

25. PERIODICIDADE DAS CONSULTAS DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA

Elaborado por:

Júlio Carlos Noronha (coordenador)

Paulo César Barbosa Rédua

Maria de Lourdes de Andrade Massara

Objetivo

A Associação Brasileira de Odontopediatria (abo-odontopediatria) tem como objetivo utilizar estas diretrizes como um recurso para ajudar os praticantes da especialidade a tomar decisões clínicas a respeito do cuidado preventivo de saúde bucal para bebês, crianças, e adolescentes. Porque cada criança é única, estas recomendações são projetadas para o cuidado daquelas que não têm qualquer circunstância médica alterada e estão com o desenvolvimento normal. Estas recomendações necessitarão de modificações para crianças portadoras de necessidades especiais ou para aquelas onde a doença ou o trauma estejam manifestando variações do normal.

Método

Este guia é uma compilação da literatura odontopediátrica, dos relatórios e das recomendações nacionais, acrescidos das diretrizes publicadas no Manual de Referência da AAPD.¹⁻²⁴

Algumas recomendações são baseadas em evidência, enquanto outras representam o que há de melhor na prática clínica e na opinião do especialista.

Bases conceituais

A abo-odontopediatria enfatiza a importância da intervenção profissional, na saúde bucal, o mais precoce possível. O estabelecimento do risco e da atividade de cárie são elementos essenciais no cuidado clínico contemporâneo de bebês, crianças e adolescentes. A continuidade do cuidado é baseada nas necessidades individuais avaliadas no paciente. Embora a pesquisa baseada em evidência, que dá suporte aos benefícios de uma intervenção dental no bebê, seja limitada, existe suficiente evidência mostrando que determinados grupos de crianças estão em um risco maior para o desenvolvimento precoce da cárie dentária e por isso seriam beneficiadas pelo cuidado de saúde bucal no bebê. A cárie dentária em bebês,

anteriormente denominada Cárie Precoce da Infância (ECC), pode ser uma doença cara e devastadora, com um impacto prejudicial permanente na dentição e na saúde sistêmica⁷. As características desta doença e a disponibilidade de métodos preventivos dão apoio à *Orientação Preventiva* como uma estratégia importante na abordagem deste significativo problema odontopediátrico. Os benefícios principais da intervenção precoce, além da avaliação do *status* do risco, incluem a análise da exposição ao flúoreto e das práticas de alimentação, bem como aconselhamento quanto à higiene bucal. A visita odontológica precoce deve ser vista como uma fundação em cima da qual uma vida de instrução preventiva e o cuidado de saúde bucal possam ser construídos. Os Clínicos devem considerar as necessidades individuais e os indicadores de risco (ver capítulo sobre Risco e Atividade de Cárie) de cada bebê, criança, e adolescente para determinar o intervalo apropriado e a frequência das visitas odontológicas.

Recomendações de procedimentos para as consultas periódicas de manutenção preventiva

Do nascimento aos 12 meses

1. Completar o exame clínico bucal com testes apropriados de diagnóstico para avaliar o crescimento bucal, o desenvolvimento, patologia, e/ou ferimentos; fornecer o diagnóstico.
2. Fornecer aconselhamento sobre higiene bucal para pais e/ou responsáveis, incluindo as implicações da saúde bucal de todos eles para o bebê.
3. Remover as manchas ou os depósitos nas superfícies dentais como indicado.
4. Avaliar o *status* do uso de flúoreto da criança (incluindo o tipo de fórmula infantil usada, se alguma, e de exposição a creme dental flúoretado) e aconselhar sobre o uso de flúoreto.
5. Avaliar o estado de adequação das práticas de alimentação, incluindo mamadeira e seio materno, fornecendo aconselhamento dietético relacionado à saúde bucal.
6. Fornecer aconselhamento apropriado à idade quanto à prevenção de ferimento causado pelo trauma orofacial.
7. Fornecer aconselhamento para hábitos orais não nutritivos (por exemplo, sucção digital e uso de chupetas).
8. Fornecer o tratamento requerido e/ou o encaminhamento apropriado para quaisquer doenças ou ferimentos bucais.
9. Fornecer a orientação preventiva para os pais/responsáveis.
10. Consultar o médico da criança, caso seja necessário.

12. Baseado na avaliação e na história, avaliar o risco do paciente para a doença bucal (vide capítulo específico neste manual).
13. Determinar o intervalo para a reavaliação periódica (Quadro 1).

De 12 a 36 meses

1. Repetir os procedimentos recomendados do nascimento aos 12 meses.
2. Avaliar a adequação de práticas de alimentação, incluindo a mamadeira, seio materno, e copos especiais para treinamento, e fazer o aconselhamento como indicado.
3. Rever o *status* de consumo de fluoreto do paciente, incluindo alguns arranjos que podem impactar a entrada sistêmica do fluoreto e fazer aconselhamento dos pais.
4. Fornecer tratamentos tópicos com fluoreto, conforme indicado pelas necessidades individuais do paciente.
5. Determinar o intervalo para reavaliação periódica, conforme sugerido no Quadro 1, com base no *status* de risco/susceptibilidade do paciente à doença e considerando como ideal um período máximo de 3 meses de espaçamento, até a idade de 3 anos, quando a dentição decídua se completa.

De 3 a 6 anos

1. Repetir os procedimentos indicados para a faixa etária de 12 a 36 meses. Fornecer instruções sobre higiene bucal apropriadas à idade.
2. Promover uma avaliação radiográfica da patologia e/ou do crescimento e desenvolvimento anormais, conforme indicado pelas necessidades individuais do paciente.
3. Remover tártaro e limpar os dentes, com uma periodicidade determinada pelas necessidades individuais do paciente.
4. Colocar selantes de fossas e fissuras para dentes decíduos e permanentes conforme indicado a partir das necessidades individuais do paciente.
5. Oferecer conselhos e serviços (protetores bucais para atividades esportivas) conforme a necessidade para a prevenção do trauma oro-facial.
6. Oferecer diagnóstico, tratamento e/ou encaminhamento em relação a má oclusão em curso, com base nas necessidades individuais do paciente.
7. Oferecer o tratamento requerido e/ou o encaminhamento apropriado para qualquer doença bucal, hábitos ou traumas conforme indicado.

8. Avaliar o desenvolvimento da fala e da linguagem e oferecer o referenciamento conforme indicado.
9. Determinar o intervalo para reavaliação periódica, conforme sugerido no Quadro 2, com base no *status* de risco/susceptibilidade do paciente à doença.

De 7 a 11 anos

1. Repetir os procedimentos recomendados para os pacientes de 3 a 6 anos de idade.
2. Fornecer aconselhamento quanto ao abuso de substâncias (por exemplo, fumar, fumo de mascar).
3. Fornecer aconselhamento quanto à perfuração intraoral e perioral.
4. Determinar o intervalo para reavaliação periódica, conforme sugerido no Quadro 3, com base no *status* de risco/susceptibilidade do paciente à doença.

A partir dos 12 anos

1. Repetir os procedimentos recomendados para os pacientes de 7 a 11 anos.
2. Em uma idade determinada por paciente, pais/responsáveis e Odontopediatra, em especial após a adolescência, se for esta a escolha, referenciar o paciente a um dentista clínico-geral para continuar o cuidado odontológico.
3. Determinar o intervalo para reavaliação periódica, conforme sugerido no Quadro 4, com base no *status* de risco/susceptibilidade do paciente à doença.

Periodicidade das consultas de manutenção preventiva

As consultas de retorno para manutenção preventiva têm como objetivo manter a saúde do paciente. Devem, portanto, evitar o aparecimento da doença cárie e de outras alterações dentárias não cariosas, das doenças gengivais e periodontais, e interceptar, o mais cedo possível, as alterações na oclusão, na mucosa e nos tecidos ósseos e nas articulações-têmporo-mandibulares.

A cárie dentária é a maior responsável pela perda de dentes em todas as idades, mais do que qualquer outra doença bucal²⁷. Seu controle periódico pode, na maioria das vezes, servir de oportunidade para a prevenção precoce das demais alterações bucais que devem ser monitoradas pelo Cirurgião-Dentista.

Em relação à cárie, as consultas de retorno devem ser agendadas de acordo com as necessidades atuais do paciente. Onde as razões para a atividade de cárie não podem ser modificadas ou onde existe atividade, mas a causa não foi estabelecida, consultas de retorno

serão freqüentes. Entretanto, se o “*status*” clínico está melhorando, o intervalo deve ser mais extenso. Em pacientes jovens, o estágio de erupção, particularmente dos primeiros e segundos molares permanentes, deve influenciar nas consultas de retorno²⁸.

Em decorrência da diversidade de fatores de risco, sugere-se um esquema simplificado no qual para cada critério clínico é atribuído um valor de 1 a 5 pontos (Quadros 1,2,3,4) e, de acordo com a condição do paciente, determina-se a soma dos valores encontrados e obtém-se o intervalo de tempo sugerido para o retorno²⁶. Deve ser enfatizado que cabe ao profissional controlar todos os aspectos ligados à saúde bucal do paciente.

Como a doença cárie tem a característica de ser a alteração mais prevalente, os quadros abaixo se valem da monitoração do seu *status*, esperando-se que, desta forma, seja criada uma oportunidade para que as demais doenças sejam prontamente identificadas, tratadas e controladas.

Quadro 1 – Critérios clínicos para determinação do risco e/ou atividade de cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva em pacientes na fase de dentição decídua, de zero a 36 meses.

Critérios	Valor (pontos)
Consumo de açúcar Até 4 vezes por dia	Sim = 0 Não = 1
Aleitamento noturno natural e/ou artificial	Sim = 2 Não = 0
Utilização de fluoreto sistêmico e/ou tópico	Sim = 0 Não = 3
Limpeza suficiente pelos pais da criança	Sim = 0 Não = 4
Lesão ativa em qualquer superfície	Sim = 5 Não = 0

Modificado de MODESTO, 1998.

SOMA DE VALORES (pontos)	INTERVALO DE RETORNO (meses)
5-15	1
1-4	2
0	3

Quadro 2 - Critérios clínicos para determinação do risco e/ou atividade de cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva para pacientes na fase de dentição decídua (3-6) anos, antes do irrompimento do primeiro molar permanente.

Critérios	Valor (pontos)
Consumo de açúcar menor ou igual a quatro vezes ao dia	Sim = 0 Não = 1
Utilização adequada de fluoreto	Sim = 0 Não = 2
Limpeza suficiente pelos pais da criança	Sim = 0 Não = 3
Lesão ativa em qualquer superfície	Sim = 4 Não = 0

Modificado de CARVALHO, EKSTRAND & THYLSTRUP, 1991.

OMA DE VALORES (pontos)	INTERVALO DE RETORNO (meses)
4 - 10	1
3	2
2	3
1	4
0	6

Quadro 3 - Critérios clínicos para a determinação do risco e/ou atividade de cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva para pacientes na fase de dentição mista inicial e final (7-11) anos, antes do irrompimento do segundo molar permanente.

Critérios	Valor (pontos)
Consumo de açúcar menor ou igual a quatro vezes ao dia	Sim = 0 Não = 1
Utilização adequada de fluoreto	Sim = 0 Não = 2
Limpeza suficiente pelos pais/criança	Sim = 0 Não = 3
Lesão ativa em qualquer superfície	Sim = 1 Não = 4
Primeiro molar permanente já em oclusão	Sim = 0 Não = 1

Modificado de CARVALHO, EKSTRAND & THYLSTRUP, 1991.

SOMA DE VALORES (pontos)	INTERVALO DE RETORNO (meses)
4-11	1
3	2
2	3
1	4
0	6

Quadro 4 - Critérios clínicos para a determinação do risco e/ou atividade de cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva individual para pacientes a partir dos 12 anos, após o irrompimento do segundo molar permanente e antes do aparecimento do terceiro molar.

Critérios	Valor (pontos)
Consumo de açúcar menor ou igual a quatro vezes ao dia	Sim = 0 Não = 1
Utilização adequada de fluoreto	Sim = 0 Não = 2
Limpeza suficiente pelo paciente/pais	Sim = 0 Não = 3
Lesão ativa em qualquer superfície	Sim = 4 Não = 0
Segundo molar permanente já em oclusão	Sim = 0 Não = 1

Modificado de CARVALHO, EKSTRAND & THYLSTRUP, 1991.

SOMA DE VALORES (pontos)	INTERVALO DE RETORNO (meses)
4-11	1
3	2
2	3
1	4
0	6

Referências Bibliográficas

1. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1996.
2. Lewis DW, Ismail AI. Periodic health examination, 1995 Update:
3. Prevention of dental caries. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Can Med Assoc J 1995;152:836-846.
4. CDC. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the Unites States. MMWR 2001;50(RR14):1-42.
5. US Dept of Health and Human Services. Oral Health in American: A Report of the Surgeon General. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the dental home. Pediatr Dent 2003;25(suppl):12.
7. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on infant oral health care. Pediatr Dent 2003; 25(suppl):54.
8. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries: Classifications, consequences, and preventive strategies. Pediatr Dent 2003;25(suppl):24-26.
9. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries: Unique challenges and treatment options. Pediatr Dent 2003; 25(suppl):27-28.
10. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. Pediatr Dent 2003;25(suppl):29.
11. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on the role of prophylaxis in pediatric dentistry. Pediatr Dent 2003;25(suppl):64-66.
12. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the use of a caries-risk assessment tool (CAT) for infants, children, and adolescents. Pediatr Dent 2003;25(suppl):18-20.
13. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. Pediatr Dent 2003;25(suppl):67-68.
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on breast-feeding. Pediatr Dent 2003;25(suppl):111.
15. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on oral habits. Pediatr Dent 2003; 25(suppl):31.
16. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on pediatric restorative dentistry. Pediatr Dent 2003;25(suppl):84-86.

17. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on prescribing dental radiographs. *Pediatr Dent*. 2003;25(suppl):112-113.
18. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on prevention of sports-related orofacial injuries. *Pediatr Dent* 2003;25(suppl):37.
19. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on management of acute dental trauma. *Pediatr Dent* 2003;25(suppl):92-97.
20. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on management of the developing dentition in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2003;25(suppl):98-101.
21. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on acquired temporomandibular disorders in infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2003; 25(suppl):102-103.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on tobacco use. *Pediatr Dent* 2003;25(suppl):33-34.
23. 23. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on adolescent oral health care. *Pediatr Dent* 2003;25(suppl):55-60.
24. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on intraoral and perioral piercing. *Pediatr Dent* 2003; 25(suppl):35.
25. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on oral and maxillofacial surgery for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2003;25(suppl):116.
26. Modesto, A. Determinação do risco à doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção em crianças de 0 a 36 meses. *JBP - Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, (1), 3:41-42, 1998.
27. Maltz M, Parolo CCF, Jardim JJ. Cariologia Clínica. In: Toledo AO. *Odontopediatria. Fundamentos para a prática clínica*. São Paulo, Premier. 2005, Cap. 6, 103-150.
28. Kidd EAM, Nyvad B. Controle da cárie dentária para cada paciente. In: Fejerskov O, Kidd EAM. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento*. São Paulo. Livraria Santos. 2005, Cap. 20, 303-312.