

# PREV NEWS

Colgate® THE ORAL CARE REPORT



Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal

## Controle do Tabagismo na Prática Odontológica

O tabagismo é um hábito perigoso. Está comprovado que fumar reduz o tempo de vida e causa aumento na incidência de câncer, doença cardíaca isquêmica, derrame, infarto do miocárdio e doenças pulmonares crônicas.<sup>1,2</sup> Cerca de 90% de todos os cânceres de pulmão são atribuídos ao hábito de fumar, e a taxa de sobrevivência em cinco anos entre pacientes portadores de câncer é de 5 a 10%.<sup>1</sup>

Além de ser prejudicial à saúde geral, o tabagismo também compromete a saúde bucal. O hábito de fumar foi associado ao aumento de risco de câncer bucal, leucoplasia, gengivite ulcerativa necrosante aguda, gona candidíase bucal, insucesso de implantes dentais e doença periodontal, e interfere no resultado de terapias periodontais cirúrgicas e não-cirúrgicas.<sup>1,2</sup> Fumar resulta em vasoconstrição periférica e, conseqüentemente, em prejuízo à cicatrização de feridas na boca.<sup>1</sup> Fumantes geralmente apresentam mais placa do que não-fumantes, mas isso pode estar relacionado à má higiene bucal.<sup>1</sup> Não há fortes evidências do efeito do tabagismo na incidência de cárie dental; porém, há indicações de que alterações no pH e na capacidade tampão da saliva possam contribuir para sua formação.<sup>1</sup> Por fim, fumar causa descoloração nos dentes e nas restaurações dentais, prejudica os sentidos do olfato e paladar e

freqüentemente provoca halitose.<sup>1</sup>

O hábito de mascar tabaco geralmente causa enrugamento da mucosa bucal e recessão gengival.<sup>1</sup> O uso de determinados produtos de tabaco sem queima pode resultar em aumento nos casos de câncer bucal, embora produtos comumente usados em algumas partes do mundo, como na Escandinávia, pareçam aumentar muito pouco esse risco.<sup>1,3</sup>

***Devido às implicações do tabagismo na saúde a longo prazo, os profissionais da odontologia têm por obrigação estimular seus pacientes a parar de fumar***

### As Obrigações da Equipe Odontológica

Devido às implicações do tabagismo na saúde a longo prazo, tanto na saúde geral como na saúde bucal, os profissionais de odontologia têm por obrigação estimular seus pacientes a pararem de fumar.<sup>1,4,5</sup> Intervenções dos profissionais da saúde contra o hábito de fumar apresentam bom custo-benefício devido à prevenção de doenças relacionadas ao cigarro.<sup>6</sup> Estimativas da porcentagem de dentistas que rotineiramente perguntam aos

Volume 14, número 1

### Nesta edição

Controle do Tabagismo na Prática Odontológica	1
Na Prática	4
Página de Higiene	5
Página Periodontal	8
Projeto Prevenção	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, PhD; 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, MDSc, 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.  
CTP e impressão: Type Brasil.  
Tiragem: 30 mil exemplares. Distribuição gratuita. Proibida reprodução total ou parcial sem prévia autorização.



pacientes se eles fumam variam entre 33% e 84%.<sup>3,5</sup> Mesmo quando o tabagismo é confirmado, entretanto, a intervenção do profissional raramente vai além de aconselhar ao paciente que abandone o hábito.<sup>5</sup>

Existem diversos empecilhos à intervenção dos dentistas e higienistas dentais contra o tabagismo dos pacientes. Entre os principais estão a falta de conhecimento sobre como ajudar o paciente a parar de fumar e a falta de tempo e de pagamento para essa intervenção.<sup>3,5</sup> Outros obstáculos incluem a idéia de que a intervenção contra o tabagismo não apresenta grandes perspectivas de sucesso e não é da responsabilidade dos profissionais de odontologia.<sup>3,5</sup>

Os profissionais de odontologia possuem oportunidades valiosas durante os exames bucais de rotina para influenciar nos hábitos de fumar, pois freqüentemente entram em contato com fumantes que, de outra maneira, não procurariam atendimento médico.<sup>1</sup> Identificar os sinais de uso de tabaco durante os exames bucais pode facilitar o início de uma discussão com o paciente sobre os efeitos do tabagismo.

Experimentos clínicos mostraram que a intervenção dos profissionais de odontologia ajuda os pacientes a deixarem de fumar, e as taxas de abandono do tabagismo, observadas na maioria dos experimentos, variou de 10% a 44%, dependendo do grau de assistência oferecido.<sup>5</sup>

### **Como Ajudar o Paciente a Parar de Fumar**

Um conhecimento maior sobre como ajudar um paciente a parar de fumar provavelmente estimularia mais profissionais da saúde dental a

intervir. Para ajudar os clínicos, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos produziu um guia clínico prático para tratar do uso e da dependência do tabaco.<sup>6</sup> A diretriz completa, um guia de consulta rápida para clínicos e um folheto para pacientes estão disponíveis no endereço [www.surgeongeneral.gov/tobacco](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco).<sup>7</sup> A diretriz descreve os cinco principais passos da intervenção clínica para ajudar os pacientes a pararem de fumar, também conhecidos como os “Cinco As”: *ask, advise, assess, assist e arrange* (perguntar, aconselhar, avaliar, auxiliar e planejar)

### **Intervenções de apenas três minutos podem aumentar de maneira significativa o índice de sucesso nas tentativas de abandono do tabagismo**

(Tabela 1).<sup>6</sup> Os três primeiros passos — perguntar sobre o uso de tabaco, aconselhar os usuários a abandonarem o hábito e avaliarem o desejo do paciente de parar — podem ser realizados durante uma consulta clínica de rotina e requerem relativamente pouco tempo, esforço e treinamento. Se um fumante desejar parar, os próximos passos destinam-se a oferecer assistência prática para o alcance dessa meta, e providenciar follow-up para oferecer estímulo e cobrar resultados. Essa estratégia foi desenvolvida para tomar três minutos ou menos do tempo clínico; intervenções assim curtas podem aumentar de maneira significativa o índice de sucesso nas tentativas de abandono do tabaco.<sup>6</sup>

Usando os “Cinco As” como guia, e levando em conta as limitações de seus recursos, os profissionais de odontologia devem considerar até que ponto desejam intervir na dependência do tabaco e sua capacidade para isso.<sup>4</sup>

<b>Os “Cinco As” para Ajudar Pacientes que Desejem Parar de Fumar</b>		
<i>Passo</i>	<i>Ação</i>	<i>Estratégias de Implementação</i>
<b>Perguntar</b>	Documentar rotineiramente a condição de tabagismo de todos os pacientes a cada consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• incluir o uso de tabaco na ficha padrão a cada consulta</li> <li>• colar adesivo indicando uso de tabaco na ficha do paciente</li> </ul>
<b>Aconselhar</b>	Estimular todo fumante a parar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fornecer informações de maneira clara e contundente</li> <li>• personalizar o aconselhamento com base na situação de vida do paciente (p. ex., estado de saúde, impacto do tabagismo na família, fatores econômicos)</li> </ul>
<b>Avaliar</b>	Determinar o desejo de tentar parar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se o paciente desejar parar, fornecer assistência (ver a seguir)</li> <li>• se o paciente não deseja parar, fazer intervenção motivacional (os “cinco R’s”; ver texto)</li> </ul>
<b>Auxiliar</b>	Ajudar o paciente a parar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ajudar o paciente a desenvolver um plano para parar (p. ex., determinar data, preparar apoio social, modificar o ambiente)</li> <li>• fornecer aconselhamento prático (p. ex., evitar outros fumantes, evitar uso de álcool, enfatizar a abstinência total, aprender com tentativas passadas)</li> <li>• promover um ambiente clínico de apoio</li> <li>• farmacoterapia recomendada, quando não contra-indicada</li> <li>• fornecer materiais complementares</li> </ul>
<b>Planejar</b>	Agendar consulta de acompanhamento pessoalmente ou por telefone	<ul style="list-style-type: none"> <li>• durante a primeira semana após a data de abandono, com um segundo acompanhamento durante o primeiro mês</li> <li>• parabenizar o sucesso ou revisar as razões para fracasso e estimular uma nova tentativa</li> </ul>

Adaptado de US Public Health Service report<sup>4</sup>



**Tabela 2. Farmacoterapias de Primeira Linha para Parar de Fumar**

<i>Farmacoterapia</i>	<i>Precauções/ Contra-Indicações</i>	<i>Efeitos Adversos</i>	<i>Duração</i>
Adesivo de Nicotina		Reação cutânea local Insônia	8 semanas
Goma de mascar com nicotina		Irritação bucal Dispepsia	Até 12 semanas
Inalador de nicotina		Irritação local da boca e da garganta	Até 6 meses
Hidrocloreto de bupropiona	História de convulsão História de distúrbios alimentares	Insônia Boca seca	7-12 semanas; manutenção até 6 meses

Adaptado de US Public Health Service report;<sup>6</sup> o relatório também contém informações sobre farmacoterapias de segunda linha. A disponibilidade dessas farmacoterapias nas formas de venda com ou sem prescrição varia em cada país.

Todos os consultórios odontológicos deveriam ao menos monitorar o uso de tabaco pelos pacientes e aconselhar os fumantes a pararem de fumar.<sup>4</sup> Os profissionais de odontologia podem optar por implementar serviços próprios para abandono do tabagismo, encaminhar os pacientes para serviços disponíveis na comunidade ou estimular a disponibilização desses serviços por outros profissionais ou organizações de saúde.<sup>4</sup> No mínimo, os profissionais de odontologia devem ser capazes de orientar os pacientes a obterem informações que possam ajudar em suas tentativas de parar de fumar.<sup>4</sup>

Além do aconselhamento e do suporte social, auxílios farmacológicos são seguros e eficazes para aumentar a probabilidade de parar de fumar (Tabela 2).<sup>2,5,8</sup> A terapia de reposição da nicotina destina-se a satisfazer o desejo do fumante pelo uso de nicotina, sem a utilização de produtos derivados do tabaco.<sup>8</sup> Gomas de mascar e adesivos com nicotina são vendidos sem prescrição nos Estados Unidos e no Canadá.<sup>6,8</sup> Além disso, inaladores e

sprays nasais com nicotina podem ser usados.<sup>6</sup> O medicamento antidepressivo bupropiona também é indicado para parar de fumar.<sup>6,8</sup> Essa droga pode apresentar efeitos particularmente benéficos, uma vez que pacientes deprimidos geralmente apresentam índices de sucesso mais baixos ao tentar abandonar o tabagismo, e algumas pessoas não deprimidas podem se tornar deprimidas ao tentar parar de fumar.<sup>9</sup> Após treinamento adequado ou consulta com o médico do paciente, os dentistas podem prescrever farmacoterapia antitabagismo.<sup>2,5</sup> As contra-indicações para cada terapia e possíveis interações entre as drogas naturalmente devem ser consideradas antes de se recomendar a farmacoterapia ao paciente.<sup>2,6,8</sup>

Se um paciente não quiser parar de fumar, recomenda-se uma intervenção motivacional com base nos cinco “Rs”: *relevance, risks, rewards, roadblocks* e *repetition* (importância, riscos, compensações, obstáculos e repetição).<sup>6</sup> Em resumo, deve-se pedir ao paciente para indicar a importância pessoal de parar de fumar, as consequências

negativas do tabagismo, benefícios de parar e obstáculos que dificultam o abandono do hábito. O clínico pode ampliar as respostas do paciente, destacar pontos que sejam relevantes para a situação pessoal do paciente ou sugerir formas de vencer as barreiras para o abandono. A intervenção motivacional deve ser repetida a cada contato com o paciente.<sup>6</sup>

Ao lidar com pacientes que pararam de fumar recentemente, os profissionais de odontologia devem reforçar a decisão do paciente, discutir os benefícios de abandonar o hábito e oferecer assistência para as dificuldades que o paciente estiver experimentando.<sup>6</sup>

*Quando se trata de parar de fumar, os profissionais de odontologia podem fazer a diferença.* Eles tratam de fumantes diariamente, podem facilmente reconhecer os efeitos do tabagismo na saúde bucal e têm a oportunidade de incentivar os fumantes a abandonar o hábito. Se dentistas e higienistas bucais não tiverem tempo e recursos suficientes para dedicar a uma intervenção para o abandono do tabagismo, recomenda-se que encaminhem os pacientes para serviços específicos de auxílio para parar de fumar. Por meio da redução da prevalência do uso de tabaco, dentistas podem melhorar tanto a saúde bucal quanto a saúde geral dos pacientes. **PN**

## Referências

1. Johnson NW, Bain CA, EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. *Tobacco and oral disease*. *Br Dent J* 2000;189(4):200-206.
2. Sandhu HS. *A practical guide to tobacco cessation in dental offices*. *J Can Dent Assoc* 2001;67(3):153-157.

*Continua na página 10*



# NA PRÁTICA

## A Prevenção Baseada no Risco Pode Funcionar na Prática Privada?

A avaliação do risco e o controle da doença na prática privada têm sido recomendados nos últimos anos como forma de prescrever o tipo e a quantidade apropriados de serviços prestados para determinados pacientes na prevenção da cárie dental e da doença periodontal. A prevenção baseada no risco não é um conceito novo, mas poderia ser aplicada, e funcionar, no consultório odontológico?

**A aplicação bem-sucedida da prevenção baseada no risco na prática privada pressupõe que pacientes que apresentam risco aumentado serão identificados e, assim sendo, receberão terapia preventiva adequada**

O sucesso da aplicação da prevenção baseada no risco nessa área depende de duas pressuposições:

- 1) de que os pacientes que apresentam risco aumentado serão identificados e;
- 2) uma vez identificados, receberão terapia preventiva apropriada.

Para avaliar se isso é possível, Bader e colaboradores<sup>1</sup> realizaram um estudo para avaliar as estratégias de prevenção baseada no risco na prática odontológica privada. Foram fornecidas informações sobre 813 pacientes adultos examinados num

período de seis meses por 15 profissionais. Foi feita uma avaliação do risco à cárie e à doença periodontal de cada paciente em cada consulta, e os dados foram codificados para preservar a identidade dos pacientes e armazenados eletronicamente. Os dados foram coletados nas seguintes áreas principais (mais a categoria “outros”):

**Indicadores de Risco à Cárie:** Restaurações múltiplas, lesões cáries múltiplas, má higiene bucal, superfícies radiculares expostas, condição/ história de flúor, fluxo salivar pequeno, brackets ortodônticos e nível elevado de *Streptococcus mutans*.

**Tratamentos de Prevenção à Cárie Planejados:** Aconselhamento sobre higiene bucal/ dieta, uso tópico de flúor; profilaxias/ retornos mais frequentes, prescrição de dentífrico/ enxaguatório bucal com flúor; prescrição de enxaguatório bucal antimicrobiano, enxaguatórios com flúor vendidos sem prescrição, dentífrico com fosfato de cálcio e

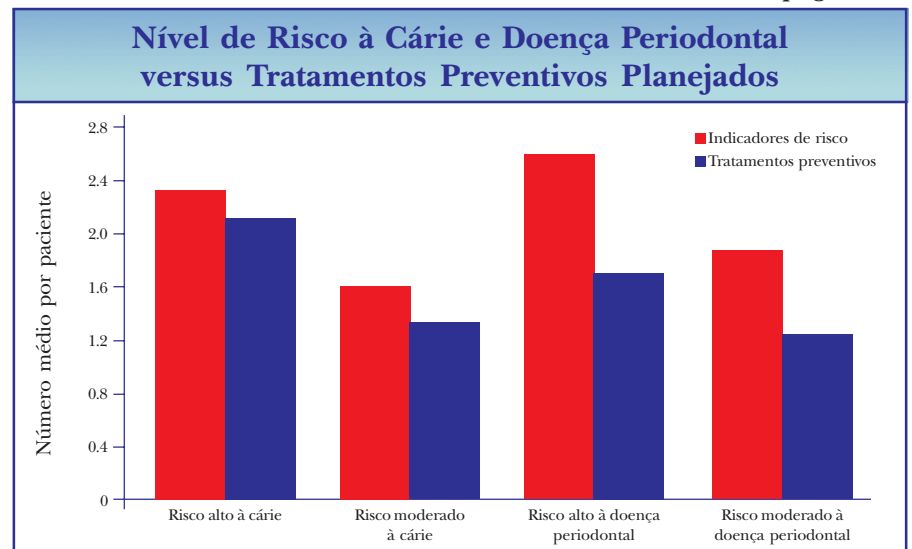
verniz com flúor.

**Indicadores de Risco à Doença Periodontal:** Profundidade da bolsa, sangramento durante sondagem, má higiene bucal, inflamação persistente, perda de inserção, tabagismo, aumento da profundidade da bolsa, e diabetes.

**Tratamentos Periodontais Preventivos Planejados:** Programa de retornos mais frequentes, auxílio na higiene/ mais instrução, enxaguatório bucal antimicrobiano, dentífrico antimicrobiano e encaminhamento.

Com base no número de indicadores de risco para cada paciente, os sujeitos foram classificados em grupos de risco alto ou moderado. Dos 813 pacientes, 4% foram considerados portadores de alto risco e 29% portadores de risco moderado à cárie; de modo similar, 7% apresentaram risco alto e 30% risco moderado à doença periodontal. O número de tratamentos planejados foi calculado para cada nível de risco; os números mostram que, em geral, os pacientes classificados como

*Continua na página 10*



\* Adaptado de Bader, et al, 3003<sup>1</sup>



# PÁGINA

## DE HIGIENE

### *A Perda Dental Compromete a Ingestão de Alimentos?*

Uma vez que a função principal dos dentes é a mastigação,<sup>1,2</sup> a perda dental pode reduzir a capacidade mastigatória, o que leva a alterações prejudiciais na escolha dos alimentos. Isso, por sua vez, pode aumentar o risco de doenças sistêmicas específicas, já que a dieta e certas condições de saúde, como a

***A perda dental está associada com o consumo maior de calorias, colesterol e gorduras, e menor de fibras, caroteno e vegetais.***

saúde cardiovascular, estão interligadas. Por exemplo, um aumento na ingestão de alimentos ricos em colesterol e gorduras saturadas e uma diminuição na ingestão de fibras elevaram o risco de doença cardíaca.<sup>3</sup> Como grande parte da população apresenta ausência de dentes, o efeito nos riscos à saúde devido à perda dental pode ter um impacto significativo.

Num dos maiores estudos destinados a investigar a relação entre a perda dental e a dieta, foram coletados dados sobre a condição dental e a ingestão de alimentos e nutrientes de 49 mil profissionais do sexo masculino.<sup>2</sup> A figura à direita mostra a relação entre índices selecionados de ingestão alimentar e o número de dentes dos participantes do estudo. Os valores

obtidos para aqueles com 25 a 32 dentes servem como marca 100%, com a qual as outras medidas são comparadas. Valores correspondentes para aqueles com 24 a 32 dentes estão listados abaixo do eixo x.

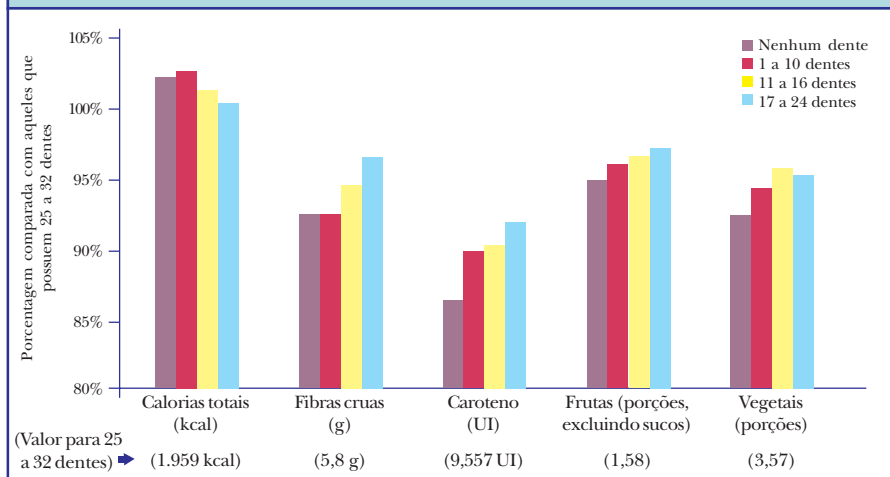
Como nem todas as medidas podem ser incluídas no gráfico, aquelas que são citadas no texto, mas não demonstradas no gráfico, são indicadas por uma marcação “DNE” (dado não exibido). Após ajuste para idade, tabagismo, exercício e profissão, verificou-se que a ingestão de vegetais, fibras alimentares (DNE), fibras cruas e caroteno foi significativamente mais baixa, enquanto a ingestão total de calorias, colesterol (DNE) e gorduras (DNE) foi significativamente mais alta ( $p < 0,005$ ) nos participantes desdentados em comparação com os participantes com 25 ou mais dentes. Não houve diferenças significativas na ingestão de vitamina C (DNE) ou de frutas quando a ingestão de sucos de frutas (DNE) foi considerada. No entanto, quando os sucos de frutas foram excluídos, análise adicional

demonstrou que existia uma diferença significativa nos alimentos duros de mastigar, como maçãs, pêras e cenouras entre os participantes desdentados e aqueles com todos os dentes.

Em um estudo de acompanhamento com o mesmo corte de profissionais do sexo masculino, foram realizadas análises longitudinais entre a perda dental e o consumo de alimentos e nutrientes específicos.<sup>1</sup> Verificou-se que durante um período de oito anos, os participantes sem nenhuma perda de dentes apresentaram reduções maiores na ingestão diária de gorduras saturadas, colesterol e vitamina B12, e aumentos maiores na ingestão diária de fibras, caroteno e frutas, em comparação com os participantes com perda dental. Além disso, sujeitos que perderam cinco ou mais dentes estavam significativamente mais propensos ( $p < 0,005$ ) a parar de comer maçãs, pêras e cenouras em comparação com aqueles que perderam quatro dentes ou menos. Até o momento,

*Continua na página 10*

### Ingestão Diária de Nutrientes Selecionados por Número de Dentes



\* Adaptado de Joshipura *et al.*, 1996<sup>2</sup>



# PÁGINA

---

## PERIODONTAL

---

### ***O Uso de Marcadores de Inflamação para Determinar o Risco às Doenças Periodontais***

As doenças periodontais surgem de uma infecção bacteriana nos tecidos que circundam os dentes, desencadeando uma resposta inflamatória local subgingival. Doenças periodontais avançadas, que afetam aproximadamente 20% da população adulta nos Estados Unidos, podem provocar destruição irreversível de tecido periodontal e perda de dentes. O diagnóstico de periodontite é feito quando há evidências de perda de inserção entre o dente e os tecidos de suporte, aprofundamento da bolsa entre a raiz do dente e os tecidos de suporte, e/ ou perda óssea observada através de radiografia.

#### ***Marcadores de Risco no FSG***

Mediadores inflamatórios presentes no fluido do sulco gengival (FSG) podem ser medidos e usados para avaliar o risco de desenvolvimento de periodontite.<sup>1</sup> Diversos estudos examinaram os níveis de mediadores inflamatórios entre pacientes com doença periodontal. Por exemplo, mostrou-se que os níveis de prostaglandina E<sub>2</sub> do FSG e interleucina-1 estavam significativamente elevados nos pacientes com periodontite em comparação com controles e pacientes com gengivite.<sup>1</sup> Mostrou-se também que vários tratamentos periodontais reduzem os níveis de

prostaglandina E<sub>2</sub> no FSG. Uma lista dos marcadores inflamatórios que poderiam ser usados para determinar o nível de risco de desenvolvimento de doença periodontal é apresentada na Tabela. Além disso, embora não sejam mediadores da inflamação, proteínas específicas do osso como a osteonectina, fosfoproteína óssea, osteocalcina e colágenos telepeptídeos tipo 1 são liberados durante a reabsorção óssea no FSG e também podem servir como marcadores potenciais para doenças periodontais.<sup>2</sup>

#### ***Seleção de Sítios para Avaliação do FSG***

A coleta de FSG é um procedimento muito pouco invasivo. Os sítios de coleta para avaliação dos mediadores da inflamação no FSG variaram entre os estudos que examinaram seus níveis em pacientes periodontais. Geralmente, foram

escolhidos um ou dois sítios por quadrante. Um estudo, entretanto, verificou que os mediadores inflamatórios prostaglandina E<sub>2</sub> do FSG e a interleucina-1 presentes no FSG aumentaram com o passar do tempo durante o período de seis meses do estudo em pacientes com periodontite, tanto nas áreas com perda óssea quanto nas áreas estáveis

---

***Os mediadores da inflamação estão presentes tanto nas áreas com perda óssea quanto nas áreas estáveis sem perda óssea em pacientes com periodontite. Isso sugere que a boca toda é afetada pela doença periodontal, e não apenas algumas áreas da boca***

---

sem perda óssea.<sup>1</sup> O fato de áreas estáveis também exibirem níveis altos de mediadores da inflamação provavelmente deve-se ao fato de

#### **Marcadores Inflamatórios Potenciais do Fluido do Sulco Gengival**

<b>Prostaglandinas</b>	• prostaglandina E <sub>2</sub>
<b>Leucotrienos</b>	• leucotrieno B <sub>4</sub>
<b>Tromboxanos</b>	• tromboxano B <sub>2</sub>
<b>Citocinas</b>	• interleucina-1, -2, -4, -6, -10, -13; interferon-γ; fator necrosante tumoral
<b>Quimiocinas</b>	• interleucina-8, RANTES, proteína 1 quimioatrativa de monócito, proteína-1 inflamatória de macrófago, proteína-10 indutora de interferon
<b>Receptores de quimiocina</b>	• receptor 5 de co-receptores de quimiocina (CCR5)
<b>Outros receptores</b>	• sCD14, proteína de ligação com lipopolissacarídeo
<b>Moléculas de adesão</b>	• selectinas, moléculas solúveis de adesão intercelular
<b>Enzimas</b>	• β-glucuronidase, elastase neutrofílica, aspartato transaminase neutrofílica, metaloproteinase-8 e -3 de matriz de colagenase neutrofílica; outras metaloproteinases de matriz de colagenase; inibidores teciduais de metaloproteinases (TIMP)

De Champagne et al.<sup>1</sup>



essas áreas terem sido amostradas em pacientes que também apresentavam áreas com evolução de doença. Na verdade, durante a evolução da doença, mediadores da inflamação são liberados em todas as áreas da boca, incluindo aquelas com ou sem perda óssea. Esse estudo também observou que os níveis de mediadores diferentes presentes no FSG estavam altamente correlacionados. Ou seja, quanto mais alto o nível de prostaglandina  $E_2$ , mais alto o nível de interleucina-1 no mesmo paciente. Essa descoberta faz sentido em vista do fato de que células dentro dos tecidos gengivais podem sintetizar prostaglandina  $E_2$  via interleucina-1 e vice-versa.

Analisadas conjuntamente, essas descobertas sugerem que a boca toda é afetada pela doença periodontal, e não apenas algumas áreas na boca. Essas descobertas têm implicações importantes para a seleção dos sítios de coleta do FSG dentro da boca. Eles sugerem que diversos sítios devem ser selecionados para coleta de FSG independentemente de apresentarem ou não perda óssea. A condição de saúde periodontal do paciente pode então ser baseada na média dos níveis de FSG de mediadores inflamatórios de todos os sítios amostrados.

Embora os kits comerciais para teste diagnóstico estejam se tornando mais fáceis de usar, eles são relativamente caros, limitando a difusão do seu uso. Escolher o marcador mais apropriado também é difícil porque não se sabe qual deles faz melhor diagnóstico preventivo das doenças periodontais. Da mesma forma, os marcadores também avaliam estágios diferentes da periodontite; mais especificamente, alguns marcadores podem medir o

estágio inflamatório agudo inicial, enquanto outros podem refletir a fase inflamatória crônica mais tardia. Um uso mais difundido dos testes diagnósticos preventivos seria útil para ajudar a evitar a doença destrutiva e/ou progressiva, para tratar áreas específicas antes da ocorrência de danos irreversíveis e para monitorar o tratamento periodontal.<sup>2</sup> Os instrumentos objetivos de avaliação de risco serão revisados na próxima edição do *PrevNews*. **PN**

#### Referências

1. Champagne CM, Buchanan W, Reddy MS, Preisser JS, Beck JD, Offenbacher S. **Potential for gingival crevice fluid measures as predictors of risk for periodontal diseases.** *Periodontol* 2000 2003;31:167-180.
2. Eley BM, Cox SW. **Advances in periodontal diagnosis 10. Potential markers of bone resorption.** *Br Dent J* 1998;184(10):489-492.

*O programa de Educação Continuada da Harvard School of Dental Medicine está disponível no site [www.colgateprofessional.com](http://www.colgateprofessional.com) somente no idioma inglês.*

*Essa mudança atende às diretrizes globais da Colgate em padronizar a elaboração dos testes.*

*Os profissionais de saúde bucal poderão realizar o teste online e acompanhar seu desempenho pela internet.*

*Os participantes aprovados receberão um certificado de educação continuada emitido por Harvard, uma das universidades mais conceituadas no mundo.*

*Não perca essa oportunidade de enriquecer o seu currículo.*



**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

© 2005 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 703 9366  
Departamento de Relações Profissionais  
Rua Rio Grande, 752  
São Paulo – SP- CEP 04018-002.

Para receber com antecedência as novas  
edições do PrevNews em inglês, inscreva-  
se no site [www.colgateprofessional.com](http://www.colgateprofessional.com)

**Continuação da página 3**

3. Helgason AR, Lund KE, Adolfsson J, Axelsson S. **Tobacco prevention in Swedish dental care.** *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:378-385.
4. Monaghan N. **What is the role of dentists in smoking cessation?** *Br Dent J* 2002;193(11):611-612.
5. Warnakulasuriya S. **Effectiveness of tobacco counseling in the dental office.** *J Dent Educ* 2002;66(9):1079-1087.
6. US Public Health Service. **A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence.** *A US Public Health Service Report.* *JAMA* 2000;283(24):3244-3254.
7. **Tobacco Cessation Guideline 2003.** [www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm). (Accessed 1 Dec 2003).
8. Lavelle C, Birek C, Scott DA. **Are nicotine replacement strategies to facilitate smoking cessation safe?** *J Can Dent Assoc* 2003;69(9):592-597.
9. Kinnunen T, Nordstrom B. **Smoking cessation in individuals with depression.** In: Palmer KJ, ed. *Smoking Cessation.* Hong Kong: ADIS International Limited; 2000. pp. 35-48.

**Continuação da página 4**

portadores de risco mais alto recebem mais tratamento relacionado à doença do que os pacientes com risco moderado. Além disso, comparando-se os pacientes de risco alto e os de risco moderado com aqueles de risco baixo, os dados históricos dos arquivos de pacientes do ano anterior mostraram uma diferença significativa no número de procedimentos restauradores realizados para cáries (1,62 versus 1,04,  $p = 0,006$ ) e no número médio de procedimentos de tratamento periodontal realizados (0,67 versus 0,01,  $p < 0,001$ ).

Os dados também indicaram deficiências na identificação do risco e nos tratamentos planejados. Elucidações sobre os critérios usados para avaliar o risco moderado à cárie foram recomendadas e, considerando-se o tratamento planejado para

adultos com risco elevado de desenvolvimento de cáries, um uso maior de flúor e consultas mais frequentes de retorno foram também recomendados.

---

**A prevenção convencional baseada no risco pode ser aplicada na prática clínica.**

---

No geral, com base nesse estudo piloto, Bader e colaboradores concluíram que a prevenção convencional baseada no risco na prática odontológica privada é possível. Edições futuras do *PrevNews* discutirão esse assunto mais amplamente. **IN**

**Referência**

1. Bader JD, Shugars DA, Kennedy JE, Hayden WJ, Jr., Baker S. **A pilot study of risk-based prevention in private practice.** *JADA* 2003; 134(9):1195-1202.

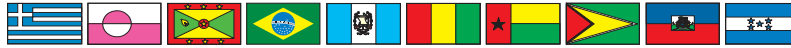
**Continuação da página 5**

esses estudos fornecem as melhores evidências de associação entre perda dental e alteração na ingestão alimentar, e sugerem ser aconselhável incorporar avaliação da dieta e orientação em nutrição nas consultas odontológicas para pacientes com perda dental, a fim de evitar riscos à saúde devido à uma dieta deficiente. **IN**

**Referências**

1. Hung HC, Willett W, Ascherio A, Rosner BA, Rimm E, Joshipura KJ. **Tooth loss and dietary intake.** *JADA* 2003;134(9):1185-1192.
2. Joshipura KJ, Willett WC, Douglass CW. **The impact of edentulousness on food and nutrient intake.** *JADA* 1996;127(4):459-467.
3. Willett WC. **Diet and health: What should we eat?** *Science* 1994;264(5158):532-537.





# PROJETO

## P R E V E N Ç Ã O

### *Saúde Bucal é o Nosso Negócio*

No Brasil, inúmeras são as regiões onde é restrito o acesso ao dentista. Em sua maioria, são comunidades com baixo grau de informação sobre tratamento odontológico preventivo e curativo. Atenta a essa realidade, a Colgate-Palmolive patrocina o projeto Brasil Sorrindo, que comemorou dez anos de existência em dezembro do ano passado, e é realizado sob o comando do cirurgião-dentista Daker Bicego.

Esse projeto – que faz parte das ações do programa Sorriso Saudável, Futuro Brilhante – já percorreu 80 cidades, levando educação para saúde bucal a aproximadamente 76 mil crianças de regiões menos favorecidas ou distantes. Para este ano, a meta do programa é beneficiar mais 3,5 mil crianças de diversos municípios brasileiros.

### *Mar de sorrisos*

Participam do projeto alunos de 1ª a 4ª série do ensino fundamental de escolas da rede pública. Pacientes e

familiares recebem recomendações para manter os dentes saudáveis e o sorriso brilhante. As consultas odontológicas são gratuitas.

Ao todo são realizadas, em média, 16 consultas por dia. As crianças recebem atendimento curativo e preventivo, que pode envolver restaurações, extrações, tratamentos gengivais e aplicação de flúor e selantes. Todo o trabalho é realizado numa van, equipada com um consultório odontológico completo.

### *Educação*

Além dessas ações, os cirurgiões-dentistas promovem um debate com as crianças, pais e profissionais ligados à educação e à saúde para discutir a importância da saúde bucal e da prevenção da cárie. Essa atividade é realizada de forma descontraída e conta com apoio de recursos audiovisuais e teatro de fantoches, providos pelo programa Sorriso Saudável, Futuro Brilhante.

O Brasil Sorrindo permanece por dois meses em cada município e atende a cerca de 700 crianças que, além do tratamento, recebem um kit com

escova de dente, creme dental e um folheto explicativo sobre higiene bucal.

Em cada consulta, os responsáveis pelo atendimento registram as informações do paciente num software especialmente desenvolvido para esse projeto. Cada vez que a equipe do Brasil Sorrindo passa pela cidade, os dados da nova visita são comparados com os dados das cidades anteriores resultando em uma análise da saúde bucal destas localidades. **PN**

Acesse e cadastre-se  
para receber em  
primeira mão as  
novidades  
da Colgate

[www.colgateprofissional.com.br](http://www.colgateprofissional.com.br)

**Colgate®**



*Dentistas levam saúde bucal a regiões distantes dos centros urbanos*



*Os atendimentos são feitos no odontomóvel, uma van equipada com um consultório odontológico completo*