



Tratamento Dentário de Pacientes Diabéticos: Um Problema Mundial

Um artigo de uma edição recente do Prev News (Volume 14, Número 3) apresentou a relação entre diabetes e saúde bucal. Devido ao aumento no número de pacientes que podem ter diabetes não diagnosticado, este artigo explora as implicações do diabetes para os profissionais de odontologia de forma mais abrangente.

Definição e Epidemiologia do Diabetes

O diabetes é causado pela falta ou ineficácia de insulina circulante, o hormônio que induz a absorção de glicose do sangue. Os três tipos de diabetes são: tipo 1 (aproximadamente 5% dos casos), tipo 2 (90-95% dos casos), e gestacional. Diabetes do tipo 1 surge quando o sistema imunológico destrói as células pancreáticas que produzem insulina.^{1,2} O diabetes do tipo 2 aparece quando determinados tecidos ficam resistentes à insulina.^{1,2} No diabetes gestacional, hormônios da gravidez bloqueiam a ação da insulina.¹

Em 1995, aproximadamente 4% da população mundial havia sido diagnosticada com o diabetes tipo 2.³ A ocorrência é maior em países ocidentais, com 6,5% da população norte-americana diagnosticados em 1998.³ O diabetes se mantém não diagnosticado em

até 2,7% dos adultos norte-americanos.³ Até 2025, há uma estimativa de que a ocorrência mundial aumente para 5,4%, representando 300 milhões de casos diagnosticados³ - verdadeiramente um problema mundial de saúde.

Fatores de Risco e Sinais do Diabetes

Os fatores de risco para o diabetes do tipo 2 (veja tabela 1) incluem idade avançada, histórico familiar, e fatores étnicos, com negros, pessoas de origem mexicana e populações americanas nativas com risco mais alto do que brancos.^{1,3} Fatores de risco modificáveis incluem excesso de peso, pressão alta, inatividade física e possivelmente tabagismo.^{1,3} Os dentistas podem orientar os pacientes sobre os fatores de risco para o diabetes, e aconselhá-los a manter hábitos de vida saudáveis.^{2,3}

TABELA 1 - IDENTIFICANDO PACIENTES COM DIABETES

Fatores de risco	Sinais e Sintomas
<ul style="list-style-type: none">Idade avançadaHistórico familiarObesidadeHipertensãoSedentarismo	<ul style="list-style-type: none">Sede excessivaPoliúriaFadigaPerda de peso inexplicadaCicatrização lentaPele seca com escamaçãoFormigamento ou entorpecimento dos pésVisão embaçada

De Selwitz e Pihlstrom, 2003¹ e Moore et al., 2003²

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

Nesta edição

Tratamento Dentário de Pacientes Diabéticos: Um Problema Mundial	1
Página de Higiene - Prevenção	4
Prática Clínica	7
Tendências na Área da Saúde	10

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, 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: Patrícia Scolletta. Jornalista responsável: Maristela Harada Mtb. 28.082. Produção: Cadaris comunicação e-mail: cadaris@cadaris.com.br CTP e impressão: TypeBrasil. Tiragem: 30 mil exemplares. Distribuição gratuita. Proibida reprodução total ou parcial sem prévia autorização.



Pelo fato de até um terço dos pacientes com diabetes não terem um diagnóstico, os profissionais de saúde bucal devem estar alertas para os seguintes sinais e sintomas de diabetes nos seus pacientes: sede excessiva, poliúria, fadiga, perda de peso inexplicável, cicatrização lenta, pele seca com escamação, formigamento ou entorpecimento nos pés e visão embaçada (veja tabela 1).^{1,3} Certas complicações bucais também podem sugerir que um paciente seja diabético, e os dentistas devem encaminhá-lo a um médico para avaliação e diagnóstico.^{2,3}

Como o risco de complicações bucais aumenta conforme o controle glicêmico diminui, é fundamental atingir o controle glicêmico para prevenir e administrar a saúde bucal

Complicações do Diabetes

O diabetes pode conduzir a várias complicações, inclusive doenças renais, retinopatia, neuropatia, doenças cardíacas, acidentes vasculares, problemas nos pés e cicatrização lenta.^{1,3} Complicações bucais podem incluir gengivite, doença periodontal, disfunção da glândula salivar e xerostomia, suscetibilidade para infecções bucais, síndrome de ardência bucal e alteração do paladar.^{1,3} As complicações são normalmente mais severas em pacientes com diabetes do tipo 1.²

Como o risco de complicações bucais aumenta conforme o controle glicêmico diminui, é fundamental atingir o controle glicêmico para prevenir e administrar a saúde bucal.

Considerações Gerais do Tratamento de Pacientes Diabéticos

Uma anamnese completa deve ser feita (deveria ser rotina no consultório dentário) incluindo medicamentos em uso, controle da taxa de glicemia, e complicações sistêmicas.^{2,3} O risco de complicações bucais aumenta conforme diminui o controle da taxa de glicemia, por essa razão é essencial o controle da glicemia na prevenção de complicações e na condução da saúde bucal.² O controle da glicemia é geralmente calculado utilizando o teste da hemoglobina glicosilada (HbA1c); a meta é um valor de HbA1c de 7% ou menos, e a ação é recomendada para pacientes com valores acima de 8%.² *Pacientes com diabetes bem controlado e sem complicações podem ser tratados de maneira similar aos pacientes não diabéticos, mas aqueles com controle deficiente necessitam de cuidados especiais.*^{2,3}

A orientação da higiene bucal é particularmente importante em pacientes com diabetes,^{2,3} numa tentativa de contribuir para a redução dos riscos de complicações bucais.

Antes de tratar um paciente com complicações do diabetes, o dentista deveria consultar o médico do paciente, especialmente nos casos onde cirurgia esteja sendo considerada.² Antes, durante e depois de cirurgia, a glicose do sangue deve ser monitorada com um medidor de glicemia, para evitar choque de insulina (hipoglicemia profunda) ou cetoacidose com hiperglicemia severa.² Embora não seja um aparelho aceito no diagnóstico do diabetes, o medidor de glicemia é relativamente barato e fornece uma leitura rápida da glicose no sangue, usando aproximadamente 1 ml de sangue.²

Doença Periodontal

O aumento da suscetibilidade à doença periodontal é a complicação bucal mais freqüente do diabetes.² O risco de doença periodontal é aproximadamente três vezes maior nos pacientes com o diabetes tipo 2.² A probabilidade de um paciente desenvolver doença periodontal severa aumenta à medida que o diabetes evolui.² A doença periodontal é mais extensa e severa em pacientes com diabetes do tipo 1 que não mantêm um rigoroso controle glicêmico.²

O diabetes pode contribuir para uma maior incidência da doença periodontal causando divergências na resposta do hospedeiro para a patogenia periodontal, prejuízo na imunidade da célula-mediada, ou doença vascular.² O diabetes pode também causar um nível relativamente alto de glicose na saliva, fornecendo substrato para o crescimento bacteriano e inibindo fibroblastos de auxiliar na recuperação periodontal.²

Inversamente, a doença periodontal pode resultar num controle mais pobre da glicemia.^{2,4} Agentes produzidos durante o processo de inflamação parecem causar resistência à insulina em tecidos adjacentes.⁴

Tratamento Periodontal e Controle da Glicemia

Por causa do aumento da prevalência da doença periodontal nos pacientes diabéticos e o seu impacto no controle da glicemia, o tratamento periodontal preventivo deveria ser enfatizado na população.² Caso a doença periodontal se desenvolva, tratamento não



cirúrgico e terapia com tetraciclina são recomendados (veja tabela 2).² A tetraciclina age tanto como antibiótico como inibidor de perda óssea, promovendo dupla ação contra a doença periodontal.² Procedimentos cirúrgicos devem ser evitados na medida do possível, pois pacientes diabéticos têm lenta cicatrização, a cirurgia pode requerer alteração dos medicamentos habituais, e porque o paciente pode ter dificuldade em manter uma dieta normal, que é essencial para evitar hipoglicemia e promover a cicatrização.²

Há evidências de que o tratamento não cirúrgico da doença periodontal melhora o controle da glicemia.^{2,4} Por exemplo, num teste clínico aleatório em pacientes com periodontite severa e diabetes tipo 2 com baixo controle, HbA1C caiu significativamente para 5-10% (redução absoluta, 0.5-1%) depois de três meses de tratamento com doxiciclina sistêmica combinada com raspagem com ultrassom. Grupos de controle recebendo placebo mais raspagem com ultrassom tiveram reduções menores, não significativas no HbA1C.⁴ Dois estudos clínicos não aleatórios de pacientes com diabetes tipo 2 e periodontite tiveram reduções significativas no HbA1C após tratamento periodontal; antibióticos foram utilizados num estudo mas não no outro.⁴ Outros estudos não aleatórios encontraram evidências não significativas apoiando o benefício do tratamento periodontal, com ou sem antibióticos, para controle da glicose no sangue.⁴ O autor conclui que “o tratamento das infecções periodontais poderia ter um efeito benéfico no controle glicêmico tanto no diabetes do tipo 1 como no tipo 2.”⁴

TABELA 2 – Tratamento das Principais Complicações Bucais do Diabetes

Doença Periodontal:	<ul style="list-style-type: none">• Tratamento não cirúrgico e antibióticos à base de tetraciclina• Se possível o tratamento cirúrgico deve ser evitado
Infecções Bucais Agudas:	<ul style="list-style-type: none">• Vírus <i>Herpes simplex</i>: aciclovir oral terapêutico ou profilático, exceto em pacientes com complicações renais• <i>Candida albicans</i>: agente fungicida tópico ou sistêmico• Evitar fungicida com alto teor de açúcares
Xerostomia:	<ul style="list-style-type: none">• Enxaguatórios bucais que contenham flúor, substitutos ou estimulantes da saliva
Síndrome da Ardência Bucal:	<ul style="list-style-type: none">• Controle da glicemia• Tratar xerostomia e candidíase, se houver• Baixas doses de benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos ou anticonvulsivos

De Vernillo, 2003⁷

Infecções Bucais Agudas

Os mesmos mecanismos que conduzem ao aumento da infecção periodontal em pacientes diabéticos podem aumentar a suscetibilidade para infecções bucais agudas bacterianas, viróticas, ou por fungos.² O fungo *Candida albicans* normalmente é encontrado na boca, mas raramente causa infecções na ausência de fatores predisponentes.²

O impacto de infecções orais agudas pode ser reduzido pelo próprio controle glicêmico. Infecções virais devem ser tratadas o mais rápido possível. Aciclovir oral pode ser considerado para o emprego terapêutico e profilático quando manifestações recorrentes do vírus *Herpes simplex* causam incômodo, embora deveria ser evitado em pacientes com insuficiência renal em função da sua potencial nefrotoxicidade.² A candidíase pode ser tratada com agentes fungicidas tópicos ou sistêmicos; alguns agentes, como Itraconazol, tem alto conteúdo de açúcares e devem ser evitados no tratamento de pacientes diabéticos.²

Xerostomia

Xerostomia, ou boca seca, pode surgir em função da disfunção da glândula salivar, poliúria, problemas metabólicos ou endócrinos,²

ou pelo emprego de medicamentos que tenham como efeito colateral o ressecamento da boca. Conseqüências incluem o aumento da suscetibilidade a cáries dentárias e infecções por *Candida*, úlceras, descamação e inflamação da língua.² A xerostomia pode ser minimizada pelo emprego de estimulantes salivares como gomas de mascar sem açúcar ou pastilhas, ou utilização sistêmica de pilocarpine (Salagen®). Um banho adicional de flúor pode ajudar a reduzir cáries em pacientes com xerostomia.²

Síndrome de Ardência Bucal

Esta complicação envolve dor ou sensação de ardência que podem ser intensas.² Normalmente não se identificam lesões. A causa da síndrome de ardência bucal não é clara mas pode estar relacionada a disfunção salivar, candidíase, ou alterações neurológicas como depressão.²

A síndrome de ardência bucal pode desaparecer após o controle da taxa de glicose no sangue ou após o tratamento da xerostomia e da candidíase.² Opções de medicamentos incluem baixas doses de benzodiazepina, antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivos, prescritos pelo médico do paciente.²

Continua na p. 9



PÁGINA DE HIGIENE

P R E V E N Ç Ã O

Alternativas para Prevenção da Cárie Dentária em Crianças

A incidência de cáries em crianças diminuiu significativamente nas últimas três décadas.^{1,2} Apesar desse avanço, a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde em crianças, causando desconforto, ausência escolar e consultas de emergência.^{1,2} Num esforço para reduzir ainda mais as cáries em crianças, a orientação preventiva é um método que relaciona a prevenção às etapas importantes do desenvolvimento da criança e da microbiota bucal, indicando a maneira como métodos de baixo custo e baixa tecnologia, como flúor e selantes, são utilizados.^{1,5}

Desenvolvimento da Infância e Cuidados Dentários

Ao contrário da prática comum, de esperar até a criança ter 3 ou 4 anos para visitar o dentista, atualmente é recomendado que a primeira visita aconteça com o início da erupção dos dentes decíduos.¹ Começando por esta fase, e seguindo as etapas de desenvolvimento, é aconselhado aos profissionais de saúde bucal que avaliem o histórico de saúde da criança, dieta e estado nutricional, dosagem de flúor, hábitos bucais, prevenção de lesões, desenvolvimento bucal e higiene. Com base nessas informações, a orientação preventiva pode ser fornecida tanto aos pais como às crianças,

utilizando estratégias de prevenção adequadas, incluindo controle da *Streptococcus mutans* (SM) e utilizando selantes (ver tabela).¹

Streptococcus mutans

A cárie precoce da infância é uma doença infecciosa associada ao consumo inadequado de alimentos cariogênicos e à colonização do SM, uma bactéria amplamente transmitida pela mãe infectada à criança.^{1,4} Uma vez que o SM requer uma superfície dura para colonização na boca, o bebê está em grande risco durante uma “janela de infectividade” que ocorre entre o 19º e o 31º meses de vida, coincidindo com a erupção do primeiro e segundo molares decíduos.¹ A existência de uma janela anterior coincidindo com a erupção dos incisivos, foi defendida por um

estudo que demonstra a colonização de SM em crianças com 10 meses de vida.⁴ Os meios de controle do SM devem ser iniciados com a erupção da dentição decídua, incluindo controle do substrato, rigorosas medidas de higiene bucal e intervenções para educar e tratar a mãe, a fim de minimizar ou prevenir a transmissão ao bebê.^{1,4}

Selantes

Devido ao aumento do emprego de flúor, o padrão da cárie mudou da superfície interproximal dos dentes para fôssulas e fissuras dos dentes posteriores.² O selante é a principal estratégia na prevenção de cáries de fôssulas e fissuras e foi comprovado que reduz o desenvolvimento das lesões de cárie na superfície oclusal dos dentes. Infelizmente, essa tecnologia simples mas eficaz é pouco utilizada, talvez em função da falta de conhecimento e de

Etapas no desenvolvimento pediátrico e orientação preventiva correspondente		
Idade	Etapas	Orientação preventiva
6 a 12 meses	• Início da erupção da dentição decídua	• Limpeza dos dentes após a erupção com uma pequena quantidade de creme dental recomendada pelo profissional • Avaliação do risco de <i>Streptococcus mutans</i> • Orientação sobre a dieta da criança
12 a 24 meses	• Conclusão da dentição decídua, relação oclusal e extensão do arco estão determinados	• Criança desmamada • Pais têm consciência do risco de carboidratos no processo de cárie • Devido aos elevado risco da transmissão do SM da mãe para a criança, a higiene bucal de ambos deve ser salientada
2 a 6 anos	• Perda dos incisivos decíduos, erupção dos primeiros incisivos e molares permanentes	• Criança estimulada a ter maior responsabilidade pela própria higiene bucal • Limitar a quantidade de creme dental utilizada
6 a 12 anos	• Dentição mista, erupção dos caninos e pré-molares permanentes	• Apresentação dos benefícios de selantes em fôssulas e fissuras • Utilização plena de creme dental com flúor
12 a 18 anos	• Perda dos dentes decíduos remanescentes, erupção dos segundos molares permanentes	• Reforçar os benefícios de selantes em fôssulas e fissuras

Udin (1999)¹



experiência com o selante, associado à falha na cobertura e reembolso de seguradoras públicas e privadas.^{1,2} Os primeiros e os segundos molares permanentes são prioridade para a aplicação de selante.

Os meios de controle do SM, devem ser iniciados com a erupção da dentição decídua, incluindo controle do substrato, rigorosas medidas de higiene bucal e intervenções para educar e tratar a mãe, a fim de minimizar ou prevenir a transmissão ao bebê

Flúor Rediscutido

Apesar do flúor na água potável, sal, cremes dentais e suplementos foram os fatores principais na prevenção mundial de cáries, pouco é conhecido sobre sua utilização atual em crianças. Um estudo que investi-

gou padrões de suplementação de flúor em 1.072 crianças nascidas em Iowa, indicou que a ingestão diária de flúor durante o primeiro ano de vida era significativamente menor do que a recomendada, de 0,25 mg por dia. Além disso, bebês cujos pais tinham maior escolaridade estavam mais propícios a receber os suplementos, quando comparados aos bebês com pais de menor grau de escolaridade.³ Uma alternativa para crianças de menor poder aquisitivo foi indicada por um estudo feito em Barbuda, Antilhas. O emprego de uma solução neutra de fluoreto de sódio a 0,2%, administrada com uma seringa (10 ml) na escola, reduziu a quantidade de cáries em dentes permanentes e diminuiu a necessidade de tratamento restaurador em dentes decíduos em aproximadamente 50 crianças (grau 1 a 6) num período de nove anos (1989-1998).⁵ Esse programa não é recomendável em comunidades com abastecimento de água fluoretada

ou para crianças com menos de 12 anos de idade.

Conclusões

Por meio da aplicação tanto de medidas novas como modificadas, a prevenção da cárie dentária em crianças continuará se aperfeiçoando, mais importante ainda, indiscutivelmente mudou para melhor.

Referências

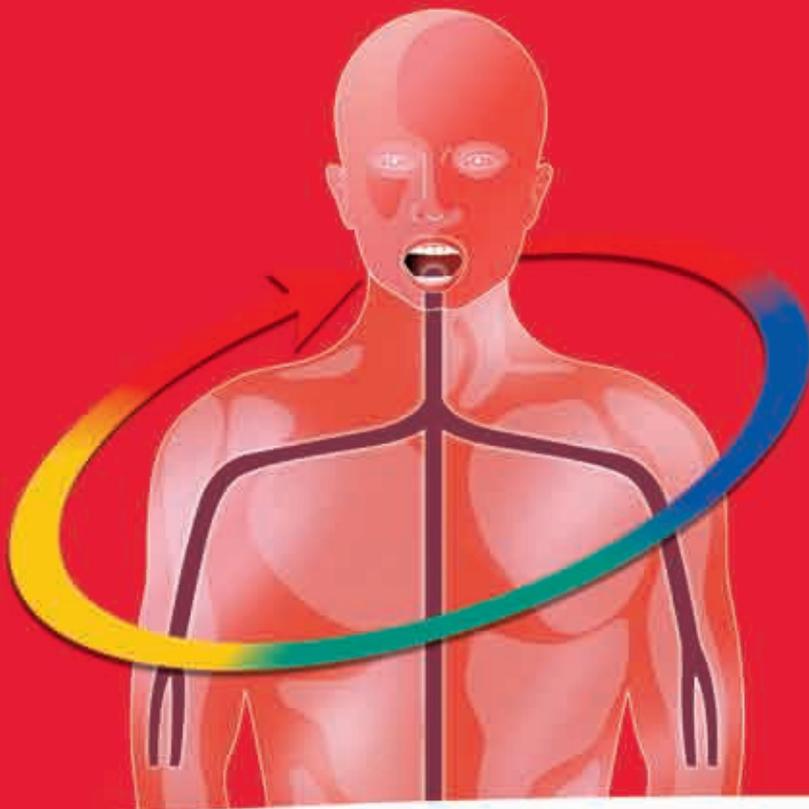
1. Udim RD. *Newer approaches to preventing dental caries in children.* J Calif Dent Assoc 1999;27(11):843-851.
2. Albert DA. *Sealant use in public and private insurance programs.* N Y State Dent J 1999;65(2):30-33.
3. Levy SM, Kiritsy MC, Slager SL, Warren JJ. *Patterns of dietary fluoride supplement use during infancy.* J Public Health Dent 1998;58(3):228-233.
4. Karn TA, O'Sullivan DM, Tinanoff N. *Colonization of mutans streptococci in 8- to 15-month-old children.* J Public Health Dent 1998;58(3):248-249.
5. Carberry FJ. *Fluoride rinse. An alternative to restoration in Barbuda, West Indies.* N Y State Dent J 1999;65(2):34-38.

Todos as edições do Prev News estão disponíveis
no site profissional da Colgate.

Acesse e cadastre-se para receber
em primeira mão as nossas novidades.

www.colgateprofissional.com.br

Colgate®



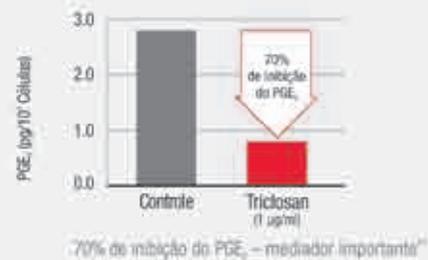
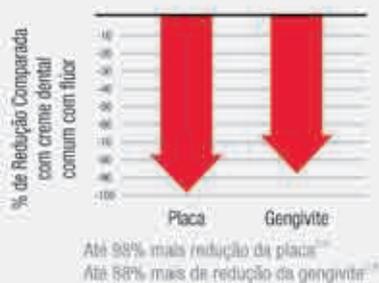
Você acha que todos os cremes dentais são iguais?

“Evidências recentes sugerem uma forte relação entre as doenças inflamatórias bucais e doenças sistêmicas, tais como a doença cardiovascular. Atualmente acredita-se que a inflamação exerce papel importante...”¹

— Dave S, et al. Compendium. 2004

Somente Colgate Total[®] contém em sua formulação Triclosan + Copolímero.[^] Comprovou-se que Triclosan, associado a uma escovação correta, ajuda a prevenir a inflamação de duas maneiras:^{2,6}

1. Ele ajuda a eliminar a bactéria da placa por até 12 horas⁵
2. Provou-se que o Triclosan, associado a uma escovação correta, ajuda a reduzir o nível dos principais mediadores inflamatórios que possuem papel importante na saúde sistêmica^{4,7}



12 Horas de Proteção Antibacteriana, ajuda a prevenir inflamações periodontais e melhora a saúde bucal.

* Creme dental com flúor.
[^] O ácido málico polivinil-metil-éter (copolímero (PVM/MA)) ajuda a reter o triclosan.
[†] In vitro.

1. Dave S, et al. Compendium.2004; 7(suppl 1): 26-37. 2. Volpe AR, et al. J Clin Dent.1996; 7 (suppl): S1-S14. 3. Davies RM, et al. J Clin Periodontol.2004; 31: 1029-1033. 4. Gaffar A, et al. J Clin Periodontol. 1995; 22:480-484. 5. Amorchat C, et al. Mahidol Dent J.2004;24:103-111. 6. Modéar T, et al. J Clin Periodontol.1996;23:927-933. 7. Scannapieco FA. Compendium. 2004;7(suppl 1):16-25

Visite www.colgateprofissional.com.br para mais informações



PRÁTICA

C L Í N I C A

Avaliação dos Resultados em Odontologia

Tradicionalmente, as escolhas de tratamento em odontologia eram feitas de maneira relativamente subjetiva, com base na opinião de especialistas, experiência pessoal anterior, e informalmente expressava as preferências do paciente.¹ O crescimento da odontologia com base em evidências aumentou a demanda por medidas objetivas e padronizadas dos resultados esperados para os tratamentos bucais, possibilitando comparações sérias entre diferentes estratégias de tratamento, com o objetivo de melhorar decisões clínicas.^{1,2}

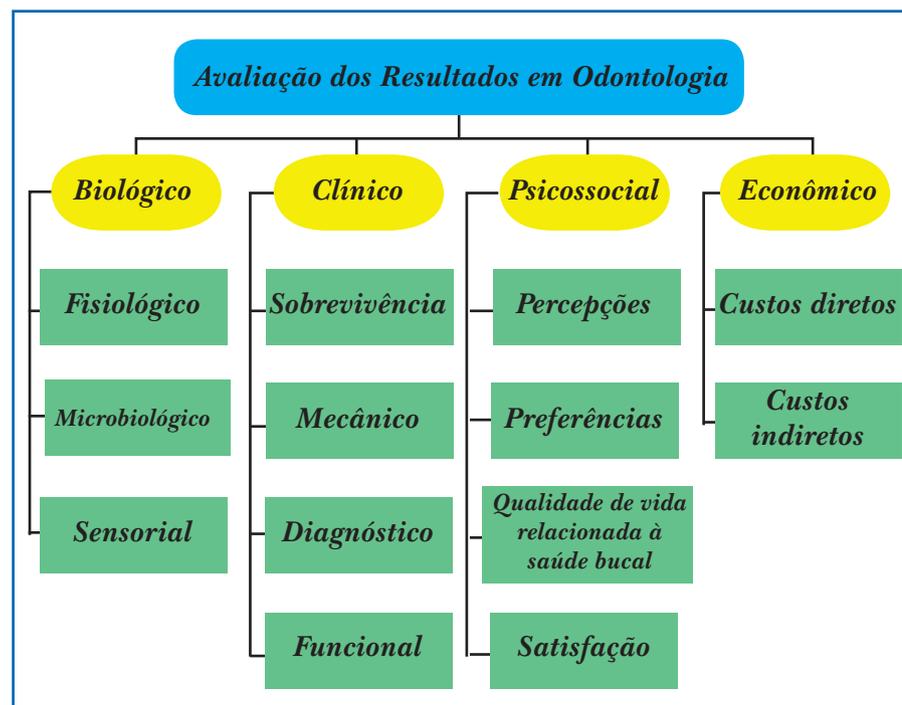
Os resultados dos tratamentos bucais podem ser classificados em quatro níveis: biológico, clínico, psicossocial e econômico (veja figura)¹. A avaliação subjetiva de resulta-

dos biológicos como a dor é rotineira, mas poucas avaliações objetivas de resultados biológicos estão sendo empregadas no dia-a-dia.¹ Resultados clínicos são frequentemente objetivos (ex. perda de dente), entretanto o diagnóstico e os resultados funcionais são normalmente medidos de forma subjetiva.¹ Resultados psicossociais podem ser medidos de forma objetiva por meio de questionários padronizados, mas somente pesquisas de satisfação do paciente são utilizadas na rotina clínica¹. Resultados econômicos dependem da perspectiva do cliente, e incluem custos diretos, como o custo do material, e custos indiretos, como transporte.¹ Uma análise do custo-benefício combina informações de custo com outros resultados para calcular o valor relativo de um tratamento em termos de um padrão comum (ex. economia por dente/ ano).¹

A avaliação objetiva dos resul-

tados oferece benefícios a todos os envolvidos em cuidados com a saúde bucal.¹ Profissionais que têm conhecimento das preferências dos pacientes e da expectativa com relação ao tratamento estão melhor capacitados para auxiliar os pacientes na escolha de estratégias de tratamento apropriadas e estabelecer expectativas reais. Pacientes têm um interesse pessoal em informações objetivas sobre os resultados do tratamento, como, por exemplo, a durabilidade das restaurações. Administradoras de saúde, tais como provedores de seguro, podem usar informações objetivas para verificar que os métodos são eficazes em termos de custo-benefício.¹

Um grande desafio para os proponentes de avaliação de resultados em odontologia é a atual falta de disponibilidade de resultados bem validados



Adaptado de Bader and Ismail, 1999¹

O emprego de avaliação de resultados é ilustrado pelo estudo desenvolvido por uma clínica de odontopediatria na Dinamarca.³ Os profissionais utilizaram o CPO, número de cáries, dentes perdidos e superfícies obturadas, como uma medida para avaliar a eficácia de uma nova estratégia para o tratamento de cáries, direcionado para evitar intervenções reparadoras e selantes. Após sete anos da implantação da nova estratégia, os CPO's na clínica diminuíram da média nacional para aproximadamente a metade, fornecendo evidências claras que a nova

Inflamação gengival tem solução: PerioGard®.

PerioGard® ajuda a eliminar os germes que causam
placa bacteriana, gengivite e mau hálito por até 8 horas.

Recomende a seus pacientes de periodontia, cirurgia e implantes.





estratégia de tratamento foi eficaz.³

Um grande desafio para os proponentes de avaliação de resultados em odontologia é a atual falta de disponibilidade de resultados bem validados. Por exemplo, HEDIS® (Health Plan Employer Data and Information Set, uma marca registrada do National Committee for Quality Assurance), que consiste num conjunto de medidas de desempenho amplamente utilizado, permitindo que clientes avaliem organizações médicas gerenciadas,² não é facilmente adaptado para o emprego em odontologia, porque avaliações de resultados apropriadas não foram desenvolvidas para saúde bucal.⁴

Um grupo de 13 medidas específicas para odontologia, projetadas para atender à essa necessidade eram confiáveis e sensíveis, mas exigiam dados auditados e eram de difícil implementação em alguns sistemas de dados administrativos.⁴ Para evitar problemas com sistemas de dados, *staff* em consultórios particulares foram treinados para identificar informações relevantes de registros de pacientes. Este processo era logisticamente complexo e estava limitado por registros incompletos.⁵

Esta experiência ressalta a necessidade de desenvolvimento e emprego rotineiro de códigos padronizados de diagnóstico em odontologia para fornecer uma base comum para a avaliação de resultados.^{5,6} Avanços em sistemas de dados e políticas de arrecadação de informações também contribuiriam para o desenvolvimento da avaliação dos resultados dos tratamentos.^{4,5} Aumentos no financiamento de pesquisa de resultado em odontologia, e o envolvimento de

consultórios e faculdades de odontologia são vitais para desenvolver avaliações de resultados confiáveis.¹

Embora seja necessário muito trabalho antes que a avaliação de resultados padronizados seja utilizada rotineiramente em todos os aspectos do tratamento da saúde bucal, o potencial benefício dessas medidas para pacientes, profissionais, administradores e sociedade promovem incentivo para esforços continuados.

Referências

1. Bader JD, Ismail AI. *A primer on outcomes in dentistry.* *J Public Health Dent* 1999;59(3):131-135.
2. Crall JJ, Szlyk CI, Schneider DA. *Pediatric oral health performance measurement: Current capabilities and future directions.* *J Public Health Dent* 1999;59(3):136-141.
3. Thylstrup A, Vinther D, Christiansen J. *Promoting changes in clinical practice. Treatment time and outcome studies in a Danish public child dental health clinic.* *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25(1):126-134.
4. Bader JD, Shugars DA, White BA, Rindal DB. *Development of effectiveness of care and use of services measures for dental care plans.* *J Public Health Dent* 1999;59(3):142-149.
5. Bader JD, Shugars DA, White BA, Rindal DB. *Evaluation of audit-based performance measures for dental care plans.* *J Public Health Dent* 1999;59(3):150-157.

Continuação tratamento dentário de pacientes diabéticos p. 3

Conclusão

O controle glicêmico é fundamental na prevenção e controle das complicações do diabetes. Profissionais de saúde bucal podem contribuir para o controle glicêmico por meio do tratamento e controle periodontal, estilo de vida e orientação da higiene bucal, e encaminhamento de pacientes com suspeita de diabetes a um médico. Juntamente com outros profissionais responsáveis pela saúde do paciente, o dentista tem um papel importante no controle do diabetes e de suas complicações.

Referências

1. Selwitz RH, Pihlstrom BL. *How to lower risk of developing diabetes and its complications: Recommendations for the patient.* *JADA* 2003;134:54S-58S.
2. Vernillo AT. *Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus.* *JADA* 2003;134:24S-33S.
3. Moore PA, Zgibor JC, Dasanayake AP. *Diabetes: A growing epidemic of all ages.* *JADA* 2003;134:11S-15S.
4. Taylor GW. *The effects of periodontal treatment on diabetes.* *JADA* 2003;134:41S-48S.

Continuação tendências na área de saúde p. 11

Referências

1. *DentEdEvolves Global Congress in Dental Education Special Issue.* *Eur J Dent Educ* 2002; 6 (Supplement 3).
2. Shanley DB, Barna S, Gannon P, Kelly A, Teljeur C, Munck C, Ray K. *Undergraduate training in the European Union; Convergence or divergence?* *Eur J Dent Educ* 1997; 1:35-43.
3. Hjorting-Hansen E. *The future dental education process.* *J Dent Educ* 1996; 778-782.
4. Bánóczy J. *The evolution of dental education. A European perspective.* *J Dent Educ* 1993; 57: 634-636.
5. *The Dental Directive.* Document 78/687/EEC: 1978, European Commission, Brussels.
6. *Advisory Committee on the Training of Dental Practitioners: The profile of the dentist in the EEC.* Document III/D/617/5/86, European Commission, Brussels.
7. *Advisory Committee on the Training of Dental Practitioners: Report and recommendations concerning clinical competences required for the practice of dentistry in the European Union.* Document XV/8316/8/93 modified 10.11.98 European Commission Brussels.
8. *Advisory Committee on the Training of Dental Practitioners to the European Commission: Core knowledge and understanding—Prerequisites to achieving agreed clinical competences.* Document XV/E/8011/3/97-EN. European Commission, Brussels.
9. Shanley D, et al. *Dental Education in Europe. The DentEd Thematic Network Project Report.* KFT Publishers, Budapest. 2001.
10. Plasschaert AJM, et al. *Profile and competences for the European dentist.* 2004. <http://www.dented.org/dentedevolves.php3>
11. Shanley D. *Convergence towards higher standards in dental education.* 2003 Percy T. Phillips Lecture. Columbia University. 2003.



TENDÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE

Desenvolvimento Mundial em Educação Dentária

John J. Clarkson, BDS, 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

© 2006 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

Este artigo descreve iniciativas que foram desenvolvidas recentemente para promover a convergência internacional para padrões mais altos em educação dentária. Em particular, se concentra em vários projetos desenvolvidos na Europa durante os últimos 10 anos.

Avanços na Europa

A expansão da União Européia (UE) é um bom exemplo dos complexos desafios envolvidos para promover a convergência por padrões mais altos na formação e treinamento nas ciências da saúde numa região “desenvolvida” do mundo. Países da UE formaram uma abordagem própria para a formação e treinamento em odontologia.^{1,3}

Na Europa houve dois modelos de treinamento. De um lado está a Odontologia, que é a educação dentária independente da medicina. Este é o modelo típico da Europa Ocidental e do Norte, e é similar ao modelo de Estados Unidos, Canadá e Austrália. Do outro lado está a Estomatologia, na qual os estudantes têm inicialmente uma formação extensa em medicina e posteriormente estudam odontologia como especialidade ou subespecialidade.⁴ O modelo da Estomatologia prevalece em partes da Europa Oriental e Central.

A mobilidade da mão-de-obra dentro da UE é o princípio básico da União. Dentro de várias profissões como a do dentista, isto foi facilitado por uma série de “Diretrizes”⁵ que foram criadas para assegurar níveis de formação e treinamento compatíveis por toda Europa. Essas diretrizes usaram o modelo da Odontologia para treinamento. A primeira Diretriz Dentária de

1978 foi complementada por um recomendado “Perfil de um Dentista Europeu” em 1993.⁶ Em 1998, o Comitê Consultivo da União Européia para Treinamento de Médicos Dentários recomendou um grupo de habilidades clínicas⁷ como um anexo para a Diretriz Dentária de 1978. Esses foram acompanhados por um grupo de recomendações⁸ sobre conhecimento-chave em ciências básicas, biológicas e médicas, como um pré-requisito para a aquisição da habilitação clínica. Em 1997, um projeto de auto-avaliação em educação européia² questionou seriamente se as Diretrizes Dentárias da UE tinham obtido êxito em propiciar influências significativas para assegurar comparações em padrões de educação e treinamento em odontologia na UE. A seguir, um número de professores em faculdades de odontologia na UE e Association for Dental Education in Europe (ADEE), desenvolveram em conjunto uma iniciativa para promover convergência em padrões de educação dentária na Europa. O projeto DentEd foi a primeira destas iniciativas.

DentEd e DentEdEvolves Projetos Temáticos em Rede

DentEd e DentEdEvolves⁹ foram dois projetos seqüenciais patrocinados pela UE em Educação Dentária. Ambos tiveram apoio considerável da ADEE, da American Dental Education Association (ADEA), e da International Federation of Dental Education Associations (IFDEA).

O propósito desses projetos era direcionar de maneiras diferen-



tes e promover convergência em padrões de educação dentária na Europa por meio de uma melhor compreensão e influência de contemporâneos. A comunicação foi estabelecida e mantida por uma série de reuniões e por um site interativo na internet (www.dented.org/dentedevolves.php3) onde todos os detalhes do projeto podem ser encontrados. O projeto coordenou uma série de visitas a faculdades de odontologia com equipes de contemporâneos internacionais. Antes de cada visita, a escola anfitriã se engajou num processo de auto-avaliação que procurou não só elucidar informações reais, mas também identificar o que a escola percebeu como suas próprias forças e fraquezas. Os visitantes foram lembrados antes da visita que o processo não tinha *status* formal, e foram solicitados que desenvolvessem a tarefa dentro do contexto das necessidades regionais, recursos, e prioridades da escola visitada, ao invés das prioridades da própria instituição. O protocolo para as visitas ao local está disponível no site www.dented.org. As informações obtidas neste projeto tiveram uma influência significativa no desenvolvimento das relações e entrosamento entre as escolas participantes e a equipe acadêmica na Europa. Um estudo retrospectivo está em andamento para analisar as influências do processo de visitas do DentEdEvolves nas escolas que participaram.

Colaboração Internacional

Um Congresso Mundial em Educação Dentária (patrocinado em grande parte pela Colgate-Palmolive) foi realizado em Praga ⁴, em

2002 para revisar princípios fundamentais da educação. A programação foi em grande parte baseada no projeto DentEd.⁹ Foi composto principalmente por representantes de faculdades de odontologia da América do Norte e Europa, embora todos os continentes do mundo estivessem representados numa reunião de 240 professores de odontologia. Os resultados da conferência também estão disponíveis no site www.dented.org/dentedevolves.php3.

Perfil para um Dentista Internacional

Seguindo os projetos do DenEd e DentEdEvolves, foi proposto que a Europa e talvez outras regiões do mundo, onde programas de estomatologia e programas dentários tradicionais estão em prática, deveriam tentar adotar um perfil único para o dentista. Um dentista europeu recém-formado deveria ter vasta formação teórica e prática e habilidade para atuar em todas as áreas de Odontologia clínica e para trabalhar com outros dentistas e profissionais da saúde, bom nível de comunicação, treinamento adequado em ciências dentárias, habilidade para praticar Odontologia com base em evidências e o compromisso de manter-se sempre atualizado e em constante desenvolvimento profissional. Foi sugerido que, como o perfil tem ampla aplicação, irá promover uma melhor compreensão na adoção de resultados padronizados, e não irá desrespeitar sistemas de credenciamento onde estão em operação. O perfil internacional identificaria claramente, entre ou-

tros atributos, quais habilidades, atitudes, conhecimento e habilitação são esperados do dentista recém-formado. De cada escola ou país, um perfil poderia ser adaptado de acordo com as necessidades de uma região determinada. Cada escola ou país poderia então publicar quais elementos do perfil foram alcançados. Alguns países teriam ambição de cumprir, em todos os aspectos, todos os itens propostos, enquanto outros buscariam um perfil mais apropriado às suas necessidades.

Uma vez estabelecido o perfil do dentista europeu, é proposto que ele seja traduzido em “Unidades de Conhecimento/ Capacidade” (UCC) para permitir aos estudantes a liberdade de estudar diferentes componentes dos seus programas em centros diferentes como parte do princípio de mobilidade dentro da Europa. Este último projeto está atualmente em andamento na Europa por meio da ADEE.

A próxima fase desta iniciativa é organizar um segundo Congresso Mundial em Educação Dentária em 2007, em Dublin, na Irlanda; não só para dar continuidade ao grande sucesso do Congresso de Praga em 2002,¹ mas principalmente para discutir como direcionar as questões da saúde bucal em países em desenvolvimento.

Agradecimentos: o autor deseja agradecer ao Professor D.B. Shanley, reitor da Faculty of Health Sciences, Trinity College, Dublin, pela orientação, e também me permitindo acesso ao material recentemente apresentado sobre este assunto.¹¹

Dr. Clarkson é reitor da Dental School and Hospital, Trinity College, University of Dublin, Irlanda.

Continua na p. 9

Nova **Colgate**® **360**°™

Projetada para uma limpeza superior de toda a boca*

Exclusivo

Limpador de língua
com textura suave

Resultados clinicamente
comprovados

Mais Efetivo na

Estudos Clínicos
Comprovam

Remoção de bactérias em até

96%¹

Remoção da placa interproximal em

45%²

Redução do sangramento gengival em

34%³

ABC
APROVADO

Colgate® 360°™ recomendada para uma limpeza superior de toda a boca*

www.colgateprofessional.com.br

© 2005 Colgate-Palmolive Co.

*Superfície de dentes, gengivas, mucosa da língua, bochechas e lábios.

¹ Em comparação com a escovação convencional e Escova Colgate® Individa®. Wilmore, W. et al. *Journal of Clinical Periodontology* 2004; 29(10):1042-1047.

² Em comparação com a Escova Colgate® Individa®. Wilmore, W. et al. *Journal of Clinical Periodontology* 2004; 29(10):1042-1047.

³ Em comparação com a Escova Colgate® Individa®. Wilmore, W. et al. *Journal of Clinical Periodontology* 2004; 29(10):1042-1047.