

## A saúde bucal da criança e do adulto: aspectos atuais

Rosange Maria Benatti<sup>1</sup>, Eliana A. Trotta<sup>1</sup>

*Este estudo tem como proposta discutir o papel do médico na manutenção da saúde bucal. Sem pretender substituir o odontólogo, o presente trabalho oferece informações básicas para um correto procedimento na abordagem inicial e no encaminhamento de pacientes; enfatiza a necessidade de o médico ter conhecimentos básicos sobre as dentições temporária e permanente, e as principais afecções dos tecidos bucais; relaciona os cuidados profiláticos, orientando a prevenção das cáries através do aconselhamento dietético, da remoção da placa bacteriana com a higienização correta dos dentes através da escovação e uso do fio dental, e do aumento da resistência dos dentes com uso apropriado de flúor. O médico, como primeiro veículo dessas informações, estará contribuindo para o desenvolvimento de dentições mais saudáveis.*

*Unitermos: Saúde bucal; cáries dentárias; prevenção.*

### **Oral health in children and adults - an update**

*The purpose of this study is to discuss the physician's role in the maintenance of oral health, without intending to replace the dentist, but trying to offer basic information for a correct procedure in the initial approach and guidance of patients. This paper underscores that it is essential for the physician to have basic knowledge about both the temporary and the permanent dentitions, as well about the main affections of some oral tissues. We suggest prophylactic measures to prevent dental decay, such as dietetic counseling, removal of bacterial plaque by means of correct dental hygiene, with brushing and the use of dental floss, and increase of tooth resistance through the appropriate use of sodium fluoride. As the first person to convey this information to the patient, the physician can contribute significantly to the development of healthier dentitions.*

*Key-words: Oral health; dental decay; prevention.*

---

Revista HCPA 2000;20(1):37-43

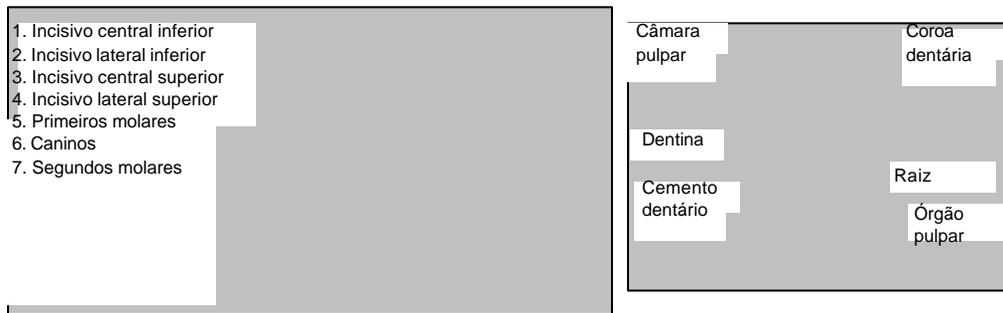
### **Introdução**

O adequado desenvolvimento e a manutenção das estruturas bucais são fundamentais para o bom funcionamento da mastigação, fonação e estética (1).

É de responsabilidade do médico, principalmente do pediatra, ter conhecimentos básicos sobre saúde bucal, contribuindo para o desenvolvimento e manutenção de dentições mais saudáveis, através de orientações quanto aos cuidados preventivos como alimentação,

---

<sup>1</sup> Departamento de Pediatria e Puericultura, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Dra. Rosange Maria Benatti, Rua Corrêa Lima, 867/302, CEP 90850-250, Porto Alegre, RS, Brasil.



**Figura 1.** Formação e erupção dentária. Dentição temporária – 20 dentes. Fonte: Araújo (11).

higiene e utilização do flúor. É comum, em casos de traumatismos com lesão dentária, o paciente procurar primeiramente o pediatra, que dará as primeiras orientações, para em seguida encaminhar o paciente ao odontólogo (2).

### **Cronologia e seqüência de erupção dentária**

Temos dois tipos de dentição: temporária (decídua ou “de leite”), (figura 1), e permanente (figura 2), sendo que, em determinada fase do desenvolvimento da criança, temos a dentição mista (figura 3), com a presença de ambas. A dentição temporária é composta de 20 dentes e a dentição permanente, de 32 dentes (1,3).

O desenvolvimento dos dentes temporários tem início em torno da sexta semana de gestação, e o dos dentes permanentes, em torno da décima semana de gestação. Os terceiros molares iniciam seu desenvolvimento no quinto ano pós-natal (1).

A erupção da dentição temporária começa por volta do sexto mês, terminando ao redor de 24 a 30 meses e permanecendo assim até os 5 a 6 anos de idade (1,2). Em torno do sexto ano, dá-se a erupção do primeiro

dente permanente (primeiro molar permanente ou “molar dos 6 anos”), posterior ao segundo molar temporário. Em seguida, a troca dos dentes temporários pelos permanentes é progressiva. Este período caracteriza-se pela dentição mista. As trocas dentais vão até os 12 a 13 anos; a partir daí, teremos apenas dentes permanentes, num total de 28. Em torno dos 18 anos, irrompem os terceiros molares (dentes do siso), completando assim a dentição permanente (1,2).

A seqüência de erupção, e a idade correspondente, mais comumente observada é a que segue (2,4):

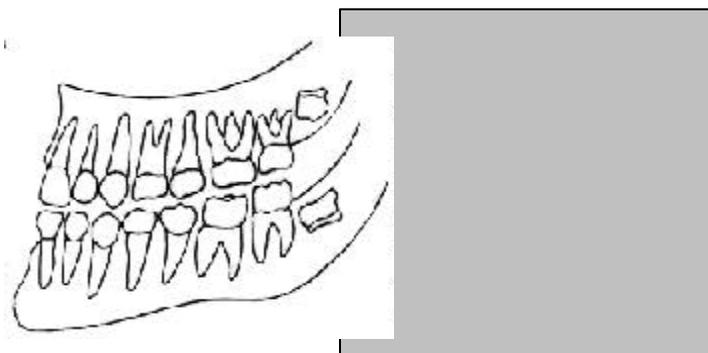
#### ***Dentição temporária***

Incisivos centrais inferiores (2) - 6 meses;  
 Incisivos centrais superiores (2) - 8 meses;  
 Incisivos laterais superiores (2) - 10 meses;  
 Incisivos laterais inferiores (2) - 12 meses;  
 Primeiros molares (4) - 16 meses;  
 Caninos (4) - 20 meses;  
 Segundos molares (4) - 24 meses.

#### ***Dentição permanente***

Primeiros molares (4) - 6 anos;

Primeiros molares  
 (6 anos)  
 Incisivos centrais  
 (6 anos)  
 Incisivos laterais  
 (7 anos)  
 Primeiros pré-molares  
 (9 anos)  
 Caninos  
 (10 anos)  
 Segundos pré-molares  
 (12 anos)  
 Segundos molares  
 (12 anos)  
 Terceiros molares  
 (18 anos)



**Figura 2.** Formação e erupção dentária. Dentição permanente – 32 dentes. Fonte: Araújo (11).



**Figura 3.** Formação e erupção dentária. Dentição mista. Fonte: Araújo (11).

Incisivos centrais (4) - 6 anos;  
 Incisivos laterais (4) - 7 anos;  
 Primeiros pré-molares (4) - 9 anos;  
 Caninos (4) - 10 anos;  
 Segundos pré-molares (4) - 12 anos;  
 Segundos molares (4) - 12 anos;  
 Terceiros molares (4) - 15 a 25 anos (média 18 anos).

## Aspectos clínicos da dentição

### *Dentes natais e neonatais*

A incidência de dentes ao nascer (natais) ou que irrompem nos primeiros 30 dias (neonatais) é baixa. Trata-se, na maioria dos casos, de incisivos inferiores temporários e só raramente de dentes supranumerários. Esses dentes devem ser radiografados para verificar o desenvolvimento radicular. A conduta mais adequada é preservar o dente, devido a sua importância para o crescimento e o desenvolvimento dos dentes vizinhos. Sua extração é indicada quando se tratar de dente supranumerário, quando a mobilidade é grande, com potencial risco de aspiração, ou quando possuir bordas muito afiadas que causam laceração da língua (2).

### *Dentição atrasada*

Até o fim do primeiro ou início do segundo ano, a dentição atrasada não tem, necessariamente, significado patológico, parecendo depender de fatores hereditários. Se a criança for normal sob todos os outros ângulos, não há razão para qualquer providência especial. Algumas doenças como raquitismo, hipotireoidismo, hipopituitarismo, disostose clidocraniana e síndrome de Down

podem cursar com atraso de dentição (4).

### *Hipodontia*

A falta parcial de dentes é rara e ocorre mais comumente na dentição permanente. Os dentes ausentes com maior frequência são os incisivos laterais superiores e os segundos pré-molares permanentes. Anodontia (falta total dos dentes) é raríssima e pode ocorrer na displasia ectodérmica hereditária (4,5).

### *Hiperodontia*

Dentes supranumerários ocorrem mais comumente na dentição permanente. Na maioria das vezes, são incisivos medianos superiores. Mesmo que se rompam ou permaneçam inclusos, podem causar distúrbios de oclusão (4,5).

### *Anomalias de estrutura*

Um distúrbio na aposição de matriz orgânica do esmalte ou da dentina ou uma deficiência na mineralização da matriz formada produz as anomalias estruturais descritas como amelogênese imperfeita e dentinogênese imperfeita. Na amelogênese imperfeita (alteração de esmalte) temos duas formas principais: hipoplástica, na qual os dentes são pequenos, existindo fissuras verticais e horizontais no esmalte, e a hipomaturativa, caracterizada por esmalte marrom-amarelado, com dente e esmalte do tamanho normal (1,3). Na dentinogênese imperfeita, a dentina, tanto na dentição temporária como na permanente, é anormal. Os dentes são translúcidos, escuros e frágeis (4). Na maioria das vezes, a câmara pulpar e os canais radiculares estão atresiadados. Essas anomalias podem estar associadas à osteogênese imperfeita (1).

### *Cárie dentária*

É uma doença infecto-contagiosa, de etiologia multifatorial, que afeta os tecidos mineralizados dos dentes, começando pela dissolução localizada de estruturas inorgânicas de uma dada superfície. A desmineralização é causada por ácidos de origem bacteriana que

desintegram a matriz orgânica. A principal bactéria que causa a cárie é o *Streptococcus mutans* que coloniza a superfície do dente e produz ácido como resultado do metabolismo de carboidratos (3,5) . O uso da mamadeira noturna, sem a higiene adequada após sua ingestão, pode causar a chamada “cárie da madeira noturna”, lesão aguda com grande destruição do tecido dentário. O mesmo pode ocorrer com a amamentação natural (1,2) .

### **Gengivite**

A gengivite caracteriza-se clinicamente por hiperemia, hipertrofia e sangramento da gengiva. Sua etiologia, na maioria dos casos, está relacionada à presença de placa bacteriana, devido à higienização inadequada. Nos casos mais graves pode ocorrer retração gengival (3).

### **Hábitos bucais**

A respiração bucal e os hábitos de sucção (dedo, chupeta e mamadeira) podem provocar a proeminência da pré-maxila, com mordida aberta dos dentes anteriores. Os hábitos de sucção não costumam apresentar problemas até a idade de 18 meses. A persistência desses hábitos além desta idade, no entanto, pode levar a alterações nas estruturas bucais (1,5).

### **Ingestão de drogas ou elementos químicos**

A ingestão de drogas ou de elementos químicos pode causar alteração na estrutura dentária. A administração prolongada de antibióticos, como tetraciclina, afeta a integridade do esmalte, podendo determinar aparecimento de manchas amarelas ou marrons, tanto nos dentes transitórios como nos permanentes (1,4,5). A ingestão excessiva de flúor pode causar intoxicações agudas ou crônicas. Nos casos de intoxicação crônica, atinge os tecidos mineralizados, podendo resultar em fluorose óssea e fluorose dentária, essa última caracterizada por descoloração que varia de manchas brancas opacas com estrias difusas a manchas marrons na superfície dos

dentes (5) .

### **Traumatismos dentários**

Os traumatismos dentários mais comuns são: subluxações, fraturas coronárias, fraturas radiculares e deslocamentos dos dentes (intrusões, extrusões e totais) (2). Em casos de deslocamento total de dente temporário, a recolocação deste não costuma ser indicada, pela baixa probabilidade de sucesso. O replante é indicado em dente permanente. O dente permanente com deslocamento total deve ser imediatamente reposicionado pelos próprios pais ou pela pessoa mais próxima habilitada. Se isso não for possível, ele deve ser mantido dentro da boca, sob a língua (no caso de crianças maiores, adolescentes ou adultos), ou colocado em uma solução de soro fisiológico ou em leite morno, procurando-se imediatamente um odontólogo para replante definitivo (2,6) .

### **Prevenção em saúde bucal**

As medidas preventivas em saúde bucal devem ser iniciadas já na gestação, através da orientação a respeito de uma dieta saudável, com quantidades suficientes de cálcio para a gestante. As primeiras orientações preventivas pós-natais são fornecidas pelo médico, em geral o pediatra, que encaminhará a criança ao odontólogo para completar, de forma especializada, a orientação. Atualmente, recomenda-se que as crianças sejam encaminhadas ao dentista para início das medidas preventivas quando da erupção do seu primeiro dente temporário (por volta de 6 meses). Porém, diante das dificuldades sociais, econômicas e culturais do nosso país, a maioria dos serviços têm como norma encaminhar a criança em torno de dois anos de idade, quando se completa a dentição temporária (5,7) .

As medidas utilizadas para uma adequada higiene bucal e para a prevenção de cárie dentária têm os seguintes objetivos:

- controle da patogenia bacteriana;
- controle de ingestão de alimentos cariogênicos;
- aumento da resistência dos dentes 1.

### **Controle da patogenia bacteriana**

O controle do acúmulo de microorganismos sobre os dentes, ou seja, a higiene oral, é um dos mais difundidos métodos preventivos da cárie dentária e da gengivite (3). É importante que os pais e outras pessoas (avós, babás) próximas das crianças tenham uma boa higiene bucal e dentes sem cáries, para que não transmitam grande quantidade de microorganismos de suas placas dentárias. Deve-se abolir o hábito de assoprar os alimentos das crianças para esfriá-los; os adultos não devem provar as mamadeiras ou limpar as chupetas, colocando-as na sua boca antes de oferecer à criança, porque estarão contaminando-as com bactérias responsáveis pela cárie (5).

O controle da placa bacteriana dentária pode ser realizada por métodos mecânicos ou químicos. Os métodos mecânicos incluem a escovação e o uso do fio dental. A limpeza diária das gengivas com água limpa (com uma gaze ou fralda enrolada no dedo, por exemplo) deve ser iniciada mesmo antes do nascimento dos dentes, com o objetivo de manter uma flora bucal adequada e introduzir o hábito à criança. Esta limpeza será mantida até aproximadamente 18 meses, quando os primeiros molares temporários já devem estar erupcionados. A partir dessa idade, é importante o início da escovação com uma escova extra-macia e de cabeça pequena (1,5,7).

O uso do dentífrico com flúor deverá ser introduzido quando a criança já souber cuspir corretamente (em torno de três anos), evitando a ingestão do flúor. A escovação deve ser feita pelo menos duas vezes ao dia e uma à noite, antes de dormir. Existem vários métodos de escovação, sendo o método de Bass e suas variações bastante adotados: posiciona-se as cerdas da escova em um ângulo de 45° em relação à gengiva e, fazendo movimentos horizontais (vai-e-vem), abrangendo 2 a 3 dentes de cada vez, contorna-se toda a arcada, assegurando que sejam limpas todas as superfícies dos dentes. No final, escova-se a língua, delicadamente (3). Devido à pouca destreza manual das crianças pequenas, os pais devem auxiliar na escovação até por volta

dos seis anos de idade. Alguns odontólogos orientam que esse auxílio deve se estender até os nove anos quando há razoável capacidade para a escovação dos dentes posteriores que, devido às suas cúspides, são os mais propensos a cáries (1,5).

O uso do fio dental é importante para a limpeza das faces interproximais dos dentes e dos sulcos gengivo-dentários. Deve-se iniciar o seu uso assim que os contatos interdentais se estabeleçam. Recomenda-se o uso do fio dental pelo menos na escovação noturna. Como foi citado no parágrafo anterior, as crianças pequenas necessitam do auxílio de um adulto (2,8).

O método químico é caracterizado por uma substância antimicrobiana com efeito antiplaca. Uma substância utilizada no nosso meio é a clorhexedina. Porém, o gosto forte e adstringente, além de causar uma coloração de tom marrom nos dentes, limita o seu uso clínico, sendo o mesmo reservado para aqueles casos em que o método mecânico não é possível, como nas fraturas com imobilidade dos maxilares ou em doentes mentais (1,8).

### **Controle de ingestão de alimentos cariogênicos**

É comum, na nossa cultura, oferecer às crianças, desde bebês, alimentos açucarados (leite, sucos ou chás), criando desde cedo o hábito de consumo desses alimentos e levando a uma ingestão exagerada de refrigerantes, balas, gomas de mascar, biscoitos, etc. Tais hábitos, adquiridos na infância, perpetuam-se na vida adulta (1,2,5).

Os principais tipos de açúcar consumidos são a sacarose, glicose, maltose, frutose e lactose. Destes, a sacarose é considerada o cariogênico mais importante, por aparecer com maior frequência na dieta e ter maior adesividade aos dentes. A cariogenicidade dos demais, no entanto, é semelhante à da sacarose. A lactose é a menos cariogênica (2). A restrição total do açúcar está fora da nossa realidade; no entanto, deve-se certamente restringir o seu consumo, tanto em quantidade quanto em frequência, dando preferência a alimentos com menor concentração de açúcar e menor grau de adesividade sobre a superfície

**Tabela 1.** Doses diárias recomendadas de flúor segundo a quantidade de flúor existente nos abastecimentos de água potável (10)

Idade	Flúor existente no sistema de abastecimento		
	0,3ppm <sup>a</sup>	0,3 - 0,6ppm	> 0,6ppm <sup>b</sup>
0 – 6 meses			
7 – 36 meses			
3 – 6 anos	nada	nada	nada
7 – adultos	0,25mg/dia	nada	nada
	0,50mg/dia	0,25mg/dia	nada
	1mg/dia	0,50mg/dia	nada

<sup>a</sup> 1ppm = 1mg/l; 2,2mg FNa = 1mg de flúor íon; <sup>b</sup> a concentração de flúor na água de Porto Alegre é de 0,7 a 0,9ppm (informação fornecida pelo DMAE).

dos dentes (2,3). É recomendável tais alimentos logo após as refeições principais e, em seguida, fazer uma adequada higiene bucal (2).

### **Aumento da resistência dos dentes**

Podemos aumentar a resistência dos dentes ao melhorar a mineralização da superfície do esmalte com uso de flúor.

### **Mecanismo de ação do flúor**

Durante muito tempo, acreditou-se que a ação do flúor, na prevenção da cárie, fosse devido a um possível aumento de resistência dos dentes em função da presença maior do mesmo na composição química do esmalte do dente, o que resultaria em dentes com menor grau de solubilidade aos ácidos da placa dentária. Isto tem a sua importância na fase da maturação do esmalte, período em que o flúor será incorporado na estrutura dentária. Nesse período, a ingestão de água fluoretada pela gestante e pela criança são importantes (2,3).

Atualmente, o mecanismo reconhecido como de maior importância é aquele relacionado com a ação tópica do flúor sobre os dentes. O esmalte dentário não é uma estrutura inerte e sofre constante processo de desmineralização e remineralização de acordo com as flutuações do pH ao redor do dente. O flúor, em pequena concentração (0,2-1 ppm),

influencia o processo de remineralização do esmalte, facilitando a precipitação dos sais de cálcio. Por isso, o uso tópico de flúor é recomendado em todas as idades, da criança ao idoso (2,3).

### **Fluorterapia**

a) Forma sistêmica: nas localidades cujas águas estejam fluoretadas adequadamente, (>0,6 a 0,7 ppm), não há necessidade de complementação sistêmica de flúor, evitando-se o risco de intoxicação. Onde a água não é fluoretada ou a fluoretação é inadequada, pode ser feita a complementação (tabela 1). Nos lactentes, pode-se usar uma formulação vitamínica acrescida de flúor como, por exemplo, Tri-vi-flúor (0,6 ml contém 0,5 mg de F). As crianças maiores e os adultos podem ingerir diariamente comprimidos ou soluções de fluoreto de sódio, como por exemplo, Fluornatrium (comprimidos de 2,21 mg de NaF 0,1ml/mg) (9). As gotas ou soluções podem ser aplicadas diretamente na língua ou adicionadas em um copo com água ou suco. O comprimido deve ser mastigado, misturado com a saliva, passado pelos dentes e ingerido, ou pode ser esmagado e misturado com bebidas (3). Porém, devido ao risco da intoxicação pelo flúor, a indicação mais segura para a prevenção da cárie dentária nos locais sem sistema de abastecimento público é o uso de métodos tópicos de flúor (2). b) Uso tópico de flúor (pode ser realizado de duas formas): método de alta

freqüência e baixa concentração: escovação diária com creme dental fluoretado e bochechos diários ou semanais com soluções de fluoreto de sódio a 0,05% ou 0,2%, respectivamente (2), e método de baixa freqüência e alta concentração: feito periodicamente pelos dentistas, de acordo com a necessidade do paciente (baixo, médio ou alto risco para cárie) (2,7).

## Referências

1. Ando T, Figg MNP. Aspectos odontológicos na infância. In: Marcondes E, editor. *Pediatria Básica*. 8ª ed. São Paulo: Sarvier; 1992. p 125-32.
2. Calvo MCM, Schneider Filho DA. A saúde e as doenças bucais. In: Sucupira ACSL, editor. *Pediatria em Consultório*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 1996.
3. Maltz M. Cariologia, prevenção e doenças periodontais. In: Toledo OA, editor. *Odontopediatria: fundamentos para a prática*. 2ª ed. São Paulo: Editorial Premier; 1996. p. 105-73.
4. Pernetta C. *Semiologia Pediátrica*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
5. Novak A, Crall J. Prevenção da doença dental. In: Pinkhan JR. *Odontopediatria – da infância à adolescência*. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
6. *Revista da APCD* 1997;51(2):193.
7. Walter IRF, Ferrele A, Issao M. *Odontologia para bebê*. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
8. Harris NO, Christien AG. *Primary preventive dentistry*, 3rd ed. East Norwalk: Appleton & Lange; 1991.
9. *PR Vade-Mécum*. São Paulo: Soriak; 1996.
10. Pendrys DG. Risk of fluorosis in a fluoridated population. *JADA* 1995;126:1617-24.
11. Araújo MCM. *Ortodentia para Clínicos*. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 1982. p. 21-67.