Ficha técnica do cim

CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

SAÚDE ORAL NA CRIANÇA

A saúde oral é fundamental para a saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida.[1] As doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil.[2] A cárie dentária é a doença crónica mais prevalente na infância,[3] com importante impacto socioeconómico devido ao custo do seu tratamento, pelas suas sequelas locais e gerais e absentismo no trabalho e na escola.[4] Segundo o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), a cárie dentária na população pediátrica apresenta um índice de gravidade moderada,[2] variando a sua prevalência entre as diferentes regiões do país.[4]

Nas crianças em idade pré-escolar denomina-se cárie precoce da infância (CPI). A CPI influencia a saúde global da criança,[3,4] sendo preditiva de cáries na dentição permanente. Os factores de risco incluem dieta cariogénica, ausência ou défice nos cuidados de higiene oral, exposição inadequada ao flúor e proveniência de família com carência socioeconómica.[3]

A gestão da cárie dentária inclui a detecção precoce de lesões, a identificação do risco individual para a progressão da cárie e uma vigilância activa, com monitorização e instituição de medidas preventivas.[1] A prevenção é a melhor abordagem,[5] devendo envolver os pais e ter em conta o meio sociocultural e familiar das crianças. O controlo dos principais factores etiológicos pode ter influência no grau de gravidade da doença.[4]

PREVENÇÃO PRÉ-NATAL

Uma boa saúde oral durante a gravidez pode ajudar a prevenir cáries na criança.[1,3,5] Alterações do desenvolvimento dentário decorrentes de perturbações do desenvolvimento pré e perinatal facilitam o surgimento da CPI, o que implica vigilância da saúde materna, especialmente durante o 3.º trimestre.[5]

A prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orais devem ser feitos, idealmente, antes da concepção;[2] contudo, os tratamentos dentários podem ser efectuados com segurança durante a gravidez.[1,2] Na educação da grávida, há que salientar que uma boa saúde oral pode prevenir o aparecimento de cáries nos filhos, reforçando a necessidade de uma boa higiene oral e a não ingestão de alimentos açucarados fora das refeições.[1]

Alguns estudos sugerem que défices de vitamina D ou cálcio durante a gravidez possam causar maior risco de defeitos no esmalte em ambas as dentições, mas são necessários estudos adicionais.[3] Não se recomenda a prescrição de suplementos sistémicos de flúor a grávidas, por ausência de benefício demonstrado na dentição primária da criança.[2,3]

PREVENÇÃO PÓS-NATAL

Transmissão vertical. A transmissão de bactérias cariogénicas a partir da mãe ou outro principal cuidador está implicada no surgimento da CPI.[3,5] Medidas que modifiquem a flora oral materna podem reduzir o risco de cárie na criança. Deverá ser promovida a higiene oral materna e a sensibilização para não partilhar com a criança utensílios e alimentos levados à boca.[3]

Higiene oral. A necessidade de escovar os dentes tem de ser enfatizada como sendo essencial à manutenção da saúde.[1] A escovagem dentária utilizando dentífricos fluoretados desempenha um papel preventivo fundamental na saúde oral.[4,6]

Os cuidados de higiene oral devem fazer parte da rotina de higiene diária do bebé.[2] Dado que a colonização com bactérias cariogénicas pode ocorrer muito precocemente,[5] a higienização deve iniciar-se **antes da erupção dos primeiros dentes**, mediante a limpeza da mucosa oral e gengivas com uma gaze embebida em água morna, após a amamentação.[4,5]

Após a **erupção do primeiro dente**, a higienização deve ser feita duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, com um dentífrico contendo 1000-1500 ppm (mg/L) de fluoreto, sendo uma das vezes obrigatoriamente após a última refeição.[2-4,7] Durante o sono, o fluxo salivar diminui, conseguindo-se uma maior concentração de fluoretos na cavidade oral e uma acção tópica mais prolongada.[3,4] A quantidade de dentífrico a utilizar deve ser idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da mão da própria criança (dedo mindinho).[2] A *European Academy of Paediatric Dentistry* (EAPD) indica que, devido à ingestão de dentífrico durante a escovagem, pode ser considerado o uso de dentífricos contendo somente 500 ppm de fluoreto até aos 2 anos e, entre os 2-6 anos, o uso de dentífricos com 1000 ppm de fluoreto.[6]

Entre os **3 e os 6 anos** de idade, a escovagem deve continuar a ser realizada ou supervisionada pelos pais,[2,3] fomentando-se o início da escovagem dos dentes pela própria criança. O exemplo dos pais é da maior relevância e, ao tentar imitá-los, a criança vai adquirindo o hábito da higiene oral.[2] A escovagem deve ser feita pelo menos duas vezes por dia,[2,4,6] durante três minutos,[2,4] sendo uma delas obrigatoriamente antes de deitar, utilizando um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/L);[2,3] a quantidade de dentífrico a utilizar continua a ser determinada da mesma forma e este deve ser posto na escova pelo adulto. Deve ser utilizada uma escova macia, de tamanho adequado à boca da criança,[2] substituída a cada três meses,[2,4] que pode ser manual ou eléctrica. As crianças devem cuspir o excesso de dentífrico e não enxaguar com água, de forma a obter uma maior concentração de fluoretos e maior acção tópica.[3,6]

Os dentífricos com sabores atractivos devem ser desencorajados, para prevenir a deglutição deliberada.[4,8]

A escovagem deve ser supervisionada pelos pais até a criança adquirir o controlo dos movimentos finos.[4] A partir dos **6 anos**, a escovagem dentária já deverá ser efectuada pela criança, utilizando um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/L), idêntico ao usado pelos adultos, numa quantidade aproximada de 1 centímetro. Se a criança ainda não tiver destreza manual,

esta actividade poderá ser apoiada, ou executada, pelos pais. A escovagem deve ser efectuada no mínimo duas vezes por dia sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. Deve ser utilizada uma escova macia ou média, de tamanho adequado à boca da criança. [2] Por volta dos 6 anos começam a erupcionar os primeiros molares permanentes, com características que os tornam mais vulneráveis à cárie, necessitando de uma atenção particular e de uma técnica específica de escovagem.[1,2]
A higienização dos espaços interdentários com o fio dentário deve começar a ser feita por volta dos **9-10 anos**, quando a criança começa a ter suficiente destreza manual.[2]

Suplementos de flúor. O objectivo primário da suplementação é prevenir a cárie dentária ou atrasar a sua progressão.[3] Considera-se actualmente que a sua acção preventiva e terapêutica é tópica e pós-eruptiva.[3,6,8,9] Os mecanismos implicados incluem a inibição da desmineralização, aumento da remineralização e inibição da actividade da placa bacteriana.[3,8-10] Quando o flúor é absorvido pelo esmalte dentário durante o processo de remineralização, juntamente com o cálcio e o fosfato, promove a formação de uma melhor estrutura cristalina, com mais fluoreto e menos carbonato e mais resistente aos ácidos.
A fluorose é um tipo de hipomineralização do esmalte dentário que resulta de ingestão excessiva de flúor durante períodos críticos do desenvolvimento dentário. A sua gravidade e distribuição nos dentes permanentes depende da quantidade, duração e altura da ingestão relativamente ao estadio de desenvolvimento dentário, e da susceptibilidade individual.[10] O benefício da suplementação sistémica é mínimo quando é usado simultaneamente flúor por via tópica, [3] aumentando significativamente o risco de fluorose.[3,8] O período crítico para o efeito tóxico do flúor sobre a dentição permanente é entre o nascimento e os 7 anos, sendo o período mais crítico até aos 3 anos;[8] outros referem o período entre os 15 e os 30 meses como o de maior risco.[6]
Segundo o PNPSO, a administração de flúor só está preconizada a crianças com mais de 3 anos quando o teor de fluoretos na água de abastecimento público for inferior a 0,3 ppm (mg/L) e a criança, ou o cuidador, não escovar os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia ou, mesmo escovando os dentes duas vezes ao dia, se a criança apresentar um elevado risco de cárie dentária. Pode ser administrado na dose de um comprimido de 0,25 mg de flúor por dia, lentamente dissolvido na boca, preferencialmente antes de deitar. Antes de qualquer prescrição, há que efectuar uma avaliação personalizada dos aportes diários de cada criança, tendo em conta todas as fontes possíveis.[2] Em Portugal Continental, a concentração de fluoretos na água é normalmente baixa e as águas não estão sujeitas a fluoração artificial, mas nas Regiões Autónomas o teor de fluoretos na água é muito elevado.[8] Em nenhum caso está recomendada a administração de fluoretos sistémicos a grávidas, crianças menores de 3 anos e a crianças que, em qualquer idade, consumam água com teor de fluoreto superior a 0,3 ppm (mg/L).[2]
As normas de algumas entidades internacionais restringem igualmente a suplementação a crianças em elevado risco de cárie,[6,10] mas indicam recomendações posológicas menos conservadoras. A EAPD recomenda a suplementação, ponderada numa base individual, para crianças em risco elevado de cárie; para um teor de fluoração da água até 0,3 ppm (mg/L), não se recomenda suplementação até aos 2 anos; entre os 2-6 recomendam-se 0,25 mg F/dia e entre os 7-18 recomendam-se 0,50 mg F/dia. Se o nível de fluoração da água estiver entre 0,3-0,6 ppm (mg/L), a restrição da suplementação estende-se até aos 3 anos, baixando também para 0,25 mg F/dia no escalão etário superior.[6] Do mesmo modo, a *American Dental Association* (ADA) só recomenda a suplementação a crianças em risco elevado de desenvolver cáries; no escalão etário entre os 6 meses e os 3 anos, a suplementação só é indicada se o teor de fluoretos da água for inferior a 0,3 ppm (mg/L); entre os 3-6 anos preconizam-se 0,5 mg/dia para este teor de fluoretos e 0,25 mg/dia se o teor de fluoretos da água de abastecimento for de 0,3-0,6 ppm (mg/L) e para o escalão entre os 6-16 anos as recomendações diárias de suplementação são de 1,0 mg e de 0,5 mg, respectivamente.[10]

Medicamentos. Os medicamentos pediátricos contêm, frequentemente, sacarose,[1,3] e podem aumentar o risco de cárie se administrados com frequência.[3] Sempre que disponível, deverá optar-se por uma formulação não açucarada,[1,3] especialmente se a criança fizer medicação crónica.[2] Outras possibilidades serão recorrer a comprimidos em vez de xaropes, se viável, ou administrar o medicamento às refeições, se tal não condicionar a sua biodisponibilidade.[3]

Educação alimentar. O controlo da dieta é fundamental na prevenção da cárie.[4] A ingestão frequente de açúcares simples proporciona um substrato constante para a fermentação bacteriana, com produção de ácidos orgânicos; esta acidificação persistente favorece a dissolução/desmineralização do esmalte, com aumento do risco de cáries.
A amamentação deve ser promovida e deve ser em exclusividade até aos 6 meses.[3] Uma dieta equilibrada, sem recurso a líquidos açucarados e alimentos adesivos, deve ser implementada tão cedo quanto possível.[4] A administração pelo biberão de leite ou outras bebidas açucaradas, incluindo sumos naturais, deve ser desencorajada.[3,4] As crianças não devem ser deitadas com o biberão,[3,7] por favorecer um uso mais prolongado,[3] e a chupeta não deve ser adocicada.[2,3]
Desaconselha-se o consumo de guloseimas e refrigerantes, sobretudo fora das refeições.[2] Os açúcares não devem ser proibidos, mas sim controlados. Poderá ser instituído um dia especial por semana para comer doçarias,[4] restringir às refeições a ingestão de bebidas e alimentos que contenham açúcares simples, ou dar preferência a bebidas e doces confeccionados com adoçantes.[3] Não devem ser oferecidas às crianças bebidas gaseificadas,[3,7] pois provocam a erosão dos dentes. Se a criança as ingerir, deverá fazê-lo através de "palhinhas", para evitar o contacto directo com a superfície dentária.[7]

As farmácias são um local de excelência para acções de educação para a saúde.[1] O farmacêutico pode desempenhar um importante papel na promoção da saúde oral na população pediátrica, transmitindo aos pais informação acerca dos cuidados de higiene oral, uso de dentífricos fluorados e cuidados alimentares.

Ana Paula Mendes
Farmacêutica

Referências bibliográficas

1. Céu AM, Cádima CF, Branco LR, Jordão M, Araújo MR, Calado R. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B, 1.ª Edição. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2011.
2. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Despacho Ministerial n.º 153/2005 (2.ª série). Diário da República n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005. Lisboa, Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde, 2005.
3. Eusébio D. De pequenito se trata o dentito – o papel do Médico de Família. Rev Port Clin Geral. 2009; 25: 429-37.
4. Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade C. *et al*. Cárie precoce da infância – o estado da arte. Acta Pediatr Port. 2010 [acedido a 28-02-2012]; 41(5): 217-21. Disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/24/20110303110527_Art_Actualizacao_Areias_C_41(5).pdf
5. Cosme P, Marques PF. Cáries Precoces de Infância – Uma Revisão Bibliográfica. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2005 [acedido a 22-02-2012]; 46: 109-16. Disponível em: http://spemd.pt/imagens/anexo_294.pdf
6. European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. Eur Arch Paediatr Dent. 2009 [acedido a 28-02-2012]; 10(3): 129-35. Disponível em: http://www.eapd.eu/dat/82C0BD03/file.pdf
7. Saúde oral na infância. Portal da saúde, 2006 [acedido a 22-02-2012]. Disponível em: http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/infancia/Saude+oral+na+infancia.htm
8. Texto de Apoio ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Fluoretos. Fundamentação e Recomendações da *Task Force*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Escolar, 2005
9. Rompante P. Mecanismos preventivos do flúor e cárie dentária. Acta Pediatr Port. 2009; 40(5): 223-8.
10. Rozier RG, Adair S, Graham F, Iafolla T, Kingman A, Kohn W. *et al*. Evidence-based clinical recommendations on the prescription of dietary fluoride supplements for caries prevention. J Am Dent Assoc. 2010; 141(12): 1480-9.