

Curso de Especialização

Saúde da Família

Unidade 2 - Promoção da Saúde Bucal



Unidade 2

Promoção da Saúde
Bucal

Módulo 5

Promoção da Saúde Bucal

Créditos

Governo Federal

Ministro da Saúde
Secretária de Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde (SGTES)
Responsável Técnico pelo Projeto
UNA-SUS

Arthur Chioro

Heider Pinto

Francisco Campos

Universidade de Brasília

Reitor
Vice-Reitor
Decano de Pesquisa e Pós-Graduação

Ivan Marques de Toledo Camargo

Sônia Nair Bão

Jaime Martins de Santana

Faculdade de Medicina

Diretor
Vice-Diretoria

Paulo César de Jesus

Verônica Moreira Amado

Faculdade de Ciências da Saúde

Diretora
Vice-Diretora

Maria Fátima Souza

Karin Sávio

Faculdade Ceilândia

Diretora
Vice-Diretora

Diana Lúcia Pinho

Araken dos S. Werneck

Comitê Gestor do Projeto UNA-SUS-UnB

Coordenação Geral
Coordenação Administrativa
Coordenação Pedagógica
Coordenação de Tecnologias
Coordenação de Tutoria e Supervisão
Coordenação de Assuntos Acadêmicos
Secretária Geral

Gilvânia Feijó

Celeste Aida Nogueira

Maria da Glória Lima

Rafael Mota Pinheiro

Juliana Faria Fracon e Romão

Kátia Crestine Poças

Suellaine Maria Silva Santos

Equipe Técnica

Analista Sênior
Produtor de Material Didático
Programador
Programador

Jonathan Gomes P. Santos

Lucas de Albuquerque Silva

Rafael Silva Brito

Ismael Lima Pereira

Créditos

Programador	Rafael Bastos de Carvalho
Programador	Thiago Alves
Produtor de Material Didático	Nayara dos Santos Gaston
Gestão AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem)	Luma Camila Rocha de Oliveira
Repositórios Digitais	Flávia Nunes Sarmanho
Apoio Linguístico	Tainá Narô da Silva de Moura
Produção e Finalização de Material Áudio Visual	Mozair dos Passos Costa
Gerente de Projetos	Aurélio Guedes de Souza
Web Designer	Francisco William Sales Lopes
Design Instrucional	Arthur Colaço Pires de Andrade
Web Designer	Maria do Socorro de Lima
Diagramador	Rafael Brito dos Santos
Gerente de Produção de Educação a Distância	Jitone Leonidas Soares

Sumário

MÓDULO 8 – PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Cristine Miron Stefani

Fernanda Cristina Pimentel

Leandro Augusto Hilgert

Nilce Santos de Melo Soraya

Tiago Araújo Coelho de Souza

Gilvânia Feijó



Objetivos Pedagógicos.....09

Lição 1 – Política de Atenção à Saúde Bucal no Brasil.....10

Lição 2 – Saúde bucal: reflexões clínicas voltadas para o dia a dia.....16

Referências.....40

Apresentação

O módulo Promoção da Saúde Bucal foi desenvolvido com o intuito de proporcionar a você o melhor aprendizado interativo, dinâmico e contextualizado acerca da temática saúde bucal. Discutiremos conceitos, informações e aspectos práticos que permitirão reflexão para ação sobre aspectos importantes da vida em sociedade e da saúde bucal inserida neste contexto.

Os temas abordados irão possibilitar aos profissionais do serviço a ampliação do conceito de saúde e das estratégias utilizadas para a melhoria da qualidade de vida da comunidade. O módulo visa discutir as contribuições da saúde bucal no contexto da promoção de saúde, fazendo-se valer de situações que perpassam o cotidiano da equipe multidisciplinar da Atenção Básica.

Outro importante ponto a ser discutido será o da articulação do conhecimento clínico odontológico aos determinantes sociais da saúde, bem como a discussão sobre as competências relacionadas à saúde bucal necessárias aos profissionais de saúde no âmbito da Atenção Básica.

Objetivos Pedagógicos

- Conhecer o histórico da política nacional de saúde bucal e seus protocolos de atenção;
- Identificar os diferentes processos sociais, culturais, comportamentais, biológicos, entre outros, que interferem na dinâmica dos problemas de saúde bucal de indivíduos, famílias e comunidade;
- Analisar os principais problemas de saúde bucal do país e da sua área geográfica de atuação;
- Contribuir para o diagnóstico e atuação dos profissionais de saúde sobre fatores de risco e agravos à saúde bucal, segundo os diferentes ciclos de vida;
- Possibilitar a identificação de alterações da normalidade que apontem necessidade de diagnóstico em saúde bucal;
- Discutir a elaboração e execução de ações educativas, de promoção à saúde e de vigilância em saúde.

Lição 1 – Políticas Públicas de Atenção à Saúde Bucal

Introdução

O mundo em que vivemos é reflexo de um processo histórico de mudanças que ocorreram (e ainda ocorrem) em nossa sociedade. Nesse sentido, para entender nosso presente, precisamos refletir sobre nosso passado. Você consegue se imaginar, atualmente, sem computador ou telefone celular? Isto mesmo, estes aparatos tecnológicos surgiram em nossas vidas e proporcionaram mudanças significativas em nosso cotidiano. No campo da saúde, este processo contínuo de mudanças ao longo do tempo nos proporciona diferentes maneiras de 'entender' e 'fazer' saúde. Pense por exemplo nas inúmeras mudanças na área de saúde desencadeadas pela descoberta da penicilina ou pela introdução das vacinas.

No intuito de melhor ilustrar o processo histórico de transformações no campo da saúde, iremos utilizar o caso específico das mudanças conceituais, tecnológicas e organizacionais que ocorreram na Odontologia Brasileira, bem como explicitar o impacto destas mudanças na oferta de serviços e na prática clínica.



FIQUE DE OLHO

O histórico utilizado na introdução do presente módulo representa um pequeno recorte das inúmeras mudanças que ocorreram ao longo do tempo na Odontologia Brasileira. Por motivo didático, a trajetória apresentada é composta de 'saltos' na história de nosso país.

Quando os viajantes Europeus desembarcaram no proclamado Monte Pascoal, em abril de 1500, não se tinha um modelo de atenção à saúde bucal naquelas terras. O que existia eram práticas de cuidado baseadas em um instinto de preservação que os indígenas traziam consigo. O fato de usarem alguns recursos da floresta para aliviar a dor de dente ou para remover algum resto de comida ilustra bem esta prática de cuidado. Mesmo após a mudança de nomes em nossas terras para Ilha, depois Terra de Vera Cruz e posteriormente Brasil, a ausência de um modelo de atenção à saúde bucal seguia inalterada.

Muitos séculos passaram, o Brasil de Colônia tornou-se Império e o que predominava era o ofício de cirurgião e barbeiro que realizavam, entre outros procedimentos, a extração de dentes. Existiam ainda, em menor perspectiva, dentistas formados no exterior que chegavam ao Brasil para tratar principalmente a mais alta corte, a qual podia pagar elevadas quantias pelos procedimentos.

Em 25 de outubro de 1884, o Decreto Lei N° 9.311 instituiu os cursos de odontologia no Brasil e com isso impulsionou o interesse pelo aprendizado formal da odontologia ofertado agora por escolas universitárias. Tudo isto sob um novo cenário político que culminou com a proclamação da República em 1889 e com a implantação de uma nova forma de organização econômica em nosso país, o capitalismo.

A odontologia, agora sob a égide de uma profissão formal, foi ganhando espaço e estabelecendo-se por meio dos pilares da livre demanda, do caráter privado, do individualismo e do curativismo. Este modelo de assistência em saúde bucal perdurou como modelo hegemônico no Brasil durante muitas décadas e recebeu a denominação de Modelo Geisiano.

Foi somente no Século XX, mais precisamente na década de 50, que surgiu uma tentativa de romper com o modelo da livre demanda e de inserir um embrião de programação (planejamento) em saúde bucal. Esta experiência foi implementada pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e ficou conhecida como Sistema Incremental. No entanto, o fato do Sistema Incremental ter sido aplicado de maneira restrita a somente um segmento da sociedade (escolares de 6 a 14 anos), reproduziu o aspecto excludente que durante séculos marcou a prática odontológica no Brasil. Apesar desta limitação, a proposta inovadora do Sistema Incremental apresentou ganhos e recebeu inúmeros adeptos, perdurando em nosso país por muitos anos.

Outros esforços visando a implementação de sistemas de atenção em odontologia ocorreram, como, por exemplo, a Odontologia Simplificada, o Programa de Inversão da Atenção e o Modelo de Atenção Precoce. No entanto, a prestação de serviços em saúde bucal ainda estava direcionada a poucos. Este cenário excludente começou a ser modificado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) quando da promulgação da Carta Magna Brasileira (Constituição Federal), em 1988. Após a criação do SUS, o direito à saúde passou a ser assegurado por lei, bem como o acesso universal, integral e igualitário das ações e serviços visando à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. A demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica.

Na direção da modificação desse contexto, em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde publicou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” como produto “de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal” (Brasil, 2004a).

As diretrizes apresentadas expressavam um projeto político de reorientação na maneira de ‘pensar’ e ‘fazer’ saúde bucal no SUS, principalmente, no que tange a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, na produção do cuidado e na promoção da qualidade de vida. Em verdade, o documento de diretrizes tornou-se a ‘pedra angular’ para a implantação do Programa Brasil Sorridente.

Programa Brasil Sorridente

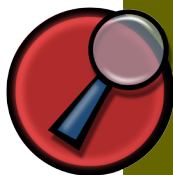


O Programa Brasil Sorridente tem como principal objetivo a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais linhas de ação do programa são:

- Ampliação e reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal eSB na Estratégia Saúde da Família - ESF);
- Ampliação e qualificação da atenção especializada em saúde bucal (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias);
- Garantia do acesso à água tratada e fluoretada;
- Viabilização da continuidade e estruturação das ações em saúde bucal em todos os níveis de atenção; e
- Implementação de ações de vigilância em saúde bucal no país.

A ampliação e reorganização da atenção básica em saúde bucal ocorrem, principalmente, por meio da estratégia saúde da família. Em verdade, o Brasil Sorridente vem proporcionando um crescimento real no que tange ao número de postos de trabalho e de pessoas assistidas pela atenção básica odontológica. No entanto, poucos são os estudos avaliativos que analisam se este aumento na geração de empregos vem assegurando uma atenção básica mais resolutiva, nem tampouco, se a reorganização da atenção básica em saúde bucal vem atuando de maneira efetiva como 'porta de entrada' para uma rede de atenção mais comprometida e qualificada.



FIQUE DE OLHO

Em 29 de julho de 2004, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.570 que estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Esta iniciativa de ampliar e qualificar a atenção especializada em saúde bucal vem garantir o direito constitucional da integralidade, estabelecido pela CF de 1988, e que usualmente na história da odontologia do Brasil vinha sendo relegado ao setor privado. No entanto, percebe-se ainda uma frágil rede de atenção odontológica caracterizada por um vacilante sistema de referência e contra-referência, no qual centros de especialidades vêm realizando inúmeros procedimentos da atenção básica e não funcionando como deveriam, ou seja, sendo unidades de referência especializada para as equipes de saúde bucal da atenção básica.

Outro importante objetivo do Brasil Sorridente é a garantia do acesso à água tratada e fluoretada, pois a adição do flúor nas águas de abastecimento público propicia um método de prevenção em saúde bucal simples, barato e de grande alcance e impacto populacional.



FIQUE DE OLHO

Uma evidência deste método de prevenção em saúde bucal pôde ser comprovada por meio do inquérito das condições de saúde bucal da população brasileira conduzido pelo Ministério da Saúde e que ficou conhecido como SB Brasil 2003 (Brasil, 2004b). Este estudo apontou grandes desigualdades em saúde bucal entre pessoas que vivem em cidades que possuem sistemas de fluoretação da água de abastecimento público e pessoas que vivem em cidades que não possuem este sistema. Em outras palavras, pessoas que apresentavam melhores condições de saúde bucal, viviam em cidades onde existe sistema de água fluoretada.

O Brasil Sorridente vem garantindo a viabilidade e estruturação da continuidade das ações em saúde bucal em todos os níveis de atenção, principalmente por meio do aumento do número de equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, da distribuição de insumos para estas equipes, do aumento dos incentivos financeiros voltados para a odontologia, da implantação dos centros de especialidades e dos laboratórios de próteses dentária, do fornecimento de equipes odontológicas completas, bem como por meio da implementação de pesquisas e ações de vigilância em saúde bucal no país.

Diante de tantos argumentos, é difícil não afirmar que a política pública de saúde bucal do Brasil esteja avançando em proporções nunca antes vistas. No entanto, precisamos ficar vigilantes no intuito de cada vez mais qualificar estes

avanços, para que os mesmos sejam estruturantes e reflitam uma saúde cidadã cada vez mais universal, organizada e humanizada.



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre Rede de Atenção à Saúde Bucal, leia o artigo

MELLO, Ana Lucia Schaefer Ferreira de; ANDRADE, Selma Regina de; MOYSES, Samuel Jorge and ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Saude bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.1 pp. 205-214.

A saúde bucal na estratégia de Saúde da Família

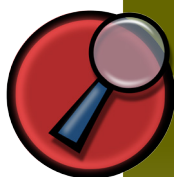


Apesar da consolidação do PSF como uma estratégia de reorganização da atenção básica no SUS, a odontologia foi inserida junto à equipe multiprofissional de saúde somente em dezembro de 2000, após publicação da Portaria 1.444 do Ministério da Saúde. A portaria foi editada com base na necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; na necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população e na necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família.



A inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir

a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.



FIQUE DE OLHO

A incorporação das ações de saúde bucal ao PSF deve ser reconhecida por todos nós como uma grande conquista, porém, este fato trouxe a tona também alguns problemas. O dentista brasileiro durante muitas décadas trabalhou isolado em seu 'mundo de quatro paredes' (a figura do auxiliar era nada mais de uma secretária com outra função, como lavar instrumentos, esterilizar e limpar o consultório) e, agora, este dentista é apresentado a uma nova realidade, a de trabalhar de maneira integrada a outros profissionais da equipe de saúde da família. Outra dificuldade que salta aos olhos dizia respeito à falta de conhecimento e/ou habilidade do dentista em chefiar equipes multiprofissionais, bem como em planejar e avaliar serviços de saúde.



PARA REFLETIR

Pare um pouco e reflita! Você acredita que a formação atual do dentista brasileiro permite resolver estes problemas ou as dificuldades de relacionamento e gestão ainda persistem?



SAIBA MAIS

Para saber sobre os desafios da formação de recursos humanos em Odontologia, leia o artigo **Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia** disponível em sua biblioteca.

Lição 2 – Saúde bucal: reflexões clínicas voltadas para o dia a dia



Introdução

Na fase de construção do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é necessário que estas estejam atentas à identificação de fatores de risco que predisõem os sujeitos daquela comunidade ao desenvolvimento de problemas bucais. Essa lição visa trazer informações acerca dos principais problemas bucais, seus fatores de risco e sinais que possibilitam o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

Problemas bucais

Você já parou para pensar que muitos problemas de saúde estão relacionados com a idade?

As doenças que acometem os indivíduos mais jovens nem sempre são as mais prevalentes na população adulta e/ou idosa. Assim também acontece para os problemas de saúde bucal. Um exemplo claro disso refere-se à distribuição da doença periodontal na população.

A OMS publicou, recentemente, que a periodontite severa acomete entre 5 a 20% da população adulta e é a principal causa de perda dentária nestes indivíduos. Já para a população infantil, a cárie dentária apresenta-se como principal problema. Desde muito jovem, a criança já está exposta aos grandes vilões para o desenvolvimento da cárie. Você saberia dizer quais são eles?

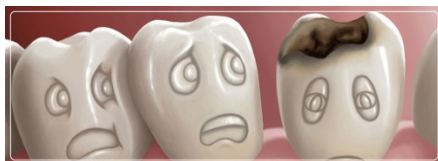


**PARA
REFLETIR**

Por outro lado, indivíduos adultos e idosos estão expostos a diversos fatores que predispõem às doenças periodontais. Reflita sobre esta questão antes de continuar sua leitura. Fatores como idade, gênero, hábitos de dieta e de higiene, uso de medicamentos e de drogas, além do estado geral de saúde têm importância na determinação dos problemas bucais.

Abaixo serão abordados os mais prevalentes problemas bucais em diferentes faixas etárias, destacando os fatores determinantes, os procedimentos e ações adequadas à prevenção, diagnóstico e tratamento desses agravos.

Cárie



A cárie dentária é uma doença infecciosa que progride de forma muito lenta na maioria dos indivíduos, raramente é autolimitante e, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária (Fejerskov & Kidd, 2005).

A doença pode apresentar lesões-sinais que podem se apresentar em estágios iniciais visíveis clinicamente (lesões de mancha branca ativa em esmalte) ou em estágios mais avançados, como as cavitações dentárias, que são compreendidas pela população como “cáries”.



FIQUE DE OLHO

A diferenciação entre a doença e a manifestação (lesão) desta implica condutas diferenciadas na abordagem da prevenção e no tratamento da doença cárie. Se o tratamento for centralizado nas lesões pela restauração das cavidades, e não nos fatores etiológicos da doença, isso resultará em um “ciclo restaurador repetitivo”, ou seja, no fracasso do controle da doença. O paciente teve as manifestações e não a doença tratada e, portanto, poderá apresentar em um curto período de tempo novas lesões ou recidivas da lesão no mesmo elemento dentário.

Fatores Etiológicos da Cárie

É aceito e estabelecido universalmente que a cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dieta dependente, que produz uma desmineralização das estruturas dentárias.

Esse conceito de cárie é embasado na interação de fatores como **dente suscetível**, **microrganismo** e **dieta** (Keyes, 1960, 1962). Como, para Newbrum (1983), a cárie é resultado de um processo crônico, que aparece após algum tempo da presença e da interação desses três fatores, julgou-se conveniente incluir o **tempo** como outro fator etiológico (Figura 1)

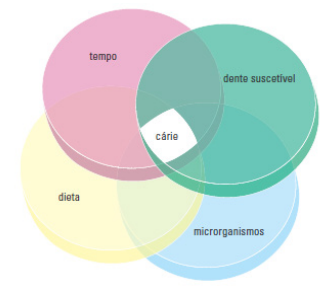


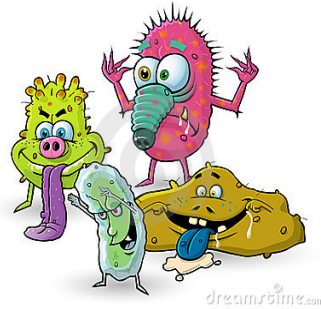
Figura 1. Fatores etiológicos da cárie (Fonte: Lima, 2007)

Hospedeiro: o hospedeiro compreende os dentes e a saliva. O dente é o local onde a doença se manifesta. Algumas condições dos elementos dentários os tornam mais suscetíveis à doença cárie, tais como a morfologia dental, que compreende anomalias na forma (fusão, geminação) e a macromorfologia. Dentes posteriores que possuem saliências e reentrâncias que dificultam o controle do biofilme são mais suscetíveis à cárie por exemplo.



A saliva possui capacidade de neutralizar os ácidos produzidos pelos microrganismos cariogênicos. Ela também tem a função de autolavagem e limpeza das superfícies dentárias e possui ação antibacteriana por conter proteínas e imunoglobulinas que atuam contra os microrganismos cariogênicos (BRAGA *et al.*, 2008).

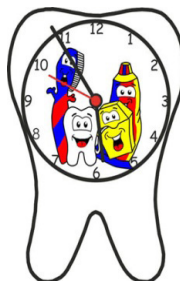
Microrganismos: a cavidade bucal possui inúmeras espécies de microrganismos. Apesar da diversidade microbiana, poucas espécies estão relacionadas à cárie. As bactérias cariogênicas são capazes de produzir ácidos a partir da fermentação dos carboidratos da dieta (acidogênicas) e de sobreviver em meio ácido. Espécies como *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus* e *Lactobacillus* são exemplos de bactérias cariogênicas.



Dieta: a dieta exerce um efeito tóxico na etiologia da doença. A cariogenicidade da dieta é determinada pela presença de carboidratos, principalmente a sacarose, que servem de substrato para que os microrganismos da cavidade bucal sintetizem polissacarídeos extracelulares com um importante papel na formação da placa e, também, na produção de ácidos orgânicos, que promovem a desmineralização do esmalte e podem desencadear o processo de cárie.



Tempo: os três fatores anteriormente citados, quando associados, necessitam de um período de tempo para favorecer a desmineralização (perda de minerais) dos dentes.



Fatores modificadores

Além dos fatores determinantes para a doença (interação entre hospedeiro, dieta, microorganismos e tempo), é sabido que fatores sociais, econômicos e comportamentais podem influenciar no desenvolvimento da cárie.

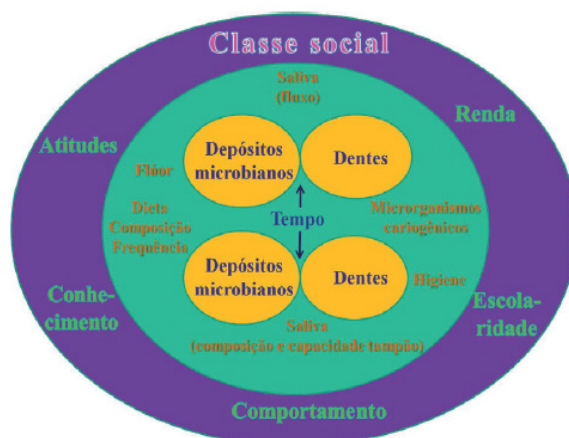


Figura 2: Diagrama adaptado de Manji & Fejerskov (1990) para explicar os fatores etiológicos determinantes (círculo interno) e modificadores (círculo externo) da doença cárie.



ATENÇÃO!

O conhecimento da epidemiologia da doença cárie é essencial para que possamos determinar o programa de prevenção e tratamento da doença, e também para o planejamento dos serviços odontológicos.



FIQUE DE OLHO

A experiência da doença cárie pode ser expressa pela severidade das suas lesões, mensurada por índices como o **CPO-D** (número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) e o **CEO-D** (número de dentes decíduos, com indicação de extração e obturados).



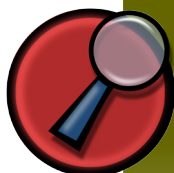
SAIBA MAIS

Para saber mais leia o artigo:

Cárie dentária: um novo conceito, disponível em sua biblioteca ou no endereço: <http://www.scielo.br/pdf/dpress/v12n6/a12v12n6.pdf>

Desde o primeiro levantamento nacional, realizado em 1986 (Brasil, 2006), observou-se um declínio da doença cárie na população infantil: a média de CPO-D aos 12 anos caiu de 6,7 dentes para 2,8 dentes em 2003 (BRASIL, 2004b). Já na população adulta (35-44 anos), os índices se mantiveram constantes e elevados: 21,8 em 1986 e 20,1 em 2003. Embora o Brasil tenha alcançado as metas propostas pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) para 2000 na faixa etária dos 12 anos, que era um CPO-D menor do que 3,0, o mesmo não ocorreu na população adulta: o ideal seria que 75% da população tivesse ao menos 20 dentes presentes na boca; no entanto, somente 54% das pessoas alcançaram essa meta.



FIQUE DE OLHO

Atualmente, em várias populações, observa-se uma redução na prevalência de cárie. Porém, o desgaste dental por lesões não-cariosas como a erosão dentária, a atrição, a abrasão, entre outros fatores vem, cada vez mais, chamando a atenção. Muitas vezes, o desgaste da estrutura dentária por lesões não-cariosas, associado a “ataques ácidos” da dieta ou de problemas gástricos leva a casos severos de hipersensibilidade dentinária, problema esse também muito comum na sociedade atual.

Dessa forma, a investigação do perfil dietético e do padrão de higiene bucal é de extrema importância na triagem inicial dos indivíduos da sua comunidade e vai ajudá-lo a identificar se estes indivíduos estão mais predispostos a desenvolver doenças e/ou apresentar desgastes dentais severos. A orientação das famílias no que se refere a bons hábitos alimentares e de higiene é de grande valia para que estas possam controlar a progressão da doença e/ou dos desgastes.

Uma cárie pequena, por exemplo, visualizada inicialmente como uma simples cavidade, pode progredir rapidamente para um estágio mais avançado, no qual, tratamentos de complexidade maior - como um tratamento endodôntico -, ou mutiladores - como uma extração dentária -, serão necessários.

A dieta e a higiene são fatores importantes para o desenvolvimento da cárie dentária, mas também, estão associados a outros problemas de saúde bucal. A falta de higiene é um fator que predispõe, por exemplo, ao desenvolvimento da doença periodontal.

O padrão comportamental (ex: uso de tabaco e álcool) e a saúde geral (ex: diabetes e hipertensão) também devem ser alvo de investigação, uma vez que estes fatores interferem no equilíbrio do ecossistema bucal e podem atuar como agravantes para o desenvolvimento e progressão de diferentes lesões orais.

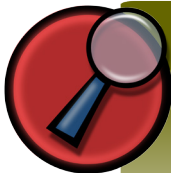
Um exemplo clássico disso é a saliva. A saliva é produzida pelas glândulas salivares maiores e menores, num processo que depende de uma série de eventos comandados pelo sistema nervoso central. Desta forma, qualquer problema neste comando pode ter como reflexo uma redução drástica na quantidade de saliva (hiposialia) produzida ou na distribuição da saliva nas diferentes regiões da cavidade bucal, causando uma sensação de boca seca (xerostomia).



PARA REFLETIR

Você alguma vez já parou para pensar na importância da saliva para a realização de atividades diárias, tais como falar, mastigar e deglutir? Vamos então fazer um exercício rápido: imagine que você está em um churrasco e decide provar da farofa. Qual seria a sensação de colocá-la na boca na ausência de saliva?

Portanto, a presença de doenças sistêmicas e o uso contínuo de medicação devem ser aspectos a serem avaliados no momento da triagem, não com o foco exclusivamente voltado para área médica, uma vez que estes podem atuar negativamente na saúde bucal do indivíduo. A saúde geral não está dissociada da saúde bucal.



FIQUE DE OLHO

A identificação de indivíduos vulneráveis permite o planejamento de ações de promoção de saúde e prevenção desenvolvidas especialmente para responder às necessidades de uma determinada população.

Durante a fase de mapeamento no seu território, detectou-se um número grande de famílias nas quais adolescentes (irmãos mais velhos) eram os principais cuidadores de seus irmãos menores. Ao se inquirir sobre os hábitos alimentares, concluiu-se que a dieta era rica em carboidratos e sacarose e o consumo de alimentos prontos, como suco de caixinha e salgadinhos era bastante elevado. Adicionalmente, a escovação dentária acontecia de forma irregular e as crianças menores eram responsáveis por seus próprios cuidados de higiene bucal.



PARA REFLETIR

Antes de seguir reflita sobre as seguintes questões:

1. A sua comunidade tem alguma semelhança com a comunidade acima apresentada?
2. Você costuma fazer este tipo de inquérito durante as visitas às famílias na fase de mapeamento do seu território?
3. Quais as orientações seriam passadas a estas famílias considerando os hábitos dietéticos e de higiene?
4. Elabore um protocolo básico de aconselhamento.



FIQUE DE OLHO

O cenário descrito na tela anterior aponta para a necessidade de se estabelecer urgentemente ações de educação em saúde voltadas para uma alimentação saudável, bem como, para hábitos adequados de higiene bucal.

Sabe-se que crianças muito pequenas não têm coordenação motora e destreza manual para executarem de forma adequada a escovação dentária. Dessa forma, recomenda-se que a escovação de bebês e pré-escolares seja realizada por um adulto.

A partir dos 6 anos de idade, a criança já pode tornar-se responsável pelos cuidados de higiene bucal, entretanto, pelo menos 1 vez ao dia (de preferência à noite) os pais/responsáveis devem supervisionar a escovação.

Diagnóstico e determinação da atividade e risco da doença cárie

A cárie dentária pode ser diagnosticada clinicamente em seus estágios iniciais (lesões em esmalte) ou estágios mais tardios (cavitação em dentina e/ou necrose da polpa dentária, órgão onde se localizam terminações nervosas e capilares sanguíneos).

Tão importante quanto a detecção da doença é a avaliação da atividade da cárie. A doença pode ser caracterizada como ativa ou inativa. Para a avaliação e diagnóstico das lesões de cárie é imprescindível que o dente esteja limpo, seco e bem iluminado.

A figura abaixo mostra os estágios de progressão da doença, bem como as características de lesões ativas e inativas.

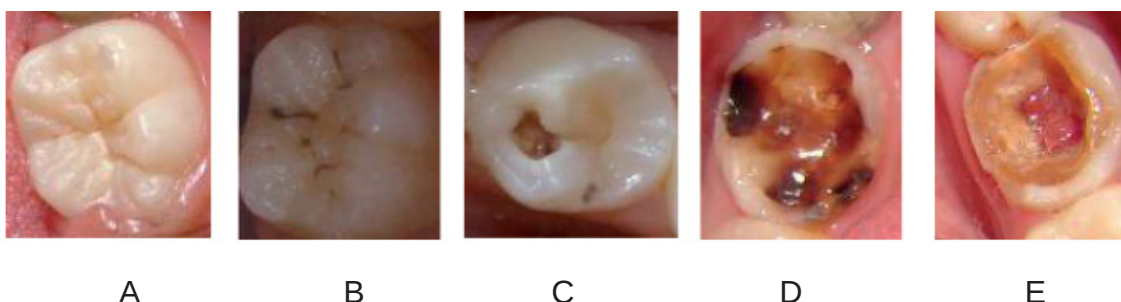


Figura 3. Estágios de progressão da cárie. Em A, lesão de mancha branca ativa em esmalte (caracterizada por esmalte opaco, rugoso e poroso). B – lesão de mancha branca inativa em esmalte (caracterizada por esmalte brilhante branco ou escurecido, liso e polido). C – Lesão cavitada em dentina ativa (presença de tecido amolecido com cor amarelada ou castanho claro, aspecto úmido e opacidade no esmalte adjacente), gerando sensibilidade dolorosa. C. Lesão cavitada em dentina inativa (presença de tecido endurecido no fundo da lesão com cor marrom escura ou negra, aspecto seco e brilhante e opacidade no esmalte adjacente com aspecto inativo). E – Lesão cavitada ativa que atingiu o órgão pulpar, gerando grande sensibilidade dolorosa. Fonte: Braga *et al.*, 2008)

Abordagem preventiva e terapêutica da doença cárie dentro da Estratégia de Saúde da Família

De acordo com os preceitos de Promoção de Saúde, o tratamento da doença cárie visa restabelecer o equilíbrio e a saúde bucal do paciente por meio do controle dos fatores etiológicos, como remoção do biofilme, educação e instrução de higiene e dieta, além da aplicação de fluoretos.

Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a ser desenvolvidos prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população não só em termos de doenças de maior prevalência, mas também quanto às condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida, suas necessidades de saúde e a infraestrutura de serviços disponíveis.

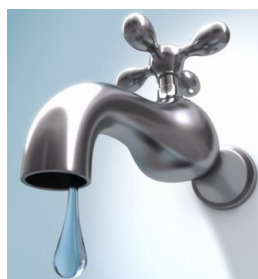
As ações de promoção e proteção da saúde compreendem um grupo de ações que visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas. Isso implica em formulação de políticas e estruturação de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, considerando os pilares de oportunidade de acesso, disponibilidade de serviços e resolubilidade.

Ações de promoção da saúde devem também considerar os agravos relacionados ao problema central. No caso da saúde bucal, agravos como diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer, bem como articulação com políticas de alimentação saudável, de promoção do autocuidado (higiene corporal e bucal) devem ser priorizados (BRASIL, 2004a). Cabe também ressaltar que a busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde.

Já as ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo. A garantia de acesso a materiais básicos de higiene bucal como escovas e pastas fluoretadas são necessárias, tanto em nível individual ou coletivo.

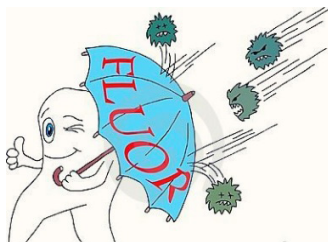


Políticas públicas que garantam a fluoretação das águas são a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor. Nesse sentido, desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas no Brasil é uma prioridade governamental, garantindo-se continuidade e teores adequados.

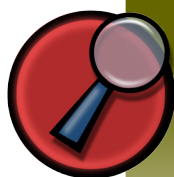


Outra ação importante é a aplicação tópica de flúor (ATF). Para essa atividade recomenda-se levar em consideração a situação epidemiológica (risco) de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada. A utilização de ATF com abrangência universal é recomendada para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações: (BRASIL, 2004a)

- exposição à água de abastecimento sem flúor;
- exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor;
- exposição a flúor na água há menos de 5 anos;
- CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade;
- menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade.



Processos de educação para saúde com foco em ações educativo-preventivas devem ser realizados no âmbito das Unidades de Saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua (BRASIL, 2004a).



FIQUE DE OLHO

As ações de educação em saúde devem objetivar a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia.

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser trabalhados de forma integrada com as demais áreas, podendo ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista, pelo técnico em saúde bucal, pela auxiliar em saúde bucal e pelo agente comunitário de saúde. Tanto as visitas domiciliares como espaços como escolas, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para esse tipo de ação. Compete ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las, sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações (BRASIL, 2004a).



FIQUE DE OLHO

Destaca-se no contexto das práticas dos processos de educação para a saúde, a inclusão de atividades de higiene bucal supervisionada (HBS), pelos serviços de saúde, nos mais diferentes espaços sociais. A HBS deve ser desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado (BRASIL, 2004a).



No que diz respeito a diagnóstico e tratamento das doenças, são essências ações de recuperação. O objetivo dessas ações são o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes.



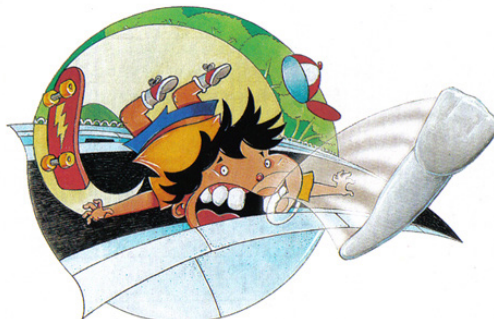
Importantes ainda são as ações de reabilitação que consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e à sua atividade profissional.



FIQUE DE OLHO

Os profissionais da Atenção Básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos mais complexos.

Traumas dentários



Situação Problema

Um aluno de 8 anos de idade de uma escola próxima à sua UBS sofreu uma queda durante o recreio e foi levado até você apresentando o seguinte quadro: Corte pequeno no lábio superior, porém com o sangramento já estancado. Ao se observar os dentes da criança notou-se uma fratura no dente da frente (incisivo central superior), que já era permanente, além de uma mobilidade bastante acentuada no dente vizinho (incisivo lateral), que ainda era de leite (decíduo). A professora trazia consigo o fragmento de dente permanente que foi encontrado no local da queda.



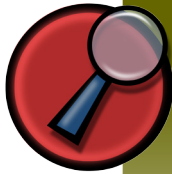
**PARA
REFLETIR**

Mediante a ausência do dentista no momento da visita na UBS, reflita:

- Qual a sua atitude?
- Quais são suas recomendações à professora e ao aluno? Já pensou em estruturar um protocolo atitudinal para esses casos?

O atendimento inicial dado a uma criança que sofreu traumatismo orofacial é geralmente prestado pelos cuidadores ou professores, como no cenário acima descrito. Um dente fraturado, independente da extensão da fratura deve ser examinado por um dentista, que diagnosticará a extensão da lesão e determinará os cuidados necessários. Porém, sempre que houver uma fratura dental deve-se procurar o fragmento, que pode, em um grande número de casos, ser colado em posição novamente. Para que tal tratamento de colagem tenha bons resultados, é aconselhável manter o fragmento hidratado. Ou seja, acondicionado em algum recipiente preenchido com soro fisiológico (encontrado em farmácias), com água, desde que limpa, ou até com saliva da própria criança que sofreu o trauma.

No caso do dente de leite amolecido, de acordo com a idade da criança e o estágio de desenvolvimento dos dentes permanentes, o dentista poderá até mesmo extrair o dente de leite. De qualquer forma, é importante relatar ao dentista a ocorrência do trauma, pois um impacto no dente de leite pode até mesmo prejudicar a formação do dente permanente.



FIQUE DE OLHO

As ações de educação e promoção de saúde podem ser desenvolvidas em domicílio, bem como em escolas, ambiente no qual o conteúdo pode ser reforçado com a equipe de professores e com as merendeiras. Numa outra área, cujo perfil da comunidade seja predominantemente composto por idosos, as demandas podem ser diferentes da comunidade apresentada no exemplo acima.

Doenças Periodontais

As doenças periodontais (do periodonto) são a segunda principal causa de perdas dentárias, perdendo apenas para a cárie, que ocupa o primeiro lugar.

Dados da Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde revelou os primeiros resultados da pesquisa Saúde Bucal Brasil 2010. No tocante às doenças da gengiva, o percentual de indivíduos sem qualquer problema periodontal foi de 68% para a idade de 12 anos, 51% para a faixa de 15 a 19 anos, 17% para os adultos de 35 a 44 anos e 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos.

A presença apenas de gengivite (sangramento gengival e/ou presença de tártaro), sem condições mais complicadas, foi mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal (periodontites) apareceram de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos), com 19% de prevalência. Embora sejam acumulativos com a idade, nos idosos pesquisados os problemas gengivais foram pouco expressivos, em decorrência do reduzido número de dentes presentes.



ATENÇÃO!

Por **doenças periodontais** entendem-se as doenças que acometem a gengiva e/ou o suporte do dente na boca (cimento, ligamento e osso alveolar).

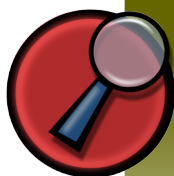
Há dois grupos principais de doenças periodontais, as **gengivites**, que acometem apenas o periodonto de proteção, ou seja, a gengiva; e as **periodontites**, que acometem os tecidos de suporte do dente, compostos pelo cimento, ligamento periodontal e osso alveolar (periodonto de sustentação).

O agente etiológico das doenças periodontais, assim como da cárie dentária, é a placa bacteriana, embora os microrganismos associados ao desenvolvimento da cárie e da doença periodontal sejam distintos. Para o desenvolvimento da gengivite, basta permitir o acúmulo de placa sobre a coroa dos dentes. Já para o desenvolvimento da periodontite, é preciso que haja determinadas bactérias patogênicas em um hospedeiro suscetível.

Já o tártaro, ou cálculo dental, trata-se de placa bacteriana que mineralizou sobre a coroa ou a raiz dos dentes, e sozinho não é suficiente para causar a doença periodontal. Mas, como sua superfície é rugosa, favorece o acúmulo da placa bacteriana, dificultando sua remoção durante a higiene caseira.

Alguns sinais como sangramento das gengivas, mobilidade dental, pus e mau-hálito podem ser sinais do desenvolvimento das doenças periodontais.

O sangramento da gengiva é o primeiro sinal clínico de doença periodontal, indicando a presença de gengivite. Conforme a doença progride sobre a superfície radicular e o dente perde suporte (osso, ligamento e cimento são destruídos), outros sinais, como mobilidade dental, supuração e mau-hálito se manifestam. Infelizmente, quando aparecem, indicam que a doença se encontra em estágio bem avançado. Ao contrário da cárie, as doenças periodontais normalmente não apresentam sintomatologia dolorosa.



FIQUE DE OLHO

A gengivite é uma doença periodontal que se caracteriza pelo sangramento da gengiva. Embora haja outras condições sistêmicas importantes que levam ao sangramento gengival, na grande maioria dos casos o sangramento reflete apenas uma resposta inflamatória da gengiva ao acúmulo da placa bacteriana.

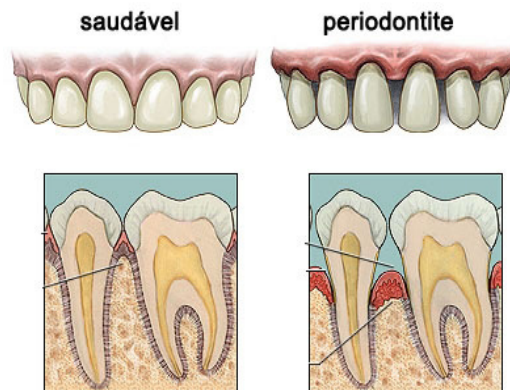
A periodontite se caracteriza pela perda gradual dos tecidos de suporte do dente (periodonto de sustentação – osso, ligamento e cimento), como resultado de um processo inflamatório desencadeado pela placa bacteriana e perpetuado pelo sistema de defesa do próprio hospedeiro. Classifica-se a periodontite em crônica, quando possui curso lento de evolução e acúmulo abundante de placa e cálculo, sendo mais frequente com o aumento da idade; e agressiva, quando possui progressão rápida e quadro clínico de aparente normalidade, sendo mais frequente em adolescentes e adultos jovens.



SAIBA MAIS

Você sabia?

Piorreia alveolar é um nome antigo, mas ainda hoje popular em algumas comunidades, para identificação da periodontite crônica. E periodontose era um antigo nome para a periodontite agressiva.



O sangramento gengival, na grande maioria das vezes, reflete um processo infeccioso inflamatório na gengiva, a chamada gengivite. Embora muitos pacientes interrompam os cuidados de higiene bucal caseira ao perceber que suas gengivas estão sangrando, o tratamento das gengivites é justamente a intensificação e correção das deficiências da escovação e do uso do fio dental, acompanhadas por profilaxia profissional e raspagem dental quando necessárias.



A periodontite agressiva também acomete pessoas mais jovens, causa perda de suporte periodontal rapidamente, e, geralmente, o aspecto clínico não é sugestivo de doença: há pouca placa e cálculo, as gengivas estão rosadas e os dentes saudáveis. Nesses casos, só acontece o diagnóstico quando o paciente faz uma radiografia ou durante o procedimento de sondagem periodontal de rotina, realizada pelo cirurgião dentista. Assim, “quem vê cara não vê periodontite” e todos os pacientes, independente da idade ou aspecto clínico geral, deveriam ser submetidos a sondagens periódicas.

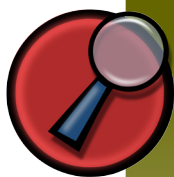
Fatores de Risco para doenças periodontais

O tabagismo e o diabetes são fatores de risco para a periodontite, e pacientes com essas condições geralmente apresentam mais perda de suporte periodontal e também perdem mais dentes que pacientes da mesma idade e condição de higiene, mas sem tais condições.

Outros fatores de risco para a perda de inserção são a infecção pelo vírus HIV e a presença de certas bactérias patogênicas na placa. Já os indicadores de risco para a periodontite (fatores que tornam mais provável a presença de perda de suporte, embora não sejam modificáveis) são:

- **a idade:** quanto mais avançada, mais dentes são acometidos e mais severa é a doença;

- **o gênero:** homens são mais acometidos que mulheres; e
- **a condição socioeconômica:** maior pobreza, mais doença.



FIQUE DE OLHO

Assim como a doença periodontal possui fatores de risco, a presença da periodontite, também, pode ser fator de risco para condições sistêmicas importantes. Gestantes portadoras de periodontite estão mais predispostas a partos prematuros e ao nascimento de bebês com baixo peso.

Outras condições sistêmicas afetadas pela periodontite são: o diabetes (dificuldade de controle metabólico), risco aumentado de doenças cardiovasculares (aterosclerose, cardiopatia coronariana, angina, infarto do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos) e doenças respiratórias (doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonia bacteriana aguda).

Devemos entender que a periodontite não causa essas doenças, mas soma-se a outros fatores de risco para predispor ao desenvolvimento das mesmas.

Tratamento das doenças periodontais

A complexidade do tratamento periodontal é diretamente proporcional à severidade da doença. Gengivites, então, são tratadas facilmente com motivação para higiene bucal e profilaxia profissional. Periodontites leves e moderadas requerem, além da motivação, raspagens dentais e manutenção periódica. Casos mais severos podem necessitar de procedimentos cirúrgicos. E casos muito avançados podem não ter tratamento possível, exceto a extração dental. Assim, quanto antes é feito o diagnóstico, mais simples, rápido e efetivo o tratamento.



SAIBA MAIS

Você sabe o que é PSR?

O exame periodontal simplificado (em inglês *Periodontal Screening and Recording*, popularmente conhecido pela sigla PSR) foi desenvolvido no início dos anos 1990, por iniciativa da *American Academy of Periodontology* e a *American Dental Association*, que, após um levantamento, perceberam que os clínicos gerais eram mais processados por negligência que qualquer outra especialidade odontológica. Porque fidelizavam seus pacientes, mas sem fazer diagnóstico periodontal, então os pacientes que haviam passado muitos anos tratando com o mesmo clínico e em determinado momento começavam a perder seus dentes por doença periodontal, os processavam por não terem diagnosticado a doença precocemente.

E por que os clínicos não faziam o diagnóstico? Porque a sondagem tradicional é demorada e trabalhosa! Assim, as duas entidades desenvolveram o PSR, um exame que usa uma sonda específica para avaliar todos os dentes e leva apenas 5 minutos, classificando o paciente de acordo com a necessidade de tratamento periodontal.

Saiba mais sobre o PSR acessando sua biblioteca e lendo o artigo **Um Sistema para Triagem de Pacientes com Doenças Periodontais** de José Carlos dos Santos, José Henrique Goulart, Leila Silva e Liane Souza.

Situação Problema – Olhando para os idosos de sua comunidade...

Em uma determinada Unidade de Saúde da Família, um pequeno subgrupo do programa HIPERDIA, composto predominantemente por homens aposentados, se reúne periodicamente de maneira muito ativa, e aproveita as reuniões para conversar a respeito de diversos assuntos, e compartilhar experiências. Em um determinado encontro, o assunto saúde bucal surgiu, e muitos compartilharam a experiência de que haviam perdido os poucos dentes remanescentes porque haviam ficado “moles”. Alguns haviam extraído seus próprios dentes, sem sequer precisarem ir ao consultório odontológico. Os relatos levaram outros participantes a se manifestarem, porque estavam vivenciando um problema semelhante naquele momento.

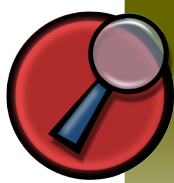


**PARA
REFLETIR**

Que doença bucal as pessoas do grupo compartilhavam?

Por que razão os relatos dos participantes daquele grupo foram semelhantes?

Na sua unidade há um grupo semelhante (HIPERDIA, terceira idade, grupo de apoio para cessação do tabagismo) que poderia se beneficiar de mais informações e/ou tratamento sobre o problema bucal apresentado? Pense em quais estratégias você empregaria para lidar com o assunto, elabore um pequeno projeto de ação para sua unidade.



FIQUE DE OLHO

Lembre-se: segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se que em 2050 a população terá mais de 63 milhões de idosos. Essa população necessita de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, sendo a saúde bucal um fator contribuinte para o estabelecimento do seu bem estar.

Situação Problema 2

Durante uma visita domiciliar, detectou-se nas famílias que metade dos idosos usava prótese total (dentadura) e outra metade não utilizava, sendo desdentados totais. Alguns idosos, que não utilizavam a prótese queixaram de dor muscular, de sensação de boca murcha e seca. Os idosos que utilizavam dentadura queixaram de sentir um gosto ruim na boca, que não escovavam a dentadura e de desconforto durante a mastigação. Ao serem questionados por quanto tempo eles usavam a dentadura a maioria respondeu que há mais de 15 anos.



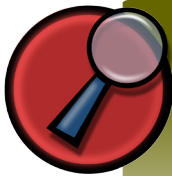
**PARA
REFLETIR**

Frente ao cenário exposto acima, reflita...

- Porque um grande número de idosos usa dentadura? E outros não utilizam?
- De que forma a perda dos dentes influi sobre a mastigação, digestão, gustação, pronúncia, aspectos estéticos além de predispor a doenças geriátricas?
- Quais as orientações devem ser passadas aos idosos em relação à higiene da prótese?



A maioria da população idosa atual teve acesso anteriormente a uma Odontologia essencialmente curativista, caracterizada por uma prática de rotina de extrações dentárias considerada o principal procedimento terapêutico. Como consequência direta, a população idosa de uma forma geral, é usuária de prótese ou necessita utilizá-la.



FIQUE DE OLHO

Segundo dados do SB Brasil 2010, mais de 3 milhões de idosos necessitam de prótese total (dentadura) nas duas arcadas dentárias e que outros 4 milhões necessitam usar prótese parcial removível (em uma das arcadas).



SAIBA MAIS

O **edentulismo** pode ser considerado como a perda total dos dentes, sendo determinado por fatores biológicos (como cárie e doença periodontal) e outros de origem não biológica. A função mastigatória de pacientes edêntulos fica comprometida e de uma forma geral compromete também os fatores nutricionais, uma vez que os edêntulos tendem a evitar dietas com fibras e por sua vez consomem maior quantidade de alimentos ricos em gordura saturada e colesterol. De acordo com Felton (2009), pacientes edêntulos apresentam maior risco de apresentarem má nutrição, obstrução da artéria coronária, a serem fumantes, asmáticos e diabéticos.



PARA REFLETIR

Observando o esquema abaixo, algumas questões podem ser abordadas e refletidas. Como orientar o paciente idoso quanto à higienização da prótese?





SAIBA MAIS

Para saber mais sobre higienização de próteses, leia o artigo **Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis** (Gonçalves *et al.*, 2011), disponível na sua biblioteca.



**PARA
REFLETIR**

Qual a implicação do processo de envelhecimento para a manutenção da saúde bucal?



As alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento podem levar a um estado de debilidade nos idosos, o que pode refletir na manutenção da saúde sistêmica e bucal, podendo ser mais precária e deficiente.

É certo que com a idade o organismo humano sofre algumas alterações claramente perceptíveis em idosos, e isso faz com que haja uma debilidade das funções. Isso reflete também na manutenção da saúde bucal, que passa a ser mais precária e deficiente.

A higiene bucal é o segundo fator geralmente ignorado quando o grau de senilidade prejudica a coordenação motora, impedindo, então, os cuidados com a prótese. A falta de cuidado com a higiene bucal, e por sua vez com a prótese, pode levar a um acúmulo de bactérias e fungos, o que pode acarretar em algumas enfermidades como candidíase e estomatites, as quais podem ocasionar ardência e sensação de desconforto (Loewy, 2011).

Portanto, é muito importante orientar o paciente ou os cuidadores sobre a necessidade de higienização das próteses com agentes antimicrobianos e antifúngicos. Podem também, serem utilizados métodos alternativos de limpeza, como: escovas específicas para dentadura e raspadores linguais. Quanto aos cuidados com a boca, deve ser instruído sobre a importância da retirada noturna da prótese, higienização do rebordo (área edêntula) com gaze umedecida, e também escovação da língua.

Outra questão importante se refere ao trauma, que constitui uma irritação crônica, ocasionado por uma prótese mal adaptada na boca o que pode levar ao desenvolvimento de um tecido hiperplásico, ou hiperplasia fibrosa inflamatória (Mandalli, *et al.*, 2010).



PARA REFLETIR

Qual seria a recomendação para o idoso que usa prótese que está com má adaptação ou com muito tempo de uso?

Este é o caso para orientação quanto à higiene da prótese e este é um caso para encaminhamento (referência) ao dentista do Centro de Especialidades Odontológicas para que seja realizado o diagnóstico da situação da prótese e das condições ósseas por meio de radiografias panorâmicas, além do diagnóstico histopatológico da lesão hiperplásica. Embora a condição apresentada seja uma lesão reacional, de caráter benigno, somente a análise microscópica pode assegurar o diagnóstico definitivo.

Lesões Bucais

As lesões bucais, embora na maioria das vezes tenham caráter benigno, costumam afetar negativamente a qualidade de vida das pessoas acometidas. Estudo com 216 pacientes que apresentavam algum tipo de lesão bucal mostrou que cerca de 30% tinha síndrome da ardência bucal, quase metade apresentava líquen plano bucal, 20% apresentava estomatite aftosa recorrente e 7% tinha outros distúrbios na mucosa oral. Com relação à qualidade oral de vida, os piores escores foram encontrados para síndrome da ardência bucal. As doenças da mucosa bucal têm um impacto negativo sobre a saúde e qualidade de vida. As lesões chamadas de potencialmente malignas merecem receber uma atenção destacada. Há alguns tipos principais, entre eles a **leucoplasia**, a **eritroplasia**, o **líquen plano** e a **quelite actínica**, que se caracterizam pela possibilidade de transformação maligna.

Leucoplasia

A leucoplasia é um termo essencialmente clínico, dado a uma lesão mais branca que a mucosa circunjacente, que não pode ser raspada e que possui um potencial de malignidade.

Seu diagnóstico é realizado tanto pelos aspectos clínicos, como pela exclusão de outras lesões semelhantes. Clinicamente, podem apresentar-se de forma homogênea ou heterogênea e, histologicamente, a distinção pode ser feita pela presença de displasia e seus diferentes graus.

A maioria das lesões crônicas pode ser assintomática e pode desenvolver-se em resposta a um trauma agudo ou crônico de diferentes fontes de infecção.



Figura 3. Leucoplasia em lábio. Fonte: Nascimento *et al.*, 2011



SAIBA MAIS

Para saber mais, leia a revisão sobre Leucoplasia disponível na sua biblioteca.

Eritroplasia

O termo eritroplasia oral é empregado para descrever lesão bucal macular ou em placa, de coloração vermelha, para a qual não pode ser estabelecido um diagnóstico clínico específico. Quando há associação de áreas vermelhas e brancas ou pontos granulares esbranquiçados sobrepostos à região vermelha, as lesões são designadas por eritroleucoplasia, leucoeritroplasia ou leucoplasia salpicada.

Aeritroplasia oral (EO) é uma lesão rara, entretanto, suas taxas de transformação maligna são consideradas as mais elevadas entre todas as lesões cancerizáveis da mucosa bucal, pois em mais de 90% dos casos já existe displasia, carcinoma in situ ou carcinoma invasivo (Reichart & Philipsen, 2004).



Figura 4. Eritroplasia. Fonte: www.lookfordiagnosis.com



SAIBA MAIS

Para saber mais, leia o artigo sobre Eritroplasia disponível na sua biblioteca.

Líquen Plano

O líquen plano da mucosa oral (LPO) é afecção relativamente comum, que pode aparecer isolado ou associado ao líquen plano cutâneo. O LPO tende a ser crônico, recidivante e de difícil tratamento, levando a importante morbidade, principalmente em sua forma erosiva.

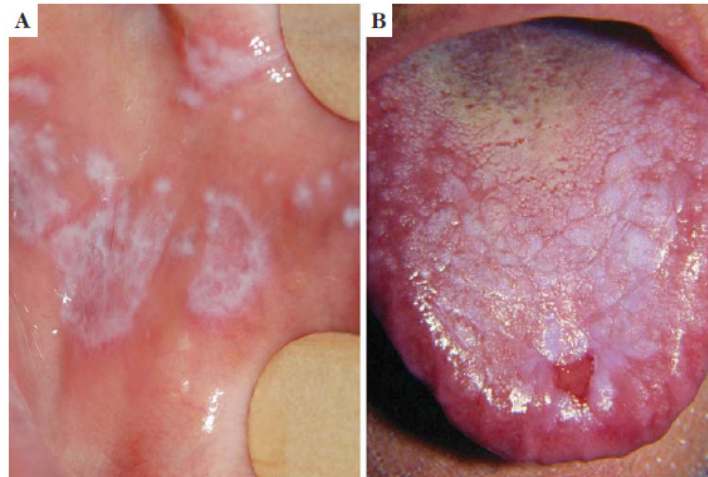


Figura 5. Líquen Plano. Fonte: Nico *et al*, 2011



SAIBA MAIS

Para saber mais, leia o artigo sobre Líquen Plano Oral disponível na sua biblioteca

Queilite actínia

A queilite actínica é também conhecida como ceratose actínica do lábio. A similaridade com a ceratose actínica da pele está na etiologia comum das duas doenças, na exposição à radiação solar e no fato de serem ambas precursoras do desenvolvimento do carcinoma espinocelular. Ela se manifesta por ressecamento, erosões e perda do limite do lábio inferior, acometendo, sobretudo, pessoas de pele clara. Os principais fatores de risco são: exposição crônica aos raios solares, tabagismo e má higiene bucal.



SAIBA MAIS

Para saber mais, leia o artigo sobre Queilite actínica disponível na sua biblioteca

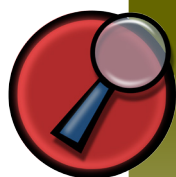
Para Refletir

No tocante às lesões orais de caráter maligno, outras formas de análise conjetural se impõem, para além da qualidade de vida. A incidência do câncer oral é maior em alguns países em desenvolvimento, possivelmente devido às dificuldades

na prevenção, na resolatividade da atenção primária, na aplicação de políticas regulatórias, no acesso ao diagnóstico e tratamento.

Aos profissionais da atenção primária, que constituem o primeiro contato com o sistema social ou de saúde, cabe a identificação de pessoas em risco, a orientação para a prevenção e o encaminhamento para diagnóstico precoce, visando minimizar as consequências da doença. No geral, as pessoas que vivem nos países em desenvolvimento são mais vulneráveis a adotar comportamentos de risco do que pessoas que vivem em países desenvolvidos.

O câncer oral e o câncer faríngeo são de causalidade complexa, mas as evidências disponíveis sugerem que fatores ambientais estão impulsionando os padrões geográficos. Certamente, esses padrões podem ser modulados por fatores individuais constitucionais. Além do tabagismo e álcool, que são as principais causas ligadas ao câncer oral e de faringe, os baixos padrões de vida da população brasileira podem contribuir para a ocorrência de casos desses tipos de câncer.



FIQUE DE OLHO

De acordo com o estudo de Johnson *et al.* (2011), o câncer oral é uma doença dos pobres e excluídos. A redução das desigualdades sociais requer políticas nacionais coordenadas e iniciativas sociais, especialmente pela abordagem aos fatores de risco comuns: controle do ambiente; água potável; alimentação adequada; educação pública e profissional sobre sinais e sintomas precoces; diagnóstico e intervenção precoces; tratamentos baseados em evidências e adequados aos recursos disponíveis; reabilitação e cuidados paliativos. A redução das desigualdades é propiciada quando há aplicação do conhecimento existente em toda sociedade.

Um detalhe importante sobre o câncer de orofaringe é o papel do HPV (vírus do papiloma humano). Análises epidemiológicas da última década demonstram um rápido aumento de tumores de cabeça e pescoço, especialmente de orofaringe, HPV-associados. Não-fumantes, não-bebedores, e os que iniciam precocemente a vida sexual têm um risco aumentado de câncer de orofaringe HPV-positivo. A transmissão sexual parece desempenhar um papel causal, o que ainda é matéria de debate.

Os tumores malignos da boca incluem os que afetam o lábio, língua e boca, orofaringe, excluindo as glândulas salivares e outros locais da faringe. Quando nos reportamos ao câncer oral, em geral, estamos falando de um tipo específico, o câncer espinocelular. Esse tipo histológico representa cerca de 90% de todos os tumores malignos que acometem a região bucal.

O câncer oral é um grave problema de saúde pública e embora não seja uma neoplasia muito prevalente, é crescente em muitas partes do globo. Câncer de boca e faringe, agrupados, são o sexto tipo de câncer mais comum no mundo. A incidência anual estimada é cerca de 275.000 casos de câncer oral, sendo que dois terços dos casos ocorrem em países em desenvolvimento. As áreas caracterizadas por altas taxas de incidência para o câncer oral (excluindo lábio) são encontradas nas regiões Sul e Sudeste da Ásia (Sri Lanka, Índia, Paquistão e Taiwan), partes da França e

países da Europa Oriental (Hungria, Eslováquia e Eslovênia), partes da América Latina e no Caribe (Brasil, Uruguai e Porto Rico) e em regiões do Pacífico (Papua Nova Guiné e Melanésia).

A baixa sobrevivência de tumores de boca e faringe na população brasileira parece estar ligada à demora no diagnóstico. Para a maioria dos países, as taxas de sobrevivência, em cinco anos, para cânceres de língua, cavidade oral, orofaringe, são cerca de 50-60%. O melhor resultado é para o câncer do lábio, com mais de 90% dos pacientes sobrevivendo por cinco anos. Em geral, o prognóstico diminui com doença avançada, com a baixa idade, com demora no diagnóstico.

O diagnóstico tardio parece ser um dos principais responsáveis pelos prognósticos ruins e pelas baixas taxas de sobrevivência. Os pacientes geralmente demoram a procurar aconselhamento profissional, em média, por períodos de até três meses depois de ter conhecimento de qualquer sintoma oral que poderia estar ligado ao câncer oral.



Para saber mais, leia o artigo disponível na sua biblioteca

Brocklehurst PR, Baker SR, Speight PM. Primary care clinicians and the detection and referral of potentially malignant disorders in the mouth: a summary of the current evidence. *Prim Dent Care*. 2010 Apr;17(2):65-71.

Referências

Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organizations Classification of Tumour. Pathology & Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press. 2005.

BRAGA, M. M.; MENDES, F. M.; IMPARATO, J. C. P. A doença Cárie Dentária. In: IMPARATO, J.C. P.; RAGGIO, D. P.; MENDES, F. M. Selantes de fossas e fissuras: quando como e por quê? 1. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Fejerskov, O.; Kidd, E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. 1. ed. São Paulo: Santos, 2005.

HOSNI, Elaini Sickert et al . Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo , v. 75, n. 2, p. 295-299, Apr. 2009.

Johnson NW, Warnakulasuriya S, Gupta PC, Dimba E, Chindia M, Otoh EC, Sankaranarayanan R, Califano J, Kowalski L. Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. Adv Dent Res. 2011 May;23(2):237-46.

KEYES, P. H. Recent advances in dental research: bacteriology. Int. Dent. J., London, v. 12, no. 4, p. 443-464, 1962

KEYES, P. H. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries. Arch. Oral Biol., Oxford, v. 1, p. 304-320, 1960.

Lima, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, v. 12, n. 6, p. 119-130, 2007.

Mandalli G, Sener ID, Turker SB, Ulgen H. Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesions in complete denture wearers. Gerodontology, v.28, n.2, p. 97–103, 2011.

MELLO, Ana Lucia Schaefer Ferreira de et al . Saude bucal na rede de atencao e processo de regionalizacao. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, Jan. 2014 .

MELLO, Ana Lucia Schaefer Ferreira de; ANDRADE, Selma Regina de; MOYSES, Samuel Jorge and ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Saude bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.1 pp. 205-214.

MOYNIHAN, P.; PETERSEN, P.E. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutrition, v. 7, n. 1A, p. 201-226, 2004.

Nascimento, J. J. L; Minas, W. B.; Prosdócimi, F. C.: Ottoni, C. E. C.; Siqueira, C. S. & Rabelo, G. D. Leucoplasia: Uma revisão de literatura. Rev. Ibirapuera, São Paulo, n. 1, p. 58-61, jan./jun. 2011.

NEWBRUN, E. Cariology. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.

Nico, M. M.S.; Fernandes, J. D., Lourenço, S. V. Liquen plano oral. An Bras Dermatol. 2011;86(4):633-43

OPAS. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa/ Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

Reichart PA, Philipsen HP. Oral erythroplakia: a review. Oral Oncol. 2005;41(6):551-61.

Roscoe, E. W. Tsuneo, Tebcherani, A. J., Sittart, A.. Pires, M. C. Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-plastia. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro , v. 86, n. 1, p. 65-73, 2011.

