



Saúde oral em Pediatria

Cristina Areias¹, Viviana Macho¹, José Frias-Bulhosa³, Hercília Guimarães², Casimiro de Andrade¹

1 - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

3 - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Resumo

Introdução. A saúde oral é parte integrante da saúde geral e mantê-la é uma prioridade. O conhecimento da prevalência das patologias orais que atingem a população desde a infância à juventude, e a falta de medidas de prevenção simples, acessíveis e eficazes, têm conduzido ao reforço da importância dada à saúde oral nomeadamente à cárie dentária e às anomalias de oclusão. Cuidados específicos e diferenciados no tratamento e na prevenção na assistência à criança obrigam à estreita colaboração entre o pediatra e o odontopediatra, bem como à educação dos pais.

Objectivo. Neste artigo os autores abordam os problemas dentários mais frequentes em Odontopediatria, com especial destaque para os aspectos de interesse para o pediatra, obstetra e médico de medicina geral e familiar.

Material e Métodos. Pesquisa bibliográfica baseada em artigos publicados e livros de texto de odontopediatria e pediatria dos últimos anos, na tentativa de reunir o máximo de informação científica actual. Foram seleccionados todos os trabalhos que incluíssem como palavras-chave os termos: pediatria, criança, saúde oral, doenças orais, prevenção. Destes escolhemos os mais representativos.

Conclusão. A Medicina Dentária para a criança pode resumir-se em: “Educar para manter sempre saúde oral em todos os grupos etários, pois as crianças de hoje serão os adultos saudáveis de amanhã”. A prevenção é a filosofia da boa saúde no futuro.

Palavras-chave: pediatria, criança, saúde oral, doenças orais, prevenção

Acta Pediatr Port 2008;39(4):163-70

Oral health in Paediatrics

Abstract

Introduction. The oral health is integrant part of the general health and to keep it is a priority. The knowledge of the pre-

valence of the oral pathologies that reach the population since infancy to youth, and the lack of measures, accessible and efficient prevention, has lead to the reinforcement of the importance given to the oral health nominated to the dental caries and the anomalies of occlusion. Specific and differentiated care in the treatment and the prevention in the assistance the child compel to the narrow contribution between paediatric and odontopaediatric, as well as the education of the parents.

Aim. In this article the authors approach the more frequent dental problems in Odontopaediatrics, with special prominence for the aspects of interest for paediatric, obstetrician and general and familiar practitioner.

Material and Methods. Bibliographic research based in published articles and books of odontopaediatric text and paediatrics in the last years, in the attempt to congregate the maximum of current scientific information. The works had been selected all that included as word-key the terms: paediatrics, child, oral health, verbal illnesses and prevention. Of these we choose the most representative.

Conclusion. The Dental Medicine for the child can be summarized in: “To educate to always keep oral health in all groups, therefore the children of today will be the healthful adults of tomorrow”. The prevention is the philosophy of the good health in the future.

Acta Pediatr Port 2008;39(4):163-70

Introdução

A saúde oral é parte integrante da saúde geral e mantê-la é uma prioridade. Não há saúde de uma forma geral sem saúde oral, sendo o recíproco igualmente verdadeiro¹.

O conhecimento da prevalência das patologias orais que atingem a população desde a infância à juventude e a falta de medidas de prevenção simples, acessíveis e eficazes, têm conduzido ao reforço da importância dada à saúde oral, nomeadamente à cárie dentária e às anomalias de oclusão.

Recebido: 23.10.2008

Aceite: 29.10.2008

Correspondência:

Cristina Areias
cristinaareias@gmail.com

Cuidados específicos e diferenciados no tratamento e prevenção na assistência à criança, obrigam à estreita colaboração entre o pediatra e o odontopediatra bem como à educação dos pais².

Neste artigo os autores abordam os problemas dentários mais frequentes em Odontopediatria, com especial destaque nos aspectos de interesse para o pediatra, obstetra e médico de medicina geral e familiar.

Problemas Dentários mais frequentes. Definição, Etiopatogenia e Epidemiologia

A cárie dentária

A cárie dentária é um processo patológico, infeccioso e de origem externa, e por isso contagiosa, que se caracteriza pelo amolecimento da estrutura dura do dente evoluindo naturalmente para cavidade. Os principais agentes bacterianos são o *Streptococcus mutans* e o *Streptococcus sobrinus* (Fejerskov, 2005)³.

Tem início e desenvolvimento no esmalte dentário, uma estrutura biológica acelular e desprovida de vasos e nervos, explicação para o facto das lesões se instalarem e desenvolverem sem despertar uma reacção inflamatória. Embora metabolicamente inerte, o esmalte dentário não assiste impassível à sua própria destruição, podendo ser interveniente em reacções físico-químicas complexas caracterizadas por fenómenos de desmineralização e remineralização que, alternando-se ciclicamente, desempenham um papel importante na evolução da cárie, impedindo por vezes a sua progressão.

É de etiologia multifactorial, podendo os diversos factores etiológicos ser agrupados em primários, essenciais à ocorrência da doença, e secundários, que influenciam a evolução das lesões. Em relação aos factores primários, ou essenciais, consideram-se os factores do hospedeiro (tecidos dentários susceptíveis à dissolução ácida), os factores do agente (bactérias orais com potencial cariogénico) e os factores do ambiente (substrato adequado à satisfação das necessidades das bactérias cariogénicas), nomeadamente o consumo frequente de hidratos de carbono refinados.

Uma dieta adequada passa pela selecção de alimentos naturais, frutas, legumes, cereais e alimentos fibrosos.

Apesar de não ser um factor essencial à ocorrência de cárie, a saliva, desempenha um papel muito importante na patogénese da doença, ao condicionar a expressão clínica das lesões através de vários mecanismos, nomeadamente, uma acção de limpeza das superfícies dentárias, a eliminação do substrato, a importante capacidade tampão e a sua acção anti-bacteriana³⁻⁶.

Das doenças orais, a cárie é a mais frequente em todos os grupos etários bem como a principal causa de perda de peças dentárias de acordo com os dados disponíveis de prevalência de doença entre a população portuguesa. No estudo nacional, realizado em 2000, Portugal encontrava-se classifi-

ficado entre os países com moderada prevalência da doença, com indicadores aos 12 anos de idade (índice do número de dentes cariados, perdidos e obturados, CPOd = 2,95) compatíveis com os preconizados pela OMS para a região Europeia (cpo = 3), (quadros I e III)⁷⁻⁹.

Quadro I – Alguns dados epidemiológicos actuais (anos 1999 e 2000) e respectivas metas para o ano 2010

Tipo de Dentição	1999	2000	2010
Decídua			
Isentos de Cárie	53,1%	33,0%	70,0%
Cpo d	2,14	3,56	1,5
% cpod	18,8%	-	10,0%
Permanente			
Isentos de Cárie	47,0%	27,0%	80,0%
CPOD	1,5	2,95	1,0
% CPOD	7,8%	-	4,0%

Mediante o Estudo Nacional de Prevalência de Cárie Dentária na População Escolarizada, publicado em 2000, que incidiu nas idades seis, doze e quinze anos, verificou-se, nestas duas últimas, que a percentagem de indivíduos livres de cárie dentária, a nível nacional, era de 33%, 27% e de 18,9%, respectivamente (quadro II). Contudo, quando considerada a distribuição por Regiões de Saúde, constatou-se existir uma disparidade, com oscilação entre 0,43% e 0,05% no grupo dos seis anos, 51,4% e 15,0%, no grupo dos doze anos, e entre 27,5% e 3,0% no grupo dos quinze anos (quadro II)^{6,7}.

Quadro II – Percentagem de indivíduos de 6, 12 e 15 anos livres de cárie dentária, por Região de Saúde (ano 2000)

ARS/RA	6 anos	12 anos	15 anos
Norte	29,1	13,9	15,8
Centro	31,3	18,4	18
LVT	38,6	51,4	26
Alentejo	30,3	15	3
Algarve	38,2	96,7	27,5
Açores	30,8	15,7	11,3
Madeira	33	28,3	15,3
Média	33%	27%	18,9%

Legenda: LTV – Lisboa e Vale do Tejo; ARS – Administração Regional de Saúde; RA – Região Autónoma

No que respeita a avaliação do estado da dentição permanente, foi utilizado o índice CPO (d), correspondendo ao valor médio de dentes cariados, perdidos ou obturados, por indivíduo. Verificou-se assim que a nível nacional, o índice CPO (d) era de 2,95 aos doze anos, enquanto aos quinze anos cifrava-se em 4,7 (quadro III)^{6,7}.

Em 2005 foi, de novo, realizado um Estudo Nacional de Saúde Oral e que incluiu um conjunto mais amplo de indicadores de saúde oral, tendo sido recentemente publicado do salienta-se o

Quadro III – Índice CPO(d) e cpo (d) das dentições permanente e decidua por Região de Saúde 2000

ARS/RA	CPO(d)			cpo(d)		
	6 anos	12 Anos	15 Anos	6 anos	12 Anos	15 Anos
Norte	0,21	3,9	4,8	3,4	0,12	0,06
Centro	0,25	3	5,1	3,5	0,33	0,03
LVT	0,23	1,5	3,7	3,3	0,21	0,03
Alentejo	0,43	5,5	9,7	3,9	0,37	0,03
Algarve	0,05	1,1	2,8	3,1	0,11	0,03
Açores	0,42	4,5	6,4	3,7	0,3	0,03
Madeira	0,14	2,2	4,5	3,3	0,27	0,03
Média	0,23	2,95	4,7	3,6	0,22	0,03

Legenda: LTV – Lisboa e Vale do Tejo; ARS – Administração Regional de Saúde; RA – Região Autónoma

facto de a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos ser de 50,9%; aos 12 anos ser de 43,8 e aos 15 anos ser de 28,1%^{3,8}.

Relativamente à prevalência de cárie em dentes permanentes aos 6, 12 e 15 anos os resultados deste estudo indicam valores de 0,07; 1,48 e 3,04, respectivamente^{3,8}. No que concerne à cárie dentária em dentes temporários, os dados indicam uma média de 2,1 dentes afectados aos 6 anos e se tomarmos como referência, as necessidades de tratamento dentário nas diferentes Regiões Administrativas de Saúde a percentagem de dentes temporários cariados variará entre os 83% no Alentejo e Açores e os 94% na zona de Lisboa e Vale do Tejo³⁻⁸.

Assim, os autores admitem uma particular importância a estes dados neste grupo etário, face à evidência da importância de uma intervenção precoce no controlo da doença crónica que é a cárie dentária. A prevalência de cárie em Portugal varia de região para região estando descrita na literatura em percentagens que variam de 23-33 %. Vários factores explicam estas diferenças, nomeadamente, a educação para a saúde, os hábitos alimentares e a ausência de programas de saúde oral, aspectos que se devem considerar nos cuidados de saúde à criança^{7,8,9}. As crianças com risco aumentado de problemas de saúde oral e dificuldades no acesso aos cuidados médicos pertencem a famílias pobres, minorias étnicas e sem seguros de saúde. Estes factores colocam mais de 52% de crianças em risco de doença oral não tratada^{9,10}.

Para se obter uma redução da incidência da cárie dentária é fundamental que sejam adoptadas medidas de prevenção que visem o controlo dos factores etiológicos da doença e reforcem os factores de protecção individuais^{9,11-13}.

Apesar de toda a estratégia preventiva, que pode reduzir a prevalência de cárie dentária, existe ainda patologia remanescente para a qual urge dar resposta, através de tratamentos dentários, evitando assim frequentes consequências: a perda da função mastigatória, as infecções local ou geral, as alterações do desenvolvimento da dentição e da linguagem, bem como o trauma psicológico daí resultante.

A estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com seis anos estejam livres de cárie e, aos doze anos, o CPOD não ultrapasse o valor de 1.5^{9,10}.

Anomalias da oclusão

Uma oclusão normal é uma oclusão estável, sã e esteticamente atractiva, significa dentes correctamente ordenados na arcada e em harmonia com todas as forças estáticas e dinâmicas que sobre eles actuam. Uma anomalia de oclusão define-se como um defeito relativo na forma, no tamanho ou na disposição dos dentes. Pode ser um problema estético, mas, pode também, interferir com a mastigação e fonética, aparecimento de cáries e problemas gengivais.

Na consulta de Odontopediatria é necessário observar sistematicamente o tipo de respiração (nasal ou bucal), a hipertrofia das adenóides e das amígdalas, o desvio do septo nasal, a presença de rinite e/ou bronquite, sinusite e/ou hábitos sucção (duração, intensidade, frequência e idade). Além disso, maloclusões que pareçam ser semelhantes e classificadas igualmente podem ter origens totalmente diferentes. Tradicionalmente, discute-se etiologia da maloclusão começando por uma classificação clínica (equação ortodôntica)^{14,15}.

Convém, portanto, detectá-los o mais cedo possível e corrigi-los antes de se ter concluído o desenvolvimento dos ossos maxilares.

Equação ortodôntica segundo Dockrell¹⁴

actuaem em	sobre	produzindo
1. Causas _____	2. épocas _____	3. tecidos _____
		4. resultados _____

1. Hereditariedade, causas de desenvolvimento de origem desconhecida, traumatismo, agentes físicos, hábitos, doença, malnutrição
2. Contínua ou intermitente, podem actuar em diferentes idades
3. Tecido neuromuscular, dente, osso e cartilagem, tecidos moles – excluindo o músculo.
4. Má função, maloclusão, displasia óssea

Os problemas oclusais têm sido evidenciadas como uma das doenças da civilização moderna, como o são a diabetes e as doenças coronárias, com vários agentes concebíveis, como a

alergia respiratória, dieta mole, perda prematura de dentes decíduos, ausência de amamentação.

Um estudo realizado na cidade de Vitória demonstrou ser alta a prevalência das mal-oclusões para a idade de três anos (59,1%)¹⁶. Embora uma análise comparativa com outros estudos seja difícil, em decorrência de desenhos de estudo bastante discrepantes e critérios diferenciados de classificação adotados, observa-se um aumento das mal-oclusões na população mundial para a idade de três anos, não havendo evidência estatística de ocorrência diferenciada de maloclusão entre os sexos e as raças.

Os tratamentos dos problemas oclusais mais simples, baseados em diagnóstico etiológico, morfológico e funcional, devem ser iniciados em idades precoces.

Prevenção

A prevenção deve ser vista como base para uma educação que proporcione as condições para um ótimo crescimento, desenvolvimento e funcionamento. Deste modo os autores abordam o flúor, a higiene oral, a amamentação, o biberão e a chupeta, a dieta e os selantes de fissuras.

O flúor

O flúor tem comprovada importância na redução da prevalência e gravidade da cárie. A estratégia da sua utilização em saúde oral foi redefinida com base em novas evidências científicas. Actualmente, considera-se que a sua acção preventiva e terapêutica é tópica e pós-eruptiva e que, para se obter este efeito tópico, o dentífrico fluoretado constitui a opção consensual.

A utilização de medicamentos contendo fluoretos, na forma de gotas orais e comprimidos, foi até há pouco recomendada pelos profissionais de saúde (pediatras, médicos de família, clínicos gerais, médicos estomatologistas, médicos dentistas) dos 6 meses até aos 16 anos. A clarificação do mecanismo de acção dos fluoretos na prevenção da cárie dentária e o aumento de aporte dos mesmos com consequentes riscos de manifes-

tação tóxica obrigaram à revisão da sua administração em comprimidos e/ou gotas. A gravidade da fluorose dentária está relacionada com a dose, a duração e com a idade em que ocorre a exposição ao flúor. A “Canadian Consensus Conference on the Appropriate use of Fluoride Supplements for the prevention of dental caries in children” definiu um protocolo, cuja utilização é recomendada a profissionais de saúde, em que se fundamenta a tomada de decisão sobre a necessidade ou não da suplementação de flúor. Deste modo, a administração de comprimidos só é recomendada quando o teor de fluoretos na água de abastecimento público for inferior a 0,3 partes por milhão (ppm) e:

- a criança (ou quem cuida da criança) não escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia;
- a criança (ou quem cuida da criança) escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia, mas apresenta um alto risco à cárie dentária¹⁶.

Por sua vez, a conclusão do «Forum on Fluoridation 2002», relativamente à administração de suplementos de fluoretos foi a seguinte: limitar a utilização de comprimidos de fluoretos a áreas onde não existe água fluoretada e iniciar essa suplementação apenas a crianças com alto risco à cárie e a partir dos três anos.

A administração sistémica e tópica de flúor é indicada por orientações da Organização Mundial de Saúde, para países com a taxa de prevalência de cárie dentária semelhante à que Portugal tem, isto é, com um nível de doença moderado (índice de CPO aos doze anos entre 2.7 e 4.4) e sem outras fontes de flúor, nomeadamente nas águas de abastecimento público nem nos bens de consumo, de venda livre.

A avaliação é feita a partir da conjugação dos seguintes factores de risco: evidência clínica de doença, análise dos hábitos alimentares, controlo da placa bacteriana, nível socioeconómico da família e história clínica da criança (quadro IV)¹⁷⁻¹⁹.

Na Europa, a maior parte dos países não faz fluoretação das suas águas para consumo humano, à excepção da Irlanda, da Suíça (Basileia) e de 10 % da população do Reino Unido. Na Alemanha é proibido, e nos restantes países é desaconselhado¹⁹.

Quadro IV – Evidência do Risco de cárie

Factores de Risco	Baixo Risco	Alto Risco
Evidência clínica de doença	Sem lesões de cárie. Nenhum dente perdido devido a cárie. Poucas ou nenhuma obturações	Lesões activas de cárie, extracções devido a cárie, duas ou mais obturações, aparelho fixo de ortodontia
Análise dos hábitos alimentares	Ingestão pouco frequente de alimentos açucarados	Ingestão frequente de alimentos açucarados, em particular entre as refeições
Utilização de fluoretos	Uso regular de dentífrico fluoretado	Não utilização regular de qualquer dentífrico fluoretado
Controlo da placa bacteriana	Escovagem dos dentes duas ou mais vezes por dia	Não escova os dentes ou faz uma escovagem pouco eficaz
Nível socioeconómico	Médio ou alto	Baixo
História clínica da criança	Sem problemas de saúde. Ausência de medicação crónica	Portador de deficiência física ou mental, ingestão prolongada de medicamentos cariogénicos, doenças Crónicas, xerostomia

Nos países em que se faz fluoretação da água, alguns estudos demonstraram não ter existido um ganho efectivo na prevenção da cárie dentária. No entanto, outros como a Austrália e no Brasil, no Estado de Vitória, onde a fluoretação da água se faz regularmente, observaram-se ganhos efectivos na saúde oral da população, com consequentes ganhos económicos^{18,19}.

Em Portugal Continental, os valores são normalmente baixos, e as águas não estão sujeitas a fluoretação artificial. O teor de fluoretos deverá ser controlado regularmente de modo a preservar os interesses da saúde pública. Nos Açores e na Madeira, ou em zonas onde o teor de fluoretos na água é muito elevado, deverá ser feita uma verificação constante e a correcção adequada¹⁸.

A quantidade de flúor a administrar depende do teor deste elemento nas águas de abastecimento público. Na definição de um valor guia para a água de consumo humano, a OMS propõe o valor de 1 ppm e limite de 1,5 ppm de flúor, referindo que valores superiores podem contribuir para o aumento do risco de fluorose^{19,20}. O suplemento pode ser ministrado na forma de gotas geralmente até aos 23 meses e comprimidos a partir dos dois anos. Quando é administrado na forma de comprimido, este deve derreter na boca, lentamente.

A escovagem dos dentes com uma pasta dentífrica fluoretada constitui uma forma de aplicação tópica de flúor. Até aos seis anos, deve preferir-se pastas dentífricas “júnior”, que têm na sua composição uma dosagem de 500 a 1000 ppm de flúor. No entanto, se for utilizado um dentífrico de adulto deve-se reduzir a dose; utiliza-se uma pequena quantidade de pasta cujo tamanho deve ser semelhante a um grão de ervilha ou ao tamanho da unha do quinto dedo da mão da criança. A partir dos 6 anos pode usar-se dentífrico com uma dosagem de flúor superior, bem como fazer bochechos com uma solução fluoretada. As soluções para bochechos, recomendadas a partir dos 6 anos de idade, têm sido utilizadas em programas escolares de prevenção da cárie dentária, em inúmeros países, incluindo Portugal. São recomendadas a crianças de maior risco à cárie dentária mas a sua utilização tem vindo a ser restringida a crianças que escovam eficazmente os dentes^{19,20,21}.

As soluções fluoretadas de uso diário têm habitualmente uma concentração de fluoreto de sódio a 0,05% e as de uso semanal ou quinzenal habitualmente têm uma concentração de 0,2%. Conforme o perfil da família o pediatra poderá escolher o método que lhe parecer mais fácil de implementar.

Recomenda-se a administração de flúor sistémico, em gotas e comprimidos, a utilização de pastas dentífricas fluoretadas na higiene oral e o bochecho fluoretado, conforme a orientação técnico-normativa do Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes (quadro V)^{6,7}.

A higiene oral

É aconselhável que nas consultas pré-natais a mãe seja informada dos cuidados a ter com o seu filho, nomeadamente com a saúde oral.

Após o nascimento cabe ao Pediatra esta orientação, inserida no contexto das medidas preventivas gerais em cada grupo etário.

Enquanto não existem dentes, a higiene deve ser feita todos os dias após a amamentação, colocando em volta do dedo uma dedeira de borracha ou simplesmente uma gaze embebida em água morna e limpar com movimentos rotativos, que começam pelos lábios, continuam na boca, por todo o rolete gengival e língua. Com a gengiva limpa, a criança estará mais saudável, tendo menor risco de aparecimento de doenças, como a candidíase oral, e menos desconforto no momento da erupção dos primeiros dentes^{6,7}.

A higiene deve iniciar-se com a erupção do primeiro dente, com escova macia ou gaze. À medida que os primeiros dentes vão erupcionando, a higiene oral deve ser feita durante três minutos (escovar a superfície voltada para a bochecha superior e inferior, a superfície interna superior e inferior, a superfície de mastigação e a língua) com escova dentária macia de cabeça pequena que deve ser substituída no máximo de três em três meses. Tão cedo quanto possível, recomendam-se duas escovagens por dia, sendo uma delas antes de deitar, podendo a partir desta idade utilizar-se uma pasta de adulto (entre 1000 e 1500 ppm de fluoretos). A escovagem deve ser

Quadro V – Recomendações de Fluoretos conforme a orientação técnico-normativa do Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes

	Frequência da escovagem	Material utilizado	Execução da escovagem	Dentífrico fluoretado	Suplemento sistémico de fluoretos
0-3 Anos	2 x dia Uma antes de deitar	Gaze Dedeira Escova macia	Pais	1000-1500 ppm (tamanho da unha do 5º dedo)	<u>Não recomendado</u>
3-6 Anos	2 x dia Uma antes de deitar	Escova macia	Pais e/ou Criança	1000-1500 ppm (tamanho da unha do 5º dedo)	<u>Não recomendado</u> <u>Excepção</u> alto risco à cárie dentária 0,25 mg diário
> de 6 Anos	2 x dia Uma antes de deitar	Escova macia ou em alternativa média	Criança e/ou Pais	1000-1500 ppm quantidade aproximada de 1 centímetro	<u>Não recomendado</u> <u>Excepção</u> alto risco à cárie dentária 0,25 mg diário

supervisionada pelos pais, até ao momento em que a criança adquire o controlo dos movimentos finos, o que coincide com o domínio da escrita.

A escovagem mais pormenorizada deve ser a nocturna. Após a escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado, pode-se não bochechar com água. Deverá apenas cuspir o excesso de pasta. Deste modo, consegue-se uma mais alta concentração de fluoretos na cavidade oral, que vai actuar topicamente durante mais tempo. Devem ser controlados os dentífricos com sabor a fruta, para impedir o seu consumo em excesso, uma vez que estão já descritos na literatura, casos de fluorose resultantes do abuso de dentífricos.

O objectivo da escovagem e da utilização do fio dentário é eliminar e/ou desorganizar a placa bacteriana que se forma constantemente na superfície dos dentes. Esta deve ser feita sistematicamente depois de cada refeição, de preferência nos trinta minutos seguintes, período de tempo necessário para que os germens comecem a elaborar as secreções ácidas.

Se o lactente vomita com muita frequência, a higienização deve ser mais frequente visto que o risco de cárie aumenta com a acidez do vómito ^{6,7,21}.

Num estudo realizado sobre os hábitos de higiene, verificou-se que estes estão relacionados com a idade, o sexo e o nível educacional da população⁴. A escovagem dentária associada a utilização de dentífricos fluoretados desempenha um papel de prevenção extraordinariamente importante na saúde oral.

A amamentação, o biberão e a chupeta

Na amamentação a criança desenvolve os músculos da face que serão responsáveis pela mastigação e pela fala, favorecendo a respiração nasal e ajudando na prevenção de problemas de posicionamento incorrecto dos dentes e estruturas faciais ¹⁶.

A amamentação deve ocorrer pelo menos nos seis primeiros meses de vida e em ambos os seios, ou seja, primeiro colocamos o bebé de um lado e depois, do outro; isto ajudará a desenvolver os músculos e sensibilidade dos dois lados da face, evitando no futuro, as mordidas cruzadas (dentição maxilar a ocluir internamente em relação à mandibular) e o uso de aparelhos ortodônticos, para favorecer o desenvolvimento adequado da lateralidade dentária ^{16,19}.

Quando é necessário recorrer ao biberão deverá reproduzir-se ao máximo a amamentação ao seio, mesmo que não seja dado pela mãe.

O bebé deve ficar ligeiramente sentado impedindo que o leite reflua para a nasofaringe, originando o risco de otites. Esta posição permite que a língua encoste ao palato na posição correcta para engolir, porque quando está deitado, o bebé engole o leite rapidamente a língua fica mais anterior podendo originar mais tarde problemas de fala ou deglutição.

A força de sucção deve assemelhar-se à amamentação ao seio para que se consiga um melhor desenvolvimento muscular facial. Logo que o bebé consiga usar um copo o que ocorre em média por volta dos 12/24 meses deve deixar o biberão.

Por último, a chupeta pode ser importante, mas deve-se saber o momento certo de a oferecer.

Se o recém-nascido começar a mamar na mão ou no dedo após as mamadas precisa da chupeta. Deve-se imediatamente substituir o dedo pela chupeta pois mais tarde é mais fácil tirar o hábito da chupeta que o do dedo. Deve-se optar pelas chupetas de silicone porque são as mais fáceis de higienizar. Há também que ter em atenção a idade certa para cada chupeta, pelo seu efeito ortodôntico ^{6,7}.

Se o bebé for prematuro, o uso da chupeta fortalece os músculos permitindo amamentar-se ao seio com mais vigor e maior facilidade.

O uso prolongado da chupeta pode ter efeitos prejudiciais, pelo que se deve retirar entre os 2-3 anos de idade, uma vez que a criança já passou pelo período das primeiras descobertas do mundo, e pode-se sentir mais seguro e tranquilo.

O pediatra, o odontopediatra, o terapeuta da fala ou psicólogo, poderão ajudar nesse momento ^{6,7}.

A dieta

O controlo da dieta é fundamental na prevenção da cárie dentária uma vez que é um dos factores do risco. Deste modo se a ingestão de alimentos açucarados for pouco frequente provavelmente a criança terá um baixo risco de cárie dentária, no entanto se esta for frequente, particularmente entre as refeições o risco vai ser elevado.

Especial atenção deve ser tomada no sentido de prevenir as cáries de biberão. O uso inadequado do biberão como chupeta com líquidos açucarados que permanecem em contacto com os dentes durante muito tempo origina destruição coronária total da dentição temporária em idade precoce, com atingimento preferencial dos incisivos superiores inicialmente e mais tarde dos restantes dentes anteriores e posteriores.

Uma dieta equilibrada sem recurso a líquidos açucarados e alimentos adesivos que permanecem durante mais tempo em contacto com os dentes, aumentando a sua cariogenicidade deve ser implementada tão cedo quanto possível. Os açúcares não devem ser proibidos, mas sim controlados. A utilização de um dia especial em que se podem comer doçarias (candy day) pode ser útil ²⁰⁻²².

Os selantes de fissuras

Os selantes de fissuras são uma medida eficaz na prevenção da cárie das regiões de fissuras e cicatriculas, zonas estas responsáveis por mais de 80% das cáries em todos os grupos etários. Apresentam como vantagens a facilidade de colocação, o baixo custo, a eficácia comprovada e o risco de lesão iatrogénica praticamente inexistente ⁷.

Apesar da maior atenção ser dirigida ao molar dos seis anos não devemos esquecer que os dentes temporários por vezes também apresentam fissuras retentivas de alimentos e que a verdadeira prevenção se inicia da dentição temporária e não na definitiva. Por isso aconselha-se o selamento dos dentes temporários.

As consultas de odontopediatria

As consultas de odontopediatria têm como objectivo a promoção da saúde oral e a prevenção das patologias mais frequentes, nomeadamente a cárie dentária e as maloclusões¹⁶.

A criança, o encarregado de educação ou responsável deverão receber explicação sobre higiene oral, incluindo o bochecho fluoretado e educação alimentar.

Para o sucesso da consulta, e uma vez que o medo da criança está directamente ligado à ansiedade dos pais, é fundamental que se transmita segurança à criança e se descreva com adequada antecedência os procedimentos a efectuar.

A observação cuidadosa da cavidade oral (lábios, palato, bochechas, língua, dentes e gengivas), da respiração, da deglutição, da linguagem, da erupção e reabsorção, permite detectar e orientar atempadamente as situações patológicas referidas^{20,21}.

Muitos dos tratamentos de longa duração e elevado custo efectuados durante a adolescência poderiam ser evitados apenas com medidas preventivas na 1ª infância, sendo neste aspecto fundamental a colaboração entre o pediatra e odontopediatra.

Não há consenso estabelecido no que se refere à idade em que se deve orientar a criança para a primeira visita ao dentista^{22,23,24,25}.

A Academia Americana de Dentisteria Pediátrica (*American Academy of Pediatric Dentistry*), prevê que a primeira consulta de odontopediatria seja realizada entre os 12 e os 18 meses pelo facto de nesta idade ocorrerem modificações orais importantes^{26,27}.

Em Portugal não existe um protocolo definido, no entanto alguns autores aconselham a primeira consulta por volta dos seis meses aquando da erupção do primeiro dente^{6,7}.

Em nossa opinião a primeira consulta deve ser após a erupção do primeiro dente e nunca depois do primeiro ano. A partir deste momento a criança deve ser vigiada de seis em seis meses.

Conclusão

A prevenção das doenças orais não se limita exclusivamente a evitar as cáries, mas também, os problemas gengivais, musculares, faciais, de fala, ortodônticos e estéticos.

É de realçar que a maior parte dos tratamentos de longa duração e elevado custo realizados durante a adolescência poderiam ser facilmente evitados apenas com medidas preventivas na 1ª infância, medidas estas da responsabilidade dos profissionais de pediatria.

A Medicina Dentária para a criança pode resumir-se em: “Educar para manter sempre saúde oral em todos os grupos etários, pois as crianças de hoje serão os adultos saudáveis de amanhã”.

Referências

1. Programa de saúde oral ao longo do ciclo de vida – Circular Normativa. *Acta Pediatr Port* 2005; 36 n°1: .

2. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children’s oral health. *J Am Dent Assoc* 2005; 136:364-72.

3. Marsh PD, Nyvad B. A microbiota oral e biofilmes formados sobre os dentes. In: Fejerskov O, Kidd E. *Cárie Dentária: a doença e o seu tratamento clínico*. S. Paulo. Santos Ed. 2005.

4. Al-Otaibi M. The miswak (chewing stick) and oral health. Studies on oral hygiene practices of urban Saudi Arabians. *Swed Dent J Suppl* 2004; (167):2-75.

5. Pereira A, *Cáries Dentárias – Etiologia, Epidemiologia e Prevenção*. Portugal: Medisa 1993.

6. Vasco Prazeres et al. Direcção Geral de Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos adolescentes, elementos de caracterização 2005, Lisboa.

7. Direcção-Geral da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada. Lisboa: DGS; 2000.

8. Direcção-Geral da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, Lisboa. DGS; 2008.

9. Gomez SS, Weber AA. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11: 117-22.

10. Zanata RL, Navarro MF, Pereira JC, Franco EB, Lauris JR, Barbosa SH. Effect of cáries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. *Braz Dent J* 2003; 14: 75-81.

11. Mouradian WE. The face of a child: children’s oral health and dental education. *J Dent Educ* 2001; 65: 821-31.

12. Okeigbemen SA, The prevalence of dental caries among 12 to 15 year old school children in Nigeria: Report of a local survey and campaign. *Oral health Prev Dent* 2004; 2: 27-31.

13. Bruno-Ambrosius K, Swanholm G, Twetman S. Eating habits, smoking and tooth brushing in relation to dental caries: a 3-year study in Swedish female teenagers. *Int J Paediatric Dent* 2005; 15:190-6.

14. Almeida CM, Jesus S, Toscano A. Third National Pathfinder (1999): Preliminary results in 6 and 12 Year-Old Continental Portuguese Schoolchildren. *Caries Research ORCA* 2000; 34: 308-60.

15. Krol DM. Educating pediatricians on children’s oral health: past, present and future. *Pediatrics* 2004; 113: 487-92.

16. Creighton PR. Common paediatric dental problems. *Ped Clin North Am* 1998; 45 (6): 1579-60.

17. Emmerich A, Fonseca L, Elias AM, Medeiros U. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:689-97.

18. Melo, PRGR. *Influência de diferentes métodos de administração de fluoretos nas variações de incidência de cárie*. Tese de doutoramento. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2001.

19. WHO/HSE/WSH Expert Consultation for the 4th Edition of the Guidelines for Drinking-water Quality Conference Berlin, 7–11 May 2007 Public Health and the Environment. Geneva. WHO ed; 2007.

20. Fawell J, Bailey K, Chilton J, Dahi E, Fewtrell L, Magara Y. Fluoride in drinking-water. WHO Drinking-water Quality Series. Geneve. WHO ed; 2006.

21. Center for Disease Control and Prevention. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. Acessível em <http://www.cdc.gov>

22. WHO. Ayutthaya Declaration. The 2nd Asian Conference of Oral Health Promotion for School Children; 2003; February 23. Acessível em <http://www.who.int/>

23. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Devo RA. The role of the paediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics* 2000; 106: 84.
24. Chung MH, Kaste LM, Koerber A, Fadavi S, Punwani I. Dental and medical student's knowledge and opinions of infant oral health. *Dent Educ* 2006; 70: 511-7.
25. Schaff-Blass E, Rozier RG, Chattopadhyay A, Quinonez R, Vann WF Jr. Effectiveness of an educational intervention in oral health for paediatric residents. *Ambul Pediatr* 2006; 6: 157-64.
26. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. Infant oral health education for paediatric and family practice residents. *Pediatr Dent* 2005; 27: 284-91.
27. Moyers E R., Handbook of Orthodontics, 4th Ed, Year book medical publishers, inc. 1988.