

Colgate PREV NEWS

Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal



Proporcionando Educação Profissional Continuada a Serviço da Odontologia Mundial

O Microscópio Clínico: Pode Melhorar a Qualidade do Tratamento Dentário?

A Odontologia como profissão está passando por mudanças clínicas profundas devido à introdução de novas tecnologias. Entre as mais recentes e potencialmente mais poderosas novidades está o microscópio clínico¹ (figura 1). Muitos dentistas estão percebendo que nem mesmo a melhor visão normal é tão boa quanto a visão auxiliar com a ampliação e iluminação proporcionada por um microscópio.

Uma visibilidade superior é obtida com o microscópio em função da grande flexibilidade que ele proporciona na visão do campo de trabalho, através de ângulos magnificados diferentes, bem como uma iluminação coaxial³ (paralela). Este uso vantajoso num vasto número de áreas da Odontologia tem sido descrito por Sheets e Paquette numa série de relatos clínicos.¹⁻⁷



Figura 1. Exemplos de microscópios clínicos para uso na Odontologia; adaptado ao óculos (A e B) ou como suporte na cabeça (C).

A necessidade de visão está entre os desafios mais comuns partilhados por todas as disciplinas da Odontologia. Como resultado do aumento do interesse em torno desta tecnologia, microscópios cirúrgicos têm sido introduzidos nos currículos das faculdades da Odontologia nos Estados Unidos.²

O microscópio clínico permite não apenas uma acessibilidade visual ampla, mas também uma postura mais favorável para o dentista e uma qualidade de resultados aprimorada para o paciente.²⁻⁴

Periodontia

As vantagens da magnificação durante cirurgias periodontais delicadas estão na melhora dos resultados estéticos, por reduzir o tempo de cicatrização, o desconforto para o paciente, as lesões aos tecidos moles e o inchaço.^{5,6}

Cirurgia

Pelo fornecimento de uma fonte de foco de luz nas áreas mais difíceis, a propriedade de iluminação e a magnificação do microscópio permite aos clínicos operarem em áreas antes inacessíveis.⁶

Nesta edição

O Uso do Microscópio na Odontologia	1
Página Periodontal	4
Na Prática	5
Página de Higiene	6
Prática Clínica	7
Projeto Prevenção	9
Atualização Colgate	10

Volume 11, Número 2

Editor Chefe

Chester W. Douglass, DMD, PhD; EUA.
Professor de Política de Saúde Oral e Epidemiologia, Harvard School of Dental Medicine e School of Public Health

Editores Associados

John J. Clarkson, BDS, PhD; Irlanda
Saskia Estupinan-Day, DDS, MPH
Organização Pan-Americana de Saúde;
Washington, DC
Kevin L. Roach, BSc, DDS, FACD; Canadá
Zhen-Kang Zhang, DDS, Hon. FDS, RCS
(Edin.); China

Conselho Internacional

Per Axelsson, DDS, Odont. Dr; Suécia
Irwin Mandel, DDS; EUA
Roy Page, DDS, PhD; USA
Gregory Seymour, BDS, MDSc, PhD,
MRCPath; Austrália



A dupla vantagem do aumento de iluminação e ampliação fornecidas pelo microscópio clínico facilita o tratamento dentário.

Em conjunto com o uso de um espelho intra-oral, proporciona um acesso visual comparável a um endoscópio, permitindo a visualização em quaisquer eixos.³

Dentística Restauradora

Com ajuda do microscópio, pequenas manchas escuras podem ser mais corretamente diagnosticadas como cáries, margens abertas, microinfiltrações ou fraturas. Lesões incipientes podem ser diagnosticadas mais rapidamente e tratadas menos traumáticamente.⁶ O microscópio possibilita ao dentista ter acesso à adaptação da margem da restauração.²⁶ A qualidade da restauração pode ser melhorada a cada passo do processo restaurador, por meio das vantagens do aumento da magnificação e da iluminação (figura 2).

Figura 2. Dente visto em tamanho natural (A) versus ampliado 2,5 vezes (B).



(A)



(B)

Benefícios Específicos

Restaurações de porcelana. O aumento da procura por restaurações estéticas em porcelana tem levado a uma necessidade maior por margens das restaurações mais adaptadas à superfície do dente.⁴ Por que a fabricação dos delicados e quebradiços materiais de porcelana requer extrema precisão o sucesso depende de detalhes muito distintos e cristalinos da margem.

Um preparo ideal proporciona detalhes nítidos, redução adequada do material em excesso e contornos marginais lisos e compatíveis com a arquitetura gengival.⁴ O microscópio proporciona a habilidade para um acabamento fino dos detalhes do preparo para maximizar a precisão da adaptação. Isto ajuda a evitar manchas, propagação de tensões em potencial ou fraturas.⁶

Fazendo moldagem. Durante a colocação de fio de retração e tomada da moldagem, a ampliação e a iluminação do trabalho podem aumentar a precisão de uma moldagem e diminuir o potencial de retração traumática do tecido, por facilitar o delicado manuseio dos tecidos necessário para evitar reações periodontais negativas.⁴

O uso do microscópio auxilia na manutenção de uma melhor posição ergonômica para o dentista.

A magnificação também auxilia na injeção do material de moldagem em torno do local do preparo, possibilitando aos clínicos verem o material se infiltrando dentro dos sulcos e permitindo uma cobertura completa das áreas marginais. A precisão da moldagem pode ser examinada através do microscópio, dando uma inspeção detalhada das margens internas das superfícies, observando as inadequações, tais como bolhas, vazios, inclusões e áreas onde o material de moldagem não foi polimerizado.⁴ Outras inadequações no preparo, tais como chanfros não desejados, relevos, ângulos de transição agudos e asperezas nas margens, são percebidas durante a fase de preparo do tratamento através do uso do microscópio.⁴

Defeitos na moldagem que poderiam ter causado eventuais problemas na confecção da restauração são facilmente localizados e eliminados, reduzindo tempo e despesas tanto para os protéticos, como para o clínico e para o paciente.⁷

Vantagens para o dentista

O uso do microscópio auxilia na manutenção de uma melhor posição ergonômica para o dentista. Na tentativa de compensar a falta de visibilidade, os dentistas freqüentemente desenvolvem uma postura corporal tensa e comprometedora por prolongados períodos de tempo, e que leva a maioria deles a sofrerem dores nas costas.^{2,4}



Através do uso de um microscópio clínico, os dentistas podem se locomover livremente entre ampliações de duas a 21 vezes, enquanto mantêm a acuidade visual e uma boa postura durante os procedimentos odontológicos.⁴ O posicionamento e postura mais ereta proporcionados aos dentistas com esta tecnologia pode resultar numa redução nas tensões do pescoço e da coluna que podem ser encontradas com o típico uso de lupas.¹

Por proporcionar uma acuidade visual maior, o uso do microscópio resulta numa odontologia mais precisa. Movimentos mais precisos e controlados da broca são conseguidos durante o preparo, e as habilidades motoras são imensamente melhoradas.^{4,6} Devido ao fato de que os materiais estéticos freqüentemente se confundem com a estrutura circundante do dente, sua adaptação às vezes pode ser um desafio. Filtros incorporados ao microscópio possibilitam ao clínico aplicar e manipular materiais restauradores foto-polimerizáveis sem que ocorra uma polimerização precoce.⁴

As imagens mais nítidas e marcantes fornecidas pelo microscópio podem melhorar a qualidade do tratamento e beneficiar o paciente.

Advertências

As vantagens do microscópio clínico são numerosas: exame de um objeto com vários comprimentos e magnificações focais, boa postura, posição visual mais relaxada, pois a necessidade de convergir os olhos para o foco é eliminada, iluminação sem sombras devido à iluminação coaxial e um aumento na habilidade motora, resultado do aumento da

acuidade visual e visibilidade.⁵ A despeito destas vantagens, alguns dentistas consideram o uso do microscópio uma despesa desnecessária para sua atividade odontológica. Entretanto, o microscópio tem mostrado que a precisão e a estabilidade do sistema neuromuscular aumentam com a magnificação, o que pode ser traduzido numa melhor qualidade de atendimento odontológico.¹ Alguns clínicos estão preocupados com a curva de aprendizado associado com o domínio do uso do microscópio. No entanto, enquanto os procedimentos odontológicos possam inicialmente ser mais longos, quando atingirem um nível de destreza maior, a maioria dos dentistas vão por fim perceber uma melhoria na qualidade de trabalho assim como um aumento na produtividade. A dentística restauradora requer extrema destreza e acuidade visual. As imagens mais nítidas e marcantes, proporcionadas por um microscópio, poderiam melhorar a qualidade do tratamento e beneficiar o paciente. **IN**

Referências

1. Sheets CG, Paquette JM. *Practical applications of the clinical microscope in a restorative dental practice. Part VI of VI, 2001.*
2. Sheets CG, Paquette JM. *The Mastership Series: The magic of magnification. Dent Today 1998;16(12).*
3. Sheets CG, Paquette JM. *A restorative dentist's guide to the clinical microscope. Part III of VI, 2001.*
4. Sheets CG, Paquette JM. *The clinical microscope in prosthetic practice: Making excellence easier. Part I of VI, 2001.*
5. Sheets CG, Paquette JM. *Is magnification for you? Dent Econ 2001; 91(1):102-106.*
6. Sheets CG, Paquette JM. *The Mastership Series: Enhancing precision through magnification. Dent Today 1998; 17(1):44-49.*
7. Sheets CG, Paquette JM. *Practical applications of the surgical microscope in clinical restorative practice. Part IV of VI, 2001.*

Continuação da pág. 5

se enviar um modelo de estudo tridimensional junto com as instruções ao laboratório, principalmente em casos problemáticos e de repetição de PPRs.

A comunicação entre o dentista e o protético é o elemento chave na obtenção do sucesso do tratamento. Tais intercâmbios deveriam necessariamente incluir um modelo de estudo acompanhado de um diagrama desenhado, encontros pessoais, telefonemas e e-mail. Diagramas desenhados acompanhando as autorizações para a execução da PPR normalmente tomam a forma de um diagrama explicativo, desenhado à mão ou computadorizado. Softwares desenvolvidos para este propósito também facilitam a comunicação via internet. Com uma boa comunicação, os dentistas podem formar mais fortes ligações com os protéticos. O paciente se revelará como um verdadeiro vencedor, tendo recebido um aparelho protético removível corretamente confeccionado e adaptado. **IN**

Referências

1. Davenport JC, Basher RM, Heath JR, et al. *Communication between the dentist and the dental technician. Br Dent J 2000;189:471-474.*

O Prev News está disponível na internet no site

www.colgateprofessional.com.br



PÁGINA

PERIODONTAL

Doença Periodontal e Acidente Vascular Cerebral

A doença periodontal é uma das mais comuns infecções bacterianas. Freqüentemente, ela leva a uma substancial resposta de anticorpos sistêmica e a liberação de mediadores inflamatórios. Localmente, estes eventos levam a atrair um agrupamento de células inflamatórias, à degradação do tecido conjuntivo e destruição óssea. Do ponto de vista sistêmico, estudos atuais sugerem que o estado periodontal pode ser um fator de risco independente para um acidente vascular cerebral.¹

Devido à alta prevalência de doença dentária, particularmente entre idosos, associações com efeitos sistêmicos são importantes. Até 33% das pessoas de meia-idade têm periodontite, 40% estão desdentados e 48% têm gengivite.¹

Evidência ligando doença periodontal e acidente vascular cerebral

O primeiro estudo nacional, baseado na população, sobre doença periodontal e doença cerebrovascular, utilizou dados da Pesquisa e Levantamento Nacional sobre Saúde e Nutrição que examinou quase 10 mil indivíduos.² Comparados com os indivíduos com boa higiene oral, aqueles com doença periodontal tinham duas vezes mais risco de sofrerem um acidente vascular cerebral. Esta relação foi verdadeira em homens, mulheres, negros e brancos. O aumento do risco de acidente vascular cerebral foi encontrado apenas para os casos de não-hemorragicos. Os derrames são causados por perda de sangue no

cérebro, devido a uma obstrução que leva certamente à ruptura do vaso.

Outros estudos menores apoiam essa descoberta. Beck *e colaboradores* encontraram uma forte associação entre a perda do osso alveolar e o acidente vascular cerebral entre uma grande legião de soldados veteranos.³ Aqueles que tinham alto nível de perda óssea alveolar eram quase três vezes mais propensos a terem um acidente vascular cerebral do que aqueles pacientes com baixo nível de perda óssea. Grau *e colaboradores* descobriram que um estado dentário deficiente, resultante de uma infecção periodontal crônica, estava associado com um aumento no risco de acidente vascular cerebral.⁴ A relação entre lesões periapicais e derrames parece ser a mais forte.

Alguns estudos, entretanto, são menos conclusivos. Isso se deve à dificuldade de se controlar fatores de risco comuns, tais como fumo, estado emocional (estresse) e dieta. Em

análise recente dos dados do Estudo de Saúde Clínica, uma investigação de câncer e doença cardiovascular em mais de 2,5 mil pacientes, clínicos americanos compararam a relação entre os relatos de doença periodontal e o risco de doença cardiovascular.⁵ Enquanto os resultados mostraram um aumento no risco de acidente vascular para pacientes com doença periodontal, o aumento não foi significativo. Similarmente, uma análise do levantamento de Nutrição do Canadá mostrou uma tendência de aumento destas taxas de risco que não eram significantes.⁶

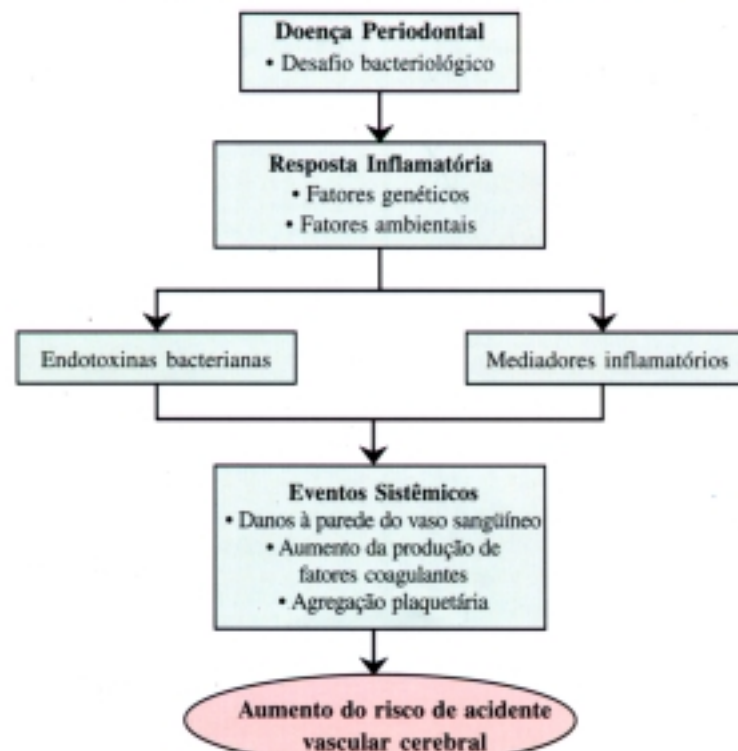
Caminhos potenciais

A doença periodontal pode aumentar o risco de acidente vascular cerebral através de vários caminhos diferentes (veja figura abaixo). Bactérias, endotoxinas e outros produtos bacterianos, provenientes das bolsas periodontais, entram na circulação e podem promover uma resposta inflamató-

Continua na pág. 8

Doença Periodontal e Acidente Vascular Cerebral

Um modelo hipotético do caminho da resposta inflamatória*



*outros caminhos podem ser através da dieta ou de fatores de risco comuns. Figura modificada de Beck e colaboradores.



NA PRÁTICA

Uma Eficaz Comunicação Entre os Dentistas e os Protéticos é essencial

Uma prótese parcial removível (PPR) com ótimos resultados depende do trabalho conjunto de técnicos de laboratório, quase como se eles estivessem participando de uma corrida de revezamento. O dentista fornece o conhecimento clínico e o treino, conduz uma minuciosa avaliação do paciente, planeja o tratamento e executa quaisquer preparos dos tecidos moles ou duros. O protético contribui com o conhecimento e a perícia no trabalho com os materiais usados para confeccionar as PPRs. Por mais que se tenha conhecimento técnico, entretanto, nada pode compensar a falta de compreensão das necessidades do paciente ou uma comunicação

deficiente entre o dentista e os protéticos.

Uma comunicação eficaz entre dentista e protéticos é essencial porque os protéticos tem que transformar instruções escritas e um diagrama bidimensional num modelo de trabalho tridimensional, que vem de encontro às necessidades particulares do paciente. Este modelo deve incorporar princípios mecânicos e biológicos aceitáveis e técnicas e materiais apropriados envolvidos na confecção das PPRs.

A menos que o dentista comunique informações relevantes,

Por mais que se tenha conhecimento técnico, nada pode compensar a falta de compreensão das necessidades do paciente. O dentista deve fornecer tais informações para o protético.

o protético possivelmente desconhecerá elementos essenciais da história médica e odontológica do paciente, incluindo aqueles aspectos que podem afetar o tratamento com a PPR. Esta é uma tarefa do dentista o qual deve conduzir um exame clínico minucioso e uma boa análise do meio bucal. Terapia ortodôntica e periodontal e preparos dentários podem ser pré-requisitos necessários para melhorar a eficácia do tratamento com a PPR.¹

Infelizmente, tem havido uma tendência de se delegar mais responsabilidades ao protético na confecção da PPR. Para conter esta tendência, certos países, tais como os Estados Unidos e a Suécia, puseram em prática uma legislação que estipulou que o dentista é absolutamente responsável por todos os tratamentos e próteses. As comunidades Europeias oferecem orientação de anotações para os fabricantes de aparelhos dentais, afirmando que as PPR são construídas de acordo com uma receita escrita por um profissional totalmente qualificado. Em algumas jurisdições, o dentista deve enviar uma autorização de trabalho escrita para os protéticos para confecção da PPR.

As autorizações de trabalho para o laboratório devem rotineiramente conter as informações completas necessárias para a confecção das PPRs (veja figura ao lado). Na ausência de um sistema de código universal, é essencial que haja um entendimento comum entre o dentista e o protético no significado dos códigos, tais como o significado de diferentes cores utilizadas para indicar apoio, retenção, grampos ou braços. Para aumentar a probabilidade do sucesso do tratamento, recomenda-

Continua na pág. 3

Pedido de trabalho para laboratório protético: INSTRUÇÕES / AUTORIZAÇÃO	
Nome Paciente	N.º de Registro
Informações do consultório dentário (nome, endereço, telefone, fax, e-mail)	
Data da próxima consulta coordenadas para o laboratório nome do protético	
Desenho do diagrama da prótese parcial removível (PPR)	
Desenho do diagrama com indicações claras do trabalho a ser feito.	
Instruções específicas para PPR (componentes, tipo de articulador)	
Anotações exigidas pela legislação em vigor	



PÁGINA

DE HIGIENE

Gomas de Mascar Podem Proporcionar Benefícios a Saúde Oral

Há alguma indicação de que gomas de mascar podem ser usadas como método para proporcionar benefícios à saúde oral?

Algumas evidências indiretas extraídas de estudos sobre gomas de mascar sem açúcar na incidência de cáries dentárias podem indicá-las como um meio razoável para produzir mudanças na saúde dental.

Nos anos atuais tem havido considerável interesse no uso de gomas de mascar sem açúcar, após as refeições, como uma maneira de estimular a salivação e prevenir as cáries dentárias. Alguns estudos têm mostrado que as gomas de mascar sem açúcar contribuem para a diminuição das cáries dentárias. Acredita-se que, mascarando a goma sem açúcar, aumenta-se o fluxo salivar, realçando o efeito neutralizador da saliva e, por meio disso, neutralizando a queda do pH da placa que ocorre logo após as refeições.¹

Gomas de mascar sem açúcar contêm xylitol ou sorbitol, dois açúcares derivados dos carboidratos, substitutos pertencentes aos grupos do polyol e dos açúcares derivados do álcool. Embora similares, estes dois substitutos têm suas diferenças. Sorbitol é 60% tão doce quanto a sacarose e pode ser fermentado pela flora normal da boca incluindo aquelas cariogênicas; xylitol é tão doce quanto a sacarose e não é fermentado pelos micróbios orais. Por esta razão, xylitol é considerado como *não-acidogênico* e potencialmente dos dois o mais eficaz agente na redução de cáries dentárias.² O fato de que mascar gomas feitas com diferentes ingredientes pode afetar a incidência de cáries dentárias ilustra que não é meramente o ato de mascar uma goma aumentando o fluxo salivar

que diminuirá cáries. Como a tabela abaixo sugere, os efeitos da goma são mais influenciados pelo seu conteúdo.

O primeiro dos dois estudos apresentados na tabela, avaliou dois anos de uso da goma de mascar nas taxas de cáries na primeira dentição de crianças em Belize (uma nação influenciada por vários fatores de predisposição às cáries, tais como ausência de água fluoretada, dietas ricas em carboidratos, acesso limitado aos cuidados odontológicos e aumento no consumo de doces com taxas 33% a 75% mais altas que as quantidades consumidas nos Estados Unidos). Resultados mostraram que o uso de todas as gomas à base de polyol resultaram numa significativa redução nas taxas de cáries e de todas as fórmulas testadas a que continha 100% xylitol na forma de bolinha foi a mais eficaz.^{3,4} Um artigo, à parte, de observações clínicas nos dois diferentes grupos de idade das crianças de Belize, mostrou que mascar goma foi também benéfico na não progressão e na remineralização das cáries.⁵

O efeito benéfico da goma de polyol no estudo de cáries dentárias em crianças tem também sido observado

por outros autores,⁷ sugerindo que o uso de gomas de mascar sem açúcar pode oferecer uma medida suplementar no controle da doença oral e na manutenção da saúde oral, particularmente em áreas de alto consumo de açúcar e recursos limitados para os cuidados dentários. Um estudo de três anos realizado para testar os efeitos anticariogênicos das gomas de mascar sem açúcar após as refeições entre 1.402 crianças porto-riquenhas revela que aquelas crianças que mascararam o chiclete após as refeições tiveram de 7,9% a 11% menos superfícies cariadas, perdidas e restauradas do que as crianças do grupo sem o uso da goma de mascar.¹ Além do mais, a goma de mascar contendo polyol tem também se mostrado eficiente para inibir o desenvolvimento da placa, reduzir a presença de *streptococcus mutans* em toda saliva e diminuir a inflamação gengival.⁶ Uma intensa revisão de *Tanzer* conclui que os dados são "fortemente sugestivos, sendo o xylitol anticariogênico no ser humano".⁸

Esta farta evidência sugere que a goma de mascar pode de fato causar alterações na saúde dentária. Portanto, incorporar outros componentes à goma

Continua na pág. 8

Estudos analisando gomas de mascar na incidência de cáries					
País	Ano	Pessoas	Duração	Comparados	Resultados
Belize ⁵	1996	510 (6 anos de idade)	24 meses	S/ gomas de mascar	4,9*
				barrinha com sorbitol	3,7
				barrinha com xylitol	2,6
				3:2 xylitol - sorbitol (bolinha)	2,5
				sorbitol (bolinha)	2,4
				4:1 xylitol - sorbitol (bolinha)	2,2
Belize ⁴	1995	1.277 (9-11 anos)	40 meses	S/ gomas de mascar	4,8*
				Chicletes com açúcar (barrinha 5 x 1 dia)	6,2
				sorbitol (bolinha 5 x 1 dia)	4,1
				3:2 xylitol - sorbitol (bolinha 5 x 1 dia)	2,7
				1:3 xylitol - sorbitol (bolinha 5 x 1 dia)	2,4
				xylitol (barrinha 5 x 1 dia)	2,4
				xylitol (bolinha 3 x 1 dia)	2,3
				xylitol (bolinha 3 x 1 dia)	1,8
USA ⁶	1996	188 (adultos)	6 a 30 meses	S/ gomas de mascar	40,33**
				Sorbitol	18,36
				xylitol	14,07

* lesões instaladas por pessoa

** taxas de cáries nas superfícies radiculares (supragengival)



PRÁTICA CLÍNICA

Dentística Estética: Avaliação da Alta- densidade do Material Restaurador Posterior

Por anos, uma alternativa estética para o amálgama tem sido procurada para ser usada em dentes posteriores. Várias alternativas de resina composta têm sido experimentadas, mas estas são freqüentemente marcadas por problemas tais como pouca resistência à abrasão, sensibilidade pós-operatória, desenvolvimento de cáries secundárias, contração na polimerização e dificuldades técnicas associadas à aplicação correta dos compósitos. Parece haver uma dificuldade para se copiar as características de manipulação do amálgama, que permitem que ele seja aplicado e compactado dentro de preparo, proporcionando um bom contato proximal.

Uma nova resina composta é fotopolimerizável, permite o polimento, é radiopaca e produz bons resultados quanto ao desgaste depois de dois anos.

Uma resina composta compactável recém-lançada é apresentada para se igualar às características do amálgama e mostra-se promissora no tratamento de cáries dentárias classe II. Este compósito híbrido fotopolimerizável utiliza partículas de preenchimento irregulares feitas de vidro impregnado com flúor, que se encaixam entre si quando é compactada. Ela permite ser polida e é radiopaca em conformidade com as normas aprovadas da Associação Americana de Odontologia, sobre propriedades físicas e

químicas de um material restaurador de classe II.

Um experimento clínico de dois anos deste material de alta densidade avaliou 25 restaurações em 17 pacientes adultos com idades entre 21 a 45 anos e avaliou os dentes restaurados em 11 categorias¹, usando tipicamente uma escala de três pontos para cada categoria. As avaliações das restaurações foram feitas no início, aos três meses, seis meses, nove meses, um ano e dois anos. As radiografias foram tiradas no pré-operatório, pós-operatório e nas visitas de retorno de um e dois anos. Um método de comparação de modelo indireto foi utilizado para quantificar a extensão do desgaste de cada restauração. Esta análise envolveu uma moldagem em polysiloxane vinyl e uma escala modificada "vivadent" para análise do desgaste. As avaliações foram realizadas independentemente por dois avaliadores separados.

Os resultados foram quantificados pela porcentagem de pessoas com nenhum problema clínico notado. Aos dois anos a taxa de "retornos" foi de 88%, permitindo que 22 das 25 restaurações do início pudessem ser examinadas. Resultados perfeitos foram relatados em quase todas as categorias como pode ser

visto na tabela abaixo. O menor resultado encontrado foi para as manchas de superfície;¹ o hábito de fumar do paciente, conhecido por causar descoloração em resina composta, foi considerado a causa provável das manchas.

Nenhuma evidência clínica ou radiográfica de cárie secundária após a restauração foi encontrada nas pessoas analisadas. Esteticamente, os dentes restaurados eram indistinguíveis dos dentes saudáveis em muitos casos. A média de desgates após dois anos foi de 13,8 micrômetros, comparação provável, pois a taxa anual aceitável deve ser inferior a 50 micrômetros anualmente. Um paciente apresentou uma cárie numa parte não restaurada de um dente do projeto. A restauração foi subseqüentemente reparada, demonstrando que isto é possível com o compósito.

Estudos mais detalhados são necessários para acompanhar o desempenho do compósito num período de tempo mais longo e com mais pacientes. Embora um estudo com 25 restaurações e por um período de apenas dois anos possa não permitir uma conclusão definitiva; estes resultados sugerem que algumas resinas compostas podem ser uma alternativa disponível para substituição do amálgama em alguns pacientes.

Referências

I. Perry RD, Kugel G. Two-year clinical evaluation of a high-density posterior restorative material. Compend Cont Educ Dent 2000;21:1067-1077.

Avaliação clínica da resina composta após dois anos (n=22)

• Retenção	100%
• Estabilidade (cor)	100%
• Selamento marginal	100%
• Resistência a abrasão	100%
• Textura da superfície	100%
• Sensibilidade no pós-operatório	100%
• Saúde dos tecidos moles	100%
• Manutenção do contato proximal	100%
• Integridade marginal	91%
• Manchas na superfície	73%



Editor-chefe Chester Douglass, DMD, PhD; U.S.A.

Professor de Política de Saúde Oral e Epidemiologia Harvard School of Dental Medicine and School of Public Health

© 2001 Colgate-Palmolive Company. Todos os Direitos Reservados. The Oral Care Report/Prev News tem o apoio da Colgate-Palmolive Company para os profissionais da área de saúde bucal.

Dirija seus comentários, perguntas e mudanças de endereço a:



Oral Care Report/Prev News
Centro de Atendimento de Profissionais
0800-162966
Departamento de Relações Profissionais
Rua Rio Grande, 752
São Paulo - SP - CEP 04018-002
Tel.: (11) 5088.5000 - Fax.: (11) 5573.7860

Continuação da Página Periodontal (pág. 4)

ria sistêmica. Como resultado, as células proliferam nos vasos sanguíneos e o fígado aumenta a produção de fatores coagulantes. A magnitude da resposta aparece dependendo dos fatores genéticos e ambientais. Alguns indivíduos podem ser geneticamente predispostos a uma resposta hiperinflamatória, enquanto que, para outros, o estresse pode estar envolvido. A associação de perda dentária e acidente vascular cerebral sugere que até a dieta pode ser um fator para alguns pacientes.²

As bactérias podem também atacar o revestimento do vaso sanguíneo, destruindo células endoteliais. Vários patógenos periodontais podem também induzir agregação plaquetária e promover a formação de uma placa vascular que pode eventualmente conduzir a um bloqueio, coágulo e eventos tromboembólico.

Embora pareça que a doença periodontal e o acidente vascular cerebral estejam associados em alguns pacientes, estudos futuros mais detalhados serão necessários para reforçar a possibilidade de uma relação casual. **EN**

Referências

1. Joshipura K, Ritchie C, Douglass C. *Strength of evidence linking oral conditions and systemic disease. Compend Cont Educ Dent* 2000;21(Suppl 30):12-23.
2. Wu T, Trevisan M, Genco RJ, Dorn JP, Falkner KL, Sempos CT. *Periodontal disease and risk of cerebrovascular disease: The first national health and nutrition examination survey and its follow-up study. Arch Int Med* 2000;160(18):2749-2755.
3. Beck J, Garcia R, Heiss G, Vokonas PS, Offenbacher S. *Periodontal disease and cardiovascular disease. J Periodontol* 1996;67:1123-1137.
4. Grau AJ, Bugge F, Ziegler C, Schwartz W, Meuser J, Tansau A J, et al. *Association between acute cerebrovascular ischemia and chronic and recurrent infection. Stroke* 1997;28:1724-1729.
5. Howell TH, Ridker PM, Ajani UA, Hennekens CH, Christen WG. *Periodontal disease and risk of subsequent cardiovascular disease in U.S. male physicians. J Am Coll Card* 2001;37(2):445-450.
6. Morrison HI, Ellison LF, Taylor GW. *Periodontal disease and risk of fatal coronary heart and cerebrovascular diseases. J Cardiovascular Risk* 1999;6(1):7-11.

Continuação da Página de Higiene (pág. 6)

de mascar, que sejam conhecidos por serem benéficos à higiene oral, pode ser um modo razoável de empregar tais produtos. Serão necessárias mais pesquisas para averiguar isso com maior profundidade.

Em conclusão, para áreas onde procedimentos preventivos e restauradores não podem ser adequadamente aplicados, tais como em regiões empobrecidas, o uso programado de gomas de mascar sem açúcar pode ser significativamente benéfico na diminuição das cáries e talvez ainda como um meio de empregar produtos ativos de higiene oral. **EN**

Referências

1. Beiswanger BB, Boneta AE, Mau MS, Katz BP, Proskin HM, Stookey GK. *The effect of chewing sugar-free gum after meals on clinical caries incidence. JADA* 1998;129:1623-1626.
2. Gales MA, Nguyen T-M. *Sorbitol compared with xylitol in prevention of dental caries. Ann Pharm* 2000;34:98-100.
3. Mäkinen KK, Hujot PP, Bennett CA, Isotupa KP, Mäkinen PL, Allen P. *Polyol chewing gums and caries rates in primary dentition: A 24-month cohort study. Caries Res* 1996;30:408-417.
4. Mäkinen KK, Bennett CA, Hujot PP, Isokangas PJ, Isotupa KP, Pape Jr HR, et al. *Xylitol chewing gums and caries rates: A 40-month cohort study. J Dent Res* 1995;74(12):1904-1913.
5. Mäkinen KK, Mäkinen PL, Pape Jr HR, Allen P, Bennett CA, Isokangas PJ, et al. *Stabilisation of rampant caries: Polyol gums and arrest of dentine caries in two long-term cohort studies in young subjects. Int Dent J* 1995;45:93-107.
6. Mäkinen KK, Pemberton D, Mäkinen PL, Chen C-Y, Cole J, Hujot PP, et al. *Polyolcombinant saliva stimulants and oral health in Veterans Affairs patients — An exploratory study. Spec Care Dent* 1996;16(3):104-116.
7. Petersen PE, Razanamihaja N. *Carbamidecontaining polyol chewing gum and prevention of dental caries in schoolchildren in Madagascar. Int Dent J* 1999;49:226-230.
8. Tanzer JM. *Xylitol chewing gum and dental caries. Int Dent J* 1995;45:65-76.



PROJETO

PREVENÇÃO

Educação para um Futuro Melhor

Projeto Municípios: levar educação sobre saúde bucal a escolas de diversos municípios em todo país

Com a carência do Brasil em educação, muitas regiões pobres e periferias de grandes cidades não têm acesso à informação, principalmente no que se refere a saúde e higiene. Nessa realidade, as escolas, cada vez mais, têm uma importante missão: recuperar sua função educativa e auxiliar na divulgação dos cuidados com o corpo, o organismo e a mente. A iniciativa privada também deve fazer sua parte e para realizar seus projetos a parceria com o Estado é sempre bem-vinda.

Com o Projeto Municípios, desenvolvido nacionalmente pela Colgate de outubro a dezembro do ano passado, 1,45 milhão de crianças receberam educação para manter a saúde bucal e recomendações sobre os cuidados básicos que se deve ter com dentes e gengivas. Pela parceria com diversas prefeituras e principalmente pelas secretarias de saúde e de educação de diversas regiões, o projeto visitou 635 cidades de 19 estados, principalmente zonas rurais. "A criança é vista pela Colgate como um grande agente de mudanças, por isso acreditamos que todas nossas ações direcionadas à saúde bucal infantil



Mais de um milhão de crianças participaram do Projeto Municípios

atingam também seus familiares e sua comunidade", afirma Regina Antunes, gerente de Relações Profissionais e Serviços Educacionais, responsável pelo projeto.

Em cada escola, foi distribuído o kit Município, composto por escovas dentais infantis, cremes dentais em formato de ônibus escolar, folhetos com atividades lúdicas, sacolinhas, um álbum seriado, uma fita de vídeo "Volta ao Mundo com Dr. Dentuço", um macro modelo em papel e um folheto explicativo. "Cada prefeitura recebeu o número de kits necessário para atender a 100% dos alunos das escolas municipais", diz Regina. Dessa forma, as crianças puderam ver a teoria em vídeo e demonstrações das equipes de ação e testar na prática os conhecimentos adquiridos.



Kit Município distribuído pelo projeto

Foco na comunidade

Mais de 31 milhões de

crianças com sorrisos

saudáveis.

Esse é o resultado do

programa Sorriso Saudável,

Futuro Brilhante,

desenvolvido pela marca

COLGATE pelo Brasil afora.

Promover melhoria na

saúde bucal das crianças

brasileiras é o nosso

compromisso com a

comunidade.

Colgate

Sorriso Saudável Futuro Brilhante



Atualização

AS NOTÍCIAS MAIS RECENTES SOBRE PESQUISA, PRODUTOS E TECNOLOGIAS

Colgate

Compreendendo e Administrando o “Medo Odontológico”

Chester W. Douglass, DMD, PhD

Porque algumas pessoas ficam com medo de irem ao dentista?

Um estudo sueco¹ examinou as características das experiências de 160 pacientes em relação ao medo do dentista. Naquele país estimou-se que cerca de 50% da população adulta acha o tratamento dentário desagradável. Para 85% das pessoas, o medo iniciou-se na infância e 24% lembram terem tido um pavor *terrível* antes da sua primeira consulta.

Causas do medo

Entre as características das visitas odontológicas que foram tidas como sendo responsáveis por induzir medo, as mais comumente citadas foram: *o motor de alta-rotação, o motor de baixa-rotação, a preparação de um anestésico e a extração dentária*, com pouquíssima diferença nas colocações relatadas entre homens e mulheres. Parece haver uma forte relação com prévias experiências odontológicas desagradáveis (especialmente durante a infância) e o fato de se evitar o tratamento odontológico, sugerindo que não é a dor que causa a evasão, mas algo relacionado às experiências vividas ou ouvidas sobre encontros desagradáveis com o dentista. Milgrom e colaboradores² sugerem que o medo do paciente vem tanto de experiências *diretas* quanto *indiretas* que o paciente tenha tido com a odontologia.

Experiências diretas e indiretas

Experiências negativas diretas (por exemplo experiência de dor numa visita anterior ou uma interação pessoal negativa entre o paciente e o dentista) são as causas mais comuns do medo do dentista e geram respostas emocionais condicionadas. Esta resposta emocional é então refletida tanto no *despertar do medo* provocado pela idéia de uma visita ao dentista, como no fato dele *realmente evitar* a consulta, quando o paciente desiste dela. Quando o paciente atua sob pressão do medo e evita a visita ao dentista, há um senso de alívio que é reforçado, assim acentuando este medo e desencorajando futuras consultas. A segunda maior e mais comum causa de medo é através de experiências vividas por outras pessoas, normalmente um dos pais ou irmão mais velho, onde o paciente tem medo de um procedimento odontológico *antes* dele acontecer. Há uma tendência para se imitar o comportamento dos pais ou irmãos mais velhos e se este comportamento for negativo em relação à odontologia, a criança poderá rapidamente pegar esta “deixa”. Algumas vezes a mídia alimenta o problema. Artigos de jornal sobre acontecimentos odontológicos negativos ou o desrespeito ao profissional (e à profissão) nas televisões e

propagandas podem fazer um jovem ficar receoso em relação à odontologia e ao tratamento odontológico.

Administrando o medo

Há algumas poucas tentativas e métodos verdadeiros para se lidar com pacientes com medo do dentista. A primeira, e talvez mais óbvia, é a de reaclimatar o paciente com o dentista, trazendo-o para ver o consultório e o testemunho de outros pacientes que estão sendo tratados e observar se eles reagem confortavelmente. Traga-no então para uma consulta de prevenção, talvez uma profilaxia e uma terapia com flúor e, finalmente, traga-no para a consulta de que ele precisa.

Berggren e Meynert¹ relacionaram as qualidades do dentista ideal de acordo com a percepção do paciente. Pacientes do sexo feminino descrevem um dentista ideal como aquele que é *compreensivo, que tenta evitar a dor, e atua com calma e amizade* no trato com o paciente. Pacientes do sexo masculino preferem que o dentista *evite a dor, seja compreensivo, habilidoso e competente*. Embora este seja antigo, o trabalho mais recente de Milgrom e colaboradores também trazem a mesma opinião.

Muitos dentistas têm tentado mudar a aparência de seus consultórios passando de uma sala branca estéril para uma atmosfera mais amigável. Tons serenos nas paredes, tapetes ao invés de ladrilhos, quadros e obras de arte nas paredes e o uniforme dos auxiliares e funcionários de cores mais “leves” podem ajudar a criar um ambiente mais agradável. O uso de música apropriada também ajuda a reduzir as tensões e sensações num consultório.

Finalmente, dar ao paciente algum controle ou senso de controle sobre a situação, permitindo que ele pare o procedimento ou ao menos faça intervalo entre um e outro procedimento. Assim como pacientes passando por uma MRI que ficam freqüentemente menos apreensivos em saber que eles podem parar o procedimento se sentirem-se claustrofóbicos o paciente que entende sobre o tratamento dentário e sabe que possui a capacidade de influenciar o andamento, tem confiança suficiente para continuar o tratamento. De maneira simples, porque a escolha é sua fica reduzido o medo.

Referências

1. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: Causes symptoms, and consequences. *JADA* 1984;109:247-21.
2. Milgrom P, Weinstein P, Kleinknecht R, Getz T. Treating fearful dental patients: In: *A Patient Management Handbook*. 1985. Prentice-Hall, Reston, VA.