

## 12. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA AO BEBÊ - ENFOQUE DOENÇA CÁRIE DENTÁRIA

Elaborado por:

Fabian Calixto Fraiz (coordenador)

Ana Cristina Barreto Bezerra

Luiz Reinaldo de Figueiredo Walter

### Objetivo

A Associação Brasileira de Odontopediatria (abo-odontopediatria) reconhece na infância a oportunidade de adoção de medidas educativas e preventivas que tenham um impacto positivo na saúde bucal da população brasileira. Reconhece, também, a importância da participação e envolvimento de todas as instituições, profissionais e organizações sociais, de forma integrada, para que se atinja esta meta, envolvendo o maior número possível de pessoas. Para isto, a Associação Brasileira de Odontopediatria propõe recomendações que abrangem a atenção odontológica durante os primeiros anos de vida para orientar as equipes envolvidas com a saúde bucal de crianças, sempre respeitando a especificidade de cada grupo populacional e as diferenças regionais,

### Método

Estas diretrizes são baseadas em uma revisão da literatura atual na área odontológica, médica e de saúde pública, relacionada aos cuidados com a saúde bucal de bebês, realizada a partir de pesquisa no MEDLINE, LILACS e BBO. A literatura inclui estudos que utilizaram metodologia científica adequada e foram publicados em jornais e revistas de referência. Especial atenção foi dada às pesquisas conduzidas na população brasileira.

### **Bases conceituais sobre os termos Cárie Precoce da Infância (do inglês ECC – Early Childhood Caries) e Cárie Dentária em Bebês**

A partir do final da década de 90, surgiu o termo Cárie Precoce da Infância, que é definido como a presença de uma ou mais superfícies dentárias cariadas (cavitadas ou não), perdidas (devido a lesão cariiosa) ou restauradas, em dentes decíduos de uma criança de até 5 anos de idade. Em crianças com menos de 3 anos de idade, qualquer sinal de lesão cariiosa em

superfície lisa é um indicativo da doença em estágio mais avançado, denominada Cárie Precoce Severa da Infância.

Dos 3 aos 5 anos de idade, constitui Cárie Precoce Severa da Infância, quando a criança apresenta uma ou mais superfícies de dentes decíduos anteriores cavitadas, perdidas (devido a lesão cariiosa), ou restauradas, ou ainda um índice de dentes cariados, perdidos ou restaurados maior ou igual a 4 para a idade de 3 anos, maior ou igual a 5 para a idade de 4 anos ou maior ou igual a 6 para a idade de 5 anos<sup>6,11</sup>. Embora esta definição tenha aceitação internacional e possa ser utilizada para estudos e pesquisas que pretendem estabelecer comparações com outras comunidades, deve se considerar que para a realidade brasileira, este índice não apresenta a necessária sensibilidade na identificação da amplitude de graus de agressividade e severidade encontrados. Assim, sugere-se que a Associação Brasileira de Odontopediatria desenvolva um índice complementar que melhor represente as manifestações da doença na população infantil brasileira.

Neste capítulo, não será utilizado o termo Cárie Precoce da Infância para a faixa etária de 0 a 3 anos de idade, mas sim, e simplesmente, Cárie Dentária em Bebês, por ser mais facilmente entendido e absorvido pelas equipes de saúde e comunidade, sendo que o termo Cárie Precoce da Infância, como visto acima, está fortemente associado a estudos epidemiológicos.

### **Cárie Dentária em Bebês**

A cárie dentária é considerada uma doença infecto-contagiosa, onde os componentes sócio- culturais apresentam influência marcante. Especialmente nas crianças de pouca idade, a análise dos fatores etiológicos deve partir do conceito de multicausalidade das doenças, onde variantes biológicas e não biológicas atuam de forma sinérgica.

A cárie dentária em bebês pode se manifestar de forma grave, levando à destruição completa da coroa dentária em um tempo surpreendentemente pequeno e interferindo negativamente na qualidade de vida da criança<sup>9</sup>, com conseqüências no seu crescimento e desenvolvimento<sup>1</sup>. Esta doença está intimamente ligada a fatores dietéticos, principalmente a alimentação associada ao sono<sup>13</sup>, com produtos que contenham carboidratos fermentáveis, em especial a sacarose. A sacarose e a ausência de higienização são facilitadores da implantação dos estreptococos do grupo *S. mutans*<sup>15</sup>, o principal fator microbiológico envolvido no processo saúde-doença cárie dentária. No Brasil, embora a prevalência de cárie venha diminuindo, os índices encontrados para os primeiros anos de vida ainda merecem especial atenção<sup>3, 12</sup>.

Considerando os primeiros meses de vida, em nossa população, a mamadeira é o principal veículo de ingestão de alimentos cariogênicos e tem sido demonstrada uma forte relação entre a presença de lesões cariosas e o uso de mamadeira, principalmente se associada ao sono, mesmo em crianças que recebem acompanhamento e intervenção odontológica constante. Estes aspectos reforçam que, quando o uso da mamadeira esta associado ao sono, os fatores de agressão são tão acentuados que as medidas preventivas apresentam uma eficácia menor<sup>8</sup>.

Por outro lado, a infância é um importante momento de estabelecimento de ações educativas e preventivas para a cárie dentária, não só devido aos aspectos biológicos; a uma boa formação dentária e a intervenção na implantação de uma microbiota cariogênica, mas também porque hábitos de dieta e higiene precocemente estabelecidos tendem a permanecer durante a vida.

### **Estratégias na promoção de saúde e prevenção da cárie**

Cárie é uma doença prevenível, que apresenta um forte componente sócio-comportamental. Ações que visam a melhora na qualidade de vida se constituem em uma importante ferramenta da promoção de saúde, já que permitem que o bebê se desenvolva em um núcleo familiar favorável a adoção de medidas preventivas. Orientações devem ser realizadas a partir do período pré-natal e nos primeiros seis meses de vida a criança já deve iniciar o acompanhamento odontológico. As ações educativas direcionadas para as mães têm obtido um grande impacto na prevenção da cárie em bebês<sup>14</sup>, principalmente quando associadas a medidas preventivas sistematizadas<sup>5, 10</sup>.

O sucesso na prevenção da cárie esta associado à capacidade de adaptação das recomendações e medidas preventivas à realidade em que a criança vive, já que as ações coletivas ou individuais que buscam interferir positivamente no processo saúde-doença bucal devem respeitar e basear-se no contexto de especificidade biológica, sócio-econômica e cultural das crianças para as quais estão destinadas<sup>7</sup>.

### **Avaliação de risco em saúde bucal**

Recomenda-se que uma avaliação de risco em saúde bucal seja realizada até o sexto mês de vida por profissionais de saúde qualificados. A metodologia utilizada deve permitir que a avaliação seja realizada por qualquer profissional qualificado ou serviço de atenção odontológica. O método clínico-anamnésico é uma importante alternativa e deve incluir a

avaliação dos hábitos dietéticos e características da higiene bucal do bebê e de sua família, acesso ao flúor, condições de vida e saúde, além de um minucioso exame clínico.

### **Ações educativas para o núcleo familiar**

As ações educativas e preventivas para o núcleo familiar têm um impacto positivo na saúde bucal de crianças, sendo que devem incluir os seguintes aspectos:

#### **a) Ações educativas para a mãe e seu núcleo familiar**

Higiene bucal: Os integrantes do núcleo familiar devem ser estimulados a realizar uma higiene bucal adequada diariamente, buscando não somente o controle do biofilme, mas também a incorporação de hábitos na criança em desenvolvimento, por meio do exemplo.

Dieta: A orientação alimentar para os pais deve abordar aspectos como a importância do padrão nutricional para o adequado desenvolvimento dental, o potencial cariogênico da dieta, incluindo a cariogenicidade dos alimentos e o impacto da frequência e momento de consumo dessas substâncias. Os pais devem ter conhecimento suficiente para optar por alimentos saudáveis e compatíveis com o momento de desenvolvimento da criança. O ideal é que o uso da mamadeira não seja estimulado mas, se necessário, deve ser limitado ao primeiro ano de vida, aceitando-se, no entanto, que ela possa se prolongar por mais tempo, de acordo com a demanda da criança.

A mamadeira deve ser apenas um veículo para o aleitamento artificial. Outros líquidos como água, suco, chá, devem ser oferecidos no copo. Além disso, o uso da mamadeira nunca deve ser associado ao sono.

Flúor: No âmbito domiciliar, o núcleo familiar deve estar atento ao uso racional do flúor, sendo que os dentifrícios constituem-se em uma importante alternativa ao uso deste fator preventivo.

Saúde bucal da família: Os membros do núcleo familiar devem receber cuidados profissionais frequentes para manter sua saúde bucal em níveis ótimos. Especial atenção deve ser dada a lesões de cárie ativas e/ou cavitadas.

### **As ações educativas gerais para crianças ( 0-3 anos de idade)**

Higiene oral: Após a erupção do primeiro dente, deve-se iniciar a higienização bucal do bebê. Nessa fase, o ideal é que a mãe já tenha sido orientada e preparada para realizá-la, evitando que a criança durma sem esta limpeza. Podem ser utilizados tecido macio seco ou umedecido apenas com água filtrada ou dedeira de silicone. Por volta dos 14 meses de idade, época que corresponde à erupção do primeiro molar decíduo, os pais já devem ter sido treinados para a introdução do uso da escova dental, com cerdas macias e tamanho adequado à boca do bebê.

Dieta: As orientações dietéticas para a prevenção da cárie em bebês devem prever o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, bem como o alerta sobre os perigos da alimentação noturna após a erupção dental, especialmente se for em livre demanda. Deve ser evitada a utilização do açúcar nos dois primeiros anos de vida. Recomenda-se seguir a “Orientação dos 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos”, publicado em 2002 pelo Ministério da Saúde/OPS, no Guia Alimentar<sup>4</sup>.

Flúor: Exposição ótima de flúor é importante para toda criança. É recomendada a precaução no uso de qualquer produto contendo flúor. As decisões sobre a administração de suplementação de flúor são baseadas nas necessidades individuais de cada paciente. Considerando um atendimento individualizado, o uso de dentifrícios fluoretado em crianças abaixo de 24 meses de idade deve ocorrer a partir de uma estrita indicação profissional, após a identificação do risco e avaliação da presença ou não da atividade de cárie. Os pais devem ser treinados para o controle da quantidade de dentifrício. Informações mais detalhadas sobre a fluoroterapia para bebês poderão ser obtidas com a leitura do capítulo 4 deste manual.

#### **Recomendações**

- 1- Todos os serviços de saúde voltados crianças e seu núcleo familiar devem incluir ações educativas que possibilitem a prevenção da cárie em bebês. Aconselhamento sobre saúde bucal durante a gravidez é fundamental para as futuras mães.
- 2- O conhecimento sobre a especificidade da etiologia e manifestação da cárie dentária em bebês, bem como os métodos de prevenção devem ser de domínio de todos os profissionais que atuam na área da saúde. Conteúdos específicos devem ser introduzidos tanto nos currículos de graduação quanto nos programas de educação continuada para todos os profissionais de saúde.

- 3- Todo bebê, aos 6 meses de idade, já deve ter sido ser avaliado com relação à saúde bucal pelos serviços de atenção a saúde ou por profissionais de saúde qualificados. O programa de Saúde da Família é um importante espaço para as ações de educação em saúde que envolvam as questões odontológicas e deve incluir a busca ativa de famílias que apresentam risco ao desenvolvimento de lesões cariosas em seus bebês.
- 4- A consulta odontológica para bebês deve incluir:
- Avaliação do risco social e biológico para o desenvolvimento de doença bucal, através de um método clínico-anamnésico;
  - Ações educativas para a prevenção da cárie em bebês, incluindo aconselhamento dietético e treinamento de higiene bucal;
  - Avaliação e orientação sobre a exposição adequada ao flúor;
  - Avaliação e orientação sobre desenvolvimento e crescimento buço- facial e hábitos não nutritivos;
  - Avaliação e orientação sobre prevenção de traumas;
  - Medidas clínicas preventivas para a manutenção da saúde bucal;
  - Planejamento sobre as consultas de manutenção de saúde, de acordo com o risco identificado e intervenção clínica oportuna e adequada nos casos de doença estabelecida.

#### **Referências Bibliográficas**

1. Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros GJ. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent*. v.14, n.5,p:302-305, 1992.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Guidance on infant oral health care. *Pediatr Dent* , 2007.
3. Bönecker M, Marcenes W, Sheiham A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. *Int J Paediatr Dent*. v .12, n.3, p:183-8 , 2002.
4. BRASIL. Ministério da Saúde/OPS. Orientação dos 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos, 2002.
5. Cunha RF, Delbem AC, Percinoto C, Saito TE. Dentistry for babies: a preventive protocol. *J Dent Child*.v.67, n.2, p:89-92, 2000.
6. Drury TF, Horowitz AM, Ismail AL, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH . Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. *J Public Health Dent*,v. 59, n.3, p:192-7, 1999.

7. Fraiz FC. Dieta e cárie na primeira infância. IN: Walter,LR, Ferelle, A, Issao, M. Odontologia para o bebê. São Paulo:Artes Médicas. 1996.p.109-122.
8. Fraiz FC, Walter LR. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. *Pesqui Odontol Bras.* v.15, n.3, p:201-7, 2001.
9. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent* v.21, n.6, p:325-326, 1999.
10. Pereira MB, do Carmo Matias Freire M. An infant oral health programme in Goiânia-GO, Brazil: results after 3 years of establishment. *Braz Oral Res.* v.18, n.1, p:12-7. 2004.
11. Proceedings on Conference on early childhood caries, Bethesda, USA, October 1997. *Comm Dent Oral Epidemiol* v.26(1 suppl), p.1-119, 1998.
12. Rosenblatt A, Zarzar P. The prevalence of early childhood caries in 12- to 36-month-old children in Recife, Brazil. *J Dent Child.* v.69, n.3, p:319-24, 2002.
13. Tiberia MJ, Milnes AR, Feigal RJ, Morley KR, Richardson DS, Croft WG, Cheung WS. Risk factors for early childhood caries in Canadian preschool children seeking care. *Pediatr Dent.* v.29, n.3, p:201-8. 2007.
14. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: confirming the beneficial effect of counseling *J Am Dent Assoc.* v.137, n.6,p:789-93. 2006.
15. Law V, Seow WK. A longitudinal controlled study of factors associated with mutans streptococci infection and caries lesion initiation in children 21 to 72 months old. *Pediatr Dent* v.28, n.1, p:58-65, 2006.