

# PREV NEWS

Colgate THE ORAL CARE REPORT



Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal

## Perda Dentária e Saúde Sistêmica

Além do impacto que a perda dentária exerce na qualidade de vida de uma pessoa, comprometendo aspectos como aparência, auto-estima, interações sociais e o prazer derivado dos alimentos, existe também a real preocupação de que a nutrição saudável seja negativamente influenciada pela falta de dentes<sup>1-3</sup>, particularmente nos idosos<sup>4-5</sup>.

A função mastigatória depende do estado da dentição e, como a perda dentária diminui a capacidade de mastigação, podem ocorrer alterações desfavoráveis na escolha dos alimentos e na ingestão de nutrientes. Os maus hábitos alimentares resultantes mostraram estar envolvidos na causa de problemas de saúde sistêmica<sup>1,2,6</sup>; numerosas associações entre dieta e doença foram relatadas. Por exemplo, demonstrou-se que uma dieta rica em gorduras e colesterol aumenta o risco de doença cardiovascular (DCV), enquanto uma dieta pobre em fibras, frutas e vegetais pode causar aumento no risco de câncer<sup>2</sup>.

### Estado da Dentição e Consumo de Alimentos

Uma investigação em larga escala por Joshipura *et al*<sup>1</sup>, examinou a associação entre o número de dentes e a ingestão de nutrientes em profissionais da saúde do sexo masculino com idades entre 40 e 80 anos. Em geral, verificou-se que, conforme diminuía o número de dentes naturais dos participan-

tes, diminuía também a ingestão média diária de fibras, caroteno, vegetais e frutas. Já a ingestão de calorias, gorduras saturadas e colesterol aumentava com a diminuição do número de dentes (Tabela 1 – próxima página)<sup>1</sup>. Embora as diferenças gerais na dieta entre os participantes dentados e desdentados fossem significativas, porém pequenas, os efeitos negativos da perda dentária poderiam levar a um aumento do risco de doenças com o passar do tempo. Por exemplo, levantou-se a hipótese de que a diminuição de um grama na ingestão de fibras pelos desdentados em comparação com os dentados poderia levar a um aumento de aproximadamente dois por cento no risco de infarto do miocárdio<sup>1</sup>. Um estudo de larga escala distinto com mulheres norte-americanas mostrou resultados similares; mulheres desdentadas apresentavam ingestão significativamente mais alta de gorduras saturadas e trans, colesterol e vitamina B12, e ingestão reduzida de gorduras poliinsaturadas, fibras, vegetais, frutas e várias vitaminas em comparação com mulheres que possuíam 25-32 dentes. Ademais, num aspecto longitudinal da investigação, mulheres que perderam mais dentes durante o tempo de duração do estudo exibiram alterações não saudáveis da dieta, evitando alimentos duros de mastigar como vegetais crus e frutas.

Volume 17, número 2

Edições anteriores do  
Prev News estão disponíveis  
na internet. Acesse:  
[www.colgateprofissional.com.br](http://www.colgateprofissional.com.br)

### Nesta Edição

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Perda Dentária e Saúde Sistêmica | 1  |
| Na Prática                       | 4  |
| Página Higiene                   | 7  |
| Prática Clínica                  | 8  |
| Tendências na Área da Saúde      | 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 Estupiñán-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: Flávio Namur  
Jornalista resp.: Maristela Harada - Mtb: 28.082  
Produção: Cadaris Comunicação  
[www.cadaris.com.br](http://www.cadaris.com.br)  
CTP e impressão: Pancrom  
Tiragem: 30 mil exemplares  
Distribuição gratuita. Proibida reprodução  
total ou parcial sem prévia autorização.

Proporcionando Educação Profissional a Serviço da Odontologia Mundial



Investigando se o uso de dentaduras afetava a nutrição, Krall *et al.* mostraram que a mastigação estava significativamente comprometida num coorte de homens veteranos que residiam na área de Boston e tinham próteses totais ou parciais, em comparação com aqueles cujas dentições estavam intactas.

O consumo de proteínas e fibras tendeu a diminuir com o estado progressivamente comprometido da dentição, sendo que os usuários de próteses totais apresentaram ingestão significativamente reduzida de fibras em comparação com qualquer outro grupo<sup>2</sup> (Tabela 2). Ao contrário do estudo de Joshipura *et al.*<sup>1</sup>, relatado acima, o consumo total de calorias tendeu a diminuir com a dentição mais insatisfatória, fato explicado pelos investigadores do estudo como possivelmente atribuído a fatores socioeconômicos das respectivas populações do estudo. Entretanto, embora o grupo portador de prótese total consumisse significativamente menos calorias do que os outros grupos, a porcentagem de calorias provenientes de gorduras tendeu a aumentar<sup>2</sup> (Tabela 2). Por fim, um estudo de Sheiham *et al.*<sup>5</sup> foi projetado para avaliar se a condição bucal de pessoas com 65 anos de idade ou mais estava relacionada com a ingestão de nutrientes selecionados<sup>5</sup>. Para a maioria dos nutrientes, os pesquisadores geralmente constataram que os participantes dentados apresentavam uma ingestão de nutrientes mais rica que os desdentados. Associações estatisticamente significativas com o estado dentário estavam presentes para a ingestão de proteína, açúcares intrínsecos e do leite, fibra, cálcio, ferro não-heme e vitaminas C e E<sup>5</sup>.

Todos esses estudos fornecem evidências de que a ingestão de nutrientes está associada com o estado dentário. Além disso, muitos dos alimentos evitados pelas pessoas com dentição insatisfatória protegem contra doenças como DCV, isquemia cerebral e síndrome metabólica (SM).

## Doença Sistêmica e Ingestão de Nutrientes

**Doença Cardiovascular e Isquemia Cerebral.** Estudos mostraram uma associação inversa entre a ingestão de frutas e vegetais – em particular, vegetais de folhas verdes e frutas cítricas e o risco de DCV<sup>3,7</sup> e isquemia

**Tabela 1. Ingestão de Calorias e Nutrientes por Número de Dentes**

| Caloria/Nutriente             | Número de Dentes |       |       |       |           |
|-------------------------------|------------------|-------|-------|-------|-----------|
|                               | 25-32            | 17-24 | 11-16 | 1-10  | Edêntulos |
| Calorias (kcal)               | 1,954            | 1,966 | 1,979 | 1,999 | 2,000     |
| Fibras Alimentares (g)        | 22,3             | 22,1  | 21,9  | 21,6  | 21,6      |
| Vitamina C (mg)               | 167              | 165   | 170   | 167   | 164       |
| Caroteno (UI)                 | 9,829            | 9,379 | 9,362 | 9,386 | 9,069     |
| Gordura Saturada (g)          | 24,3             | 24,6  | 24,7  | 25,1  | 25,2      |
| Colesterol (mg)               | 302              | 308   | 313   | 317   | 321       |
| Frutas (porções)              | 2,44             | 2,45  | 2,52  | 2,51  | 2,46      |
| Frutas (porções exceto sucos) | 1,64             | 1,67  | 1,69  | 1,68  | 1,67      |
| Vegetais (porções)            | 3,71             | 3,55  | 3,58  | 3,49  | 3,40      |

Kcal: quilocalorias; g: gramas; mg: miligramas; UI: unidades internacionais.

Amostra do estudo: 49.501 profissionais da saúde de sexo masculino.

De Joshipura *et al.*, 19961.

**Tabela 2. Ingestão de Calorias e Nutrientes por Estado da Dentição**

| Caloria/Nutriente                    | Estado da Dentição |                              |                                      |                          |                 |
|--------------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-----------------|
|                                      | Dentição Intacta*  | Próteses Parciais Removíveis | Dentição Parcialmente Comprometida** | Dentição Comprometida*** | Próteses Totais |
| Calorias (kcal)                      | 1,894              | 1,865                        | 1,744                                | 1,795                    | 1,677           |
| Proteína (g)                         | 80                 | 80                           | 74                                   | 74                       | 68              |
| Carboidrato Total(g)                 | 248                | 237                          | 222                                  | 230                      | 204             |
| Fibra Alimentar (g)                  | 21                 | 20                           | 19                                   | 19                       | 16              |
| Gordura Total (g)                    | 55                 | 55                           | 53                                   | 54                       | 52              |
| Porcentagem de Calorias como Gordura | 26                 | 27                           | 27                                   | 26                       | 28              |
| Colesterol (mg)                      | 230                | 245                          | 226                                  | 226                      | 225             |

Kcal: quilocalorias; g: gramas; mg: miligramas.

Amostra do estudo: 638 veteranos de sexo masculino.

\*≥ 28 dentes naturais; \*\*<14 dentes naturais de um lado da boca;

\*\*\*< 14 dentes naturais nos dois lados da boca.

De Krall *et al.*, 1998.



cerebral<sup>8</sup>. Os constituintes de frutas e vegetais que possivelmente protejam contra essas doenças incluem vitaminas (B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, C, D e E), potássio, folato, fibras e flavonóides<sup>7,8</sup>.

Uma avaliação recente<sup>9</sup> de um estudo<sup>3</sup> aceita que a perda dentária esteja associada com alterações relatadas na dieta, e que essas alterações na dieta poderiam ter um efeito na saúde sistêmica, embora não esteja presente nenhuma evidência que possa formar uma relação causal.

**Síndrome Metabólica.** SM é uma doença que resultou da diminuição nos exercícios e do aumento na ingestão calórica que ocorreu na população norte-americana nos últimos 30 anos. A doença pode consistir das seguintes características: obesidade abdominal; nível elevado de triglicerídeos; níveis reduzidos de lipoproteínas de alta densidade (colesterol HDL); hipertensão e glicemia de jejum alterada<sup>6</sup>. Cada uma dessas características pode resultar em aterosclerose, aumentando o risco de infarto do miocárdio e derrame cerebral. A manutenção de dentes e gengivas saudáveis é vital para os portadores de SM devido à sua tendência de desenvolver doença vascular. Como mencionado anteriormente, pessoas que perdem dentes, especialmente os posteriores, podem modificar suas escolhas de alimentos, optando por uma dieta associada com risco aumentado de DCV. Além disso, constatou-se que pessoas desdentadas apresentam índice de massa corporal (IMC) significativamente mais alto em comparação com pessoas dentadas similares, e esses IMCs mais altos parecem manifestar-se em decorrência de um aumento no consumo de alimentos doces,

moles e ricos em calorias, promotores da obesidade. Próteses totais e próteses parciais removíveis não parecem reproduzir a eficiência da mastigação dos dentes perdidos, também não melhoram significativamente a ingestão nutricional. Entretanto, existem algumas evidências limitadas de melhora na ingestão nutricional em pacientes que receberam implantes dentários. O risco aumentado de DCV em pacientes com SM torna vital que os dentistas considerem tratamentos que tentem conservar a dentição natural, maximizando a eficiência mastigatória e aumentando a probabilidade do consumo de alimentos que não favoreçam a aterosclerose<sup>6</sup>.

---

***A ingestão de nutrientes está associada com o estado dentário; muitos dos alimentos evitados pelas pessoas com dentição insatisfatória protegem das doenças como DCV, isquemia cerebral e síndrome metabólica***

---

## Conclusão

A saúde bucal e o estado da dentição podem exercer um impacto na escolha dos alimentos e na ingestão de nutrientes, sendo que as pessoas desdentadas consomem menos frutas e vegetais e mais gordura e colesterol. Essas alterações da dieta podem estar relacionadas com um risco aumentado de doenças cardiovasculares e metabólicas. Devido à alta prevalência de perda dentária entre adultos de idade mais avançada, mesmo um pequeno aumento no risco de desenvolver doenças

sistêmicas relacionadas a dentição insatisfatória podem ter um impacto significativo.

Como esse fato em mente, é aconselhável que recomendações sobre dieta sejam integradas nas consultas odontológicas, especialmente para os mais idosos, para beneficiar a saúde do paciente. A prevenção da perda dentária e a reposição dos dentes com implantes dentários pode ajudar as pessoas a manter uma dieta saudável, o que tem o potencial de reduzir a incidência de doença sistêmica crônica relacionada à dieta. **IN**

## Referências Bibliográficas

1. Joshipura KJ, Willett WC, Douglass CW. *The impact of edentulousness on food and nutrient intake.* JADA 1996;127(4):459-467.
2. Krall E, Hayes C, Garcia R. *How dentition status and masticatory function affect nutrient intake.* JADA 1998;129(9):1261-1269.
3. Hung HC, Colditz G, Joshipura KJ. *The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women.* Community Dent Oral Epidemiol 2005;33(3): 167-173.
4. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW. *Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; A national survey in Great Britain.* Community Dent Oral Epidemiol 2001;29(3): 195-203.
5. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ et al. *The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people.* J Dent Res 2001;80(2): 408-413.
6. Friedlander AH, Weinreb J, Friedlander I, Yagiela JA. *Metabolic syndrome: Pathogenesis, medical care and dental implications.* JADA 2007;138(2): 179-187.
7. Joshipura KJ, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Rimm EB, Speizer FE et al. *The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease.* Ann Intern Med 2001;134(12): 1106-1114.
8. Joshipura KJ, Ascherio A, Manson JE, Stampfer MJ, Rimm EB, Speizer FE et al. *Fruit and vegetable intake in relation to risk of ischemic stroke.* JAMA 1999;282(13):1233-1239.
9. Merchant AT. *Losing teeth leads to an unhealthy diet associated with cardiovascular disease risk.* J Evid Based Dent Pract 2006;6(2):187-188



# NA PRÁTICA

## *Uso de Implantes Dentários na Clínica Geral*

Nos últimos 10 anos, avanços nas técnicas cirúrgicas e protéticas tornaram os implantes dentários mais confiáveis e duráveis, assim aumentando significativamente a aceitação pelos pacientes<sup>1</sup>. No entanto, a avaliação da satisfação do paciente com diferentes tipos de substituição dentária de uma maneira rigorosa é um desafio, devido à falta de estudos cegos e à tendência por preferência<sup>2</sup>. Um recente estudo randomizado controlado feito no Reino Unido verificou a ausência de diferenças estatisticamente significantes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVR-SB) entre pacientes randomizados

para próteses totais convencionais ou próteses totais inferiores implanto-suportadas<sup>2</sup>. Entretanto, um em cada quatro pacientes randomizados para implantes dentários os recusaram e receberam próteses convencionais. Os pacientes que aceitaram implantes dentários apresentaram significativamente menos QVRSB pré-tratamento ( $p=0,006$ ) e relataram aumentos maiores na QVRSB com o tratamento do que aqueles que os recusaram ( $p<0,001$ )<sup>2</sup>. Geralmente se reconhece que em adição à QVRSB melhorada, os implantes dentários ajudam a preservar o osso alveolar e basal<sup>3</sup>.

### *Planejamento do Tratamento*

A colocação de implantes dentários requer a estreita colaboração entre o dentista clínico geral

e os outros membros da equipe do implante, que inclui o cirurgião maxilofacial, o periodontista ou endodontista, radiologistas e assistentes odontológicos e cirúrgicos<sup>1</sup>. O papel inicial do clínico é avaliar a história médica e odontológica do paciente (incluindo bruxismo, doença periodontal, uso de tabaco, diabetes *mellitus* e doença metabólica do osso), discutir as opções terapêuticas disponíveis em termos de viabilidade, função, estética e custo e obter o consentimento esclarecido do paciente. O dentista clínico geral também realiza a avaliação diagnóstica e desenvolve o plano de tratamento geral. O diagnóstico inclui a avaliação cuidadosa dos tecidos duros e moles dos sítios de implante nas três dimensões e envolve a preparação de um modelo diagnóstico montado em articulador e um encerramento de estudo.

As estruturas ósseas são avaliadas por palpação e exploradas sob anestesia, em combinação com exame radiográfico. O conjunto de elementos diagnósticos pode ajudar a determinar a extensão exata do enxerto de tecido mole e duro (se necessários) e pode ser usado para criar um guia cirúrgico (com base numa matriz formada a vácuo ou de resina acrílica) que pode ajudar imensamente o cirurgião no correto posicionamento do implante. Fatores a serem considerados no plano de tratamento estão listados na tabela ao lado<sup>1</sup>.

### *O Dente Isolado e o Arco Parcialmente Desdentado*

O número de implantes dentários necessários depende de quantos dentes adjacentes estão ausentes; em geral, recomenda-se substituir três dentes com uma prótese parcial fixa de curta extensão (PPF) em dois implantes

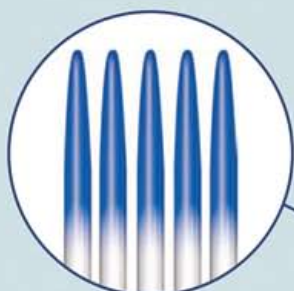
#### *Fatores a Considerar na Colocação de um Implante Dentário*

- ✓ Garantir volume ósseo adequado (pelo menos 1mm ao redor do implante dentário)
- ✓ Determinar a posição ideal dos dentes em termos de tamanho do dente/comprimento do arco
- ✓ Pesquisar a existência de fissuras por reabsorção, reentrâncias ou outras características que possam requerer enxerto de osso ou tecido mole
- ✓ Pesquisar a existência de perda óssea induzida por trauma que possa levar a perda da lâmina óssea vestibular
- ✓ Pesquisar a existência de limitações anatômicas(seio, feixe neurovascular)
- ✓ Pesquisar a posição vestibulo-lingual dos dentes adjacentes com relação ao osso receptor do implante dentário; uma fina lâmina vestibular nos dentes adjacentes pode estar sujeita a reabsorção
- ✓ Pesquisar a existência de discrepâncias em termos de tamanho méso-distal do dente ou comprimento do arco
- ✓ Pesquisar a aparência dos dentes anteriores em repouso e durante a fala
- ✓ Considerar dentes excessivamente longos com linha de sorriso alta, e também mordida cruzada posterior criando um resultado estético ruim no corredor vestibular
- ✓ Considerar a necessidade de suporte labial
- ✓ Avaliar a arquitetura periodontal dos tecidos moles e duros (biotipo de tecido fino propenso a recessão)
- ✓ Pesquisar a estabilidade periodontal e o prognóstico clínico dos dentes remanescentes
- ✓ Pesquisar o estado das restaurações dos dentes adjacentes e a necessidade de restaurações de cobertura total
- ✓ Garantir o controle suficiente das forças laterais sobre a prótese
- ✓ Pesquisar a existência de sinais de desgaste parafuncional, facetas ou outros problemas
- ✓ Determinar o desenho ideal da prótese (desenho da estrutura, retenção por parafuso versus cimentação)
- ✓ Garantir o acesso suficiente para higiene bucal
- ✓ Garantir o acesso suficiente para instrumentação cirúrgica.

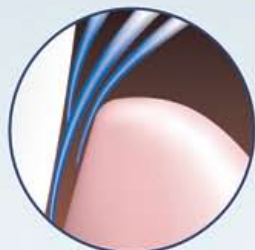
De Stanford, 2005<sup>1</sup>

# Nova 360° Deep Clean. Remove mais bactérias<sup>1</sup> para uma limpeza completa.

Com exclusivas cerdas de pontas azuis superfinas SlimTip.<sup>®</sup>



Cerdas cônicas flexíveis  
e delicadas com a gengiva  
(SlimTip<sup>®</sup>).



Veja como as cerdas de  
pontas azuis superfinas  
podem entrar abaixo  
da margem gengival.

Limpeza profunda para  
uma boca saudável e limpa.  
Alcança as bactérias  
entre os dentes e abaixo  
da linha da gengiva.

**Colgate** 360°  
DEEPCLEAN



**7 vezes**  
mais acesso gengival.<sup>2</sup>



**50% mais remoção**  
da placa na margem gengival.<sup>2</sup>



**52% mais**  
redução do sangramento gengival.<sup>2</sup>

**Colgate**<sup>®</sup>

Recomendada por dentistas.

<sup>1</sup>Versus escova manual de cerdas retas. Concordia Research Laboratories. Dados em arquivo. Colgate-Palmolive.

<sup>2</sup>Versus escova manual de cerdas retas. YRC Inc. Dados em arquivo. Colgate-Palmolive.



dentários<sup>1</sup>. Conectar implantes dentários a dentes naturais pode levar a movimentos erráticos da dentição natural; portanto, implantes dentários adicionais ou uma maneira de aumento são necessários para projetar próteses que repousem somente em implantes dentários. Coroas ou próteses retidas por parafusos são recomendadas quando o risco de recessão gengival é alto, quando o espaço vertical entre o osso alveolar e o plano oclusal é limitado, ou se a remoção de cimento for difícil. Próteses retidas por cimento são preferidas com coroas curtas, ou se o material restaurador que sela o acesso ao parafuso puder afetar negativamente a estética ou estabilidade da superfície oclusal<sup>1</sup>.

### O Arco Desdentado

As overdentures (próteses sobre implantes) removíveis, retidas por dois implantes dentários e suportadas por tecido mucoso, são consideradas o padrão de cuidado para a mandíbula edêntula, melhorando a massa óssea fisiológica e a qualidade de vida<sup>1,3</sup>.

Pacientes que não toleram a pressão sobre os tecidos mucosos requerem overdentures que sejam suportadas exclusivamente por implantes, que podem ser conseguidas colocando-se quatro implantes que são conectados por uma barra rígida. Na maxila, uma restauração completa de porcelana fundida em metal é possível, desde que a reabsorção óssea seja mínima. Entretanto, esse tratamento é complexo e custoso e oferece grande risco de problemas estéticos, fonéticos e de higiene bucal. Overdentures sobre quatro a seis implantes e reconstruções de arco completo ceramometal são alternativas. A

última requer entre seis e oito implantes, cada par carregando uma PPR de três unidades.

### Desenvolvimentos Recentes

Convencionalmente, a prótese é colocada sobre o implante depois de um período de cicatrização do sítio de três a seis meses. Uma abordagem recente permite a colocação de um implante com uma coroa isolada ou prótese fixa logo depois que o implante é colocado (carga imediata).

Uma revisão recente de evidências clínicas indica que a carga imediata oferece altas taxas de sobrevida do implante e de sucesso<sup>4</sup>. Para aumentar a taxa de sucesso, a carga imediata deve ser reservada para locais que não tenham história de doença periodontal<sup>5</sup> e a prótese deve ser rigidamente fixada ao implante dentário<sup>1</sup>.

### Impacto da Comorbidade no Sucesso da Terapia com Implante Dentário

As evidências com respeito ao impacto da periodontite no sucesso dos implantes dentários são limitadas e ambíguas.

Uma revisão sistemática concluiu (com base na análise de dois experimentos clínicos de longa duração) que a incidência de insucesso do implante não é significativamente diferente entre pacientes que perderam os dentes devido a periodontite e aqueles que perderam os dentes devido a outras causas<sup>6</sup>; entretanto, outra revisão sistemática, que incluiu dois estudos adicionais, concluiu que pacientes com história de periodontite podem ter uma incidência maior de perda de osso de suporte e do implante<sup>7</sup>. Obviamente, pesquisas adicionais, considerando outros fatores como o hábito de fumar, são necessárias antes de se chegar

a conclusões definitivas sobre o impacto da periodontite<sup>8</sup>. Além da periodontite, várias doenças sistêmicas são suspeitas de afetar o sucesso da terapia com implante dentário. Entretanto, uma revisão recente não encontrou estudos controlados para a maioria das condições potencialmente ligadas ao insucesso do implante, com exceção do diabetes *mellitus* e da osteoporose<sup>9</sup>. Para essas duas condições, as evidências clínicas mostraram-se geralmente heterogêneas e ambíguas; entretanto, um risco maior de insucesso do implante foi relatado pelo maior estudo examinando o impacto do diabetes *mellitus*<sup>9</sup>. EN

### Referências Bibliográficas

1. Stanford CM. *Application of oral implants to the general dental practice*. JADA 2005;136(8):1092-1100.
2. Allen PF, Thomason JM, Jepson NJ, Nohl F, Smith DG, Ellis J. *A randomized controlled trial of implant-retained mandibular overdentures*. J Dent Res 2006;85(6):547-551.
3. Shor A, Goto Y, Shor K. *Mandibular twoimplant-retained overdenture: Prosthetic design and fabrication protocol*. Compend Contin Educ Dent 2007;28(2):80-88.
4. Nkenke E, Fenner M. *Indications for immediate loading of implants and implant success*. Clin Oral Implants Res 2006;17(Suppl 2):19-34.
5. Attard NJ, Zarb GA. *Immediate and early implant loading protocols: A literature review of clinical studies*. J Prosthet Dent 2005;94(3):242-258.
6. Schou S, Holmstrup P, Worthington HV, Esposito M. *Outcome of implant therapy in patients with previous tooth loss due to periodontitis*. Clin Oral Implants Res 2006;17(Suppl 2):104-123.
7. Van der Weijden GA, van Bommel KM, Renvert S. *Implant therapy in partially edentulous, periodontally compromised patients: A review*. J Clin Periodontol 2005;32(5):506-511.
8. Schuler R. *A diagnosis of periodontitis was associated with an increased failure rate of dental implants followed for approximately 2.5 years*. J Evid Based Dent Pract 2005;5(2):80-81.
9. Mombelli A, Cionca N. *Systemic diseases affecting osseointegration therapy*. Clin Oral Implants Res. 2006;17(Suppl 2):97-103.



# PÁGINA HIGIENE

## *Direcionando-se à Raiz dos Problemas*

Tendências recentes na pesquisa em saúde pública resultaram em recomendações para reorientar nossa abordagem para melhorar a saúde bucal. Uma mudança na ênfase dada ao comportamento preventivo individual, que é amplamente utilizada na abordagem dos determinantes sociais subjacentes da saúde bucal, foi sugerida. Além disso, a implantação de políticas que abordem essas questões sociais pode ser a chave nos nossos esforços para melhorar a saúde de populações inteiras.

## *Impacto dos Determinantes Sociais*

O ambiente psicossocial e econômico no qual as pessoas vivem exerce um impacto significativo sobre a saúde geral e bucal, criando um gradiente social de desigualdades na saúde. Diversos estudos mostram o impacto das circunstâncias da infância nas futuras condições de saúde bucal<sup>1</sup>. Por exemplo, a baixa posição socioeconômica dos pais foi associada com mais cárie dentária e doença periodontal na vida adulta. A abordagem preventiva individual, orientada para indivíduos de alto risco, não conseguiu reduzir as de-

sigualdades na saúde bucal por não levar em consideração a influência subjacente dos determinantes econômicos, psicossociais e ambientais da saúde bucal. A abordagem dos determinantes sociais, entretanto, concentra-se na identificação das causas latentes do problema. Essa abordagem foi usada com sucesso pela Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 para recomendar maneiras de melhorar a saúde através do enfoque dos determinantes sociais<sup>1</sup>.

## *Princípios das Políticas Voltadas para o Social*

Com base nas recomendações da OMS para política de saúde pública, as estratégias de saúde bucal deveriam seguir princípios particulares (ver tabela)<sup>1</sup>. Medidas gerais, sociais, econômicas e de saúde pública deveriam ser implantadas para reduzir o risco de doença bucal na população inteira em vez de se voltarem apenas para indivíduos de alto risco. Com esse objetivo, os principais domínios de política que precisam ser abordados incluem seguridade econômica e social, condições na infância e adolescência, vida profissional mais saudável, participação na sociedade e alteração ambiental<sup>1</sup>. Para se ter

sucesso na redução das desigualdades na saúde bucal, poderiam ser implantadas medidas para facilitar a execução de escolhas mais saudáveis<sup>1</sup>. Por exemplo, em nível local, propôs-se limitar a venda de refrigerantes com alto conteúdo de açúcar e fornecer subsídios para lanches saudáveis nas escolas, de forma que esses tivessem preço acessível para alunos de baixa renda. Em nível nacional, esforços para tornar medicamentos pediátricos sem açúcar mais disponíveis seriam estimulados, além da regulamentação sobre o conteúdo e tempo dos anúncios de televisão que promovem alimentos e bebidas para crianças. Alterações de política na educação pública também podem ser necessárias; tornar um exame odontológico obrigatório para entrar na escola, similar àquele que existe com pré-requisitos médicos, pode ajudar a orientar crianças em idade escolar rumo a uma saúde bucal melhor.

## *A Necessidade de Esforços Colaborativos*

A reorientação das políticas de saúde para uma abordagem de determinantes sociais poderá ser bem sucedida na eliminação das desigualdades na saúde bucal apenas se envolver um esforço colaborativo de equipes complementares. Assim, a criação de parcerias entre profissionais da saúde bucal, pesquisadores sociais e comportamentais e criadores de políticas é necessária. Tanto agências internacionais como nacionais teriam um papel importante na coordenação dos esforços de pesquisas para entender melhor os determinantes da saúde bucal global. PN

## *Referência Bibliográfica*

1. Watt RG. From victim blaming to upstream action: Tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35(1):1-11.

### *Princípios no Desenvolvimento das Estratégias de Saúde Bucal*

|                           |                                                                                                                             |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Autorização</b>        | • Controle individual dos fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde bucal de uma pessoa             |
| <b>Participativo</b>      | • Participação ativa de acionistas no planejamento, implementação e avaliação das intervenções                              |
| <b>Holístico</b>          | • Abordagem ampla focada em riscos comuns e condições que determinam a saúde bucal e geral                                  |
| <b>Intersetorial</b>      | • Esforço colaborativo de agências e setores relevantes para inserir a melhoria da saúde bucal no programa de saúde pública |
| <b>Igualdade</b>          | • Ação dirigida para a abordagem das desigualdades na saúde bucal                                                           |
| <b>Base de evidências</b> | • Intervenções futuras baseadas em eficácia estabelecida e boas práticas                                                    |
| <b>Sustentabilidade</b>   | • Melhoras a longo prazo que possam ser mantidas por indivíduos e comunidades                                               |
| <b>Multiestratégia</b>    | • Ações complementares de políticas públicas, desenvolvimento comunitário e alterações ambientais                           |
| <b>Avaliação</b>          | • Uso de recursos suficientes e métodos apropriados para avaliar e monitorar as intervenções de saúde bucal                 |

De Watt, 2007<sup>1</sup>



# PRÁTICA CLÍNICA

## Melhorando a Eficácia na Assistência Odontológica Geriátrica

Programas preventivos individuais eficazes dependem grandemente da educação do paciente para estimular uma boa higiene bucal e check-ups odontológicos regulares. Entretanto, apesar dos esforços que melhoraram o uso dos serviços odontológicos ao longo dos anos, ainda existe uma distância entre os serviços oferecidos e aqueles usados, particularmente para os idosos.

Um levantamento de larga escala realizado no Reino Unido em 1998 verificou que apenas 60% dos adultos com mais de 75 anos de idade relataram fazer check-ups odontológicos, deixando os outros 40% em risco de problemas de saúde bucal não tratados que podem piorar e potencialmente prejudicar a saúde geral<sup>1</sup>. Barreiras que impedem os idosos de buscar tratamento dentário incluem custo, medo, debilidade física e falta de percepção da necessidade de tratamento odontológico<sup>2</sup>.

## A Educação é Suficiente?

Para testar o impacto da educação do paciente na saúde dos idosos, um estudo examinou a eficácia de um programa educacional para melhorar a saúde bucal e o estado nutricional dos idosos vivendo em unidade de tratamento prolongado (UTP). Sabe-se que pessoas idosas que vivem em UTP são propensas a gengivite crônica, cárie dentária, dor, ausência de dentes e dificuldades de mastigação<sup>3</sup>. Catorze UTPs em Vancouver, Canadá, participaram; cada uma foi atribuída aleatoriamente para as condições ativas ou controle. Os atendentes dessas unidades receberam treinamento inicial em saúde bucal frequentando um

seminário, em seguida apenas o grupo ativo teve acesso a educador de tempo integral durante os três meses do estudo. Os atendentes, por sua vez, passaram o conhecimento para os residentes das unidades. No período inicial e após três meses, a saúde gengival, o potencial mastigatório, o Índice de Massa Corporal, um Escore Indicador de Má Nutrição e autorrelatórios sobre as dificuldades de mastigação foram avaliados. Nenhuma alteração significativa foi encontrada entre os dois grupos que pudesse ser atribuída aos programas educativos; assim, os programas educativos isoladamente não foram suficientes para melhorar a saúde dentária dos residentes das UTPs.

## Que Outras Opções Estão Disponíveis?

Um estudo de Glasgow, Escócia, observou que quando pacientes idosos eram encaminhados por um profissional de saúde familiar que estimulava visitas regulares ao dentista, a frequência odontológica melhorava significativamente<sup>4</sup>. Seguindo essa linha, Lowe *et al*<sup>5</sup> conduziram um estudo no Reino Unido para introduzir um componente de saúde bucal nos check-ups médicos preventivos para os idosos; o objetivo era testar o valor de se incluir um processo de encaminhamento em saúde bucal num ambiente de clínica médica geral. O estudo compreendeu três estágios: estágio 1 – o check-up de



Adaptado de Pearson e Douglass, 2003<sup>3</sup>

# Novas Escovas Interdentais Colgate Total.

FÁCIL MANUSEIO PARA UMA MELHOR LIMPEZA INTERDENTAL.

**Colgate Total**  
Escova Interdental

- Perfeita ergonomia com as diferentes posições do cabo.

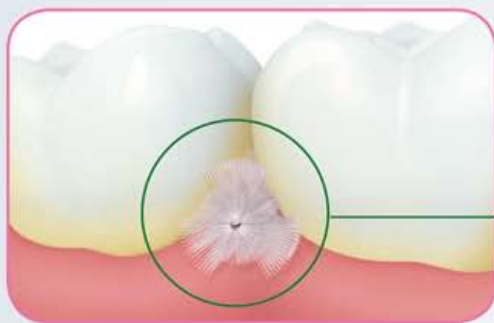


Sem extensão do cabo

Com extensão do cabo

Com extensão revertida do cabo

- Efetiva redução da placa bacteriana, proporcionando redução do risco de cárie dentária e problemas na gengiva.



As cerdas Tri-Proxi® combinam com o formato triangular do espaço interdental.

- Disponível em 3 tamanhos:
  - 2 mm
  - 4 mm
  - 5 mm



**Colgate®**

Recomendada por dentistas.

Serviços profissionais: 0800 703 9366  
[www.colgateprofissional.com.br](http://www.colgateprofissional.com.br)



saúde preventivo; estágio 2 – visita ao dentista; e estágio 3 – a avaliação. Os participantes responderam a perguntas sobre saúde bucal durante o check-up médico e foram divididos em dois grupos; um recebeu uma oferta de consulta de saúde bucal e ou outro não. O estudo verificou que os participantes que tinham problemas bucais, eram desdentados ou não tinham consultado um dentista por muitos anos eram mais propensos a aceitar a oferta de uma consulta de saúde dentária<sup>2</sup>. Na avaliação de seis meses, mais da metade daqueles que aceitaram a oferta de uma consulta de saúde bucal realmente compareceu à consulta (54%), o que representa um aumento significativo em relação à frequência relatada na consulta inicial (37%). Além disso, a equipe médica que administrou o questionário odontológico indicou que eles estavam felizes com a inclusão da consulta odontológica e consideravam o fato muito útil. Concluiu-se que a adição de um questionário odontológico na prática médica geral para pacientes idosos, juntamente com a marcação de uma consulta odontológica, mostrou-se promissora como forma de garantir que as necessidades odontológicas dos idosos sejam atendidas.

### Promoção Eficaz da Saúde Bucal

Aproveitando a estratégia usada no estudo de Lowe *et al.* descrita acima, e de acordo com o Relatório do U.S. Surgeon General de 2000, esforços continuados para ligar a assistência odontológica com a assistência de saúde geral foram propostos. A figura na página anterior mostra um esquema criado por Pearson e Douglass<sup>5</sup> que recomenda que os prestadores de assistência

médica expandam sua prática existente para identificar e abordar determinadas necessidades odontológicas de seus pacientes e, reciprocamente, que os prestadores de assistência odontológica abordem algumas necessidades médicas de seus pacientes. Para os pacientes idosos, essa integração dos serviços médicos e odontológicos é especialmente importante, e exigirá a colaboração de dentistas e médicos geriatras, clínicos gerais e especialistas em saúde pública e preventiva<sup>5</sup>. **PN**

#### Referências Bibliográficas

1. Stanford CM. *Application of oral implants to the general dental practice.* JADA 2005;136(8):1092-1100.
2. Allen PF, Thomason JM, Jepson NJ, Nohl F, Smith DG, Ellis J. *A randomized controlled trial of implant-retained mandibular overdentures.* J Dent Res 2006;85(6):547-551.
3. Shor A, Goto Y, Shor K. *Mandibular two-implant-retained overdenture: Prosthetic design and fabrication protocol.* Compend Contin Educ Dent 2007;28(2):80-88.
4. Nkenke E, Fenner M. *Indications for immediate loading of implants and implant success.* Clin Oral Implants Res 2006;17(Suppl 2):19-34.
5. Attard NJ, Zarb GA. *Immediate and early implant loading protocols: A literature review of clinical studies.* J Prosthet Dent 2005;94(3):242-258.
6. Schou S, Holmstrup P, Worthington HV, Esposito M. *Outcome of implant therapy in patients with previous tooth loss due to periodontitis.* Clin Oral Implants Res 2006;17(Suppl 2):104-123.
7. Van der Weijden GA, van Bommel KM, Renvert S. *Implant therapy in partially edentulous, periodontally compromised patients: A review.* J Clin Periodontol 2005;32(5):506-511.
8. Schuler R. *A diagnosis of periodontitis was associated with an increased failure rate of dental implants followed for approximately 2.5 years.* J Evid Based Dent Pract 2005;5(2):80-81.
9. Mombelli A, Cionca N. *Systemic diseases affecting osseointegration therapy.* Clin Oral Implants Res. 2006;17(Suppl 2):97-103.

Recomende a  
seus pacientes a  
leitura de artigos  
variados, escritos  
por especialistas da  
Associação Dental  
Americana, dos EUA.



O material está  
disponível no site  
Profissional da  
Colgate, na seção  
“ADA Notícias  
Recentes”.





# TENDÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE

## *Novas Evidências Ligam Doença Periodontal e Função Vascular Sistêmica*

*Chester W. Douglass, DMD*



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

© 2009 Colgate-Palmolive Company. Todos os direitos reservados.

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

Dirija seus comentários, perguntas e mudanças de endereço para:

**Colgate**

Oral Care Report/ PrevNews  
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](http://www.colgateprofissional.com.br)

Nos últimos 10 anos, relatamos em muitas edições do PrevNews o número crescente de investigações médicas e odontológicas focadas na relação entre doença bucal e sistêmica. Cárie dentária, perda dentária e doença periodontal têm sido intensamente estudadas por sua associação com várias doenças sistêmicas, mais comumente diabetes, taxas de bebês prematuros de baixo peso e doenças cardiovasculares (DCV), como doença cardíaca coronariana, derrame e doença arterial periférica.

A maioria desses estudos analisou a associação entre doença periodontal como fator de exposição e uma doença cardiovascular em particular como resultado. Embora esses estudos tenham sido úteis para identificar relações e dirigir nossa atenção para essa questão extremamente importante, a maioria dos modelos de pesquisa foram correlacionais e, como tal, não fornecem uma explicação sobre o caminho causal entre doença periodontal e doença cardiovascular. A teoria predominante é que a inflamação é o processo intermediário; isto é, a doença periodontal pode iniciar um processo inflamatório e então, ao menos parcialmente, ser responsável pelo desenvolvimento de várias doenças cardiovasculares. Pensou-se que a doença periodontal pudesse prejudicar a função vascular, mas até recentemente poucas evidências convincentes foram apresentadas que documentassem essa relação. Em um estudo inovador publicado numa edição recente do New England Journal of Medicine, Tonetti *et al*<sup>1</sup> relatam os achados de um experimento clínico controlado que testou o efeito do tratamento periodontal sobre a função do endotélio, avaliado pelo diâmetro da artéria braquial durante o fluxo sanguíneo, juntamente com diversos marcadores inflamatórios. Após a distribuição aleatória

de pacientes com periodontite severa, aqueles que receberam tratamento periodontal comunitário foram comparados com pacientes que receberam "tratamento periodontal intensivo". A resposta imediata (um dia) foi negativa, i.e., a dilatação mediada pelo fluxo foi menor no grupo do tratamento intensivo em comparação com o grupo de tratamento controlado. Entretanto, após dois meses, a dilatação mediada pelo fluxo foi maior e os níveis plasmáticos de E-Selectina (um marcador inflamatório) foram mais baixos no grupo de tratamento intensivo do que no grupo de tratamento controlado. Assim sendo, a saúde sistêmica dos pacientes melhorou.

---

***Este estudo fornece novas importantes evidências de que a doença periodontal pode estar ligada às doenças cardiovasculares, e que o tratamento eficaz da doença periodontal pode melhorar um fator importante na cascata da DCV***

---

Este estudo fornece novas importantes evidências não apenas de que a doença periodontal pode estar relacionada às doenças cardiovasculares, mas mais importante, que o tratamento eficaz da doença periodontal pode melhorar um fator importante na cascata da DCV, i.e., a função endotelial das artérias. Um relatório completo desse estudo importante e questões relacionadas serão abordados nas próximas edições do PrevNews. Aguarde. PN

### Referência Bibliográfica

1. Tonetti MS, D'Aiuto F, Nibali L, Donald A, Storry C, Parkar M, Suvan J, Hingorani AD, Vallance P, Deanfield J. *Treatment of periodontitis and endothelial function*. N Engl J Med 2007;356(9):911-920.

# Proteção eficaz contra as bactérias e suave à boca do seu paciente.

Colgate Plax sem  
álcool e com flúor.  
Proteção antimicrobiana  
que não arde a boca  
do seu paciente.

Recomende  
também a seus  
pacientes com  
aparelhos  
ortodônticos.



## Colgate®

A marca **Nº1** em recomendação dos dentistas.

[www.colgateprofissional.com.br](http://www.colgateprofissional.com.br)  
Serviços profissionais: 0800 703 9366