesmo, estabelecendo-se assim os primeiros cuidados odontológicos e o reforço da necessidade de iniciar um programa de monitoramento e atenção primária pelos dentistas.⁴

MANUTENÇÃO DA BOA SAÚDE BUCAL

Um programa permanente de monitoramento e atenção primária é considerado uma prática profissional que facilita o acesso à saúde bucal para um maior contingente de pessoas. Em um programa permanente de monitoramento, a “Manutenção Preventiva” é o retorno planejado e não precipitado de um paciente que, quando foi consultado pela última vez, estava com adequada saúde bucal. O espaço natural para acontecer a atenção primária, seja nos serviços públicos coletivos ou na clínica particular, é a consulta protocolar de “Manutenção Preventiva”, que tem intervalos de tempo baseado no julgamento do cirurgião-dentista, de acordo com as necessidades odontológicas de cada paciente/família, variando de mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente.^{5,6}

Axelsson e Lindhe⁷ realizaram um estudo para o entendimento da associação entre a incidência de lesões de cárie e gengivite com a profilaxia realizada seja por profissionais em intervalos reduzidos (quinzenais), ou a limpeza feita por exclusivamente por crianças. Concluíram que a higiene bucal realizada apenas pelas crianças teve força de controle da inflamação gengival, entretanto sem impacto na incidência de cárie dentária. Já a profilaxia profissional realizada de forma rotineira, conseguiu reduzir os índices de gengivite e de incidência de cárie. Assim, para uma redução efetiva do risco de lesões de cárie faz-se necessária a aplicação de fluoretos e higiene profissional no consultório, associado ao uso regular de cremes dentais fluoretados na dosagem ideal de cada condição clínica.⁸

CONDIÇÕES QUE TEM INDICAÇÃO DO CUIDADO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

A doença cárie, a gengivite e as más oclusões são as doenças bucais mais prevalentes nos seres humanos e, ainda, passíveis de tratamento e ou controle efetivos. Por questões culturais, a maioria dos pais ou responsáveis espera que os dentistas, sozinhos, tomem conta da boca de seus filhos. Além disso, pensam que o controle da cárie e da gengivite, pode ser obtido meramente pela visita ao consultório com intervalos regulares, o que na realidade não é suficiente e geralmente resulta em frustração para todos os envolvidos.⁹

É função nobre dos profissionais de saúde, cirurgiões-dentistas ou não, estimular os pais para uma participação ativa na higiene dental e no controle de possíveis alterações na cavidade bucal dos seus filhos. O que dentro da realidade

econômico-cultural de nosso país não é uma missão fácil, seja nos extremos privilegiados ou desprivilegiados do extrato social. O estilo de estruturação e criação da família é uma variável fundamental para que o cirurgião-dentista caia nas boas graças da criança. O medo é uma das principais barreiras ao atendimento odontológico infantil regular, e claro, muitas vezes, potencializado por relatos fantasiosos de pessoas próximas que vivenciaram experiências desastrosas.¹⁰ A melhor maneira de superá-lo é pela construção de uma relação de confiança com um profissional bem treinado para o exercício da especialidade.

Existem técnicas de adaptação do comportamento da criança à situação odontológica baseadas na ciência e na experiência clínica. No entanto, os atendimentos de “Manutenção Preventiva” por serem de baixa densidade tecnológica tornam-se o caminho de escolha para forjar-se uma relação proveitosa e harmoniosa entre o paciente e o cirurgião-dentista.

Hábitos bucais deletérios, incluindo a sucção digital não nutritiva, interposição lingual, onicofagia e outros devem ser monitorados e necessitam de uma adequada orientação aos pais em relação aos limites e tolerâncias, muitas vezes com terapias que devem ser ofertadas por uma equipe multiprofissional.

CÁRIE DENTÁRIA E USO DE FLÚOR

A cárie dentária é uma doença que, acima de tudo, tem um único fator causal específico: açúcares livres. A despeito da esmagadora evidência deste papel singular dos açúcares livres, diversos centros de estudos ainda têm considerado de forma divergente que a cárie é uma doença multifatorial, e por isso, concentram sua atuação de forma terapêutica, principalmente sobre os fatores atenuantes, tais como o uso de fluoreto e a higiene dental.¹¹ Todavia, a exposição frequente a açúcares da dieta, principalmente a sacarose, é considerada o fator mais importante para o desenvolvimento de cárie, porque ao mesmo tempo em que bactérias cariogênicas são selecionadas no biofilme dental em formação, o ácido produzido dissolve o mineral dos dentes. Essa dissolução ocorrerá pelo período em que o pH ficar abaixo do nível crítico, sendo o pH crítico para o esmalte em torno de 5,5, e para a dentina em torno de 6,5, na ausência de fluoretos.¹²

Ainda em relação à doença cárie, pode-se dizer que as lesões de cárie ativas permanecem neste estágio por falta de cooperação do núcleo familiar e/ou do paciente, ou pelo diagnóstico impreciso do fator causal. Consequentemente, isto leva a uma intervenção inadequada da equipe profissional.⁶

O flúor é um agente terapêutico que reduz a taxa de desmineralização e aumenta a incorporação mineral – remineralização – nos tecidos duros dentários.¹³ A exposição diária durante a escovação dos dentes com creme dental fluoretado é a razão principal para o declínio da cárie observado em populações desde os anos 1970.^{14,15} Do ponto de vista prático, mais importante do que a marca comercial dos dentifrícios, o que deve ser considerado em relação aos fluoretos é a observância da presença de pelo menos 1000 ppm de flúor na sua formulação. Crianças abaixo de 6 anos de idade, pela dificuldade em controlar a ingestão acidental de doses potencialmente tóxicas, deveriam ter acesso ao creme

dental fluoretado supervisionado de forma contínua pelos pais.¹⁶ Até os três anos de idade um bom referencial é usar, na escova, em cada escovação, uma quantidade de creme dental fluoretado que se assemelha ao tamanho de meio grão de arroz. Estudos clínicos têm mostrado pouca associação entre o volume (quantidade) de dentifrício usado e sua eficácia anticárie,¹⁷ enquanto a concentração de flúor no dentifrício parece ser o fator mais importante tanto nos níveis de flúor encontrados na placa como também na eficácia anticárie obtida.^{17,18}

Enquanto o benefício anticárie parece depender da concentração de fluoretos nos dentifrícios, o risco de fluorose (sequela na estrutura do dente em formação pela exposição crônica a altas doses de fluoretos) depende principalmente da dose geral de flúor ingerido.¹³ Assim, recomenda-se uma consulta com o odontopediatra ou cirurgião-dentista a fim de estabelecer a concentração adequada de flúor no dentifrício para cada paciente, baseando-se em critérios científicos, tais como o risco ou atividade de cárie e sua exposição geral ao flúor. Para crianças jovens (seis anos ou menos), a escovação deve ser sempre supervisionada, e é importante que o dentifrício esteja fora de alcance para minimizar o risco de a criança ingeri-lo.¹⁹ Dos três aos seis anos a quantidade de referência seria o tamanho de um grão de arroz cozido, ou seja ligeiramente maior do que a dose recomendada em idade mais tenra, conforme descrito no parágrafo anterior.

O tamanho e formato da escova têm papéis importantes na qualidade da higiene bucal. Escovas de cabeça pequena, cerdas macias e de pontas arredondadas têm melhores chances de atender a maioria das crianças. Cerdas novas, sem curvaturas e sempre bem limpas após a higiene bucal garantem também um processo eficaz e eficiente. Escovas temáticas podem servir de motivação para o hábito de higiene bucal.

O PAPEL DA DIETA NO DESENVOLVIMENTO DA CÁRIE DENTÁRIA

Uma revisão sistemática incluindo 36 estudos mostrou que a relação entre consumo de açúcar e a doença cárie é mais fraca na época moderna de exposição ao flúor do que quando os fluoretos não eram ofertados de forma generalizada. Entretanto, esse estudo reafirmou que o controle do consumo de açúcares é uma parte ainda essencial da prevenção da cárie. Considera-se o consumo racional de açúcares, preferencialmente limitado a um momento específico (após as grandes refeições) e não generalizado em vários momentos do dia, como uma orientação consensual entre os odontopediatras.

Estudos irlandeses identificaram fatores associados de maneira significativa com o aumento dos níveis de cárie em crianças de 5 a 15 anos. Entre eles, está o consumo de lanches doces (sólidos ou líquidos) entre as refeições principais, mais do que 2 vezes ao dia.²⁰ A ingestão de açúcares entre as refeições principais, e principalmente antes do horário de dormir, sem a subsequente higiene bucal, é bastante contraindicado. Caso haja uso de mamadeira noturna ou mesmo aleitamento materno à noite, depois do aparecimento do primeiro dente na cavidade bucal, é recomendado fortemente algum procedimento de higienização, idealmente com uma escovinha apropriada, pelo menos uma vez ao dia. A

redução do fluxo salivar noturno e a presença da sacarose são fatores de risco que aumentam a desmineralização do esmalte dentário e formação de cárie dentária.

GENGIVITE

O periodonto é representado pelo conjunto de tecidos que protegem e sustentam os dentes nas suas devidas posições dentro da cavidade bucal. De forma didática, ele se divide em periodonto de proteção (gengiva livre, gengiva papilar e gengiva inserida) e periodonto de sustentação (ligamento periodontal, cimento radicular, osso alveolar). Nas condições periodontais normais, a gengiva marginal não deve apresentar sangramento ao toque da escova ou do fio dental. O índice de sangramento gengival²¹ é qualitativo, que usa a presença ou ausência de sangramento oriundo do sulco gengival como indicador de doença.

O acúmulo crônico de placa bacteriana em sítios dentários próximos à gengiva causa um processo inflamatório conhecido como gengivite. O sinal mais comum desta alteração é o sangramento gengival com facilidade, durante a escovação e após o uso de fio dental. Em estágios iniciais, pode-se reverter a gengivite por meio do controle mecânico e/ou químico da placa, mas em estágios mais avançados (periodontite) pode-se haver sequelas de improvável reversão espontânea. Apesar de a gengivite em crianças possuir elevada prevalência, percebe-se que, infelizmente ainda há negligência, talvez pela dificuldade dos pais em identificar a sua existência, sendo outros problemas bucais geralmente mais valorizados pelos adultos.^{5,9}

MÁS OCLUSÕES

Diversos tipos de tendências e más oclusões podem ser identificadas em crianças e adolescentes, e a indicação da época ideal para a abordagem terapêutica de cada uma delas é variada. Todavia, as desarmonias entre os arcos dentários, causadas por padrão morfogenético ou simples interferências oclusais, geralmente têm indicação de tratamento antecipado, ofertado antes da fase onde os dentes permanentes já estão presentes. Como exemplos: a má oclusão de Classe III (também conhecida como o prognatismo mandibular, onde a maxila está invertida na sua relação com a mandíbula), mordida cruzada posterior, mordidas abertas e excessivo trespasse horizontal dos incisivos.⁵

BRUXISMO

O bruxismo possui origem no sistema nervoso central, ocorre por uma alteração de atividade muscular que ocorre quando indivíduos estão acordados (menos frequente) ou durante o sono (mais frequente), caracterizado pelos movimentos rítmicos ou não rítmicos da mandíbula com apertamento e atrição dos dentes com forças exageradas, podendo levar a consequências danosas à estrutura dental (desgaste), e da articulação temporomandibular (dores e comprometimento do disco articular).

Em adolescentes e crianças saudáveis, o bruxismo deveria ser considerado como um comportamento que os expõem a

certas consequências clínicas. A abordagem deste achado precisa ser feita por uma equipe multiprofissional, buscando entender as causas deste comportamento e a orientação de mudanças de hábitos que possam estar contribuindo para a sua presença que pode ser biopsicossocial. Paralelamente, enquanto a etiologia não está sob controle, o dentista pode oferecer placas de proteção contra os desgastes dentários tanto para crianças quanto para adolescentes, caso este esteja ultrapassando os limites clínicos aceitáveis.²² Em dentes decíduos aceita-se desgastes leves e moderados, desde que não haja risco de exposição da câmara pulpar, ou que comprometam a dimensão vertical de oclusão. Desgastes dentários em dentes permanentes, independentemente da extensão, são inaceitáveis.

CONCLUSÃO

Alcançar e manter a saúde bucal é uma meta que depende de bons hábitos do núcleo familiar, bem como o suporte preventivo e interceptor profissional ofertado durante a infância e adolescência. A atualização sobre aspectos contemporâneos das principais condições que afetam os indivíduos em fase de crescimento (cárie dentária, gengivite, más oclusões e bruxismo) contribui para que os profissionais da área de saúde orientem seus pacientes sobre este tópico.

REFERÊNCIAS

1. Abanto J, Oliveira LB, Paiva SM, Pordeus I, Haddad AE, Bönecker M. Epidemiologia dos problemas de saúde bucal que afetam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças. In: Bönecker M, Abanto J, Imparato JCP, Corrêa MSNP, Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria: evidências científicas para a conduta clínica em bebês e pré-escolares*. São Paulo: Quintessence editora, 2018.
2. Fraiz FC, Bezerra ACB, Walter LRF. Assistência Odontológica ao bebê – enfoque doença cárie dentária. In: Massara MLA, Rédua PCB, coordenadores. *Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria*. São Paulo: Editora Santos, 2013; p. 113-119.
3. Giordano DV. Odontologia para bebês. *Rev Bra Odontol*. 2001;58:150-1.
4. Silva CSDV, Benedetto MS, Bonini GAVC, Imparato JCP, Politano GT. Conhecimento de pediatras sobre saúde bucal em Belo Horizonte: O que realmente é preciso saber? *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2014;68:126-31.
5. National Clinical Guidelines, Royal College [homepage na internet]. Faculty of Dental Surgery. Paediatric Dentistry's section; 1997. Disponível em: <https://www.rcseng.ac.uk/non-journal-publications>
6. Beirne PV, Worthington HV, Clarkson JE. Routine scale and polish for periodontal health in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD004625.
7. Axelsson P, Lindhe J. Effect of oral hygiene instruction and professional toothcleaning on caries and gingivitis in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*.

- 1981 Dec;9(6):251-5.
8. Paris S, Doerfer C, Meyer-Lueckel H. Controle da cárie pela modificação do biofilme. In: Meyer-Lueckel H, Paris S, Ekstrand KR. *Cariologia: ciência e prática clínica*. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016; p. 119-133.
 9. Fejerskov O, Kidd EAM, Nyvad B, Baelum V. Definindo a doença: uma introdução. In: *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico*. São Paulo: Editora Santos; 2011; p. 4-6.
 10. Colares V, Caraciolo GM, Miranda AM, Araújo GVB, Guerra P. Medo e/ou ansiedade com fator inibitório para a visita ao dentista. *Arq. Odontol.* 2004;40:59-72.
 11. Sheiham A, James WP. Diet and dental caries: the pivotal role of free sugars reemphasized. *J Dent Res.* 2015 Oct;94(10):1341-7.
 12. Abanto J, Bönecker M, Corrêa MSNP. Evidências científicas sobre a relação entre dieta e cárie em crianças. In: Bönecker M, Abanto J, Imparato JCP, Corrêa MSNP, Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria: evidências científicas para a conduta clínica em bebês e pré-escolares*. São Paulo: Quintessence editora, 2018.
 13. Ellwood R, Fejerskov O. Uso clínico do flúor. In: *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico*. São Paulo: Editora Santos, 2011; p. 189-219.
 14. Marthaler TM. Changes in the prevalence of dental caries: how much can be attributed to changes in diet? *Caries Res.* 1990; 24(Suppl. 1),3-15.
 15. Nyvad B, Fejerskov O, Baelum V. Diagnóstico tátil-visual da cárie. In: Fejerskov O, Kidd E. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico*. 2 ed. São Paulo: Santos; 2011, p 50-68.
 16. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children. *J Dent Educ.* 2003 Apr;67(4):448-58.
 17. Ashley PF, Attrill DC, Ellwood RP, Worthington HV, Davis RM. Toothbrushing habits and caries experience. *Caries Res.* 1999 Sep-Oct;33(5):401-2.
 18. Duckworth RM, Morgan SN, Burchell CK. Fluoride in plaque following use of dentifrices containing sodium monofluorophosphate. *J Dent Res.* 1989 Feb;68(2):130-3.
 19. Ellwood R, Fejerskov O, Cury JA, Clarkson B. Flúor no controle da cárie. In: *Cárie dentária: a doença e seu tratamento*. 2 ed. São Paulo: Santos, 2011: p. 287-327.
 20. Strategies to prevent dental caries in children and adolescents. Evidence-based guidance on identifying high caries risk children and developing preventive strategies for high caries risk children in Ireland. *Irish Oral Health Sources Guidelines Initiative.* 2009;23-58.
 21. Carter HG, Barnes GP. The gingival bleeding index. *J Periodontol.* 1974 Nov;45(11):801-5.
 22. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, *et al.* International consensus on the assessment of bruxism: report of a work in progress. *J Oral Rehabil.* 2018 Nov;45(11):837-844.