

PREV NEWS

Colgate THE ORAL CARE REPORT



Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal

Uso de Produtos de Tabaco Prejudica a Saúde Periodontal

O tabagismo é o principal fator de risco para muitas doenças crônicas, causando uma sobrecarga significativa à saúde geral. Do ponto de vista da saúde bucal, o uso do tabaco é um dos mais significativos fatores de risco para o desenvolvimento da doença periodontal em populações com higiene bucal satisfatória. Estudos epidemiológicos demonstraram a relação entre o consumo de tabaco (particularmente cigarro), a doença periodontal e perda dentária.¹

Muitos estudos transversais de larga escala sublinharam a correlação positiva entre fumar e indicadores da gravidade da doença periodontal, incluindo perda óssea alveolar, número de dentes perdidos, profundidade média da perda de inserção, ou profundidade média de sondagem.¹⁻¹¹ O terceiro levantamento americano de Saúde e Nutrição, por exemplo, estimou que 42% dos casos periodontais foram atribuídos ao tabagismo.⁴ Além disso, a gravidade da doença periodontal apresenta uma relação dose-dependente com a exposição ao fumo.¹ Estudos longitudinais apresentaram resultados de saúde bucal precária em fumantes, comparados a não fumantes.

Fumar Prejudica a Resposta Cicatricial Periodontal

Há evidências suficientes de que fumar retarda os processos de cicatrização periodontal, prejudica os resultados do tratamento

periodontal e aumenta o risco de fracasso do tratamento. Um estudo comparando quatro modalidades de tratamento periodontal diferentes mostrou que a redução da profundidade de sondagem (três meses pós-tratamento) foi em média de 2 mm para não fumantes e 1 mm para fumantes; não fumantes também ganharam, em média, 1 mm em inserção clínica comparado a nenhum ganho entre os fumantes.¹²

Esses resultados foram coerentes com os resultados de um estudo de seis anos que relatou que a redução da profundidade de sondagem e o ganho no nível de inserção com o acompanhamento de terapia periodontal eram significativamente menores em fumantes do que em não fumantes.¹³ Um estudo avaliando a resposta cicatricial seguindo a regeneração tecidual guiada em defeitos intra-ósseos profundos indicou que após um ano, a recuperação da inserção era significativamente maior em não fumantes ($5,2 \pm 1,9$ mm) do que em fumantes ($2,1 \pm 1,2$ mm).¹⁴ É interessante observar que *parar de fumar restabeleceu a resposta cicatricial em não fumantes*.¹² Esses resultados foram confirmados por um estudo longitudinal de seis meses que avaliou as taxas de progressão e regressão (*i.e.*, cicatrização) da doença periodontal em 456 pessoas.

Um modelo Markov derivado

Volume 15, número 2

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

Nesta edição

| | |
|---|----|
| Uso de Produtos de Tabaco Prejudica a Saúde Periodontal | 1 |
| Na Prática | 4 |
| Página de Higiene | 7 |
| Prática Clínica | 10 |
| Projeto Prevenção | 12 |
| Tendências na Área da Saúde | 14 |

Editor-Chefe

Chester Douglass, DMD, PhD; E.U.A.
Professor de Política de Saúde Oral e Epidemiologia, Harvard School of Dental Medicine e School of Public Health

Editores Associados

John J. Clarkson, BDS, PhD; Irlanda
Saskia Estupiñan-Day, DDS, MPH
Organização Pan-Americana de Saúde; Washington, D.C.
Joan I. Gluch, RDH; E.U.A.
Kevin Roach, BSc, DDS, FACD; Canadá
Zhen-Kang Zhang, DDS, Hon. FDS, RCS (Edim.); 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, 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: 30 mil exemplares. Distribuição gratuita. Proibida reprodução total ou parcial sem prévia autorização.

Proporcionando Educação Profissional a Serviço da Odontologia Mundial



desses dados, indicou que fumar não alterou a taxa de progressão da doença periodontal; porém, diminuiu a taxa de cicatrização, sugerindo que fumar não promove diretamente a destruição periodontal, mas prejudica os processos naturais de reparação.¹¹ Outros estudos comparando resultados de tratamento periodontal após cinco anos, indicaram que não fumantes, com base em características clínicas como placa supragengival, sangramento gengival, profundidade de sondagem e crista óssea alveolar, responderam mais favoravelmente à terapia periodontal do que os fumantes.^{15,16} Fumar aumenta a inflamação bucal, conforme mostrado por elevações significativas nos níveis do Fator α de Necrose Tumoral (TNF) no fluido do sulco gengival relatado em fumantes comparados a não fumantes.¹⁵ Conjuntamente, esses estudos estabeleceram que fumar diminui a eficácia do tratamento periodontal, e deveria ser considerado como uma possível contra-indicação para formas avançadas de terapia, como regeneração tecidual e implantes.¹

Fumar diminui a eficácia do tratamento periodontal e deveria ser considerado como uma possível contra-indicação para formas avançadas de terapia, como regeneração tecidual e implantes

Produtos de Tabaco e a Patogênese da Doença Periodontal

A forte relação entre o tabaco e a gravidade da doença periodontal

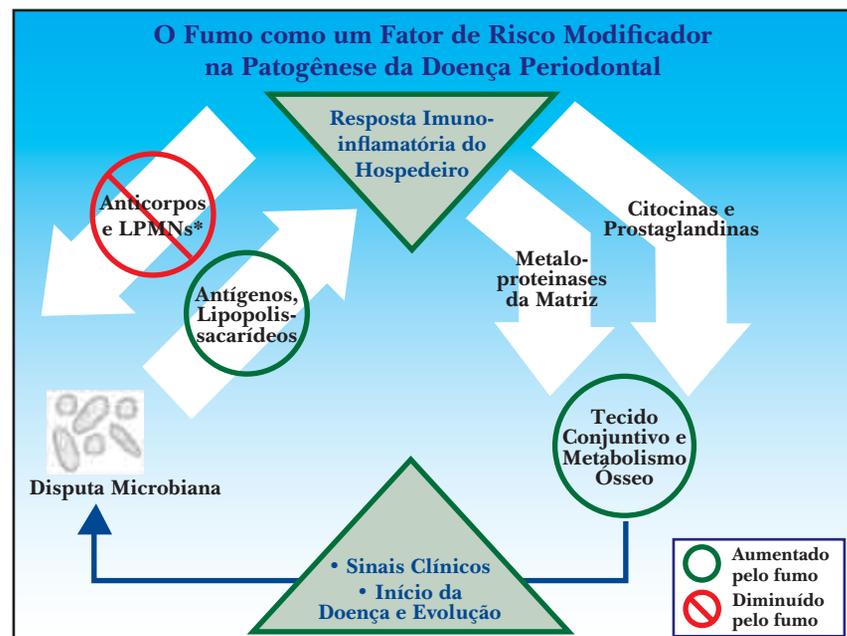
pode ser explicada pelas mudanças nos mecanismos moleculares e celulares, tanto em nível local como sistêmico. Imunossupressão, resposta inflamatória exagerada e atraso na função da célula do estroma são todos associados ao consumo de tabaco.¹

Efeitos locais. Estudos da patogênese identificaram alterações na cavidade bucal de fumantes comparados a não fumantes. O calor da fumaça pode ter um efeito térmico, aumentando a perda de inserção e retração nas superfícies linguais dos dentes superiores e incisivos inferiores. O aumento do cálculo dentário em fumantes é um fator importante para a retenção da placa bacteriana. Observou-se a presença de nicotina nas superfícies radiculares de dentes periodontalmente comprometidos, enquanto que a *cotinina*, um derivado da nicotina, foi detectada no fluido do sulco gengival e na saliva de fumantes.¹ A exposição à nicotina resulta na redução do teor de proteína e prejudica as membranas celulares.¹⁷ A nicotina inibe o cresci-

mento de fibroblastos e impede sua inserção às superfícies radiculares. Um estudo *in vitro* mostrou que a nicotina também pode suprimir a proliferação de osteoblastos, estimulando a atividade da fosfatase alcalina.¹⁸ Conjuntamente, esses resultados sugerem que a nicotina limita a síntese de colágeno, interfere na secreção de proteína e impede a formação óssea, o que se traduz em um aumento da suscetibilidade para a doença periodontal, cicatrização limitada, e impacto negativo no resultado de tratamentos periodontais.¹

Por outro lado, fumantes com doença periodontal normalmente apresentam menor inflamação clínica e sangramento gengival do que não fumantes com a doença.¹ Isto pode ser atribuído ao efeito vasoconstritor da nicotina, que reduz o fluxo sanguíneo, edema e sinais clínicos da inflamação, mascarando doenças periodontais graves em fumantes.

Efeitos sistêmicos. O tabagismo afeta negativamente a saúde sistêmica



*LPMNs – leucócitos polimorfonucleares

Adaptado de Axelsson, 2005¹





de muitas maneiras, aumentando a suscetibilidade à doença periodontal e outras doenças sistêmicas infecciosas (ver Figura). Fumar suprime as funções quimiotática e fagocitária dos leucócitos polimorfonucleares (LPMN) na saliva e tecidos, aumentando a suscetibilidade a patógenos e a doença periodontal.¹ Fumar também afeta a resposta imunológica específica, diminuindo notavelmente os níveis de imunoglobulina salivar A (IgA) e Imunoglobulina sérica G (IgG) para *P. intermedia* e *F. nucleatum*. Também cria um desequilíbrio entre as taxas das células linfóides T, impedindo a função da célula T-helper e comprometendo a produção de anticorpos.¹

Evitar o consumo de produtos de tabaco não só irá melhorar a prevenção e controle da doença periodontal, mas também terá um efeito positivo nas condições sistêmicas como doença cardiovascular, câncer, alergias e doenças infecciosas

Fumar inibe a produção de IgG₂, subclasse da imunoglobulina. Anticorpos contra *A. actinomycetemcomitans* e *P. gingivalis* são predominantemente compostos da classe IgG₂, sugerindo que a supressão de anticorpos de IgG₂ pode ser um mecanismo primário que induz à periodontite grave.¹ Certamente, a forte associação entre a diminuição dos níveis de IgG₂ sérico relacionado ao fumo e um aumento na destruição periodontal em indivíduos brancos foi previamente relatada.¹⁹

O tabagismo também afeta a resposta inflamatória do hos-

pedeiro a patógenos bucais. A nicotina aumenta a liberação monocítica de PGE₂ e interleucina (IL-1) em resposta ao lipopolissacarídeo, levando à destruição acelerada do tecido periodontal. Fumantes possuem níveis elevados de PGE₂, metaloproteinase-8, e LPMN-elastase no fluido do sulco gengival, aumentando a inflamação gengival.¹ Fumar também pode reduzir a absorção intestinal de cálcio, impedindo a função dos osteoblastos e induzindo a perda óssea.¹

O papel nocivo do tabaco e do tabagismo no desenvolvimento da doença periodontal foi claramente estabelecido. É importante encorajar os fumantes a deixar de fumar e dissuadir os jovens não fumantes de começar, especialmente considerando que a nicotina vicia. Evitar o consumo de produtos de tabaco não irá apenas melhorar a prevenção e controle da doença periodontal, mas também terá um efeito positivo nas condições sistêmicas como doença cardiovascular, câncer, alergias, e doenças infecciosas.¹ IN

Referências

1. Axelsson P. External modifying factors involved in periodontal diseases. *Diagnosis and risk prediction of periodontal diseases*, Vol 3. Karlstad, Sweden: Quintessence Publishing Co, Inc; 2005. pp. 95-119.
2. Pindborg J. Tobacco and gingivitis. I. Statistical examination of the significance of tobacco in the development of ulceromembranous gingivitis and in the formation of calculus. *J Dent Res* 1947;26:261-264.
3. Horning GM, Hatch CL, Cohen ME. Risk indicators for periodontitis in a military treatment population. *J Periodontol* 1992;63(4):297-302.
4. Tomar SL, Asma S. Smoking-attributable periodontitis in the United States: Findings from NHANES III. *National Health and Nutrition Examination Survey*. *J Periodontol* 2000;71(5):743-751.
5. Bolin A, Eklund G, Frithiof L, Lavstedt S. The effect of changed smoking habits on

marginal alveolar bone loss. A longitudinal study. *Swed Dent J* 1993;17(5):211-216.

6. Holm G. Smoking as an additional risk for tooth loss. *J Periodontol.* 1994;65(11):996-1001.

7. Locker D, Ford J, Leake JL. Incidence of and risk factors for tooth loss in a population of older Canadians. *J Dent Res* 1996;75(2):783-789.

8. Krall EA, Dawson-Hughes B, Garvey AJ, Garcia RI. Smoking, smoking cessation, and tooth loss. *J Dent Res* 1997;76(10):1653-1659.

9. Machtei EE, Dunford R, Hausmann E, Grossi SG, Powell J, Cummins D, et al. Longitudinal study of prognostic factors in established periodontitis patients. *J Clin Periodontol* 1997;24(2):102-109.

10. Axelsson P, Paulander J, Svardstrom G, Kaijser H. Effects of population based preventive programs on oral health conditions. *J Parodontol Implantol Orale* 2000;19:255-269.

11. Faddy MJ, Cullinan MP, Palmer JE, Westerman B, Seymour GJ. Ante-dependence modeling in a longitudinal study of periodontal disease: The effect of age, gender, and smoking status. *J Periodontol* 2000;71(3):454-459.

12. Kaldahl WB, Johnson GK, Patil KD, Kalkwarf KL. Levels of cigarette consumption and response to periodontal therapy. *J Periodontol* 1996;67(7):675-681.

13. Ah MK, Johnson GK, Kaldahl WB, Patil KD, Kalkwarf KL. The effect of smoking on the response to periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 1994;21(2):91-97.

14. Tonetti MS, Pini-Prato G, Cortellini P. Effect of cigarette smoking on periodontal healing following GTR in infrabony defects. A preliminary retrospective study. *J Clin Periodontol* 1995;22(3):229-234.

15. Boström L, Linder LE, Bergstrom J. Influence of smoking on the outcome of periodontal surgery. A 5-year follow-up. *J Clin Periodontol* 1998;25(3):194-201.

16. Soder B, Nedlich U, Jim LJ. Longitudinal effect of non-surgical treatment and systemic metronidazole for 1 week in smokers and non-smokers with refractory periodontitis: A 5-year study. *J Periodontol* 1999;70(7):761-771.

17. James JA, Sayers NM, Drucker DB, Hull PS. Effects of tobacco products on the attachment and growth of periodontal ligament fibroblasts. *J Periodontol* 1999;70(5):518-525.

18. Fang MA, Frost PJ, Iida-Klein A, Hahn TJ. Effects of nicotine on cellular function in UMR 106-01 osteoblast-like cells. *Bone* 1991; 12(4):283-286.

19. Quinn SM, Zhang JB, Gunsolley JC, Schenkein HA, Tew JG. The influence of smoking and race on adult periodontitis and serum IgG₂ levels. *J Periodontol* 1998;69(2):171-177.





NA PRÁTICA

Mordida Cruzada Posterior na Dentição Decídua

Num relatório recente, Malandris e Mahoney detalham a etiologia, diagnóstico e tratamento da mordida cruzada posterior na dentição decídua.¹ Eles descrevem mordida cruzada posterior como uma discrepância transversal na relação dos arcos, na qual as cúspides palatinas de um ou mais dentes superiores posteriores não ocluem na fossula central do dente antagonista inferior. A incidência de mordida cruzada posterior na dentição decídua varia de 1% a 16% dependendo da população avaliada.

Caucasianos tipicamente apresentam maior prevalência do que os africanos e asiáticos, em parte devido a diferenças culturais nos hábitos de sucção. Fatores genéticos responsáveis pela maxila estreita também foram indicados.

O crescimento rápido que ocorre durante a infância é um período delicado onde a posição e o tamanho da língua, respiração bucal, sucção não nutritiva (digital ou chupeta) e a posição da mandíbula podem contribuir para o desenvolvimento da mordida cruzada posterior (ver Figura). Estudos demonstraram que a atresia maxilar estava associada a hábitos de sucção persistentes após os 24 meses de idade, em

termos de intensidade (número de horas por dia) e duração (em anos).²⁻⁴ As maiores mudanças na arcada dentária e características oclusais foram observadas em crianças cujos hábitos de sucção persistiram além dos 48 meses, nas quais a mordida cruzada posterior respondeu por 29% das más oclusões. O uso de chupeta após os 24 meses

Atresia maxilar significativa estava associada a hábitos de sucção persistentes após os 24 meses de idade, levando às más oclusões e mordida cruzada posterior

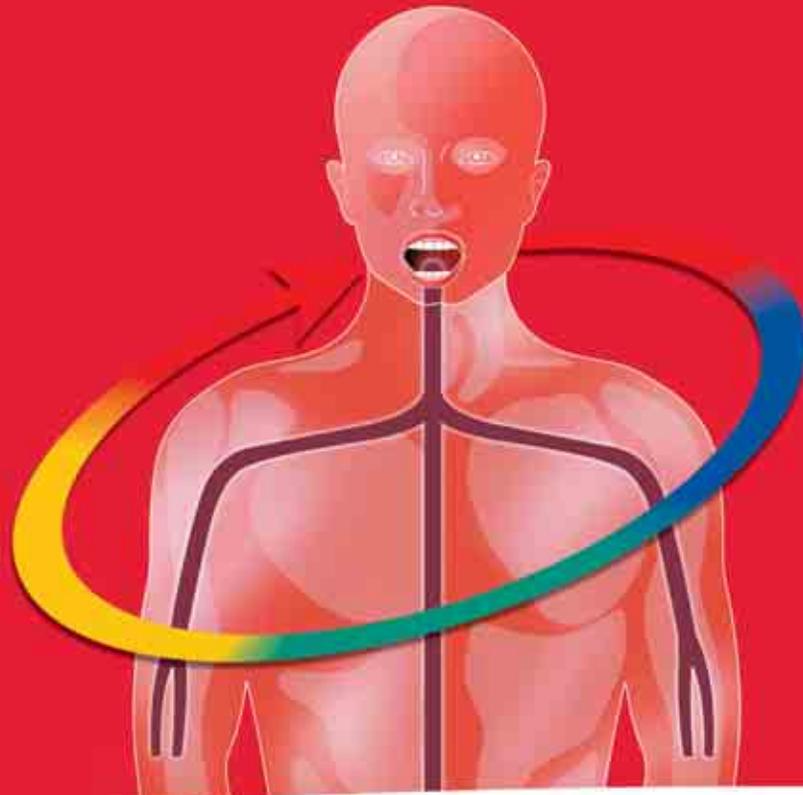
de idade causa um aumento na largura do arco mandibular, enquanto o crescimento da maxila permanece estável. Sugeriu-se também que o desmame precoce interfere no desenvolvimento normal devido à diminuição da atividade muscular requerida pela mamadeira. Todos estes fatores predispoem as crianças a desenvolverem mordida cruzada posterior.

A mordida cruzada posterior pode causar interferência oclusal, levando a uma disfunção funcional da mandíbula anteriormente ou lateralmente. Tais casos são frequentemente associados à disfunção temporomandibular (DTM). A má oclusão esquelética também pode ser vista como não estética pelos pacientes e responsáveis (e.g., assimetria facial), e pode

ser causa de angústia. Além disso, a mordida cruzada posterior grave está frequentemente associada com inteligibilidade deficiente de fala, fala anasalada e articulação defeituosa.

Estudos longitudinais mostraram que a maioria (entre 55% e 92%) das mordidas cruzadas em dentição decídua persiste na dentição permanente.^{5,6} Mordida cruzada posterior não tratada na dentição decídua pode predispor a conseqüências prejudiciais a longo prazo. Porém, devido a proporção significativa de mordida cruzada posterior que se auto corrige (até 45%), há controvérsias em relação ao momento mais apropriado para tratar esse problema, e se o tratamento ortodôntico deve ser adiado até a dentição mista ou permanente, para permitir a correção espontânea e evitar tratamento desnecessário. O tratamento deve levar em consideração a motivação e anuência do paciente com a terapia escolhida, para maximizar um resultado favorável. A primeira linha de intervenção deveria apontar para a correção de hábitos que contribuem para o desenvolvimento da mordida cruzada posterior. O tratamento ortodôntico durante a dentição decídua pode ser defendido quando a condição possa predispor a futuras conseqüências prejudiciais. Tais resultados incluem o deslocamento funcional da mandíbula que pode causar disfunção temporomandibular e desvio do padrão da estética facial em longo prazo.





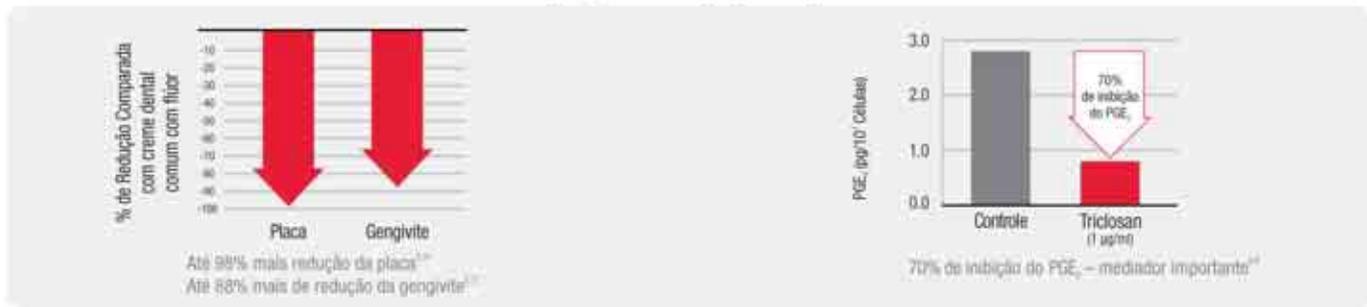
Você acha que todos os cremes dentais são iguais?

“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 maleico 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. Amornchat C, et al. Mahidol Dent J, 2004;24:103-111. 6. Modéer T, et al. J Clin Periodontol, 1996;23:927-933. 7. Scannapieco FA, Compendium, 2004;7(suppl 1):18-25

Visite www.colgateprofessional.com.br para mais informações



Fatores que Contribuem para o Desenvolvimento da Mordida Cruzada Posterior na Dentição Decídua

Influência dos Tecidos Moles e Hábitos

- Trauma ou pressão prolongada do palato, resultado da entubação neonatal
- Desmame precoce; atividade muscular reduzida devido ao uso de mamadeira
- Sucção não-nutritiva (digital ou chupeta)
- Desvio funcional para maximizar a intercuspidação
- Comportamento de deglutição adaptável
- Postura bucal aberta; respiração bucal predominante
- Posicionamento baixo da língua
- Diminuição da tonicidade muscular

Desenvolvimento

- Discrepância transversal entre a maxila e a mandíbula
- Discrepância esquelética ântero-posterior
- Fissura palatina; má formações de cabeça e pescoço

Patologia

- Hipoplasia condilar unilateral ou hiperplasia
- Artrite reumatóide juvenil

Adaptado de Malandris & Mahoney, 2005¹

A cronologia de erupção dos primeiros molares permanentes também é crítica. Nos casos onde os molares permanentes não estão mais cobertos pelo tecido ósseo, o tratamento ortodôntico deveria ser adiado até a fase de dentição mista. Por outro lado, a expansão do arco superior estreito, realizada antes da completa formação radicular dos dentes permanentes, aumenta o espaçamento dentário e pode promover a erupção dentária normal, e por sua vez impedir a persistência da mordida cruzada posterior na dentição permanente. A eficácia desse tratamento deve ser confirmada em ensaios clínicos controlados.

Os efeitos prejudiciais mais

comuns associados à correção da mordida cruzada posterior incluem cooperação limitada de pacientes jovens, irritação gengival e descalcificação do esmalte. Efeitos colaterais também incluem mudanças da morfologia nasal, sensação de vertigem, sensibilidade dentinária após bruxismo, e diastema temporário entre os incisivos centrais. Juntas, todas as evidências disponíveis não apóiam a correção rotineira da mordida cruzada posterior na dentição decídua, ao contrário da fase de dentição mista. **FN**

Referências

1. Malandris M, Mahoney EK. *Aetiology, diagnosis and treatment of posterior cross-bites in the primary dentition. Int J Ped Dent* 2005;14(3):155-166.

2. Warren JJ, Bishara SE. *Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121(4):347-356.

3. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. *Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. JADA* 2001;132(12):1685-1693.

4. Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C. *Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children. Pediatr Dent* 1995;17(7):437-444.

5. Thilander B, Wahlund S, Lennartsson B. *The effect of early interceptive treatment in children with posterior cross-bite. Eur J Orthod* 1984;6(1):25-34.

6. Kurol J, Berglund L. *Longitudinal study and cost-benefit analysis of the effect of early treatment of posterior cross-bites in the primary dentition. Eur J Orthod* 1992;14(3):173-179.





PÁGINA DE HIGIENE

P R E V E N Ç Ã O

Prevenção em Adultos: A Importância do Autocuidado na Prevenção das Doenças Dentárias

Autocuidado na Prevenção de Gengivite e Cáries Dentárias

Durante anos, profissionais de odontologia reconheceram a importância de educar os pacientes sobre técnicas apropriadas de auto-higiene. É amplamente reconhecido que a higienização mecânica regular dos dentes previne a gengivite, e a maioria dos estudos apóia os benefícios da auto-higiene na prevenção de cáries dentárias.¹

A perfeita prevenção do acúmulo de placa, e conseqüentemente da gengivite e cáries, inclui a autolimpeza diária das superfícies acessíveis com uma escova dental manual ou elétrica e creme dental fluoretado, e das superfícies proximais com a ajuda de fita dental ou fio dental.¹ O uso da escova elétrica para a maioria dos adultos parece ser tão eficaz quanto a escovação manual associada à limpeza interproximal.¹ Técnicas corretas de escovação devem ser utilizadas para evitar retração/ recessão gengival e abrasão cervical. Os pacientes devem ter maior atenção com as áreas mais difíceis de higienizar, como as superfícies

proximais dos dentes posteriores.¹ É recomendada uma autolimpeza minuciosa uma ou duas vezes por dia, embora uma freqüência de dias alternados seja adequada para prevenir gengivite. Os pacientes devem ter consciência que a freqüência da limpeza não compensa a falta de eficácia.¹

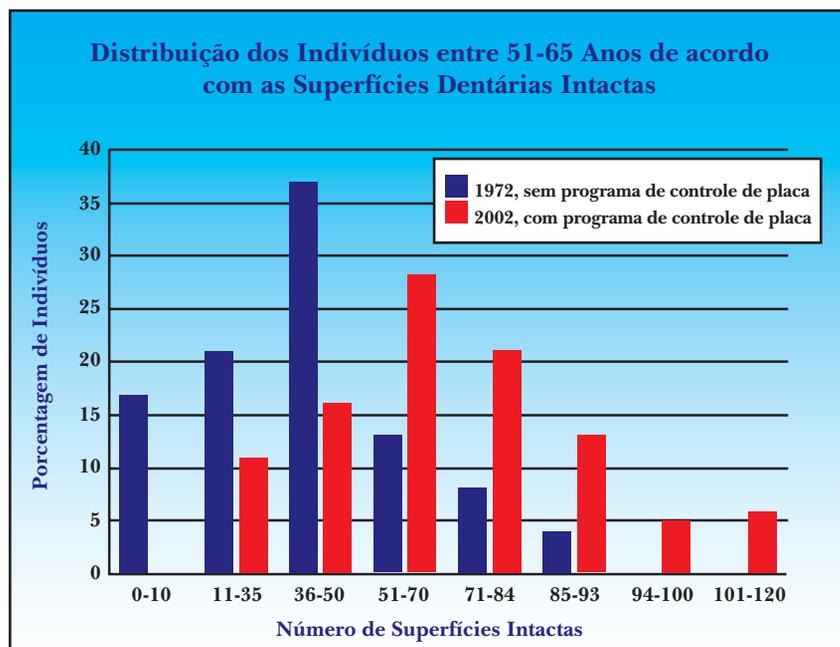
A Motivação dos Pacientes é Essencial

A higiene bucal pode piorar apesar dos esforços para educar os pacientes. A compreensão total do autocuidado bucal é inútil a menos que o paciente seja motivado a praticar esses conhecimentos.^{1,2}

O paciente altamente motivado é aquele que aceita a responsabilidade principal pela saúde da própria boca.² *O profissional deveria deixar claro que o paciente é a única pessoa que pode assegurar que a higiene bucal diária*

aconteça. Os dentistas também podem motivar os pacientes informando sobre os benefícios da higiene bucal saudável, bem mantida; isto é, resulta em uma boca livre de doenças, que é atraente, facilita a comunicação e relacionamentos, e protege das infecções sistêmicas.² Os pacientes deveriam também ser orientados para reconhecer áreas afetadas por gengivite ou doença periodontal, assim eles poderiam tomar medidas corretivas.¹

Os profissionais deveriam ajudar a remover barreiras que podem desmotivar os pacientes para o autocuidado regular. Por exemplo, muitas pessoas acham difícil estabelecer uma nova rotina de higiene bucal. Os dentistas poderiam aconselhar esses pacientes a unir novos hábitos à rotina já estabelecida, de preferência executando a nova prática imediatamente antes de um hábito previamente estabelecido.¹



Adaptado de Axelsson et al., 2004³





Educação e Motivação na Prática

A importância clínica da higiene bucal regular foi avaliada num estudo em adultos seguindo um programa de controle de placa.³ Os pacientes foram divididos em três grupos de acordo com a idade (20-35, 36-50 e 51-65) e receberam orientação freqüente sobre técnicas de autodiagnóstico e higiene, de 1972 a 2002. Durante 30 anos, somente 2,1% dos pacientes (8/375) abandonaram o estudo devido à falta de interesse, indicando um alto nível de motivação entre o grupo. Entre todos os pacientes, em comparação com a avaliação inicial, o exame após 30 anos revelou menos superfícies com placa (<20% vs. 50-60%)

e menos locais necessitando de terapia periodontal (1% vs. 27%).

Em 2002, o grupo mais jovem tinha a mesma idade que o grupo mais velho tinha em 1972, permitindo comparações diretas entre esses grupos. A faixa de 51-65 anos que esteve no programa de controle de placa por 30 anos tinha mais superfícies saudáveis (ver Figura na página 7), mais dentes, menos locais necessitando de cuidados periodontais e menor perda de inserção periodontal do que os pacientes que não tiveram acesso a um programa similar durante os 30 anos anteriores.³

Esse estudo de referência demonstra que educar e motivar os pacientes é eficaz na prevenção de cáries dentárias, doença periodontal e perda de dentes em

pacientes adultos. Um pequeno investimento diário em saúde bucal traz dividendos por toda a vida. Um forte canal de comunicação entre o paciente e o profissional é a chave para o sucesso na motivação do paciente. PN

Referências

1. Axelsson P. *Mechanical plaque control by selfcare. Preventive materials, methods, and programs, Vol 4. Karlstad, Sweden: Quintessence Publishing Co, Inc; 2004. pp. 80-101.*
2. Axelsson P. *Oral health promotion and needsrelated preventive programs. Preventive materials, methods, and programs, Vol 4. Karlstad, Sweden: Quintessence Publishing Co, Inc; 2004. pp. 471-472.*
3. Axelsson P, Nystrom B, Lindhe J. *The longterm effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. J Clin Periodontol 2004;31(9):749-757.*

www.colgateprofissional.com.br

O www.colgateprofissional.com.br é o lugar em que você, profissional de odontologia, recebe informações detalhadas a respeito de nossos produtos, marcas e materiais educativos da Colgate.

PACIENTES

Ferramenta para o profissional dentista, o www.colgateprofissional.com.br também pode ajudar o paciente a conhecer melhor sua saúde bucal. A seção Biblioteca da Saúde Bucal contém artigos desenvolvidos por especialistas que explicam, numa linguagem simples, informações sobre: Higiene Bucal Básica, Tratamentos Dentários e Estágios da Vida.

PRODUTOS

Em Produtos, você conhece todos os itens do portfólio da Colgate para higiene bucal, como escovas, fios dentais, anti-sépticos, cremes dentais, enxaguatórios, entre outros. Além da busca por produtos ou suas categorias, você pode também descobrir o item ideal para determinada indicação terapêutica.

Ao escolher um produto você tem dados sobre suas características e benefícios, além de saber todas suas variantes – tamanhos e sabores – e seus produtos correlatos.

Os profissionais cadastrados no www.colgateprofissional.com.br também podem comprar escovas personalizadas pelo site.

PREVNEWS

As mais recentes edições do PrevNews estão disponíveis em versão digital e para impressão no www.colgateprofissional.com.br.



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



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

www.colgateprofessional.com.br

© 2005 Colgate Palmolive Co.

Colgate é uma marca registrada da Colgate Palmolive Co.

1. Colgate 360°™ remove até 96% das bactérias da boca em comparação com uma escova de dentes comum. (Estudo clínico controlado, duplo-cego, randomizado, com 100 sujeitos, publicado em J Clin Periodontol, 2005; 32(1): 1-7)

2. Colgate 360°™ remove até 45% da placa interproximal em comparação com uma escova de dentes comum. (Estudo clínico controlado, duplo-cego, randomizado, com 100 sujeitos, publicado em J Clin Periodontol, 2005; 32(1): 8-13)

3. Colgate 360°™ reduz até 34% o sangramento gengival em comparação com uma escova de dentes comum. (Estudo clínico controlado, duplo-cego, randomizado, com 100 sujeitos, publicado em J Clin Periodontol, 2005; 32(1): 14-19)



PRÁTICA

C L Í N I C A

Controle de Cáries em Pacientes Idosos

Prevalência de Cáries em Pacientes Idosos

Cáries dentárias são indesejáveis em qualquer idade, mas essa doença é uma ameaça particularmente séria à saúde de idosos.¹ Em um estudo de Coorte de residentes de uma instituição asilar com idade média de 79 anos, somente 18% de dentes naturais não apresentavam nenhuma evidência de cárie radicular, e durante dois anos houve um aumento médio de 3,4 superfícies cariadas por pessoa.² Outro estudo com idosos institucionalizados concluiu que 39% das superfícies radiculares e 52% das superfícies coronárias não eram sadias (restauradas, cariadas ou destruídas).³ As conseqüências a longo prazo dessa alta prevalência e incidência de cáries são severas. Em nações ocidentais, por exemplo, 54-80%

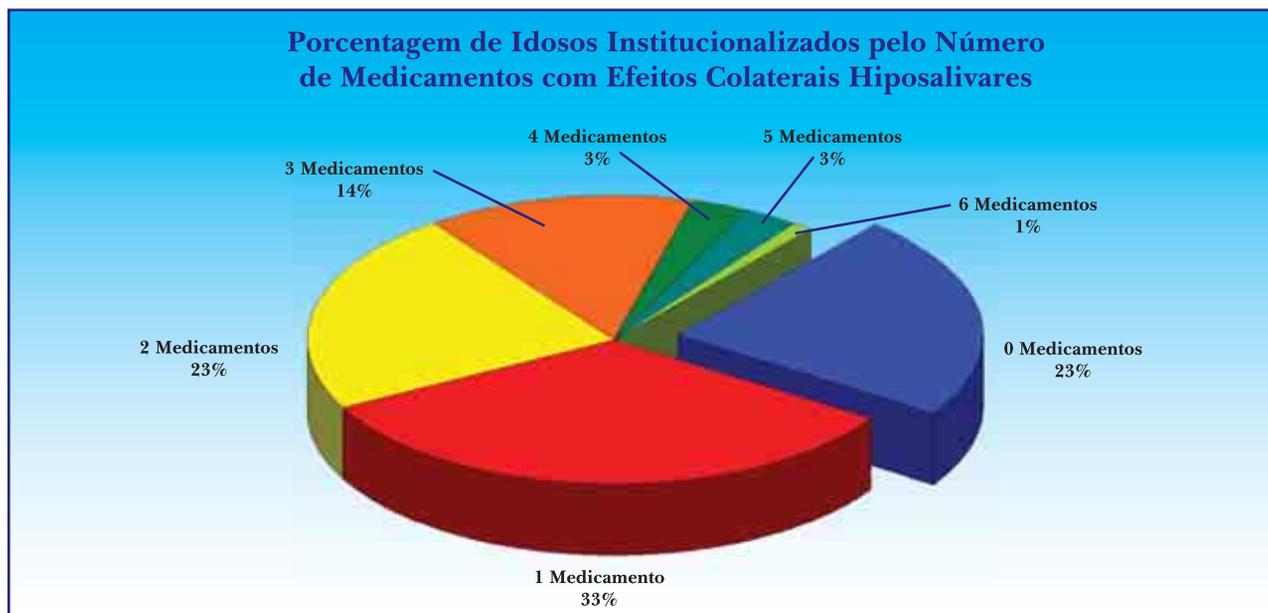
de idosos institucionalizados não têm nenhum dente natural remanescente, e um entre cinco pode não ter dentes nem próteses, prejudicando diretamente a nutrição e qualidade de vida.⁴

Fatores de Risco para Cáries Entre os Idosos

Vários fatores combinam para predispor o idoso a alto risco para cáries, incluindo o consumo excessivo de açúcar, higiene bucal deficiente e acesso restrito a tratamentos dentários.¹ Paradoxalmente, uma conseqüência da melhora do tratamento odontológico para a população em geral é que, com o aumento da proporção de pessoas idosas que mantêm os dentes naturais, o número de superfícies dentárias suscetíveis a cáries também aumentou.³ Além disso, muitos medicamentos freqüentemente prescritos aos idosos diminuem o fluxo salivar, aumentando o risco para a doença periodontal (ver

Figura).⁵ Próteses totais dentárias – comuns entre os idosos – podem ser colonizadas por microorganismos, agindo como reservatórios para patógenos que podem levar à doença periodontal.⁴ A conseqüente exposição radicular ainda aumenta o número das superfícies dentárias propensas a cáries.³

Idosos institucionalizados têm um risco ainda maior para cáries do que os demais da comunidade, como um resultado direto da habilidade diminuída para se cuidar.³ A saúde bucal é pior em pacientes idosos em instituições asilares do que em instituições de reabilitação, e entre idosos mentalmente doentes do que nos mentalmente sadios.⁶ Idosos institucionalizados têm freqüentemente dificuldade para mastigar e engolir a comida, resultando na permanência de resíduos grandes de alimentos na boca por períodos longos, promovendo o acúmulo da placa.² Os idosos não são exceção para a relação clássica entre placa e atividade das cáries.⁶



Adaptado de um estudo Francês de Guivante-Nabet *et al.*, 1999⁶



Controle de Cáries em Idosos

Para prevenir o desenvolvimento de cáries entre os idosos são necessários métodos práticos que enfoquem a questão da redução da habilidade para o autocuidado. Uma opção promissora é um bochecho diário, que pode ser administrado seguramente em idosos em instituições asilares.¹ Um recente estudo placebo-controlado aleatório, comparou a eficácia de uma solução de 0,2% de fluoreto de sódio (NaF) e uma solução de 0,12% de digluconato de clorexidina (CHX) no controle de cáries entre idosos institucionalizados em asilos.¹ Durante os dois anos dos estudos, um número significativamente menor de pacientes no grupo de NaF tiveram uma ou mais cavidades na superfície coronária ou radicular comparados com os grupos CHX ou placebo (15%, 50% e 35%, respectivamente). Além disso, o aumento médio no número de superfícies cariadas foi significativamente menor no grupo de NaF comparado com os grupos CHX ou placebo (0,7, 3,1 e 2,9 superfícies cariadas, respectivamente).¹ É sabido há muito tempo que a remineralização pode ocorrer em lesões de cárie,⁷ e tal “cicatrização” de pequenas cavidades foi observada até mesmo entre pacientes idosos.² Além disso, o flúor aumentou a remineralização de lesões de cáries.⁷ Esses resultados indicam que um bochecho com flúor pode não só retardar mas também reverter o desenvolvimento de cáries nesse grupo de alto risco.

No momento, não há evidências suficientes para provar a eficácia do bochecho de CHX no controle de cáries.⁸ Embora o estudo de dois

anos previamente mencionado não tenha concluído que a CHX reduza a formação de cáries,¹ outra pesquisa com idosos mostrou melhora no índice de placa bacteriana e uma diminuição nas bactérias que podem causar a doença periodontal após seis semanas de bochechos com CHX,⁵ que poderia ser responsável pela redução na incidência de cáries a longo prazo. São necessárias mais pesquisas nesta e em outras intervenções contra as cáries em pacientes idosos. PN

Referências

- Wyatt CC, MacEntee MI. *Caries management for institutionalized elders using fluoride and chlorhexidine mouthrinses*. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(5):322-328.
- MacEntee MI, Wyatt CC, McBride BC. *Longitudinal study of caries and cariogenic bacteria in an elderly disabled population*. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990;18(3):149-152.
- Guivante-Nabet C, Tavernier JC, Trevoux M, Berenholc C, Berdal A. *Active and inactive caries lesions in a selected elderly institutionalised French population*. *Int Dent J* 1998;48(2):111-122.
- Kuc IM, Samaranayake LP, van Heyst EN. *Oral health and microflora in an institutionalised elderly population in Canada*. *Int Dent J* 1999;49(1):33-40.
- Persson RE, Truelove EL, LeResche L, Robinovitch MR. *Therapeutic effects of daily or weekly chlorhexidine rinsing on oral health of a geriatric population*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72(2):184-191.
- Guivante-Nabet C, Berenholc C, Berdal A. *Caries activity and associated risk factors in elderly hospitalised population—15-month follow-up in French institutions*. *Gerodontology* 1999;16(1):47-58.
- Ingram GS, Edgar WM. *Interactions of fluoride and non-fluoride agents with the caries process*. *Adv Dent Res* 1994;8(2):158-165.
- Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. *Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods*. *J Dent Educ* 1999;65(10):960-968.

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.



MÊS DA SAÚDE BUCAL COMEMORA OS 200 ANOS DA COLGATE-PALMOLIVE EM OUTUBRO



O ponto-de-venda também contará com atividades especiais

Com o tema “Há 200 anos cuidando da sua saúde bucal e da sua família”, a Colgate-Palmolive promove ações durante o Mês da Saúde Bucal - outubro - com o apoio da Associação Brasileira de Odontologia (ABO). Em todo o país, profissionais de odontologia estarão em supermercados e farmácias, com o objetivo de orientar a população sobre os cuidados necessários para uma boa saúde bucal. Além disso, a empresa promoverá um concurso cultural em escolas públicas direcionado às crianças, em parceria com o Instituto Ayrton Senna.

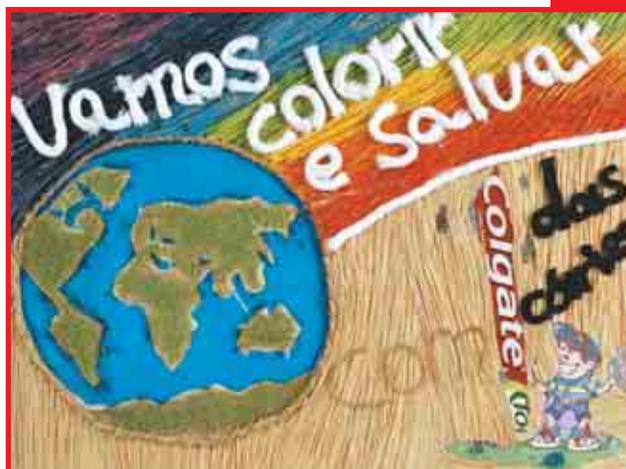
O ponto-de-venda também contará com atividades especiais. Os consumidores que visitarem um dos 590 estabelecimentos (supermercados e farmácias) participantes da campanha poderão esclarecer suas dúvidas sobre saúde bucal com um dentista. Além disso, serão distribuídos materiais educativos com os quatro passos principais da higiene bucal e esclarecimentos sobre as doenças

bucalis mais comuns como placa bacteriana, gengivite, periodontite, cálculo dentário, cárie dentária e mau hálito. Os folhetos também auxiliarão a disseminar as melhores práticas na prevenção destes problemas e dicas para prevenir situações frequentes como dor no dente, sensibilidade, entre outros. A relação das lojas participantes do Mês da Saúde Bucal estará disponível no site www.colgate.com.br.

Entre as iniciativas do Mês da Saúde Bucal voltadas para o segmento odontológico, destaca-se o Prêmio COLGATE para estímulo à comunicação sobre saúde bucal. Dentistas devem inscrever seus artigos publicados sobre o tema saúde bucal. As matérias serão julgadas por jornalistas especializados, representantes da Associação Brasileira de Odontologia (que não estejam concorrendo ao Prêmio) e da Colgate-Palmolive. O regulamento completo para a participação está disponível no site www.colgateprofissional.com.br.

Concurso Cultural nas Escolas

Crianças do ensino fundamental da rede pública municipal e estadual poderão abusar da criatividade no Concurso Cultural “Há 200 anos cuidando da sua saúde bucal e da sua família”. A competição tem o objetivo de promover a boa saúde bucal e integrar as crianças ao tema por meio de desenhos. As “obras” serão selecionadas pela escola e enviadas à comissão julgadora composta por pedagogos, psicólogos e dentistas. Os prêmios serão computadores, impressoras e TVs, tanto para o aluno quanto para a escola.

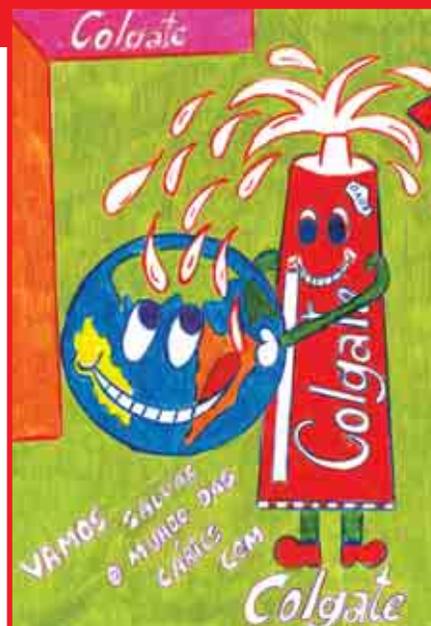


Melhores desenhos são premiados com computadores, impressoras e TVs

Calendário

A Colgate-Palmolive desenvolverá um calendário para 2007 com os 12 melhores desenhos das crianças participantes do concurso cultural durante o Mês da Saúde Bucal. Este calendário é distribuído para todos os colaboradores e clientes da empresa.

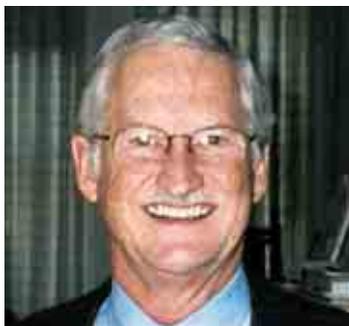
“Queremos que todos tenham conhecimento de que a prevenção é fundamental para o futuro da higiene bucal da população. Este concurso cultural cumpre um papel muito importante para estas crianças e para a escola: promover educação e inserção digital”, comenta Bruno Siqueira, gerente de marketing da Colgate-Palmolive.



12 melhores desenhos das crianças participantes do concurso cultural viram calendário



TENDÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE



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.colgateprofissional.com.br

Fluoretação do Sal: Um Sucesso Comprovado Saskia Estupiñán-Day, DDS, MPH

Um livro recentemente publicado intitulado “*Millions Saved: Proven Success in Global Health*” de Ruth Levine do “*What Works Working Groups*”,¹ documenta intervenções bem-sucedidas em saúde pública que alcançaram benefícios em grande escala em países em desenvolvimento e salvaram milhões de vidas. Um dos principais objetivos desse livro era superar o ceticismo sobre a eficácia de medidas para resolver os desafios na área de saúde em países pobres.

Dos 60 casos selecionados, aqueles com base em evidências mais fortes, ou seja, defendidos por artigos em publicações *peer-reviewed** e avaliações oficiais de projetos foram selecionados. Recursos adequados foram disponibilizados para a coleta e análise de dados a fim de identificar mudanças reais nas condições de saúde. O processo inteiro resul-

tou na identificação de 17 sucessos distintos, conforme mostrado pela tabela.

A principal conclusão do livro é que o sucesso em Saúde Pública é possível até mesmo nos países mais pobres, apesar dos recursos limitados e da pobre infra-estrutura em saúde. Intervenções em Saúde Pública podem funcionar quando houver: 1) fundos previsíveis e adequados, 2) liderança política local ou nacional, 3) disponibilidade de tecnologia com custo alcançável, 4) consenso técnico e 5) bom gerenciamento.

Caso #16: Prevenção de Cáries Dentárias na Jamaica

No início de 1980, a Jamaica informou a existência de cáries muito graves em crianças, ilustradas por uma pontuação CPOD média de 6,7 em crianças com

*Peer-Review: conhecido como referência em alguns campos acadêmicos. Trata-se do processo de submeter o trabalho de um autor à apreciação de um ou mais especialistas na área. (NT)

| SUCESSOS COMPROVADOS EM SAÚDE MUNDIAL | | |
|---------------------------------------|--|----------------------------|
| Caso # | Doença / Assunto | País |
| 1 | Variola | Mundial |
| 2 | HIV e infecções sexualmente transmissíveis | Tailândia |
| 3 | Tuberculose | China |
| 4 | Pólio | América Latina e Caribe |
| 5 | Mortalidade materna | Sri Lanka |
| 6 | Oncocercose | África Sub-Saara |
| 7 | Doença Diarréica | Egito |
| 8 | Nutrição | México |
| 9 | Tracoma | Marrocos |
| 10 | Doença do Verme da Guiné | Ásia, África Sub-Saara |
| 11 | Doença de Chagas | Cone Sul da América do Sul |
| 12 | Planejamento Familiar | Bangladesh |
| 13 | Tabagismo | Polônia |
| 14 | Carência de Iodo | China |
| 15 | Sarampo | Sul da África |
| 16 | Cáries Dentárias | Jamaica |
| 17 | Hemophilus Influenzae Tipo B (HiB) | Chile e Gâmbia |

Fonte: De Levine et al., 2004¹



12 anos de idade. O alto nível da doença indicou a necessidade de um programa agressivo e eficaz de saúde pública de prevenção das cáries. Em 1987, com o auxílio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde, a Jamaica iniciou um programa nacional de fluoretação do sal para toda a ilha. A existência de um único fornecedor de sal refinado para toda a ilha foi a situação ideal para a produção e distribuição de sal fluoretado. Em 1995, a Jamaica conduziu uma segunda pesquisa e relatou uma pontuação CPOD de 1,08; a porcentagem de crianças sem cáries (dentes permanentes) foi de 61% e a fluorose dentária foi baixa. A redução significativa em cáries dentárias na Jamaica comparada com resultados de 1984 foi atribuída em grande parte à introdução do programa nacional de fluoretação do sal.²

O caso da prevenção de cáries dentárias na Jamaica teve elementos fundamentais para ter êxito. Como a cárie dentária é a doença crônica mais comum em crianças em idade escolar, o problema de Saúde Pública era significativo e necessitava da implementação de um programa em nível nacional. O impacto foi comprovado pela evidência sólida com avaliação inicial e pesquisas subsequentes ao longo de um período de avaliação; a Jamaica tem um programa sustentável desde 1987.

Os resultados notáveis da diminuição de cáries dentárias na Jamaica levaram a OPAS a lançar um plano agressivo para vários anos para as Américas, implementando programas nacionais de prevenção de cáries dentárias através da fluoretação do sal. A

OPAS desenvolveu planejamento estratégico para introduzir a fluoretação do sal em todo o continente, e implantou planos nacionais para o Ministério da Saúde avançar com a fluoretação do sal.³ Um parceiro-chave no plano foi o *W.K. Kellogg Foundation*, por meio de fundos para conduzir a avaliação inicial e subsequentes pesquisas de CPOD, e para capacitar parceiros locais com a tecnologia para a fluoretação do sal. Mais de 300 milhões de pessoas na Jamaica, México, Costa Rica, Equador, Colômbia, Peru, Cuba, Bolívia, Venezuela e Uruguai agora têm acesso a fluoretação do sal.⁴ Análises de custo-benefício feitas pela OPAS em vários países estimaram que a fluoretação do sal custa aproximadamente US\$ 0,06 por pessoa por ano, o que pode torná-la a intervenção de melhor custo-benefício em Saúde Pública moderna. Os grupos de população que se beneficiam com esses programas de fluoretação do sal são principalmente os de baixa condição socioeconômica, especialmente crianças. A intervenção, portanto, é socialmente justa.⁵ As experiências bem-sucedidas na América Latina fizeram outros países ao redor do mundo encarar a fluoretação do sal como uma intervenção de bom custo-benefício e eficaz na prevenção de cáries dentárias.

As experiências sem antecedentes de fluoretação do sal na região das Américas e o planejamento estratégico para implementar essa bem-sucedida intervenção em Saúde Pública são relatados na recente publicação científica *Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries*.⁶ EN

O Dr. Estupiñán-Day é Consultor Regional da Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde.

Referências

1. Levine R. *Millions saved: Proven successes in global health*. November, 2004. Information on the Center for Global Development website: <http://www.cgdev.org/publications/MillionsSaved>.
2. Estupiñán-Day S, Baez R, Horowitz H, Warpeha R, Sutherland B, Thamer M. *Salt fluoridation and dental caries in Jamaica*. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29(4):247-252.
3. Pan American Health Organization. *Health in the Americas*. Scientific Publication 569, Vol. 1:192-200, 1998.
4. Estupiñán-Day S. *International perspectives and practical applications on fluorides and fluoridation*. *J Public Health Dent* 2004;40-43.
5. Estupiñán-Day S. *Overview of salt fluoridation in the region of the Americas, Part I: Strategies, cost-benefit analysis, and legal mechanisms utilized in the national programs of salt fluoridation*. *Salt 2000, 8th World Salt Symposium*; Vol. 2:983-988, 2000.
6. Estupiñán-Day S. *Promoting oral health: The use of salt fluoridation to prevent dental caries*. Washington: Pan American Health Organization. In press.

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

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

Colgate

www.colgateprofissional.com.br



Sabe o que vai acontecer com o hálito fresco do seu paciente nas próximas 12 horas? Nada.

Plax, o anti-séptico bucal com flúor e fórmula exclusiva com Triclosan e Gantrez que garante ao seu paciente proteção antibacteriana e hálito fresco por até 12 horas.

Recomende aos seus pacientes como auxiliar químico na remoção da placa bacteriana.

