

Prevenção da Cárie Dentária

A cárie dentária pode ser definida como uma doença bifilme açúcar-dependente causada por ácidos provenientes da fermentação microbiana que ~~causa~~ ^{con} leva à desmineralização da estrutura dentária; além disso, é uma patologia associada ao indivíduo e não apenas ao alimento dentário (Pitt et al, 2017). Atualmente, a doença cárie ainda é um problema de saúde pública que afeta crianças, adultos e idosos, que pode impactar negativamente a qualidade de vida destes indivíduos. No Brasil, por exemplo, o aumento do consumo de produtos açucarados ou industrializados, a falta de acesso ao tratamento odontológico e, também, a condição precária de higiene bucal perpetuam ainda mais esse agravo da saúde bucal.

Nesse contexto, os métodos preventivos assumem um papel essencial na redução dos índices de cárie dentária em todo o mundo. Ademais, as orientações a respeito da prevenção da doença cárie podem ser implementadas, até mesmo, no pré-natal odontológico, no qual a gestante recebe orientações para a manutenção da sua saúde bucal e, principalmente, da sua futura criança. De acordo com a literatura, os recursos preventivos da cárie dentária podem ser direcionados para os seguintes eixos: Dieta, higiene bucal, uso racional dos fluoretos e fortalecimento da estrutura dentária para a prevenção e controle dessa doença.

A dieta é um aspecto muito relevante nesse eixo, visto que, uma dieta equilibrada desde os primeiros dias da criança até sua fase adulta reduz, não somente a prevalência das lesões de cárie, mas também a abundância de problemas cardiovasculares, diabetes melito e outras

doenças crônicas não-transmissíveis. Além disso, uma dieta rica em legumes, verduras, cereais, carboidratos com baixo teor de açúcar, carnes esmagadas e desenvolvimento cognitivo da criança, bem como o seu crescimento. Os primeiros mil dias da criança é um período de maior atenção dos profissionais da área da saúde, incluindo o odontopediatra. O aleitamento materno é muito importante nessa fase; de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o aleitamento materno deve ser exclusivo até os 6 meses de vida da bebê; depois disso, até os 2 anos de idade com a introdução da alimentação complementar. Sabe-se que, o leite materno é a principal fonte de nutrientes da bebê, pois contém proteínas, vitaminas, carboidratos, incluindo também imunoglobulinas que auxiliam a maturação do seu sistema imunológico.

Vale a pena salientar que, o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento do sistema estomatognático da criança, favorecendo um certo padrão de respiração, o que é importante para evitar o hábito de respiração bucal. As pesquisas evidenciam que crianças que amamentaram continuamente (no seio materno) apresentam menores riscos de desenvolver maloclusão e doenças respiratórias. Entretanto, algumas crianças não privam desse benefício devido à baixa produção de leite materno, ou sua mãe retornar ao trabalho precocemente; nesse contexto, as fórmulas infantis são recomendadas, sob a orientação do médico pediatra; no entanto, essas fórmulas devem apresentar baixo teor de açúcar, contribuindo com a prevenção da doença cárie. O leite de vaca é contra-indicado (para) para crianças menores de 1 ano, pois

foi associado com caso de anemia.

A partir dos 6^{os} m^{es} de vida da criança, deve-se introduzir a alimentação complementar; nesse contexto, algumas medidas devem ser seguidas, tais como: os papinhos devem ser produzidos com alimentos bem cozidos e amassados (batata, cenoura), deve-se evitar os papinhos industrializados, os responsáveis podem oferecer às crianças diferentes fontes, verduras; pode-se deixar a criança manipular os alimentos, levando-a ao prato (isso contribui para que a criança sinta a textura e os diferentes gostos desses alimentos). Com relação ao açúcar, este ~~deve~~ não deve ser oferecido às crianças antes dos 2 anos de idade.

A água é essencial para o bebê, devendo ser oferecida à livre demanda a partir dos 6 meses; entretanto, os sucos industrializados são fortemente ~~proibidos~~ contraindicados, devido à alta concentração de açúcar e outras substâncias ~~nocivas~~ nocivas à criança. Os sucos de frutas naturais podem ser ofertados ao público infantil a partir dos 2 anos, aproximadamente. É importante ressaltar que, aos 12 meses de idade da criança, a sua alimentação deve ser a mesma que a sua família, destacando-se aqui os alimentos saudáveis.

Na fase pré-escolar (2 aos 6 anos de idade), a alimentação pode ser introduzida no cardápio da criança como sobremesa. Nesse período, os responsáveis devem estabelecer limites e regras aos seus filhos. Além disso, deve-se evitar salgadinhos, bolachas recheadas, doces à livre demanda; na realidade, o consumo de uma dieta saudável e balanceada deve ser estimulada. Já no período de 7 a 10 anos, há uma redução no consumo de leite; logo, as profissionais devem orientar os pais a introduzirem os derivados de

luta. E, por fim, na adolescência, o incentivo para o consumo de uma dieta balanceada com a redução de alimentos industrializados é indicada.

Um ponto importante sobre a dieta é orientar os responsáveis a estabelecer frequências regulares de alimentação para os seus filhos. Ademais, o odontopediatra, no anamnese, pode pedir um 'diário alimentar' dos últimos 7 dias para conhecer o padrão alimentar do seu paciente e fazer as orientações pertinentes de forma individualizada.

Na Prevenção da Cárie Dentária, a higiene bucal é extremamente importante; sabe-se que essa doença é modulada pelo biofilme; portanto, a remoção e a higienização da placa bacteriana é fundamental; além disso, a presença do flúor na dentificação contribui com a redução da desmineralização da estrutura dentária. Uma dúvida constante dos pais é quanto a higiene bucal dos pacientes dentários. Essa higiene não é necessária; entretanto, pode ser realizada a partir da introdução da alimentação complementar com uma colher submersa em água filtrada, passando de forma leve e suave sobre os cordões gengivais; essa limpeza pode ser feita após a última mamada noturna; esse manuseio irá preparar a cavidade bucal do bebê para a erupção dos primeiros dentes.

(~~Devido~~) A partir da erupção do 1º dente decíduo, deve-se usar os dentes do bebê como uma escova compatível com a boca do bebê, pequena, com cerdas macias, e a cabeceira deve permitir uma correta empunhadura por parte dos responsáveis. A escovação deve ser associada com dentifício fluoretado de

com pelo menos 1000 ppm de flúor; o máximo permitido é 1500 ppm de flúor. Os dentífricos sem flúor ou com reduzida concentração (250 ppm ou 500 ppm de flúor) são contraindicados, pois não fazem proteção contra a cárie dentária. A fim de evitar a fluorose dentária, deve-se colocar a quantidade correta de dentífrico na escova; ou seja, para crianças menores de 3 anos indica-se um grão de arroz ou (0,1g) e, para crianças acima de 3-4 anos de idade, que já apresentam o refluxo de expectoração mais desenvolvido, isto é, que com alguma tosse, é indicado um grão de arroz (0,3g de dentífrico).

Com relação às técnicas de escovação, as mais utilizadas na Odontopediatria são: Técnica de Fones, Stillman modificada e a Técnica de Bass. A Técnica de Fones é recomendada para crianças menores de 3 anos de idade; essa técnica consiste em movimentos circulares amplos. A técnica de Stillman modificada caracteriza-se por movimentos de vai e vem na superfície occlusal e, nas faces vestibular e lingual / palatina, movimentos de varredura no, direcionando-se as bordas da escova para a região cervical e, após, realiza-se movimentos de varredura até a superfície incisal / occlusal. Já a Técnica de Bass é recomendada para crianças mais velhas, devendo-se direcionar as bordas da escova para a cervical dos dentes, entrar de levemente no interior do sulco gengival; na sequência, faz-se movimentos vibratórios; esse movimento pode ser feito de 2 em 2 dentes. A seguir, realiza-se movimentos de varredura até a face incisal / occlusal. Na superfície occlusal, deve-se realizar movimentos de vai e vem.

Com a interrupção dos primeiros trabalhos permanentes,

indica-se a técnica transversal, colocando-se a escova em sentido transversal na região posterior, sobre os dentes, e segue-se com a escovação da superfície, áreas de cárie incipientes são comuns nesta região nesse período. Tus no contexto, a escovação supervisionada é fortemente recomendada; esse método deve ser realizado de 8 a 9 anos de idade. Por isso, o ortopedista deve criar uma posição mais confortável tanto para os pais quanto para o criança; nos crianças de baixa idade, a posição joelho com joelho é efetiva. O uso do fio dental é recomendado, mesmo que a criança tenha espaço entre os dentes; o fio dental auxilia na remoção do biofilme na região interproximal, onde os cordões da escova não alcançam. O fio dental pode ser utilizado uma vez ao dia. Com relação à frequência da escovação, as melhores evidências recomendam duas vezes ao dia; em tratando-se, para adolescentes, escovar mais vezes contribui positivamente com a redução das lesões de cárie. E, por fim, os enxagüatórios bucais não são rotineiramente indicados para crianças; a sua indicação restringe-se para crianças maiores de 6 anos de idade com alto risco de cárie dentária, por exemplo crianças com aparelhos ortodônticos.

Os flúoretos têm contribuído fortemente com a redução da prevalência e da severidade da doença cárie.

O seu principal mecanismo de ação é reduzir a demineralização da estrutura dentária, bem como acelerar ou fixar o processo de remineralização. Muitos métodos têm sido indicados, a saber: Uso seletivo (óleo fluoretado), Uso Individual (dentifrícos e enxagüantes bucais), e Uso Profissional (géis, espumas, vernizes e

dióxido de flúor de pasta. Com o uso relativo, a água de clareamento fluorada presente em nosso país reduziria significativamente a prevalência de lesões cáries. A vigilância sanitária deve realizar um acompanhamento do processo de fluorização das águas de clareamento, a fim de evitar intoxicações agudas e crônicas. A quantidade de flúor na água diferencia-se entre as diferentes regiões do nosso país, em virtude das diferentes temperaturas. Entre os recursos de uso individual, o dentifúcio é o mais utilizado e é o que mais contribui com a redução dos altos índices de CPOD. Uma das justificativas é a associação com a remoção/desorganização do biofilme dentário. Ademais, permite a formação de reservas de flúor de cálcio que são quebrados após a redução do pH bucal. Como mencionado anteriormente, dentifúcios com baixa concentração de flúor não é recomendada, atenciosos deve ser dada a quantidade de dentifúcio depositada no escova, de acordo com as diferentes faixas etárias, como descrito no decorrer do presente texto (p. 22) e a quantidade de flúor no dentifúcio pode variar entre 1000 a 1500 ppm de flúor, indicado para o público infantil. Sabe-se que a cárie dentária pode ser influenciada por questões socioeconômicas; o fato dos pais poderem utilizar o mesmo dentifúcio que eles utilizam para escovar os dentes dos seus filhos é importante nesse aspecto.

Outro método individual é as enxaguatórios bucais. Tem-se o de uso diário com 250 ppm de flúor e uso semanal com 900 ppm de flúor. Entretanto, na Odontopediatria, seu uso restringe-se para crianças maiores de 6 anos e com alto risco à cárie dentária. No consultório odontopediátrico, o gel fluorado é bastante empregado, pois após

Nota baixo custo e é fácil de ser empregado. No mercado, há o fluorofosfato acidulado a 1,23% (12300 ppm de flúoreto) ou o gel de flúor neutro. O gel fluorado deve ser aplicado em crianças maiores de 6 anos; o seu tempo de aplicação deve ser de 1 minuto; durante a aplicação, a criança precisa estar na posição vertical, e não pode estar com jejum. A aplicação pode ser feita com molduras descartáveis; além disso, durante a aplicação, o sugador precisa estar constantemente na cavidade bucal; decorrido 1 min, pode-se passar a criança a cuspir, diminuindo o risco de deglutição. Considerando alguns estudos, não é mais necessário aguardar 30 minutos para a ingestão de água. A espuma fluorada é outro recurso eficaz; esse produto, inclusive, contém flavorizantes que conferem diferentes sabores à espuma, o que aumenta a colaboração da criança infantil. A aplicação da espuma pode ser feita com molduras durante 1 minuto. A vantagem da espuma em relação ao gel é a sua menor quantidade por aplicação, devido a sua densidade.

Criado com relação ao uso profissional, o verniz flúor pode ser utilizado, principalmente, para remineralizar áreas de manchas brancas ativas. Existem produtos disponíveis no mercado com aproximadamente 22600 ppm de flúoreto. A sua vantagem é a capacidade de se aderir ao estrutura dentária, proporcionando uma lenta liberação de flúoreto para o meio bucal. Em termos de risco/benefício, é um produto que pode ser utilizado em todas as faixas etárias na Odontopediatria. Dessa forma, o verniz previne o aparecimento de lesões cáries, bem como o aparecimento de novas lesões. Nessa vertente, o dióxido de flúore

Isa de prata pode ser usada na clínica. Vale o pena lembrar que o dióxido é uma estratégia de mínimo intervenção na Odontopediatria. O dióxido fluoretado de prata associa os efeitos antimicrobianos do nitrato de prata com o potencial remineralizador do fluoreto. Ele pode ser usado para paralisar lesões cáries em andamento e dentina. Está disponível nas concentrações de 10 e 38%; a de 38% mostra-se mais efetiva. Uma das vantagens desse produto é a pigmentação do dente; esse fato deve ser muito bem explicado aos responsáveis. Além disso, durante a aplicação, deve-se proteger os tecidos gengivais com vaselina.

No Previnção de Dano Cor-de-Manteiga, há também o selamento das superfícies oclusais. De acordo com a literatura, as lesões de cor-de-manteiga nas superfícies de fissuras e fissuras em torno de 90% no dentição permanente. Já na dentição decídua, aproximadamente 44% contém essas superfícies. A superfície oclusal apresenta fissuras e fissuras que podem dificultar a remoção dos depósitos de biofilme nessa superfície, em função da sua profundidade. Com relação aos materiais que podem ser empregados, tem-se: os selantes resinosos e os cimentos de ionômero de vidro. Os selantes resinosos são indicados quando se quer que se tenha controle da unidade. Os selantes iônicos têm mais a unidade, podendo ser usado por exemplo em molares recém-erupcionados com lesões cáries iniciais para prevenir e não evoluí-las e também, prevenir novas cáries e o aparecimento dessas lesões em pacientes de alto risco. A taxa de retenção dos selantes resinosos é maior em relação ao cimento de ionômero de vidro. Entretanto, com os selantes iônicos, há liberação de fluoreto; além disso, o fundo das fissuras é

fissuras fide preenchido por um material.

Portanto, a doença cárie dentária ainda é um problema de saúde pública que afeta diferentes populações, principalmente as de baixa renda e as que não apresentam um melhor acesso aos recursos de tratamento odontológico. Diante disso, os recursos preventivos aqui mencionados devem ser fortemente recomendados e utilizados. É importante a incentivo dessas práticas nos ambientes escolares, tais como em escolas, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Nesse contexto, deve-se fortalecer o incentivo à prática do pré-rotel odontológico, onde o cirurgião-dentista deve transmitir a importância as estratégias preventivas, principalmente com relação aos hábitos de dieta, higiene bucal e uso racional do dentifrício fluorado. No consultório odontológico, o aspecto psicológico é importante, um ponto interessante é o uso do aversador de bifilme que mostra as lesões de cárie de bifilme e que devem ser melhorados pelos responsáveis; não é recomendada corrigir a cárie ou os pais de forma impositiva, mas deve-se observá-los durante a exposição e fazer os correções necessárias melhorando sua técnica. E, por fim, o aspecto do uso profilático dos fluoratos, deve-se avaliar o nível de cárie dentária de cada paciente antes de utilizar os diferentes produtos.

Referências Bibliográficas

1. Guedes-Pinto. Odontopediatria 10^o edição, versão ampliada e atualizada, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2026
2. Pitts et al. Dental Caries. Not Res Dis Primers, 2017