

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SAÚDE BUCAL DE BEBÊS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Oral Health Care protocol for babies in the Primary Health Care System

Fernanda Santana Giongo¹, Caren Serra Bavaresco²

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi a elaboração de um protocolo de atendimento odontológico para crianças de 0 a 3 anos de idade. O estudo foi realizado por meio de uma revisão de literatura baseada nos tratamentos utilizados em crianças, de acordo com a presença ou não de fatores de risco de atividade de cárie. Foram utilizados artigos científicos publicados em periódicos coletados em bases de dados *online* no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), Pubmed e Cochrane, no período de 1990 a 2012. Os critérios de inclusão utilizados no estudo foram pesquisas que abordassem os tratamentos em crianças de 0 a 3 anos disponíveis na literatura. Os critérios de exclusão foram todos os artigos que relatavam atendimento em crianças acima de três anos e que não foram realizados no período padronizado. O protocolo de atendimento apresentado neste trabalho foi baseado na identificação da presença ou não de fatores de risco de atividade de cárie. As crianças que apresentavam fatores de risco para a doença realizavam tratamento educativo, preventivo e restaurador, enquanto as que não apresentavam participavam do tratamento educativo, estabelecidos pelo protocolo. A periodicidade das consultas odontológicas era definida de acordo com a gravidade do risco da doença. O protocolo proposto é um instrumento que deve ser validado nas equipes de saúde da família, podendo ser alterado, de acordo com as práticas diárias do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de Risco; Cárie Dentária; Criança.

ABSTRACT

The aim of this study was the development of a dental care protocol for children 0-3 years old. The study was conducted through a literature review based on treatments used with children according to the presence or absence of risk factors for caries activity. This study used scientific articles published in journals listed in online databases at the Virtual Health Library (BIREME) portal, PubMed, and Cochrane from 1990 to 2012. The inclusion criteria used in this investigation were studies available in the literature that addressed the treatments used for children 0-3 years of age. Exclusion criteria were all articles that reported treating children over three years old, and those not conducted in the period established. The treatment protocol presented in this paper was based on the identification of the presence or absence of risk factors for caries activity. The children who presented risk factors for the disease underwent educational, preventive, and restorative treatments, while those who did not participated in the educational treatment established by the protocol. The frequency of dental visits was set according to the severity of disease risk. The proposed protocol is a tool that must be validated in family health teams and can be changed according to the daily practices of the service.

KEYWORDS: Risk Assessment; Dental Caries; Child.

¹ Especialista em Odontopediatria e Saúde da Família. Mestre em Cariologia (UFRGS).

² Cirurgiã-Dentista –SSC/GHC. Preceptora RIS/GHC. Consultora Odontologia – Projeto Telessaúde/RS. Mestre e Doutora Bioquímica/UFRGS. Pós-Doutoranda em Epidemiologia/UFRGS. E-mail: c_bavaresco@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta como princípios básicos, a universalização, descentralização, equidade, integralidade e participação da comunidade. A partir da década de 90, buscando uma mudança no modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção voltado para a saúde integral do indivíduo e da família, o Ministério da Saúde (MS) implanta o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para reorganização da atenção básica, que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde.¹

Desde a sua criação na Constituição de 1988, o SUS tem demonstrado importantes avanços com a ampliação das equipes de Saúde da Família, com a cobertura crescente da população brasileira e melhoria na assistência e de seus mecanismos gestores.² A Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorreu por meio da reestruturação de todo o Sistema Único de Saúde baseado na Atenção Primária à Saúde (APS).

A inserção dos profissionais de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares de saúde bucal) na equipe mínima de saúde da família (SF), composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, ocorreu por meio da Portaria n.º 1.444, estabelecida pelo Ministério da Saúde. No Brasil, em dezembro de 2010, estavam implantadas, aproximadamente, 20.300 equipes de Saúde Bucal, localizadas em 85% dos municípios brasileiros, oferecendo, também aproximadamente, 147 milhões de atendimentos odontológicos para 17,5 milhões de brasileiros.³

Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem como pressupostos a utilização da epidemiologia e as informações sobre o território, para subsidiar o planejamento das ações em saúde, acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados (implicando na existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos) e a incorporação de práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, centrando sua atuação na vigilância à saúde.⁴ Para que haja um melhor planejamento das ações em saúde bucal, é fundamental organizá-las em “linhas de cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contrarreferência). A linha do cuidado implica um redire-

cionamento do processo de trabalho em que o trabalho em equipe é um dos fundamentos mais importantes.⁴

No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundários e terciários, de modo a buscar a integralidade da atenção.⁴ Dentro desse contexto, a criação de protocolos de acordo com o ciclo de vida faz-se necessária, no intuito de qualificar a atenção primária em saúde bucal.

O protocolo de atendimento, de acordo com o ciclo de vida e necessidade de tratamento, é um importante instrumento para atender à organização do serviço de saúde, priorizando os indivíduos que apresentem maior necessidade de atendimento, por meio de critérios técnicos que orientem e organizem a demanda, promovendo um atendimento cujo foco é priorizar o usuário/as famílias e suas necessidades.

A implantação de um protocolo de atendimento em odontologia para crianças de 0 a 3 anos de idade visa orientar os profissionais a organizarem a demanda dos usuários conforme as suas necessidades, além de estabelecer um critério para avaliação, planejamento e tratamento, promovendo maior resolutividade no atendimento. A organização desse protocolo vem atender à necessidade do serviço, fornecendo diretrizes ao atendimento odontológico infantil, possibilitando a promoção de saúde bucal para a população.

O presente estudo tem por objetivo elaborar um protocolo de atendimento para crianças de 0 a 3 anos de idade, tendo em vista a diversidade de condutas terapêuticas abordadas na literatura e a dificuldade de tomada de decisão na abordagem clínica realizada em crianças, no intuito de facilitar e direcionar a conduta dos profissionais em saúde bucal, de acordo com o risco de cárie.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado a partir de uma revisão de literatura baseada em artigos sobre tratamentos utilizados em crianças, de acordo com a presença ou não de fatores de risco de atividade de cárie.

Foram utilizados artigos científicos publicados em periódicos coletados em bases de dados *online* no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), Pubmed e Cochrane, no período de 1990 a 2012. Para tanto, foram utilizados os descritores: avaliação de risco, cárie dentária, criança, higiene bucal e dieta.

Os critérios de inclusão utilizados no estudo foram os tratamentos utilizados em crianças de 0 a 3 anos disponí-

veis na literatura. Os critérios de exclusão foram todos os artigos que relatavam crianças acima de três anos e que não foram realizados no período padronizado.

Os resultados foram selecionados por meio de livros, protocolos, artigos científicos, revisões sistemáticas, totalizando 80 referências para a fundamentação e construção do presente artigo.

Os resultados serão apresentados na forma de tópicos, de acordo com os tratamentos preconizados na literatura.

REVISÃO

Cárie dentária

A doença cárie é caracterizada pela perda de minerais do tecido dentário, em decorrência do desequilíbrio no processo dinâmico e fisiológico de desmineralização e remineralização. A atividade metabólica das bactérias que se encontram no biofilme dental é o principal fator responsável pelo distúrbio entre o biofilme e a estrutura dentária adjacente. Esse metabolismo é fortemente influenciado pelos fatores determinantes (concentração do flúor, composição e frequência da dieta, fluxo e capacidade tampão da saliva) e modificadores (fatores socioeconômicos e comportamentais). No entanto, esses fatores, por si só, não podem provocar o desenvolvimento da doença na ausência do biofilme.⁵ A presença do biofilme dental sobre a superfície da lesão cariada é responsável pela progressão da lesão.⁶

As lesões de cárie surgem a partir do desequilíbrio fisiológico entre as estruturas mineralizadas do dente e o biofilme. As lesões podem se apresentar desde a perda mineral inicial situada em nível ultraestrutural/subclínico (observadas por meio da microscopia eletrônica de varredura ou óptica) até a destruição total do dente.⁷

Os índices de cárie dentária têm sido reduzidos drasticamente, no decorrer das últimas décadas, em vários países, inclusive no Brasil. Essa redução pode ser explicada em virtude da fluoretação das águas de abastecimento público e dentifrícios fluoretados; melhores condições socioeconômicas; mudanças nos padrões dietéticos e nos critérios de diagnóstico da doença.⁸ No entanto, sua prevalência na dentição decídua ainda permanece alta, principalmente nas populações de baixa renda.⁹

No Brasil, os dados epidemiológicos obtidos por meio do Projeto de Saúde Bucal (SB), realizado no período de 2002-2003, mostraram que a prevalência de cárie, de acordo com o índice ceo-d (cariados, extraídos e obturados, decíduos), em crianças de 18 a 36 meses, foi de 26,8%, ou seja, uma criança brasileira com até 3 anos

de idade já possui, no mínimo, um dente com experiência de cárie. Diferenças entre as regiões brasileiras foram percebidas quanto ao índice ceo-d, mostrando que as regiões Norte e Nordeste apresentam maiores percentuais de dentes cariados.¹⁰

A distribuição da cárie está relacionada com a condição social das pessoas, sendo associada ao fenômeno de polarização, em que ocorre a distribuição assimétrica da doença cárie em uma população de baixa renda, na qual a maioria das lesões cariosas se concentra em uma pequena proporção de crianças.^{8,11}

Durante muito tempo, o atendimento infantil no Brasil estava restrito à fase escolar, sendo os pais orientados a levarem os seus filhos, após os 3 anos de idade, para o dentista, devido ao grau de cooperação da criança no consultório odontológico.¹² As principais causas dos pais levarem as crianças antes dos 3 anos ao dentista estavam relacionadas à presença de cárie e ao traumatismo dentário.^{13,14}

A cárie precoce da infância (CPI) ocorre em crianças menores de 6 anos de idade, sendo um problema de saúde pública que atinge bebês e pré-escolares,¹⁵⁻¹⁷ na medida em que sua evolução pode acarretar dor, perda dentária, problemas de má-oclusão, comprometimento na mastigação, fonação e diminuição da autoestima.^{18,19}

Fatores de risco socioeconômicos e culturais, higiene bucal deficiente, amamentação noturna e hábitos alimentares não saudáveis²⁰⁻²² estão relacionados à alta prevalência de cárie precoce na primeira infância. A identificação dessas crianças que pertencem ao grupo de alto risco ou que apresentem necessidades acumuladas de tratamento por meio de um protocolo de atendimento odontológico com medidas de tratamento preventivo auxilia na diminuição da demanda espontânea e no custo de futuros tratamentos restauradores.

O protocolo de atendimento apresentado neste trabalho será baseado na identificação da presença ou não de fatores de risco de atividade de cárie. A identificação da presença ou não de fatores de risco é importante para o tipo de protocolo utilizado e priorização do atendimento àquelas crianças que já apresentam necessidades acumuladas de tratamento.

O risco da atividade da doença cárie pode ser classificado em: pacientes que não apresentam a doença e pacientes que apresentam a doença,²³ sendo apresentado na tabela 1.

Os tratamentos preconizados pelo protocolo (Figura 1) são realizados de acordo com os riscos acima citados. Para as crianças que apresentam o risco identificado para a doença cárie, são indicados os tratamentos educativo, preventivo e restaurador.

Tabela 1 - Classificação quanto ao risco da atividade de cárie.

Identificado	Não identificado
Higiene Bucal Ausente	Higiene Bucal Presente
Mamada Noturna Presente	Mamada Noturna Ausente
Saúde Geral Alterada	Saúde Geral Boa
Consumo de Açúcar Excessivo	Consumo de Açúcar Controlado

Fonte: Botino; Feller/Walter; Nakama.²⁴

1. Tratamento educativo: envolve ações educativas relacionadas à dieta e à higiene bucal da criança

1.1 Orientações sobre a dieta

O papel do açúcar no desenvolvimento da doença cárie foi relatado em diversos estudos epidemiológicos e clínicos.^{25,26} O efeito da dieta sobre a cárie dentária está relacionado ao metabolismo dos carboidratos, especialmente à sacarose, pelos micro-organismos cariogênicos que servem de substrato para sobrevivência e proliferação das bactérias dentro do meio bucal.

O risco de cárie aumenta, de acordo com a frequência,²⁷⁻³⁰ a quantidade^{31,32} e a consistência^{26,33} de açúcar ingerido entre as refeições.

A cárie de estabelecimento precoce em crianças de tenra idade está associada a hábitos alimentares inadequados relacionados ao aleitamento materno em alta frequência e por tempo prolongado, utilização inadequada de mamadeira (principalmente durante a amamentação noturna), uso da chupeta adoçada, introdução precoce da sacarose na alimentação das crianças.^{15,34-6} A identificação desses fatores de risco é necessária para que se possa realizar um plano de tratamento para essa criança e aconselhamento dietético para os pais.

O diário alimentar é um importante instrumento para que se possa conhecer a quantidade e o tipo de alimentos que são consumidos, além da frequência de ingestão de açúcar entre as refeições. Os pais anotam os alimentos e bebidas que as crianças consumiram durante o período de três até sete dias e, por meio dessas informações fornecidas pelo diário alimentar, será realizado o aconselhamento dietético para os pais e a criança.³⁷

O aconselhamento dietético será realizado de acordo com a realidade vivida pela família e pela criança, respeitando suas condições socioeconômicas e culturais.³⁸ O aconselhamento dietético visa não só ao uso racional do

açúcar, como também à prevenção, manutenção e promoção de hábitos alimentares saudáveis para o futuro dos bebês.²³

A Associação Americana de Odontopediatria (AAPD) recomenda que as mães evitem realizar alimentação noturna frequente por mamadeira, amamentação noturna em livre demanda após a erupção dos primeiros dentes decíduos e orienta os pais a estimularem as crianças a beberem no copo após 1 ano de idade e a deixarem a mamadeira entre os 12 e 14 meses de idade.³⁹

1.2 Orientação sobre a higiene bucal

A higiene bucal dos bebês pode ser realizada antes da erupção dos dentes decíduos por meio de uma gaze, dedeiras especiais ou fralda molhada com água filtrada, envoltas no dedo indicador do responsável, no intuito de remover restos de leite estagnados nas comissuras labiais e na cavidade bucal, uma vez ao dia, após a última mamada.⁴⁰⁻⁴² A higiene bucal antes da formação da dentição decídua é importante, pois estabelece a formação de uma microbiota saudável e estimula o hábito de limpeza da boca das crianças desde cedo, facilitando a introdução do hábito de escovação no futuro.^{40,43}

Após a erupção dos primeiros dentes decíduos, recomenda-se a escovação com dentifrício fluoretado com concentração entre 1000ppm-1100ppm, orientando os pais para que entendam que a quantidade de pasta colocada equivale a um grão cru de arroz e a frequência deve ser de duas vezes ao dia, principalmente à noite, sendo supervisionada pelos pais; além disso, orientar para que deixem o dentifrício fluoretado em um lugar inacessível às crianças.⁴⁴⁻⁴⁶

Instruções sobre a técnica de escovação, uso do fio dental e tipo de escova de dente devem ser transmitidas para os responsáveis durante a consulta.

1.2.1 Técnica de escovação

A escovação recomendada para bebês é aquela em que o bebê deve ficar com a boca aberta e a escova de dente esteja inclinada 45 graus em direção à gengiva, fazendo pequenos movimentos circulares, sem remover a escova. Esses movimentos devem ser repetidos cerca de dez vezes a cada região de dois dentes, seguindo uma sequência para que nenhuma face do dente deixe de ser higienizada. A posição da criança pode ser no colo, na mesma posição de amamentação, ou com auxílio de outra pessoa, sentados de frente e com os joelhos encostados. O bebê deve ser deitado de costas sobre as pernas dos pais e seus braços devem ser contidos por um deles, enquanto o outro

apoia a cabeça e faz a higienização.⁴²

1.2.2 Uso do fio dental: deve ser indicado quando os 4 incisivos estiverem irrompidos ou quando ocorrer contato proximal entre os dentes.⁴²

1.2.3 Tipo de escova de dente

A escova dental indicada para crianças até 3 anos de idade seria aquela que apresenta cabeça pequena, cerdas extramacias com extremidades arredondadas, estreita e que ofereça boa empunhadura. Deve ser trocada a cada 2 meses, pois as cerdas perdem, com o tempo, a sua elasticidade e tornam-se ineficazes para a escovação.⁴²

1.3 Orientações aos pais

A orientação para as mães sobre a transmissibilidade das bactérias cariogênicas para o bebê, por meio de hábitos como beijar a boca do bebê, limpar a chupeta do bebê com a língua ou utilizar o mesmo talher ou copo da criança, é importante, pois esses hábitos podem ocasionar a passagem desses microorganismos, principalmente do *Streptococcus* do grupo mutans, caso a mãe apresente na sua composição salivar.^{47,48} Essas orientações podem ser fornecidas desde o período pré-natal, no qual as gestantes se encontram receptivas para adquirirem conhecimentos e buscarem hábitos mais saudáveis, que visem ao seu benefício e ao do seu futuro bebê. As informações sobre a importância da saúde bucal transmitida às gestantes durante as consultas pré-natais podem estimular boas práticas de saúde pela gestante que irão repercutir na saúde bucal do futuro bebê.⁴⁹

A Associação Brasileira de Odontopediatria e o Ministério da Saúde recomendam que a idade de 3 anos seja a época limite para a eliminação do uso de chupeta na vida da criança. Entretanto, reconhecem que o ideal seria remover gradualmente esse hábito até a idade de 2 anos, pois existe a chance de autocorreção de possíveis desarmonias nas arcadas dentárias, em consequência do mesmo.^{49,50}

Os pais devem ser orientados a postergar a introdução da sacarose para, preferencialmente, após o primeiro ano de vida,⁵¹ pois a adição de açúcar precocemente na dieta do bebê pode influenciar na futura experiência de cárie.⁵²

2. Tratamento preventivo

2.1 Flúor

A utilização do flúor como agente preventivo e terapêutico da cárie dentária ocorreu por meio da fluoretação da água de abastecimento, nos anos de 1945 e 1946, nos Estados Unidos da América e no Canadá. Após os estudos que comprovaram a sua eficácia no tratamento da doença cárie, a OMS (Organização Mundial de Saúde) passou a preconizar o flúor como método utilizado para o tratamento da cárie dentária.⁵³

O efeito cariostático do flúor deve-se à sua constante disponibilidade nos fluídos orais nas áreas de ataque cariogênico. Quando ocorre a dissolução do esmalte em virtude do metabolismo das bactérias cariogênicas, o dente perde os íons de fosfato e cálcio na forma de hidroxapatita e, quando o flúor se encontra presente na placa e na saliva, o esmalte ganha cálcio, fosfato e flúor, dissolvidos no meio bucal, por meio da formação da fluorapatita.⁵⁴

A utilização de métodos tópicos é indicada devido à formação do fluoreto de cálcio (CAF₂) na superfície do esmalte dentário, que serve de reservatório de íons de flúor e cálcio que são liberados durante o processo de desmineralização, responsáveis pela manutenção constante de flúor no meio bucal.⁵⁵

Dentre os métodos de aplicação tópica de flúor, destacam-se o uso de dentifrício fluoretado e verniz de flúor.

O uso de dentifrício fluoretado com concentração entre 1000ppm-1100ppm, cuja quantidade da pasta de dente equivale ao tamanho de um grão de arroz cru, e frequência de escovação de duas vezes ao dia, após as refeições, principalmente à noite, é orientado para os pais.^{39,44,46}

O verniz fluoretado pode ser indicado, devido à sua fácil execução e técnica, boa aceitação pelos pacientes, eficácia e segurança, pois elimina o risco de ingestão de flúor, devido à sua aderência na superfície dentária, sendo indicado para uso em bebês.^{53,56} A aplicação de verniz fluoretado é realizada por meio de uma prévia escovação dos dentes e isolamento relativo para, em seguida, ser aplicado o verniz. A aplicação deve ser realizada duas a quatro vezes ao ano, de acordo com o grau de atividade de risco do bebê.⁵⁷

2.2 Selante

Os selantes resinosos são substâncias que apresentam capacidade de escoar nas cicatrículas e fissuras, penetrando nas microporosidades do esmalte previamente condicionado, formando projeções de resina conhecidas como tags.⁵⁸ O uso do selante é recomendado como tratamento preventivo para molares decíduos que apresentem fôssulas e fissuras profundas, de difícil higienização.^{59,60}

Os selantes resinosos apresentam melhor retenção em relação aos selantes ionoméricos.^{59,61} A efetividade dos se-

lantes resinosos tem sido observada em alguns estudos, demonstrando seu potencial preventivo relacionado à doença cárie.^{62,63} A sua efetividade irá depender de uma boa técnica de aplicação, manutenção e reaplicação do selante, quando necessário.⁶⁴ Os selantes devem ser avaliados periodicamente, pois pode haver perdas parciais ou totais, sendo necessária a reaplicação do material.

A aplicação do selante é realizada por meio de isolamento do dente (relativo ou absoluto), limpeza da superfície com pasta profilática, em seguida, o condicionamento com ácido fosfórico (tempo necessário para que o esmalte fique esbranquiçado), lavagem e secagem da superfície, antes da aplicação do selante.^{58,65}

Após aplicação, deve-se verificar a retenção do selante, por meio de uma sonda exploradora, observando se a superfície oclusal se encontra totalmente selada.

3. Tratamento restaurador

O tratamento restaurador está indicado quando o controle do biofilme dental se torna, muitas vezes, impossível, devido à dificuldade de acesso à cavidade. Procedimentos restauradores tornam-se necessários, no intuito de bloquear a superfície dentária e facilitar a remoção da placa dentária. Nesse sentido, o procedimento restaurador faz parte do tratamento da lesão associado a medidas terapêuticas no controle da doença.⁷

O tratamento restaurador é realizado por meio de preparos cavitários, que estão diretamente relacionados com o tipo de remoção da dentina cariada, que pode ser parcial ou total. A remoção parcial de dentina cariada em decíduos pode ser indicada no tratamento de lesões profundas em dentina, nos casos de capeamento pulpar indireto e tratamento restaurador atraumático.⁶⁶

O Capeamento Pulpar Indireto (CPI) é um procedimento conservador realizado por meio da remoção da dentina infectada e necrosada, deixando apenas uma fina camada de dentina afetada e desmineralizada nas paredes de fundo da cavidade. A manutenção desse tecido visa proteger e manter a vitalidade pulpar, por isso essa técnica está indicada em lesões profundas, sem sintomatologia.⁶⁷

A técnica de capeamento pulpar consiste em: anestesia local com isolamento absoluto, remoção do tecido cariado com instrumentos rotatórios, retirando toda a dentina alterada das paredes circundantes. Em seguida, remove-se a dentina amolecida da parede pulpar com a colher de dentina, avaliando a textura da dentina do assoalho da cavidade, para que não haja exposição pulpar, não sendo necessário remover todo o tecido afetado pela cárie. Depois da remoção parcial da dentina infectada, é feita limpeza com soro fisiológico e se aplica uma base protetora com

cimento de hidróxido de cálcio, restaurando-se a cavidade com o material permanente escolhido.⁶⁶ A Resina Composta é o material de eleição, sendo bastante utilizado nos trabalhos que realizam a CPI.⁶⁸⁻⁷¹

De acordo com a literatura, o capeamento pulpar indireto é definitivo, não necessitando de uma segunda sessão para a reabertura e reavaliação da dentina do assoalho da cavidade, desde que o dente permaneça selado em relação à contaminação bacteriana.^{72,73} Reavaliações clínicas e radiográficas devem ser realizadas por, no mínimo, dois anos.⁷³

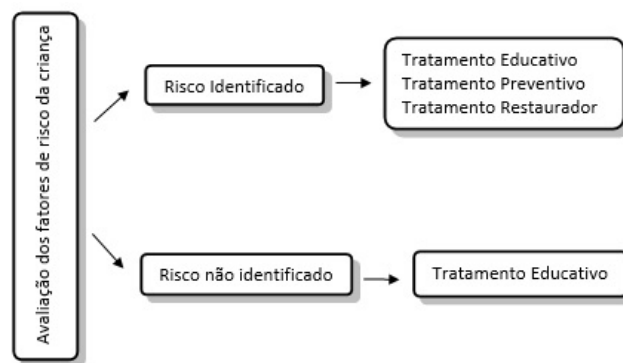
O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) preconiza apenas a remoção da dentina infectada por microorganismos cariogênicos, deixando somente a dentina afetada, passível de remineralização.⁷⁴ É uma técnica que apresenta boa aceitação pelas crianças, devido à ausência de anestesia, simplicidade e rapidez, indicada na saúde pública devido ao baixo custo e necessidade de pouca infraestrutura.^{75,76}

A técnica consiste em: ausência de anestesia, isolamento relativo, remoção do tecido cariado infectado por meio de instrumentos manuais, como a colher de dentina (deixando uma fina camada de dentina afetada) e colocação de materiais adesivos, como o cimento de ionômero de vidro.⁶⁶

Já a remoção completa do tecido cariado está indicada em lesões que atingirem até a metade da dentina.⁶⁶ Utiliza-se, nesse caso, o Tratamento Restaurador Convencional, por meio de materiais como a resina composta, amálgama, cimentos ionoméricos e selantes resinosos.⁶⁶

O tratamento preconizado pelo protocolo para as crianças que não apresentam risco identificado para a doença cárie seria o tratamento preventivo que foi anteriormente citado.

Figura 1 - Fluxograma de atenção odontológica ao bebê.



Fonte: dados da pesquisa.

4. Periodicidade das consultas odontológicas

Beirne e colaboradores⁷⁷ realizaram uma revisão sistemática sobre a periodicidade das visitas odontológicas e concluíram que não há evidências de ensaios clínicos randomizados sobre o período de chamada dos pacientes.⁷⁷ O intervalo entre as consultas deve ser de acordo com o risco de atividade de cada paciente, considerando-se fatores como a dieta, uso do flúor, mudança de hábitos dietéticos e higiene oral, além da avaliação clínica da presença da doença cárie.^{78,79}

O intervalo entre as consultas para pacientes que apresentem o risco identificado da doença será de acordo com a gravidade do risco, sendo realizados exame clínico e entrevista com os pais, para identificação dos fatores de risco. Pacientes com alto risco podem ser reavaliados de 3 em 3 meses; risco moderado, 6 em 6 meses, e baixo risco, 6 a 12 meses.⁸⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização deste protocolo de atendimento para bebês teve como objetivo direcionar as estratégias de saúde bucal a partir da identificação de crianças que apresentem ou não fatores de risco à doença cárie, promovendo a equidade do atendimento e qualificando a atenção à saúde bucal nas Unidades de Saúde.

Este protocolo foi construído a partir de uma revisão de literatura baseada nos tratamentos utilizados em crianças na faixa etária de 0 a 3 anos, sendo um instrumento que deve ser validado nas equipes de saúde da família, podendo ser alterado de acordo com as práticas diárias do serviço.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica. Brasília: Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010. Brasília; 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
5. Maltz M, Carvalho J. Diagnóstico da doença cárie. In: ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.69-87.

6. Kidd EA. How 'clean' must a cavity be before restoration? *Caries Research*. 2004 May-June; 38(3):305-13.
7. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. Patologia da cárie dentária. In: Fejerskov O, Kidd E, editores. *Cárie dentária – a doença e seu tratamento clínico*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2011. p.19-48.
8. Nadanovski P. O declínio da cárie. In: Pinto VG, editor. *Saúde bucal coletiva*. 5ª ed. São Paulo: Santos; 2008. p.409-19.
9. Teixeira DLS, Volschan BCG. Cárie de estabelecimento precoce: comparação entre dois grupos distintos economicamente. Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPQO). Águas de Lindóia – SP; 2001.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. In: Departamento de Atenção Básica, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Rosenblatt A, Zarzar P. The prevalence of early childhood caries in 12 - to 36- month-old children in Recife, Brasil. *ASDC J Dent Child*. 2002 Sept./Dec; 69(3):319-24.
12. Kuhn E. Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa – PR [dissertação]. Ponta Grossa: Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2002.
13. Fernandes DCS, Kein GV, Lippert AO, Medeiros NG, Oliveira RP. Motivo do atendimento odontológico na primeira infância. *Stomatos*. 2010 jan./jun.; 16(30):4-10.
14. Cunha RF, Pugliesi DM, De Melo Vieira AE. Oral trauma in Brazilian patients aged 0-3 years. *Dent Traumatol*. 2001 Oct.; 17(5):210-2.
15. Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1998; 26(1 Suppl):49-61.
16. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African-American children in Detroit. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2007 Dec.; 35(6):439-48.
17. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*. 2007 Jan.; 369(9555):51-9.

18. Ramos-Gomez FJ, Shepard DS. Cost-effectiveness model for prevention of early childhood caries. *Journal of the California Dental Association*. 1999 July; 27(7):539-44.
19. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003 Dec.; 31 Suppl 1:3-23.
20. Medeiros UV, Souza MIC, Fonseca CT. Prevalência de cáries em pacientes bebês. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*. 1998; 1(3):23-33.
21. Baldani N, Narvai P, Antunes J. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18:755-63.
22. Wambier D, Bosco V, Cuman V, Smiguel O, Eloy T. Prevalência e distribuição de lesões de cárie em bebês. *Publicatio UEPG – Ciências Biológicas e da Saúde*. 2004 mar.; 10(1):15-22.
23. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos*. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
24. Walter LRF, Nakama L. Paciente de alto índice de cárie versus paciente de alto risco: qual a conduta? In: Bottino MA, Feller C, editores. *Atualização na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 1992.
25. Screebny LM. Sugar availability, sugar consumption and dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1982; 10:1-7.
26. Gustafsson BE, Quensel CE, Lanke LS, Lundqvist C, Grahnen H, Bonow BE, et al. The Vipeholm dental caries study: the effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years. *Acta Odontologica Scandinavica*. 1954 Sept.; 11(3-4):232-64.
27. Rajab LD, Hamdan MA. Early childhood caries and risk factors in Jordan. *Community Dent Oral Health*. 2002; 19:224-9.
28. Jin BH, Ma DS, Moon HS, Paik DI, Hahn SH, Horowitz AM. Early childhood caries: prevalence and risk factors in Seoul, Korea. *J Public Health Dent*. 2003; 63:183-88.
29. Bankel M, Eriksson UC, Robertson A, Kohler B. Caries and associated factors in a group of Swedish children 2-3 years of age. *Swedish Dental Journal*. 2006; 30(4):137-46.
30. Tsai AI, Chen CY, Li LA, Hsiang CL, Hsu KH. Risk indicators for early childhood caries in Taiwan. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2006 Dec.; 34(6):437-45.
31. Szpunar SM, Eklund SA, Burt BA. Sugar consumption and caries risk in schoolchildren with low caries experience. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1995 June; 23(3):142-6.
32. Rodrigues CS, Sheiham A. The relationships between dietary guidelines, sugar intake and caries in primary teeth in low income Brazilian 3-year-olds: a longitudinal study. *International Journal of Paediatric Dentistry / The British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*. 2000 Mar.; 10(1):47-55.
33. Tinanoff N, Palmer CA. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. *J Public Health Dent*. 2000 Summer; 60(3):197-206; discussion 7-9.
34. Eronat N, Eden E. A comparative study of some influencing factors of rampant or nursing caries in preschool children. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 1992 Summer; 16(4):275-9.
35. Dini EL, Holt RD, Bedi R. Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3-4-year-old Brazilian children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2000 Aug.; 28(4):241-8.
36. Oliveira AF, Chaves AM, Rosenblatt A. The influence of enamel defects on the development of early childhood caries in a population with low socioeconomic status: a longitudinal study. *Caries Research*. 2006; 40(4):296-302.
37. Maltz M, Parolo CCF, Jardim JJ. *Cariologia clínica*. In: Toledo OA, editor. *Odontopediatria – Fundamentos para a prática clínica*. 3ª ed. São Paulo: Premier; 2005.
38. Chibinski ACR, Wambier DS. Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2005; 5(3):281-90.
39. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on

early childhood caries (ECC): classifications, consequences and preventive strategies. 2011. p.50-2.

40. Eduardo MAP. Odontologia intrauterina. Rev ABO Nac. 1997; 5(3).

41. Aguiar AD, Santos JA, Bönecker MSJ. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de crianças de 0 a 36 meses do município de Vila Velha – ES. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. Curitiba, 1999; 2(6):111-8.

42. Martins ALCF, Tessler APCV, Corrêa MSNP. Controle mecânico e químico da placa bacteriana. In: Corrêa MSNP, editor. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos; 2001. p.271-8.

43. Guedes-Pinto AC, Santos EM, Kwon HS. Higiene bucodental em odontopediatria. In: Guedes-Pinto AC, editor. Odontopediatria. 7ª ed. São Paulo: Santos; 2003. p.505-6.

44. Tenuta LM, Cury JA. Fluoride: its role in dentistry. Brazilian Oral Research. 2010; 24 Suppl 1:9-17.

45. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on fluoride therapy. 2012. p.162-5.

46. Gomes APM, Muller CE, Sarmiento LC, Lopes SO, Gomes AMM. Qual dentifrício indicar para crianças na primeira infância? Associação Brasileira de Odontopediatria (ABO); 2012.

47. Fritscher AMG, Araújo DF, Figueiredo MC. Avaliação comparativa dos índices de cárie, placa visível e sangramento gengival de 50 pares mãe-filho. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 1998 out./dez; 1(4):34-42.

48. Lima KC, Neves AA, Sanchez ALSF, Valente AGL, Marsiaj G, Castro RAL, et al. Relevância clínica do conceito de transmissibilidade de cárie dentária. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 2002 mar./abr.; 5(24):113-8.

49. Serra-Negra JC, Dadalto ECV. Hábitos bucais deletéreis. In: Massara LA, Rédua PCB, editores. Associação Brasileira de Odontopediatria. Manual de Referências para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. São Paulo: Santos; 2009. p.394-9.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n.17. In: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, editores. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

51. Rossow I, Kjaernes U, Holst D. Patterns of sugar consumption in early childhood. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1990 Feb.; 18(1):12-6.

52. Jones S, Hussey R, Lennon MA. Dental health related behaviours in toddlers in low and high caries areas in St Helens, north west England. British Dental Journal. 1996 July 6; 181(1):13-7.

53. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

54. Cury JA. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratiere LN et al., editor. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos; 2001. p.33-68.

55. Batista MDE, Valença AMG. Dentifrício fluoretado e sua utilização em crianças. Arquivos em Odontologia. 2004 abr./jun.; 40(2):111-206.

56. Bawden JW. Fluoride varnish: a useful new tool for public health dentistry. J Public Health Dent. 1998 Fall; 58(4):266-9.

57. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendation Report, [SI]. 2001;50:1-42.

58. Myaki SI, Brunetti ALLH, Corrêa MSNP. Selantes de fossas e fissuras. In: Corrêa MSNP, editor. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos; 2001. p.343-54.

59. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Makela M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online). 2008(4):CD001830.

60. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on third-party reimbursement of fees related to dental sealants. 2011:91-2.

61. Poulsen S, Laurberg L, Vaeth M, Jensen U, Haubek D. A field trial of resin-based and glass-ionomer fissure sealants: clinical and radiographic assessment of caries. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2006 Feb.; 34(1):36-40.

62. Azarpazhooh A, Main PA. Pit and fissure sealants in the prevention of dental caries in children and adolescents: a systematic review. *Journal Canadian Dental Association*. 2008 Mar; 74(2):171-7.
63. Beauchamp J, Caufield PW, Crall JJ, Donly K, Feigal R, Gooch B, et al. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants: a report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2008 Mar.; 139(3):257-68.
64. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Pediatric Restorative Dentistry. 2012:214-21.
65. Feigal RJ. Selantes de fôssulas e fissuras. In: Toledo OA, editor. *Odontopediatria – fundamentos para a prática clínica*. 3ª ed. São Paulo: Premier; 2005. p.217-28.
66. Hebling J, Araújo FB, Myaki SI. Dentística restauradora em odontopediatria. In: Massara MLA, Rédua PCB, editores. *Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria*. São Paulo: Santos; 2010. p.143-55.
67. Garcia FM, Braga MM, Mendes FM, Novaes T, Matos R, Imparato JCP. Capeamento pulpar indireto com sistema adesivo – 42 meses de acompanhamento. *Rev Instituto de Ciências da Saúde*. 2009; 27(4):417-21.
68. Al-Zayer MA, Straffon LH, Feigal RJ, Welch KB. Indirect pulp treatment of primary posterior teeth: a retrospective study. *Pediatric Dentistry*. 2003 Jan./Feb.; 25(1):29-36.
69. Falster CA, Araujo FB, Straffon LH, Nor JE. Indirect pulp treatment: in vivo outcomes of an adhesive resin system vs calcium hydroxide for protection of the dentin-pulp complex. *Pediatric Dentistry*. 2002 May-June; 24(3):241-8.
70. Vij R, Coll JA, Shelton P, Farooq NS. Caries control and other variables associated with success of primary molar vital pulp therapy. *Pediatric Dentistry*. 2004 May/June; 26(3):214-20.
71. Marchi JJ, Froner AM, Alves HL, Bergmann CP, Araujo FB. Analysis of primary tooth dentin after indirect pulp capping. *Journal of Dentistry for Children (Chicago)*. 2008 Sept./Dec.; 75(3):295-300.
72. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Pulp Therapy for Primary and Immature Permanent Teeth. 2009:212-9.
73. Araújo FB, Massara MLA, Percinoto C, Júnior IMF. Terapia pulpar em dentes decíduos e permanentes jovens. In: Massara MLA, Rédua PCB, editores. *Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria*. São Paulo: Santos; 2010:165-77.
74. Van Amerongen WE, Rahimtoola S. Is ART really atraumatic? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1999 Dec.; 27(6):431-5.
75. Mickenautsch S, Rudolph MJ, Ogunbodede EO, Frencken JE. The impact of the ART approach on the treatment profile in a mobile dental system (MDS) in South Africa. *International Dental Journal*. 1999 June; 49(3):132-8.
76. Silva Filho CF, Casotti E, Secca CM, Blasquez RS, Andrade CD, Tavares CR, et al. Tratamento restaurador atraumático (TRA): avaliação em creches municipais do Rio de Janeiro. *Rev Bras Odontol*. 2000 jul./ago.; 57(4):260-5.
77. Beirne P, Clarkson JE, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database of Systematic Rev*. [Online]. 2007 Oct. 17; (4):CD004346.
78. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. Reference Manual. 2009; 36(6):110-6.
79. Ramos-Gomez FJ, Crall J, Gansky SA, Slayton RL, Featherstone JD. Caries risk assessment appropriate for the age 1 visit (infants and toddlers). *Journal of the California Dental Association*. 2007 Oct.; 35(10):687-702.
80. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Caries Risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. Reference Manual. 2011; 36(6):118-25.

Submissão: abril/2103

Aprovação: maio/2104
