

PREV NEWS

Colgate THE ORAL CARE REPORT



Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal

O Intervalo de Retorno de Seis Meses é Baseado em Evidências?

O intervalo de retorno de seis meses para check-up odontológico é uma prática comum nos países com infra-estrutura de assistência odontológica altamente desenvolvida. Considerando-se as melhorias recentes na saúde bucal em muitas populações, questionou-se se o intervalo de seis meses para retorno deveria ser prolongado para otimizar o custo-benefício do tratamento odontológico e, talvez, melhorar os resultados clínicos¹. Algumas vantagens potenciais de estender os intervalos de check-up são óbvias, como a redução de custos para os sistemas de saúde pública e para os pacientes (tanto gastos financeiros como tempo perdido)¹. Outras vantagens incluem menos supertratamento, especialmente de cárie dentária, por permitir mais tempo para o processo cariogênico parar ou se reverter espontaneamente se estiver afetando apenas o esmalte¹. Por outro lado, estender o intervalo de retorno também pode ter sérias desvantagens. Parte da melhoria na saúde bucal nas últimas décadas originou-se da abordagem profilática adotada pela odontologia moderna. Aumentar o intervalo entre check-ups poderia comprometer a capacidade de diagnosticar a cárie dentária e doença periodontal em estágio inicial, levando ao ressurgimento de doenças mais graves¹. Além

disso, menos check-ups significam menos oportunidades de fornecer instruções ao paciente sobre cuidados bucais e estilo de vida, e podem enfraquecer o relacionamento paciente-dentista¹.

Achados de uma Revisão Recente

Em uma revisão recente, Daventport e colegas abordaram a questão — baseados em evidências clínicas disponíveis — se os check-ups odontológicos de rotina são eficazes e de que maneira sua eficácia depende da frequência¹. Os pesquisadores levantaram e examinaram todos os estudos clínicos realizados após 1980 e publicados antes de março de 2001 que compararam a ausência de check-ups de rotina com a realização de check-ups de rotina ou check-ups de rotina de diferentes frequências¹. A extensa busca resultou na identificação de 24 publicações baseadas em 28 estudos; 25 desses estudos relataram resultados de cárie dentária, nove resultados de doença periodontal e dois resultados de câncer bucal. A maioria dos estudos (24) foi realizada na Europa, e os remanescentes nos Estados Unidos, Austrália e Hong Kong. No geral, o modelo dos estudos não facilitou a realização de

Volume 16, número 3

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

Nesta Edição

<i>O Intervalo de Retorno de Seis Meses é Baseado em Evidências?</i>	1
<i>Prática Clínica</i>	4
<i>Página de Higiene</i>	6
<i>Página Periodontal</i>	8
<i>Tendências na Área de Saúde</i>	11

Editor-Chefe

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

Editores Associados

John J. Clarkson, BDS, PhD; Irlanda
Saskia Estupiñan-Day, DDS, MPH
Organização Pan-Americana de Saúde;
Washington, D.C.
Joan I. Gluch, RDH; 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 resp.: Maristela Harada Mtb. 28.082.
Produção: Cadaris Comunicação
www.cadaris.com.br
Consultor científico: Prof. Dr. Eduardo Saba-Chujfi
CTP e impressão: Pancrom.
Tiragem: 30 mil exemplares.
Distribuição gratuita. Proibida reprodução
total ou parcial sem prévia autorização.



uma revisão formal desse tipo. Os grupos de comparação diferiram nos dados iniciais, houve relatos insuficientes das características dos pacientes, altas porcentagens de pacientes não realizaram o acompanhamento, o estudo não foi cego do ponto de vista dos examinadores, os critérios de inscrição não eram claros e houve análise de dados inadequada. Uma metanálise formal não poderia ser conduzida devido à ampla gama de definições de “check-up odontológico” e às medidas de resultados usadas nos estudos.

Em vez disso, os autores categorizaram os resultados de cada estudo como mostrando ou um aumento estatisticamente significativo ($p = 0,05$) no resultado com uma diminuição na frequência de retorno odontológico, ou uma diminuição estatisticamente significativa, ou nenhuma diferença estatisticamente significativa no resultado (classificado como Neutro; Tabela 1). Estudos que não relataram significância estatística (nove no total) ou que relataram um resultado bidirecional também foram classificados como neutros.

Estudos que examinaram a relação entre frequência de check-up odontológico e cárie dentária em adultos (dentição permanente) renderam resultados conflitantes. Dos 15 estudos relatando cárie dentária, oito observaram aumento significativo na cárie dentária com check-ups odontológicos menos frequentes, mas sete foram neutros. Uma situação similar foi observada com respeito a dentes ausentes, que aumentaram com check-ups menos frequentes. Com relação a dentes restaurados, cinco estudos relataram menos dentes restaurados com check-ups menos frequentes e quatro foram neutros. Dois estudos relataram uma diminuição significativa no CPO (dentes cariados, perdidos e obturados) com check-ups menos frequentes, mas dois outros relataram um aumento significativo e sete foram neutros. Os poucos estudos que examinaram a incidência de cárie dentária em crianças (dentição decídua e mista) mostraram resultados similarmente inconsistentes.

Com relação aos resultados relacionados à doença periodontal em indivíduos com dentição permanente, apenas dois estudos relataram um aumento significativo na profundidade de sondagem/ bolsas com check-ups menos frequentes; todos os outros estudos foram neutros. Nenhum estudo de doença periodontal em crianças foi identificado.

Dois estudos investigaram a relação entre frequência de check-up odontológico e resultados de câncer. Um estudo encontrou uma ligação significativa entre tamanho/ estágio do tumor no diagnóstico e o tempo decor-

Tabela 1. Número de Estudos Relatando Relação Positiva, Negativa ou Neutra entre Número ou Severidade de Resultados e Diminuição da Frequência do Check-up Odontológico

Medida do resultado	Resultados Quando o Retorno Foi Menos Freqüente		
	Aumentado	Diminuído	Neutro
Cárie dentária – dentição decídua			
Dentes cariados	0	0	1
Experiência de cárie dentária (cpo/s)	0	0	2
Cárie dentária – dentição mista			
Dentes cariados	1	0	1 e 1*
Dentes obturados	0	1*	0
Experiência de cárie dentária (cpo/s/CPO/S)	0	0	1
Cárie dentária – dentição permanente			
Dentes cariados (C)	8	0	7
Dentes obturados (O)	0	5	4
Dentes perdidos	8	0	8
Experiência de cárie dentária (CPO)	2	2	7
Doença periodontal – dentição permanente			
Presença de sangramento	0	0	3
Nível de inserção	0	0	1
Profundidade de sondagem/bolsas	2	0	4
Presença de placa bacteriana/cálculo dentário	0	0	3
Índice ósseo	0	0	2
Presença de gengivite	0	0	3
Saúde periodontal (sem placa bacteriana, gengivite, periodontite, cálculo dentário)	0	0	3
Câncer bucal – dentição permanente			
Tamanho e estágio do tumor no diagnóstico	0	0	1
Presença de câncer/pré-câncer bucal	0	0	1

* Frequência uniforme de check-up odontológico de 12 meses comparada com frequência individualizada pelo profissional. De Davenport et al., 2003¹.



rido desde o último check-up odontológico. Entretanto, não ficou claro se o resultado aumentou consistentemente com a diminuição da frequência do check-up odontológico; o estudo foi, portanto, classificado como neutro. O outro estudo não observou relação significativa entre a presença de lesões cancerosas ou pré-cancerosas e o tempo decorrido desde o último check-up odontológico.

A revisão feita por Davenport *et al.* revelou falta de evidências de alta qualidade em favor da realização dos exames odontológicos de rotina em intervalos de seis meses; no entanto, também não puderam ser identificadas evidências clínicas claras de prejuízo resultante dessa prática.

Existe uma falta de evidências clínicas de alta qualidade em favor da realização dos exames odontológicos de rotina em intervalos de seis meses ou em qualquer outra frequência

Outras Revisões de Evidências Disponíveis

O National Institute for Clinical Excellence (NICE), sediado no Reino Unido, atualizou a revisão de Davenport com 13 estudos adicionais publicados a partir de julho de 2003². Embora os resultados desses estudos tenham apontado consistentemente para uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal ligada a check-ups

odontológicos regulares, a atualização não alterou a conclusão geral da análise anterior².

Outras revisões sistemáticas recentes realizadas pelos colaboradores de Cochrane^{3,4} chegaram a conclusões similares. Uma revisão tentou incluir todos os experimentos randomizados controlados (RCTs) sobre o efeito de diferentes intervalos de retorno (publicados a partir de abril de 2003), mas conseguiu identificar apenas um RCT (188 participantes) que foi considerado como potencialmente tendencioso³. Uma outra revisão teve por objetivo determinar os efeitos da raspagem e polimento de rotina em diferentes intervalos de tempo sobre a saúde periodontal. Apenas oito estudos foram identificados e foram de qualidade insuficiente para se chegar a qualquer conclusão⁴.

Implicações na Prática Odontológica

Em consequência da falta de evidências que corroborem intervalos de retorno específicos, o NICE recomenda que esse intervalo entre exames odontológicos seja adaptado às necessidades de cada paciente. Esse intervalo pode variar entre três e 24 meses para pacientes com 18 anos ou mais, e entre três e 12 meses para pacientes com menos de 18 anos. A determinação dos intervalos de retorno para cada paciente individualmente deve basear-se em uma avaliação abrangente da higiene bucal, dieta, uso de flúor, consumo de tabaco e álcool, história de saúde bucal, resposta a terapias anteriores, presença de

fatores de risco para doenças bucais e preferência do paciente. O intervalo escolhido deve ser discutido com o paciente e revisado conforme necessário. Como recentemente resumido por Mettes⁵, algumas “pérolas da prática” (Tabela 2) podem ajudar o profissional a determinar o intervalo de retorno para cada paciente individualmente. IN

Tabela 2. Pérolas para a Prática

- Não existe base de evidência para apoiar intervalos de retorno uniformes para todos os pacientes
- Intervalos de retorno podem ser estendidos para além de seis meses para pacientes de baixo risco
- Pacientes com risco maior de doença bucal devem receber avaliação e aconselhamento preventivo individualizado

De Mettes, 2005¹.

Referências Bibliográficas

1. Davenport CF, Elley KM, Fry-Smith A, Taylor-Weetman CL, Taylor RS. *The effectiveness of routine dental checks: A systematic review of the evidence base.* *Br Dent J* 2003; 195(2): 87-98.
2. National Institute for Clinical Excellence. *Dental recall: Recall interval between routine dental examinations.* London, 2004.
3. Beirne P, Forgie A, Clarkson J, Worthington HV. *Recall intervals for oral health in primary care patients.* *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD004346.
4. Beirne P, Forgie A, Worthington HV, Clarkson JJE. *Routine scale and polish for periodontal health in adults.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (1): CD004625.
5. Mettes D. *Insufficient evidence to support or refute the need for 6-monthly dental check-ups. What is the optimal recall frequency between dental checks?* *Evid Based Dent* 2005;6(3):62-63.



PRÁTICA

C L Í N I C A

Princípios da Eletrocirurgia Bucal

A eletrocirurgia constitui uma alternativa ao uso de bisturis ou lasers durante a cirurgia bucal¹. A eletrocirurgia bucal usa radiação eletromagnética de 0,3-4,0 MHz de frequência, quase a mesma frequência que as ondas de rádio AM. Conforme a onda eletromagnética passa a partir de um eletrodo frio através do tecido mole, um calor lateral é gerado de acordo com o mesmo princípio usado nos fornos de microondas. A fervura da água dentro das células causa sua destruição, resultando no corte de tecido, coagulação do sangue ou ambos. Radiocirurgia, embora mais adequadamente definida como cirurgia usando a radiação ionizante de substâncias radioativas, tornou-se um termo aceito para eletrocirurgia usando instrumentos com frequências mais altas (3-4 MHz). A eletrocirurgia pode

ser empregada durante qualquer procedimento que envolva incisão ou excisão de tecido, como aumento de coroas clínicas, biópsias, pulpotomias ou coleta de tecido para enxertos gengivais. É útil também para o controle do sangramento, manejo de tecido mole durante procedimentos protéticos envolvendo coroas e pontes e contorno tecidual.

Comparada com a cirurgia bucal usando bisturi ou laser, a eletrocirurgia oferece acesso mais fácil a todas as áreas da boca, pois o eletrodo pode ser manipulado. A visibilidade é geralmente superior durante eletrocirurgia, uma vez que o sangramento pode ser controlado com o eletrodo. Como não é preciso aplicar nenhuma pressão, o clínico tem mais controle sobre um eletrodo do que sobre um bisturi. Essas vantagens da eletrocirurgia podem reduzir o tempo na cadeira e promover cicatrização pós-operatória.

É essencial, para conquistar confiança e competência na eletrocirurgia, ter um conhecimento dos princípios que governam a geração de calor lateral durante o procedimento. Existem seis fatores que contribuem para a geração de calor lateral (ver Figura).

- **Tempo:** Quanto mais tempo o eletrodo fica em contato com tecido, mais calor é gerado. Para evitar a destruição indesejável de tecido mole, o eletrodo nunca deve ficar parado no mesmo local. Para cada segundo que o eletrodo é aplicado ao sítio cirúrgico, oito a dez segundos devem se passar antes que seja aplicado novamente, para permitir ao tecido tempo para esfriar.
- **Energia:** A saída de energia do instrumento deve ser mantida no nível mais baixo possível. Energia demais pode causar destruição tecidual indesejável ou faíscas. Entretanto, se a energia

Fatores que Contribuem Com a Produção de Calor Lateral



Adaptado de Rossein, 2003¹.

estiver baixa demais, o tecido pode se romper ou grudar no eletrodo. O ajuste da energia usando um material experimental, como um bife, permite o estabelecimento de um ponto de referência que pode ser adaptado dependendo das circunstâncias clínicas específicas.

- **Tamanho do eletrodo:** Eletrodos com áreas maiores de superfície de contato produzem mais calor lateral. Na maioria das situações, o eletrodo deve ser mantido perpendicularmente ao tecido para evitar a criação de uma área de superfície maior do que a esperada. Eletrodos mais grossos são necessários para certos procedimentos, como clareamento ou coagulação.
- **Formato de onda:** Listados em ordem decrescente de produção de calor, os três tipos de ondas

usados são coagulação (parcialmente retificado), corte + coagulação (totalmente retificado) e corte (filtrado). A seleção do formato de onda apropriado dependerá do procedimento.

- **Frequência:** Frequências mais altas geram menos calor lateral, sendo 3-4 MHz o ideal para a maioria das aplicações. A frequência de um instrumento individual é determinada durante a fabricação e não pode ser ajustada pelo profissional.
- **Resistência Tecidual:** O tecido que estiver seco, espesso ou fibroso, oferecerá mais resistência, necessitando de mais energia e aumentando o potencial de criação de calor lateral. Uma compressa molhada pode ser colocada sobre o tecido seco antes da eletrocirurgia para umedecer a área.

Conhecendo esses princípios de geração de calor lateral, e com suficiente prática supervisionada, os dentistas podem encontrar na eletrocirurgia uma alternativa útil aos lasers e bisturis para certos procedimentos.

Devemos enfatizar que a utilização da eletrocirurgia pode acarretar perda dos tecidos vizinhos por necrose, sendo sua aplicação em odontologia vista de forma cautelosa e limitada (Saba-Chujfi, 2008).

Um curso prático de educação continuada pode ser o passo seguinte para os profissionais interessados. PN

Referências Bibliográficas

1. Rossein KD. *Understanding the principles and applications of oral radiosurgery*. *Oral Health* 2003; 31-37.

**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.**



www.colgateprofissional.com.br



PÁGINA DE HIGIENE

Recomendações Clínicas Baseadas em Evidências para o Uso de Flúor Tópico Aplicado por Profissional

Revisões sistemáticas e estudos clínicos foram avaliados por um painel de especialistas para desenvolver recomendações clínicas baseadas em evidências para a aplicação tópica de flúor realizada por profissional. Essas recomendações foram aprovadas pelo *ADA Council on Scientific Affairs* e estão disponíveis no website da ADA¹. Embora as recomendações sejam baseadas em evidências clínicas, enfatiza-se que o conhecimento do praticante e as preferências do paciente permaneçam como partes integrantes das decisões de tratamento. A literatura científica levantada foi classificada com base na categoria de evidência fornecida, conforme mostrado nas duas primeiras colunas da Tabela 1. Com base na categoria de evidência, a força da recomendação foi classificada, também como descrito na Tabela 1. As recomendações baseadas em evidências clínicas relacionadas ao uso de flúor tópico aplicado profissionalmente estão sujeitas à categoria de risco de cárie dentária do paciente. Embora nenhum sistema de avaliação de risco seja totalmente confiável, existem diversos indicadores que prevêm clinicamente o risco de cárie dentária, alguns dos quais listados na Tabela 2.

As recomendações do painel em relação ao uso de flúor tópico aplicado profissionalmente estão resumidas na Tabela 3, e brevemente descritas pela categoria de risco a seguir.

Baixo Risco de Cárie Dentária

Pacientes no grupo de baixo risco de cárie dentária não apresentaram lesões cariosas incipientes ou cavidades identificadas nos três anos anteriores. Esses pacientes não apresentam fatores que aumentem o risco de cárie dentária. Existem evidências consideravelmente fortes de que a aplicação tópica de flúor profissional não ofereça benefício adicional para indivíduos com baixo risco à cárie dentária com menos de 18 anos de idade.

Risco Moderado de Cárie Dentária

Pacientes com menos de seis anos de idade que não apresentaram lesões cariosas incipientes ou cavidades identificadas nos três anos anteriores, mas apresentam pelo menos um fator que aumenta o risco de cárie dentária, são classificados como indivíduos de risco de cárie dentária moderado. Para pacientes com seis anos ou mais, uma ou duas lesões cariosas incipientes identificadas nos três anos anteriores, ou a ausência de lesão cariada, porém com pelo menos um fator de risco à cárie dentária resulta em classificação de risco moderado.

Existem fortes evidências de que a aplicação profissional de verniz de flúor em intervalos de seis meses para indivíduos com menos de seis anos de idade, e verniz ou gel para indivíduos com 6 a 18 anos de idade é benéfica para a redução do risco de cárie dentária. Para adultos, existem fracas evidências de que o verniz ou gel de flúor em intervalos de seis meses seja útil.

Alto Risco de Cárie Dentária

Pacientes com menos de seis anos de idade com lesões cariosas incipientes ou cavidades identificadas nos três anos anteriores, múltiplos fatores que aumentam o risco de cárie dentária, baixa condição socioeconômica, exposição insuficiente ao flúor ou xerostomia são considerados pacientes de alto risco. Pacientes com seis anos ou mais de idade, com três ou mais lesões incipientes ou cavidades identificadas nos três anos anteriores, múltiplos fatores de risco para cárie dentária, exposição insuficiente ao flúor ou xerostomia são considerados pacientes de alto risco. Para aqueles com menos de 18 anos de idade com alto risco de cárie dentária existem evidências fortes e, para adultos, evidências fracas (elaboradas na Tabela 3) de que a aplicação de verniz ou gel de flúor em intervalos de três a seis meses possa ser benéfica. Em geral, essa pesquisa também mostrou que uma aplicação de gel de flúor de quatro minutos é aprovada para todas as categorias de risco; uma aplicação de um minuto não é recomendada. A aplicação de verniz de flúor toma menos tempo do que uma aplicação de gel e pode ser mais facilmente utilizada nas crianças de idade pré-escolar. Dada a escassez de experimentos clínicos avaliando a eficácia das espumas de flúor, as recomendações não abordam a aplicação de espuma. Entretanto, esses achados devem ser interpretados para cada prática odontológica; devido à prevenção de cárie dentária

promovida pela água e cremes dentais fluoretados, a decisão por aplicar flúor tópico em pacientes de baixo risco depende da experiência do dentista e da preferência do paciente. PN

Referências Bibliográficas

1. American Dental Association. **Executive summary of evidence-based clinical recommendations: Professionally applied topical fluoride.** 2006. <http://www.ada.org/prof/resources/topics/evidencebased.asp#clinical> (Accessed July 10, 2006).

Tabela 1. Graduação das Evidências do Estudo em Categorias e Classificação da Força das Recomendações			
Grau	Categoria de Evidência	Classificação da Força de Recomendação	
		Se a evidência dos estudos for direta	Se a evidência dos estudos for extrapolada
Ia	Revisões sistemáticas de estudos randomizados controlados	A	B,C,D
Ib	Pelo menos um estudo randomizado controlado	A	B,C,D
IIa	Pelo menos um estudo controlado sem randomização	B	C,D
IIb	Pelo menos um outro tipo de estudo com características de estudo experimental	B	C,D
III	Estudos descritivos não experimentais (correlação caso-controle comparativa)	C	D
IV	Relatórios de comitês especializados, opiniões ou experiência clínica de autoridades reconhecidas	D	

De: Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: Developing guidelines. Br Med J 1999;318:593-596. Adapted with permission.

Tabela 2. Fatores de Risco Para Cárie Dentária	
<ul style="list-style-type: none"> • Altos níveis de bactérias cariogênicas • Má higiene bucal • Amamentação prolongada • Má saúde bucal familiar • Defeitos de esmalte • Anormalidade genética dos dentes • Muitas restaurações de várias faces • Químico ou radioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios alimentares • Abuso de droga/álcool • Tratamento odontológico irregular • Dieta cariogênica • Tratamento ortodôntico ativo • Raízes dentárias expostas • Restaurações com excessos e margens abertas • Incapacidade de realizar os cuidados de saúde bucal adequados

De: ADA Council on Scientific Affairs. Professionally applied topical fluoride: Executive summary of evidence-based clinical recommendations. JADA2006;137(8[insert]). Copyright© 2006. American Dental Association. Adapted 2006 with permission.

Tabela 3. Recomendações Clínicas Baseadas em Evidências para a Aplicação Tópica de Flúor Profissionalmente†			
Categoria de risco	Categoria de Idade para Retorno de Pacientes		
	<6 anos	6-18 anos	18+ anos
Baixo	Pode não receber benefícios adicionais com a aplicação de flúor (Ia) [B]	Pode não receber benefícios adicionais com a aplicação de flúor (Ia) [B]	Pode não receber benefícios adicionais com a aplicação de flúor (IV) [B]
Moderado	Aplicação de verniz em intervalos de 6 meses (Ia) [A]	Aplicação de verniz ou gel de flúor em intervalos de 6 meses (Ia) [A]	Aplicação de verniz ou gel de flúor em intervalos de 6 meses (IV) [D**]
Alto	Aplicação de verniz em intervalos de 3* ou 6 meses (Ia) [A,D*]	Aplicação de verniz em intervalos de 3* ou 6 meses (Ia) ou gel em intervalos de 3* ou 6 meses (Ia, IV) [A,A*,A,D**]	Aplicação de verniz em intervalos de 3 ou 6 meses ou gel de flúor em intervalos de 3 ou 6 meses (IV) [D**]

De: ADA Council on Scientific Affairs. Professionally applied topical fluoride: Executive summary of evidence-based clinical recommendations. JADA2006;137(8[insert]). Copyright© 2006 American Dental Association. Adapted 2006 with permission.

† Relatado como • Recomendação clínica (Grau de evidência) [Força de recomendação], para cada categoria de risco e idade.
 * Evidência emergente indicando que mais de duas aplicações por ano podem ser mais eficazes na prevenção da cárie dentária.
 ** Embora não haja estudos clínicos, há razões para se acreditar que o verniz ou gel de flúor agiriam de maneira similar.



PÁGINA PERIODONTAL

Declaração Consensual de Saúde Bucal e Sistêmica

Nos últimos 15 anos, um número cada vez maior de estudos epidemiológicos e clínicos vem fornecendo evidências convincentes de que a infecção e a inflamação bucal podem estar associadas com doenças sistêmicas (ex: diabetes, doença cardíaca coronariana [DCC] e derrame). Mecanismos biológicos plausíveis para explicar essa relação foram desenvolvidos; mediadores da doença inflamatória bucal poderiam entrar na circulação sanguínea por meio do tecido gengival altamente vascularizado, por sua vez contribuindo com a inflamação sistêmica. Em agosto de 2005, um painel internacional de especialistas reuniu-se em Montreal (Canadá) para con-

solidar o conhecimento presente, avaliar prioridades de pesquisas e enfatizar a aplicação do conhecimento atual para derivar políticas apropriadas para melhorar as medidas preventivas¹.

Evidências Atuais

O painel revisou a força e consistência das evidências disponíveis ligando a saúde bucal com quatro doenças sistêmicas: DCC, doença arterial periférica (DAP), isquemia e diabetes (bebês prematuros e de baixo peso ao nascimento não foram considerados nessa conferência consensual). Baseando a interpretação em sete critérios de avaliação (descritos na Tabela), o painel concluiu que a evidência para uma associação entre doença bucal e sistêmica era **sugestiva** para doença cardíaca coronariana e doença arterial

periférica e **altamente sugestiva** para isquemia e diabetes. Pesquisas adicionais garantirão um entendimento mais amplo dessas associações entre doença bucal e sistêmica e melhorar o atendimento global do paciente.

Lacunas nas Evidências Disponíveis e Necessidades de Pesquisas

A maioria das evidências atuais na área da relação entre saúde bucal e saúde sistêmica baseia-se em estudos epidemiológicos ou retrospectivos. Há uma necessidade de estudos clínicos prospectivos randomizados que documentem os efeitos da redução de risco induzida por diferentes intervenções periodontais em resultados relevantes de doença cardiovascular ou diabetes, incluindo

Força de Evidência das Associações Bucais e Sistêmicas Avaliadas por Critérios Causais

Exposição	Doença Periodontal			
	Doença Cardiovascular			
Resultados Clínicos	DCC	DAP	Isquemia	Diabetes
Especificidade ^a	-	-	+	-
Força de associação ^b	+	+	++	+
Dose-resposta ^c	+	+	++	++
Seqüência de tempo ^d	+	+	+	+
Plausibilidade biológica ^e	++	++	++	++
Consistência ^f	-	+	++	+
Independência de fatores de confusão ^g	+	++	++	++
Consenso Geral ^h	Sugestivo	Sugestivo	Altamente Sugestivo	Altamente Sugestivo

Escala: --- a +++

De Josphipura et al., 2000².

a) Demonstração de um efeito específico de um agente específico.

b) Uma forte associação entre risco e resultados diminui a probabilidade de o efeito ser mediado por uma variável não suspeita.

c) Aumento de risco com o aumento do grau de exposição.

d) Exposição à doença periodontal precedeu doença sistêmica por um período de tempo consistente com o mecanismo biológico suspeito.

e) Positivo se um mecanismo biológico conhecido puder explicar uma ligação patofisiológica.

f) Estudos independentes, preferencialmente usando métodos diferentes, mostram resultados similares.

g) Exclusão da possibilidade de a relação ser atribuível a um fator de confusão não controlado.

h) Resumo da força de evidência em cada uma das relações.

Um tratamento integrado para dentes sensíveis: começa no consultório e continua em casa.

No tratamento da sensibilidade dentinária, use e recomende a seus pacientes toda a evolução e tecnologia dos produtos Colgate.

TRATAMENTO EM CONSULTÓRIO

Colgate Duraphat®:
verniz de uso profissional que oferece alívio rápido e duradouro.



Colgate 360° Sensitive:
cerdas mais macias* que causam menor desgaste e proporcionam limpeza superior, com o limpador de língua e bochecha.



TRATAMENTO EM CASA

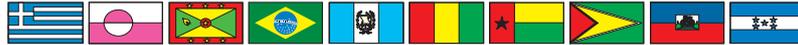


Colgate Sensitive Multi Proteção:
creme dental que proporciona máximo alívio da sensibilidade e proteção completa para dentes e gengivas.

CUIDADO DIÁRIO

Colgate®

A marca nº1 em recomendação dos dentistas.



controle glicêmico e complicações de longo prazo da diabetes (DCV, retinopatia, doença renal). A distribuição aleatória de pacientes para os grupos de tratamento e de controle é necessária para garantir que o experimento clínico seja realizado com um grupo de comparação adequado. Os estudos devem ser projetados para avaliar os possíveis efeitos de uma predisposição genética como fator de confusão. O painel de especialistas também recomendou que estudos longitudinais fossem realizados para avaliar os mecanismos causais e as rotas que ligam a doença periodontal com diabetes e/ou DCV.

Políticas para Estimular a Colaboração e Melhorar o Tratamento do Paciente

É importante que os profissionais da odontologia reconheçam a inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica. A íntima colaboração entre dentistas e médicos é recomendada para identificar pacientes em risco de DCV e diabetes e encaminhá-los para uma estratégia integrada de tratamento. A doença periodontal pode ser evitada e tratada, o que pode, por sua vez, melhorar os esforços de controle de doenças crônicas não transmissíveis, como DCV ou diabetes. Os potenciais efeitos significantes para a saúde pública justificam o apoio financeiro do governo e de outras organizações para as iniciativas de pesquisa.

Implementação de Medidas Preventivas

Os profissionais da odontologia são estimulados a reconhecer e avaliar os fatores de risco comuns de periodontite, DVC e diabetes porque eles podem influenciar a incidência e a progressão da periodontite e dessas doenças sistêmicas. Todos os profissionais da saúde, incluindo dentistas e médicos, devem instruir e estimular seus pacientes a alterar seus fatores de risco modificáveis para DVC, diabetes e doença periodontal – como por exemplo reduzir o uso de tabaco e/ou álcool; melhorar a dieta e a higiene bucal; e reduzir o estresse – para melhorar sua saúde geral. A prevenção e o tratamento da doença periodontal, envolvendo profilaxias regulares e manutenção de boa higiene bucal, que inclui escovar os dentes com um creme dental com triclosan/copolímero clinicamente comprovado, pode aumentar de maneira eficaz o controle da placa bacteriana e diminuir a inflamação gengival associada. É essencial ter consciência de que os benefícios da boa saúde bucal não se limitam à cavidade bucal, mas podem possivelmente reduzir o risco de doenças sistêmicas. PN

Referências Bibliográficas

1. Douglass C, de Vries J, Joshipura K, Kakar A, Lopez N, Mann J et al. **Oral and systemic health consensus statement from an international panel.** Montreal, 2006. Report Nº.2.
2. Joshipura K, Ritchie C, Douglass C. **Strength of evidence linking oral conditions and systemic disease.** *Compend Cont Educ Dent (Suppl)* 2000; (30): 12-23.

ARTIGOS ADA

As últimas notícias da Associação Dental Americana

ACESSE

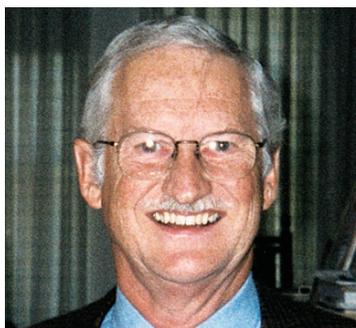
www.colgateprofessional.com.br

e saiba tudo que a Colgate oferece aos profissionais de odontologia.

Colgate Professional.com.br
O seu aliado online para cuidados bucais.



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

© 2007 Colgate-Palmolive Company. Todos os direitos reservados.

O Oral Care Report/Prev News tem o apoio da Colgate-Palmolive Company para os profissionais da área de saúde bucal.

Dirija seus comentários, perguntas e mudanças de endereço para:



Oral Care Report/Prev News

Centro de Atendimento de Profissionais

0800 703 9366

Departamento de Relações Profissionais

Rua Rio Grande, 752

São Paulo – SP- CEP 04018-002.

Para saber com antecedência a disponibilidade das novas edições do PrevNews, inscreva-se no site www.colgateprofissional.com.br

Saúde Bucal e Sistêmica

Chester W. Douglass, DMD

Tem havido um alvoroço de atividades de pesquisa centradas na ligação entre doença bucal e doença sistêmica. A declaração consensual resumida na Página Periodontal desta edição do PrevNews é um exemplo da direção que essa relação está tomando agora. Até recentemente, a associação entre doença bucal e doença sistêmica era quase totalmente uma questão científica. Agora, porém, dentistas e higienistas, educadores dentais e até mesmo os pacientes estão perguntando mais diretamente “Quais são as implicações para a prática clínica?”, “Como o tratamento odontológico poderá mudar?” e “O reembolso de procedimentos odontológicos por companhias de seguro odontológico (ou médico) deveria mudar?”. O painel consensual mostrou grande visão ao abordar essas questões políticas e oferecer recomendações para a prática odontológica.

O painel concluiu que a prática da odontologia e da medicina deve começar a refletir as conexões buco-sistêmicas e ofereceu cinco recomendações políticas a esse respeito:

1. Os profissionais da odontologia devem adicionar perguntas específicas ao questionário de saúde do paciente para identificar aqueles que apresentam risco de DCC, DAP, isquemia e diabetes, e aconselhar esses pacientes a procurar assistência médica apropriada.
2. Médicos e outros profissionais da saúde devem adicionar

perguntas específicas ao questionário de saúde do paciente para identificar aqueles que apresentam risco de doença periodontal e encaminhar esses pacientes para tratamento odontológico adequado.

3. Os profissionais da odontologia devem reconhecer e abordar os fatores de risco comuns para doença periodontal, DVC e diabetes, que por sua vez podem influenciar a incidência e a progressão da periodontite e dessas doenças sistêmicas.
4. Os profissionais da odontologia devem aconselhar seus pacientes em relação aos métodos específicos para reduzir seus fatores de risco para doença cardiovascular e diabetes.
5. Médicos e outros profissionais da saúde devem aconselhar seus pacientes a reduzir seus fatores de risco para doença periodontal.

Assim, dentro das recomendações do painel consensual existem implicações políticas tanto para profissionais da odontologia como da área médica. Conforme as ligações entre doenças bucais e sistêmicas se tornam mais claras, especialistas do painel consensual vêem a necessidade dos profissionais da odontologia reconhecerem e ajudarem os pacientes a controlar os fatores de risco para suas doenças sistêmicas relacionadas à saúde bucal. E, similarmente, os profissionais da medicina precisam reconhecer e ajudar seus pacientes a controlar seus fatores de risco para doença periodontal. **PN**

Chegou a Colgate Professional Extra Clean, a escova do jeito que você recomenda.

Colgate Professional Extra Clean. Com cabeça pequena, cerdas retas e macias, cabo emborrachado e limpador de língua.

Recomende a todos os seus pacientes.



Colgate[®]

A marca Nº 1 em recomendação dos dentistas

Serviços profissionais: 0800 703 9366
www.colgateprofissional.com.br