

PREV NEWS

Colgate® THE ORAL CARE REPORT



Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal

Odontologia Preventiva na China

Zhen-Kang Zhang e Zhu Ling

Vinte anos atrás, após 10 anos de tumulto durante a “grande revolução cultural”, a economia da China estava na iminência de um colapso. Parecia excessivamente luxuoso pensar em assistência odontológica preventiva quando as necessidades básicas de subsistência da população geral não eram atendidas. Estimava-se que 70% da população chinesa não mantivesse hábitos regulares de escovação dentária. Simultaneamente, havia severa escassez de profissionais de saúde bucal; a proporção de dentistas na população era de apenas um para 100.000. O conhecimento que os profissionais tinham sobre odontologia preventiva tendiam a estar desatualizados. Cursos sobre odontologia preventiva nas faculdades chinesas não estavam disponíveis até 1980, quando o primeiro departamento de Odontologia Preventiva foi criado na faculdade de Estomatologia da Escola de Medicina de Beijing (hoje Faculdade de Estomatologia da Universidade de Pequim).

O Verdadeiro Início da Odontologia Preventiva na China

Na década de 70, quando a política de porto aberto e a reforma econômica foram postas em prática, a população chinesa teve a oportunidade de se familiarizar com o mundo exterior.

Pela primeira vez, um grupo de dentistas pôde viajar para fora da China para estudar estratégias de assistência odontológica preventiva praticadas em países desenvolvidos. Dessa viagem eles trouxeram conceitos modernos, novos métodos e idéias sobre sistemas de assistência odontológica. Desde então, ocorreram grandes mudanças na odontologia preventiva naquele país.

Alguns dentistas progressistas também perceberam que, juntamente com as melhorias econômicas e o inevitável aumento do padrão de vida, ocorreriam alterações na dieta. O rápido aumento no consumo de açúcar, de 0,25 kg per capita antes da reforma econômica para 6 kg per capita após a reforma, provavelmente seria acompanhado de um aumento na prevalência das cáries, ainda que essa fosse baixa naquele momento (para indivíduos com 12 anos de idade o CPOD era 0,67 e a prevalência de cárie para dentes permanentes era 30,4%). Para minimizar o aumento previsto das cáries dentárias, programas de educação em saúde bucal foram recomendados em todo o país para dissipar a idéia estereotipada de que “uma dor de dente não é uma doença”, disseminada entre a população chinesa. Hábitos de escovação dentária também

Volume 14, número 3

Nesta edição

<i>Odontologia Preventiva na China</i>	1
<i>Página Periodontal</i>	4
<i>Na Prática</i>	7
<i>Tendências na Área da Saúde</i>	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, MDS, 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: Dr. Fávio Namur.
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.

Proporcionando Educação Profissional a Serviço da Odontologia Mundial



foram recomendados para melhorar a higiene bucal. Colocando seu conhecimento em prática, esses dentistas empreenderam diversas iniciativas, descritas a seguir.

- Oficiais do governo chinês, especialmente aqueles do Ministério da Saúde, foram mobilizados para colocar o tópico da educação em saúde bucal na pauta da saúde, e foram incentivados a desenvolver um plano de trabalho para assistência odontológica.

- Foi feita uma proposta ao Ministro da Saúde da China para criar uma organização com autorização nacional responsável por supervisionar as iniciativas de educação em saúde bucal. A proposta foi aprovada, e em 1988 nasceu o Comitê Nacional de Saúde Bucal, chefiado por oficiais de alto escalão do Ministério da Saúde e diversos reitores de faculdades de odontologia reconhecidas da China, composto por especialistas bastante conhecidos da odontologia preventiva de todas as partes do mundo.

- Uma campanha em massa de educação em saúde bucal (Dia de Amor aos Dentes - DAD) foi lançada por nove autoridades governamentais centrais. O DAD deveria ser comemorado no dia 20 de setembro de todos os anos, e destinava-se a implementar educação em saúde bucal em larga escala para os civis de todo o país. Em 1989, a primeira Campanha DAD foi organizada com um festival nacional baseado em temas de prevenção das doenças bucais na história da China.

- Milhares de dentistas dedicaram-se a promover a saúde bucal em suas comunidades – em escolas, fronteiras, áreas rurais e pela mídia.

- Programas de mídia sistemáticos de saúde bucal em massa foram subseqüente e continuamente realizados.

Sob a liderança do Ministério da Saúde, especialistas de saúde bucal do Comitê Nacional esboçaram uma iniciativa de saúde bucal nacional e de longo prazo, juntamente com as metas e estratégias (veja Tabelas 1 e 2). As metas foram dirigidas particularmente a dois grupos-alvo : pessoas que viviam em áreas rurais e jovens em geral.

As Grandes Conquistas da Odontologia Preventiva

Nesses últimos 15 anos, os grupos de especialistas e profissionais dedicados aos serviços de odontologia preventiva vêm crescendo. Por toda a China, a maioria das 50 escolas de odontologia existentes desenvolveram currículos de odontologia preventiva, e algumas instituíram uma disciplina separada de odontologia. Livros chineses didáticos e de consulta sobre esse assunto foram publicados. Em algumas das principais escolas, mestres e candida-

tos a doutorado na área da odontologia preventiva foram recrutados e tratados como especialistas de alto nível.

Projetos de pesquisa em odontologia preventiva e comunitária foram iniciados em instituições acadêmicas. Simultaneamente, grupos de profissionais entusiásticos de saúde bucal oferecem serviços preventivos consistentes nas zonas rurais, em comunidades e escolas de ensino fundamental e médio.

A campanha DAD vem sendo realizada há 15 anos. A escala da campanha expandiu-se de um dia para, algumas vezes, uma semana ou diversos meses. As atividades estenderam-se das capitais das províncias a pequenas cidades e países. A forma das atividades se diversificou e o envolvimento da mídia cresceu rapidamente. Em 2003, mais de dez mil alunos de escola de ensino fundamental participaram simultaneamente da escovação dos dentes nas ruas da

Tabela 1. Metas Nacionais do Plano de Saúde Bucal da China no Ano de 2000

População-Alvo	Indicador	População			
		Pobre	Moderada*	Média**	Acima da Média
Acima dos 3 anos de idade	% dos que escovam os dentes diariamente	40	50	70	80
Alunos do ensino fundamental e médio	% com conhecimento sobre saúde bucal	40	60	70	80
	% dos que usam escova de dente saudável	40	60	80	90
	% de dentes cariados tratados	20	30	40	50
Crianças de 5 a 6 anos	% com dentes decíduos sem cárie	30	30	30	30
Crianças com 12 anos	média CPOD	<0,9	<0,9	<0,9	<0,9
Adolescentes com 15 anos	% com mais de 3 sextantes periodontais saudáveis	20	40	50	60
Adultos com 65 anos	% com índice reduzido de ausência de dentes	5	10	15	20
Alunos em escolas fundamentais rurais	% com conhecimento sobre saúde bucal	40	60	70	80
	% dos que escovam os dentes diariamente	50	60	70	80
	% de dentes cariados tratados	30	40	50	60

* Moderada = com rendimento suficiente para atender às necessidades básicas

** Média = algum recurso financeiro disponível



Tabela 2. Metas Nacionais do Plano de Saúde Bucal da China para o Ano de 2010

<i>População Alvo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Áreas Rurais</i>	<i>Áreas Urbanas</i>
Mulheres Grávidas	% com instrução sobre saúde bucal	50	80
Crianças de 5 anos	% com dentes decíduos sem cárie	30	40
Crianças com menos de 6 anos	% com cuidados com higiene bucal familiar	60	80
Crianças com 12 anos	CPOD inferior a ...	1,1	1,1
Alunos do ensino fundamental e médio	% com conhecimento sobre saúde bucal	70	90
	% dos que escovam os dentes diariamente	60	80
	% dos que usam creme dental com flúor	70	90
	% de dentes cariados tratados	15	30
Adolescentes com 15 anos	% dos que têm periodonto saudável	30	50
Adultos com 34 a 44 anos	% com mais de 3 sextantes periodontais sadios	15	30
Adultos acima dos 65 anos	% com pelos menos 20 dentes funcionais	60	80

cidade de Shenzhen, na província de Guangdong, garantindo uma colocação para a cidade nos recordes mundiais do *Guinness Book* como sendo o maior evento de escovação dental do mundo. No mesmo dia, em regiões administrativas de Hong Kong e Macau, a China comemorou as primeiras campanhas DAD. Essa preocupação elevada traduziu-se em hábitos de cuidados bucais melhorados; segundo dados do 2º Levantamento Nacional de Saúde Bucal, cerca de 80% da população urbana e 60% da população rural na China atualmente escovam os dentes diariamente.

Foi publicada uma série de documentos do governo concernentes à promoção da saúde bucal, e ações relevantes foram adotadas para implantar o plano nesses últimos 15 anos. As metas da assistência à saúde bucal, mostradas nas Tabelas 1 e 2 foram incluídas nesses documentos.

Para atender à Meta Nacional de Assistência à Saúde Bucal para o ano

2000, foi organizada uma variedade de programas preventivos em diferentes níveis. Por exemplo, projetos de selamentos de fissuras foram realizados em escolas de ensino fundamental em áreas urbanas, e dentistas foram treinados na técnica TRA (Tratamento Restaurador Atraumático) e aplicaram-na em áreas rurais em todo o país. Em nível local, outras medidas preventivas foram introduzidas, como bochecho com flúor e fluoretação do leite ou sal, e foram feitos estudos sobre a viabilidade de fluoretação da água.

Odontologia Preventiva Prospectiva

Campanhas de comunicação em massa sobre saúde bucal continuarão a ser realizadas usando-se a DAD como destaque, que é agora bem reconhecida pelos chineses, tanto em nível nacional como local. Alta prioridade nos programas de educação em saúde bucal deve ser dada aos cuidados

individuais com a saúde bucal, especialmente aos hábitos de escovação dental. No futuro próximo, espera-se que a porcentagem da população chinesa que escova os dentes suba para 90%.

Grandes esforços devem ser feitos para atualizar o “Plano de Trabalho em Assistência Odontológica da China (2004-2010)”. Como um país em desenvolvimento, para lidar com o problema principal de falta de recursos, a ação combinada de três partes, *i.e.*, do governo, dos especialistas e do público, é altamente recomendada.

O uso otimizado de flúor em diferentes formulações para prevenção da cárie dentária, solidamente apoiado por pesquisas científicas e estudos experimentais, deve ser estendido. As autoridades de saúde bucal são responsáveis pela implantação do plano para que o progresso genuíno ocorra gradualmente.

Em regiões onde a economia é subdesenvolvida, os governos locais tendem a alocar recursos para outros projetos urgentes que não a saúde bucal. Conseqüentemente, especialistas em odontologia preventiva e profissionais da saúde bucal terão que explorar e desenvolver modelos domésticos de assistência odontológica preventiva adaptados ao ambiente e à população local. Por exemplo, a “Estratégia 2-2-2-1” pode ser usada – a assistência odontológica preventiva deve ser incluída em 1) pautas governamentais centrais ou locais, e 2) no sistema de assistência odontológica primária geral; dois grupos devem ser almejados, 1) população rural, e 2) jovens; dois aspectos de saúde bucal devem ser reforçados, 1) educação pública em saúde bucal, e 2) treinamento de recursos humanos para profissionais das comunidades; e 1) cooperação

Continuação na página 10



PÁGINA

PERIODONTAL

Diabetes e Saúde Bucal

A prevalência mundial do diabetes é relativamente alta e vem aumentando em taxas alarmantes devido a dietas altamente calóricas, atividade física reduzida e crescente tendência à obesidade. Nos Estados Unidos, estima-se que 5% da população tenha o diabetes diagnosticado, enquanto outros 2% a 3% dos adultos tenham a doença sem ter conhecimento dela.^{1,2} O diabetes impõe uma carga econômica pesada na sociedade, e pode reduzir significativamente a qualidade de vida do paciente quando não tratado corretamente. Em 1997, foi estimado que os custos médicos anuais associados com diabetes na população norte-americana chegavam a \$44 bilhões, enquanto outros \$40 bilhões foram atribuídos a perda de dias de trabalho, atividades limitadas e incapacidade permanente.²

Os profissionais da odontologia podem desempenhar um papel importante no tratamento de pacientes com diabetes encaminhando as pessoas com suspeita da doença ao médico para melhor avaliação e orientando-as sobre o controle da glicose

O diabetes mellitus é um distúrbio crônico que afeta o metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas. Existem três tipos de diabetes:

- *Tipo 1*, uma doença auto-imune que causa deficiência absoluta de insulina;

- *Tipo 2*, desencadeado por resistência à insulina e defeito na secreção da insulina. Esse tipo responde por 90-95% dos casos nos EUA; e

- *Gestacional*, causado por tolerância anormal à glicose durante a gravidez.

Não existe cura definitiva para o diabetes, mas o controle e o monitoramento constante dos níveis de glicose sanguínea podem evitar complicações agudas e crônicas e suprimir sintomas sistêmicos e gerais. A falta de controle glicêmico nos pacientes diabéticos pode afetar não somente a saúde sistêmica, mas também a saúde bucal, levando os pacientes para o consultório odontológico. Os profissionais da odontologia podem desempenhar um papel importante encaminhando as pessoas com suspeita da doença ao médico para cuidados de rotina e orientando os pacientes sobre como melhorar a taxa da glicose e a manutenção da saúde bucal e nutrição.

Diagnóstico e Tratamento

O critério de diagnóstico absoluto da American Diabetes Association baseia-se em um limiar de glicose plasmática em jejum de 126 mg/dL. Entretanto, um nível de glicose plasmática sem jejum igual ou superior a 200 mg/dL, na presença de

outros sintomas clássicos, também indica diabetes. Um terceiro indicador, a hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), também é usado para avaliar a regulação da glicose em longo prazo (6-12 semanas); os níveis normais variam de 4-6%, sendo o valor crítico para pacientes com diabetes igual ou superior a 7%.³ Os sintomas clássicos do diabetes incluem polidipsia, poliúria e polifagia, fraqueza e fadiga, prurido, neuropatia periférica e visão embaçada.

O diabetes pode afetar qualquer pessoa em qualquer idade, mas os principais fatores de risco incluem obesidade, origem étnica (afro-americanos, hispânicos, índios americanos, asiáticos, pessoas das ilhas do Pacífico), hipertensão, dislipidemia, alterações da tolerância à glicose previamente identificadas, história de doença ovariana policística vascular e história de diabetes na família.³ A prevalência também aumenta significativamente com a idade (acima dos 45 anos), e as mulheres são mais frequentemente afetadas que os homens. Conforme a população envelhece e a prevalência da obesidade aumenta nos países desenvolvidos, os dentistas devem estar preparados para verificar um aumento dos pacientes diabéticos na

Figura 1. Complicações Bucais Relacionadas Com o Diabetes

- ✓ periodontite e gengivite
- ✓ infecções bucais agudas (vírus do herpes simples recorrente, abscesso periodontal ou úlcera palatal)
- ✓ síndrome de queimação bucal e glossodinia
- ✓ candidíase
- ✓ cárie dentária
- ✓ líquen plano
- ✓ disestesia neurosensorial
- ✓ disfunção salivar
- ✓ disfunção do paladar
- ✓ xerostomia

Adaptado de Ship, 2003¹ e Vernillo, 2003¹



sua prática diária. Contudo, a redução da prevalência do diabetes pode ser conseguida pela promoção de estratégias de prevenção bem direcionadas e integradas.

Conforme a população envelhece e a prevalência da obesidade aumenta nos países desenvolvidos, os dentistas devem estar preparados para verificar um aumento dos pacientes diabéticos na sua prática diária.

Fatores de Risco

Os fatores de risco susceptíveis a modificação incluem manter uma dieta saudável, evitar peso em excesso, fazer exercícios físicos regulares e parar de fumar. Adicionalmente, marcar consultas regulares com o médico e dentista pode diminuir significativamente os riscos de desenvolver diabetes tipo 2.

O objetivo fundamental da terapia do diabetes é normalizar os níveis de glicose sanguínea em concentrações tão próximas quanto possível daqueles de pacientes não diabéticos. O tratamento bem-sucedido deve, por sua vez, reduzir as complicações e os sintomas associados, e também melhorar a qualidade de vida desses pacientes. As estratégias terapêuticas dependem do tipo do diabetes. Pacientes com diabetes tipo 1 recebem insulina por via intravenosa periodicamente. Pacientes com diabetes tipo 2 são primeiramente aconselhados a controlar os níveis de açúcar no sangue com intervenções não farmacológicas, um plano de alimentação saudável, exercícios regulares e

perda de peso. Se essas medidas não forem suficientes, farmacoterapia e agentes hipoglicêmicos orais podem ser considerados. A redução da glicose plasmática pode ser conseguida com a estimulação da secreção de insulina, redução da resistência à insulina ou retardando a absorção da glicose pelo intestino.³ Enquanto o controle glicêmico rigoroso pode reduzir muito as complicações bucais agudas e crônicas associadas com o diabetes, os dentistas podem prescrever, quando indicado, terapias locais para minimizar o desconforto e reduzir a intensidade dos sintomas.⁴

Interações Buco-Sistêmicas

As complicações de saúde bucal podem ser intensificadas pelas conseqüências sistêmicas do diabetes (veja Figura 1). O controle glicêmico insatisfatório persistente foi associado com a incidência e progressão de gengivite, periodontite e perda de osso alveolar, e a duração do diabetes tem estreita associação com a severidade da doença periodontal. Foram propostos múltiplos mecanismos de ação para explicar o impacto do diabetes. As alterações vasculares

degenerativas que modificam a migração de nutrientes e leucócitos para o tecido gengival, diminuem a difusão do oxigênio e a eliminação de produtos de excreção metabólica, assim aumentando a gravidade da periodontite. Além disso, a superexposição de proteínas ou lipídeos aos açúcares aldose favorece a glicosilação e oxidação, que reduzem a solubilidade e alteram o metabolismo. Coletivamente, a degradação de colágeno recém sintetizado nos tecidos conjuntivos e a depressão do sistema imune podem contribuir para uma predisposição à doença periodontal e deficiência na cicatrização de feridas. O grau de controle metabólico e a presença de outras complicações (*e.g.*, retinopatia e nefropatia) também podem exacerbar os sintomas e efeitos das infecções periodontais. Fatores de risco concomitantes (placa, tabagismo, estresse, medicações, gravidez, variações hormonais) são cumulativos e devem ser considerados na avaliação do estado periodontal do paciente.⁵

De maneira inversa, a infecção periodontal pode influenciar os níveis glicêmicos. Estudos recentes sugerem que proteínas pró-inflamatórias (*e.g.*,

Figura 2. Considerações Sobre o Tratamento de Pacientes Diabéticos

- ✓ Avaliar o controle glicêmico
- ✓ Encaminhar pacientes com sinais e sintomas sugestivos de diabetes não diagnosticado para um médico
- ✓ Obter consulta com o médico do paciente se estiverem presentes complicações sistêmicas e/ou avaliar o uso de medicações para tratar complicações bucais
- ✓ Usar um glicômetro para evitar emergências relacionadas ao diabetes
- ✓ Tratar agressivamente infecções bucais agudas
- ✓ Agendar consultas freqüentes para o paciente para monitorar e tratar complicações bucais e manter a higiene bucal e dieta ideais
- ✓ Apoiar e acompanhar os pacientes em programas para parar de fumar

Adaptado de Vermillo, 20034



O controle glicêmico insatisfatório persistente foi associado com a incidência e progressão da gengivite, periodontite e perda de osso alveolar, e a duração do diabetes tem estreita associação com a severidade da doença periodontal.

Fator α de Necrose Tumoral TNF-2 α e Interleucina IL-1 β) podem induzir resistência à insulina por interferir no metabolismo de lipídeos. Além disso, mostrou-se que as respostas das interleucinas à inflamação antagonizam a ação da insulina. Supõe-se que o periodonto inflamado altamente vascular pode agir como uma porta de entrada para que mediadores da inflamação bacterianos produzidos localmente caiam na circulação sistêmica. Embora ainda seja uma questão confusa, parece que a prevenção e o tratamento das infecções periodontais podem ter um efeito benéfico no controle glicêmico dos pacientes diabéticos.⁶

Considerações sobre o Tratamento dos Pacientes Diabéticos na Prática Odontológica

O tratamento eficaz dos pacientes diabéticos requer alguma adaptação para a prática odontológica (veja Figura 2). A determinação precoce do estado de diabetes do paciente é essencial para reservar tempo suficiente para realização de um exame periodontal completo e estabelecimento do plano de tratamento. Em geral, pacientes com diabetes bem controlado podem se submeter a tratamento

odontológico com apenas poucas restrições.

A íntima colaboração com o médico e atualizações frequentes da ficha do paciente podem melhorar os resultados do tratamento odontológico. Quando possível, os profissionais da odontologia devem conversar com o médico do paciente para discutir o plano de tratamento dentário, especialmente quando estiverem previstos procedimentos cirúrgicos. O açúcar sanguíneo do paciente com diabetes deve ser monitorado para evitar hipo ou hiperglicemia durante ou após um procedimento invasivo.

Devem ser fornecidas instruções alimentares pós-operatórias, estabelecidas em conjunto com o médico e nutricionista do paciente. A equipe odontológica deve estar familiarizada com o estado do diabetes dos seus pacientes e com as medicações que usam para o diabetes para evitar e tratar de maneira eficaz distúrbios bucais e sistêmicos. No geral, as estratégias de tratamento dentário devem ser adaptadas às necessidades do paciente e incluir consultas mais frequentes, histórias abrangentes sobre medicamentos, avaliações da dieta e aconselhamentos, recomendações para abandonar o tabagismo, avaliação das funções salivares e instruções de higiene bucal adequada.^{1,2}

Como é previsto um aumento no número de pacientes diabéticos nas próximas décadas, seria muito útil se alguns profissionais da odontologia desenvolvessem um conhecimento específico. Uma campanha multifacetada eficaz de marketing voltada para médicos, hospitais e associações de diabetes e estabelecer uma rede de contato com pessoas diabéticas que já são pacientes podem ser extremamente eficaz no desenvol-

vimento de uma prática para pacientes com diabetes.⁷ **PN**

Para mais informações sobre o tratamento de pacientes com diabetes, visite www.colgateprofessional.com e clique em *Diabetes and Dentistry*.

Referências

1. Ship JÁ. *Diabetes and oral health: An overview.* JADA 2003;134:4S-10S.
2. Moore PA, Zgibor JC, Dasanayake AP. *Diabetes: a growing epidemic of all ages.* JADA 2003;134:11S-15S.
3. Robertson C, Drexler AJ, Vernillo AT. *Update on diabetes diagnosis and management.* JADA 2003;134:16S-23S.
4. Vernillo AT. *Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus.* JADA 2003;134:24S-33S.
5. Ryan ME, Carnu O, Kamer A. *The influence of diabetes on the periodontal tissues.* JADA 2003;134:34S-40S.
6. Taylor GW. *The effects of periodontal treatment on diabetes.* JADA 2003;134:41S-48S.
7. Levin RP. *How treating the patient with diabetes can enhance your practice: Recommendations for practice management.* JADA 2003;134:49S-53S.

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

www.colgateprofessional.com.br

Colgate®



PRÁTICA

CLÍNICA

Tratamento de Cáries em Crianças

Embora compensadora, a odontopediatria pode constituir um desafio, levando alguns dentistas a limitar o tratamento de crianças na sua atividade. Enquanto a maioria das crianças é tratada facilmente no consultório normal, algumas respondem melhor ao tratamento com especialistas. O tratamento do pequeno paciente e a escolha das técnicas apropriadas são a chave para o sucesso da odontopediatria.

Exame do Bebê e da Criança até os Três Anos de Idade

A primeira consulta com o dentista deve acontecer quando o primeiro dente irromper na boca ou por volta dos 12 meses de idade, e não quando aparecer um problema, para se evitar uma consulta possivelmente traumática e invasiva. Nesse mesmo tempo, um bom programa de higiene bucal e dieta pode ser estabelecido. A comunicação apropriada do dentista pode exercer um impacto positivo na confiança da criança; no caso de crianças até 3 anos de idade, sugere-se uma comunicação em nível de olhar.¹ Para garantir um exame bucal controlado, seguro e rápido para bebês ou crianças pequenas, a “técnica do travesseiro” pode ser usada. Nessa técnica o pai/mãe senta-se em uma cadeira de frente para o dentista, segurando a criança no colo com as pernas da criança em volta da cintura do pai/mãe, e reclina a criança sobre um travesseiro posicionado no colo do dentista. Se a criança for um pouco maior, é

possível mantê-la em posição sentada durante a consulta, o que permite a realização bem-sucedida do exame.

Tratamento da Cárie na Primeira Infância

O diagnóstico precoce da cárie na infância, utilizando-se radiografias interproximais, é essencial para garantir o tratamento conservador. Lesões da infância, se não forem tratadas, podem progredir rapidamente e complicar o futuro tratamento, ou podem causar infecção alveolar aguda, que pode necessitar de hospitalização para tratamento médico e odontológico.¹ Três tipos de técnicas restauradoras conservadoras são comumente utilizados para tratar os molares decíduos:

- o preparo em “slot”, que é rápido e fácil de restaurar, mas é muito susceptível à técnica e pode apresentar resultado clínico insatisfatório;¹
- o preparo convencional de classe II, recomendado quando se usam resinas compostas adesivas;
- a coroa de aço inoxidável, cuja colocação correta é mais difícil, mas apresenta resultado clínico mais favorável.^{1,2} Evitar erros que podem ocorrer durante o preparo do dente que interferem no selamento adequado da coroa de aço diminuirá as dificuldades relacionadas à sua instalação.¹ Esses erros incluem paredes muito paralelas, desgaste inadequado da altura mesiovestibular e ângulo distolingual agudo, em vez de uma superfície vestibular adequadamente curvada e um ângulo distolingual arredondado.

Terapia Pulpar do Molar Decíduo

Quando um molar decíduo é afetado por cárie e permanece com

vitalidade, o dentista geralmente realiza terapia pulpar para preservá-lo.² A perda prematura dos molares decíduos pode levar a problemas na oclusão dos dentes permanentes em desenvolvimento. A terapia pulpar de molares decíduos pode ser feita por:

- pulpotomia com formocresol, que utiliza uma combinação de formaldeído e cresol em glicerina como fixador tecidual. Essa foi a prática convencional nos últimos 40 anos na América do Norte. A falta de dados sobre sua segurança a longo prazo em crianças, no entanto, levou à investigação de alternativas;
 - tratamento do canal radicular, que apresenta um bom resultado clínico em crianças, mas que os clínicos relutam em utilizar para molares decíduos. O tratamento de canal exige técnica aprimorada, e os canais estreitos dos molares decíduos das crianças podem tornar o debridamento e o preenchimento problemáticos;
 - pulpotomia com sulfato ferroso, uma alternativa sem aldeído ao formocresol e que apresenta resultados clínicos similares. Também existe escassez de dados de longo prazo sobre o emprego dessa técnica.
- No geral, atualmente não existem evidências adequadas para selecionar claramente um método em vez de outro para a terapia pulpar de molares decíduos, levando os profissionais a empregar seu julgamento clínico.

Tratamento Pulpar Indireto

O tratamento pulpar indireto pode ser considerado uma alternativa à pulpotomia no tratamento de cáries profundas em dentes sem sinais de degeneração pulpar.³ Utilizado para proteger a vitalidade de um dente cariado pela preservação da polpa, o tratamento pulpar indireto permite

Continuação na página 10



Continuação da página 3

com a sociedade como um todo para alocar mais recursos para a causa da assistência odontológica na China. Uma outra estratégia inclui uma combinação de prevenção e tratamento de doenças bucais. Com a experiência adquirida nas últimas décadas ao se lidar com o problema da falta de recursos e da indiferença com a saúde bucal por parte do governo e da população, a promoção eficaz da assistência odontológica será conseguida pelo do tratamento e aperfeiçoamento das estratégias de prevenção de doenças.

Os autores esperam que os modelos de assistência odontológica preventiva desenvolvidos na China contribuam com a melhoria da assistência odontológica global, e possam ser imitados por outros países em desenvolvimento que compartilham das mesmas restrições básicas vivenciadas pelo país. **IN**

DR. Zhang é Presidente da Associação Chinesa de Estomatologia. Dr. Ling é Professor Associado da Faculdade de Estomatologia da Universidade de Pequim.

Continuação da página 7

que uma fina camada de dentina cariada permaneça sobre a câmara pulpar e cornos pulpares, sobre a qual se coloca uma fina camada de hidróxido de cálcio. Um material de base, como óxido de zinco e eugenol ou um ionômero de vidro modificado, pode ser aplicado, quando indicado, e uma restauração final, como uma coroa de aço inoxidável ou amálgama, é colocada.

Como o tratamento pulpar indireto permite que permaneça tecido cariado no dente, existe alguma oposição à

essa técnica. Um estudo recente feito por Al-Zayer e colaboradores³ investigou o sucesso do capeamento pulpar indireto, verificando que para 187 dentes posteriores decíduos tratados com esse método, o índice de sobrevivência em um ano foi de 95%. O sucesso foi influenciado por três fatores principais:

1. a localização do dente no arco dental, com os segundos molares decíduos apresentando resultado melhor que os primeiros;
2. o uso de uma base para cobrir a dentina cariada remanescente; e
3. o tipo de material restaurador usado, com as coroas de aço inoxidável apresentando mais sucesso do que o amálgama.¹⁻³

Fatores como sexo, idade, risco de cárie e habilidade do operador não afetaram o sucesso do tratamento pulpar indireto.³

Tratamento de Fraturas de Coroa nos Incisivos Decíduos

Preferências individuais e discordâncias clínicas tornam o tratamento de fraturas coronárias em incisivos decíduos uma fonte de controvérsia. O resultado estético de um incisivo de uma criança com fratura de coroa é uma grande preocupação para os pais. As técnicas utilizadas incluem pulpotomia parcial, pulpotomia cervical, pulpectomia e extração.⁴

• *Pulpotomia parcial* é indicada para exposições pulpares pequenas que ocorreram até 14 dias antes em um incisivo decíduo sem cárie. Está recomendada para todo dente jovem que não esteja inflamado e tenha polpa sadia. A técnica permite o desenvolvimento normal e a maturação do dente e conserva sua cor natural e translucidez.

• *Pulpotomia cervical*, que envolve a remoção de toda polpa coronária, pode ser usada em tecidos com alguma inflamação, mas que apresentem sangramento normal durante amputação da polpa coronária.

• *Pulpectomia* é indicada quando o edema é severo, ultrapassando a porção coronária do incisivo. Essa técnica geralmente resulta em alteração da cor do dente tratado, variando do amarelo ao castanho.

• *Extração* é empregada somente quando os tratamentos descritos acima estão contra-indicados.

A pulpotomia parcial, em condições que favoreçam sua utilização, parece constituir a opção preferida para tratamento de uma fratura de coroa de incisivo decíduo.

Para concluir, um procedimento de exame inicial seguro e controlado, combinado com técnicas de tratamento apropriadas e eficazes, são a chave para a odontopediatria gratificante e bem sucedida. **IN**

Referências

1. Judd PL, Casas MJ. *Successful paediatric dentistry: Avoiding some common pitfalls.* *Ontario Dentist* 2003; 19-23.
2. Casas MJ, Judd PL. *Controversies in vital primary molar pulp therapy.* *Ontario Dentist* 2003;27-30.
3. Al-Zayer MA, Straffon LH, Feigal RJ, Welch KB. *Indirect pulp treatment of primary posterior teeth: A retrospective study.* *Oral Health* 2004;19-28.
4. Kupietzky A, Holan G. *Treatment of crown fractures with pulp exposure in primary incisors.* *Oral Health* 2004;31-36.

TENDÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE

O Imperativo da Odontologia Preventiva

Chester W. Douglass, DMD PhD



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

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

© 2003 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. O Programa de Educação Continuada é patrocinado pela Harvard School of Dental Medicine e recebe doação de verbas da Colgate-Palmolive Company. A Harvard University não endossa produtos de nenhuma companhia.

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

A reportagem de capa desta edição documenta os esforços do país mais populoso do mundo – a China – para desenvolver uma política nacional de prevenção em antecipação ao aumento esperado da incidência de cárie dentária em sua população. Essa expectativa baseia-se no inevitável aumento do consumo de açúcar que acompanha o aumento da renda familiar conforme o mercado econômico interno do país se expande. O resultante aumento das cáries dentárias foi observado em diversos países em desenvolvimento e relatado pela Organização Mundial de Saúde. Um relatório da OMS de 2003 documenta que a incidência de cárie dentária está diminuindo entre crianças de 12 anos de idade nos países desenvolvidos, porém está *umentando* nos países em desenvolvimento, que é onde vivem mais crianças. O PrevNews resumiu essa tendência no Volume 14, Número 1.

Dois tendências inquietantes ocorrem paralelamente a esse aumento global da cárie dentária dentro de países com economia em desenvolvimento. Primeiro, houve uma decisão política em diversos países europeus e pacífico-asiáticos de incentivar a prática privada da odontologia em locais onde, anteriormente, a profissão odontológica era principalmente um serviço governamental. Essa “política de privatização” resultou na deterioração de programas de odontologia preventiva administrados pelo governo. O resultado é que as doenças dentárias das crianças tendem a aumentar em muitos países em desenvolvimento. Por exemplo, a nova geração de crianças dos países do antigo leste europeu da URSS começou a apresentar índices de cárie mais altos. Os fundos para programas

comunitários, particularmente os escolares, foram severamente reduzidos.

Uma exceção acontece na América do Sul, onde os esforços do Dr. Saskia Estupiñan-Day, da Organização Pan-americana de Saúde, para instituir programas de fluoretação do sal resultaram em redução das cáries. A tendência geral nos países do leste europeu e em algumas nações pacífico-asiáticas em desenvolvimento, entretanto, é de aumento da cárie em crianças.

Conforme ocorre a privatização da odontologia nesses países em desenvolvimento, o acesso ao tratamento odontológico, baseado amplamente na capacidade de pagar nos países onde o tratamento está disponível quase exclusivamente num sistema privado, será severamente afetado, comprometendo a saúde bucal das crianças. Assim como acontece nos Estados Unidos, crianças de famílias de menor poder aquisitivo não têm acesso a tratamentos odontológicos preventivos e curativos em estágio inicial. Infelizmente, isso também será o caso de milhões de crianças que vivem em países em desenvolvimento.

Conseqüentemente, há uma grande necessidade de maior atenção global para a odontologia preventiva. A liderança da profissão na China produziu um excelente exemplo de como uma nação em desenvolvimento pode evitar, ou pelo menos melhorar, o inevitável risco de cárie dentária que acompanha o desenvolvimento econômico. O esforço nacional da China para melhorar a higiene bucal, implantar uma variedade de estratégias de prevenção e elevar a importância dos dentes e da saúde bucal são iniciativas que podem ser copiadas por outros países. *Prevenir é melhor que remediar.*