

Pediatria

atualize se

BOLETIM DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO



WWW.SPSP.ORG.BR

ANO 3 • Nº 1 • JAN/2018

ISSN 2448-4466

VACINAÇÃO na adolescência

Página 4

VISITA AO ODONTOPEDIATRA

A primeira visita ao odontopediatra deve acontecer antes de completar o primeiro ano de vida, por volta da erupção do primeiro dente. **Pág. 7**

SIBILÂNCIA E RISCO DE ASMA

A dieta pode reforçar a prevenção da asma ou o controle dos seus sintomas? E os probióticos, devem ser utilizados? **Pág. 9**

3º CONGRESSO PAULISTA, 2º CONGRESSO BRASILEIRO
e 1º CONGRESSO SUL-AMERICANO DE

Urgências e Emergências Pediátricas

2 a 5 de maio de 2018
Centro de Convenções Frei Caneca • São Paulo

**Cursos Pré-Congresso:
confira a agenda no site e garanta sua vaga!**

TRABALHOS CIENTÍFICOS

Os temas livres aprovados para apresentação oral serão inseridos no corpo do Congresso para incentivar e valorizar a produção científica em emergência pediátrica no Brasil e na América do Sul.

O PRAZO FINAL para envio de trabalhos encerra em 5 de março de 2018. Participe!

NOVIDADE

Foi criado o "big round" onde serão discutidos temas de emergência nas diferentes especialidades pediátricas. Serão palestras completas, com maior duração, sobre tópicos diferentes da mesma especialidade.

A programação científica foi ampliada e minuciosamente revisada.

Acesse o site oficial do evento e faça sua inscrição *online!*
www.emergenciaspediatricas.com.br

Realização:
Sociedade de Pediatria de São Paulo
Sociedade Brasileira de Pediatria

Secretaria executiva:
Meeting Eventos
11 3849-8263 | 3849-0379
pediatria@meetingeventos.com.br

| Expediente

Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo Triênio 2016-2019

Diretoria Executiva

Presidente

Claudio Barsanti

1º Vice-presidente

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

2º Vice-presidente

Marcelo Pinho Bittar

Secretária-geral

Maria Fernanda Branco de Almeida

1º Secretário

Sulim Abramovici

2º Secretário

Fábio Eliseo F. Alvares Leite

1º Tesoureiro

Mario Roberto Hirschheimer

2º Tesoureiro

Glaucia Veiga Corrêa

Diretoria de Publicações

Diretora

Cléa R. Leone

Coordenadores do *Pediatra Atualize-se*

Antonio Carlos Pastorino

Mário Cícero Falcão

Departamento colaborador desta edição

Departamento de Imunizações,

Grupo de Trabalho Saúde Oral e

Departamento de Alergia e Imunologia

Informações Técnicas

Produção editorial

Sociedade de Pediatria de São Paulo

Jornalista responsável

Paloma Ferraz (MTB 46219)

Revisão

Rafael Franco

Diagramação

Lucia Fontes

Projeto gráfico

Raquel Ferreira Cardoso

Foto de capa:

© robertprzybysz | depositphotos.com

Periodicidade: bimestral

Publicação on-line: www.spsp.org.br

Contato comercial

João Batista Vita Neto:

joao.vita@apm.org.br

Malu Ferreira:

malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção

Paloma Ferraz:

paloma@spsp.org.br

ISSN 2448-4466

EDITORIAL

Um novo ano se inicia e, com ele, um novo número do *Atualize-se* estará disponível para você, leitor, trazendo temas importantes e que poderão auxiliá-lo em suas atividades clínicas junto à criança e ao adolescente, focos principais da atenção pediátrica.

Neste primeiro número de 2018, o Grupo de Trabalho de Saúde Oral aborda uma situação necessária e temida no acompanhamento da criança, não somente pelo paciente, mas principalmente pelos adultos que o cercam, os pais e, muitas vezes, pelo pediatra, por considerar que, apesar de ser necessária pelos benefícios decorrentes, poderá causar um transtorno nas relações da criança com os profissionais de Odontologia no futuro e no presente, com os pais e, inclusive, com o próprio pediatra, se não for bem conduzida. Nesse sentido, o texto poderá se tornar um instrumento muito útil para o preparo do paciente e da família para a primeira consulta ao odontopediatra.

Outro tema muito oportuno é o que aborda medidas não farmacológicas, principalmente nutricionais e do meio ambiente, que poderão reduzir o risco de ocorrência de crises de sibilância e asma na criança. Os efeitos dessas medidas muitas vezes são minimizados pela família, que valorizam mais o uso de medicamentos nessa prevenção. Cabe ao pediatra enfatizar esses cuidados e sua manutenção em benefício do paciente.

No que diz respeito às imunizações, muito valorizadas pelos pais durante os primeiros cinco anos de vida, mas que passam a ser negligenciadas na adolescência, o texto sobre imunizações na adolescência chama atenção para essa necessidade.

O Comitê Editorial do *Atualize-se* deseja a você, leitor dessa série, um ótimo ano e que continue a nos acompanhar em 2018, pois muitos temas atuais e interessantes estão programados.

Boa leitura!



Salmi Cruz

Profª Drª Cléa R. Leone
Diretora de Publicações

| Sumário

4 **Vacinação na adolescência**
por Marco Aurélio P. Sáfadi

7 **Desmistificando a primeira visita ao odontopediatra**
por Cristina Giovannetti Del Conte

9 **Medidas de prevenção de sibilância e risco de asma**
por Vera E. Vagnozzi Rullo e Cristina Frias Sartorelli

Fale conosco

www.spsp.org.br
pediatria@spsp.org.br

Siga a SPSP nas redes sociais!
[@SociedadeSPSP](https://twitter.com/SociedadeSPSP)

VACINAÇÃO na adolescência

Marco Aurélio P. Sáfdi

A prática da vacinação rotineira está muito associada à população pediátrica, especialmente nos primeiros cinco anos de vida. Entretanto, não é só na infância que a vacinação se faz necessária, adolescentes também precisam estar em dia com os programas de vacinação. O objetivo primordial deste artigo é oferecer aos pediatras um panorama atual das recomendações no campo das imunizações na adolescência, ilustradas ao final na Tabela 1.

VACINA HEPATITE B

Adolescentes não vacinados ou sem comprovante de vacinação anterior devem receber três doses da vacina no esquema 0, 1 e 6 meses; 0, 2 e 6 meses; ou 0, 2 e 4 meses. A vacina combinada hepatite A+B (apresentação adulto) pode ser utilizada na primovacinação de pessoas de até 15 anos de idade, em duas doses com intervalo de seis meses. Para adolescentes com mais de 16 anos, o esquema deve ser de três doses (0, 1 e 6 meses). Esquemas atrasados não necessitam ser reiniciados, bastando que se completem as doses restantes. A vacina é indicada para gestantes não vacinadas e que apresentem sorologia negativa para o vírus da hepatite B, após o primeiro trimestre de gestação.¹

Consideram-se protegidos os indivíduos que atingem títulos de anti-HBs acima de 10mUI/mL após a imunização primária. A realização da sorologia pós-vacinal só está recomendada de rotina em profissionais de saúde ou em grupos de maior risco, como os pacientes que fazem hemodiálise. Essa sorologia, idealmente, deve ser feita um a três meses após a imunização primária.¹⁻³

Após três doses, a soroconversão protetora ocorre em aproximadamente 95% dos vacinados. Indivíduos sem soroconversão após a imunização primária devem ser revacinados com uma a três doses adicionais. Os títulos de anticorpos declinam para valores abaixo de 10mUI/mL em 30 a 60% dos vacinados após cinco a 10 anos, entretanto a evidência da presença de memória imunológica garante a proteção em longo prazo para os indivíduos imunocompetentes, mesmo com a queda dos títulos de anticorpos. Não há indicação rotineira de reforço em imunocompetentes vacinados.¹⁻³ A vacina de hepatite B está disponível para adolescentes nos postos de saúde.

VACINA HEPATITE A

A vacina de hepatite A é feita com vírus inativado, podendo ser aplicada a partir de um ano de idade, em duas doses com seis meses de intervalo. Os estudos demonstram que virtualmente todos os que recebem as duas doses da vacina adquirem proteção contra a hepatite A. Só não devem receber a vacina pessoas

que apresentaram reações alérgicas a algum dos componentes da vacina. A ocorrência de reações adversas é infrequente.⁴

Adolescentes não vacinados, uma vez expostos ao vírus da hepatite A, devem receber, o mais rápido possível, dentro dos primeiros 14 dias, vacina de hepatite A para prevenção da doença.^{4,5}

VACINA DUPLA ADULTO - DIFTERIA E TÉTANO (dT) E TRÍPLICE ACELULAR PARA ADOLESCENTES E ADULTOS – DIFTERIA, TÉTANO E PERTUSSIS (dTpa)

Para os adolescentes não imunizados, ou para aqueles que tenham história incerta de vacinação completa, são recomendadas três doses de vacina por via intramuscular, sendo a primeira dose idealmente com a vacina dTpa, seguida de duas doses da vacina dT (dupla adulto) de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico. A segunda dose deve ser feita dois meses após a primeira e a terceira dose quatro a seis meses após a primeira. Para adolescentes com esquema de vacinação primário para tétano completo, recomenda-se uma dose de reforço (idealmente com a vacina dTpa ou na impossibilidade desta, com a vacina dT).⁶

Entre as estratégias para tentar controlar a coqueluche em lactentes, destaca-se a iniciativa do Ministério da Saúde que, desde 2014, recomenda o uso da vacina tríplice acelular de adultos (dTpa) para todas as gestantes. Mulheres que não puderam ser vacinadas na gestação devem receber a vacina no puerpério, o mais precocemente possível. A vacina dTpa pode ser administrada a partir da 20ª semana de gestação.⁷ A vacinação com dTpa deve ser repetida a cada nova gestação.

Pessoas com história de reação anafilática imediata à vacina não devem receber doses adicionais, a não ser que o paciente possa ser dessensibilizado para estes toxoides.

VACINA SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA (TRÍPLICE VIRAL)

Recomenda-se que todos os adolescentes tenham recebido pelo menos duas doses da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) com mais de um ano de idade e com pelo menos um mês de intervalo entre elas.⁴ A vacina tríplice viral é uma vacina de vírus vivo atenuado e, portanto, contraindicada em gestantes e indivíduos imunodeprimidos. A vacina é de maneira geral bem tolerada.

VACINA VARICELA

A vacina de varicela é composta de vírus vivo atenuado, não devendo ser administrada em gestantes ou imunodeprimidos. O esquema de vacinação em adolescentes é de duas doses (com

intervalo de um a três meses entre elas). A administração da vacina de varicela em pessoas susceptíveis, até 120 horas após a exposição ao vírus, propicia a possibilidade de proteção contra a doença.⁸

VACINA INFLUENZA

As vacinas de gripe utilizadas atualmente no Brasil são inativadas, fragmentadas (*split virus*). A vacina é atualizada todo ano, de acordo com as principais cepas de influenza circulantes e, dessa forma, os indivíduos necessitam ser vacinados anualmente com uma dose para que mantenham a proteção contra a doença e suas complicações.⁹

A vacina é contraindicada para pessoas com história de reação de hipersensibilidade anafilática à proteína do ovo de galinha.

VACINA FEBRE AMARELA

A vacina contra a febre amarela é indicada para pessoas residentes em zonas endêmicas da doença. Também é recomendada a vacinação de pessoas que se deslocam para áreas endêmicas ou epidêmicas (a vacina deverá ser administrada pelo menos 10 dias antes da data da viagem), assim como funcionários de laboratório que trabalham em contato direto e indireto com cepas selvagens do vírus.

A vacina é composta de vírus vivo atenuado, originária da cepa 17D do vírus da febre amarela. Ela deve ser administrada em uma única dose de 0,5mL por via subcutânea. O Ministério da Saúde recomenda atualmente apenas uma dose da vacina, sem necessidade de reforço posterior. Em mulheres lactantes inadvertidamente vacinadas, o aleitamento materno deve ser suspenso, preferencialmente por 10 dias após a vacinação. A vacina contra febre amarela não deve ser administrada no mesmo dia que a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) devido ao risco de interferência e diminuição de imunogenicidade. Recomenda-se que essas vacinas sejam aplicadas com intervalo de 30 dias entre elas.¹⁰

Complicações graves (doença neurológica aguda e doença viscerotrópica aguda) têm sido raramente notificadas (0,42 casos por 100 mil doses administradas).¹⁰

Contraindicações da vacina: pessoas com história de hipersensibilidade imediata a ovos de galinha e seus derivados ou a qualquer dos componentes da vacina; gestantes, a não ser em situação de emergência epidemiológica; imunodeprimidos ou em uso de drogas imunossupressoras; crianças menores de 6 meses de idade.

VACINA HPV

Adolescentes não vacinados previamente devem receber, assim que possível, a vacina contra HPV. Existem duas vacinas disponíveis no Brasil contra o HPV para uso em adolescentes. A vacina com os VLPs (partículas semelhantes aos vírus – *virus-like particle*) dos tipos 16 e 18, que está indicada apenas para adolescentes do sexo feminino e a vacina com os VLPs dos tipos 6, 11, 16 e 18, indicada para ambos os sexos. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) adotou no Brasil o esquema de vacinação com duas doses da vacina quadrivalente (6, 11, 16 e 18), com seis meses de intervalo entre elas, para meninas de nove a 14 anos e meninos de 12 e 13 anos. A faixa etária será ampliada, gradativamente, até 2020, quando serão incluídos os meninos com nove anos até 13 anos de idade.⁷ A vacina não é indicada em gestantes, uma vez que não há dados de segurança suficientes em grávidas até o presente momento.

VACINA MENINGOCÓCICA

Recomenda-se o uso rotineiro das vacinas meningocócicas conjugadas para adolescentes. O PNI utiliza a vacina MenC no esquema de duas doses aos três e cinco meses, com reforço aos 12-15 meses de idade. A partir de 2017 uma dose adicional da vacina é oferecida para adolescentes.⁷ Sempre que possível utilizar preferencialmente a vacina MenACWY pelo maior espectro de proteção. Adolescentes não vacinados previamente devem receber uma dose da vacina MenACWY e um reforço cinco anos depois. Para aqueles que foram vacinados na infância recomenda-se uma dose da vacina aos 11 anos ou cinco anos após a última dose recebida. Além da vacina conjugada, recomenda-se também em adolescentes a vacina recombinante contra o sorogrupo B, em duas doses, com no mínimo um mês de intervalo entre elas.^{11,12}

VACINA POLIOMIELITE

Adolescentes não vacinados previamente devem receber um esquema de imunização primária com três doses da vacina poliomielite inativada (VIP). Duas doses da VIP devem ser administradas com pelo menos um a dois meses de intervalo, seguidas de uma terceira dose seis a 12 meses após a segunda. Nos casos de adolescentes que não receberam o esquema completo de imunização com as vacinas de poliomielite na infância, as doses remanescentes devem ser feitas com a VIP, assim que possível, independente do tempo decorrido desde a última dose recebida.¹³



Tabela 1 – Calendário de vacinas do adolescente

Vacinas	Recomendação
Hepatite B	Esquema completo com três doses: não é necessário repetir Esquema incompleto: somente completar o esquema com doses faltantes Não vacinado: três doses
Hepatite A	Dois doses, com seis meses de intervalo
Tríplice bacteriana acelular de adultos - dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular) ou Dupla adulto - dT (difteria e tétano)	Esquema básico completo com três doses: dose de reforço, preferencialmente com dTpa, dez anos após a última dose Esquema incompleto: somente completar o esquema com doses faltantes Não vacinado: três doses, sendo uma dose de dTpa e duas doses de dT no esquema 0, 2, 4 a 8 meses
Sarampo, caxumba e rubéola (SCR)	Adolescentes que tenham recebido previamente duas doses acima de um ano de idade, com intervalo mínimo de um mês entre elas: considerado vacinado
Varicela	Para adolescentes suscetíveis: duas doses com um a três meses de intervalo
Meningocócica ACWY conjugada	Para os não vacinados: duas doses com intervalo de cinco anos Para vacinados previamente: reforço aos 11 anos ou cinco anos após a última dose
Meningococo B recombinante	Dois doses, com um mês de intervalo entre elas
HPV	O esquema de vacinação é de três doses: 0, 1 a 2, 6 meses
Influenza	Uma dose anual
Polio inativada	Esquema incompleto: somente completar com as doses faltantes Não vacinado: três doses de VIP no esquema 0, 2 e 8 meses
Febre amarela	Em adolescentes não vacinados previamente, fazer uma dose em residentes de áreas endêmicas ou para viajantes a áreas com recomendação de vacinação. A vacina deve ser realizada pelo menos 10 dias antes da viagem

Fonte: elaborada pelo autor.

REFERÊNCIAS

- American Academy of Pediatrics. Hepatitis B. In: Kimberlin D, et al, editors. Red book: report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 2015. p. 400-23.
- World Health Organization. Hepatitis B vaccines: WHO position paper – recommendations. Vaccine. 2010;28:589-90.
- Damme P, et al. Hepatitis B Vaccine. In: Plotkin SA, Oreste W, Offit PA, editors. Vaccines. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2013. p. 205-34.
- Kroger AT, Sumaya CV, Pickering LK, Atkinson WL, editors. General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2011;60:1-60.
- Prevention of Hepatitis A After Exposure to Hepatitis A Virus and in International Travelers. Updated Recommendations of the ACIP. MMWR. 2007;56:41.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women – Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP); 2012. MMWR. Morb Mortal Wkly Rep. 2013;62:131-5.
- Brazil - Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Nota informativa sobre mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2017 [cited 2017 Oct 19]. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/28/Nota-Informativa-384-Calendario-Nacional-de-Vacinacao-2017.pdf>.
- American Academy of Pediatrics. Varicella-zoster infections. In: Kimberlin D, et al, editors. Red book: report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 2015. p. 846-60.
- CDC. Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2017;66:1-20.
- Brazil - Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Febre amarela [cited 2017 Oct 19]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/427-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/febre-amarela/11-febre-amarela/10771-vacinacao-febre-amarela>.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) [homepage on the Internet]. Calendário da criança e do adolescente [cited 2017 Oct 19]. Available from: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/06/19717g-DocCient-Calendario-Vacinacao-2017.pdf.
- Associação Brasileira de Imunizações (SBIM) [homepage on the Internet]. Calendário do adolescente [cited 2017 Oct 19]. Available from: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-adolescente.pdf>.
- American Academy of Pediatrics. Poliovirus infections. In: Kimberlin D, et al, editors. Red book: report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 2015. p. 644-50.

Desmistificando a primeira visita ao ODONTOPEDIATRA

Cristina Giovannetti Del Conte

Frequentemente os pais questionam sobre qual é o momento ideal da primeira consulta odontológica. “O que o odontopediatra vai fazer?”, “Como ele vai fazer para ver a boca do meu filho?” são outras dúvidas habituais. A ida ao dentista pode gerar ansiedade nos pais, caso eles tenham tido experiências odontológicas negativas ou simplesmente por não saber como essa consulta prosseguirá. Ao longo deste artigo, objetivamos desmistificar a primeira consulta odontológica do paciente infantil, elucidando o período ideal para a sua realização, como ela é executada e quais são os pontos abordados.

A primeira visita ao odontopediatra deve ser realizada antes da criança completar o primeiro ano de vida, por volta da erupção do primeiro dente.¹⁻⁴ No entanto, ao nascimento, já é possível, junto com a equipe neonatal, avaliar a presença de dentes natal, neonatal, cordão fibroso de Roban, pérolas de Epstein, rodets gengivais, frênulo lingual, palato, dentre outras estruturas da boca.⁵

QUAL A JUSTIFICATIVA PARA A AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA PRECOCE?

Permitir que o núcleo familiar estabeleça hábitos de higiene e de condutas que promovam a saúde. Quando hábitos são adquiridos de forma adequada tendem a se manter. A primeira visita é importante para dar início ao monitoramento do esta-

belecimento das funções orais e do desenvolvimento craniofacial do bebê. Além disso, proporciona a ambientação da criança e da família no consultório.

O profissional que tem conhecimento e treinamento específico para conduzir esta primeira abordagem odontológica com o paciente infantil é o odontopediatra. E um dos pilares mais importantes dessa relação é a confiança dos pais no profissional que atenderá seu filho, nesta experiência odontológica inicial.

A primeira consulta pode ser dividida em quatro momentos, que serão descritos a seguir:

1. Conhecendo o núcleo familiar e anamnese

Além de obter conhecimentos sobre a saúde da criança, informações sobre os hábitos alimentares e de higiene, a rotina da família e preocupações dos responsáveis também são colhidas. Reconhecer se eles apresentam ansiedade ou medo frente à consulta odontológica, devido a experiências passadas negativas, realizando uma abordagem especial com explicações sobre como a consulta será conduzida e esclarecendo todas as dúvidas, estabelecendo assim uma relação de confiança e colaboração no atendimento clínico.

2. Condicionamento psicológico da criança para o exame clínico

A cavidade oral é área muito sensível do corpo da criança. Antes de realizar o exame clínico propriamente dito, permitir que a criança sinta a textura da mão enluvada sobre sua palma da mão, dorso da mão e face minimiza a surpresa de algo muito diferente tocando a sua boca. Passar dedos enluvados com movimentos suaves e delicados sobre os lábios da criança antes de realizar o exame clínico intraoral propriamente dito. Se a criança já tiver dentes e for necessário utilizar o espelho clínico, apresentá-lo previamente e suavemente encostá-lo sobre sua pele da face para que sinta a sua temperatura e textura.

A partir dos 12 meses de idade, é possível realizar o condicionamento psicológico da criança, apresentando os equipamentos e alguns instrumentos de maneira lúdica, para que ela se familiarize com o ambiente odontológico.

3. Exame clínico

Antes dos oito meses de idade, o exame clínico do bebê pode ser realizado no colo da mãe. Até por volta dos 12 meses de idade pode-se utilizar a técnica joelho-jelho (Figura 1), na qual o dentista e o responsável pela criança ficam sentados um de frente para o outro, com os joelhos em contato. A criança é apoiada no colo de ambos, com a cabeça no colo do dentista e o tronco no colo do responsável. Crianças com idade acima de 12 meses já

Figura 1 – Técnica joelho-jelho



Exame clínico em criança menor de 12 meses de idade utilizando posicionamento de joelho-jelho. Antes de realizar o exame clínico propriamente dito, delicadamente se realiza toques na pele da bochecha e lábios da criança.

Figura 2 – Mancha branca



Mancha branca - lesão inicial de cárie dentária. Observa-se as manchas brancas nas superfícies dentárias e lesões de cárie cavitadas já em dentina em criança com 15 meses de idade.

podem ser colocadas na cadeira odontológica ou em assentos especiais, adaptados na própria cadeira odontológica.

No exame clínico inicial serão avaliadas as mucosas e estruturas orais, como rodetes gengivais, freio labial superior, freio lingual, língua, palato.¹ Na presença de dentes, a limpeza profissional (profilaxia) favorece um diagnóstico adequado, uma vez que, inicialmente, a cárie dentária pode se apresentar como uma mancha branca opaca e rugosa na superfície dentária (Figura 2).

4. Orientações

As orientações básicas fornecidas são relativas a doença cárie, higiene oral, alimentação de transição, hábitos de sucção e erupção dentária. Um dos grandes enfoques na primeira consulta é a prevenção da cárie dentária, ainda uma das doenças mais prevalentes em diversas populações do mundo. Seu aparecimento é decorrente do acúmulo de biofilme (placa bacteriana) na superfície dos dentes, associado à presença de açúcar na dieta.⁶ Sem a presença de açúcar, mesmo que haja acúmulo bacteriano, a cárie não irá se desenvolver. A presença do açúcar na dieta é considerada a principal responsável pela doença.⁷ As bactérias bucais aderidas aos dentes são naturais da cavidade oral; entretanto, podem e devem ser controladas por meio de higiene oral regular, utilizando dentífrico fluoretado e restrição do consumo de açúcar.⁶

Lesões de cárie podem progredir rapidamente em crianças de pouca idade provocando dor, infecção, prejudicando a alimentação e a qualidade de vida. Muitas vezes, podem levar à necessidade de tratamento endodôntico (tratamento de canal) e até extrações dentárias.³ Inicialmente, a lesão de cárie se apresenta como uma área desmineralizada no dente, que clinicamente se traduz em uma mancha branca. Com diagnóstico precoce, há a possibilidade de paralisar a progressão da doença e evitar esse quadro agudo.

A introdução precoce do açúcar na dieta é um dos fatores causais da cárie precoce na infância.^{7,8} Em estudos de coorte realizados no Brasil e outras localidades, foram observados os seguintes fatores de risco para cárie dentária: aleitamento materno acima de sete vezes por dia em crianças aos 12 meses de vida;⁸ aleitamento materno acima dos 24 meses de idade;^{9,10} consumo de açúcar livre aos 12 meses de vida.⁸

A orientação quanto à introdução do açúcar na dieta da criança deve ser enfatizada, para minimizar o risco de cárie precoce na infância, assim como a importância dos hábitos de higiene oral, que deve ser iniciada com a utilização de escova dentária de cerdas macias e dentífrico fluoretado, assim que os primeiros dentes de leite (decíduos) irromperem.^{6,11}

Fatores importantes para o crescimento e desenvolvimento da face da criança são a mastigação e respiração nasal. A evolução adequada da textura dos alimentos no início da alimentação complementar favorece o desenvolvimento da função mastigatória.¹² Algumas alterações na oclusão dentária podem ser corrigidas já em tenra idade, para permitir uma mastigação equilibrada e crescimento harmonioso da face.^{12,13} O ideal é diagnosticar precocemente qualquer alteração na oclusão, mastigação e respiração.

Embora não recomendadas, a chupeta e a mamadeira estão presentes na vida de algumas crianças desde tenra idade. Cabe ao dentista e outros profissionais de saúde orientarem o núcleo familiar.

Outra preocupação frequente dos pais é como minimizar o desconforto da erupção dentária. Em algumas crianças, esse processo ocorre de maneira tranquila; outras apresentam irritabilidade, febre e diarreia, aumento de salivação e “coceira” gengival. Existem alternativas não medicamentosas para essas situações, como mordedores e alguns alimentos que aliviam esses sintomas passageiros.

A saúde oral está diretamente associada com a saúde geral da criança e qualidade de vida. O trabalho de maneira transdisciplinar proporciona um olhar integral à saúde física, psíquica e emocional da criança em desenvolvimento. A consulta com o odontopediatra no momento apropriado, ou seja, antes do primeiro ano de vida, favorece a instalação de práticas preventivas e que promovam a saúde oral. Pelo fato do pediatra manter contato com a família e com o bebê desde os primeiros dias de vida, ele tem papel importante junto aos pais na indicação oportuna da primeira consulta odontológica e manutenção dos cuidados com a saúde oral.

REFERÊNCIAS

1. Ruiz DR. Primeira visita ao odontopediatra. Recomendações nº 54. São Paulo (SP): Sociedade de Pediatria de São Paulo; 2010-2012.
2. American Academy Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. Manual Reference; 2016;38:52-4.
3. Ferreira SL, Lopes LA, Redua PC. Qualidade de vida e saúde bucal. In: Burns DA, editor. Tratado de Pediatria 4th ed. Barueri (SP): Manole; 2017. p. 2325-6.
4. World Health Organization [homepage on the Internet]. Oral health information systems [cited 2017 Nov 10]. Available from: http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/.
5. Silk H. Making oral health a priority in your preventive pediatric visits. Clin Pediatric. 2010;49:103-9.
6. Chedid SJ, Blank D, Cury JA. Higiene bucal com uso de fluoreto – medidas de prevenção. In: Burns DA, editors. Tratado de Pediatria 4th ed. Barueri (SP): Manole; 2017. p. 2339-43.
7. Sheiham A, James WP. Diet and dental caries. J Dent Res. 2015;94:1341-7.
8. Feldens CA, Giugliani ER, Vigo A, Vitolto MR. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. Caries Res. 2010;44:445-52.
9. Wong PD, Birken CS, Parkin PC, Venu I, Chen Y, Schroth RJ, et al. Total breast-feeding duration and dental caries in healthy urban children. Acad Pediatr. 2017;17:310-5.
10. Peres KG, Nascimento GG, Peres MA, Mittinty MN, Demarco FF, Santos IS, et al. Impact of prolonged breastfeeding on dental caries: a population-based birth cohort study. Pediatrics. 2017;pii:e20162943.
11. Chedid S. Cárie e dentífrico fluoretado em menores de três anos. Recomendações nº 76. São Paulo (SP): Sociedade de Pediatria de São Paulo; 2016-2019.
12. Dishchekian VR, Abanto J, Schalka MM, Correa MS. Nutrição e saúde oral na primeira infância. In: Correa MS, editor. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo (SP): Quintessence; 2017. p. 55-73.
13. Roulet PL, Sarni RO, Schalka MM. Alimentação, saúde bucal e função mastigatória. In: Burns DA, editor. Tratado de Pediatria 4th ed. Barueri (SP): Manole; 2017. p. 2348-55.

Medidas de prevenção de SIBILÂNCIA E RISCO DE ASMA

Vera E. Vagnozzi Rullo
Cristina Frias Sartorelli

A DIETA PODE REFORÇAR A PREVENÇÃO DA ASMA OU O CONTROLE DOS SEUS SINTOMAS?

A Organização Mundial de Saúde e a Academia Americana de Pediatria enfatizam o valor do aleitamento materno na saúde da criança. O efeito protetor no desenvolvimento de asma está claramente estabelecido. O aleitamento materno, mantido por pelo menos quatro meses de vida, parece estar associado à redução de episódios de sibilância causados por infecções de vias aéreas superiores nos primeiros anos de vida. Todavia, o seu efeito na função pulmonar e hiper-responsividade brônquica, na criança mais velha e asmática, não é tão evidente.¹

A ingestão de frutas e vegetais tem efeito benéfico, tanto na prevenção como sobre a sintomatologia da asma. Esses alimentos são fontes exógenas de antioxidantes e a sua ingestão pode contribuir para a inibição do estresse oxidativo no momento complexo da ativação imunológica da asma, em que as células inflamatórias das vias aéreas liberam excesso de radicais livres.² Recentemente, uma metanálise, incluindo 58 estudos, mostrou associação inversa entre a ingestão de frutas e vegetais e o risco de sibilância em crianças, além do efeito protetor contra a inflamação. Outro estudo prospectivo, com crianças de 1-5 anos de idade, que utilizou um programa de educação nutricional baseada na dieta do mediterrâneo (rico em frutas e vegetais) mostrou, após um ano de seguimento, a redução de exacerbações e da necessidade de medicamentos como corticosteroides inalatórios e broncodilatadores.³ Já no caso da ingestão do óleo de peixe na primeira infância, os resultados são inconclusivos. A administração de PUFA (ácidos graxos poli-insaturados) não parece interferir no desenvolvimento de asma, nem na sua apresentação clínica.⁴ Apenas um estudo mostrou que o consumo de óleo de peixe protegeu as crianças da sibilância.⁵

VITAMINAS NO RISCO E CONTROLE DA ASMA

O papel das vitaminas no risco e no controle da asma é muito discutido. Embora a deficiência de vitaminas A, C e E aumentem o risco para o desenvolvimento dessa doença, há poucas evidências de que sua suplementação interfira no controle da mesma.⁶ A suplementação de vitamina C (0,2 mg/dia) apresentou controle discreto na gravidade da asma.⁷

Vários estudos sugerem que a vitamina D possa atuar como imunomoduladora nas vias inflamatórias induzidas por alérgenos, regular a sensibilização alérgica através do aumento de células T reguladoras⁸ e reduzir o número de exacerbações e da necessidade do uso de esteroides⁹ no asmático. Indivíduos com

ingestão inadequada de vitamina D apresentam um maior risco de infecções respiratórias por ano, que podem estar relacionadas à maior gravidade da doença. No entanto, de acordo com a literatura disponível, não está confirmado o papel direto dessa vitamina no desenvolvimento ou piora das doenças alérgicas durante a faixa etária pediátrica. Sua utilização não é recomendada nem para a prevenção, nem para terapia de asma.^{10,11}

OS PROBIÓTICOS, DEVEM SER UTILIZADOS?

Alterações na microbiota intestinal têm sido consideradas como fatores moduladores da resposta imune e indicadas como possível causa do aumento na incidência de doenças alérgicas. Estudos *in vitro* mostram que *Bifidobacterium bifidum* e *Lactus* exercem efeito inibitório sobre interleucinas (IL) 5 e IL-13 relacionadas ao padrão alérgico de resposta imune.¹¹ Probióticos modulam a função imune através da ativação de receptores intestinais, que mantêm a tolerância oral e contribuem para o desenvolvimento



© silvartia | pixabay

de células T reguladoras, levando à proteção contra alergias.¹² No entanto, embora existam evidências *in vitro*, não existem informações suficientes que confirmem a efetividade da utilização de probióticos na prevenção de alergias e na asma.¹¹⁻¹³

Concluindo, a *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* (EAACI) e o *Global Initiative for Asthma* (GINA) incentivam a dieta saudável, com o aumento da ingestão de frutas e vegetais nas crianças.¹⁴

INFECÇÕES, POLUENTES E ALÉRGENOS

As infecções respiratórias virais podem precipitar exacerbações agudas de asma, além de se apresentarem mais graves nesses pacientes. Influenza é o único vírus respiratório para o qual há uma vacina de rotina disponível. Portanto, é recomendada anualmente para crianças a vacinação anual contra influenza sazonal.¹⁵

Com relação aos poluentes ambientais, vale lembrar que a qualidade do ar no interior de um domicílio depende da poluição interna e externa e resulta da combustão (dióxido de nitrogênio - NO₂) ou de materiais de construção e produtos de limpeza (voláteis, componentes orgânicos). Entretanto, a principal fonte de poluição é a fumaça de cigarro, que contém mais de 4.000 substâncias químicas com efeito irritante, mutagênico e que alteram o sistema imunológico, associando-se ao maior risco e à piora da asma. Recomenda-se evitar essa exposição.¹⁴

Também existem os alérgenos intradomiciliares provenientes de ácaros da poeira, baratas, animais domésticos, fungos e pólen de plantas. Os ácaros proliferam em determinadas condições de umidade (70%) e temperatura (25-30°C) e se acumulam em colchões, travesseiros, tapetes e estofados. Já o pólen é levado para o interior de uma residência por sapatos, roupas e janelas abertas nas estações polínicas. Há grande associação da presença desses alérgenos com sensibilização e piora da asma em pacientes sensibilizados. A recomendação de evitá-los, com remoção dos reservatórios de ácaros, dedetizações frequentes para os insetos, remoção de animais domésticos, especialmente do quarto da criança e utilização de capas de colchões e travesseiros, com poros menores de 20 microns, deve ser realizada nas crianças

asmáticas sensibilizadas, mas não deve ser realizada como forma de prevenção primária.⁸

REFERÊNCIAS

1. Nagel G, Buchele G, Weinmayr G, Bjorksten B, Chen YZ, Wang H, et al. Effect of breastfeeding on asthma, lung function and bronchial hyperreactivity in ISAAC Phase II. *Eu. Respir J.* 2009;33:993-1002.
2. Cardinale F, Tesse R, Fucilli C, Loffredo MS, Iacoviello G, Chinellato I, et al. Correlation between exhaled nitric oxide and dietary consumption of fats and antioxidants in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2007;119:1268-70.
3. Calatayud-Saez FM, Calatayud Moscoso Del Prado B, Gallego Fernandez-Pacheco JG, Gonzalez-Martin C, Alguacil Merino LF. Mediterranean diet and childhood asthma. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2016;44:99-105.
4. Schindler T, Sinn JK, Osborn DA. Polyunsaturated fatty acid supplementation in infancy for the prevention of allergy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;10:CD010112.
5. D'Vaz N, Meldrum SJ, Dunstan JA, Martino D, McCarthy S, Metcalfe J, et al. Postnatal fish oil supplementation in high-risk infants to prevent allergy: randomized controlled trial. *Pediatrics.* 2012;130:674-82.
6. Pearson PJ, Lewis SA, Britton J, Fogarty A. Vitamin E supplements in asthma: A parallel group randomised placebo controlled trial. *Thorax.* 2004;59:652-6.
7. Hemila H, Al-Biltagi M, Baset AA. Vitamin C and asthma in children: Modification of the effect by age, exposure to dampness and the severity of asthma. *Clin Transl Allergy.* 2011;1:9.
8. Mirzakhani H, Al-Garawi A, Weiss ST, Litonjua AA. Vitam D and the development of allergic disease: how important is it? *Clin Exp Allergy.* 2015;45:114-25.
9. Guillemainault L, Williams EJ, Hayley AS, Berthon MJ, Wood LG. Diet and asthma: Is It Time to Adapt Our Message? *Nutrients.* 2017;9:1227.
10. Giustina AD, Landi M, Bellini F, Bosoni M, Ferrnate G, Onorari M, et al. Vitamin D, allergies and asthma: focus on pediatric patients. *World Allergy Organ J.* 2014;7:1-6.
11. Di Mauro G, Bernardini R, Barberi S, Capuano A, Correria A, Angelis GL, et al. Prevention of food and airway allergy: consensus of the Italian Society of Preventive and Social Paediatrics, the Italian Society of Paediatric Allergy and Immunology, and Italian Society of Pediatrics. *World Allergy Organ J.* 2016;9:1-27.
12. Julia V, Macia L, Dombrowicz D. The impact of diet on asthma and allergic diseases. *Nature Rev Immunol.* 2015;15:308-22.
13. Fiocchi A, Pawankar R, Cuello-Garcia C, Ahn K, Al-Hammadi S, Agarwal A, et al. World Allergy Organization-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Probiotics. *World Allergy Organ J.* 2015;8:4.
14. Global Initiative for Asthma (GINA) [homepage on the internet]. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [cited 2017 Dec 8]. Vancouver: GINA; 2017. Available from: <http://www.ginasthma.org>
15. World Health Organization. Vaccines against influenza WHO position paper - November 2012. *Wkly Epidemiol Rec.* 2012;87:461-76.

