

PREV NEWS

Colgate® THE ORAL CARE REPORT



Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal

Integrando a Saúde Bucal na Assistência Médica/Pediátrica Primária

A cárie dentária é a doença crônica de maior prevalência em crianças.¹ Embora se tenha feito muito progresso na prevenção da cárie em nível comunitário, com iniciativas como a fluoretação da água e a educação em saúde nas escolas, disparidades imensas existem na disponibilidade de tratamento odontológico e no acesso ao mesmo.² Por exemplo, comparadas com crianças de grupos de renda mais alta, as crianças de famílias de baixa renda e de grupos das minorias são cinco vezes mais propensas a ter cáries e outros problemas bucais, enquanto fazem aproximadamente metade do número de consultas.³ Em 1996, apenas 20% das crianças nos Estados Unidos que eram elegíveis para o programa Early Periodic Screening Diagnosis and Treatment do Medicaid foram verdadeiramente consultadas. Em muitas regiões rurais distantes, os dentistas são escassos e especialistas em odontopediatria são ainda menos comuns.⁴ Em pesquisas realizadas em Wyoming, Washington, Alaska, Montana e Idaho (projeto WWAMI), níveis mais elevados de doenças dentárias se correlacionaram

com regiões com menos acesso ao tratamento odontológico. Além disso, embora a utilização de flúor seja uma abordagem custo-eficiente e bem-sucedida para reduzir a incidência de cáries, apenas cerca de 50% da população norte-americana tem acesso à água adequadamente fluoretada, e a maioria das comunidades rurais^{4,5} não tem fluoretação nenhuma. As inadequações no atendimento das necessidades odontológicas das crianças são também um fator importante para outras questões relacionadas à saúde, como deficiências nutricionais, distúrbios da fala ou problemas de aprendizagem.³

A assistência odontológica da criança requer uma abordagem preventiva em vez da restauradora.

Médicos da Assistência Primária: Uma Ligação com a Assistência Odontológica Não Utilizada

A American Academy of Pediatric Dentistry e a American

Edições anteriores do Prev News estão disponíveis na internet, acesse: www.colgateprofissional.com.br

Nesta edição

Integrando a Saúde Bucal na Assistência Médica/Pediátrica Primária	1
Na Prática	4
Página Periodontal	5
Prática Clínica	8
Tendências na Área da Saúde	10
Projeto Prevenção	12

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, FADC; 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, MR-CPATH; 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: Patrícia Scolletta.
Jornalista responsável: Maristela Harada Mtb. 28.082. Produção: Cadaris comunicação e-mail: cadaris@cadaris.com.br

CTP e impressão: TypeBrasil.
Tiragem: 25 mil exemplares. Distribuição gratuita. Proibida reprodução total ou parcial sem prévia autorização.

Volume 14, número 4

Proporcionando Educação Profissional a Serviço da Odontologia Mundial



Dental Association recomendam que a primeira triagem dentária seja feita em crianças de um ano de idade. A American Academy of Pediatrics recomenda a avaliação do risco bucal em crianças de seis meses de idade e, na ausência de problemas dentários, uma primeira visita ao dentista aos três anos de idade.^{4,6} Dado esse reconhecimento da importância do papel do pediatra na assistência odontológica, esse grupo pode realizar um papel vital na detecção da cárie e de outros problemas dentários significativos e no encaminhamento da criança a um dentista.

Uma vez que os pediatras, diferentemente dos dentistas, atendem a uma grande proporção de bebês e crianças pequenas em suas atividades, eles tendem a ser a primeira linha de defesa contra as cáries nessa faixa etária. Esse conceito, primeiramente apresentado por Herrmann e Roberts, enfatiza a importância do envolvimento do pediatra no reconhecimento dos problemas dentários da criança.⁵ O aspecto prático dessa ideia foi investigado por Pierce, et al., que verificou que um exame dentário pode ser facilmente integrado na prática pediátrica regular para determinar as necessidades bucais das crianças.⁶

Os médicos pediatras tendem a ser a primeira linha de defesa contra as cáries em crianças pequenas.

Estabelecendo Colaborações

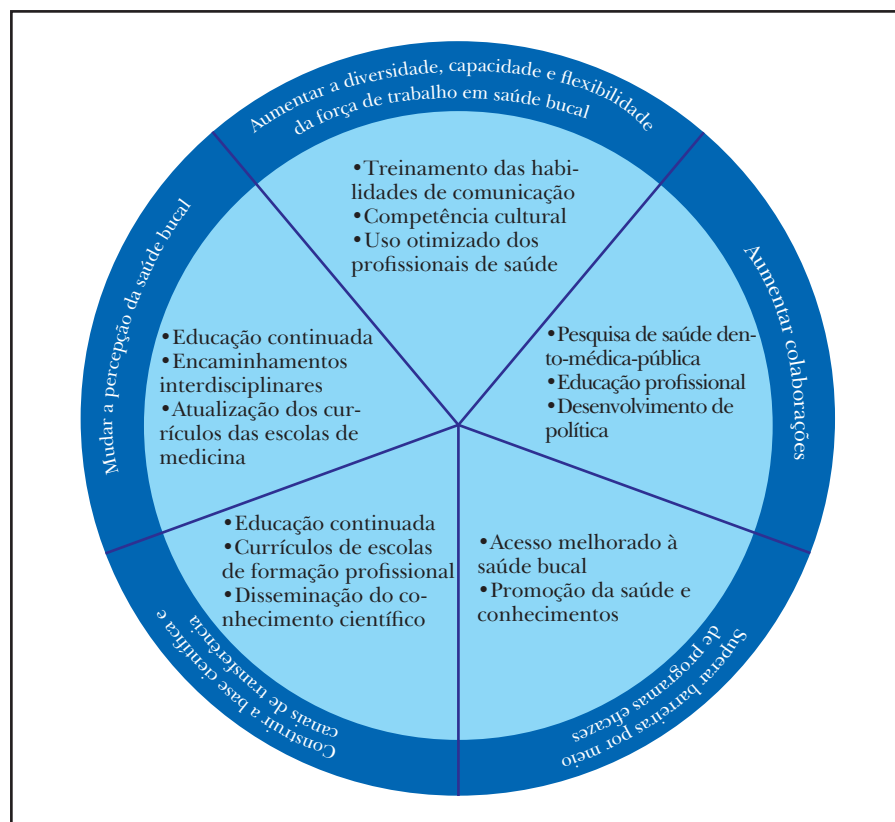
A necessidade de estabelecer colaborações entre prestadores de assistência de saúde bucal e geral recebeu destaque em diversos relatórios e conferências nacionais.² Durante avaliação da opinião de pediatras em relação à assistência odontológica, uma pesquisa na área de Chicago revelou que 95% realizavam exames dentários nas crianças com idade inferior a 2 anos e 85% consideravam a tarefa como sendo de sua responsabilidade e também do dentista.⁷ Entretanto, o estudo indicou uma falta de conheci-

mento suficiente sobre as principais causas de cáries em crianças e uma disparidade entre a consciência da necessidade de intervenção e sua aplicação.

Treinamento na Detecção de Problemas Dentais

Para aumentar a capacidade do médico da assistência primária em detectar problemas dentários, um treinamento adicional para identificação de problemas bucais pode ser necessário. Um estudo piloto realizado em uma grande clínica pediátrica privada na Carolina do Norte mostrou resultados animado-

Exemplos de elementos pertinentes a colaborações educacionais dento-médicas



Adaptado de Mouradian et Al.²



res após duas horas apenas de treinamento de pediatras nos cuidados bucais da criança.⁶ O treinamento consistiu de uma revisão dos métodos de exame e de apresentação de slides clínicos ilustrando a cárie dentária em vários estágios. Seguindo o treinamento, os médicos alcançaram um nível de precisão adequado na pesquisa de cáries. Desde 2001, o projeto vem se expandindo, com mais de 1.500 médicos e pessoal da equipe médica sendo treinados num esforço em todo o estado para melhorar a assistência odontológica, aumentando notavelmente o acesso à detecção precoce e ao tratamento preventivo de crianças da Carolina do Norte.

Com foco nas necessidades de crianças de até cinco anos de idade, o projeto WWAMI é um outro exemplo de uma iniciativa para melhorar o treinamento do médico na prevenção de doenças bucais.⁴ Um programa consistindo de módulos de cinco horas de treinamento com aspectos práticos do exame dentário e aplicação de verniz de flúor para proteção estava disponível em 15 locais de treinamento de residentes em áreas rurais e urbanas. Mais de 300 residentes foram treinados a qualquer hora e dados preliminares mostraram uma melhora importante no conhecimento sobre saúde bucal dos médicos. Seguindo esse programa, diversos dentistas também estenderam convites aos médicos para treinamento adicional em suas clínicas. A figura deriva de exemplos de iniciativas bem-sucedidas no treinamento de saúde bucal para médicos da assistência primária e mostra elementos pertinentes a colaborações médico-odontológicas.

Conclusão

Embora o tratamento restaurador especializado de um dentista não possa ser substituído, é extremamente importante estabelecer colaborações entre profissionais da odontologia, da medicina e de outras profissões relacionadas, para aumentar a consciência sobre saúde bucal e prevenção. É reconfortante o fato de que a maioria dos pediatras e profissionais da saúde geral já concorda que eles têm um papel importante a desempenhar na prevenção das doenças dentárias e na promoção da saúde bucal. Parece que integrar a saúde bucal na assistência médica primária para crianças seria uma estratégia a se considerar em qualquer país onde o acesso à assistência odontológica seja um problema.

Referências

1. Lewis CW, Cantrell DC, Domoto PK. **Oral health in the pediatric practice setting: A survey of Washington State pediatricians.** *J Public Health Dent* 2004;64(2):111-114.
2. Mouradian WE, Berg JH, Somerman MJ. **Addressing disparities through dental-medical collaborations, part 1. The role of cultural competency in health disparities: Training of primary care medical practitioners in children's oral health.** *J Dent Educ* 2003;67(8):860-868.
3. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. **The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey.** *Pediatrics* 2000;106(6):E84.
4. Mouradian WE, Schaad DC, Kim S, Leggett PJ, Domoto PS, Maier R, et al. **Addressing disparities in children's oral health: A dental-medical partnership to train family practice residents.** *J Dent Educ* 2003;67(8):886-893.
5. Herrmann HJ, Roberts MW. **Preventive dental care: The role of pediatrician.** *Pediatrics* 1987;80(1):107-110.
6. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF, Jr. **Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries.** *Pediatrics* 2002;109(5):E82.
7. Schulte JR, Druyan ME, Hagen JC. **Early childhood tooth decay.** *Pediatric interventions.* *Clin Pediatr* 1992;31(12):727-730.

O programa de Educação
Continuada
da Harvard School of Dental
Medicine 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. 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.**



NA PRÁTICA

O Estresse Repetitivo é um Risco Ocupacional na Odontologia?

O termo estresse repetitivo traz à lembrança a imagem de um dano cumulativo gerado por muitas pequenas lesões impostas por movimentos repetitivos. Na realidade, porém, distúrbios de estresse repetitivo geralmente estão ligados a posições estáticas repetidas e prolongadas, como as posturas de mão e corpo sustentadas por longo tempo que são exigidas pela maioria dos procedimentos odontológicos.¹

Distúrbios de estresse repetitivo são comuns na população geral e a odontologia não é exceção. Um levantamento de 1997 feito pela American Dental Association constatou que 9,2% dos dentistas foram diagnosticados com um distúrbio de estresse repetitivo,² embora a prevalência real possa ser mais alta, uma vez que essas condições geralmente não são diagnosticadas. Levantamentos abrangentes de higienistas dentais na Califórnia e Minnesota revelaram que 1 em 15 havia sido diagnosticado com Síndrome do Túnel Carpal (STC), porém um a dois terços dos pesquisados relataram sintomas consistentes com essa condição.³

Síndrome do Túnel Carpal

A postura flexionada, delicada e firme pode aumentar a pressão dentro da mão.¹ Aqui a maioria dos casos de compressão nervosa envolve o nervo mediano atravessando o túnel carpal.³ Muitos procedimentos odontológicos exigem que o profissional mantenha o punho flexionado, enquanto manipula os instrumentos de maneira delicada porém firme. Essa postura da mão aumenta a pressão dentro do túnel

carpal, e pode levar à STC.⁴

Os sintomas típicos da STC incluem formigamento ou dormência dos dedos indicador, médio e polegar, que são inervados pelo nervo mediano.¹ Deve-se observar que a prevalência da STC parece ser mais alta quando identificada a partir desses sintomas do que quando diagnosticada mais rigorosamente utilizando-se estudos de condução nervosa. Um estudo com 95 higienistas dentais revelou que 42% apresentavam STC definida pelos sintomas, mas apenas 8,4% apresentavam STC baseada em estudos de condução nervosa.⁵

Procedimentos que requerem mais força oferecem um risco maior de STC. Nas atividades em que mais de 50% dos pacientes apresentam grandes acúmulos de tártaro, os higienistas dentais sofrem um risco mais que dobrado de problemas na mão do que aqueles que tratam menos desses pacientes.³

Membros diferentes de uma equipe odontológica vivenciam estresses diferentes, portanto não é de surpreender que a prevalência de STC seja diferente em cada ramo de atividade. Em uma pesquisa de 1992 envolvendo profissionais de saúde dentária no exército dos Estados Unidos, o índice mais alto de sintomas de STC (73%) foi referida por assistentes de terapia odontológica.³ Os higienistas dentais vieram em seguida com 57%, enquanto 35% dos assistentes odontológicos e 28% dos dentistas referiram sintomas de STC. Os problemas não se restringiram aos profissionais da odontologia; 38% das secretárias, 27% das recepcionistas e 21% dos demais funcionários que trabalhavam em consultórios odontológicos também referiram sintomas de STC.³

Lesões de Ombro, Pescoço e Costas

Braços e mãos não são as únicas partes do corpo propensas a lesões decorrentes do estresse da prática odontológica. A adoção repetida de posturas estáticas e desequilibradas pode acabar lesando músculos e articulações nos ombros, pescoço e costas.⁶ Por exemplo, dentistas destros tipicamente passam muito tempo com o pescoço em rotação para a esquerda e o corpo inclinado para a direita para permitir uma visão melhor da boca do paciente. Como resultado, muitos dentistas têm dificuldade para girar o pescoço para a direita enquanto inclinam o corpo para a esquerda.⁶ Reduzir o esforço é uma meta da odontologia a quatro mãos, que permite que o dentista e o assistente trabalhem de maneira eficiente enquanto sentados.

Paradoxalmente, os profissionais da odontologia a quatro mãos referem mais dor do que os outros, provavelmente por tenderem a trabalhar mais tempo sem fazer intervalos, e porque a posição sentada exerce 40% mais pressão sobre os discos da coluna lombar do que a posição em pé.⁶

Como Lidar com o Estresse Repetitivo

Alguns estudos sugerem que a prevalência de STC entre dentistas é similar àquela da população geral⁷ e a STC é comum em outras ocupações, incluindo atividades que requerem o uso de teclados de computador.¹ Todavia, distúrbios de estresse repetitivo podem acarretar um ônus pesado na prática odontológica; mais de 40% dos dentistas diagnosticados com distúrbio de estresse repetitivo reduziram suas horas de trabalho.⁷ Imobilizações, fisioterapia e modificação dos hábitos da prática podem ser adequados para tratar esses distúrbios; quando não são, o tratamento cirúrgico apresenta

Continua na p. 9



PÁGINA

PERIODONTAL

Atualização em Doença Periodontal e Baixo Peso no Nascimento Prematuro

O nascimento de prematuros e/ou nascidos com baixo peso ao nascimento (BPNP) continuam a ser a principal causa de morbidade e mortalidade infantil.¹ A prevalência de partos de prematuros está aumentando, e relatos mostram que varia entre 6% e 15% de todos os nascimentos de bebês vivos.¹ Fatores que foram associados com BPNP incluem condição sócio-econômica baixa, raça, nascimentos múltiplos, idade, história anterior de BPNP, paridade, história reprodutiva, uso de drogas e álcool, infecção materna sistêmica e doença periodontal (DP).¹

Doença Periodontal como Fator de Risco para Baixo Peso no Nascimento de Prematuros

Uma revisão sistemática recente identificou nove estudos sobre o papel da má saúde bucal como potencial fator de risco para BPNP.¹ Oito desses estudos sustentaram uma ligação positiva entre DP e um risco aumentado de BPNP. Em contraste, o nono estudo, um experimento grande de caso-controle em uma população étnica diversa em Londres, Grã-Bretanha, não encontrou essa ligação.¹ Resultados animadores de três estudos-piloto sugerem que o tratamento da DP durante a gravidez possa evitar o BPNP.¹ Essa revisão foi endossada por um painel composto por 13 especialistas, que concluíram que, como um todo, os dados apresentados suportam uma associação entre DP e BPNP.¹ O painel não reconhece que essa associação pareça ser modificável dependendo da população de

pacientes, e os mecanismos pelos quais a DP periodontal da mãe pode impactar nos resultados da gravidez permanecem desconhecidos.¹

Oito dos estudos incluídos na revisão citada acima foram abordados em edições anteriores do PrevNews (Vol. 8, Nº. 4; Vol. 11, Nº. 3 e Vol. 13, Nº. 2). Desde então, três estudos examinando a ligação entre DP e BPNP em populações diferentes de pacientes tornaram-se disponíveis. Além disso, foram realizadas novas pesquisas sobre o papel dos marcadores da inflamação nessa relação.

Evidências Recentes

Um grande estudo de coorte prospectivo nos Estados Unidos verificou que mulheres que referiam história de periodontite apresentavam risco aumentado de BPNP (razão de probabilidade de não-ocorrência: 2,26), após ajuste para fatores de confusão, incluindo idade, BPNP anterior e infecção genitourinária.² Em contraste com grandes investigações anteriores que foram em sua maioria conduzidas entre mulheres pobres ou minoritárias que apresentavam risco elevado de BPNP,^{3,5} essa população de estudo consistiu predo-

minantemente de mulheres brancas de classe média.² Similarmente, um estudo de caso-controle entre mulheres de classe média da Arábia Saudita demonstrou um risco aumentado de BPNP entre mulheres com saúde periodontal precária.⁶ Outro estudo feito na Venezuela encontrou uma correlação significativa entre a gravidade da DP, peso mais baixo ao nascimento e idade gestacional inferior.⁷ Mais detalhes desses estudos são fornecidos na tabela.

Associação Entre a Proteína C-Reativa e o Risco de Parto Prematuro

Acredita-se que a inflamação sistêmica seja um importante fator de risco para resultados negativos da gravidez, incluindo BPNP.¹ Níveis plasmáticos elevados de proteína C-reativa (PCR) são um marcador de inflamação sistêmica e foram relacionados com pre-eclâmpsia, restrição do crescimento intrauterino e nascimento prematuro.² Além disso, aumentos da PCR estão associados com inflamação periodontal.² Um estudo relatou que mulheres com periodontite apresentam níveis plasmáticos de PCR 65% mais altos no

Continua na p. 9

Investigações recentes da doença periodontal como fator de risco para parto prematuro de baixo peso ao nascimento					
Estudo	Desenho	Sujeitos (N); Local	Avaliação Bucal	Controle para Outros Fatores de Risco	Resultados
Romero et al., 2002 ⁷	Estudo transversal	69, Venezuela	Índice Periodontal de Russell no Parto*	Idade e índice de massa corporal	Gravidade da DP correlacionada com peso mais baixo ao nascimento (r=0,49; p<0,1) e idade gestacional menor (r=-0,59; p<0,1)
Mokeem et al., 2004 ⁶	Estudo de caso controle, sem pareamento	30 casos, 60 controles; Arábia Saudita	Contagem do Índice periodontal comunitário médio das necessidades de tratamento** no parto	Idade, tabagismo, classe social	A saúde periodontal estava significativamente pior nos casos do que nos controles (Contagem do Índice periodontal comunitário médio das necessidades de tratamento nos casos: 2,33; nos controles: 1,63; p<0,01)
Pitiphat 2004 ²	Estudo prospectivo de Coorte	1.635; EUA	História de periodontite relacionada pela pessoa, validada com radiografias	Idade, raça/etnia, tabagismo, renda, frequência de check-up odontológico, índice de massa corporal antes da gravidez, ganho de peso na gravidez, gravidade, história prévia de parto de prematuros, história de infecção genitourinária	Mulheres que relataram uma história de periodontite apresentaram risco aumentado de BPNP (razão de probabilidade de não-ocorrência 2,26; 95% IC: 1,05-4,85)

* Índice periodontal de Russell: <0,2 saudável; 0,2-0,9 gengivite simples; 0,9-1,9 periodontite inicial; 1,9-5,0 periodontite estabelecida - ** Índice periodontal comunitário médio das necessidades de tratamento: 0=saudável; 1=sangramento na sondagem; 2=cálculo supra e subgingival; 3= bolsas rasas (3,5-5,5 mm); bolsas profundas (>6 mm) - r: Coeficiente de correlação de Pearson; 95% IC: 95% intervalo de confiança



PRÁTICA

C L Í N I C A

Odontologia Minimamente Invasiva

A odontologia minimamente invasiva integra prevenção, remineralização e mínima intervenção para a colocação e substituição de restaurações.¹ Essa abordagem evoluiu de um conhecimento ampliado sobre o processo da cárie e do desenvolvimento de materiais restauradores adesivos e biomiméticos.² Com a odontologia minimamente invasiva, a cárie dentária é tratada como uma condição infecciosa e não como o produto final dela.³ O objetivo é preservar os dentes naturais adiando a intervenção cirúrgica sempre que possível. Os aspectos essenciais dessa abordagem são resumidos na figura, que mostra uma ênfase na avaliação do risco, prevenção, diagnóstico precoce da cárie e remineralização de esmalte e dentina ainda sem cavidade.

A odontologia minimamente invasiva integra a prevenção, a remineralização e a intervenção mínima para colocação e substituição de restaurações.

Avaliação do Risco, Prevenção e Tratamento

O primeiro passo da odontologia minimamente invasiva requer a avaliação do risco de cárie do paciente. A presença de bactérias cariogênicas no ambiente bucal (e.g., *Streptococcus mutans*), a qualidade e a quantidade de saliva e a dieta do paciente são fatores a serem considerados.⁴ A prevenção inclui a modificação dos fatores de risco usando várias estratégias. Por exemplo, pacientes com contagens altas de *S. mutans* podem usar um enxagüatório bucal com clorexidina

duas vezes ao dia, limitar a ingestão de carboidratos fermentáveis, garantir um fluxo salivar ideal, usar agentes tampões para controlar o pH bucal e praticar bons hábitos de higiene bucal para evitar o acúmulo de placa.

Remineralização de Lesões Incipientes

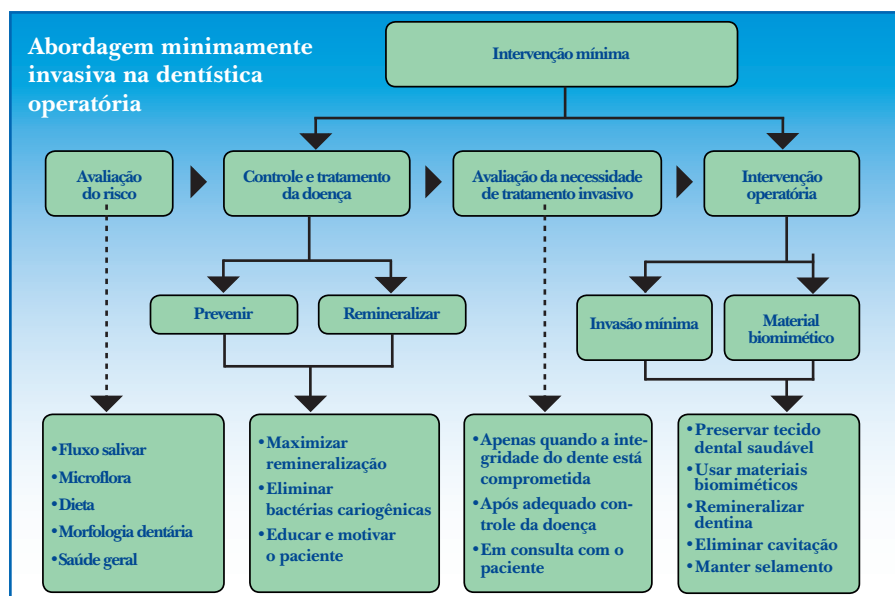
O processo de formação da cárie dentária não é completamente irreversível como se pensava anteriormente; os dentes passam por um ciclo dinâmico de desmineralização-remineralização ditado pelo microambiente bucal. Em um pH abaixo de 5,5 o esmalte sob a superfície e a dentina (hidroxiapatita) começam a perder íons de cálcio e fosfato, um processo que pode ser revertido conforme o pH sobe. O flúor desempenha um papel fundamental nesse ciclo por aumentar a captação iônica e por formar a fluorapatita, que é mais resistente à desmineralização do que a hidroxiapatita.² Portanto, tentativas de remineralizar lesões cariosas sem cavidade são preferidas à intervenção operatória, desde que o ambiente bucal possa

ser modificado para otimizar a remineralização através de uma abordagem biológica.² Sendo assim, a motivação do paciente é um fator importante.

Intervenção Cirúrgica Mínima de Lesões Cavitadas

A detecção precoce de lesões potencialmente cariosas é a chave, principalmente em fôssulas e fissuras, onde sabe-se que a remineralização é mais lenta do que em superfícies lisas. Com esse objetivo, a técnica de abrasão por ar é especialmente apropriada porque remove restos orgânicos sem danificar o esmalte.^{1,3} As fissuras e fôssulas tratadas podem ser seladas para prevenção adicional.^{1,5}

Entretanto, uma vez que a cavitação já tenha ocorrido, o potencial para remineralização diminui. A remoção da cárie e a restauração através de tratamentos cirúrgicos são, então, indicadas.³ A odontologia minimamente invasiva promove a preservação da estrutura dentária natural como fator de orientação no preparo cavitário. A remoção do tecido dentário é mínima e restrita a áreas que são infectadas e cavitadas além da possível remineralização, ou para



ganhar acesso para tal lesão.

Novos sistemas de classificação das cáries foram desenvolvidos,^{3,4} e instrumentos já existentes foram melhorados para minimizar a perda de estrutura dentária durante a intervenção (e.g., abrasão por ar).¹ Os materiais biomiméticos também podem desempenhar papel preventivo; cimentos de ionômero de vidro, que liberam flúor e outros íons na saliva, podem aumentar a remineralização das lesões.⁶ Além disso, as propriedades adesivas dos materiais e os desenhos de cavidades de intervenção mínima oferecem a possibilidade de reparar, em vez de substituir restaurações defeituosas para evitar perda adicional da estrutura natural do dente.

A odontologia minimamente invasiva requer uma alteração na filosofia da dentística restauradora. Uma abordagem conservadora é favorecida, uma que ajudará os pacientes a manter sua dentição por toda a vida.

Referências

1. White JM, Eakle WS. *Rationale and treatment approach in minimally invasive dentistry*. JADA 2000;131(Suppl):13S-19S.
2. Tyas MJ, Anusavice KJ, Frencken JE, Mount GJ. *Minimal intervention dentistry – A review*. FDI Commission Project 1-97. Int Dent J 2000;50(1):1-12.
3. Murdoch-Kinch CA, McLean ME. *Minimally invasive dentistry*. JADA 2003;134(1):87-95.
4. Mount GJ. *Minimal intervention dentistry: Rationale of cavity design*. Oper Dent 2003;28(1):92-99.
5. Mount GJ, Ngo H. *Minimal intervention: Early lesions*. Quintessence Int 2000;31(8):535-546.
6. Mount GJ, Ngo H. *Minimal intervention: A new concept for operative dentistry*. Quintessence Int 2000;31(8):527-533.

Continuação Na Prática p. 4

índice de sucesso superior a 90%.⁴

O melhor tratamento das lesões por estresse repetitivo, entretanto, é a prevenção. Felizmente, alguns passos podem ser adotados para reduzir o risco de distúrbios de estresse repetitivo (veja figura) e para tratá-los caso ocorram. Os profissionais da odontologia que seguem esses seis passos de redução do estresse provavelmente experimentarão menos estresse e

Seis Maneiras de Manter o Estresse Repetitivo Afastado

- Evitar posições do punho excessivamente flexionadas ou estendidas
- Evitar posições do antebraço e punho prolongadas
- Fazer intervalos de descanso entre os pacientes
- Fazer alongamentos e exercícios de fortalecimento regularmente
- Evitar segurar os instrumentos com muita força
- Usar equipamento ergonomicamente desenvolvido para evitar posições desajeitadas dos dedos (e.g., peça de mão e fibra óptica giratórias de 360°)

Adaptado de Lalumandier e McPhee,³ Fish & Morris-Allen,⁴ e Valachi & Valachi⁶

Referências

1. Chin DH, Jones NF. *Repetitive motion hand disorders*. J Calif Dent Assoc 2002;30(2):149-160.
2. Brown PN. *What's ailing us? Prevalence and type of long-term disabilities among an insured cohort of orthodontists*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004;125(1):3-7.
3. Lalumandier JA, McPhee SD. *Prevalence and risk factors of hand problems and carpal tunnel syndrome among dental hygienists*. J Dent Hyg 2001;75(2):130-134.
4. Fish DR, Morris-Allen DM. *Musculoskeletal disorders in dentists*. NY State Dent J 1998;64(4):44-48.
5. Anton D, Rosecrance J, Merlino L, Cook T. *Prevalence of musculoskeletal symptoms and carpal tunnel syndrome among dental hygienists*. Am J Ind Med 2002;42(3):248-257.
6. Valachi B, Valachi K. *Mechanisms leading to musculoskeletal disorders in dentistry*. JADA 2003;134(10):1344-1350.
7. Hanann C, Werner RA, Franzblau A, Rodgers PA, Siew C, Gruninger S. *Prevalence of carpal tunnel syndrome and median mononeuropathy among dentists*. JADA 2001;132(2):163-170.

Continuação Página Periodontal p. 5

início da gravidez em comparação com controles saudáveis (intervalo de confiança de 95%, 2% a 180%, p=0,06).² Investigações adicionais revelaram que a concentração média de PCR plasmática no início da gravidez tendia a ser mais alta em mulheres com subsequente parto prematuro (n=117) do que em controles que levaram a gravidez a termo (2,8 mg/L vs. 2,4 mg/L).² Comparadas com mulheres com níveis normais de PCR, aquelas com níveis de PCR 8mg/L apresentavam risco duas vezes maior de parto prematuro subsequente

(razão de probabilidade de não-ocorrência = 2,67; intervalo de confiança 95%; 2 é menor.1,04-6,86). O risco de parto prematuro aumentou ainda mais em mulheres com níveis de PCR 12 mg/L (razão de probabilidade de não-ocorrência = 4,12; intervalo de confiança 95%; 1,12-15,15).² Analisados em conjunto, esses estudos sugerem que a PCR possa mediar a relação entre periodontite e resultados negativos da gravidez.

Em conclusão, pesquisas recentes sustentam o papel da DP materna como um fator de risco independente para BPNP e o envolvimento do marcador inflamatório PCR na relação DP/BPNP. Além disso, evidências preliminares sugerem que o tratamento da DP durante a gravidez pode reduzir o risco de BPNP. A saúde periodontal melhorada em mulheres grávidas pode contribuir com a redução da alta carga societária de bebês nascidos antes do tempo ou com baixo peso ao nascimento.

Referências

1. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. *Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes. A systematic review*. Ann Periodontol 2003;8(1):70-78.
2. Pitiphat W. *Maternal periodontitis and adverse pregnancy outcomes*. Doctoral dissertation. Dept. of Epidemiology, School of Public Health, Harvard University, Boston, Massachusetts. XIV + 64 pp. March, 2004.
3. Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldener RL, Hawth JC. *Periodontal infection and preterm birth: Results of a prospective study*. JADA 2001;132(7):875-880.
4. Offenbacher S, Lieff S, Boggess KA, Murtha AP, Madianos PN, Champagne CM, et al. *Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction*. Ann Periodontol 2001;6(1):164-174.
5. Davenport ES, Williams CR, Sterne JA, Murad S, Sivapathasundram V, Curtis MA. *Maternal periodontal disease and preterm low birth weight: Case-control study*. J Dent Res 2002;81(5):313-318.
6. Mokeem SA, Molla GN, Al Jewair TS. *The prevalence and relationship between periodontal disease and preterm low birth weight infants at King Khalid University Hospital in Riyadh, Saudi Arabia*. J Contemp Dent Pract 2004;5(2):40-56.
7. Rossero Bc, Chiquito Cs, Elejalde LE, Bernardoni CB. *Relationship between periodontal disease in pregnant women and the nutritional condition of their newborns*. J Periodontol 2002;73(10):1177-1183.

TENDÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE

Integrando a Saúde Bucal e a Assistência Médica Primária Chester W. Douglass, DMD, PhD



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

© 2004 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 saber com antecedência a disponibilidade das novas edições do PrevNews, increva-se no site www.colgateprofessional.com

O artigo de capa desta edição do Prev News identifica os médicos como uma ligação não utilizada para a prevenção e o diagnóstico das cáries. Entretanto, o reverso também pode ser verdadeiro; i.e., profissionais da saúde dentária são uma ligação não utilizada para a prevenção e o diagnóstico de problemas médicos. O caso de diabetes em crianças e adolescentes é um bom exemplo.

Os profissionais da saúde dentária são uma ligação não utilizada para a prevenção e o diagnóstico de problemas

O diabetes tipo 2, a forma mais comum da doença, começa quando o corpo desenvolve uma resistência à insulina — que regula o açúcar no sangue — e deixa de usar a insulina adequadamente. O pâncreas perde sua capacidade de produzir quantidades suficientes de insulina conforme a necessidade de insulina aumenta. Com um número crescente de crianças em muitos países desenvolvidos apresentando ganho de peso e fazendo menos exercícios, as demandas de seus corpos por insulina aumentou acentuadamente.

A prevalência mundial de diabetes tipo 2 em crianças provavelmente é subestimada, em parte por causa da dificuldade em diagnosticar o tipo da doença nessa faixa etária. A maioria das crianças não apresentará sintomas, ou apresentará apenas sintomas leves. Adicionalmente, o início da doença é lento, de forma que o diabetes tipo 2 pode permanecer sem ser detectado durante anos; geralmente é necessário um teste

sangüíneo para o diagnóstico definitivo. Atualmente, a extensão da doença em crianças e adolescentes não é clara.

Em resposta, os Centros de Controle e Prevenção da Doença e os Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos estão financiando um estudo de cinco anos abrangendo todo o país para determinar a prevalência do diabetes tipo 2 em crianças. Trata-se de um estudo grande que cobrirá 6% de todas as crianças e adolescentes dos Estados Unidos. A meta é desenvolver e implementar um protocolo uniforme que possa ser usado por profissionais da saúde para identificar casos de diabetes em crianças, com o objetivo final de:

1. aumentar a consciência dos profissionais da saúde sobre a doença;
2. desenvolver uma definição padrão de caso;
3. determinar a magnitude do problema;
4. melhorar a qualidade da assistência para crianças e adolescentes que são diagnosticados com diabetes tipo 2.

Futuramente, os profissionais da odontologia deverão participar na identificação de crianças com alto risco para diabetes tipo 2 e no seu encaminhamento para assistência adequada. Esse é um bom exemplo de um serviço de diagnóstico e encaminhamento que a odontologia pode oferecer.

Com números crescentes de pacientes aparecendo no consultório odontológico com enfermidades coexistentes, a prática da odontologia precisará tornar-se mais consciente e com maior conhecimento de medicina se pretendermos manter uma imagem de verdadeiros profissionais da saúde.



Sorriso Saudável, Futuro Brilhante

Quase quarenta milhões de crianças atendidas em dez anos. Essa é a impressionante marca registrada no Brasil pelo programa global “Sorriso Saudável, Futuro Brilhante”, da Colgate-Palmolive, de 1995 a 2005. Nesse período, foram visitadas mais de 3,6 mil cidades e 27,5 mil escolas.

Em 2005, a meta de atender 2,5 milhões de crianças foi atingida e novos caminhos para tornar a vida dos baixinhos mais saudável foram abertos. Por meio da assinatura de um protocolo de intenções com o governo estadual, 200 mil alunos por semestre participarão das atividades do programa. “Com essa parceria, válida até julho de 2008, nossos projetos de ampliação do programa ganham um excelente reforço”, afirma Ceci Moresco, de Marketing.

Para 2006, o objetivo é dar continuidade aos excelentes resultados do programa e atender com ain-



Parceria com o governo do Estado de São Paulo iniciou a ampliação do atendimento do programa em julho de 2005.

da mais qualidade as crianças de todo o País. “Mantivemos a meta de crianças atendidas e queremos atingir lugares onde nunca atuamos”, diz Ceci.

Atividades – O programa “Sorriso Saudável, Futuro Brilhante” existe mundialmente há mais de 30 anos e visa levar informação e conhecimento sobre cuidados com higiene oral, prevenção contra a incidência de doenças e manuten-

ção da saúde bucal a crianças e adolescentes.

No Brasil, a principal atividade é o “Plano Escolar”, que leva os ensinamentos de saúde bucal a alunos e professores do ensino fundamental. Fazem parte do programa, o projeto “Brasil Sorrindo”, consultório odontológico móvel que chegou a 83 cidades em 2005, e o “Colgate Nativo”, projeto de prevenção e tratamento realizado com mais de 30 mil índios brasileiros. Além disso, o programa multiplica suas informações por meio da formação de agentes de saúde bucal e o apoio a campanhas e programas de instituições sociais ou empresas parceiras.

