

**Diretriz para a Prática Clínica na Atenção Primária à Saúde:  
Recomendações para Higiene Bucal na Infância**

Editora-Geral: Renata Maria Oliveira Costa

Coordenação Técnica-Geral: Wellington Mendes Carvalho

Autores

Marina Sousa Azevedo, Thays Torres do Vale Oliveira, Maximiliano Sergio Cenci,  
Branca Heloisa de Oliveira, Nicole Aimée Rodrigues José

Comitê Organizador:

Marina Sousa Azevedo, Maximiliano Sergio Cenci, Marília Leão Goettems, Helena  
Silveira Schuch, Bruna Muhlinberg Vetromilla, Thays Torres do Vale Oliveira

Painel de Especialistas:

Amanda Pinto Bandeira Rodrigues de Sousa

Amanda Souza Moura

Ariane Tiago Bernardo de Matos

Branca Heloisa de Oliveira

Fabiana Vieira Santos Azevedo

Gabriel Tilli Politano

Jaime Aparecido Cury

Lucas Agostinho Fernandes

Mariana Minatel Braga

Nicole Aimée Rodrigues José

Paula dos Santos Leffa

Tathiane Larissa Lenzi

GODeC – Global Observatory for Dental Care Group

Revisão Técnica

Amanda Pinto Bandeira Rodrigues de Sousa

Ana Beatriz de Souza Paes

Betina Suziellen Gomes da Silva

Élem Cristina Cruz Sampaio

Flávia Santos Oliveira de Paula

Laura Cristina Martins de Souza

Mariana das Neves Sant'Ana Tunala

Nicole Aimée Rodrigues José

Renato Taqueo Placeres Ishigame

Sandra Cecília Aires Cartaxo

Sumaia Cristine Coser

Wellington Mendes Carvalho

## APRESENTAÇÃO

A análise e a síntese do conhecimento científico atualizado para dar suporte às decisões na prática clínica, bem como para a proposição de políticas públicas custo-efetivas, cujos benefícios são consenso entre os atores envolvidos na produção de saúde, constituem-se como desafio para formuladores de políticas públicas, gestores, e profissionais de saúde, dentre os quais estão os cirurgiões-dentistas (FAGGION; TU, 2007; SUTHERLAND, 2000).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção responsável pelo cuidado e pela resolução das principais condições de saúde das pessoas, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), e a ordenadora da rede de atenção. É, portanto, elemento precípua da organização de sistemas de saúde efetivos. E, no Brasil, tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal estratégia de organização. A APS está fundamentada nos atributos propostos por Barbara Starfield, entre os quais estão o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Além disso, a APS tem como compromisso o atendimento aos preceitos constitucionais e legais do SUS, entre os quais estão a universalidade, a integralidade e a equidade. A APS oferece melhores resultados de saúde a custos mais baixos para o Sistema de Saúde Pública, sendo importante para a racionalização dos recursos financeiros empregados pelo SUS (ANDERSON et al., 2018).

As ações em saúde realizadas na APS envolvem diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas de saúde agudos e crônicos, prevenção de doenças, promoção de saúde e coordenação do cuidado em saúde das pessoas e de suas famílias. Para o alcance desses atributos na APS, entre outras medidas, é recomendada a oferta de cuidados odontológicos, sobretudo na ESF, por meio das equipes de Saúde Bucal (eSB).

O processo de trabalho dessas equipes tem como diretriz a operacionalização dos fundamentos da APS, e deve ser norteado pelo compromisso de promover a resolução de mais de 80% dos problemas de saúde bucal da população, produzindo grande impacto na situação de saúde das pessoas e famílias, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. O Ministério da Saúde disponibiliza aos

gestores, profissionais de saúde bucal e usuários um rol de ações dispostas na Carteira de Serviço da APS- não vinculativo ou exaustivo- a ser desenvolvido pelas eSB, conforme recursos disponíveis, demanda existente e processos de educação continuada ofertados.

Considerando todos os benefícios que a formulação de políticas baseada em evidências traz à sociedade, tanto no que tange à qualidade e à segurança do cuidado produzido, quanto no emprego de recursos públicos para a adoção de políticas públicas de saúde efetivas, a Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB), em parceria com a iniciativa GODEC (*Global Observatory for Dental Care*) da Universidade Federal de Pelotas, disponibilizará no ano de 2022, 22 diretrizes clínicas para a qualificação do cuidado de saúde bucal ofertado na APS. \_Diretriz para a Prática Clínica Odontológica na Atenção Primária à Saúde: recomendações para higiene bucal na infância compõe o rol de documentos relacionados à saúde bucal na infância e tem a possibilidade de ser aplicada em práticas coletivas e individuais dos profissionais da APS.

O GODEC/UFPel firmou cooperação com o Ministério da Saúde por intermédio do Termo de Execução Descentralizada para o desenvolvimento de 22 diretrizes para a prática clínica na atenção primária à saúde. Processo nº 57/2019. Esta diretriz é um dos produtos gerados a partir deste projeto de cooperação.

## **OBJETIVO**

O objetivo do desenvolvimento destas diretrizes para a prática clínica é fornecer recomendações para a higiene bucal de crianças de até 12 anos de idade para prevenir e controlar a cárie dentária. O propósito é que estas diretrizes possam ser usadas tanto na prática clínica das eSB da APS, como também foi considerada sua utilização pelos sujeitos implicados na produção de saúde no cenário brasileiro: usuários, demais trabalhadores e gestores.

## **INTRODUÇÃO**

O acesso da criança e de sua família à saúde, à educação e à assistência social é um direito garantido pela Constituição (BRASIL, 1988). Para a oferta de cuidado, educação e promoção do desenvolvimento e crescimento saudáveis das crianças, é importante a parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, educação e assistência social, conforme estabelecido na Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania (BRASIL, 2020). Tendo em vista que os agravos em saúde bucal possuem impacto na qualidade de vida e nas atividades cotidianas das crianças e dos pais/responsáveis (ZAROR *et al.*, 2021) e que a doença cárie é um agravo que apresenta impactos sociais expressivos, inclusive, onerando o sistema público de saúde (PERES *et al.*, 2019), torna-se premente reforçar recomendações aos profissionais, à sociedade e aos usuários quanto às medidas protetivas relacionadas à saúde bucal.

Deste modo, a presente Diretriz sistematiza as recomendações atinentes às medidas que devem ser implementadas para prevenção e controle da cárie dentária até os 12 anos de idade.

A cárie dentária é considerada uma doença crônica, progressiva, não transmissível e multifatorial, afetando pessoas de todas as idades em todo o mundo (FLEMING; AFFUL, 2018). E ainda é um grande problema de saúde pública. A iniquidade social em sua distribuição é evidente (GBD 2017 ORAL DISORDERS COLLABORATORS *et al.*, 2020). Existe um consistente gradiente social entre a cárie dentária e a condição socioeconômica. Os que vivem em situação de pobreza e vulnerabilidade social são aqueles com maior carga e gravidade de doença (PERES *et al.*, 2019).

De acordo com os dados do *Global Burden of Disease (2020)*, o Brasil está entre os 10 países com maior necessidade normativa de tratamento para cárie dentária, tanto na dentição decídua, quanto na permanente. Entre as crianças, a cárie dentária é o maior problema de saúde bucal e, frequentemente, traz consigo outras comorbidades, tendo impacto não apenas nas crianças, mas também nas suas famílias, na comunidade e no sistema de saúde (CASAMASSIMO *et al.*, 2009).

**No Brasil, dados da última pesquisa nacional de saúde bucal (SB BRASIL 2010) mostraram que mais da metade das crianças avaliadas tinham experiência de cárie dentária, com uma prevalência de 53,4% aos 5 anos e de 56,5% aos 12**

**anos** (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE., 2012). Em crianças de 5 anos de idade, a média de dentes decíduos com experiência de cárie foi de 2,43 dentes afetados, com predomínio do componente cariado do índice de dentes decíduos cariados, perdidos e restaurados por cárie (ceod), sendo que menos de 20% dos dentes decíduos acometidos estavam tratados. Enquanto para as crianças de 12 anos a média foi de 2,07 dentes permanentes com experiência de cárie (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE., 2012).

A prevenção da cárie dentária em crianças e adolescentes é considerada uma prioridade e é mais custo-efetiva que seu tratamento (MARINHO *et al.*, 2016). Os fluoretos têm sido considerados por especialistas de todo o mundo como os maiores responsáveis pelo declínio na prevalência e na gravidade da cárie. No Brasil, a água fluoretada, a expansão dos programas de prevenção nas escolas e o amplo uso dos dentifícios fluoretados foram fortemente relacionados ao declínio da cárie dentária nas últimas décadas (CURY *et al.*, 2004).

Embora seja reconhecido que, dentre os métodos preventivos a nível individual, o uso de dentifício fluoretado é o mais importante, ainda existem divergências nas mensagens com relação ao seu uso para crianças, principalmente entre as crianças pouca idade. Assim, os dentistas deparam-se com o desafio de saber quando introduzir o dentifício e com qual concentração. Além dessas dúvidas, existem também questionamentos sobre a importância de realizar a higiene bucal antes da erupção do primeiro dente, o tipo de escova indicado, a frequência de escovação e quando indicar o uso do fio dental.

Nos atendimentos odontológicos de crianças, as orientações de higiene bucal fazem parte de todo e qualquer plano de tratamento, pois se aplicam a todos os pacientes e é uma medida comum para o controle de doenças bucais, como a cárie dentária e periodontopatias (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA, 2020). Assim, estas diretrizes nacionais visam dar suporte para as recomendações em relação à higiene bucal na infância para prevenir e controlar a cárie dentária e estão baseadas no mais alto nível de evidência disponível. Estas diretrizes foram desenvolvidas principalmente para as eSB da APS, mas também foi considerada sua

utilização por todos os sujeitos envolvidos na disseminação de práticas em saúde e usuários do sistema, além de coordenadores e gestores.

Embora estas diretrizes não tenham como objetivo abordar os aspectos relacionados às práticas alimentares e a cárie dentária, é de extrema importância destacar a relação entre o consumo de açúcar e o seu papel no desenvolvimento da doença.

A cárie dentária é uma doença biofilme-açúcar dependente, ou seja, o consumo de açúcares constitui-se como um fator necessário para sua ocorrência, juntamente com o biofilme dentário.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015), o consumo de açúcares livres (de adição) leva a um aumento da ingestão calórica total e pode reduzir o consumo de alimentos com calorias nutricionalmente mais saudáveis, levando ao aumento de peso, à obesidade e a um maior risco de doenças crônicas não transmissíveis. Assim, o consumo dos açúcares livres é um fator de risco em comum à cárie dentária e outras doenças importantes, como diabetes e obesidade, tornando ainda mais relevante atentar para as recomendações sobre o consumo do açúcar na infância.

Os açúcares livres incluem monossacarídeos (ex: glicose, frutose e galactose) e dissacarídeos (ex: sacarose - açúcar de mesa - e lactose) adicionados aos alimentos e bebidas pelo fabricante, durante o preparo pelo cozinheiro ou pelo próprio consumidor, além dos açúcares naturalmente presentes no mel, nos xaropes, nos sucos de frutas e nos concentrados de sucos de frutas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, documento oficial do Ministério da Saúde sobre as recomendações e informações sobre alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida, apresenta em sua diretriz que açúcar, preparações ou produtos que contenham açúcar (sacarose, açúcar da cana) não sejam oferecidos para crianças até 2 anos de idade. O guia enfatiza que frutas e bebidas não devem ser adoçadas com nenhum tipo de açúcar, como açúcar branco, cristal, mascavo, demerara, mel, melado, xarope de milho ou rapadura. Não devem ser oferecidas também preparações que tenham açúcar como ingrediente, como bolo, biscoito, doces e geleia, por exemplo. O guia também adverte quanto à

presença de açúcar nos alimentos ultraprocessados, como: refrigerantes, achocolatados, farinhas instantâneas com açúcar, bolos prontos, biscoitos, iogurtes e bebidas lácteas, sucos de caixinha e em pó, sorvetes, barras de “cereal”, entre outros (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2019). Mesmo após os 2 anos, recomenda-se evitar a ingestão excessiva de açúcar, priorizar o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados e evitar o consumo de alimentos ultraprocessados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

Os profissionais de saúde e outros atores envolvidos na promoção de saúde das crianças devem reforçar a amamentação materna exclusiva até os 6 (seis) meses de idade. Deve-se adiar ao máximo a introdução dos açúcares na alimentação da criança. Quando presente na dieta, a recomendação da OMS é de limitar a ingestão de açúcares livres a menos de 10% da ingestão calórica total. De acordo com a OMS, esta recomendação é baseada em evidências científicas de qualidade moderada, procedentes de estudos observacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Assim, em consonância com uma linha de cuidado integral à saúde da criança, é primordial que todos os profissionais de saúde estejam engajados na promoção da alimentação saudável e adequada (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE., 2015). Em relação à cárie dentária, essa medida associada à adequada higiene bucal e ao uso adequado de fluoretos é essencial para a prevenção e controle da doença (PHANTUMVANIT *et al.*, 2018; SPLIETH *et al.*, 2020).

## **METODOLOGIA**

Estas diretrizes foram desenvolvidas de acordo com o guia de reporte AGREE II (BROUWERS, MELISSA C. KERKVLIT, KATE. SPITHOFF, 2016). O processo geral de adaptação e desenvolvimento baseou-se no guia do ADAPTE, *Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Versão 2.0* (THE ADAPTE COLLABORATION, 2009) e no *Grading of Recomendações Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (<https://www.gradeworkinggroup.org/>). Este instrumento foi desenvolvido para graduar a qualidade das evidências e a força das recomendações de forma transparente e sistematizada (GUYATT *et al.*, 2011). Esta ferramenta oferece a



possibilidade de gerar recomendações clínicas baseadas em evidências científicas, considerando o uso de um sistema coordenado, transparente e estruturado para apresentar sumários de evidência, avaliação de qualidade da evidência, elaboração de recomendações e gradação de direção e força destas (BRASIL, 2014).

Dentro do fluxo de decisões e informações preconizadas pela ferramenta, o protocolo a ser seguido e desenvolvido para o estabelecimento de diretrizes se ampara como passo inicial na definição de questões prioritárias, considerando intervenções e desfechos esperados. Adicionalmente, é realizada a síntese das evidências disponíveis, principalmente pela execução de revisões sistematizadas da literatura ou rastreio de revisões sistemáticas já executadas e publicadas na literatura e, após, é realizada a sumarização dos resultados. Esta etapa inclui a avaliação de qualidade da evidência disponível considerando cada desfecho avaliado para cada intervenção. Finalmente, é realizada a avaliação e o julgamento da qualidade da evidência disponível para o suporte da recomendação e é decidida a direção e força da recomendação, etapa preferencialmente executada em painel de especialistas no tema (BRASIL, 2014).

A recomendação baseada na melhor evidência científica disponível é o objetivo a ser alcançado em cada diretriz, sendo definida para cada questão prioritária, e submetida ao escrutínio de um painel de especialistas, que a avalia segundo 11 dimensões, a saber: 1) a importância do problema abordado; 2) os efeitos desejáveis trazidos pela intervenção abordada; 3) os efeitos indesejáveis trazidos pela intervenção; 4) a qualidade geral da evidência identificada; 5) os valores que os desfechos tratados possuem; 6) o balanço dos efeitos, considerando-se o custo-benefício da recomendação; 7) os recursos envolvidos na implantação da recomendação; 8) a qualidade das evidências que abordam os recursos envolvidos; 9) o custo-efetividade da intervenção; 10) a aceitabilidade da intervenção; e por fim, 11) sua viabilidade.

Sendo assim, cada diretriz aborda um tipo de problema, condição frequente nas eSB da APS, sendo cada uma delas voltada para questões prioritárias que tratam de intervenções e desfechos. Após a conclusão das etapas acima narradas, cada diretriz trará um conjunto de recomendações fruto da consulta às evidências científicas associadas ao julgamento de um painel de especialistas que avaliarão

outros aspectos além da qualidade da evidência para sustentar ou não as recomendações provenientes da literatura científica.

Para essas diretrizes, o referido painel de especialistas foi composto por representantes da academia, do serviço e da gestão, a fim de que o maior número de atores envolvidos participasse dessa etapa. Assim, o painel foi composto por comitê organizador, formado por integrantes do grupo *Global Observatory for Dental Care* (GODeC) e especialistas, representados por pesquisadores que tivessem conhecimento clínico e técnico, bem como experiência pessoal na área temática, representantes de serviços e da gestão. Estes últimos representados por técnicos da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Coordenação-Geral de Saúde Bucal, Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

### **Escopo**

A proposta destas diretrizes para a prática clínica é de auxiliar na tomada de decisão em relação às orientações e indicações sobre higiene bucal de crianças até 12 anos, voltada principalmente para dentistas das equipes de saúde pública, mas que possam ser úteis também para outros profissionais implicados na disseminação de práticas em saúde. Pode também auxiliar coordenadores e gestores em saúde pública. Ainda, essas diretrizes podem ser consultadas pela população em geral para auxiliar na higiene bucal das crianças.

Estas diretrizes fornecem recomendações sobre a idade de início da higiene bucal, uso do dentífrico fluoretado, frequência de escovação, tipo de escova e uso do fio dental. Além de outras informações que foram adicionadas ao longo da discussão em torno das principais perguntas, como: dose do dentífrico fluoretado, supervisão da higiene bucal e técnica de escovação.

Na Figura 1 estão especificados os parâmetros utilizados para o enquadramento das perguntas destas diretrizes.

P1	Crianças até 12 anos
I	Higiene bucal (Como, quando, com o que, de que forma)
P2	Cirurgiões-dentistas, outros profissionais de saúde, gestores, comunidade em geral

O	Prevenir e controlar a cárie dentária
H	Sistema público de saúde

Figura 1. Parâmetros utilizados para o enquadramento das perguntas do guia de recomendação para higiene bucal na infância. População de pacientes (P), intervenção (I), profissionais e população (público-alvo) para quem o guia está sendo desenvolvido (P2), desfecho de interesse (O) e cenário/contexto de saúde (H).

### Questões Prioritárias

Estas diretrizes foram desenvolvidas com base em demandas dos profissionais de saúde bucal que atuam na Atenção Primária, absorvidas pela Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, e as perguntas clínicas foram então discutidas com o painel. Estabeleceram-se 4 perguntas prioritárias:

Em relação ao tópico sobre quando se deve iniciar a higiene bucal da criança, foi estabelecida a seguinte pergunta prioritária:

Questão 1- Deve-se limpar a cavidade bucal dos bebês sem dentes vs. não realizar limpeza para prevenir cárie dentária no futuro?

Em relação ao tópico sobre como deve ser feita a higiene bucal da criança, foram definidas três perguntas prioritárias:

Questão 2- Dentifrício:

Deve-se usar dentifrício fluoretado, com no mínimo 1000 ppm de fluoreto (F), a partir do nascimento do primeiro dente vs. dentifrício com baixa concentração de F/dentifrício sem F para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças?

Questão 3- Frequência:

Deve-se realizar escovação com dentifrício fluoretado 2x/dia vs. menos de 2x/dia para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças?

Questão 4- Fio dental:

Deve-se usar fio dental vs. não usar o fio dental para prevenir e controlar a cárie dentária em superfícies proximais em crianças?

## Identificação de diretrizes e revisões sistemáticas

Foram realizadas buscas eletrônicas na base de dados MEDLINE (Apêndice) e em bases de dados de diretrizes para prática clínica (DPC). As estratégias de busca utilizadas no MEDLINE, assim como o número de artigos identificados, estão descritos no apêndice A.

Foram realizadas também buscas manuais em sítios na internet de associações odontológicas e de odontopediatria, como também através das referências utilizadas nos guias e revisões selecionados. Nas seguintes bases de dados específicas para DPC foram realizadas buscas com o termo “*oral hygiene*”:

*US National Guideline Clearinghouse* (<http://www.guideline.gov>) (n=107 registros)

*Guidelines International Network* (<http://www.g-i-n.net>) (n=2)

Nas seguintes associações de Odontopediatria foram feitas buscas manuais:

Brasileira: Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED) (<https://aboped.org/>)

Americana: *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) (<https://www.aapd.org/>)

Canadense: *Canadian Academy of Pediatric Dentistry* (CAPD) (<https://www.capd-acdp.org/>)

África do Sul: *Paedodontic Society of South Africa* (PSSA) (<https://paedodonticsociety.co.za/>)

Espanhola: *La Sociedad Española de Odontopediatría* (SEOP) (<https://www.odontologiapediatrica.com/>)

Indiana: *Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* (ISPPD) (<http://www.isppd.org.in/>)

Britânica: *British Society of Paediatric Dentistry* (BSPD) (<https://www.bspd.co.uk/>)

Europeia: *European Academy of Paediatric Dentistry* (EAPD) (<https://www.eapd.eu/>)

Latino-americana: *Asociación Latinoamericana de Odontopediatría* (ALOP) (<https://www.alopodontopediatria.org/>)

Asiática: *Pediatric Dentistry Association of Asia* (<http://pdaasia.org/?ckattempt=1>) Internacional: *International Association of Pediatric Dentistry* (IAPD) (<https://iapdworld.org/>)

Outras associações não vinculadas diretamente à Odontopediatria em que foram feitas buscas manuais:

Canadense: *Canadian Dental Association* (CDA) ([http://www.cda-adc.ca/en/oral\\_health/cfyt/dental\\_care\\_children/](http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfyt/dental_care_children/))

Americana: *American Dental Association* (ADA) (<https://www.ada.org/en>)

#### **Crítérios de elegibilidade:**

- DPC baseadas em evidência (baseados em revisões sistemáticas ou ensaios clínicos);
- Sem restrição quanto à língua e ao local de publicação;
- Com restrição de data de publicação (últimos 30 anos);
- DPC com mais de 3 anos de publicação, se encontrados, necessidade de atualização com a melhor evidência disponível;
- No caso de 2 DPC com achados divergentes, identificar aquela com melhor suporte de evidência;
- Se uma única DPC não der suporte a todas as perguntas, outras DPC poderão ser agrupadas, dando preferência às aquelas com melhor suporte de evidência.

Após a busca inicial das DPC, duas pesquisadoras de forma independente (TTVO e MSA), analisaram títulos e resumos. Chegou-se a um consenso de que 14 títulos da busca do MEDLINE deveriam ser analisados na íntegra, bem como 4 documentos identificados na busca manual.

Não foi possível acesso a dois documentos. Eles foram solicitados aos autores, mas sem resposta até 10.08.2020. Outro documento, aparentemente, continha as

orientações do Ministério da Saúde Chinês, porém o acesso não foi possível, pois necessitava de um celular do país para cadastro e acesso.

Assim, de forma independente (MSA e TTVO), realizaram a leitura na íntegra de 15 trabalhos.

Em relação às DPC, as duas pesquisadoras chegaram ao consenso de que 2 preenchiem os critérios de inclusão, sendo elas:

1. DPC 1: Associação Brasileira de Odontopediatria. Prevenção e Controle da Cárie Dentária. In: Associação Brasileira de Odontopediatria. Diretrizes para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. Rio de Janeiro: Santos, 2020. p.77-83.

2. DPC 2: Toumba KJ, Twetman S, Splieth C, Parnell C, van Loveren C, Lygidakis NA. *Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document*. Eur Arch Paediatr Dent. 2019;20(6):507-516. doi:10.1007/s40368-019-00464-2.

Para a DPC 1, da Associação Brasileira de Odontopediatria, foram selecionados 2 subcapítulos: Orientações de Higiene Bucal na Odontopediatria e Uso de Fluoretos em Odontopediatria.

Para determinação da qualidade das duas diretrizes, três avaliadores para cada documento avaliaram de forma independente e aplicaram a ferramenta *The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE II) (AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM, 2017), as avaliadoras foram: MLG, MSA e TTVO para a DPC 1 e HSS, MSA e TTVO para a DPC 2.

A ferramenta AGREE II possui 23 itens distribuídos em 6 domínios e uma avaliação geral. Para cada item, o avaliador possui uma escala de 1 a 7, em que 1 o avaliador discorda fortemente, quando a informação é pobremente reportada no item ou está ausente, e 7 quando concorda fortemente e o relato está excepcional e completo. Foi determinado pelos avaliadores que um escore final acima de 70% seria considerado de alta qualidade e, portanto, a diretriz poderia ser adaptada. A média dos escores obtidos em cada domínio pode ser vista na Figura 3. Ambos foram avaliados como possíveis de serem adaptados e com qualidade alta.

Em relação à busca de revisões sistemáticas, foram encontradas e selecionadas 14 revisões sistemáticas (DAVIDOVICH *et al.*, 2020; DE OLIVEIRA *et al.*, 2017; DOS SANTOS, Ana Paula Pires; NADANOVSKY; DE OLIVEIRA, 2012; HUJOEL, P P *et al.*, 2006; KUMAR; TADAKAMADLA; JOHNSON, 2016; MARINHO *et al.*, 2003; MULLER-BOLLA; COURSON, 2013; SANTOS, A. P.P.; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2013; WALSH, T *et al.*, 2010; WALSH, Tanya *et al.*, 2019; WONG, M. C.M. *et al.*, 2011; WONG, May C.M. *et al.*, 2010; WORTHINGTON *et al.*, 2019; WRIGHT *et al.*, 2014; YAACOB *et al.*, 2014).

A escolha das duas diretrizes e avaliação da qualidade foi apresentada ao painel, o qual, em consenso integral, entrou em acordo por utilizar/adaptar as duas diretrizes. Iniciou-se o processo de atualização das referências utilizadas nas diretrizes. Embora ambas fossem recentes, com menos de 2 anos de publicação, uma busca de possíveis novas revisões sistemáticas e metanálises para cada pergunta clínica prioritária foi realizada em março de 2021. Não foram encontrados novos estudos além daqueles referenciados nas diretrizes ou já selecionados através da busca no MEDLINE e busca manual realizadas em julho de 2020.

A matriz de recomendação foi construída extraíndo os dados de cada DPC de acordo com as perguntas prioritárias, por duas avaliadoras de forma independente (MSA e TTVO). Estas matrizes estarão disponíveis no site da iniciativa GODEC (<https://wp.ufpel.edu.br/godec/>).

A avaliação da certeza da evidência através das recomendações do GRADE foi realizada para as perguntas prioritárias (GUYATT *et al.*, 2011). Utilizaram-se para todas as perguntas prioritárias os critérios analisados da matriz “*Evidence to Decision*” do sistema GRADE, compreendendo: se a questão é prioritária, efeitos desejáveis e indesejáveis e a relação entre eles, certeza de evidências com relação aos efeitos, recursos necessários e certeza da evidência destes recursos, custo-efetividade, equidade, aplicabilidade e viabilidade de implementação.

Com relação à avaliação GRADE através da tabela de certeza de evidências e sumário dos achados, foram incluídos dados de metanálise dos estudos selecionados, quando disponíveis, para cada pergunta prioritária. O painel decidiu por incluir nesta ferramenta somente estudos em que o desfecho principal, cárie dentária, havia sido analisado. Quando a análise do desfecho foi apresentada de mais de uma

forma, deu-se prioridade para a análise na seguinte ordem: 1) proporção de crianças desenvolvendo novas lesões de cárie, 2) número de dentes com novas lesões de cárie e 3) número de superfícies com novas lesões de cárie. Além disso, foram priorizados os estudos que continham a análise combinada dos dados com relação à intervenção e o comparador estabelecidos na pergunta prioritária (Apêndice A).

Após apreciação pelo painel da avaliação através do sistema GRADE, a matriz de recomendação para cada pergunta foi apresentada ao painel. As matrizes embasaram o trabalho do painel de especialistas, que pôde comparar as recomendações propostas pelas DPC selecionadas. O painel avaliou e definiu se as recomendações seriam adotadas ou adaptadas (Apêndice B).

Também foram aceitas sugestões de referências indicadas pelo painel de especialistas para a complementação e fundamentação das orientações. Quando indicadas, o painel apreciou as publicações e, através de consenso, elas foram também incluídas e analisadas para dar suporte às recomendações.

Os painelistas, juntamente com o Comitê organizador, realizaram um total de sete reuniões quinzenais *online* por meio de plataformas digitais. Uma reunião para apresentação da metodologia e discussão das perguntas prioritárias, 6 reuniões para avaliação pelo sistema GRADE e análise da matriz de recomendação em relação à cada pergunta e elaboração da recomendação, e uma última reunião para apreciar e discutir o documento final reunindo todas as informações.

### **Apresentação das recomendações**

As recomendações serão redigidas, para cada pergunta prioritária, em 2 seções principais: resumo dos achados e justificativa/resumo do julgamento. Na primeira será apresentado um resumo das evidências disponíveis, na segunda seção será descrito o que o que foi ponderado pelo painel com relação a matriz “*Evidence to Decision*” do GRADE. Além disso, será apresentado uma tabela resumida da recomendação informando a pergunta, a recomendação, literatura de suporte, evidência disponível, recomendação GRADE e a força de consenso. No item da recomendação GRADE será utilizada a seguinte representação gráfica (Quadro 1):

Quadro 1. Representação gráfica e simbólica baseada no *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE).



Representações sugeridas da qualidade da evidência e força das recomendações

Qualidade da evidência	Símbolo
<b>Alto</b>	⊕⊕⊕⊕
<b>Moderado</b>	⊕⊕⊕ ○
<b>Baixo</b>	⊕⊕ ○○
<b>Muito Baixo</b>	⊕ ○○○
<b>Força da Recomendação</b>	
Forte a favor de uma intervenção	↑↑

Fraco a favor de uma intervenção	↑
Equivalência na intervenção	↕
Fraco contra uma intervenção	↓
Forte contra uma intervenção	⇓

VHO

RASCUNHO

Representação gráfica da pontuação por domínio obtida com a ferramenta *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II)* para as diretrizes para a prática clínica sobre higiene bucal na infância

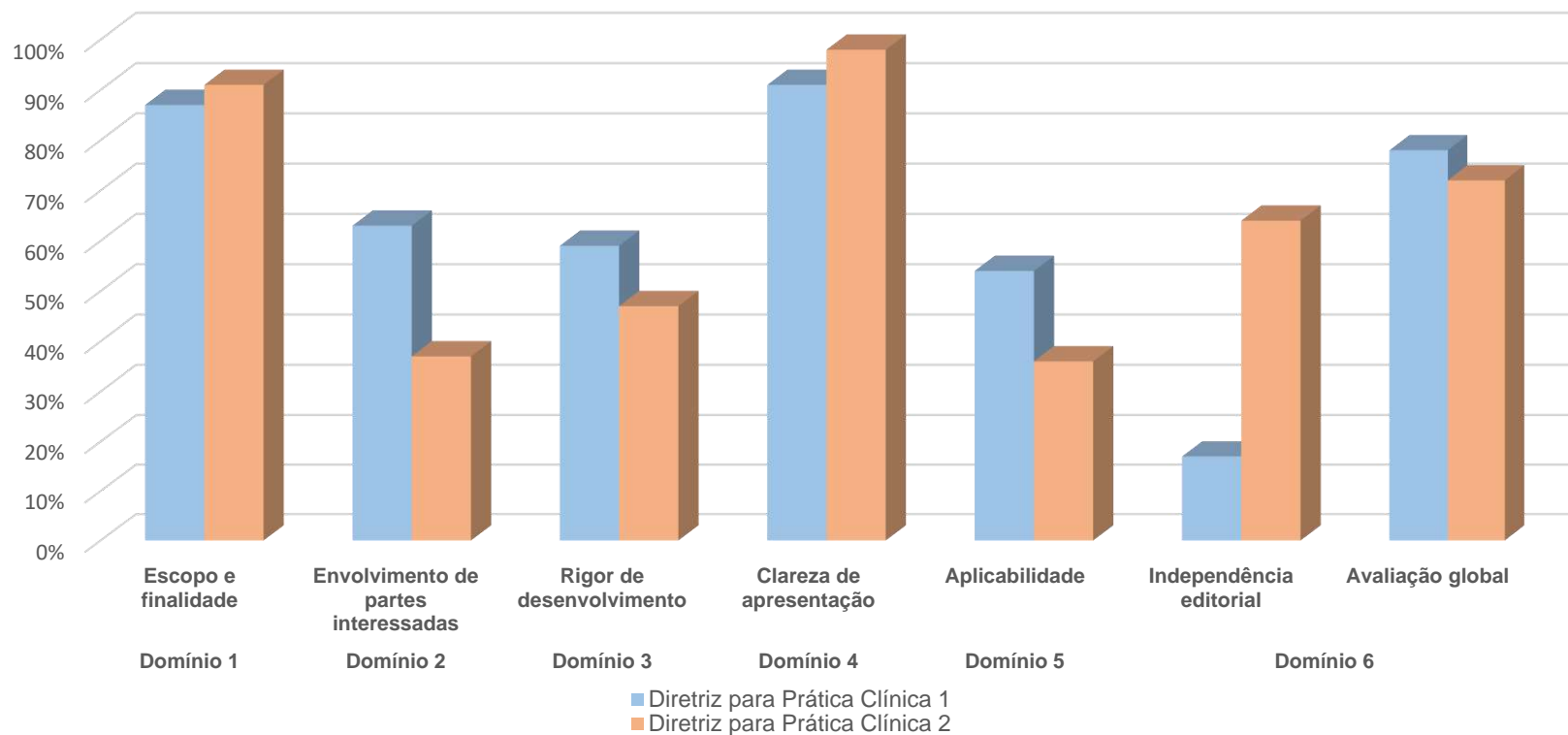


Figura 3. Média dos escores obtidos por domínio utilizando a ferramenta *The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II)* em cada uma das duas diretrizes para prática clínica avaliadas.

#### 4. RECOMENDAÇÕES QUESTÕES PRIORITÁRIAS

Questão 1- **Deve-se limpar a cavidade bucal dos bebês sem dentes vs. não realizar limpeza para prevenir cárie dentária no futuro?**

Associações de odontologia, odontopediatria e pediatria fazem indicações diversas quanto à idade do início da higiene bucal na infância.

Enquanto existe a indicação de realizá-la antes da erupção do primeiro dente, fazendo-se ressalvas quanto à alimentação do bebê, como por exemplo, não recomendar enquanto estiver sob aleitamento materno exclusivo, há recomendações sem esta ressalva e orientações que apenas mencionam o início da higiene bucal a partir do irrompimento do primeiro dente.

Assim, existe grande divergência com relação às recomendações sobre a necessidade e importância da limpeza da cavidade bucal do bebê antes do irrompimento dos primeiros dentes.

Dentre as justificativas para início da higiene bucal antes da erupção do primeiro dente estão: introduzir o hábito nos pais/responsáveis, acostumar o bebê com a manipulação de sua cavidade bucal, favorecer o estabelecimento de uma microbiota mais saudável evitando infecções bucais como a candidíase, e prevenir cárie dentária quando irromperem os dentes.

#### **Resumo dos achados**

As duas diretrizes utilizadas para auxiliar na elaboração destas diretrizes apenas mencionam o **início da higiene bucal, com dentifício fluoretado, a partir do primeiro dente** (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA, 2020; TOUMBA *et al.*, 2019). Ambas não apresentam orientações de higiene bucal relacionadas à cavidade bucal do bebê edêntulo.

Nenhum estudo clínico foi identificado avaliando o início da higiene bucal com relação ao desfecho cárie dentária. Com isso, não há evidência de que a indicação de início da higiene bucal antes do irrompimento do primeiro dente contribua para reduzir a incidência de cárie dentária no futuro.

Além disso, um possível fator negativo para esta prática baseia-se no fato de que a manipulação da cavidade bucal do bebê sem higiene adequada das mãos ou com uso de água contaminada ou algum dispositivo não devidamente higienizado levaria a um risco de doenças diarreicas, as quais são uma causa importante de morbidade e mortalidade em crianças pequenas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017). Também não há evidência em relação a este possível fator indesejado.

### **Recomendação**

Embora o painel tenha ponderado que seria uma intervenção barata e viável de ser aplicada pela maioria dos interessados, ao considerar que o prejuízo possa ser maior que o benefício, e que há total incerteza sobre a direção e a magnitude do efeito, **o painel posicionou-se unanimemente sugerindo contra a limpeza da cavidade bucal dos bebês sem dentes** (Tabela 1).

Desta forma, o painel adotou a orientação dos guias os quais indicam que **todas as crianças iniciem a higiene bucal a partir da erupção do primeiro dente com dentífrico fluoretado** (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2020; TOUMBA *et al.*, 2019).

Tabela 1. Recomendação clínica para a questão 1.

<b>1) Deve-se limpar a cavidade bucal dos bebês sem dentes vs. não realizar limpeza para prevenir cárie dentária no futuro?</b>
O painel sugere contra realizar limpeza da cavidade bucal do bebê sem dentes.
Literatura de suporte: --
Evidência disponível: Opinião de especialistas

Recomendação GRADE: ↓

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

### **Tópico sobre como deve ser feita a higiene bucal das crianças**

A seguir, serão respondidas perguntas relativas à prevenção e controle da cárie dentária na infância quanto ao tipo de dentifrício (questão 2), frequência de escovação (questão 3) e uso do fio dental (questão 4).

#### **Dentifrício:**

**Questão 2- Deve-se usar dentifrício fluoretado, mínimo de 1000 ppm de fluoreto (F), a partir do nascimento do primeiro dente vs. dentifrício com baixa concentração de F/dentifrício sem F para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças?**

Escovação regular com dentifrício fluoretado é a principal medida não profissional para prevenir e controlar a cárie dentária. Porém, seu efeito preventivo varia conforme a concentração de fluoreto presente no dentifrício (WALSH, Tanya *et al.*, 2019). Recomendações quanto ao seu uso na infância têm sido modificadas ao longo do tempo buscando maximizar seu efeito preventivo para cárie dentária e minimizar o potencial risco para fluorose dentária (WRIGHT *et al.*, 2014).

No Brasil, de acordo com Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da resolução Nº 16 de 2011, não é estabelecido um valor mínimo em relação à concentração de fluoreto no dentifrício. Apenas determina-se um máximo de 0,15% de fluoreto total, ou seja, 1500 ppm F (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA., 2011).

A concentração de fluoreto considerada padrão nos dentifrícios corresponde a concentrações que variam de 1000-1500 ppm F. Porém, no Brasil,

são comercializados dentifrícios infantis com concentração de fluoreto menor que 1000 ppm F.

### **Resumo dos achados**

Um estudo de revisão sistemática e metanálise que verificou o efeito do dentifrício fluoretado padrão (1000 -1500 ppm F) e de baixa concentração (<600 ppm F) na prevenção de cárie na dentição decídua mostrou um Risco Relativo (RR) de 1,13 e um intervalo de confiança de 95% (IC95%) de 1.07–1.20), demonstrando um aumento do risco de desenvolver cárie dentária em nível de dentina, na dentição decídua, em crianças que escovaram seus dentes com dentifrício de baixa concentração de fluoreto em relação às crianças que escovaram com dentifrício fluoretado padrão (SANTOS, A. P.P.; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2013). O painel classificou como grave o risco de viés, uma vez que alguns dos estudos primários não são claros sobre randomização e alocação. A certeza da evidência foi considerada moderada.

Na Revisão Sistemática da Cochrane (WALSH, Tanya *et al.*, 2019), embora a evidência dos efeitos dos dentifrícios com diferentes concentrações de fluoreto seja mais limitada pela metodologia empregada, um efeito dose-resposta foi encontrado em crianças e adolescentes na dentição permanente.

Com relação aos efeitos indesejáveis, uma revisão sistemática da Cochrane cujo objetivo foi descrever a relação entre o uso de fluoretos tópicos em crianças pequenas e o risco de desenvolvimento de fluorose dentária verificou-se alguma evidência de que escovar os dentes de uma criança com dentifrício contendo fluoreto antes dos 12 meses de idade pode estar associado a um risco aumentado de fluorose dentária. Há evidências mais fortes a de que concentrações mais altas de fluoreto no dentifrício (1000 ppm F ou mais) estão associadas ao aumento do risco de fluorose quando utilizadas em crianças com menos de 5 a 6 anos. Porém, os autores alertam que a maioria das evidências estão relacionadas à presença de fluorose leve (WONG, May C.M. *et al.*, 2010), ou seja, aquela sem prejuízo estético importante.

Considerando a revisão sistemática de Santos et al. (2013) (SANTOS, A. P.P.; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2013) em relação à fluorose, a qual comparou intervenções com dentifrício fluoretado padrão e dentifrício com baixo teor de

fluoreto (<600 ppm F), 2 estudos foram incluídos. O risco relativo combinado para fluorose esteticamente indesejável foi de 0,32 e IC95% (0,03–2,97); logo, nesta revisão, o efeito combinado dos dois estudos não mostrou diferença estatisticamente significativa. Os autores ressaltaram que muito poucos casos de fluorose esteticamente questionável foram relatados pelos estudos incluídos. Portanto, o RR combinado é bastante impreciso. Cabe mencionar que os estudos primários foram realizados em áreas com água não fluoretada ou não fluoretada no nível ideal.

### **Recomendação**

O painel destaca que a higiene bucal associada ao uso de dentífrico com fluoreto na prevenção e controle da cárie dentária é um dos tópicos com maior evidência científica na área da Odontologia. Portanto, dentífrico sem fluoreto não apresenta benefício anticárie e o painel definiu por não o incluir na análise de comparação com dentífrico fluoretado padrão.

Além disso, o painel optou por analisar os dados da Revisão Sistemática de Santos et al. (2013) (SANTOS, A. P.P.; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2013), pois esta comparou dentífrico padrão (entre 1000 e 1500 ppm F) com dentífrico de baixa concentração e considerou como desfecho a proporção de crianças com novas lesões de cárie. A revisão de Walsh et al. (2019) (WALSH, Tanya *et al.*, 2019), foi considerada para a tomada de decisão, mas não para uso dos dados na tabela de evidência, uma vez que não realizou análise quantitativa dos estudos que consideraram diretamente a intervenção (dentífrico padrão) e o comparador (dentífrico com baixa concentração) de forma combinada. A partir do risco relativo obtido na revisão de Santos et al. (2013) (SANTOS, A. P.P.; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2013) calculou-se que, a cada mil crianças, 65 a mais se beneficiariam do uso do dentífrico padrão, ou seja, não desenvolveriam lesão de cárie, em comparação ao de baixo teor de fluoreto.

Assim, o painel ressaltou que ao considerar a população de crianças brasileiras de 0-12 anos, que é de aproximadamente 35 milhões, mais de 2 milhões de crianças a mais se beneficiariam do uso do dentífrico com fluoreto padrão em comparação ao de baixa concentração. Assim, consideraram que, apesar da medida de efeito relativa não ser de grande magnitude (RR 1,13), para



a população infantil brasileira, a qual apresenta alta prevalência de cárie, o impacto da intervenção traria benefícios importantes em nível populacional.

Em relação aos efeitos indesejáveis, a fluorose dentária foi relatada. O painel considerou não existir evidências que suportem o uso de dentifrício de baixa concentração de fluoreto, uma vez que este aumenta o risco de cárie dentária e não reduz o risco de fluorose esteticamente indesejável quando comparado ao dentifrício de concentração padrão (SANTOS, A. P.P.; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2013). Além disso, dentifrícios de baixa concentração de fluoreto, se ingeridos em alta quantidade, também podem contribuir para o desenvolvimento de fluorose (WRIGHT *et al.*, 2014).

O painel ponderou também o efeito dose-resposta do fluoreto no dentifrício, ou seja, quanto maior a concentração de fluoreto, maiores seriam os benefícios em termos de cárie (WALSH, Tanya *et al.*, 2019). Portanto, o painel destacou que quanto maior for o risco de cárie da população, maior o benefício de usar dentifrício com concentração padrão em comparação ao com baixa concentração. Por esta razão, o painel considerou que o aumento ao acesso ao dentifrício com fluoreto padrão poderia aumentar a equidade. Ressaltou, porém, que esta medida isolada não seria suficiente para reduzir as desigualdades em termos de cárie na população infantil (NARVAI *et al.*, 2006).

Não foram encontrados estudos avaliando os recursos necessários e o custo-efetividade. Apesar disso, o painel levou em consideração que dentifrícios com concentração padrão são mais baratos, geralmente, que os dentifrícios de baixa concentração disponíveis, e mais fáceis de serem encontrados. Ainda, o painel destacou que para os serviços de saúde são intervenções simples e similares, que não requerem profissionais e equipamentos extras. O papel de orientar e dar instruções de higiene bucal já faz parte da rotina da eSB e não teria favorecimento, neste ponto específico, quanto a uma ou outra intervenção.

Considerando o nível alto de doença na população infantil brasileira (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE., 2012), o potencial impacto negativo da cárie na qualidade de vida e os importantes prejuízos potenciais ao desenvolvimento infantil (JACKSON *et al.*, 2011; SHEIHAM, 2006), e o nível de

evidência quanto ao benefício anticárie do uso de dentifrício com fluoreto na concentração padrão: **o painel recomendou a favor do uso do dentifrício com concentração padrão de fluoreto (1000-1500 ppm F) em comparação aos dentifrícios de baixa concentração para todas as crianças, desde a irrupção do primeiro dente** (Tabela 2).

Buscando minimizar os riscos de fluorose dentária esteticamente indesejável, o **painel reforça a orientação quanto à quantidade de dentifrício a ser usada** (Figura em desenvolvimento). Escovação dental é um processo educativo como qualquer outro. Assim, é tarefa dos pais ou cuidadores a responsabilidade da limpeza dos dentes dos filhos até que eles possam cuidar de si próprios. Desta forma, o painel ressalta a importância de que os pais e/ou responsáveis devem ser fortemente orientados em aplicar a quantidade correta de dentifrício de acordo com a idade e realizar/auxiliar/supervisionar a escovação e que estimulem a criança cuspir desde a idade mais precoce porque até a idade de 7/8 anos há dentes em formação sujeitos ao risco sistêmico do fluoreto ingerido. Como a absorção gastrointestinal do fluoreto ingerido é reduzido se houver alimentos no estômago, o painel recomenda que os dentes das crianças sejam escovados logo (dentro de 15 min) após as refeições.

Tabela 2. Recomendação clínica para a questão 2.

**2) Deve-se usar dentifrício fluoretado, mínimo de 1000ppm F, a partir do nascimento do primeiro dente vs. dentifrício com baixa concentração de fluoreto /dentifrício sem fluoreto para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças?**

O painel recomenda a favor do uso do dentifrício fluoretado, com no mínimo 1000 ppm de fluoreto, para prevenir e controlar cárie dentária em crianças.

Literatura de suporte: Santos et al., 2013; Walsh et al., 2019; Wong et al., 2010

Evidência disponível: 1 metanálise com 3 ensaios clínicos randomizados; 88 estudos clínicos incluídos na síntese quantitativa (metanálise)\*\*; 2 ensaios clínicos randomizados e metanálise com 3 estudos transversais\* (fluorose)

Recomendação GRADE: ⊕⊕⊕○ ↑ ↑

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

\* 1 estudo realizado em duas diferentes áreas foi inserido 2 vezes na metanálise;

\*\* Três estudos foram subtraídos da síntese quantitativa total, pois foram realizados em dentes permanentes maduros

O painel reforça que a quantidade ideal de dentifício é equivalente a um grão de arroz, aproximadamente 0,12g, até 3 anos e 11 meses; ou ervilha, aproximadamente 0,30g, a partir de 4 anos (BÅRDSSEN, 1999). Para auxiliar os pais/responsáveis na aplicação da quantidade correta de dentifício, o painel destaca que é importante fornecer uma instrução visual clara quando forem dadas instruções relativas à escovação dentária (Figura em desenvolvimento).

A Tabela 3 mostra, baseada no limite máximo de 0,07 mg/dia/kg de peso corporal da dose considerada segura para fluorose dentária, os cálculos de limite seguro de ingestão diária de fluoreto, a % da ingesta máxima diária representada por duas escovações com dentifício com concentração de 1000 ppm F nas quantidades recomendadas para crianças de 1 a 4 anos.

Assim, em relação às crianças na idade pré-escolar, deve-se atentar para obter o máximo de proteção contra a cárie e minimizar os riscos de desenvolvimento de fluorose na dentição permanente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2020).

O painel alerta também aos gestores que realizam compra de dentifícios para disponibilizar na rede de atenção à saúde bucal que fiquem atentos às recomendações da NOTA TÉCNICA Nº 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS

(Disponível

em:

[https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200228\\_N\\_NotaTecnicaFluorBucal\\_5645488656394076236.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200228_N_NotaTecnicaFluorBucal_5645488656394076236.pdf)) elaborada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA. COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE BUCAL, 2020).

ANHO  
RASCUNHO

Tabela 3. Cálculo do limite aproximadamente seguro para o desenvolvimento de fluorose, de ingesta diária e de ingesta máxima de fluoreto para crianças de 1 a 4 anos de idade, considerando o peso corporal da criança e as diferentes quantidades de dentifrício fluoretado com 1000 ppm F recomendadas para a escovação dos dentes. Brasil, 2021.

Idade	Peso aprox. meninos*	Peso aprox. meninas*	Limite aprox. seguro de ingestão diária de F**	% da ingesta máxima diária representado por 2 escovações com pasta 1000 ppm F (grão de arroz) &	% da ingesta máxima diária representado por 2 escovações com pasta 1000 ppm F (grão de ervilha) &
1 ano	9,5 kg	9 kg	0,63 a 0,66	38 a 36%	95 a 91%
2 anos	12,1 kg	11,5 kg	0,80 a 0,85	30 a 28%	75 a 70%
3 anos	14,3 kg	14kg	0,98	24%	61%
4 anos	16,1 kg	16 kg	1,12	21%	53%

Fonte: Tabela elaborada pela Profa. Branca Heloisa de Oliveira

\*Peso aproximado para a idade usando percentil 50 da tabela da Organização Mundial de Saúde.

\*\* Calculado com base no limite superior de 0,07 mg/dia/kg de peso corporal da dose considerada segura para fluorose dentária.

& Calculado com base na quantidade máxima de F que pode ser ingerida por meio de escovação, duas vezes ao dia, com pasta de dentes contendo 1000 ppm F. A quantidade de pasta de dentes equivalente a um grão de arroz (aprox. 0,12 g de pasta de dentes) resultaria em uma quantidade de F igual a 0,24 mg; a quantidade de pasta de dentes equivalente a um grão de ervilha (aprox. 0,30g de pasta de dentes) resultaria em uma quantidade de F igual a 0,60 mg.

## **Observação**

Além de recomendar a favor do uso do dentífrico fluoretado, com no mínimo 1000 ppm de fluoreto, para prevenir e controlar cárie dentária em crianças, o painel fez destaque quanto às recomendações relativas às técnicas de escovação mencionadas nas Diretrizes para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria da Associação Brasileira de Odontopediatria (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2020): “A técnica de escovação pode ser adaptada às preferências da criança e seus responsáveis, desde que seja feita de forma sistematizada, atinja todas as superfícies de todos os dentes da cavidade bucal e utilize dentífrico fluoretado diariamente.”

O painel salientou também que se deve alertar os responsáveis e as crianças para a escovação do primeiro molar permanente em erupção, o qual irrompe por volta dos 6-7 anos de idade, atrás da dentição decídua (Figura em desenvolvimento). Quando estes dentes se encontram em infraoclusão, a técnica transversal (realizada no sentido vestibulolingual) (Figura em desenvolvimento) pode ser uma alternativa para atingir a superfície oclusal durante a escovação até que o dente chegue ao plano oclusal (GONÇALVES *et al.*, 2007).

## **Frequência de escovação:**

**Questão 3- Deve-se realizar escovação com dentífrico fluoretado 2x/dia vs. menos de 2x/dia para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças?**

A escovação é utilizada para remover e controlar o biofilme de forma mecânica. Existe evidência de que a desorganização do biofilme dental através da escovação com dentífrico fluoretado é uma das medidas para controlar e prevenir cárie dentária (CVIKL; LUSSI, 2021; KIDD; FEJERSKOV, 2013).

As recomendações quanto à frequência de escovação podem variar, sendo usualmente orientada a escovação duas vezes ao dia com dentífrico com fluoreto (WALSH, Tanya *et al.*, 2019).

A frequência de escovação, além de outros fatores, como quantidade de dentífrico, é uma medida que influencia a segurança e a eficácia do dentífrico fluoretado. Uma menor frequência de escovação poderia refletir em uma ineficácia no controle da doença.

### **Resumo dos achados**

Uma revisão sistemática com 70 ensaios clínicos randomizados que incluíram crianças e adolescentes encontrou na análise de meta-regressão em relação ao índice de superfícies cariadas, perdidas e obturadas em dentes permanentes (CPO S) um aumento de 14% na fração de prevenção (Intervalo de confiança de 95%: 6-22%), quando a frequência de escovação com dentífrico com fluoreto passou de uma, para duas vezes por dia (MARINHO *et al.*, 2003).

Nessa revisão, a avaliação da frequência de escovação na prevenção da cárie foi um objetivo secundário. O painel julgou como grave os itens relativos à inconsistência e a evidência indireta devido às imputações quanto ao número de vezes relativos à escovação. Como também, pela diferença dos estudos primários em termos de contexto/locais e formas de aplicação da intervenção. A certeza da evidência foi considerada baixa.

Os autores da revisão pontuam a pouca informação obtida em relação aos efeitos adversos. Apenas 5 estudos relataram manchamento dentário, todos em relação ao sal fluoretado do dentífrico (fluoreto estanoso) e não em relação à frequência (MARINHO *et al.*, 2003).

Ainda em relação aos efeitos adversos, outra revisão sistemática da Cochrane, cujo objetivo principal foi descrever a relação entre o uso tópico de fluoretos em crianças menores de 6 anos e o risco de desenvolver fluorose, avaliou também este desfecho em relação à frequência de escovação (MARINHO *et al.*, 2003). Quatro estudos transversais forneceram dados para o *Forest Plot* que comparou as frequências de 2x ou mais/dia e menos de 2x/dia e não foi encontrada associação significativa entre frequência de escovação e fluorose (*Odds Ratio* (OR): 0,88; IC95%: 0,71-1,08).

Outra revisão sistemática, cujo objetivo principal foi avaliar a frequência de escovação, incluiu estudos observacionais e experimentais com amostra de

todas as idades. Ao comparar a escovação maior ou igual a 2x ao dia com menos de 2x ao dia o estudo encontrou uma chance 45% maior (OR= 1,45; IC 95%: de 1,21-1,74) de ter cárie dentária para o grupo de menor frequência de escovação (KUMAR; TADAKAMADLA; JOHNSON, 2016).

Nesta mesma revisão sistemática, ao avaliar em subgrupos o tipo de dentição, houve um aumento da chance de incidência ou incremento de cárie entre os que escovavam de forma infrequente em comparação àqueles que escovavam frequentemente, tanto para dentição decídua, quanto para permanente. Porém, com uma magnitude de efeito maior para a dentição decídua (OR: 1,75; IC 95%: 1,49- 2,06) do que a encontrada para a permanente (OR: 1,39; IC 95%: 1,29 – 1,49) (KUMAR; TADAKAMADLA; JOHNSON, 2016).

### **Recomendação**

O painel destacou que não existem evidências a partir de ECR mostrando que escovar os dentes mais de duas vezes ao dia possa reduzir o risco de cárie (32,33), pois os estudos primários, geralmente, não avaliaram frequências superiores a 2x/dia. Em termos de efeitos indesejáveis, o painel destacou que os dados se referem apenas a estudos observacionais, e não foi encontrada associação da frequência de escovação com dentifício fluoretado e fluorose dentária. O painel também ponderou que a avaliação está relacionada ao comparar 2x/dia e menos de 2x/dia, os estudos primários, em sua maioria, não avaliaram frequências acima de 2x/dia e, portanto, não há evidência de que uma escovação mais frequente (maior que duas vezes) possa aumentar o risco de fluorose dentária.

Assim, o painel considerou que, no balanço dos efeitos, apesar de os estudos apresentarem limitações importantes, há provável favorecimento à frequência de 2x/dia.

Não foram encontrados estudos avaliando custos e custo-efetividade. O painel especulou que os custos a curto prazo, provavelmente, não teriam diferença entre as frequências avaliadas, exceto em termos de recursos relativos a uma maior quantidade de dentifício necessária para uma maior frequência de escovação. A longo prazo, consideraram que, a frequência de 2x/dia com dentifício fluoretado por prevenir mais cárie (MARINHO *et al.*, 2003), poderia



reduzir os custos do tratamento futuro. Assim, favorecendo a frequência de 2x/dia em comparação a uma frequência inferior.

Em termos de equidade, o painel considerou os resultados apresentados na revisão sistemática de Marinho et al. (2003) (MARINHO *et al.*, 2003) destacando que, apesar da magnitude do efeito ser pequena, houve um aumento da fração de prevenção conforme os escores de cárie eram mais altos no *baseline*. Crianças em maior risco de cárie seriam mais beneficiadas com a frequência de 2x/dia em comparação com menos de 2x/dia. Assim, consideraram que provavelmente aumentaria a equidade.

Em relação à aceitabilidade e aplicabilidade, o painel considerou que, de uma maneira geral, provavelmente, seria aceita e aplicável a intervenção de uma frequência de escovação de 2x/dia com dentifrício fluoretado em comparação a menos de 2x/dia. O painel ponderou que o gestor deve se atentar à disponibilização de dentifrício, uma vez que, pela recomendação de uma maior frequência, possivelmente será necessária uma maior quantidade do produto. Orientações sobre a quantidade correta de dentifrício a cada escovação podem diminuir a necessidade de reposição. Em relação ao dentista, cujo papel seria de orientação em saúde, acredita-se que teria aceitação e seria aplicável na sua rotina. Porém, podendo ser uma dificuldade para a implementação dentro de programas, quando em relação às escolas, pois a aplicação de uma frequência de 2x/dia no ambiente escolar nem sempre é possível, uma vez que nem todas as escolas possuem turno integral e teriam disponibilidade de recursos humanos. Em relação às crianças e suas famílias, no dia-a-dia, se a criança e a família já tiverem o hábito de escovação de 1x/dia, o painel ponderou que talvez instituir 2x/dia teria, provavelmente, aceitabilidade. Porém, é preciso considerar as famílias vulneráveis, nas quais este aumento da frequência levaria a um aumento do custo e poderia não ter uma boa aceitabilidade neste grupo.

Considerando a situação de saúde bucal das crianças brasileiras (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE., 2012) e o balanço dos efeitos, ou seja, que a frequência de 2x/dia previne mais cárie do que a frequência inferior e que os estudos existentes não apontam efeitos indesejáveis com a frequência

de 2x/dia, o **painel recomenda a favor da escovação com dentifrício fluoretado 2x/dia em comparação à escovação de menos de 2x/dia para prevenir e controlar cárie dentária em crianças** (Tabela 5).

Tabela 4. Recomendação clínica para a questão 3.

<b>4) Deve-se realizar escovação com dentifrício fluoretado 2x/dia vs. menos de 2x/dia para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças?</b>
O painel recomenda a favor da escovação com dentifrício fluoretado 2x/dia em comparação à escovação menos de 2x/dia para prevenir e controlar cárie dentária em crianças.
Literatura de suporte: Kumar et al.,2016; Marinho et al., 2003; Wong et al., 2010
Evidência disponível: Metanálise com 9 estudos clínicos e observacionais + metanálise de subgrupo (8 estudos com decíduos e 16 com permanentes); Meta-regressão de efeitos aleatórios com 70 ensaios clínicos randomizados; metanálise com 4 estudos transversais
Recomendação GRADE: ⊕⊕○○ ↑ ↑
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

#### **Uso do fio dental:**

**Questão 4- Deve-se usar fio dental vs. não utilizar para prevenir cárie dentária na superfície proximal em crianças? (Pergunta 5)**

Existe plausibilidade biológica de que o controle do acúmulo da placa dentária através da higiene bucal possa controlar e prevenir cárie dentária (48). Além da escovação, o uso de dispositivos interdentais para desorganização da placa na região interproximal é uma medida que vem sendo recomendada,

principalmente, com o uso do fio dental. Porém, não existe evidência de benefício derivada de ECR (HUJOEL, Philippe Pierre; HUJOEL; KOTSAKIS, 2018).

Os espaços interproximais são locais propensos ao acúmulo de placa. Com isso, as superfícies proximais poderiam estar mais suscetíveis à ocorrência de lesões de cárie. Porém, em muitas crianças, há poucas superfícies em contato próximo e a remoção acaba sendo feita pela própria escovação.

### **Resumo dos achados**

Na revisão sistemática de Worthington et al. (2019) (WORTHINGTON *et al.*, 2019), o objetivo foi avaliar a efetividade de dispositivos de limpeza interdental utilizados em casa, em complemento à escovação dentária, comparada à escovação sozinha. Nessa revisão foi feita busca por ECR, com participantes de qualquer idade, dentados e sem aparelho ortodôntico. Os desfechos avaliados foram: lesão de cárie interproximal, placa, gengivite e doença periodontal. Porém, nenhum dos estudos incluídos foi conduzido com crianças ou adolescentes e não tiveram estudos em que a incidência de lesões de cárie interproximal foi avaliada. Os resultados em adultos relacionados à placa dentária foram inconsistentes.

No estudo de Hujoel et al. (2006) (HUJOEL, P P *et al.*, 2006), o objetivo foi fornecer evidência através de revisão sistemática de ensaios clínicos controlados em relação ao uso do fio dental e a incidência de lesões de cárie interproximal, sem restrição quanto à população e forma de emprego da intervenção (por profissional ou pelo próprio paciente). Foram incluídos 6 ensaios clínicos controlados com crianças de idades que variavam de 4-13 anos que avaliaram lesões de cárie dentária interproximal.

Nessa revisão, apenas 2 estudos avaliaram o uso do fio dental pelo próprio paciente por um período de 2 anos e não foi encontrada redução do risco de cárie (Risco relativo 1,01, IC95%: 0,85-1,20) (HUJOEL, P P *et al.*, 2006). O painel considerou os domínios inconsistência, evidência indireta e imprecisão como graves e o domínio risco de viés muito grave. De uma maneira geral, os estudos primários apresentaram pobre relato e possuíam falhas metodológicas, como: limitação em relação à randomização, alocação, relato de perdas de seguimento, ausência de cegamento e efeito do conglomerado não considerado

na análise. Além disso, apresentaram efeitos em direções opostas e um único estudo teve um “peso” elevado para a estimativa combinada de efeito. A certeza de evidência foi considerada muito baixa.

A redução do risco de cárie foi encontrada quando foram analisados 2 estudos em que o uso do fio dental foi utilizado sob supervisão nos dias de escola. Nenhuma outra medida de orientação ou realização de higiene bucal foi relatada e poucos dados sobre exposição ao fluoreto foram mencionados. O delineamento de ambos foi de boca dividida (RR 0,60, IC95%: 0,48-0,76) (HUJOEL, P P *et al.*, 2006).

Os autores da revisão sistemática destacam que ambos estudos foram conduzidos pelo mesmo autor e receberam auxílio financeiro, o que pode ter enviesado os achados. Além disso, mencionam que a diferença combinada de 54 lesões de cárie é uma diferença pequena para subsidiar alguma recomendação universal. Os autores da revisão ponderam ainda que estas crianças viviam em região com baixo teor de fluoreto na água e eram crianças menores, abaixo de 6 anos, em que se pressupõe que a escovação não é satisfatória. Assim, é possível que o fio dental possa ser efetivo em situações onde a higiene bucal é falha e onde se tem mínima exposição ao fluoreto (HUJOEL, P P *et al.*, 2006).

Hujoel *et al.* (2006) (HUJOEL, P P *et al.*, 2006) não mencionaram efeitos indesejáveis.

Em relação à aceitabilidade, um estudo observacional com crianças e adolescentes que buscaram tratamento em uma clínica odontológica regular cujo objetivo foi de identificar sua adesão com o uso do fio dental e dificuldades reais do dia a dia mostrou uma associação positiva com a negligência do uso do fio dental e o fato de não ter recebido orientações. Além disso, os autores relacionaram a baixa adesão e dificuldades no uso do fio dental com a falta de motivação, embora também tenham observado problemas relacionados com a habilidade manual. É reforçado neste estudo a importância da participação dos pais/responsáveis para estimulação do uso do fio dental (MATTOS-SILVEIRA *et al.*, 2017).

### **Recomendação**

O painel considerou a metanálise dos 2 estudos primários de Hujuel et al. (2006) (HUJOEL, P P *et al.*, 2006) em que o fio dental foi utilizado pelo próprio paciente e não os estudos que utilizaram o emprego do fio dental através de intervenção profissional. Nessa análise, não foi encontrada redução do risco de cárie.

Além da muito baixa certeza de evidência ponderada pelo painel, também foi destacado que, como não existem evidências quanto aos fatores indesejáveis, não se sabe se estes poderiam superar os potenciais efeitos desejáveis do uso do fio dental. Também destacou que a falta de eficácia pode estar relacionada ao uso incorreto do fio dental e a baixa adesão à medida (MATTOS-SILVEIRA *et al.*, 2017).

Em relação aos recursos, o painel considerou os custos da compra do fio dental pelo paciente/família e/ou pelo poder público para sua distribuição. Como também, o tempo clínico da eSB no treinamento do paciente/família e reforço das orientações. Não há estudos relacionados aos custos e ao custo-efetividade. Assim, o painel justificou que, como não há certeza de evidência sobre o efeito, fica restrito prospectar o custo a longo prazo e o custo-efetividade. Desta forma, não se sabe se compensaria ou não realizar a intervenção.

Em termos de aceitabilidade, o painel considerou que a equipe de Saúde Bucal aceitaria realizar a orientação do uso do fio dental, uma vez que, no geral, essa já é uma prática rotineira. Em contrapartida, o tempo utilizados para o treinamento do usuário quanto ao correto uso do fio, poderia interferir em outras demandas e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, levando em consideração as diferentes situações de risco e vulnerabilidade de outros usuários da APS.

Uma das barreiras levantadas pelo painel foi a aceitabilidade e aplicabilidade por parte das crianças e suas famílias. O painel destacou a baixa prevalência de uso do fio dental entre as crianças (CHIAPINOTTO *et al.*, 2013) e as dificuldades técnicas, como habilidade manual, para o emprego correto (MATTOS-SILVEIRA *et al.*, 2017). Destacaram que, entre as crianças, a colaboração depende também da motivação das famílias. Essas questões foram

também destacadas nas diretrizes sobre higiene bucal da ABOPED (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA, 2020).

Em relação ao gestor, o painel destacou que poderia haver uma barreira quanto à aplicabilidade devido à incerteza de efeito benéfico relacionado ao controle da cárie em crianças e os recursos necessários agregados à intervenção. Além disso, o painel considerou que, para a intervenção ser sustentável, seria necessário existir a disponibilidade de profissionais da APS capacitados em fornecer e reforçar as orientações constantemente, além do interesse do usuário e da família em aderir à prática e manter o hábito.

Considerando, principalmente, a incerteza dos efeitos desejáveis e indesejáveis quanto ao emprego do fio dental em crianças, **o painel não encontrou elementos objetivos para recomendar contra ou a favor do uso do fio dental para prevenir e controlar cárie dentária em crianças** (Tabela 6). Além disso, o painel destacou que as dificuldades encontradas pelos estudos em medir o efeito do uso do fio dental são inerentes a este tipo de intervenção, pois é difícil controlar o emprego e a adesão do uso do fio dental pelo paciente infantil. Existe alguma evidência de que o fio dental juntamente com a escovação reduz gengivite em comparação à escovação sozinha em adultos. Portanto, **pode-se ponderar seu uso na infância para a instauração do hábito e perpetuação na vida adulta quando existirão benefícios** (51).

Tabela 5. Recomendação clínica para a questão 4.

**5) Deve-se usar fio dental vs. não utilizar para prevenir e controlar cárie dentária na superfície proximal em crianças?**

O painel não encontrou elementos objetivos para recomendar contra ou a favor do uso do fio dental para prevenir e controlar cárie dentária em crianças.

No entanto existe alguma evidência de que o fio dental juntamente com a escovação reduz gengivite em comparação à escovação sozinha em adultos. Portanto, pode-

se ponderar seu uso na infância para a instauração do hábito e perpetuação na vida adulta quando existirão benefícios (51).”

Literatura de suporte: Worthington et al., 2019; Hujoel et al., 2006; Mattos-Silveira et al., 2017.

Evidência disponível: 15 estudos primários (nenhum com crianças ou desfecho cárie); 6 estudos primários (considerou-se metanálise de 2 estudos sem uso profissional do fio); 1 estudo transversal com crianças e adolescentes.

Recomendação GRADE: ⊕○○○

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

## REFERÊNCIAS

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. **The AGREE II Instrument [Electronic version]**. 2017. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: 18 out. 2020.

ANDERSON, Michael *et al.* **Building the economic case for primary health care: a scoping review**: Technical series on primary health care. Geneva PP - Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326293>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. Prevenção e Controle da Cárie Dentária. Orientações de Higiene Bucal em Odontopediatria. *In*: DIRETRIZES PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS EM ODONTOPEDIATRIA. Rio de Janeiro: Santos, 2020. p. 76–83.

BÅRDSSEN, Asgeir. “Risk periods” associated with the development of dental fluorosis in maxillary permanent central incisors: A meta-analysis. **Acta**

**Odontologica Scandinavica**, v. 57, n. 5, p. 247–256, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/000163599428652>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RESOLUÇÃO Nº 16, DE 12 DE ABRIL DE 2011. Aprova o Regulamento Técnico MERCOSUL sobre “lista de substâncias que os produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes não devem conter exceto nas condições e com as restrições estabelecidas” e dá outras provi.** Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0016\\_12\\_04\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0016_12_04_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da Criança: Passaporte para Cidadania – Menina**. 2ª Edição. 2020.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. *In*: **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA N. 23**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 184.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **SB BRASIL 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados Principais**. Brasília: Editora MS, 2012.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA. COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE BUCAL. **NOTA TÉCNICA Nº 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. Concentração de Flúor em Dentifrícios com efeito Anticárie**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200228\\_N\\_NotaTecnicaFluorBucal\\_5645488656394076236.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200228_N_NotaTecnicaFluorBucal_5645488656394076236.pdf)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dietary guidelines for Brazilian children under two years of age**. 2019. *E-book*.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica., n. 2, p. 156, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)

BROUWERS, MELISSA C. KERKVLIT, KATE. SPITHOFF, Karen. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. **BMJ**, p. i4852, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.i4852>

CASAMASSIMO, Paul S. *et al.* Beyond the dmft: the human and economic cost



of early childhood caries. **The Journal of the American Dental Association**, v. 140, n. 6, p. 650–657, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2009.0250>

CHIAPINOTTO, Fabiana Amaral *et al.* Risk factors for gingivitis in a group of Brazilian schoolchildren. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 73, n. 1, p. 9–17, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jphd.12001>

CURY, Jaime Aparecido *et al.* The importance of fluoride dentifrices to the current dental caries prevalence in Brazil. **Brazilian Dental Journal**, v. 15, n. 3, p. 167–174, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-64402004000300001>

CVIKL, Barbara; LUSSI, Adrian. Supragingival Biofilm: Toothpaste and Toothbrushes. **Monographs in oral science**, v. 29, p. 65–73, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000510201>

DAVIDOVICH, Esti *et al.* Plaque Removal by a Powered Toothbrush Versus a Manual Toothbrush in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Pediatric dentistry**, v. 42, n. 4, p. 280–287, 2020.

DE OLIVEIRA, Katharina Morant Holanda *et al.* Dental Flossing and Proximal Caries in the Primary Dentition: A Systematic Review. **Oral health & preventive dentistry**, v. 15, n. 5, p. 427–434, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a38780>

DOS SANTOS, Ana Paula Pires; NADANOVSKY, Paulo; DE OLIVEIRA, Branca Heloisa. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 41, n. 1, p. 1–12, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00708.x>

FAGGION, Clóvis M.; TU, Yu-Kang. Evidence-Based Dentistry: A Model for Clinical Practice. **Journal of Dental Education**, v. 71, n. 6, p. 825–831, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2007.71.6.tb04339.x>

FLEMING, Eleanor; AFFUL, Joseph. Prevalence of Total and Untreated Dental Caries Among Youth: United States, 2015-2016. **NCHS data brief**, n. 307, p. 1–8, 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29717975>

GBD 2017 ORAL DISORDERS COLLABORATORS *et al.* Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. **Journal of dental research**, v. 99, n. 4, p. 362–373, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034520908533>

GONÇALVES, Alessandra Fernandes *et al.* Clinical effectiveness of toothbrushes and toothbrushing methods of plaque removal on partially erupted occlusal surfaces. **Oral health & preventive dentistry**, v. 5, n. 1, p. 33–37, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a11956>

GUYATT, Gordon *et al.* GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. **Journal of clinical epidemiology**, v. 64, n. 4, p. 383–394, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>

HUJOEL, P P *et al.* Dental flossing and interproximal caries: a systematic review. **Journal of dental research**, v. 85, n. 4, p. 298–305, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/154405910608500404>

HUJOEL, Philippe Pierre; HUJOEL, Margaux Louise A.; KOTSAKIS, Georgios A. Personal oral hygiene and dental caries: A systematic review of randomised controlled trials. **Gerodontology**, v. 35, n. 4, p. 282–289, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ger.12331>

JACKSON, Stephanie L. *et al.* Impact of Poor Oral Health on Children's School Attendance and Performance. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 10, p. 1900–1906, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.200915>

KIDD, Edwina; FEJERSKOV, Ole. Changing concepts in cariology: forty years on. **Dental Update**, v. 40, n. 4, p. 277–286, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/denu.2013.40.4.277>

KUMAR, S.; TADAKAMADLA, J.; JOHNSON, N. W. Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Dental Research**, v. 95, n. 11, p. 1230–1236, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034516655315>

MARINHO, Valeria CC *et al.* Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002284.pub2>

MARINHO, Valeria CC *et al.* Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002782>

MATTOS-SILVEIRA, J. *et al.* Why do children and adolescents neglect dental flossing? **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 18, n. 1, p. 45–50, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40368-016-0266-4>

MULLER-BOLLA, Michèle; COURSON, Frédéric. Toothbrushing methods to use in children: A systematic review. **Oral health & preventive dentistry**, v. 11, n. 4, p. 341–347, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a30602>

NARVAI, Paulo Capel *et al.* Dental caries in Brazil: Decline, polarization, inequality and social exclusion. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, n. 6, p. 385–393, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892006000600004>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ingestão de açúcares por adultos e crianças**. 2015. Disponível em: [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas+, Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil**. Washington, DC, 2017.

PERES, Marco A *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **Lancet (London, England)**, v. 394, n. 10194, p. 249–260, 2019. Disponível em:

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)

PHANTUMVANIT, Prathip *et al.* WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, n. 3, p. 280–287, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12362>

SANTOS, A. P.P.; OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: Systematic review and meta-analysis. **Caries Research**, v. 47, n. 5, p. 382–390, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000348492>

SHEIHAM, A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. **British Dental Journal**, v. 201, n. 10, p. 625–626, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4814259>

SPLIETH, Christian H. *et al.* How to Intervene in the Caries Process in Children: A Joint ORCA and EFCD Expert Delphi Consensus Statement. **Caries Research**, v. 54, n. 4, p. 297–305, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000507692>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde. 726p. 2002.

SUTHERLAND, S E. The building blocks of evidence-based dentistry. **Journal (Canadian Dental Association)**, v. 66, n. 5, p. 241–244, 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10833865>

THE ADAPTE COLLABORATION. **The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0**. 2009. Disponível em: <http://www.g-i-t.net>

TOUMBA, K. J. *et al.* Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 20, n. 6, p. 507–516, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40368-019-00464-2>

WALSH, T *et al.* Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD007868. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2010.

WALSH, Tanya *et al.* Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2019, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007868.pub3>

WONG, M. C.M. *et al.* Cochrane reviews on the benefits/risks of fluoride toothpastes. **Journal of Dental Research**, v. 90, n. 5, p. 573–579, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034510393346>

WONG, May C.M. *et al.* Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2010, n. 6, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007693.pub2>

WORTHINGTON, Helen V *et al.* Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2020, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012018.pub2>

WRIGHT, J. Timothy *et al.* Systematic review: Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: A systematic review. **Journal of the American Dental Association**, v. 145, n. 2, p. 182–189, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.2013.37>

YAACOB, Munirah *et al.* Powered versus manual toothbrushing for oral health. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2014, n. 6, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002281.pub3>

ZAROR, Carlos *et al.* Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Dental Hygiene**, p. idh.12494, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/idh.12494>

## Apêndices

**Apêndice A-** Estratégia de busca na base MEDLINE utilizada pela comissão para a busca de diretrizes e revisões sistemáticas relacionadas ao tema de higiene bucal na infância.

Tipo de estudo	Estratégia de Busca	Busca até 21/07/2020
Guideline	<p>Search: (((("Guideline" [Publication Type]) OR ("Practice Guideline" [Publication Type])) OR ("standard"[Title])) OR ("recommendation"[Title])) OR ("guideline"[Title])) AND (((((((("Oral clean"[Text Word]) OR ("Toothbrushing"[Text Word])) OR ("Toothbrushing"[Mesh])) OR ("Oral Hygiene"[Text Word])) OR ("Hygiene, Dental"[Text Word])) OR ("Dental Hygiene"[Text Word])) OR ("Hygiene, Oral"[Text Word])) OR ("Oral Hygiene"[Mesh])) AND (((((((((((("Child"[Mesh]) OR (Child[Text Word])) OR (Children[Text Word])) OR ("Child, Preschool"[Text Word])) OR ("Preschool Child"[Text Word])) OR ("Infant"[Mesh])) OR (Infant[Text Word])) OR ("Infant, Newborn"[Mesh])) OR ("Infants, Newborn"[Text Word])) OR (Neonate[Text Word])) OR (Neonates[Text Word])) OR ("Newborn Infants"[Text Word])) OR (Newborn[Text Word])) OR (Newborns[Text Word])) OR ("Newborn Infant"[Text Word])))) Filters: from 1990 - 2020</p>	78
Revisão sistemática	<p>Search: (((((((("Oral clean"[Text Word]) OR ("Toothbrushing"[Text Word])) OR ("Toothbrushing"[Mesh])) OR ("Oral Hygiene"[Text Word]))</p>	467

OR ("Hygiene, Dental"[Text Word])) OR ("Dental Hygiene"[Text Word])) OR ("Hygiene, Oral"[Text Word])) OR ("Oral Hygiene"[Mesh])) AND (((((((((((("Child"[Mesh]) OR (Child[Text Word])) OR (Children[Text Word])) OR ("Child, Preschool"[Text Word])) OR ("Preschool Child"[Text Word])) OR ("Infant"[Mesh])) OR (Infant[Text Word])) OR ("Infant, Newborn"[Mesh])) OR ("Infants, Newborn"[Text Word])) OR (Neonate[Text Word])) OR (Neonates[Text Word])) OR ("Newborn Infants"[Text Word])) OR (Newborn[Text Word])) OR (Newborns[Text Word])) OR ("Newborn Infant"[Text Word])) Filters: Review, Systematic Review

WHO

RASCO

NHO

RASCUNO

10

RASCUNO



10

RASCUNO

**PERGUNTA 4**

10

RASCUNO

