

MINISTÉRIO DA SAÚDE



DIRETRIZ PARA A

PRÁTICA CLÍNICA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RECOMENDAÇÕES PARA HIGIENE
BUCAL NA INFÂNCIA

Brasília – DF
2024



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária



DIRETRIZ PARA A

PRÁTICA CLÍNICA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RECOMENDAÇÕES PARA HIGIENE
BUCAL NA INFÂNCIA

Brasília – DF
2024



2023 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsms.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária
Coordenação-Geral de Saúde Bucal
Esplanada dos Ministérios
Bloco “G”, Anexo, Ala B, 4º Andar
CEP: 70058-900 - Brasília-DF
Tel.: (61) 3315-9145
Site: <https://aps.saude.gov.br>
E-mail: cosab@saude.gov.br

Editores-gerais:

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas
Nésio Fernandes de Medeiros Junior

Coordenação técnica geral:

Doralice Severo da Cruz

Comitê organizador:

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

Elaboração de texto:

Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques
Betina Suziellen Gomes da Silva
Branca Heloisa de Oliveira
Gustavo Vinícius do Nascimento Ribeiro
Marina Sousa Azevedo
Maximiliano Sergio Cenci
Nicole Aimée Rodrigues José
Thays Torres do Vale Oliveira

Painel de especialistas:

Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques
Amanda Souza Moura
Ariane Tiago Bernardo de Matos
Branca Heloisa de Oliveira
Fabiana Vieira Santos Azevedo

Gabriel Tilli Politano
GODEC – Global Observatory for Dental Care Group
Jaime Aparecido Cury
Lucas Agostinho Fernandes
Mariana Minatel Braga
Nicole Aimée Rodrigues José
Paula dos Santos Leffa
Tathiane Larissa Lenzi

Revisão técnica:

Alcir José de Oliveira Júnior
Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques
Ana Beatriz de Souza Paes
Betina Suziellen Gomes da Silva
Doralice Severo da Cruz
Élem Cristina Cruz Sampaio
Flávia Santos Oliveira de Paula
Gustavo Vinícius do Nascimento Ribeiro
Joana Danielle Brandão Carneiro
João Victor Inglês e Lara
Laura Cristina Martins de Souza
Marcus Vinícius Camargo Prates
Mariana das Neves Sant’Ana Tunala
Nicole Aimée Rodrigues José
Renato Taqueo Placeres Ishigame
Sandra Cecília Aires Cartaxo
Sumaia Cristine Coser
Wellington Mendes Carvalho

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Fotografias:

Cecília de Brito Babosa
Daniel Rosa
Marcos Aurélio de Barros Junior

Projeto gráfico, ilustração e diagramação:

All Type Assessoria Editorial Eireli
Elton Mark e Marcus Vinícius

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária.

Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde : recomendações para higiene bucal na infância [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

48 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_odontologica_higiene_bucal_infancia.pdf
ISBN

1. Higiene bucal. 2. Prática odontológica. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU 616.314

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2023/0005

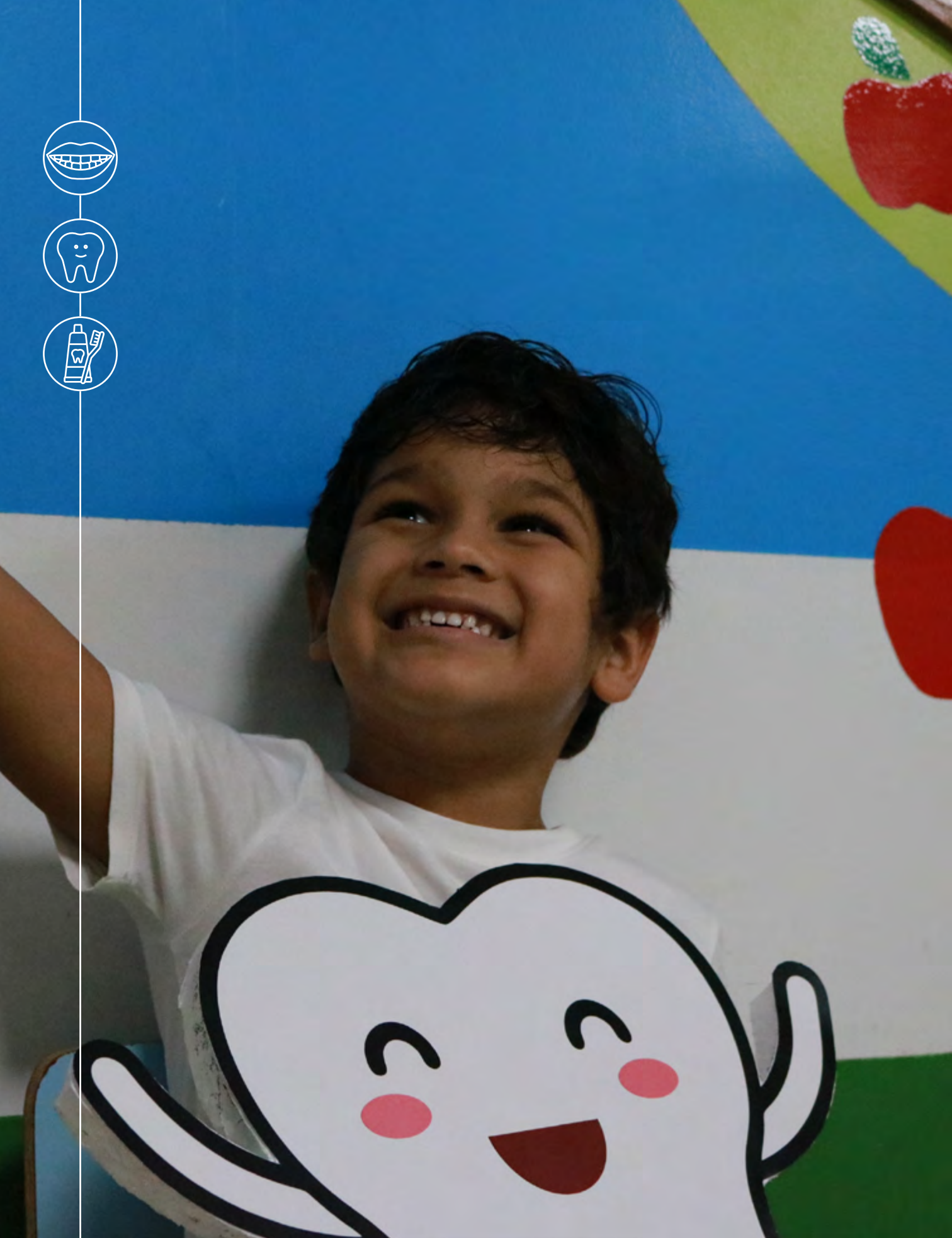
Título para indexação:

Clinical practice guidelines for primary care in dentistry: recommendations for oral hygiene in the childhood

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
OBJETIVO	7
1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	13
2.1 Escopo	14
2.2 Questões Prioritárias	15
2.3 Identificação de diretrizes e revisões sistemáticas	16
2.4 Apresentação das recomendações	20
3 RECOMENDAÇÕES POR QUESTÕES PRIORITÁRIAS	23
3.1 Questão 1	23
3.1.1 <i>Resumo dos achados</i>	23
3.1.2 <i>Recomendação</i>	25
3.1.3 <i>Observação</i>	26
3.2 Questão 2	26
3.2.1 <i>Resumo dos achados</i>	27
3.2.2 <i>Recomendação</i>	28
3.2.3 <i>Observação</i>	33
3.3 Questão 3	34
3.3.1 <i>Resumo dos achados</i>	35
3.3.2 <i>Recomendação</i>	36
3.3.3 <i>Observação</i>	37
3.4 Questão 4	38
3.4.1 <i>Resumo dos achados</i>	39
3.4.2 <i>Recomendação</i>	40
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE	47





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 pela atenção 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 efetivo, 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 (2002), 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 da maioria 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 Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) – 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, em parceria com a iniciativa *Global Observatory for Dental Care* (GODeC) da Universidade Federal de Pelotas, disponibilizará 22 diretrizes clínicas para a qualificação do cuidado de saúde bucal ofertado na APS. A “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.

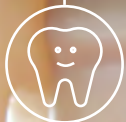
O GODeC/UFPel firmou cooperação com o Ministério da Saúde por intermédio do Termo de Execução Descentralizada para o desenvolvimento de 22 diretrizes para a prática clínica na atenção primária à saúde. Processo n.º 57/2019. Esta diretriz é um dos produtos gerados a partir deste projeto de cooperação.



OBJETIVO

O objetivo do desenvolvimento desta diretriz 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 esta diretriz possa ser usada 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.





1 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.

Desse modo, a presente Diretriz sistematiza as recomendações atinentes às medidas de higiene bucal 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, 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 que para as crianças de 12 anos a média foi de 2,07 dentes permanentes com experiência de cárie (Brasil, 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 dentifrícios fluoretados foram fortemente relacionados ao declínio da cárie dentária nas últimas décadas (Cury *et al.*, 2004).

Embora seja reconhecido que, dentre os métodos preventivos em nível individual, o uso de dentifrício fluoretado é o mais importante, ainda existem divergências nas mensagens com relação ao seu uso para crianças, principalmente entre as crianças de pouca idade. Assim, os dentistas deparam-se com o desafio de saber quando introduzir o dentifrício e com qual concentração. Além dessas dúvidas, existem também questionamentos sobre a importância de realizar a higiene bucal antes da erupção do primeiro dente, 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, esta diretriz nacional visa dar suporte para as recomendações em relação à higiene bucal na infância para prevenir e controlar a cárie dentária e está baseada no mais alto nível de evidência disponível. Esta diretriz foi desenvolvida principalmente para as eSB que atuam na 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 esta diretriz não tenha 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) (2015), o consumo de açúcares livres (de adição) leva a um aumento da ingestão calórica total e pode reduzir o consumo de alimentos mais saudáveis, como alimentos in natura e minimamente processados, 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 com 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, 2019). Além disso, de acordo com as recomendações do Guia, os alimentos ultraprocessados não devem ser ofertados para crianças menores de 2 anos e seu consumo também está associado com o surgimento de cáries (DE SOUSA *et al.*, 2020). 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, 2014).

Os profissionais de saúde e outros atores envolvidos na promoção de saúde das crianças devem reforçar o aleitamento materno exclusivo até os 6 (seis) meses de

idade e aleitamento continuado até os 2 anos ou mais. 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, essa 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, 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).



2 METODOLOGIA

Esta diretriz foi desenvolvida de acordo com o guia de reporte AGREE II (The AGREE reporting..., 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). A 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 que atuam na APS, sendo cada uma delas voltada para questões prioritárias que tratam de intervenções e desfechos. Após a conclusão das etapas 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 esta diretriz, 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 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 Perinatal e Aleitamento Materno e Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

2.1 Escopo

A proposta desta diretriz 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 que atuam na APS, 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, pode ser consultada pela população em geral para auxiliar na higiene bucal das crianças.

Esta diretriz fornece recomendações sobre idade de início da higiene bucal, uso do dentífrico fluoretado, frequência de escovação, 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.

No [Quadro 1](#), estão especificados os parâmetros utilizados para o enquadramento das perguntas desta diretriz.

Quadro 1 – Parâmetros utilizados para o enquadramento das perguntas do guia de recomendação para higiene bucal na infância

P1	Crianças até 12 anos
I	Higiene bucal (Como, quando, com o quê, 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

Fonte: autoria própria.

População de pacientes (P1), 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)

Fonte: autoria própria.

2.2 Questões Prioritárias

Esta diretriz foi desenvolvida 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 de especialistas. Estabeleceram-se quatro perguntas prioritárias.

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

! Questão 1 – Higienização:

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 flúor (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?

2.3 Identificação de diretrizes e revisões sistemáticas

Foram realizadas buscas eletrônicas na base de dados MEDLINE 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 Odontopediatria* (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 Odontopediatria* (ALOP) (<https://www.alopodontopediatria.org/>).
- 🔗 **Asiática:** *Pediatric Dentistry Association of Asia* (<http://pdaasia.org/?ckat-tempt=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/cfy/dental_care_children/).
- 🔗 **Americana:** *American Dental Association* (ADA) (<https://www.ada.org/en>).

Critérios 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 três anos de publicação, se encontrados, necessidade de atualização com a melhor evidência disponível.
- ✔ No caso de duas 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 àquelas com melhor suporte de evidência.

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

Não foi possível o 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 de 15 trabalhos na íntegra.

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

- 1) **DPC1:** 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, K. J. et al. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 20, n. 6, p. 507-516. DOI 10.1007/s40368-019-00464-2.

Para a DPC 1, da Associação Brasileira de Odontopediatria, foram selecionados dois 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 1](#). 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; Nadanovsky; de Oliveira, 2012; Hujoel et al., 2006; Kumar; Tadakamadla; Johnson, 2016; Marinho et al., 2003; Muller-Bolla; Courson, 2013; Santos; Oliveira; Nadanovsky,

2013; Walsh *et al.*, 2010, 2019; Wong *et al.*, 2010, 2011; 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 dois 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 extraindo os dados de cada DPC de acordo com as perguntas prioritárias, por duas avaliadoras de forma independente (MSA e TTVO). Essas matrizes estão 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 desses 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.

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.

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 oito reuniões quinzenais *online* por meio de plataformas digitais. Uma reunião para apresentação da metodologia e discussão das perguntas prioritárias, seis 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.

2.4 Apresentação das recomendações

As recomendações serão redigidas, para cada pergunta prioritária, em duas 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 foi ponderado pelo painel com relação à matriz “*Evidence to Decision*” do GRADE. Além disso, será apresentado um quadro resumido da recomendação informando a pergunta, a recomendação, a literatura de suporte, a evidência disponível, a recomendação GRADE e a força de consenso. No item da recomendação GRADE, será utilizada a seguinte representação gráfica (**Quadro 2**):

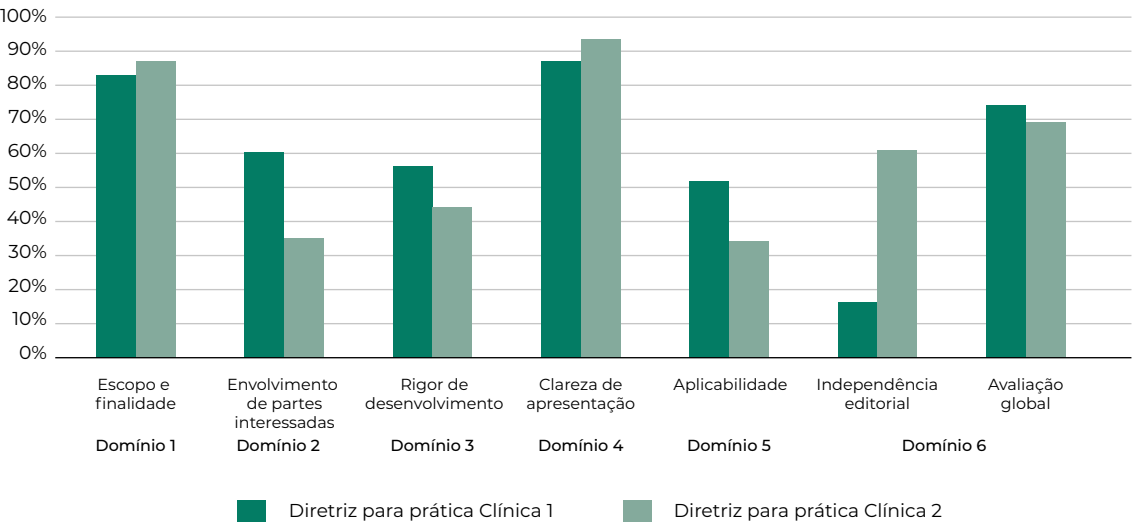


Quadro 2 – Representação gráfica e simbólica baseada no *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)

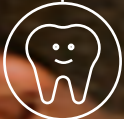
Representações sugeridas da qualidade da evidência e força das recomendações	
Qualidade da evidência	Símbolo
Alto	⊕ ⊕ ⊕ ⊕
Moderado	⊕ ⊕ ⊕ ○
Baixo	⊕ ⊕ ○ ○
Muito Baixo	⊕ ○ ○ ○
Força da Recomendação	
Forte a favor de uma intervenção	↑↑
Fraco a favor de uma intervenção	↑
Equivalência na intervenção	↕
Fraco contra uma intervenção	↓
Forte contra uma intervenção	↓↓

Fonte: GRADE working group - <https://www.gradeworkinggroup.org/>.

Figura 1 – 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



Fonte: autoria própria.



3 RECOMENDAÇÕES POR QUESTÕES PRIORITÁRIAS

3.1 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 na rotina de 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.

3.1.1 Resumo dos achados

As duas diretrizes utilizadas para auxiliar na elaboração desta diretriz apenas mencionam o **início da higiene bucal, com dentífrico 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 avaliando a influência do início da higiene bucal antes da irrupção dos dentes sobre o desfecho cárie dentária, foco desta DPC, foi identificado. Com isso, não há evidência de que iniciar a higiene bucal antes do irrompimento do primeiro dente contribua para reduzir a incidência de cárie dentária no futuro.

Além disso, o painel destacou que a intervenção pode ter efeitos negativos não intencionais. Por exemplo, se a manipulação da cavidade bucal do bebê for realizada sem higiene adequada das mãos ou usando água de má qualidade ou utilizando algum dispositivo contaminado, poderia levar ao risco aumentado de doenças diarreicas, que são uma causa importante de morbidade e mortalidade em crianças de pouca idade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). Assim como não há evidência de benefício anticárie, também não há evidência em relação a este possível fator indesejado.

O painel ressaltou ainda que não foram encontrados benefícios comprovados em relação às demais justificativas que são dadas para o início da limpeza bucal do bebê edêntulo, como a prevenção da candidíase bucal.

Em relação à candidíase, apesar de não ser o desfecho principal desta DPC, o painel considerou que não foram encontrados estudos científicos que dêem respaldo à indicação da limpeza da cavidade bucal, em bebês saudáveis edêntulos, para prevenir essa doença. Uma pessoa saudável, com seus mecanismos imunológicos e não imunológicos (Neville et al., 2009), e a própria descamação fisiológica do epitélio bucal juntamente com a ação de lavagem do fluxo salivar (Gibbins et al., 2014; Salvatori et al., 2016), de uma maneira geral, podem impedir o aparecimento da condição.

Inclusive, dados preliminares de um ensaio clínico mostraram que a incidência de candidíase foi de 15,4% em bebês cujas mães foram instruídas quanto a realizar a limpeza da boca do bebê antes do aparecimento do primeiro dente com gaze e água filtrada 1x/dia, enquanto os bebês cujas mães foram instruídas a não limpar a cavidade antes do primeiro dente a incidência foi de 13,2% (sem diferença estatisticamente significativa) (Lopes et al., 2020).

Outro ensaio clínico em andamento avaliou se a instrução de higiene bucal com gaze e água filtrada 3x/dia em comparação à instrução de não higienizar favoreceria a colonização por *Candida spp.* Os autores concluíram que os bebês submetidos à limpeza foram mais propensos à colonização por *Candida spp.* do que aqueles

instruídos a não realizar a higiene (Silva *et al.*, 2021). Esses achados sugerem que a limpeza da cavidade bucal pode não resultar em benefício e até levar à alteração da homeostase do meio bucal.

O painel destacou que ainda restam várias perguntas a serem respondidas e que, quando não há comprovação de benefício, deve-se considerar a chance de se produzir malefícios, mesmo que estes ainda não tenham sido demonstrados. Como, por exemplo: Prometer um benefício de uma intervenção que pode não levar ao resultado esperado poderia levar a algum efeito psicológico negativo na família? Impor mais uma tarefa para a família, diante de tantas outras demandas em tempo integral exigidas nos cuidados do bebê, pode levar os pais a sentirem-se ainda mais sobrecarregados ou frustrados, caso não consigam cumprir com esta orientação? Sabendo-se que o microbioma da pele é diferente do microbioma da mucosa, levar a mão dos pais diariamente à cavidade bucal do bebê pode provocar algum desequilíbrio logo no período de estabelecimento do microbioma oral (Kaan; Kahharova; Zaura, 2021)?

3.1.2 Recomendação

Embora o painel tenha ponderado que seria uma intervenção barata e viável de ser aplicada pela maioria dos interessados, ao considerar que não existe comprovação de benefício e que há total incerteza sobre a direção e a magnitude do efeito, **o painel posicionou-se não recomendando o início da limpeza da cavidade bucal dos bebês sem dentes**, independentemente do tipo alimentação (Quadro 3).

O painel reforça que a recomendação é dada de forma geral para bebês saudáveis e foi guiada principalmente em relação ao desfecho cárie dentária no futuro. Cabe destacar que em relação ao desfecho candidíase bucal, dados preliminares de ensaios clínicos sugerem que a limpeza parece não trazer benefício (Lopes *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021). Casos específicos, como bebês em uso de dispositivo intra oral não biológico, devem ser avaliados individualmente, e ponderado se a intervenção levará a algum benefício para sua saúde. Devem ser considerados também valores e preferências da família.

Dessa forma, o painel adotou a orientação dos guias os quais indicam que **as crianças iniciem a higiene bucal a partir da erupção do primeiro dente com dentífrico fluoretado** (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Toumba *et al.*, 2019). É importante também orientar as famílias a estarem atentas à cavidade bucal dos seus filhos.

Quadro 3 – Recomendação clínica para a Questão 1**1) Deve-se limpar a cavidade bucal dos bebês sem dentes vs. não realizar limpeza para prevenir cárie dentária no futuro?**

O painel sugere não recomendar a limpeza da cavidade bucal do bebê sem dentes para prevenir cárie dentária no futuro, independentemente do tipo de alimentação.

Literatura de suporte: --

Evidência disponível: Opinião de especialistas

Recomendação GRADE: ↓

Força do consenso: Consenso de 83,3% (8,3% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse ou outra razão).

Fonte: autoria própria.

3.1.3 Observação

O painel ressalta que tal recomendação poderá ser revista a partir de novas evidências que surjam sobre o tema dessa pergunta.

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:

3.2 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 *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 n.º 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 (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.

3.2.1 *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; 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 *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, em uma revisão sistemática da Cochrane cujo objetivo foi descrever a relação entre o uso de fluoretos tópicos em crianças de pouca idade 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 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 *et al.*, 2010), ou seja, aquela sem prejuízo estético importante.

Considerando a revisão sistemática de Santos, Oliveira e Nadanovsky (2013) em relação à fluorose, a qual comparou intervenções com dentifrício fluoretado padrão e dentifrício com baixo teor de fluoreto (<600 ppm F), dois 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.

3.2.2 Recomendação

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

Além disso, o painel optou por analisar os dados da revisão sistemática de Santos, Oliveira e Nadanovsky (2013), pois esta comparou dentifrício padrão (entre 1000 e 1500 ppm F) com dentifrício de baixa concentração e considerou como desfecho a proporção de crianças com novas lesões de cárie. A revisão de Walsh *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 (dentifrício padrão) e o comparador (dentifrício com baixa concentração) de forma combinada. A partir do risco relativo obtido na revisão de Santos, Oliveira e Nadanovsky (2013) calculou-se que, a cada mil crianças, 65 a mais se beneficiariam do uso do dentifrício 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 dentifrício 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; 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, 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 essa razão, o painel considerou que o aumento ao acesso ao dentifrício com fluoreto padrão poderia aumentar a equidade. Ressaltou, porém, que essa 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, 2012), o potencial impacto negativo da cárie na qualidade de vida, 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** (Quadro 4).

Buscando minimizar os riscos de fluorose dentária esteticamente indesejável, o **painel reforça a orientação quanto à quantidade de dentifrício a ser usada** (Figura 2). 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. Dessa forma, o painel ressalta a importância de que os pais e/ou responsáveis devem ser fortemente orientados a aplicar a quantidade correta de dentifrício de acordo com a idade e realizar/auxiliar/supervisionar a escovação e estimular a criança a 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 reduzida se houver alimentos no estômago, o painel recomenda que os dentes das crianças sejam escovados logo (dentro de 15 min.) após as refeições.

Quadro 4 – Recomendação clínica para a Questão 2

2) Deve-se usar dentifrício fluoretado, mínimo de 1000 ppm F, a partir do nascimento do primeiro dente vs. dentifrício com baixa concentração de 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).

Fonte: autoria própria.

Obs.: dentifrício sem fluoreto não apresenta benefício anticárie e o painel definiu por não o incluir na análise de comparação com dentifrício fluoretado padrão.

* 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 dentifrício 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 (Bårdsen, 1999). Para auxiliar os pais/responsáveis na aplicação da quantidade correta de dentifrício, o painel destaca que é importante fornecer uma instrução visual clara quando forem dadas instruções relativas à escovação dentária (Figura 2).

Figura 2 – Imagem ilustrativa de duas escovas infantis com a quantidade recomendada de dentifrício fluoretado que deve ser colocado na escova dental de acordo com a idade da criança



Fonte: fotografia de Cecília de Brito Barbosa e Daniel Rosa.

A [Tabela 1](#) 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 porcentagem da ingesta máxima diária representada por duas escovações com dentifrício 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 Odontopediatria, 2020).

O painel alerta também aos gestores que realizam compra de dentifrícios para disponibilizar na Rede de Atenção à Saúde Bucal que fiquem atentos às recomendações da NOTA TÉCNICA n.º 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS.



Disponível em: <https://bit.ly/3WjHgwo>. Elaborada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde (Brasil, 2020).

Entre outras informações da nota técnica, destaca-se a importância do edital de licitação de compra de dentifrícios especificar que pelo menos 1000 ppm do fluoreto total da formulação esteja quimicamente solúvel (FST) na amostra fresca (recém-fabricada), a fim de aumentar a chance do produto manter o máximo efeito anticárie durante o prazo de validade especificado pelo fabricante (Cury *et al.*, 2020).

Tabela 1 – 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	11,5kg	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: elaborada pela Profa. Branca Heloisa de Oliveira.

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

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

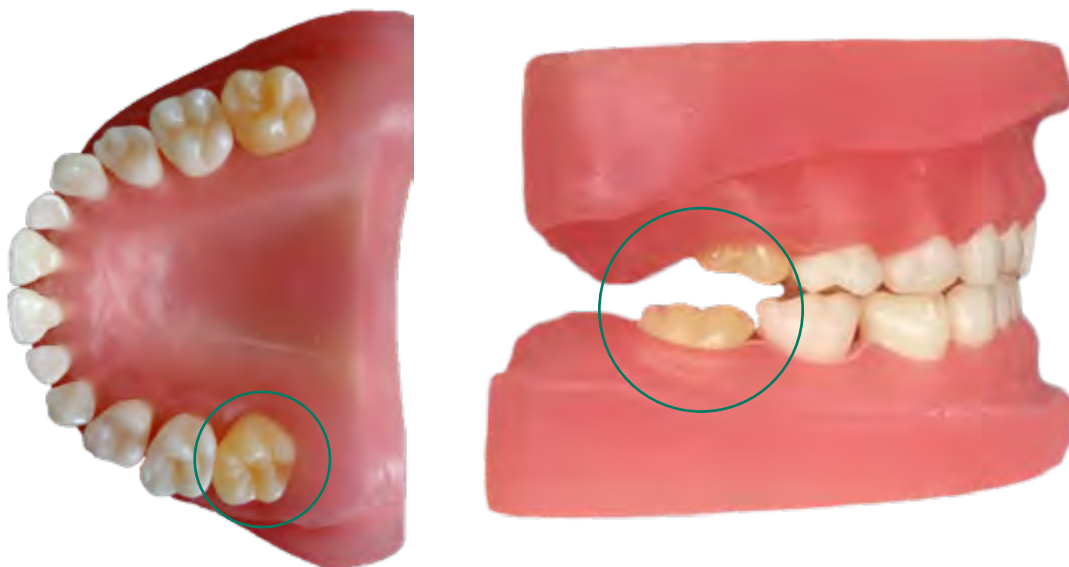
[§] Calculado com base na quantidade máxima de F que pode ser ingerida por meio de escovação, duas vezes ao dia, com pasta de dentes contendo 1000 ppm F. A quantidade de pasta de dentes equivalente a um grão de arroz (aprox. 0,12 g de pasta de dentes) resultaria em uma quantidade de F igual a 0,24 mg;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

3.2.3 Observação

Além de recomendar a favor do uso do dentífrício 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 Odontopediatria, 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 dentífrício fluoretado diariamente.”

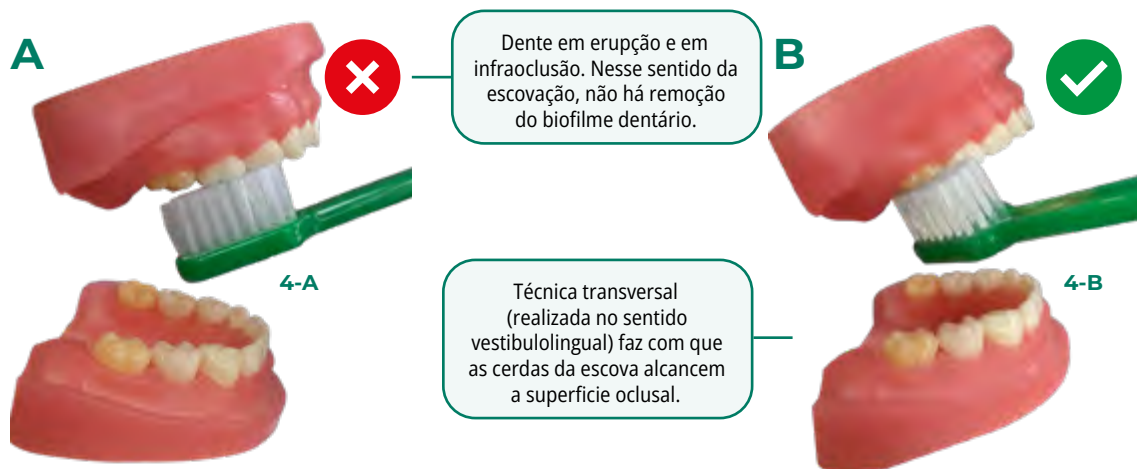
O painel salientou também que se deve alertar os responsáveis e as crianças para a escovação do primeiro molar permanente em erupção, o qual irrompe por volta dos 6-7 anos de idade, atrás da dentição decídua ([Figura 3](#)). Quando estes dentes se encontram em infraoclusão, a técnica transversal (realizada no sentido vestibulolingual) ([Figura 4](#)) pode ser uma alternativa para atingir a superfície oclusal durante a escovação até que o dente chegue ao plano oclusal (Gonçalves *et al.*, 2007).

Figura 3 – Imagem ilustrativa representando o estágio de erupção do primeiro molar permanente que está em infra oclusão e irrompe atrás do segundo molar decíduo



Fonte: autoria própria.

Figura 4 – Imagens ilustrativas A e B. Em 4-A, as cerdas da escova não alcançam a superfície oclusal do molar em erupção. Em 4-B, as cerdas da escova, pela técnica de escovação transversal (sentido vestibulolingual), alcançam a superfície oclusal do molar em erupção



Fonte: adaptação da imagem original de Carvalho *et al.*, 2016.

Frequência de escovação:

3.3 Questão 3

! Deve-se realizar escovação com dentifrício 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 dentifrício 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 dentifrício com fluoreto (Walsh *et al.*, 2019).

A frequência de escovação, além de outros fatores, como quantidade de dentifrício, é uma medida que influencia a segurança e a eficácia do dentifrício

fluoretado. Uma menor frequência de escovação poderia refletir em uma ineficácia no controle da doença.

3.3.1 *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 (CPOS) um aumento de 14% na fração de prevenção (Intervalo de confiança de 95%: 6-22%), quando a frequência de escovação com dentifrício 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 à 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 cinco estudos relataram manchamento dentário, todos em relação ao sal fluoretado do dentifrício (fluoreto estansoso) 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).

Nessa 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).

3.3.2 Recomendação

O painel destacou que não existem evidências a partir de ensaio clínico randomizado 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 dentifrício 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 dentifrício necessária para uma maior frequência de escovação. A longo prazo, consideraram que a frequência de 2x/dia com dentifrício 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) 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 e à equipe de Saúde Bucal, 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. Nesses casos, a escovação domiciliar deve ser também incentivada.

Quanto 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 esse aumento da frequência levaria a um aumento do custo e poderia não ter uma boa aceitabilidade nesse grupo.

Considerando a situação de saúde bucal das crianças brasileiras (Brasil, 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 ([Quadro 5](#)).

3.3.3 Observação

O painel reforça que esta é uma recomendação geral, baseada em evidências científicas, e que não foram encontrados estudos demonstrando que uma frequência superior a 2x/dia possa diminuir os riscos de cárie dentária ou aumentar os de fluorose dentária. Assim, o painel destaca que cabe ao profissional, diante das evidências disponíveis, pesar riscos e benefícios, e após uma avaliação criteriosa e individualizada prescrever uma frequência de escovação diferente da recomendada nesta diretriz, desde que respeitadas as necessidades, vontades e preferências do/da usuário(a)/família.

Quadro 5 – Recomendação clínica para a Questão 3**3) Deve-se realizar escovação com dentifrício fluoretado 2x/dia vs. menos de 2x/dia para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças?**

O painel **recomenda a favor** da escovação com dentifrício fluoretado (mínimo de 1000 ppm de fluoreto) 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 91,7% (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Fonte: autoria própria.

Uso do fio dental:**3.4 Questão 4****❗ Deve-se usar fio dental vs. não utilizar para prevenir cárie dentária na superfície proximal em crianças?**

Existe plausibilidade biológica de que o controle do acúmulo da placa dentária através da higiene bucal possa controlar e prevenir cárie dentária (Kidd; Fejerskov, 2013). 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 ensaio clínico randomizado (Hujoel; 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.

3.4.1 Resumo dos achados

Na revisão sistemática de 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 ensaio clínico randomizado, 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.

Embora não tenha sido foco desta diretriz, o desfecho gengivite avaliado apresentou uma baixa certeza de evidência e sugeriu que o fio dental associado à escovação pode reduzir a gengivite (medido pelo índice gengival) em adultos. Os autores destacaram que o desfecho foi medido em curto prazo, os participantes na maioria dos estudos tinham baixo índice de inflamação gengival e que o tamanho do efeito encontrado pode não ser importante clinicamente.

No estudo de Hujoel *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 seis ensaios clínicos controlados com crianças de idades que variavam de 4-13 anos que avaliaram lesões de cárie dentária interproximal.

Nessa revisão, apenas dois estudos avaliaram o uso do fio dental pelo próprio paciente por um período de dois anos e não foi encontrada redução do risco de cárie (Risco relativo 1,01, IC95%: 0,85-1,20) (Hujoel *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 dois 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 *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 essas crianças viviam em região com baixo teor de fluoreto na água e eram crianças menores, abaixo de seis anos, em que se pressupõe que a escovação não é satisfatória. Assim, é possível que o fio dental possa ser efetivo em situações nas quais a higiene bucal é falha e onde se tem mínima exposição ao fluoreto. Não foram mencionados efeitos indesejáveis (Hujoel *et al.*, 2006).

Em relação à aceitabilidade, um estudo observacional com crianças e adolescentes que buscaram tratamento em uma clínica odontológica regular, cujo objetivo foi 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 reforçada neste estudo a importância da participação dos pais/responsáveis para estimulação do uso do fio dental (Mattos-Silveira *et al.*, 2017).

3.4.2 Recomendação

O painel considerou a metanálise dos dois estudos primários (Hujoel *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 à 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. Dessa forma, não se sabe se compensaria ou não realizar a intervenção.

Em termos de aceitabilidade, o painel considerou que a eSB aceitaria realizar a orientação do uso do fio dental, uma vez que, no geral, essa já é uma prática rotineira. Em contrapartida, o tempo utilizado 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. Porém, ressaltou que outros desfechos, como a gengivite, devem ser considerados na adoção ou não da intervenção. O painel salienta que a ausência de evidências não necessariamente significa ausência de efeito. Além disso, destaca que existe uma plausibilidade biológica de que o uso do fio, em superfícies interproximais em que não se tenha o alcance com a escovação, a partir da desorganização do biofilme, tem potencial para trazer algum benefício em termos de controle de cárie dentária, desde que haja habilidade manual e adesão à medida.

Assim, 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 em relação ao desfecho cárie dentária, neste momento, **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** (Quadro 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

a gengivite em comparação à escovação sozinha em adultos. Portanto, **pode-se sugerir seu uso na infância para a instauração e perpetuação do hábito, na vida adulta, quando existirão benefícios** (Worthington *et al.*, 2019).

O painel reforça que esta é uma recomendação geral, baseada nas evidências atuais. Porém, cada profissional diante de tudo que foi exposto, da sua prática, experiência, conhecimento e considerando as necessidades e vontades do indivíduo/família e os custos envolvidos, deve avaliar individualmente o usuário no contexto de sua prática a fim de indicar ou não o uso do fio dental. Lembrando que, se indicado, a família e o usuário infantil precisam ser periodicamente treinados para adquirirem destreza manual para, de fato, fazerem o uso correto do dispositivo e motivados a manter o hábito.

Quadro 6 – Recomendação clínica para a Questão 4

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

Neste momento, 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. Embora não existam evidências sobre o efeito do uso do fio dental na prevenção e controle da cárie dentária, sabe-se que se não há acúmulo de placa, não há formação/progressão da lesão de cárie dentária, assim existe uma plausibilidade biológica que deve ser considerada.

Além disso, existe alguma evidência de que o fio dental juntamente com a escovação reduz a gengivite em comparação à escovação sozinha em adultos. Portanto, pode-se sugerir seu uso na infância para a instauração do hábito e perpetuação na vida adulta quando existirão benefícios (Worthington *et al.*, 2019). Cabe ao profissional no seu contexto de prática, juntamente com a família/indivíduo, a avaliação individualizada para prescrição, treinamento e motivação do uso do fio dental.

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).

Fonte: autoria própria.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução n.º 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, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0016_12_04_2011.html. Acesso em: 26 ago. 2022.

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

ANDERSON, M. *et al.* **Building the economic case for primary health care: a scoping review:** technical series on primary health care. Geneva PP – Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326293>. Acesso em: 26 ago. 2022.

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.

BÅRDSEN, A. “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. DOI: <https://doi.org/10.1080/000163599428652>.

BRASIL [Constituição (1988)]. **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. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dietary guidelines for Brazilian children under two years of age.** Brasília, DF: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2. ed. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança:** aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: MS, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

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, DF: MS, 2012.

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. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Nota Técnica n.º 1/2020-CCSB/DESF/SAPS/MS.** Concentração de Flúor em Dentifrícios com efeito Anticárie. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200228_N_NotaTecnicaFluorBucal_5645488656394076236.pdf. Acesso em: 26 ago. 2022.

CARVALHO, J. C. *et al.* **Cariologia:** conceitos básicos, diagnóstico e tratamento não restaurador. Porto Alegre: Artes Médicas Ltda, 2016.



- CASAMASSIMO, P. 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. DOI: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2009.0250>.
- CHIAPINOTTO, F. A. *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. DOI: <https://doi.org/10.1111/jphd.12001>.
- CURY, J. A. *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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-64402004000300001>.
- CURY, J. *et al.* Fluoride toothpastes and SUS-Brazil: What needs to be changed? **Tempus, actas de saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 9-27, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2631>.
- CVIKL, B.; LUSSI, A. Supragingival Biofilm: toothpaste and Toothbrushes. **Monographs in oral science**, v. 29, p. 65-73, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1159/000510201>.
- DAVIDOVICH, E. *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, K. M. H. *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. DOI: <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a38780>.
- DE SOUSA, M.S.; VAZ, J.D.S.; MARTINS-SILVA, T.; BOMFIM R.A.; MORALES CASCAES, A. Ultra-processed foods and early childhood caries in 0-3-year-olds enrolled at Primary Healthcare Centers in Southern Brazil. **Public Health Nutr.** 2020 Aug 27:1-9.
- DOS SANTOS, A. P. P.; NADANOVSKY, P.; DE OLIVEIRA, B. H. 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. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00708.x>.
- FAGGION, C. M.; TU, Y.-K. Evidence-Based Dentistry: a Model for Clinical Practice. **Journal of Dental Education**, v. 71, n. 6, p. 825-831, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2007.71.6.tb04339.x>.
- FLEMING, E.; AFFUL, J. 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>. Acesso em: 26 ago. 2022.
- 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. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034520908533>.
- GIBBINS, H. L. *et al.* Concentration of salivary protective proteins within the bound oral mucosal pellicle. **Oral Diseases**, v. 20, n. 7, p.707-713, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/odi.12194>.
- GONÇALVES, A. F. *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. DOI: <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a11956>.
- GUYATT, G. *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. DOI: <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. DOI: <https://doi.org/10.1177/154405910608500404>.
- HUJOEL, P. P.; HUJOEL, M. L. A.; KOTSAKIS, G. A. Personal oral hygiene and dental caries: a systematic review of randomised controlled trials. **Gerodontology**, v. 35, n. 4, p. 282-289, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/ger.12331>.

JACKSON, S. 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. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.200915>.

KAAN, A. M. M.; KAHAROVA, D.; ZAURA, E. Acquisition and establishment of the oral microbiota. **Periodontology** 2000, v. 86, n. 1, p. 123-141, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/prd.12366>.

KIDD, E.; FEJERSKOV, O. Changing concepts in cariology: forty years on. **Dental Update**, v. 40, n. 4, p. 277-286, 2013. DOI: <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. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034516655315>.

LOPES, A. B. *et al.* **Oral hygiene in newborns and Candida spp colonization**. International Association for Dental Research. Chilean Division Meeting. 2020. Disponível em: <https://iadr.abstractarchives.com/abstract/chilean-iadr2020-3467591/oral-hygiene-in-newborns-and-candida-spp-colonization>. Acesso em: 26 ago. 2022.

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

MARINHO, V. C. C. *et al.* Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2003. DOI: <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. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40368-016-0266-4>.

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

NARVAI, P. C. *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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892006000600004>.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

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. Acesso em: 26 ago. 2022.

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

PERES, M. A. *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 249-260, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8).

PHANTUMVANIT, P. *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. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12362>.

SALVATORI O. *et al.* Innate Immunity and Saliva in Candida albicans-mediated Oral Diseases. **Journal of Dental Research**, v. 95, n. 5, p. 365-371, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034515625222>.

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. DOI: <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. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4814259>.

SILVA, N. *et al.* **Relationship Between Oral Hygiene in Newborns and Candida spp:** Pilot Study for a Randomized Clinical Trial. International Association for Dental Research. IADR/AADR/CADR General Session (Virtual Experience). 2021. Disponível em: <https://iadr.abstractarchives.com/abstract/21iags-3570962/relationship-between-oral-hygiene-in-newborns-and-candida-spp-pilot-study-for-a-randomized-clinical-trial>. Acesso em: 26 ago. 2022.

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. DOI: <https://doi.org/10.1159/000507692>.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: 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>. Acesso em: 26 ago. 2022.

THE ADAPTE COLLABORATION. **The ADAPTE Process:** resource Toolkit for Guideline Adaptation. version 2.0. 2009. Disponível em: <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/05/ADAPTE-Resource-toolkit-V2.1-March-2010-updated-disclaimer.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.

THE AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. **BMJ**, p. i4852, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i4852>.

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. DOI: <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**, n. 2, CD007868, 2010.

WALSH, T. *et al.* Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2019, n. 3, 2019. DOI: <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. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034510393346>.

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

WORTHINGTON, H. 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. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012018.pub2>.

WRIGHT, J. T. *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. DOI: <https://doi.org/10.14219/jada.2013.37>.

YAACOB, M. *et al.* Powered versus manual toothbrushing for oral health. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2014, n. 6, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002281.pub3>.

ZAROR, C. *et al.* Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. **Int. J Dent. Hyg.**, v. 20, n. 1, p. 120-135, Feb. 2022. DOI: 10.1111/idh.12494. Epub 2021 May 26. PMID: 33825317.

APÊNDICE

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])) 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</p>	467





DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br