

SBPqO®

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
PESQUISA ODONTOLÓGICA
DIVISÃO BRASILEIRA DA IADR

LISTERINE®



GUIA DE CUIDADO DIÁRIO EM SAÚDE BUCAL PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE:

**BRASIL
2023**

Recomendações para os
profissionais orientarem
seus pacientes

Autores

Sheila Cavalca Cortelli
Cinthia Pereira Machado Tabchoury
Jaime Aparecido Cury
Cláudio Mendes Pannuti



Sheila Cavalca Cortelli

Possui graduação em Odontologia pela Universidade de Taubaté (UNITAU) (1995), mestrado em Odontologia pela UNITAU (2000), doutorado em Biopatologia bucal pela Universidade Estadual Paulista (2003) e residência pós-doutoral pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente é Professora Adjunta da UNITAU. Editora Chefe da revista Peridontia, da Sociedade Brasileira de Periodontologia e Implantodontia. Membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC) e Sócia Proprietária do Centro de Pesquisa Clínica Cavalca & Cortelli Ltda.



Jaime Aparecido Cury

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas (1971), mestrado em Ciências (Bioquímica) pela Universidade Federal do Paraná (1974), doutorado em Ciências Biológicas (Bioquímica) pela Universidade de São Paulo (1980) e Pós-Doutorado pela Universidade de Rochester, EUA (Cariologia em 1995 e Biologia Molecular em 2005). Atualmente é Professor Colaborador (Titular aposentado) de Bioquímica, Departamento de Biociências, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP.



Cinthia Pereira Machado Tabchoury

Possui graduação em Farmácia-Bioquímica pela Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas (1989), Mestrado em Odontologia (Farmacologia) pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (1993) e Doutorado em Odontologia (Farmacologia) pela UNICAMP (1997), tendo feito Doutorado Sanduíche na Universidade de Rochester. Atualmente é Professora Associada III da Área de Bioquímica, Departamento de Biociências, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP.



Cláudio Mendes Pannuti

Possui graduação em Odontologia pela Universidade de São Paulo (USP) (1993), mestrado em Periodontia pela USP (1999), doutorado em Periodontia pela USP (2001) e livre-docência em Periodontia pela USP (2013). Atualmente é Professor Titular de Periodontia da Faculdade de Odontologia da USP, do Departamento de Estomatologia, Disciplina de Periodontia, e Presidente da Comissão de Pós-graduação da FOU SP.



Sumário

Caro profissional de saúde _____ **04**

I) Introdução _____ **05**

II) Recomendacoes de rotina de higiene bucal em casa _____ **06**

1) Frequência e duração da _____ **06**
escovação dentária

2) Uso de dentifrícios com flúor _____ **06**

3) Uso de Dentifrícios com _____ **07**
alta concentração de flúor

4) Uso de Dentifrícios com _____ **08**
efeito antiplaca e antigengivite

5) Remoção diária do biofilme _____ **08**
interdental

6) Uso diário do enxaguatório _____ **09**
bucal com antissépticos, após
os métodos mecânicos citados
acima

7) Prescrição individualizada _____ **09**
de enxaguatórios bucais com
antissépticos

8) Uso de enxaguatório bucal _____ **10**
com flúor

9) Indicação de idade para o _____ **10**
uso de enxaguatório bucal
e dentifrícios

10) Limpeza da língua _____ **12**

11) Passos de higiene _____ **12**
bucal diária

III) Recomendações de visitas ao dentista _____ **13**

1) Frequência de visitas _____ **13**
ao dentista

2) Coleta de dados sobre _____ **13**
rotina de higiene bucal

IV) Outras _____ 14
recomendações

1) Cessação de tabagismo _____ **14**

2) Estilo de vida saudável _____ **14**

Referências _____ **15**





Caro profissional de saúde,

Para sua segurança e de seus pacientes esse guia se baseia em estudos clínicos, revisões sistemáticas/meta-análises e recomendações atualizadas de entidades odontológicas e de saúde*.

O foco principal é orientar você sobre a rotina de higiene bucal de pacientes adultos em boas condições de saúde geral entre as visitas odontológicas periódicas. Afinal, diante de necessidades específicas os protocolos necessariamente devem ser personalizados.

Apesar do senso comum sobre escovação com dentifrício os indicadores globais de saúde bucal não são bons, e em mais que uma oportunidade mostram a necessidade de aprimorar a rotina de higiene bucal diária.

Prescrição, instrução e motivação são fundamentais para que seus pacientes tenham sucesso no autocuidado. E, lembre-se que o nível educacional interfere no quanto seu paciente compreende as informações sobre saúde passadas por você.

* **ADA** (American Dental Association, USA), **NHI** (National Institutes of Health, USA), **EFP** (European Federation of Periodontology), **OMS** (Organização Mundial de Saúde) e **Conselho Federal de Odontologia, BR**)





I) INTRODUÇÃO

Tanto cárie como doença periodontal são doenças decorrentes do acúmulo de bactérias nas superfícies dentárias, mas que diferem quanto aos agentes estressores que levam seu desenvolvimento.

Para que lesões de cárie se desenvolvam, é necessário e determinante que as bactérias acumuladas nas superfícies, na forma de biofilmes, sejam expostas frequentemente a açúcares da dieta. A cárie dentária está presente da infância à senescência de todos, e, de acordo com a melhor evidência científica, é indispensável que os dentes sejam escovados com dentifrício fluoretado para o melhor controle desta doença.

Tendo em vista a segurança e eficácia anticárie do fluoreto de dentifrício, desde 2021 dentifrício fluoretado faz parte da lista de medicamentos essenciais da OMS (Organização Mundial de Saúde). Assim, na concentração de 1.000 a 1500 ppm F, dentifrício na forma de gel, pasta ou creme deve ser usado por todos do mundo inteiro para a higiene bucal.

Vários sais, o fluoreto de sódio (NaF), o monofluorofosfato de sódio (Na₂FPO₃), o fluoreto estanhoso (SnF₂) ou o fluoreto de amina (F-Am), têm sido usados em dentifrícios, não havendo evidência de que um sal seja superior ao outro.

Do mesmo modo que as limitações da escovação dos dentes no controle da cárie são compensadas pela presença de fluoreto no dentifrício, o mesmo é válido quanto à dificuldade de as pessoas controlarem gengivite só pela escovação. Assim, SnF₂ é o único sal de fluoreto que tem eficácia anticárie e antigengivite, pois

combina o efeito físico-químico do fluoreto na redução da progressão das lesões de cárie com o efeito simultâneo do íon Sn²⁺ na redução de biofilme dentário.

Fluoreto é a única substância conhecida eficiente para reduzir lesões de cárie, mas ele não evita a doença cárie. Portanto, disciplina do consumo de açúcar é recomendável para o controle máximo da doença.

Por sua vez, as doenças periodontais são decorrentes do acúmulo de biofilme dentário. No entanto, o acúmulo de biofilme não é suficiente para o desenvolvimento da periodontite. Fatores genéticos, hábitos de saúde (alcoolismo, tabagismo) e condições de saúde (obesidade, diabetes, síndrome metabólica) podem aumentar o risco de desenvolvimento da periodontite (Genco, Borgnakke, 2013). Destas, atualmente, tabagismo e diabetes são considerados fatores de risco da periodontite (Tonetti et al., 2018).

Por isso, além do controle do biofilme dentário, o primeiro passo da terapia periodontal é a mudança comportamental, que inclui o controle do biofilme supragengival pelo paciente, cessação do tabagismo e intervenções para o controle do Diabetes Mellitus, entre outras (Sanz et al., 2020). O controle mecânico do biofilme deve ser realizado pela escovação e uso de algum dispositivo de limpeza interdental. Dentifrícios e bochechos contendo antissépticos bucais podem ser utilizados como adjuntos do controle mecânico, conforme será apresentado ao longo do texto deste Guia



II) RECOMENDAÇÕES DE ROTINA DE HIGIENE BUCAL EM CASA

1) Frequência e duração da escovação dentária

RECOMENDAÇÃO: ESCOVAR OS DENTES COM DENTIFRÍCIO FLUORETADO DUAS VEZES AO DIA.

Há evidência de que escovar os dentes com dentifrício fluoretado duas vezes ao dia reduz a ocorrência de cárie (Kumar et al., 2016), a inflamação gengival (Shamsoddin et al., 2022) e o risco de periodontite (Chapple et al., 2015; Lertpimonchai et al., 2017), além de evitar o desgaste excessivo (Heasman et al., 2015) na área dento-gengival. Por isso, essa frequência tem sido recomendada por associações de classe (American Dental Association 2014; National Health Service 2023; Australian Dental Association; 2023).

Apesar das escovas manuais convencionais serem satisfatórias, as escovas elétricas mais modernas podem potencializar os resultados (de Jager et al., 2017; Thomassen et al., 2022), além de melhorar a aderência por parte do paciente. Os modelos com temporizador e sensor de pressão exemplificam essa situação, pois favorecem o controle do tempo e da força empregada durante a escovação, fatores essenciais para uma efetiva e regular desorganização dos biofilmes.

2) Uso de dentifrícios com flúor

RECOMENDAÇÃO: ESCOVAR OS DENTES COM DENTIFRÍCIO FLUORETADO É RECOMENDADO PARA TODOS, DURANTE TODOS OS CICLOS DA VIDA

Os dentifrícios fluoretados são, sem qualquer dúvida, a maneira mais racional e segura de fornecer o efeito benéfico do fluoreto, pois ao mesmo tempo em que o biofilme dentário é mecanicamente desorganizado pela escovação, o fluoreto é disponibilizado na cavidade bucal para o controle da cárie dentária. Dentifrício fluoretado é o fator mais importante para o declínio de cárie dentária no mundo todo nos últimos 50-60 anos. Em acréscimo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 2016) incluiu os dentifrícios fluoretados na lista de medicamentos essenciais ao controle de doenças de alta prevalência/importância devido à sua comprovada eficácia anticárie (O'Mullane et al., 2016). Assim, o uso diário de dentifrício fluoretado durante a escovação é uma forma eficaz de prevenir e tratar esta doença em bebês, crianças, adultos e idosos, o que é fortemente baseado em evidência científica. Vale ainda ressaltar que o efeito anticárie do fluoreto nos dentifrícios é função da sua concentração, que deve ser de no mínimo 1000 ppm F (p/p; 1.000 mg F/kg) para todas as faixas etárias, a fim de que haja o benefício anticárie esperado, com mínimo efeito adverso (fluorose dental em grau leve). Com base na evidência científica atual, para ter eficiência anticárie, o dentifrício de livre venda, sem necessidade de prescrição, deve conter pelo menos 1.000 ppm de fluoreto e não mais que 1.500 ppm de fluoreto. É importante destacar que o fluoreto no dentifrício deve estar solúvel (ativo) e biodisponível para exercer o seu efeito anticárie.

O fluoreto previne a cárie dentária de diferentes formas; quando presente na saliva e no biofilme dentário de forma constante e em baixas concentrações, o fluoreto reduz a desmineralização e potencializa a remineralização das lesões cariosas pela saliva, devido ao seu efeito físico-químico. Assim, escovar os dentes com dentifrício fluoretado duas vezes ao dia é um importante comportamento e hábito preventivo de higiene, que deve ser estimulado e reforçado ao longo de toda a vida e recomendado para todos os indivíduos em todas as faixas etárias, iniciando assim que os dentes erupcionarem. Em acréscimo, o uso de dentifrício fluoretado é um meio bastante custo-efetivo, além de ser uma intervenção de saúde pública ímpar que combina a limpeza dos dentes e gengivas com um efeito preventivo para a cárie dentária.

Em relação ao enxágue após a escovação com dentifrício fluoretado, a retenção do fluoreto por mais tempo e em maiores concentrações na cavidade oral é um fator importante para o seu efeito anticárie. Assim, recomenda-se não enxaguar a boca abundantemente e apenas cuspir após a escovação, de modo que o fluoreto poderá atuar de forma mais efetiva, remineralizando as lesões cariosas onde o biofilme foi removido. O biofilme dentário remanescente, que não foi totalmente removido pela escovação, também pode funcionar como um reservatório de fluoreto, o qual será depois liberado para a cavidade oral. Em nível individual, enxaguar a boca com enxaguatório fluoretado pode ser benéfico para o controle da cárie dentária.

A escovação com dentifrício fluoretado à noite, antes de dormir, tem um papel fundamental no seu efeito anticárie, pois há redução do fluxo salivar durante o sono, levando a uma diminuição das propriedades protetoras da saliva (remineralização, limpeza e capacidade tampão). Deste modo, escovar os dentes com dentifrício fluoretado antes de dormir aumenta a retenção do fluoreto na cavidade oral, otimizando o seu efeito anticárie.

3) Uso de Dentifrícios com alta concentração de flúor

RECOMENDAÇÃO: DENTIFRÍCIO COM 5000 ppm F É RECOMENDÁVEL PARA ADULTOS E IDOSOS TENDO EXPOSIÇÃO RADICULAR

Considerando que o mineral presente na dentina é mais solúvel que aquele do esmalte e que as lesões de cárie tendem a progredir mais rapidamente na dentina do que no esmalte, dentifrícios com maior concentração de fluoreto são efetivos para o controle da cárie de dentina radicular (Meyer-Lueckel et al., 2019). Há evidências de que dentifrícios com alta concentração de fluoreto (por exemplo, 5.000 ppm F) previnem o início e a progressão da cárie radicular em adultos e idosos (León et al., 2019; Meyer-Lueckel et al., 2019). Nesta abordagem, o fluoreto é liberado em concentrações mais altas, diretamente na cavidade oral, em uma combinação muito conveniente e racional com o ato de escovação dos dentes (Tenuta et al., 2023). Existem algumas evidências de que o uso de dentifrícios contendo 5.000 ppm de fluoreto resulta em maior paralisação de lesões de cárie radicular do que o uso de dentifrícios contendo de 1.000-1.500 ppm (Wierichs et al., 2015). A frequência de uso deve ser no mínimo de 2 vezes ao dia.

Por outro lado, apesar de poucos estudos clínicos investigarem o papel do dentifrício com alta concentração de fluoreto na paralisação ou controle da cárie coronária, eles podem ser importantes para pacientes com alto risco de cárie, por exemplo, em adolescentes com baixa adesão aos hábitos de higiene, o uso de dentifrício com alta concentração de fluoreto é capaz de diminuir a incidência de cárie coronária em comparação com o dentifrício fluoretado convencional (Nordstrom et al., 2010). Assim, uma exposição adicional ao fluoreto, por meio de dentifrícios com alta concentração de fluoreto, pode ser recomendada para indivíduos ou populações com risco aumentado de cárie.

4) Uso de Dentifrícios com efeito antiplaca e antigengivite

RECOMENDAÇÃO: PACIENTES PODEM SE BENEFICIAR DO USO DE DENTIFRÍCIOS COM EFEITO ANTIPLACA E ANTIGENGIVITE

Alguns dentifrícios contêm princípios ativos que promovem redução nos níveis de biofilme dentário e na inflamação gengival. Destes, os que apresentam maior evidência de eficácia são o triclosan, fluoreto estanhoso e uma combinação de citrato de zinco e óxido de zinco.

Há evidência moderada de que dentifrícios contendo triclosan/copolímero e fluoreto promovem benefícios adicionais na redução de biofilme dentário, inflamação e sangramento gengival, quando comparados com dentifrícios contendo apenas fluoreto (Riley & Lamont, 2013). Porém, é importante esclarecer que a venda de dentifrícios contendo este produto foi descontinuada. Uma revisão sistemática demonstrou que dentifrícios com fluoreto estanhoso estabilizado tem um efeito positivo na redução da formação de cálculo dentário, níveis de biofilme dentário, gengivite e halitose (Johannsen et al., 2019). Por fim, evidência a partir de ensaios clínicos randomizados mostra que dentifrício contendo combinação de citrato de zinco e óxido de zinco, arginina e flúor promove significativamente maior redução de biofilme dentário e gengivite que uma pasta de dente com flúor, após seis meses de uso (Delgado et al., 2018).

5) Remoção diária do biofilme interdental

RECOMENDAÇÃO: ORIENTAR SEU PACIENTE A USAR DIARIAMENTE ALGUM MÉTODO DE REMOÇÃO DO BIOFILME INTERDENTAL

A justificativa para considerar a remoção do biofilme dental como um passo separado da rotina de higiene bucal reside no fato de que as escovas dentais não conseguem penetrar na região interdental, o que resulta em áreas com

biofilme residual que podem resultar em doença periodontal e lesões de cárie.

Tradicionalmente, a remoção do biofilme interdental com fio ou fita dental tem sido recomendada para a prevenção de cárie e doenças periodontais (ADA, 2014). No entanto, a evidência sobre a eficácia do fio dental é inconclusiva. Uma revisão sistemática mostrou que o uso de fio dental associado à escovação não promove benefícios adicionais na redução de biofilme dentário ou gengivite quando comparado à escovação sozinha (Berchier et al., 2008). Por outro lado, outra revisão mostrou que o uso de fio dental associado à escovação promove benefícios adicionais significativos na redução de gengivite, embora o efeito clínico tenha sido de pequena magnitude (Sambunjak et al., 2011).

Por sua vez, há evidência moderada de que o uso de escovas interdentais em combinação com escovação reduz significativamente o biofilme dentário interdental, quando comparado com escovação sozinha (Salzer et al., 2015). Diferentes tipos de escova interdental podem ser encontrados, sendo as mais comuns as de formato cilíndrico ou cônico. A evidência atual sugere que o uso de escovas interdentais é o método mais eficaz na remoção do biofilme interdental (Chapple et al., 2015), provavelmente devido à facilidade do seu uso. É importante comentar que escovas interdentais devem ser utilizadas apenas em regiões nas quais a papila interdental não preenche totalmente o espaço da ameia gengival, por exemplo, em pacientes com periodontite.

Outros dispositivos para remoção do biofilme interdental, tais como irrigadores e palitos dentários não são recomendados, devido à fraca evidência de seu efeito adicional (Chapple et al., 2015).

Apesar da evidência atual não dar suporte à recomendação do uso de fio dental (Chapple et al., 2015), não há contraindicação no seu uso. A ausência de efeito clinicamente relevante pode

estar relacionada à dificuldade na sua utilização, pois muitos pacientes podem não apresentar destreza manual suficiente. Também é importante deixar claro que, em sítios com saúde gengival (ou seja, sem retração da papila interdental), nos quais as escovas interdentais não passariam sem trauma, o fio dental é o melhor dispositivo disponível. Nestas situações, o dentista deve insistir na orientação do uso do fio dental. Ademais, se o paciente não gostar de usar outro dispositivo, o uso de fio dental pode continuar fazendo parte da rotina de higiene bucal (Salzer et al, 2015; Chapple et al., 2015). De modo geral, recomenda-se que o dentista ajude seu paciente a superar as dificuldades na remoção do biofilme interdental.

6) Uso diário do enxaguatório bucal com antissépticos, após os métodos mecânicos citados acima

RECOMENDAÇÃO: USAR ENXAGUATÓRIO BUCAL COMO PARTE DA ROTINA DE HIGIENE DIÁRIA APÓS ESCOVAÇÃO E LIMPEZA INTERDENTAL

Os números sobre a condição bucal da população mundial são alarmantes e revelam uma combinação de fatores como: falta de acesso aos serviços de saúde, dificuldades na realização da rotina de higiene bucal, falta de orientação e motivação profissionais e escassez de hábitos saudáveis. Enquanto o controle da cárie conta com o uso de dentifrício fluoretado, além da fluoretação da água de abastecimento como medida complementar, o controle da gengivite carece de medidas adicionais. A literatura mostra que indivíduos adultos que combinam enxaguatórios bucais com escovação e limpeza interdental a partir da 4ª semana já apresentam menos superfícies dentais com biofilme e inflamação gengival (Charles et al., 2014; Araujo et al., 2015). Isso se deve em parte à limpeza mecânica que tende a ser inadequada (van der Weijden et al., 2005), em especial o uso do fio dental; e à extensa área recoberta por mucosas

que não são higienizadas durante a escovação. Especificamente, em relação à região interdental, vários estudos compararam os efeitos do uso do fio dental com óleos essenciais (OE). Nas regiões interdentais as reduções de placa, gengivite e sangramento promovidas pelos OE são no mínimo equivalentes às promovidas pelo fio dental tanto em 3 quanto em 6 meses de uso (Sharma et al., 2002, Bauroth et al., 2003, Sharma et al., 2004 e Bosma et al., 2022). Segundo a Federação Europeia de Periodontologia adultos com gengivite devem incorporar os enxaguatórios em sua rotina diária a fim de prevenir periodontite (Chapple et al., 2015).

7) Prescrição individualizada de enxaguatórios bucais com antissépticos

RECOMENDAÇÃO: ENXAGUATÓRIOS BUCAIS DEVEM SER PRESCRITOS, POIS VARIAM QUANTO ÀS INDICAÇÕES, EFICÁCIA E SEGURANÇA

Para as doenças periodontais, os princípios ativos mais comuns encontrados nos produtos comercialmente disponíveis são clorexidina (CHX), uma combinação fixa dos óleos essenciais timol, mentol, eucaliptol e salicilato de metila (OE) e cloreto de cetilpiridínio (CPC), cuja eficácia clínica é mensurada por seus efeitos anti-placa e anti-gengivite.

Entretanto, a CHX é normalmente indicada por períodos curtos de tempo, enquanto OE e CPC podem ser utilizados, diariamente, por longos períodos, de acordo com as instruções de uso do produto e perfil de segurança.

Uma análise global da literatura revela que dentre os três a CHX, usualmente testada nas concentrações 0,12 a 0,2%, possui o maior efeito anti-placa e o CPC, nas concentrações 0,05 a 0,075%, o menor. Nessas mesmas concentrações, em relação ao efeito anti-inflamatório os OE se assemelham a CHX (Van der Weijden et al., 2015) e superam o CPC

(Figuerro et al., 2019). Em função dos efeitos adversos frequentes da CHX – pigmentação de dentes e restaurações, alteração de paladar e gosto metálico – o uso da CHX tende a se limitar a um tempo curto de uso, de no máximo 21 dias segundo recomendações do próprio fabricante. Para uso rotineiro os OE apresentam uma ótima relação custo-benefício pois apresentam comprovada ação antiplaca e antigengivite sem, no entanto, efeitos adversos significativos. Esses achados foram confirmados por uma meta-análise que combinou dados sobre efetividade dos OE de 29 estudos clínicos com no mínimo 6 meses de duração. Quase metade dos participantes (44,8%) que usaram OE tiveram pelo menos metade dos sítios livres de inflamação e 36,9% tiveram metade dos sítios livres de placa. Em comparação, dentre os pacientes que usaram apenas controle mecânico essas proporções foram 14,4% e 5,5% respectivamente, ou seja, bem inferiores (Araujo et al., 2015).

8) Uso de enxaguatório bucal com flúor

RECOMENDAÇÃO: ENXAGUATÓRIOS BUCAIS FLUORETADOS DEVEM SER PRESCRITOS CONSIDERANDO O RISCO DE CÁRIE DO INDIVÍDUO

Revisões sistemáticas confirmam a eficácia de enxaguatórios com fluoreto no controle da cárie dental (Marinho et al., 2003; Twetman et al., 2016) e existem evidências que dão suporte ao uso regular e supervisionado de enxaguatórios bucais contendo fluoreto por crianças e adolescentes com alto risco de cárie (Marinho et al., 2016). Porém, estes produtos não são indicados para crianças menores de 7 anos, pois é preciso que a criança saiba cuspir após fazer o bochecho. Em relação ao benefício para adultos que usam enxaguatórios bucais com fluoreto para cárie radicular, as evidências atuais não são robustas (Wierichs et al., 2015). Em acréscimo, o efeito adicional da combinação

deste produto em pacientes que já usam dentifrício fluoretado diariamente é considerado modesto (Marinho et al., 2004; Marinho et al., 2009). Assim, esses achados reforçam a necessidade de um tratamento individualizado, com prescrição dos enxaguatórios fluoretados àqueles pacientes que realmente necessitam de um meio adicional de fluoreto, como por exemplo, pacientes com redução do fluxo salivar, que apresentam lesões de cárie ativas, idosos em situação de vulnerabilidade ou pacientes usando aparelho ortodôntico fixo. Nesses casos, os enxaguatórios bucais fluoretados podem ser recomendados em dois protocolos diferentes: (1) em um horário diferente daquele utilizado pelo paciente para escovação dos dentes, como uma exposição adicional ao fluoreto durante o dia; ou (2) para enxaguar a boca (em vez de água ou após o enxágue com água) após a escovação com dentifrício fluoretado, objetivando aumentar o fluoreto residual na cavidade oral (Pitts et al., 2012). No caso de erosão dental, os enxaguatórios fluoretados contendo estanho, em uma frequência de uso de 2 vezes ao dia também têm mostrado benefícios.

9) Indicação de idade para o uso de enxaguatório bucal e dentifrícios

RECOMENDAÇÃO: A PRESCRIÇÃO, O TIPO E A DOSE DE DENTIFRÍCIOS E ENXAGUATÓRIOS BUCAIS DEPENDEM DA IDADE.

A única preocupação com o uso diário de fluoreto é fluorose dentária, cuja idade de risco vai do nascimento aos 7 anos de idade, sendo responsabilidade dos pais ou cuidadores supervisionarem o uso de dentifrícios ou enxaguatórios fluoretados por crianças.

Assim é recomendado que:

1 - Do irrompimento do primeiro dente a idade de 3 anos, os dentes das crianças devem ser escovados com uma quantidade de pasta fluoretada não maior que o equivalente um (1)

grão de arroz;

2- Dos 3 aos 7 anos de idade, uma quantidade de pasta equivalente a uma ervilha pode ser usada para escovar os dentes;

3- Enxaguatórios bucal fluoretados não são recomendados para crianças de idade inferior a sete (7) anos.

Em relação à enxaguatórios com antissépticos, a partir do momento em que a criança está apta

a não engolir o enxaguatório, ela se torna candidata ao uso e isso ocorre por volta dos 6 anos de idade. Para pacientes adultos com boas funções motoras, cognitivas e de saúde, não existe restrição quanto à prescrição de enxaguatórios como medida de autocuidado.

A **figura 1** mostra que a indicação, o tipo de formulação (com ou sem álcool) e a dose são dependentes da idade. Já demonstração, orientação e motivação, não.

INDICAÇÕES ENXAGUATÓRIOS BUCAIS

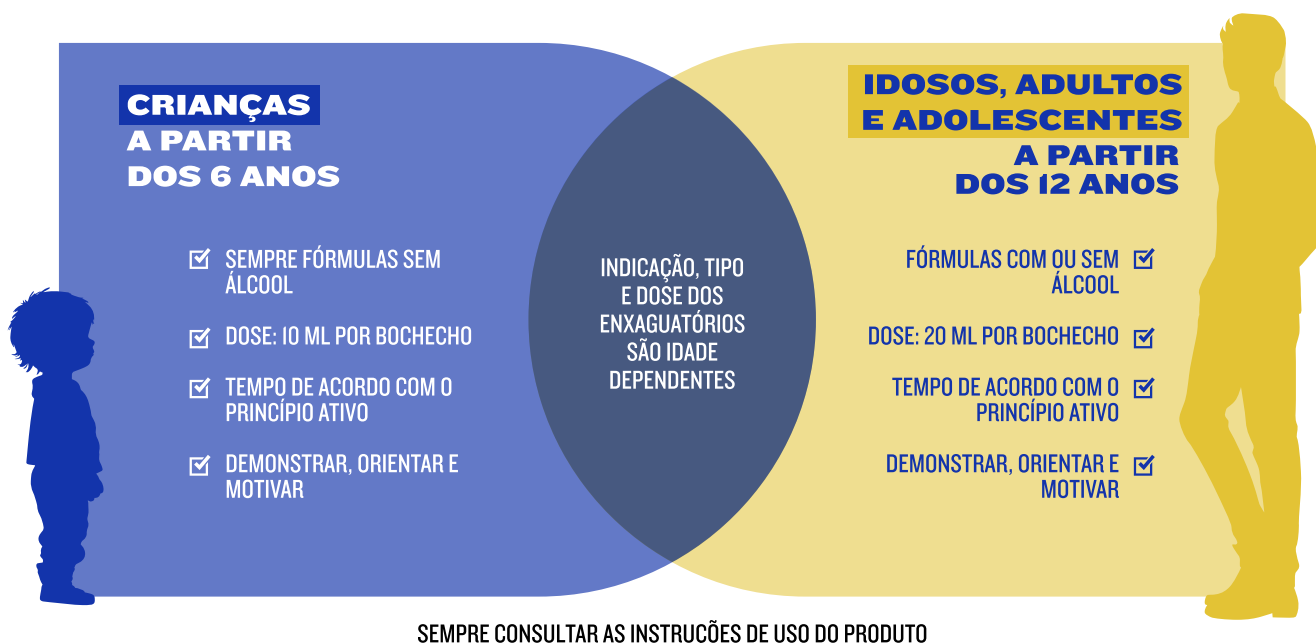


Figura 1 – Indicação, tipo de formulação (com ou sem álcool) e dose de enxaguatórios bucais em relação à idade.

10) Limpeza da língua

RECOMENDAÇÃO: O PACIENTE PODE REALIZAR A LIMPEZA DA LÍNGUA COM UM DISPOSITIVO PRÓPRIO PARA ESTE FIM.

Enquanto a superfície ventral da língua é lisa, a superfície dorsal é irregular, apresentando projeções denominadas papilas linguais. A estrutura papilar da língua abriga um grande número de microrganismos, que podem se disseminar para outras partes da cavidade bucal. Além disso, a saburra lingual pode ser encontrada sobre a língua, sendo associada à halitose (Memon et al., 2023). Dessa maneira, a limpeza da língua tem sido recomendada como parte da rotina de higiene bucal (Van der Weijden; Slot 2015). A limpeza da língua associada à escovação dentária reduz a saburra, o número de microrganismos na sua superfície e indicadores de halitose, como os níveis de compostos sulfurosos voláteis (Kuo et al., 2013), no entanto, não há evidência sobre a frequência, duração e tipo de limpador de língua

ideal. Por outro lado, uma revisão recente (Kumbargere et al., 2019) observou baixa certeza de evidência sobre a eficácia de limpeza da língua sobre indicadores de halitose, incluindo método organoléptico reportado pelo dentista. Alguns estudos têm mostrado que limpadores de língua são superiores às escovas dentárias na redução de indicadores de halitose. Embora não haja contraindicações na realização da limpeza da língua em função da baixa certeza de evidência quanto à sua eficácia, até o momento as entidades de saúde não a colocam como parte imprescindível da rotina de higiene diária.

11) Passos de higiene bucal diária

RECOMENDAÇÃO: A ROTINA BÁSICA DE HIGIENE BUCAL DE UM ADULTO DEVE CONTER NO MÍNIMO TRÊS PASSOS

Considerando o que foi exposto acima, a rotina básica de higiene bucal de um adulto deve conter no mínimo três passos:

1º passo: Escovação dos dentes com dentifrício fluoretado duas vezes ao dia, preferencialmente manhã e noite.

2º passo: Limpeza entre os dentes com fio/fita dental ou escovas interdentais diariamente;

3º passo: Uso de enxaguatórios bucais com comprovada ação antiplaca e antigengivite duas vezes ao dia (volume e tempo segundo princípios ativos);

Não há evidência de que a limpeza da língua seja um passo imprescindível. Conforme comentado acima, embora a certeza da evidência sobre sua eficácia seja baixa, não há contraindicações na realização da limpeza da língua. Caso seja recomendada dar preferência aos limpadores de língua ao invés das escovas dentárias.





III) RECOMENDAÇÕES DE VISITAS AO DENTISTA

1) Frequência de visitas ao dentista

RECOMENDAÇÃO: A PERIODICIDADE DE VISITAS AO DENTISTA DEVE SER DEFINIDA COM BASE NO RISCO DE CADA PACIENTE

Embora uma única visita anual já reduza a chance de doença (Lertpimonchai et al., 2017) e muitas vezes as diferenças são mínimas ou inexistentes (Clarkson et al., 2021), expressões vagas como “visitar o dentista regularmente” ou o uso padronizado “de 6 em 6 meses”, têm sido substituídas por modelos que consideram o risco individual para fundamentar tal periodicidade (Costa et al., 2012).

2) Coleta de dados sobre rotina de higiene bucal

RECOMENDAÇÃO: O DENTISTA DEVE COLETAR DADOS SOBRE A ROTINA DE HIGIENE BUCAL, INSTRUIR O PACIENTE E CHECAR OS RESULTADOS SISTEMATICAMENTE

Para uma correta orientação, a ficha de anamnese deve conter perguntas claras sobre os hábitos de higiene bucal incluindo frequência, dispositivos e preferências do paciente. Orientar e demonstrar as técnicas podem melhorar os resultados relativos à higiene bucal (van der Weijden et al., 2005). Afinal, estratégias preventivas dependem fortemente de mudanças de comportamento, conhecimento, empoderamento do paciente além de motivação e aderência às recomendações (Cota et al., 2021).





IV) OUTRAS RECOMENDAÇÕES

1) Cessação de tabagismo

RECOMENDAÇÃO: DENTISTAS DEVEM MOTIVAR E ORIENTAR PACIENTES TABAGISTAS A ABANDONAREM ESTE HÁBITO

Tabagismo tem sido associado a câncer oral e lesões com risco de transformação maligna (Warnakulasuriya et al., 2010), periodontite (Susin et al., 2004; Corraini et al., 2008) e perda dentária (Helal et al., 2019), entre outros agravos à saúde bucal. Por outro lado, parar de fumar reduz o risco de perda dentária (Souto et al., 2019), reduz o risco de periodontite e da sua progressão, além de melhorar os resultados do tratamento periodontal não cirúrgico (Leite et al., 2019; Ramseier et al., 2020). Desta maneira, cessação de tabagismo tem sido recomendada em pacientes com periodontite, como primeiro passo do tratamento periodontal (Sanz et al., 2020).

Há evidência moderada de que terapia cognitivo-comportamental combinada com farmacoterapia, oferecida por dentistas, aumenta a taxa de cessação de tabagismo (Ramseier et al., 2015).

2) Estilo de vida saudável

RECOMENDAÇÃO: DENTISTAS DEVEM ACONSELHAR SEUS PACIENTES A ADOTAREM UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que dieta saudável, atividade física, redução do estresse melhoram a saúde geral e melhoram a qualidade de vida das pessoas (National Center for Chronic Disease Prevention and Health

Promotion, 2020). Embora a evidência sobre os benefícios de aconselhamento de dieta, exercícios físicos e promoção de estilo de vida saudável sobre a doença periodontal seja limitada (Ramseier et al., 2015; Ramseier et al., 2020), estas mudanças comportamentais promotoras de saúde podem ser benéficas para a saúde bucal.





REFERÊNCIAS:

1. American Dental Association (ADA); 2014. [acessado em 30/07/2023] Disponível em <http://www.mouthhealthy.org/en/adults-40-60/>
2. Araujo MW, Charles CA, Weinstein RB, et al. Meta-analysis of the effect of an essential oil-containing mouthrinse on gingivitis and plaque. *J Am Dent Assoc.* 2015;146(8):610-622 and/or post-hoc analyses of data
3. Australian Dental Association; 2023. [acessado em 30/07/2023] Disponível em <https://www.teeth.org.au/brushing-teeth>
4. Bauroth K, Charles CH, Mankodi SM, Simmons K, Zhao Q, Kumar LD. The efficacy of an essential oil antiseptic mouthrinse vs. dental floss in controlling interproximal gingivitis: a comparative study [published correction appears in *J Am Dent Assoc.* 2003 May;134(5):558]. *J Am Dent Assoc.* 2003;134(3):359-365.
5. Berchier CE, Slot DE, Haps S, Van der Weijden GA. The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2008 Nov;6(4):265-79. doi: 10.1111/j.1601-5037.2008.00336.x.
6. Bosma, M. L., McGuire, J. A., Sunkara, A., Sullivan, P., Yoder, A., Milleman, J., & Milleman, K. (2022). Efficacy of Flossing and Mouthrinsing Regimens on Plaque and Gingivitis: A randomized clinical trial. *Journal of dental hygiene: JDH*, 96(3), 8–20.
7. Chapple IL, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, Madianos P, Louropoulou A, Machtei E, Donos N, Greenwell H, Van Winkelhoff AJ, Eren Kuru B, Arweiler N, Teughels W, Aimetti M, Molina A, Montero E, Graziani F. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *J Clin Periodontol.* 2015 Apr;42 Suppl 16:S71-6. doi: 10.1111/jcpe.12366
8. Charles CA, Lisante TA, Revankar R, Cortelli JR, Cortelli SC, Aquino D, Goyal CR, Amini P. Early benefits with daily rinsing on gingival health improvements with an essential oil mouthrinse--post-hoc analysis of 5 clinical trials. *J Dent Hyg.* 2014;88 Suppl 1:40-50. PMID: 25071149.
9. Clarkson JE, Pitts NB, Fee PA, Goulao B, Boyers D, Ramsay CR, Floate R, Braid HJ, Ord FS, Worthington HV, van der Pol M, Young L, Freeman R, Gouick J, Humphris GM, Mitchell FE, McDonald AM, Norrie JDT, Sim K, Douglas G, Ricketts D. Examining the effectiveness of different dental recall strategies on maintenance of optimum oral health: the INTERVAL dental recalls randomised controlled trial. *Br Dent J.* 2021 Feb;230(4):236-243. doi: 10.1038/s41415-021-2612-0.
10. Corraini P, Baelum V, Pannuti CM, Pustiglioni AN, Romito GA, Pustiglioni FE. Periodontal attachment loss in an untreated isolated population of Brazil. *J Periodontol.* 2008 Apr;79(4):610-20. doi: 10.1902/jop.2008.070294.
11. Costa FO, Cota LO, Lages EJ, Lima Oliveira AP, Cortelli SC, Cortelli JR, Lorentz TC, Costa JE. Periodontal risk assessment model in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: a 3-year prospective study. *J Periodontol.* 2012 Mar;83(3):292-300. doi: 10.1902/jop.2011.110187. Epub 2011 Jun 21. PMID: 21692626.

12. Cota LOM, Villar CC, Vettore MV, Campos JR, Amaral GCLSD, Cortelli JR, Cortelli SC. Periodontal diseases: is it possible to prevent them? A populational and individual approach. *Braz Oral Res.* 2021 Sep 24;35(Supp 2):e098. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0098.
13. Delgado E, Garcia-Godoy F, Montero-Aguilar M, Mateo LR, Ryan M. A Clinical Investigation of a Dual Zinc plus Arginine Dentifrice in Reducing Established Dental Plaque and Gingivitis Over a Six-Month Period of Product Use. *J Clin Dent.* 2018 Sep;29(Spec No A):A33-40.
14. de Jager M, Rmaile A, Darch O, Bikker JW. The Effectiveness of Manual versus High-Frequency, High-Amplitude Sonic Powered Toothbrushes for Oral Health: A Meta-Analysis. *J Clin Dent.* 2017 Mar;28(1 Spec No A):A13-28.
15. Figuero E, Herrera D, Tobías A, Serrano J, Roldán S, Escribano M, Martín C. Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses. *J Clin Periodontol.* 2019 Jul;46(7):723-739. doi: 10.1111/jcpe.13127.
16. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol 2000.* 2013 Jun;62(1):59-94. doi: 10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x.
17. Heasman PA, Holliday R, Bryant A, Preshaw PM. Evidence for the occurrence of gingival recession and non-carious cervical lesions as a consequence of traumatic toothbrushing. *J Clin Periodontol* 2015;42 Suppl 16:S237-55.
18. Helal O, Göstemeyer G, Krois J, Fawzy El Sayed K, Graetz C, Schwendicke F. Predictors for tooth loss in periodontitis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2019 Jul;46(7):699-712. doi: 10.1111/jcpe.13118.
19. Johannsen A, Emilson CG, Johannsen G, Konradsson K, Lingström P, Ramberg P. Effects of stabilized stannous fluoride dentifrice on dental calculus, dental plaque, gingivitis, halitosis and stain: A systematic review. *Heliyon.* 2019 Dec 9;5(12):e02850. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02850.
20. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW. Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: A systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2016;95(11):1230-6.
21. Kumbargere Nagraj S, Eachempati P, Uma E, Singh VP, Ismail NM, Varghese E. Interventions for managing halitosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Dec 11;12(12):CD012213. doi: 10.1002/14651858.CD012213.pub2.
22. Kuo YW, Yen M, Fetzer S, Lee JD. Toothbrushing versus toothbrushing plus tongue cleaning in reducing halitosis and tongue coating: a systematic review and meta-analysis. *Nurs Res.* 2013 Nov-Dec;62(6):422-9. doi: 10.1097/NNR.0b013e3182a53b3a
23. Leite FRM, Nascimento GG, Baake S, Pedersen LD, Scheutz F, López R. Impact of Smoking Cessation on Periodontitis: A Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Longitudinal Observational and Interventional Studies. *Nicotine Tob Res.* 2019 Nov 19;21(12):1600-1608. doi: 10.1093/ntr/nty147.
24. León S, González K, Hugo FN, Gambetta-Tessini K, Giacaman RA. 2019. High Fluoride Dentifrice for Preventing and Arresting Root Caries in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Clinical Trial. *J Dent.* 86:110-117.
25. Lertpimonchai A, Rattanasiri S, Arj-Ong Vallibhakara S, Attia J, Thakkinstian A. The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Dent J.* 2017 Dec;67(6):332-343. doi: 10.1111/idj.12317.

26. O'Mullane DM, Baez RJ, Jones S et al. Fluoride and oral health. *Community Dent Health*. 2016;33(2):69-99.
27. Pitts N, Duckworth RM, Marsh P, Mutti B, Parnell C, Zero D. Post-brushing rinsing for the control of dental caries: exploration of the available evidence to establish what advice we should give our patients. *Br Dent J*. 2012;212(7):315–20.
28. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(3):CD002284.
29. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(1):CD002781.
30. Marinho VC. Cochrane reviews of randomized trials of fluoride therapies for preventing dental caries. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009;10(3):183–91.
31. Marinho VC, Chong LY, Worthington HV, Walsh T. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;7:CD002284.
32. Memon MA, Memon HA, Muhammad FE, Fahad S, Siddiqui A, Lee KY, Tahir MJ, Yousaf Z. Aetiology and associations of halitosis: A systematic review. *Oral Dis*. 2023 May;29(4):1432-1438. doi: 10.1111/odi.14172.
33. Meyer-Lueckel H, Machiulskiene V, Giacaman RA. 2019. How to Intervene in the Root Caries Process? Systematic Review and Meta-Analyses. *Caries Res*. 53(6):599-608.
34. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Physical Activity Prevents Chronic Disease [Internet]. CDC Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2020 Dec 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/infographic/physical-activity.htm>.
35. National Health Service 2023. [acessado em 30/07/2023] Disponível em <https://www.nhsinform.scot/healthy-living/dental-health/your-teeth/teeth-cleaning-guide#:~:text=Remove%20plaque&text=Plaque%20causes%20tooth%20decay%20and,go%20to%20sleep%20at%20night>.
36. Nordstrom A, Birkhed D. Preventive effect of high-fluoride dentifrice (5,000 ppm) in caries-active adolescents: a 2-year clinical trial. *Caries Res*. 2010;44(3):323–31
37. Ramseier CA, Suvan JE. Behaviour change counselling for tobacco use cessation and promotion of healthy lifestyles: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2015; 42 (Suppl. 16): S47–S58. doi: 10.1111/jcpe.12351
38. Ramseier CA, Woelber JP, Kitzmann J, Detzen L, Carra MC, Bouchard P. Impact of risk factor control interventions for smoking cessation and promotion of healthy lifestyles in patients with periodontitis: A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22:90-106. doi: 10.1111/jcpe.13240.
39. Riley P, Lamont T. Triclosan/copolymer containing toothpastes for oral health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 5;2013(12):CD010514. doi: 10.1002/14651858.CD010514.pub2.
40. Sälzer S, Slot DE, Van der Weijden FA, Dörfer CE. Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis-a meta-review. *J Clin Periodontol*. 2015 Apr;42 Suppl 16:S92-105. doi: 10.1111/jcpe.12363.

41. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, Sculean A, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22(Suppl 22):4-60. doi: 10.1111/jcpe.13290.
42. Sambunjak D, Nickerson JW, Poklepovic T, Johnson TM, Imai P, Tugwell P, Worthington HV. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7;(12):CD008829. doi: 10.1002/14651858.CD008829.pub2.
43. Shamsoddin E. Dental floss as an adjuvant of the toothbrush helps gingival health. *Evid Based Dent*. 2022 Sep;23(3):94-96. doi: 10.1038/s41432-022-0818-x.
44. Sharma NC, Charles CH, Qaqish JG, Galustians HJ, Zhao Q, Kumar LD. Comparative effectiveness of an essential oil mouthrinse and dental floss in controlling interproximal gingivitis and plaque. *Am J Dent*. 2002;15(6):351-355.
45. Sharma N, Charles CH, Lynch MC, et al. Adjunctive benefit of an essential oil-containing mouthrinse in reducing plaque and gingivitis in patients who brush and floss regularly: a six-month study. *J Am Dent Assoc*. 2004;135(4):496-504.
46. Souto MLS, Rovai ES, Villar CC, Braga MM, Pannuti CM. Effect of smoking cessation on tooth loss: a systematic review with meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2019 Nov 12;19(1):245. doi: 10.1186/s12903-019-0930-2.
47. Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss attributable to cigarette smoking in an urban Brazilian population. *J Clin Periodontol*. 2004 Nov;31(11):951-8. doi: 10.1111/j.1600-051x.2004.00588.x.
48. Tenuta LMA, Nóbrega DF, Mei ML. Chapter 9.1: The Use of Fluorides in the Control of Coronal Caries. *Monogr Oral Sci*. 2023;31:129-148. doi: 10.1159/000530564. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37364557.
49. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol*. 2018 Jun;89 Suppl 1:S159-S172. doi: 10.1002/JPER.18-0006.
50. Twetman S, Keller MK. Fluoride rinses, gels and foams: an update of controlled clinical trials. *Caries Res*. 2016;50(Suppl 1):38–44.
51. Thomassen TMJA, Van der Weijden FGA, Slot DE. The efficacy of powered toothbrushes: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Dent Hyg*. 2022 Feb;20(1):3-17. doi: 10.1111/idh.12563.
52. van der Weijden GA, Hioe KP. A systematic review of the effectiveness of self-performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *J Clin Periodontol*. 2005;32 Suppl 6:214-28. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00795.x.
53. Van der Weijden FA, Slot DE. Efficacy of homecare regimens for mechanical plaque removal in managing gingivitis -a meta review- *J Clin Periodontol* 2015; 42 (Suppl. 16): S77–S91. doi: 10.1111/jcpe.12359
54. Van der Weijden FA, Van der Sluijs E, Ciancio SG, Slot DE. Can Chemical Mouthwash Agents Achieve Plaque/Gingivitis Control? *Dent Clin North Am*. 2015 Oct;59(4):799-829. doi: 10.1016/j.cden.2015.06.002.

55. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J*. 2010;60(1):7–30.
56. Wierichs RJ, Meyer-Lueckel H. Systematic review on noninvasive treatment of root caries lesions. *J Dent Res* 2015;94(2):261-71
57. World Health Organization (WHO). Preventing disease through healthy environments. Inadequate or excess fluoride: A major public health concern. (WHO/CED/PHE/EPE/19.4.5). Geneva: WHO; 2019



SBPqO[®]

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
PESQUISA ODONTOLÓGICA
DIVISÃO BRASILEIRA DA IADR

LISTERINE[®]

**GUIA DE CUIDADO
DIÁRIO EM SAÚDE BUCAL
PARA PROFISSIONAIS
DA SAÚDE:**

Recomendações para os
profissionais orientarem
seus pacientes