

# PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL, FORMAS DE CONTROLE SOB A VISÃO DA SAÚDE COLETIVA E TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

*Oral health problems, forms of control under the vision of collective health and multidisciplinary treatment*

Renata Araujo PREUSS<sup>1</sup> | Stéfany de Lima GOMES<sup>2</sup> | Marcus Vinicius CREPALDI<sup>3</sup> | Marcelo de Castro MENEGHIM<sup>4</sup> | Maria Helena Ribeiro de CHECCHI<sup>5</sup>

## RESUMO

Uma vez que a saúde bucal é uma parte integrante da saúde geral, os programas de saúde bucal deveriam ser vistos como componentes essenciais para os programas de saúde globais. O aumento progressivo nos índices de má oclusão gerou a necessidade do conhecimento da sua prevalência, a fim de que medidas de promoção de saúde e prevenção possam ser implantadas. Neste contexto, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social". (BRASIL, 2006) O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre problemas de saúde bucal, formas de controle sob a visão da saúde coletiva e tratamento multidisciplinar. A importância do diagnóstico precoce destas alterações reside na possibilidade da interceptação também precoce, que favorece na maioria das vezes um prognóstico favorável aos pacientes e como consequência, a restauração da saúde. Esta revisão relata os fatores etiológicos, as consequências, bem como os possíveis tratamentos, estabelecidos em função das alterações encontradas.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Hábitos Oraís. Avaliação em Saúde.

## ABSTRACT

Since oral health is an integral part of overall health, oral health programs should be seen as essential components of global health programs. The progressive increase in malocclusion rates has generated the need to know its prevalence, so that health promotion and prevention measures can be implemented. In this context, it uses technologies of high complexity and low density, which must solve the health problems of greater frequency and relevance in its territory. It is guided by the principles of universality, accessibility and coordination of care, bond and continuity, integrality, accountability, humanization, equity and social participation. " (BRASIL, 2006) The objective of the study was to evaluate the relationship between some oral problems, control forms under the collective health view and multidisciplinary treatment. The importance of the early diagnosis of these alterations lies in the possibility of early interception, which favors, in most cases, a favorable prognosis for the patients and, as a consequence, the restoration of health. This review reports on the etiological factors, the consequences, as well as the possible treatments, established according to the alterations found.

**Keywords:** Collective Health. Oral Habits. Health Assessment.

<sup>1</sup> Especialista em Saúde Coletiva pela Faculdade FAIPE. E-mail: renata\_preuss@hotmail.com;

<sup>2</sup> Mestranda em Biologia Buco-Dental na área de concentração de Odontologia Legal e Deontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Fop/Unicamp. E-mail: stegany.gomes@gmail.com;

<sup>3</sup> Diretor Geral e Docente da Faculdade FAIPE. E-mail: marcuscrepaldi@yahoo.com.br;

<sup>4</sup> Professor Doutor Livre Docente associado da FOP no Departamento de Odontologia Social, Professor pleno no programa de PPG - Odontologia e PPG – Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Fop/Unicamp. E-mail: meneghim@unicamp.br;

<sup>5</sup> Doutora em Odontologia na área de concentração de Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Fop/Unicamp, Coordenadora e Docente do Curso de Especialização da Faculdade FAIPE. E-mail: mariahelenard@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

O século XX marcou a história da saúde bucal com a redução extraordinária na ocorrência de cárie dentária desde o início da década de 70. A fluoretação das águas de abastecimento público, a adição de flúor nos dentifrícios, as alterações no padrão de consumo de açúcar, a melhora da higiene pessoal, incluindo a escovação, e o maior acesso à informação e à educação foram fatores essenciais para o declínio da prevalência de cárie nas últimas décadas (EMMERICH et al., 2004).

Assim, devido a este fato, a população passou a perder menos dentes. Anteriormente a este quadro, havendo ausências dentárias e, com a pressão exercida pelos lábios, língua e bochechas sobre os dentes, dava-se o alinhamento natural daqueles elementos anteriormente apinhados. Hoje, em pleno século XXI, isto não mais ocorre e, com a miscigenação racial presente no Brasil e a melhora na utilização de métodos preventivos, o apinhamento dentário tornou-se, não raro, um problema estético e oclusal comum (EMMERICH et al., 2004).

Para Moorrees et al. (1971), a face do ser humano juntamente com a sua dentição funcionam harmonicamente como um espelho da expressão e da emoção, e têm fundamental importância na fala e na capacidade de comunicação. Assim, o tratamento das mal oclusões e das desarmonias oclusais deveria ser considerado dentro da área de atenção dos serviços de saúde pública, em decorrência das implicações fisiológicas integradas da boca. Além disso, Shaw, Meek e Jones (1980) admitiram ser as mal oclusões responsáveis por algum transtorno na personalidade, causados por apelido, gozação, ridicularização e insulto, que podem predispor a uma baixa autoestima e à alienação social.

Hanson e Cohen (1973) consideraram as modificações iniciais na fonação, deglutição, respiração bucal (RB), sucção de dedo e de chupeta como sinais clínicos iniciais de futuras mal oclusões. Behlfelt (1990) associou a mudança de postura da cabeça, osso hioide, língua, dimensão da faringe e a RB à mordida cruzada. Vanetikidou (1993) relacionou também a frequência de mordida cruzada com a RB, ocorrendo uma influência negativa de fatores ambientais sobre a região craniofacial.

A oclusão dentária é um complexo formado pelos maxilares, pela articulação temporomandibular e pelos músculos depressores e elevadores da mandíbula (SADAKYIO et al., 2004).

Entende-se por má oclusão uma relação anormal dos dentes e o arco dentário, que assumem um contato indesejável com os elementos do arco antagonista. A etiopatogeneticidade da má oclusão é multifatorial, causada por uma interação de fatores hereditários, congênitos, adquiridos, morfológicos, biomecânicos e ambientais, de ordem geral ou local, assim como pela presença de hábitos bucais deletérios (SILVA FILHO; FREITAS; CAVASSAN, 1990; TOMITA et al., 2000).

A incidência de casos de má oclusão tem aumentado progressivamente, alcançando um número preocupante. Para que medidas de promoção da saúde e prevenção possam ser efetuadas, torna-se necessário o conhecimento da prevalência das mal oclusões por meio de levantamentos epidemiológicos básicos, os quais oferecem uma base importante para se avaliar a situação atual e as futuras necessidades de cuidados de saúde bucal de uma população (CAVALCANTI et al., 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZATION..., 1955), as mal oclusões dentárias são o terceiro problema odontológico de saúde pública, após a cárie e a doença periodontal, e apresentam uma elevada prevalência, em ambas as dentições – decídua e permanente (CAVALCANTI et al., 2008).

Fränkel e Fränkel (1990) consideraram também que um adequado selamento bucal anterior, associado a um balanço postural no sinergismo dos vários grupos musculares dos lábios da face, deve

ser visto como um indicador do estabelecimento da maturação do comportamento postural de todo o complexo orofacial. Moyers e Carlson (1993) assinalaram que fatores, como crescimento dos músculos, sua migração e inserções, as variações da função neuromuscular e a função anormal da RB, influenciam marcadamente alguns aspectos do crescimento e da formação craniofacial.

## **PROPOSIÇÃO**

O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre problemas de saúde bucal e as formas de controle sob a visão da saúde coletiva e tratamento multidisciplinar.

## **SAÚDE COLETIVA NA ÁREA ODONTOLÓGICA**

Por saúde bucal deve-se entender, portanto, o conjunto de práticas que objetivam promover, recuperar e manter a higidez dos tecidos e estruturas anatomofuncionais da cavidade bucal, ou a ela relacionados. Parte inseparável da Saúde Coletiva, a saúde bucal deve ser compreendida não apenas a partir dos processos mórbidos, localizáveis biológica e individualmente, mas também e fundamentalmente a partir das relações que os homens estabelecem entre si ao viverem em sociedade. Essas relações determinam, por seu lado, as condições concretas de existência nas quais o fenômeno "doença" é produzido.

Um diagnóstico de saúde bucal deve estar sempre presente nos Diagnósticos de Saúde Coletiva bem realizados. Além dos aspectos relacionados aos serviços existentes e às condições de acesso a eles, às características demográficas e de saneamento etc., esse diagnóstico deve incluir a identificação dos principais problemas de saúde-doença bucal e os recursos necessários para resolvê-los ou diminuí-los até níveis suportáveis pela comunidade.

As doenças de maior ocorrência na cavidade bucal, e, portanto, de maior interesse do ponto de vista da saúde coletiva são (ARAÚJO, 2000):

- Cárie dentária;
- Doença Periodontal
- Mal oclusões;
- Fissuras lábio-palatais;
- Câncer bucal.

Esta relação dos problemas não segue uma hierarquização segundo a importância de cada um deles. Tal hierarquização deve ser feita segundo a situação de cada comunidade, num momento determinado. Apenas para ilustrar, cárie dentária não vem sendo, há muitas décadas, o principal problema de saúde bucal na Índia. SINAI, conforme Chaves (1977), considera que um problema de saúde é um problema de saúde pública quando:

- a) constitui causa comum de morbidade ou mortalidade;
- b) existem métodos eficazes de prevenção e controle;
- c) os métodos não estão sendo adequadamente utilizados.

O estabelecimento de prioridades em saúde pública é feito, ainda segundo Chaves (1977), levando-se em conta principalmente os seguintes critérios:

- 1) Número de pessoas atingidas;
- 2) Seriedade do dano causado;

- 3) Possibilidade de atuação eficiente;
- 4) Custo per capita;
- 5) Grau de interesse da comunidade

## **DIAGNÓSTICO DE SAÚDE QUANTO AOS PRINCIPAIS PROBLEMAS BUCAIS**

Tomando como referência os anos de 1986, 1996, 1998 e 2003, podemos fazer o seguinte diagnóstico de saúde bucal, com base nos principais problemas de saúde coletiva nesta área:

### **CÁRIE DENTÁRIA**

Muitos são os índices utilizados para medir a ocorrência de cárie dentária. O índice CPO-D é, contudo, o mais difundido e utilizado em todo o mundo para conhecer a situação da cárie dentária numa determinada comunidade, para realizar avaliações com base epidemiológica das ações desenvolvidas e, também, para fazer comparações no tempo e no espaço. Seu valor corresponde, num indivíduo, à soma do número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados. Numa população, é a média, ou seja: o número total de dentes atacados pela cárie dividido pelo número de pessoas examinadas. O componente "C" refere-se aos dentes cariados; o componente "P" refere-se aos dentes já extraídos devido à cárie, portanto, perdidos e o componente "O" refere-se aos dentes restaurados, ou "obturados". O índice CPO-D pode assumir valores entre 0 e 32. A letra "D" significa que a unidade de medida utilizada é o dente permanente ("D"). Assim é feito para diferenciar o CPO-D do CPOS, situação em que a unidade de medida não é o dente, mas a superfície ("S") dental. O CPO-S varia de 0 a 148, uma vez que são consideradas as 5 superfícies de molares e pré-molares e 4 superfícies em caninos e incisivos.

Para os dentes decíduos, Gruebbel (1944) propôs o índice ceo-d. Este índice corresponde, num indivíduo, à soma do número de dentes decíduos cariados ("c"), com extração indicada ("e") e restaurados ("o"). Varia de 0 a 20. O ceo-d é sempre grafado com letras minúsculas.

Os levantamentos epidemiológicos incluem sempre uma etapa de "Calibração", na qual os diferentes examinadores são treinados para a interpretação a mais homogênea possível dos critérios e códigos adotados. A calibração propriamente dita nada mais é do que uma técnica de análise de discordâncias intra e entre examinadores para padronizar a interpretação dos critérios. A OMS preconiza uma "consistência aceitável" de 85 a 90% dos exames. Ou seja: aceita-se que, em 10 a 15% dos exames realizados, os examinadores não concordem quanto a uma condição encontrada, sem que isto invalide a aceitação estatística dos dados de um levantamento.

**Tratamento:** O tratamento da doença cárie ativa tem como objetivo restabelecer o equilíbrio entre os processos de desmineralização e remineralização das estruturas dentárias, paralisar ou reduzir a progressão das lesões, e promover a restauração/reabilitação quando necessário. O tratamento deve ser individualizado e compreende:

- Instrução de higiene bucal, incluindo: orientações sobre a escovação dental, uso do fio dental, limpeza da língua e frequência de higienização.
- Remoção profissional de placa, por meio de raspagem e/ou utilização de instrumentos rotatórios ou vibratórios apropriados.
- Adequação do Meio Bucal: compreendendo: remoção de placa, remoção da dentina cariada e selamento das cavidades com material provisório (ionômero de vidro ou cimento modificado) e remoção de outros fatores retentivos de placa como restos radiculares e cálculos.

- Controle da atividade de doença: envolve a avaliação das causas do desequilíbrio identificado e intervenção sobre os fatores determinantes e incluiu:
- Ações educativas para controle de placa;
- Uso tópico de flúor de acordo com a indicação e risco até o controle da doença;
- Aconselhamento dietético;
- Estímulo ao fluxo salivar.
- A decisão sobre a restauração do dente deve ser conservadora, evitando-se a intervenção sempre que possível. As lesões restritas ao esmalte dentário devem ser monitoradas, não sendo indicada também a abertura de sulcos escurecidos, pois, são característicos de lesões de cárie crônica. As lesões não cavitadas e com alteração de cor que indicam a possibilidade de cárie na dentina devem ter seu diagnóstico complementado com radiografia. No tratamento das lesões cavitadas em dentina, procurar conservar a maior quantidade de tecidos dentários, evitando assim, a exposição pulpar, principalmente por meio da manutenção da dentina desorganizada em cavidades profundas. Nos casos de exposição pulpar, os tratamentos conservadores quando indicados (pulpotomias e capeamentos) devem sempre ser incentivados em relação às extrações dentárias (BRASIL, 2008).

## **DOENÇA PERIODONTAL**

Em 1979, Marcos et al. (1979) estimou as necessidades de tratamento de cárie e doenças gengivais na população brasileira. Naquele estudo, apresentou um diagnóstico aproximado das condições gengivais afirmando que, entre 5 e 14 anos de idade, 91% das crianças apresentavam doença, sendo que em 10%, a enfermidade registrava estágio intermediário (bolsa periodontal). Após 15 anos, as doenças gengivais atingiriam 100% da população, sendo que em 45% dos casos o estágio é intermediário, e em 22% avançado, com 1 ou mais dentes necessitando extração devido a esse estágio avançado (BRASIL, 2008).

A partir dos anos 80, o CPITN (1978) tem sido o índice mais utilizado em estudos epidemiológicos sobre problemas periodontais.

O CPITN é preconizado pela OMS e FDI para estudos que têm como objetivo conhecer a situação periodontal coletiva e dimensionar os recursos necessários. Permite também avaliar resultados obtidos após o desenvolvimento de ações nesta área, indicando a presença ou ausência de sangramento gengival, cálculo supra ou subgengival e bolsas periodontais (rasas e profundas) (BRASIL, 2008).

Para realizar o exame, utiliza-se uma sonda específica, com esfera de 0,5mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 e 5,5 mm da ponta. A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de extração, é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado. Havendo um único dente presente, é incluído no sextante adjacente. Pelo menos 6 pontos são examinados por dente, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia) (BRASIL, 2008).

São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante):

- Até 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46.
- 20 anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Quanto aos registros, deve-se considerar que:

- a) Em crianças com menos de 15 anos não são feitos registros de bolsas, uma vez que as alterações de tecidos moles podem estar associadas à erupção e não à presença de alteração periodontal patológica.
- b) Embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada.
- c) Quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar registrando um "x".

São os seguintes os códigos utilizados no CPITN:

0 = sextante hígado;

1 = sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem);

2 = cálculo (qualquer quantidade detectada no exame);

3 = bolsa de 4 a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda);

4 = bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não visível).

- Tratamento: A manutenção da saúde periodontal e o sucesso do tratamento dependem fundamentalmente da capacidade de controle de placa pelo binômio usuário/profissional e controle dos fatores de risco, principalmente o fumo e o diabetes. O tratamento irá consistir basicamente de ações ligadas a uma fase de controle da doença, e de uma fase de tratamento das manifestações clínicas:
- Tratamento da Gengivite são as ações educativas.
- Tratamento da Periodontite, por meio do controle da placa subgengival. O controle da placa subgengival é feito através da raspagem e alisamento subgengival (RASUBS). As RASUBS funcionam independente da profundidade e devem ser realizadas sempre como primeira opção. Em caso de a periodontite estar relacionada a fatores sistêmicos ou hábitos nocivos, deve ser avaliada a possibilidade de intervenção sobre esses fatores (BRASIL, 2008)

## **MAL OCLUSÕES**

A epidemiologia das oclusopatias envolve muitas questões acerca dessa alteração, incluindo o próprio conceito de máoclusão. Consideramos aqui a máoclusão como um distúrbio na erupção dentária e no adequado alinhamento dos dentes nas maxilas, associado ou não à disfunção da articulação têmporo-mandibular, e atingem cerca de 45% dos indivíduos aos 12 anos (BRASIL, 2008).

Pelo último levantamento epidemiológico nacional, em 2003 a prevalência de problemas oclusais moderados ou severos foi de 14,5% no Brasil, aos 5 anos de idade, sendo que, nesta idade, 61,5% das crianças apresentaram oclusão normal (BRASIL, 2008).

Embora todos os tipos de alterações da oclusão dentária sejam de interesse epidemiológico, à saúde pública interessa, principalmente, as alterações que interferem nas funções mastigatória e de fonação. Tais casos incluem um componente estético que também é considerado no conjunto. Costuma-se falar em má-oclusão incapacitante. Segundo o índice de estética dentária (DAI), na faixa

etária dos 15 aos 19 anos de idade, 18,7% dos brasileiros apresentaram má-oclusão muito severa ou incapacitante em 2003 (BRASIL, 2008).

O percentual aceito universalmente é de que cerca de 1% das pessoas apresentam má-oclusão incapacitante. Nesses casos, mantida a dentição permanente, o tratamento ortodôntico seria indispensável (BRASIL, 2008).

## **CÂNCER BUCAL**

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) e está entre as principais causas de óbito por neoplasias. Representa uma causa importante de morbimortalidade uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença. Tende a acometer o sexo masculino de forma mais intensa e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos. Localiza-se, preferencialmente, no assoalho da boca e na língua e o tipo histológico mais frequente (90 a 95%) é o carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermóide) (BRASIL, 2008).

Segundo a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2006, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), este tumor apresentará 10.060 casos estimados entre homens e 3.410 entre as mulheres. Isto representa cerca de 6% e 2%, respectivamente, em relação a todos os tipos de câncer, à exceção do câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2008).

O câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce (BRASIL, 2008).

### Principais Fatores de Risco:

- Fatores culturais e socioeconômicos;
- Tabagismo (uso de cachimbos, hábitos de mascar fumo, dentre outros);
- Etilismo;
- O uso crônico de álcool e tabaco associados potencializa drasticamente o risco de aparecimento do câncer de boca;
- Exposição à radiação solar;
- Má higiene bucal;
- Uso de próteses dentárias mal ajustadas;
- Deficiência imunológica (adquiridas ou congênitas).

Abordagem Coletiva: Desenvolver intervenções centradas na promoção da saúde, incluindo ações individuais e coletivas educativas, de prevenção e detecção precoce das lesões de mucosa e câncer de boca, para todas as faixas etárias, direcionadas ao controle dos fatores e condições de risco, estimulando o exame sistemático da cavidade bucal pelos profissionais de saúde para detecção precoce (BRASIL, 2008).

- Realizar exames periódicos em usuários com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de boca, possuindo mais de um dos seguintes fatores de risco: ser do sexo masculino, ter mais de 40 anos, ser tabagista e etilista, sofrer exposição ocupacional a radiação solar sem proteção, ser portador de deficiência imunológica (congênitas e/ou adquiridas);

- Integrar a Equipe Saúde Bucal aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer;
- Informar sistematicamente a população sobre locais de referência para exame de diagnóstico precoce do câncer de boca (BRASIL, 2008).

**Diagnóstico Precoce:** O diagnóstico precoce de lesões de mucosa e do câncer de boca deve ser uma ação desenvolvida sistematicamente pelas equipes de saúde bucal na atenção básica. O estabelecimento do diagnóstico precoce é fundamental para que se assegurem medidas preventivas e um prognóstico favorável na abordagem da doença (BRASIL, 2008).

Um dos passos mais importantes para o diagnóstico do câncer de boca é uma boa anamnese seguida de um correto e completo exame da cavidade bucal na primeira consulta e nas consultas de urgência (BRASIL, 2008).

O cirurgião-dentista deve realizar o exame clínico extrabucal (exame da face, regiões submandibulares e submentoniana e articulação temporomandibular) e intra bucal (exame de lábios, bochecha, língua e palato), incluindo visualização e palpação, de forma a detectar anormalidades. No exame devem ser considerados alguns tipos de lesões que podem ser câncer bucal ou lesões com potencial de malignização: leucoplasias, queilose actínica, líquen plano, na sua forma erosiva ou ulcerada (BRASIL, 2008).

**Tratamento:** O impacto do câncer bucal para o indivíduo, sua família, seu trabalho e sua comunidade em geral é muito grande. O tratamento não se reduz à cirurgia ou radioterapia, mas depende de um complexo trabalho inter e multidisciplinar. O tratamento cirúrgico e radioterápico deverá ser feito em nível de média e alta complexidade, sempre com acompanhamento da Equipe Saúde Bucal da atenção primária. O controle de recidivas, bem como o controle dos fatores de risco para o câncer e outras doenças fazem parte da gama de cuidados a serem oferecidos pelo serviço de saúde bucal na fase de acompanhamento (BRASIL, 2008).

## **TRAUMATISMOS DENTÁRIOS**

Apesar da existência de poucos estudos de base populacional sobre prevalência de traumatismo na dentição permanente, no Brasil, os crescentes índices de violência (agressões, espancamentos), os acidentes de trânsito e outros provocados por diversas causas externas, como as atividades esportivas e brincadeiras realizadas em ambientes pouco seguros e sem o uso dos equipamentos de proteção, têm transformado o traumatismo dentário em um problema frequente em saúde pública (BRASIL, 2008).

As lesões dentárias traumáticas são agravos que têm um grande impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente: limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto de a criança/adolescente evitar sorrir e conversar (BRASIL, 2008).

**Principais Fatores de Risco:**

- Fatores ambientais da vida familiar: áreas de residência, trabalho, escola, tipos de diversão, área de lazer e condição socioeconômica que predisponham aos acidentes.
- Fatores humanos: condições físicas (como o trespasse horizontal acentuado e a hipotonia labial); condições comportamentais (como o hábito do uso dos dentes como ferramenta para prender ou cortar objetos), personalidade hiperativa, falta de uso de instrumentos



de proteção contra acidentes (cintos de segurança, protetores bucais e faciais na prática de esportes, capacetes, uso de assentos especiais para crianças pequenas).

Os serviços de saúde devem organizar, programar e manter diversas ações de vigilância do traumatismo dentário, tais como:

- Realizar vigilância epidemiológica dos traumatismos: as Equipes Saúde Bucal devem realizar investigações dos casos de traumatismos dentários diagnosticados na sua área de abrangência para identificar os fatores sociais, ambientais, culturais e individuais que determinam sua ocorrência.
- Propor ações de promoção da saúde: ações intersetoriais e de educação em saúde que visem assegurar medidas de proteção e prevenção de acidentes e garantir comportamentos seguros.
- Os profissionais de saúde bucal devem integrar-se ao restante da equipe de saúde na abordagem de fatores de risco comuns do traumatismo dentário e de outras lesões traumáticas (EMMERICH et al., 2004).

Resultados de estudos brasileiros mostraram um baixo índice de dentes traumatizados tratados, o que pode estar refletindo nas dificuldades de acesso da população brasileira aos serviços de saúde bucal (BRASIL, 2008).

A organização dos serviços e as equipes de saúde bucal na atenção básica apresentam, na sua grande maioria, um baixo nível de conhecimento sobre o manejo do traumatismo dentário (EMMERICH et al., 2004).

Recomenda-se, assim, a capacitação das ESB com a elaboração de protocolos padrão com o objetivo de definir, no nível local, a metodologia a ser utilizada para a definição dos tipos de traumatismos, as técnicas de tratamento e de monitoramento das eventuais sequelas (BRASIL, 2008).

O cuidado ideal dos traumas dentários deve incluir os primeiros socorros (cuidado imediato com dentes danificados para evitar contaminação bacteriana nos túbulos dentinários e possível inflamação pulpar, assepsia da área traumatizada, controle do sangramento e da dor, contenção), cuidado pré-hospitalar, atendimento clínico e acompanhamento. Algumas lesões dentárias traumáticas podem e devem ser resolvidas na rede básica tais como: luxações dentárias, fraturas, intrusão, extrusão dentária e podem exigir monitoramento radiográfico (EMMERICH et al., 2004).

O atendimento de urgência deve ocorrer na Unidade Básica, podendo haver o encaminhamento ao CEO ou hospital, de acordo com a gravidade e extensão do trauma e das condições físicas do usuário (EMMERICH et al., 2004).

Tratamento: O cuidado ideal dos traumas dentários deve incluir os primeiros socorros (cuidado imediato com dentes danificados para evitar contaminação bacteriana nos túbulos dentinários e possível inflamação pulpar, assepsia da área traumatizada, controle do sangramento e da dor, contenção), cuidado pré-hospitalar, atendimento clínico e acompanhamento. Algumas lesões dentárias traumáticas podem e devem ser resolvidas na rede básica tais como: luxações dentárias, fraturas, intrusão, extrusão dentária e podem exigir monitoramento radiográfico. O atendimento de urgência deve ocorrer na Unidade Básica, podendo haver o encaminhamento ao CEO ou hospital, de acordo com a gravidade e extensão do trauma e das condições físicas do usuário (EMMERICH et al., 2004).

## **FLUOROSE DENTÁRIA**

A fluorose é uma anomalia do desenvolvimento e ocorre por ingestão prolongada de flúor durante o período de formação dos dentes e maturação do esmalte. É caracterizada por aumento da porosidade do esmalte, fazendo com que este pareça opaco (BRASIL, 2008).

Em algumas regiões do Brasil, vem sendo observado um aumento do diagnóstico da fluorose dentária. Os resultados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, concluído em 2003, apontaram uma prevalência de fluorose dentária de cerca de 9% em crianças de 12 anos e de 5% em adolescentes de 15 a 19 anos no Brasil. Para a idade de 12 anos, os maiores índices foram encontrados nas regiões Sudeste e Sul (em torno de 12%) enquanto que os menores nas regiões Centro-Oeste e Nordeste (cerca de 4%) (BRASIL, 2008).

Tratamento: Formas mais graves de fluorose dentária podem, às vezes, ser consideradas um incômodo estético para o paciente, sendo indicando o tratamento das manchas. Esse tratamento consiste em lixar o esmalte poroso externo até que a mancha, provocada pela impregnação do esmalte poroso por pigmentos da alimentação, seja removida. Entre os produtos para a técnica da microabrasão destacam-se o ácido clorídrico, o peróxido de hidrogênio e o ácido fosfórico. Em casos mais graves, é necessária a confecção de coroas ou facetas.

## **EDENTULISMO**

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, o modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliadas às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada (BRASIL, 2008).

O índice mais utilizado para estimar o edentulismo é a avaliação do uso e necessidade de próteses. As informações sobre a necessidade de prótese total são as mais relevantes para a organização de serviços odontológicos, visto que expressa a demanda para este tipo de procedimento. Resultados de últimos levantamentos epidemiológicos nacionais (BRASIL, 1986, 1996, 2003 apud BRASIL, 2008) indicam que a perda precoce de elementos dentais é grave e o edentulismo se constitui, no Brasil, em um persistente problema de saúde pública. Em 2003, o SB Brasil avaliou o uso e a necessidade de prótese total em adolescentes de 15 a 19 anos, adultos de 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos (BRASIL, 2008).

Os resultados do SB Brasil confirmaram que, em nosso país, o edentulismo é uma marca da desigualdade social, uma vez que ser morador da zona rural em municípios com menos de 10 mil habitantes, ter uma renda inferior a R\$400 reais e baixa escolaridade (menos de sete anos de estudo) proporciona maior chance de ser edêntulo parcial e total. São ainda fatores de risco ao edentulismo a falta de acesso a tratamentos básicos e especializados da cárie e da doença periodontal (BRASIL, 2008).

Para diminuir o grande contingente de dentes perdidos por sequelas da cárie e doença periodontal na população brasileira, faz-se necessário a organização e qualificação dos serviços odontológicos realizados na atenção básica, proporcionando:

A incorporação e a universalização de tecnologias preventivas individuais e coletivas para as doenças bucais mais comuns. A universalização e acesso precoce da população da área de abrangência aos procedimentos de controle coletivo da cárie e doença periodontal, como por exemplo, Tratamento Restaurador Atraumático, tratamento clínico-restaurador básico e controle da doença periodontal (BRASIL, 2008).

- Oferta de procedimentos reabilitadores de baixa complexidade como tratamentos endodônticos conservadores em dentes permanentes, com grande impacto no sentido de preservar e manter o maior número possível de elementos dentais.
- Oferta de próteses dentárias com o objetivo de construir uma política de inclusão social de adultos e idosos edêntulos, minimizando as sequelas da prática odontológica mutiladora, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.
- Organização da rede progressiva de cuidados odontológicos, com o estabelecimento dos fluxos de referência e contra referência para as diversas especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com o objetivo de buscar a integralidade da atenção à saúde bucal (BRASIL).

Tratamento: Para a prevenção desse agravo em saúde bucal recomenda-se a mudança do modelo de oferta dos serviços odontológicos, buscando a incorporação e a universalização das tecnologias preventivas das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal) que causam o edentulismo e de procedimentos reabilitadores que preservem os elementos dentais, por meio da organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde bucal, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2008).

## **DISCUSSÃO**

Do ponto de vista fonoaudiológico e ortodôntico, o tratamento para anomalias de mordida deve ser precoce, para prevenir desarmonias ósseas severas e evitar intervenções cirúrgicas de maior complexidade. O tratamento fonoaudiológico precoce, muitas vezes, soluciona essas anomalias sem necessidade de tratamento ortodôntico (MACIEL; LEITE, 2005). O tratamento precoce da mordida aberta anterior mostrou apresentar grande efetividade clínica, devido ao curto período de tempo, à estabilidade de uma oclusão adequada e à utilização de uma mecanoterapia simples, como a grade lingual, possibilitando o desenvolvimento e crescimento harmonioso da face (TAGAWA; AIDAR; TAGAWA, 2009).

Sob o aspecto social e cultural das doenças, as más oclusões podem ser incluídas entre as alterações bucais que mais interferem na qualidade de vida da população, pois afetam a estética facial, causam prejuízos a mastigação, fala e interação social, além de diminuir o sentido de bem-estar<sup>35</sup>. Entende-se, portanto, que as más oclusões, sobretudo aquelas que demandam alta necessidade de tratamento ortodôntico, têm-se mostrado bastante prevalentes, evidenciando-as como um grande problema de saúde pública (SULIANO et al., 2007).

Nessa direção, o investimento na formação permanente de recursos humanos implica numa ação coletiva de reflexão/ação por parte dos profissionais da saúde que viabilize o compartilhar de conhecimentos teóricos e práticos, produzidos nos diversos campos em que estão inseridos, como condição para o entendimento e o enfrentamento dos problemas de saúde em geral, e no caso específico, dos quadros de fissura (BERBERIAN et al., 2012).

Contrariando tal perspectiva, ressalta-se que a ausência de diferentes profissionais e/ou a falta de conhecimento por parte dos mesmos acerca da complexidade envolvida com os referidos quadros, bem como, a participação tardia em programas de atendimento pré e pós-natal por parte de mães de crianças com fissuras lábio-palatinas podem restringir: - a compreensão dos diferentes aspectos envolvidos numa realidade desconhecida que se impõe em função do referido quadro; - a adoção de cuidados adequados que favoreçam o desenvolvimento global da criança; - a elaboração e o enfrentamento de preconceitos que recaem de forma contundente sobre a criança com fissura e

sobre seus familiares; o planejamento de ações relativas ao tratamento cirúrgico e terapêutico necessários após o nascimento da criança (BERBERIAN et al., 2012).

Geralmente, o tipo de dieta está relacionado com a condição social e com a ocupação do paciente. Assim, de acordo com Bastos, Henriques e Olympio (2002), o profissional deve estar atento a esse fato quando fizer as orientações aos pacientes, incluindo orientação dietética. É de responsabilidade do profissional motivar o paciente para que pratique uma higiene bucal eficaz, diariamente. Entretanto não é correto que o dentista assuma sozinho a responsabilidade da saúde bucal de seu paciente.

## CONCLUSÃO

Cerca de onze anos após o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, podem ser observados grandes avanços na qualidade e abrangência da atenção à saúde bucal, mas também grandes desafios. Dentre eles, destaca-se a necessidade de aumentar a cobertura dessas equipes, a fim de construir uma rede de cuidados mais ampla, que envolva todos os níveis de atenção, a ampliação do número de Centro de Especialidades Odontológica, principalmente nos municípios de pequeno porte e a ampliação da fluoretação da água de abastecimento. A cárie dentária ocupou posição de destaque nos artigos publicados. Também foi o estudo da cárie dentária que, em parte, impulsionou a discussão de inovações metodológicas, tanto em termos de sua aferição em inquéritos epidemiológicos, como em técnicas estatísticas de análise. Com o tempo, outros agravos à saúde bucal, como condições periodontais adversas, fluorose, edentulismo, mal-oclusões, fissuras lábio-palatinas, traumas dentários e câncer bucal, foram explorados segundo perspectivas teórico-metodológicas variadas e de modo vinculado ao contexto brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- BASTOS, J. R. M.; HENRIQUES, J. F. C.; OLYMPIO, K. P. K. **Manual de prevenção de cárie dentária e doença periodontal em pacientes sob tratamento ortodôntico**. Bauru: FOB, 2002.
- BEHLFELT, K. Enlarged tonsils and the effect of tonsillectomy. **Swed Dent J Suppl.**, v. 72, p. 1-35, 1990.
- BERBERIAN, A. P. et al. Fissuras orofaciais: aspectos relacionados ao diagnóstico. **Distúrb Comum.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 11-20, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília, DF: MS, 2008.
- CAVALCANTI, A. L. et al. Prevalência de má oclusão em escolares de 6 a 12 anos de idade. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.**, v. 8, n. 1, p. 99-104, 2008.
- CHAVES, M. M. **Odontologia social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Labor, 1977.
- EMMERICH, A. et al. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mal-oclusões. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 689-97, maio/jun. 2004.
- FRÄNKEL, R.; FRÄNKEL, C. H. **Ortopedia orofacial**. São Paulo: Santos; 1990.
- GRUEBBEL, A. O. A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. **J Dent Res.**, v. 23, p. 163, 1944.
- HANSON, M. L.; COHEN, M. S. Effects of form and function on swallowing and the developing dentition. **Am J Orthod.**, v. 64, p. 63-82, 1973.
- MACIEL, C. T. V.; LEITE, I. C. G. Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. **Pró-Fono**, v. 17, n. 3, p. 293-302, 2005.
- MARCOS, B. et al. Doença periodontal e cárie dental na população brasileira. Necessidade de tratamento, atenção odontológica e formação profissional. **Odontólogo Moderno**, p. 716, 1979.
- MOORREES, C. F. A. et al. A "State-of-the-art" workshop conducted by the Oral-Facial Growth and Development Program, The National Institute of Dental Research. **Am J Orthod.**, v. 59, p. 1-18, 1971.
- MOYERS, R. E.; CARLSON, D. S. Maturação da neuromusculatura orofacial. In: Enlow DH, organizador. **Crescimento facial**. São Paulo: Artes Médicas, 1993. p. 62-3.
- ORGANIZATION MUNDIAL DE LA SALUD**. Higiene dental: reseña de una reunión de un grupo de consultores. Cronica de la OMS.; v.9, p.11-16, 1955.

- SADAKYIO, C. A. et al. Prevalência de má oclusão em pré-escolares de Piracicaba – SP. **Ciênc Odontol Bras.** v. 7, n. 2, p. 92-9, 2004.
- SHAW, W. C.; MEEK, S. C.; JONES, D. S. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. **Br J Orthod.**, v. 7, p. 75-80, 1980.
- SILVA FILHO, O. G.; FREITAS, S. F.; CAVASSAN, A. O. A prevalência da oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru, SP. Parte II: influência da estratificação socioeconômica. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 4, n. 3, p. 189-96, 1990.
- SULIANO, A. A. et al. Má oclusão e alterações do sistema estomatognático entre escolares. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1913-23, 2007.
- TAGAWA, D. T.; AIDAR, L. A. A.; TAGAWA, P. T. Intervenção precoce na mordida aberta anterior. **Rev Assoc Paul Cir Dent.**, v. 63, n. 1, p. 44-8, 2009.
- TOMITA, N. E. et al. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. **Pesqui Odontol Bras.**, v. 14, n. 2, p. 169-75, 2000.