

PREV NEWS

Colgate® THE ORAL CARE REPORT



Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal

Questões de Saúde Bucal na Paciente Grávida

Alterações físicas e emocionais durante a gravidez afetam a saúde bucal das mulheres (ver Figura 1, próxima página)¹. Entretanto, essas questões de saúde bucal não são específicas do sexo feminino, e sim aspectos de condições que podem afetar diferentemente as mulheres². Nesta revisão são apresentados aspectos das questões de saúde bucal na paciente grávida, aspectos das manifestações bucais comuns da gravidez, a associação entre doença periodontal e nascimento prematuro e as experiências dentais e os comportamentos da mulher grávida. Fatores relacionados à gravidez, que afetam as estruturas orofaciais dos filhos, também são brevemente discutidos.

Manifestações Bucais Comuns da Gravidez

Existem várias manifestações bucais comuns da gravidez (ver Tabela 1, próxima página)³, a gengivite sendo a mais prevalente, ocorre em 60% a 75% das mulheres grávidas.

Alterações gengivais, observáveis a partir do segundo mês de gestação, geralmente ocorrem em associação com a má higiene bucal e com irritantes locais, como a flora bacteriana da placa³; alterações hormonais e vasculares associadas à gravidez exageram a resposta inflamatória aos agentes irritantes locais. Mulheres com doença gengival não tratada *durante* a gravidez provavelmente apresentarão doença gengival *após* a gravidez, embora a gravidade possa ser reduzida³. Mulheres que tomam contraceptivos orais, que imitam a característica hormonal da gravidez por aumentar os níveis de estrogênio e progesterona, também podem experimentar problemas de saúde bucal como maior inflamação gengival causada por uma resposta exagerada à placa².

Doença Periodontal e Nascimento Prematuro

Áreas remotas de infecção foram apontadas de influenciarem a saúde sistêmica através

Nesta edição

Questões de Saúde Bucal na Paciente Grávida	1
Na Prática	4
Prática Clínica	5
Página de Higiene	8
Tendências do Tratamento Odontológico	10
Atualização Colgate	11

Editor Chefe

Chester Douglass, DMD, PhD; E.U.A. 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 Estupiñan-Day, DDS, MPH Organização Pan-Americana de Saúde; Washington, D.C.

Joan I. Gluch, RDH; E.U.A.
Kevin 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; E.U.A.
Roy Page, DDS, PhD; E.U.A.
Gregory Seymour, BDS, MSc, PhD, MRCPath; Austrália

EXPEDIENTE

Informativo publicado pelo departamento de Relações Profissionais da Colgate-Palmolive R. Rio Grande, 752 - V. Mariana São Paulo/SP - CEP 04018-002. Coordenação: Regina Antunes. Jornalista responsável: Maristela Harada Mtb. 28.082.

Produção: Cadaris comunicação e-mail: cadaris@cadaris.com.br. Fotolito e impressão: Typelaser. Tiragem: 25 mil exemplares. Distribuição gratuita. Proibida reprodução total ou parcial sem prévia autorização.

Volume 12, número 3



Figura 1. Características da Gravidez e Seus Efeitos na Saúde Bucal

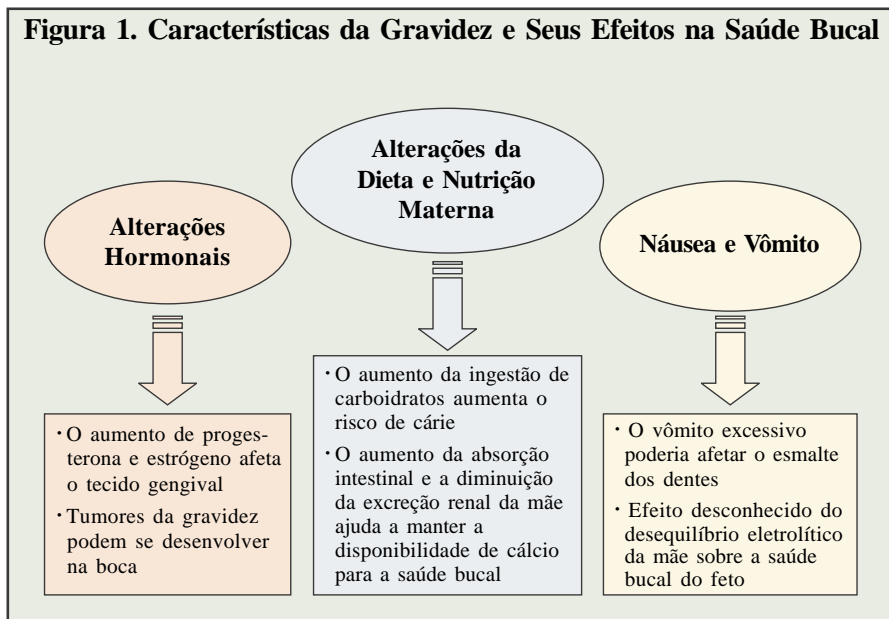


Tabela 1. Manifestações Bucais Comuns da Gravidez³

Gengivite	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestação bucal mais comum da gravidez. Caracterizada por vermelhidão da gengiva marginal e papilas interdentais. O tecido apresenta-se edemaciado, com a superfície lisa e brilhante, perda de resiliência e tendência a sangrar facilmente. O aumento da profundidade das bolsas periodontais e uma pequena perda do aparelho de inserção também podem estar presentes.
Tumor Gravídico	<ul style="list-style-type: none"> • A frequência dessa condição varia de 0% a 9,6%. Geralmente ocorre em áreas de gengivite e a má higiene bucal invariavelmente está associada. O tumor cresce rapidamente e pode necessitar de excisão cirúrgica para a completa resolução. O tumor regride parcialmente após o parto.
Mobilidade Dental Generalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Provavelmente relacionada ao grau de doença gengival que compromete o aparelho de inserção, e também às alterações minerais da lâmina dura do osso alveolar. Essa condição geralmente regride após o parto.
Xerostomia	<ul style="list-style-type: none"> • As alterações hormonais associadas à gravidez podem causar secura da boca. Cerca de 44% das participantes grávidas apresentavam secura persistente da boca em um estudo. O consumo freqüente de água e balas ou gomas de mascar sem açúcar pode aliviar o problema.

da ativação sistêmica de mediadores da inflamação. Esses mediadores, como as citocinas pró-inflamatórias interleucina-1, interleucina-6 e fator de necrose tumoral alfa, estimulam a prostaglandina E_2 , um agente que pode iniciar o trabalho de parto⁴. Estudos com animais mostraram que áreas de infecção local, como

ocorre na doença periodontal, afetam a unidade fetoplacentária causando o parto de um bebê prematuro de baixo peso ao nascimento (PBPN)⁴.

Sugeriu-se que a doença periodontal pudesse ser um fator de risco independente para o parto de bebês PBPN⁴. Um estudo de con-

trole de caso envolvendo 93 mães mostrou que, após ajuste para idade mas não para tabagismo, mães com infecção periodontal apresentavam risco sete vezes maior de dar à luz um bebê PBPN⁴. Um estudo realizado em 2001 envolvendo 1.313 grávidas sugeriu uma associação entre infecção periodontal crônica e nascimento prematuro; a doença periodontal pré-existente no segundo trimestre de gravidez aumentou o risco de nascimento prematuro em quatro vezes e meia a sete vezes⁵. Em contraste, um estudo de 2002 do Reino Unido não encontrou evidências para uma associação entre PBPN e doença periodontal⁶.

Até agora, não existem estudos que mostrem que a doença periodontal causa nascimento prematuro. No entanto, evitar o desenvolvimento de doença periodontal é aconselhável para mulheres que querem engravidar, baseado na probabilidade das alterações hormonais citadas anteriormente⁵. Evidências de grandes estudos prospectivos e de estudos intervencionais serão necessárias antes de que a periodontite possa ser considerada um fator causal para o parto de bebês PBPN⁴ (ver também *Prev News* Volume 11, No. 3, artigo da capa).



Experiências Dentárias e Comportamentos da Grávida

O Pregnancy Risk Assessment Monitoring System – PRAMS (Sistema de Monitoramento da Avaliação do Risco da Gravidez) é um levantamento populacional feito em quatro estados dos Estados Unidos envolvendo mães que deram à luz recentemente⁷. A pesquisa relaciona as experiências e comportamentos antes, durante e após a gravidez, considerando questões como tratamento odontológico. Uma análise das informações levantadas pelo PRAMS mostrou que 22,7% a 34,7% das mulheres procuraram tratamento odontológico durante a gravidez⁷. Entre 12,2% e 25,4% das mulheres grávidas relataram problemas odontológicos, mas dessas apenas 44,7% a 54,9% buscaram tratamento. Em geral, as mães que não tiveram assistência pré-natal feita por seguradoras privadas e adiaram o acompanhamento pré-natal até a fase final da gravidez apresentaram menor probabilidade de buscar tratamento odontológico⁷. Resultados da pesquisa indicam a necessidade de esforços coordenados das comunidades odontológica e obstétrica para estabelecer formas de melhorar a saúde bucal materna e os resultados perinatais.

Eventos Relacionados com a Gravidez e seu Efeito no Feto em Desenvolvimento

Eventos relacionados com a gravidez, como toxemia, parto invertido e parto prolongado ou difícil são associados com hipoplasia de esmalte no recém-nascido¹. Incompatibilidade de fator Rhesus pode causar manchas nos dentes do recém-nascido.

A gravidez é um período em que os cuidados com a saúde materna e a educação da paciente têm um efeito profundo na saúde bucal da mãe e filho¹. Dada a possível associação entre doença periodontal materna e parto de bebês prematuros, bem como do acesso não ideal a tratamento odontológico pelas grávidas^{4,5,7}, é preciso que haja uma coordenação entre profissionais da odontologia e obstetria para melhorar a saúde bucal das mulheres grávidas. **BN**

Referências

1. Casamassimo PS. **Maternal oral health.** *Dent Clin North Am* 2001;45(3):469-478, v-vi. Review.
2. Markovic N. **Women's oral health across the lifespan.** *Dent Clin North Am* 2001;45(3): 513-521.
3. Steinberg BJ. **Women's oral health issues.** *J Dent Educ* 1999;63(3):271-275.
4. McGraw T. **Periodontal disease and preterm delivery of low-birth-weight infants.** *J Can Dent Assoc* 2002;68(3):165-169.
5. Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldener RL, Hauth JC. **Periodontal infection and preterm birth: Results of a prospective study.** *JADA* 2001;132(7):875-880.
6. Davenport ES, Williams CE, Sterne JA, Murad S, Sivapathasundram V, Curtis MA. **Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: Case-control study.** *J Dent Res* 2002;81(5):313-318.
7. Gaffield ML, Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. **Oral health during pregnancy: An analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system.** *JADA* 2001;132(7):1009-1016

Continuação de Prática Clínica (p. 5)

Esse relacionamento dentista-paciente envolve questões psicológicas complexas. Pesquisas continuadas sobre odontologia comportamental podem oferecer estratégias melhores para tratamento do paciente que, por sua vez, melhoram a prática odontológica. **BN**

Referências

1. Parker E. **The psychology of dental patient care: An introduction.** *Br Dent J* 1999;186(9):449.
2. Freeman R. **A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction.** *Br Dent J* 1999;186(10):503-506.
3. Freeman R. **Reflections on professional and lay perspectives of the dentist-patient interaction.** *BR Dent J* 1999;186(11):546-550.
4. Freeman R. **The psychology of dental care. 1 The common-sense approach.** *Br Dent J* 1999;186(9):450-452.
5. ter Horst G, de Wit CA. **Review of behavioural research in dentistry 1987-1992: Dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance.** *Int Dent J* 1993;43 (3 Suppl 1):265-278.
6. Christensen GJ. **Educating patients about dental procedures.** *JADA* 1995;126(3):371-372.
7. Stoeckle JD. **Adult patient-dentist relationship.** *Dent Clin Am* 1988;32(4):763-769.
8. Gerbert B, Blecker T, Saub E. **Risk perception and risk communication: Benefits of dentist-patient discussions.** *JADA* 1995;126(3):333-339.

Acesse e cadastre-se para para receber em primeira mão as novidades da Colgate.
www.colgateprofissional.com.br



NA PRÁTICA

Compósitos à Base de Resina para Restauração Direta em Dentes Posteriores

Preocupações bastante difundidas com a saúde e meio ambiente envolvendo materiais restauradores que contêm mercúrio (amálgama), embora ainda não comprovadas (ver PrevNews Volume 9, No, 2), levaram ao desenvolvimento acelerado de alternativas para o amálgama^{1,2}. As expectativas para essas alternativas incluem a fácil manipulação pelo clínico, custo moderado, adequação para Classe 2 e uma longevidade de oito anos de acordo com as diretrizes de qualidade da Swiss Dental Society para restaurações diretas¹. Geralmente busca-se uma cor esteticamente agradável, mas isso não é um pré-requisito¹.

Encontrar a alternativa correta para o amálgama para dentes posteriores, que rece-

bem grande carga de esforços, é um desafio³. Por razões de custo, as restaurações diretas, ao invés das indiretas, são cada vez mais frequentes. Alternativas para o amálgama, são restaurações diretas e esteticamente aceitáveis, aplicáveis a dentes sujeitos a esforços oclusais, e que incluem o cimento de ionômero de vidro (CIV), ionômeros compômeros de vidro modificados por resina e compósitos a base de resina (CBR)². Um estudo recente, resumido na tabela a seguir, revelou significativamente menos falhas nas restaurações a amálgama e produtos CBR comparados ao CIV², com cáries secundárias, deficiências marginais, fratura e desgaste dados como razões para o insucesso².

A gama de produtos de CBR disponíveis é grande e nem um pouco homogênea. Além do custo e estética, a consideração de vários fatores é a chave para a seleção ideal¹. A resistência ao desgaste, a adaptação marginal, a fratura da restauração e também a sensibilidade ou dificuldade da técnica devem ser cuidadosamente avaliadas^{1,2}.

A resistência ao desgaste é definida como a perda máxima vertical de substância na área de contato oclusal e na cúspide antagonista¹. Melhoras recentes na tecnologia restauradora e formulação das restaurações de CBR tornaram o material mais resistente ao desgaste^{1,2,3}. Alguns produtos de CBR autopolimerizáveis podem alcançar graus de resistência ao desgaste iguais ou superiores aos do amálgama e atenderam às exigências da Swiss Dental Society para restrição e manutenção da forma e função da restauração¹.

Apesar do grande avanço na tecnologia dos CBRs, um selamento marginal perfeito ainda não foi conseguido, e uma incidência relativamente alta de cáries secundárias ocorre nas margens cavitárias dos CBRs comparado às restaurações de amálgama e CIV². Embora estudos de longo prazo estejam pendentes, essa limitação pode ser superada pelos CBRs “inteligentes” que estão surgindo, que permitem a liberação funcional de íons por partículas especiais que neutralizam os ácidos produzidos por microorganismos, assim reduzindo a capacidade da placa de aderir nas margens da restauração².

Índice Anual de Insucesso de Restaurações em Estudos Selecionados

Material	n	Mediana (%)	Faixa(%)	95% IC*
Resina direta	19	2,2	0,3-6,5	1,8-3,3
Amálgama	30	3,3	0,6-7,0	2,5-3,9
CIV*	10	7,7	1,9-14,4	5,2-10,9

*IC = intervalo de confiança; CIV = cimento de ionômero de vidro (adaptado de Hickel e col., 2000)²



PRÁTICA

CLÍNICA

A Psicologia no Tratamento do Paciente Odontológico

Barreiras ou resistência ao tratamento odontológico foram explorados a partir do ponto de vista psicológico ou de uma perspectiva psicológica¹. Sugestões para ajudar o profissional da odontologia a alcançar as metas de tratamento ideais para o paciente foram desenvolvidas através da investigação da relação dentista-paciente¹⁻⁵.

Perspectiva Psicológica do Relacionamento Dentista-Paciente

A abordagem psicodinâmica considera o tratamento odontológico da seguinte forma: como o dentista trabalhando com o paciente, e o paciente, por sua vez, sendo capaz de aceitar o tratamento oferecido realizado pelo dentista²; a igualdade

nessa interação é uma característica importante.

O tratamento odontológico é um esforço de duas pessoas baseado na igualdade entre os participantes¹⁻⁴.

A aplicação do modelo psicodinâmico à prática geral promove três modelos básicos para a interação dentista-paciente (ver tabela a seguir)².

Importância da Igualdade no Relacionamento Dentista-Paciente

A igualdade no relacionamento dentista-paciente estimula a prática odontológica eficaz⁴. As perspectivas diferentes do tratamento odontológico vistas pelo paciente e pelo profissional contribuem para desigualdades entre os dois. Por exemplo, os

dentistas pensam em sintomas dentais em termos físicos, enquanto os pacientes consideram seus sintomas dentro de seu próprio contexto psicológico e social¹. Geralmente essas diferenças levam a resultados de tratamento decepcionantes e à não realização das metas³.

Diminuindo a Distância entre o Dentista e o Paciente

A educação do paciente, com uma boa comunicação com o dentista, é um método importante para diminuir a distância entre o dentista e o paciente, levando à igualdade entre os participantes^{6,7}. Essa educação deve ser feita no momento do diagnóstico, capacitando o paciente a entender a base para seleção de um plano de tratamento em particular⁶. Alternativas de tratamento, se existirem, devem ser discutidas. O paciente deve ser orientado sobre as vantagens e desvantagens de cada alternativa, sobre os riscos, o custo e as consequências do não tratamento⁶. Em casos em que os profissionais implantaram essas estratégias de tratamento foram relatadas reducao na ansiedade do paciente em relação aos procedimentos dentais e também melhoras na aceitação do tratamento pelo paciente^{5,8}.

Modelos de Interação Dentista-Paciente

Modelo	Papel do Dentista	Papel do Paciente	Aplicação Clínica	Protótipo do Modelo
Atividade-Passividade	Faz algo para o paciente	Recebe o tratamento	Tratamento dentário operatório	Pai para filho
Orientação-Cooperação	Fala ao paciente o que fazer	Segue as orientações	Consulta odontológica para check-up	Pai para filho
Participação mútua	Aconselha e negocia com o paciente	Paciente participa do tratamento	Negociação do tratamento ou plano preventivo	Adulto para adulto

Continua na página 3



PÁGINA

DE HIGIENE

O Uso Cada Vez Maior de Verniz com Flúor

A prevenção da cárie em crianças está na linha de frente das estratégias de saúde pública¹.

Já em 1942, o flúor aplicado topicamente mostrou-se eficaz na prevenção e controle da progressão da cárie por aumentar a mineralização da superfície dental e inibir a desmineralização². Muitas evidências da eficácia da intervenção precoce com vernizes com flúor surgiram na Europa ocidental, Escandinávia e Canadá, onde seu uso foi padrão de tratamento por quase 30 anos^{1,3}.

Concomitantemente, nos Estados Unidos, nos últimos 20 anos, o flúor fosfato ácido (FFA) em forma de gel se estabeleceu como o agente profissional mais amplamente utilizado e aceito no controle da cárie. Desde 1994, os vernizes com flúor têm sido utilizados como forramento de cavidade e desensibilizante, embora outros tratamentos, como os polímeros de resinas, também sejam amplamente utilizados⁴.

Vantagens dos Vernizes com Flúor

Os vernizes com flúor apresentam diversas propriedades clínicas e práticas importantes em comparação ao gel FFA:

1. Os vernizes são de aplicação fácil e rápida (geralmente 1 minuto por paciente em vez dos 4 minutos para o gel);
2. Os vernizes não apresentam o gosto amargo do gel e podem ser facilmente aplicados em casos mais difíceis, como crianças muito pequenas ou pessoas deficientes;
3. A quantidade de flúor ingerida é pequena. Tipicamente, os níveis plasmáticos de flúor raramente mudam após aplicação do verniz, mas podem aumentar de maneira significativa após aplicação do gel FFA. Entretanto, recomenda-se que os profissionais examinem o aspecto do verniz ao retirá-lo do tubo para verificar qualquer sinal de separação do ingrediente (aspecto não-uniforme) para garantir que a concentração do flúor esteja correta³.

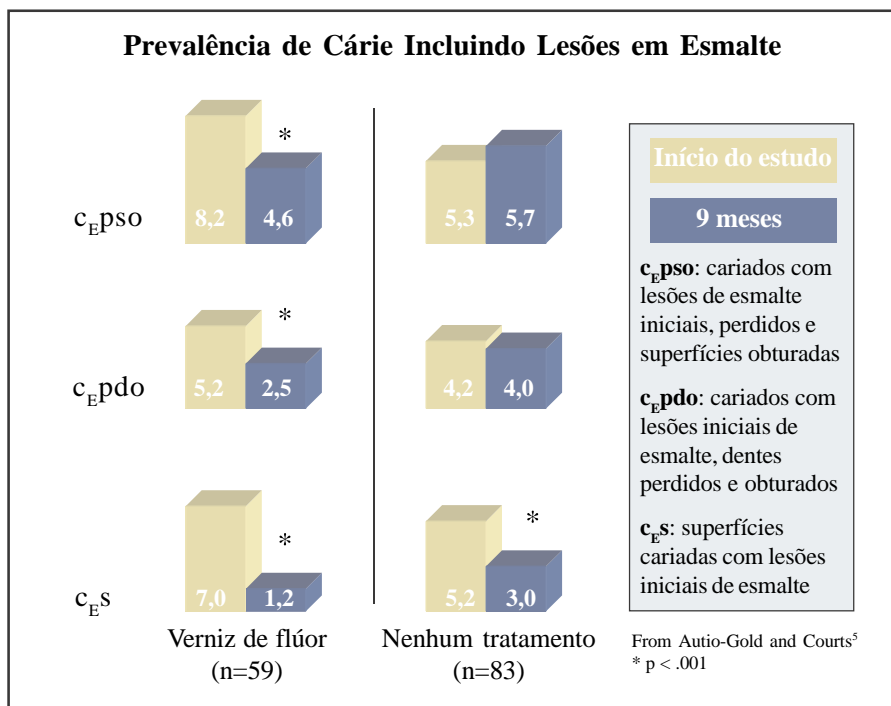
Embora algumas reações adversas — principalmente reações alérgicas — tenham sido atribuídas ao uso de verniz com flúor*, a única desvantagem geralmente atribuída aos vernizes é uma coloração marrom amarelada dos dentes que desaparece após um ou dois dias.

* Em caso de predisposição a reações alérgicas, edemas foram relatados apenas em casos raros, especialmente após aplicação em áreas extensas. Em casos extremamente raros, ataques de dispnéia ocorreram em crianças asmáticas. Pacientes com estômago sensível podem ocasionalmente experimentar náusea após aplicações em áreas extensas. Em qualquer caso de intolerância, a camada de verniz pode ser facilmente removida com escovação e enxágüe.

Agente de Prevenção da Cárie

Demonstrou-se recentemente que o verniz com flúor é no mínimo tão eficaz quanto o gel FFA, se não mais eficaz, e superior à ausência de tratamento com flúor. Dados de um estudo³ são apresentados na figura na próxima página. Cento e quarenta e duas crianças, com idades entre 3 e 5 anos, foram randomizadas para se avaliar o efeito do verniz de flúor nas cáries de esmalte na primeira dentição versus nenhum tratamento com flúor feito por um profissional. Depois de duas aplicações de verniz no início do estudo e depois de quatro meses, a diferença na redução da prevalência de cárie medida aos nove meses após o início entre os dois grupos foi estatisticamente significativa⁵. Resultados promissores também foram relatados para a eficácia do verniz de flúor na prevenção de cáries radiculares em paciente mais idosos⁶. Os vernizes de flúor podem ser considerados como parte de qualquer estratégia de prevenção, independentemente da idade do paciente.

O uso de verniz de flúor como agente tópico continua a crescer aceleradamente. Alguns programas do Medicaid nos EUA agora aprovaram o uso de verniz como um agente preventivo, e a American Dental Association recentemente concedeu seu Selo de Aprovação para um verniz de flúor como



agente de prevenção da cárie². Com o uso amplamente difundido entre diversos departamentos da odontopediatria, os vernizes de flúor estão se tornando o padrão de tratamento nos Estados Unidos. **EN**

Referências

1. Vaikuntam J. *Fluoride varnishes: Should we be using them?* *Pediatr Dent* 2000;22(6):513-516.
2. Bawden JW. *Fluoride varnish: A useful new tool for public health dentistry.* *J Public Health Dent* 1998;58(4):266-269.
3. Shen C, Autio-Gold J. *Assessing fluoride concentration uniformity and fluoride release from three varnishes.* *JADA* 2002;133(2):176-182.
4. Gaffar A. *Treating hypersensitivity with fluoride varnish.* *Compend Cont Educ Dent* 1999;20 (Suppl):27-33.
5. Autio-Gold JT, Courts F. *Assessing the effect of fluoride varnish on early enamel carious lesions in the primary dentition.* *JADA* 2001;132(9):1247-1253.
6. Angelopoulos CL. *The efficacy of fluoride varnish in preventing root caries in the elderly.* Doctoral dissertation 2001. Boston, Massachusetts, USA: Harvard School of Dental Medicine, 2001.

Continuação de Na Prática (p. 4)

Atualmente, a melhor maneira de evitar fendas marginais que causam cáries secundárias é através de técnica operatória apropriada para CBR, sendo a compatibilidade com classe III uma recomendação comum^{1,4}. Conhecendo as dificuldades inerentes à obtenção desse nível, fabricantes concentraram-se no desenvolvimento de material compósito na cor do dente com boas propriedades e comportamento clínico semelhante ao do amálgama^{1,4}. Diz-se que os CBRs condensáveis de alta viscosidade recomendados para cavidades posteriores

sujeitas a esforço necessitam uma técnica similar àquela utilizada para restaurações de amálgama². Infelizmente, estudos indicaram que a polimerização de grandes porções de CBRs condensáveis em cavidades profundas leva a resultados sub-ótimos².

Conforme os métodos de tratamento continuam a evoluir e o estado odontológico geral do paciente melhora, as cavidades encontradas serão cada vez menores². Nessa situação, restaurações posteriores com CBR facilmente atingem o grau desejado de desempenho e de longevidade². Para cavidades profundas, desenvolvimentos promissores dos CBRs em materiais condensáveis e “inteligentes” irão provavelmente fornecer as soluções necessárias^{2,4}. **EN**

Referências

1. Lutz F, Krejci I. *Resin composites in the post-amalgam age.* *Compend Cont Educ Dent* 1999;20(12): 1138-1144, 1146, 1148.
2. Hickel R, Manhart J, Garcia-Godoy F. *Clinical results and new developments of direct posterior restorations.* *Am J Dent* 2000;13 (Spec No):41D-54D.
3. Manhart J, Chen HY, Hickel R. *The suitability of packable resin-based composites for posterior restorations.* *JADA* 2001;132(5):639-645.
4. Nash RW, Lowe RA, Leinfelder K. *Using packable composites for direct posterior placement.* *JADA* 2001;132(8): 1099-1104.



TENDÊNCIAS DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Editor chefe Chester Douglass, DMD, PhD; E.U.A.

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

© 2001 Colgate-Palmolive Company. Todos os direitos reservados.

O 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 para:



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.

O programa de Educação Continuada da faculdade de Odontologia da universidade de Harvard está disponível no site www.colgateprofessional.com, somente no idioma inglês. Essa mudança atende às diretrizes globais da Colgate em padronizar a elaboração dos testes. Com essa novidade, os dentistas poderão fazer o teste online e acompanhar seu desempenho pela internet. Os participantes poderão receber um certificado de educação continuada emitido por Harvard, uma das universidades mais conceituadas no mundo. Não perca essa oportunidade de enriquecer o seu currículo.

Aumenta a Demanda pelo Clareamento Dental Feito por Profissional da área

O uso de vários agentes, concentrações e métodos para tornar os dentes mais brancos e remover manchas intrínsecas tornou-se um procedimento odontológico popular. Embora o clareamento dental tenha sido relatado inicialmente há mais de 100 anos, somente após 1989 é que se tornou prontamente disponível. Nos últimos dez anos, um número cada vez maior de pacientes se interessa pelo procedimento.

A principal queixa da estética de um paciente geralmente é uma cor inaceitável ou irregularidades da cor. Na ausência de outros problemas dentais como formato, cáries ou deficiências de tamanho (que necessitariam de procedimentos restauradores), a modificação da cor é um tratamento que pode oferecer resultados satisfatórios e, portanto, merece consideração.

Vários sistemas e métodos profissionais de clareamento foram introduzidos, estes que agora atendem às necessidades e demandas dos pacientes. Além disso, a segurança e eficácia dos agentes branqueadores para uso profissional foram amplamente testados e estão relatados na literatura.

Categorias de Métodos de Clareamento

Os sistemas profissionais de clareamento dentário podem ser divididos em três categorias gerais:¹

- 1. Clareamento feito pelo dentista.** Esse método, também chamado de *power bleaching*, envolve a utilização de uma concentração bastante alta de peróxido de hidrogênio (geralmente 35-50%) e um método ativador como calor ou laser para intensificar e acelerar o efeito de clareamento. É feito sob a técnica de

isolamento absoluto.

- 2. Clareamento com supervisão do dentista.** Altas concentrações de peróxido de carbamida (35-40%) gel são colocadas em uma moldeira de clareamento e utilizados por um período de 30 minutos a duas horas. O paciente pode permanecer na cadeira do dentista ou sentar-se na recepção do consultório enquanto a moldeira estiver em posição na boca.

- 3. Clareamento fornecido pelo dentista.** Agentes clareadores utilizados neste método contêm uma baixa concentração de peróxido de carbamida (5-22%) e são aplicados pelo próprio paciente em casa, com auxílio de uma moldeira. A moldeira de clareamento (placa noturna) é utilizada à noite ou por várias horas durante o dia por um período de duas a seis semanas, dependendo da natureza e grau da descoloração. O peróxido de carbamida 10% contém 3% de peróxido de hidrogênio e 7% de uréia. A concentração mais baixa de peróxido de carbamida é menos propensa a despertar sensibilidade pulpar, e seus efeitos citotóxicos parecem ser neutralizados pela saliva saudável. É importante que o paciente siga as instruções do dentista quanto a segurança e eficácia.

Avanços na Segurança e Eficácia

Os efeitos de desmineralização e sensibilização pulpar foram corretamente identificados como questões que merecem preocupação. Entretanto, o desenvolvimento mais recente de agentes de concentração mais baixa utilizados por período de tempo mais longo, juntamente com agentes de remineralização com flúor, parecem ter superado a maioria desses problemas.² EN

Referências

1. Fergusson MB. *Teeth bleaching*. *Information Dentaire* 1999; 81(41):1019.
2. Attin T, Kielbassa AM, Schwanenberg M, Hellwig E. **Effect of fluoride treatment on remineralization of bleached enamel**. *J Oral Rehabil* 1997;24(4):282-286

Força Tarefa Nacional nos Serviços Preventivos Comunitários

Chester W. Douglass, DMD, PhD

Uma força tarefa nacional nos serviços preventivos comunitários reafirmou que a fluoretação da água comunitária, combinada com agentes tópicos para fissuras e fôssulas como os selantes, é a estratégia mais eficaz para reduzir a cárie dental em toda a população. O relato da força tarefa, "Guide to Community Preventive Services", foi publicado na edição de julho de 2002 do prestigiado *American Journal of Preventive Medicine*¹. A força tarefa enfatizou que os serviços preventivos comunitários constituem um complemento essencial para os serviços preventivos individuais recebidos em uma clínica odontológica ou centro de saúde.

Os autores enfatizam que soluções para os problemas de saúde bucal são desenvolvidos com a cooperação em nível local.

"Através do trabalho com membros da comunidade, profissionais, organizações religiosas e políticos, intervenções adequadas podem ser desenvolvidas para maximizar os bens e recursos disponíveis em nível local/regional. O que tem faltado no campo da saúde bucal é o reconhecimento de que a saúde bucal é uma questão de preocupação para a comunidade como um todo. Saúde bucal não é simplesmente uma questão de odontologia, mas deve envolver aqueles que tradicionalmente negligenciam a boca como parte do corpo"².

Um grande interesse na saúde bucal de crianças surgiu a partir de muitos médicos locais e responsáveis por escolas: "Onde há falta de assistência odontológica, as comunidades estão procurando assistência médica para fornecer triagem e tratamento preventivo. Denver Health e FirstHealth of the Carolinas trabalham com seus médicos para realizar exames básicos, vernizes com flúor e encaminhar para dentistas"³.

A saúde bucal não é simplesmente uma questão para o campo da odontologia, mas deve envolver aqueles que tradicionalmente negligenciaram a boca como parte do corpo.

O relato da força tarefa estabelece quatro objetivos dos esforços abrangentes baseados na comunidade para prevenir a cárie dental⁴. São eles:

1. aumentar a consciência pública e profissional das oportunidades para ação organizada;
2. promover práticas que melhorem o ambiente bucal (p. ex., reduzir o consumo de açúcar refinado e escovar com creme dental fluoretado);
3. garantir ótima exposição ao flúor de todas as fontes (incluindo a água da comunidade); e
4. garantir acesso e uso regular de assistência odontológica, tanto preventiva como restauradora, incluindo o uso de selantes em escolas ou ambientes ligados às escolas.

Programas de aplicação de selantes em escolas ou clínicas relacionadas são "intensamente recomendados". É preciso estar atento a identificação de crianças com alto risco de cárie que de outra forma provavelmente não receberiam selantes. Direcionar esses programas para dentes com alto risco de comprometimento (primeiros e segundos molares permanentes) também é recomendado. Uma estratégia dirigida é necessária porque os programas de selantes não são custo-eficazes a menos que molares não selados no grupo alvo estejam cariando numa proporção média de + de 0,47 superfícies por ano⁴.

A prevenção da cárie é uma prioridade de saúde nacional e deve ser reconhecida como tal. Através de uma estratégia preventiva bem organizada em colaboração com comunidades de todo o país, a profissão irá garantir o apoio necessário para controle da cárie, particularmente entre aquelas crianças de maior risco.

Referências

1. *The guide to community preventive services: Interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries.* Truman BI, Gooch BF, Evans CA, eds. *Am J Prev Med* 2002,23(1S).
2. Op cit. p. 11.
3. Op cit. p.10.
4. Op cit. pp. 16-17.