



SAÚDE BUCAL E SAÚDE PÚBLICA

BRASÍLIA-DF.

Elaboração

Maria Sílvia Maurício Rigolin

Produção

Equipe Técnica de Avaliação, Revisão Linguística e Editoração

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	4
ORGANIZAÇÃO DO CADERNO DE ESTUDOS E PESQUISA	5
INTRODUÇÃO.....	7
UNIDADE I	
ESTUDO DA SAÚDE BUCAL	9
CAPÍTULO 1	
INTRODUÇÃO À SAÚDE BUCAL	9
CAPÍTULO 2	
PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	18
CAPÍTULO 3	
A MASTIGAÇÃO E SUA INFLUÊNCIA NA DIGESTÃO.....	25
UNIDADE II	
ALTERAÇÕES NA CAVIDADE BUCAL.....	33
CAPÍTULO 1	
QUAIS AS POSSÍVEIS ALTERAÇÕES NA CAVIDADE BUCAL	33
CAPÍTULO 2	
COMPOSIÇÃO DA SALIVA	45
CAPÍTULO 3	
FUNÇÕES DA SALIVA	49
CAPÍTULO 4	
ALTERAÇÕES QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS QUE OCORREM	54
UNIDADE III	
A IMPORTÂNCIA DA SALIVA.....	61
CAPÍTULO 1	
CONSEQUÊNCIAS DAS ALTERAÇÕES DA SALIVA.....	61
UNIDADE IV	
HIGIENE BUCAL	63
CAPÍTULO 1	
A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE BUCAL	63

CAPÍTULO 2

COMO FAZER A HIGIENE BUCAL..... 68

PARA (NÃO) FINALIZAR..... 77

REFERÊNCIAS 78

Apresentação

Caro aluno

A proposta editorial deste Caderno de Estudos e Pesquisa reúne elementos que se entendem necessários para o desenvolvimento do estudo com segurança e qualidade. Caracteriza-se pela atualidade, dinâmica e pertinência de seu conteúdo, bem como pela interatividade e modernidade de sua estrutura formal, adequadas à metodologia da Educação a Distância – EaD.

Pretende-se, com este material, levá-lo à reflexão e à compreensão da pluralidade dos conhecimentos a serem oferecidos, possibilitando-lhe ampliar conceitos específicos da área e atuar de forma competente e conscienciosa, como convém ao profissional que busca a formação continuada para vencer os desafios que a evolução científico-tecnológica impõe ao mundo contemporâneo.

Elaborou-se a presente publicação com a intenção de torná-la subsídio valioso, de modo a facilitar sua caminhada na trajetória a ser percorrida tanto na vida pessoal quanto na profissional. Utilize-a como instrumento para seu sucesso na carreira.

Conselho Editorial

Organização do Caderno de Estudos e Pesquisa

Para facilitar seu estudo, os conteúdos são organizados em unidades, subdivididas em capítulos, de forma didática, objetiva e coerente. Eles serão abordados por meio de textos básicos, com questões para reflexão, entre outros recursos editoriais que visam a tornar sua leitura mais agradável. Ao final, serão indicadas, também, fontes de consulta, para aprofundar os estudos com leituras e pesquisas complementares.

A seguir, uma breve descrição dos ícones utilizados na organização dos Cadernos de Estudos e Pesquisa.



Provocação

Textos que buscam instigar o aluno a refletir sobre determinado assunto antes mesmo de iniciar sua leitura ou após algum trecho pertinente para o autor conteudista.



Para refletir

Questões inseridas no decorrer do estudo a fim de que o aluno faça uma pausa e reflita sobre o conteúdo estudado ou temas que o ajudem em seu raciocínio. É importante que ele verifique seus conhecimentos, suas experiências e seus sentimentos. As reflexões são o ponto de partida para a construção de suas conclusões.



Sugestão de estudo complementar

Sugestões de leituras adicionais, filmes e sites para aprofundamento do estudo, discussões em fóruns ou encontros presenciais quando for o caso.



Praticando

Sugestão de atividades, no decorrer das leituras, com o objetivo didático de fortalecer o processo de aprendizagem do aluno.



Atenção

Chamadas para alertar detalhes/tópicos importantes que contribuam para a síntese/conclusão do assunto abordado.



Saiba mais

Informações complementares para elucidar a construção das sínteses/conclusões sobre o assunto abordado.



Sintetizando

Trecho que busca resumir informações relevantes do conteúdo, facilitando o entendimento pelo aluno sobre trechos mais complexos.



Exercício de fixação

Atividades que buscam reforçar a assimilação e fixação dos períodos que o autor/conteudista achar mais relevante em relação a aprendizagem de seu módulo (não há registro de menção).



Avaliação Final

Questionário com 10 questões objetivas, baseadas nos objetivos do curso, que visam verificar a aprendizagem do curso (há registro de menção). É a única atividade do curso que vale nota, ou seja, é a atividade que o aluno fará para saber se pode ou não receber a certificação.



Para (não) finalizar

Texto integrador, ao final do módulo, que motiva o aluno a continuar a aprendizagem ou estimula ponderações complementares sobre o módulo estudado.

Introdução

O presente caderno de estudos foi desenvolvido com o objetivo de enriquecer os conhecimentos básicos do cirurgião-dentista a respeito da saúde bucal, mas principalmente aprender a analisar o paciente de forma integrada e global, envolvendo o físico, o mental e o social, para que possa ter um relacionamento de confiança com esse paciente além de diagnosticar e tratá-lo de acordo com suas necessidades.

Cada capítulo fará com que aprenda que o ser humano está inserido em um contexto pessoal, profissional e social que irá refletir diretamente na saúde bucal.

Além disso, estudando o processo saúde-doença, a mastigação, a composição e influência da quantidade de saliva e conceitos de higiene oral, para que desta forma o entendimento das necessidades do paciente seja suprida, gerando saúde, em sua definição de bem estar físico, mental e social. Levando desta forma a uma melhor qualidade de vida para cada um dos pacientes.

Um profissional com bom embasamento teórico e em constante busca pela atualização de seus conhecimentos, certamente, representará um diferencial no mercado de trabalho.

Objetivos

- » Apresentar os principais conceitos e aprofundar os conhecimentos teóricos sobre a Saúde Bucal.
- » Ampliar a compreensão das diversas concepções que envolvem saúde bucal.
- » Desenvolver uma concepção curricular do ensino pretendido, no que se refere ao tema.
- » Estimular reflexão crítica e a produção discente, na área em questão.
- » Compreender o funcionamento da cavidade oral.
- » Compreender o processo saúde e doença.
- » Fornecer os conceitos sobre saliva, a composição e a importância.
- » Fornecer os conceitos sobre higiene bucal.

CAPÍTULO 1

Introdução à saúde bucal



O que é a saúde? Quais os fatores estão envolvidos na saúde bucal? O que gera a alteração da saúde bucal em relação a toda a parte sistêmica em um paciente.

A “saúde começa pela boca” é um ditado bem conhecido e utilizado pelos dentistas para ajudar a transmitir de uma forma lógica a importância da saúde bucal (SESC, 2007).

O conceito de saúde em si sempre está associado a ausência de doença, assim supõe-se que não esteja ocorrendo nenhum evento patológico no corpo. Mas é tão simples assim, ou ainda teria mais complementação? (SESC, 2007).

Já que partindo desse conceito apenas ausência de patologias significaria saúde, ou seja, bastando o desenvolvimento de habilidades nas pessoas de forma a dominarem seu corpo já seria o suficiente para manter o equilíbrio no meio bucal e desta forma a saúde geral garantida (SESC, 2007). Porém não pode-se ignorar o campo psicossomático, e sua influência na saúde, já que somos e cuidamos de seres humanos que possuem pensamentos, sentimentos e emoções (SESC, 2007). Doenças são físicas, porém podem ser ativadas ou mesmo mantidas quando não temos estabilidade e entendimento por parte do indivíduo que a apresenta. Ansiedade, depressão, medo, estresse são alguns exemplos de características psíquicas que a pessoa pode apresentar que levam a doenças físicas ou a sua manutenção (SESC, 2007).

Por exemplo, a relação entre estresse e ansiedade podem levar ao progresso da doença periodontal ou mesmo atuando no desencadeamento e manutenção de disfunção temporomandibular, e às vezes associado à halitose (SESC, 2007). Levando inclusive a um detrimento da qualidade de vida do indivíduo.

Mesmo hábitos de higiene já consagrados e incorporados no dia a dia passam a ser descartados quando vive-se um intenso desprazer, seja este, no âmbito pessoal (afetivo, emocional) ou mesmo profissional, levando ao aparecimento ou ressurgimento de por exemplo, doença periodontal (SESC, 2007).

Portanto, a saúde envolve muito mais que somente o corpo, mas também um indivíduo que sente, vive experiências, emociona-se, possui expectativas (dentre estas pessoais, profissionais, sociais, financeiras etc.).

Figura 1. Saúde e bem-estar.



Figura disponível em: <<http://www.ribeiraoclaroonline.com.br/site/saude-e-bem-estar/>>.

Cada indivíduo é um ser único, tem uma história única, e assim temos que pensar principalmente na motivação personalizada, já que o entendimento do momento do paciente ajuda o profissional a entender esse contexto e diagnosticar corretamente, além de agir atuando nas necessidades sem alterar as prioridades deste. Desta forma, fica inviável acharmos um motivo chave ou mesmo recomendações gerais para todos os indivíduos para que entendam e valorizem sua saúde bucal, já que diferentes fatores influenciam cada um de forma distinta, além de ter valores próprios referentes à saúde e ao cuidado em si com a saúde bucal (SESC, 2007).

Figura 2. Saúde e bem-estar.



Figura disponível em: <<http://www.hiacademia.com.br/hisite/webforms/objetivos/saudebemestarpge.aspx>>.
Acesso em: 28 jan. 2015.

Assim, deve-se considerar a autonomia no cuidado de si, cada um sabe e percebe o que lhe faz bem ou mal. Além disso, o profissional deve olhar para cada ser humano separadamente e por inteiro, e pedir as informações necessárias para que exista um correto diagnóstico e tratamento, porém entendendo o contexto em que esse indivíduo

se insere de forma cultural e antropológica, incluindo seus comportamentos, hábitos, costumes, vícios, sentimentos, emoções, mas acima de tudo prioridades na vida, além de outros fatores que devem ser entendidos e compreendidos. Levando tudo isso a relação com a saúde bucal deste indivíduo (SESC, 2007).

Figura 3. Saúde e bem-estar.



Figura disponível em: <http://www.salutarsaude.com.br/artigo_visualizar.php?id_art=11>. Acesso em 28 jan. 2015.

Isso leva a necessidade de construir com cada paciente uma relação de confiança e profissionalismo, pois para que consiga atingir esse paciente não será apenas transmitir o conhecimento que o profissional tem a respeito de saúde bucal. Mas sim fazê-lo não somente entender e assimilar, mas também principalmente fazê-lo incorporar novos hábitos para o cuidado de saúde bucal na rotina diária (SESC, 2007).

“Se você não singulariza, se você não conhece as condições de vida da pessoa para saber porque é que é naquele momento e não em outro que ela está procurando ajuda, você não consegue ouvi-la de verdade, o que dificultará em muito a ela também escutar você.

(...) Agora, se você ‘gasta’ um encontro para saber da própria pessoa por que ela está ali, como é a vida dela, o que ela está sentindo ou como está afetada, você consegue um envolvimento que permite um engajamento com aquilo que você tem a propor que também se modifica com aquilo que você ouve...” (CROMBERG, 2001)

Para entender os pacientes e contexto de vida destes, o profissional deve primeiro tentar fazer uma análise da própria história pessoal, valores e filosofias de vida, pois isso norteará as relações com nossos pacientes (SESC, 2007).

Figura 4. Saúde e bem-estar.



Figura disponível em: <<http://academiacorporus.com.br/site/quer-saude-e-bem-estar-entao-dance/>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

Muitas evidências têm demonstrado que indivíduos com baixa renda que estão em classes sociais mais baixas apresentam saúde pior comparadas as pessoas de classes sociais financeira e socialmente mais favorecidas. Isso pode ser observado no mundo todo e abrange indicadores de saúde como: taxas de mortalidade, expectativa de vida, taxas de doenças agudas e crônicas, dias de atividade restrita, sintomas psiquiátricos, hipertensão arterial, altura abaixo dos valores médios, obesidade, prematuridade, baixo peso ao nascer, fertilidade e autopercepção de saúde (SESC, 2007).

A parte biológica é muito importante porém não deve ser considerada sozinha para guiar o profissional como sendo o fator determinante para o estado de saúde ou de doença do indivíduo. É necessário considerar além do estado de saúde ou doença, o contexto que este indivíduo se encontra de vida, moradia e trabalho, já que estes fatores ajudam a determinar hábitos e estilos de vida e comportamentos pessoais que influenciam diretamente na saúde (SESC, 2007).

Figura 5. Saúde e bem estar.



Figura disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/categorias/atencaoasaude/atencaoespecializadaepro1>>. Acesso em: 28 jan. 2015

Desta forma, temos várias classes de pacientes e com cada uma devemos tomar atenção especial de nos dedicar de forma diferente. Como por exemplo: crianças, idosos, grávidas e cada um destes requer um cuidado a mais levando em conta suas peculiaridades.

Segundo o Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17), a organização da atenção à saúde bucal é por meio do ciclo de vida do indivíduo e dividida em Bebês (0 a 24 meses), Crianças (2 a 9 anos), Adolescentes (10 a 19 anos), Adultos (20 a 59 anos) e Idosos (acima de 60 anos). Ou seja, em faixas de acordo com a idade e cada uma possuía suas necessidades específicas.

Bebês/Crianças estão em fase de crescimento e tem suas peculiaridades quanto à saúde bucal e ao tratamento, desta forma envolver também os pais e/ou cuidares e familiares próximos a criança. Atenção é necessária quando no período de erupção dos dentes decíduos, pois alguns sintomas são comuns porém não necessariamente devido a este processo, como salivação aumentada, febre, irritação, entre outros, assim investigar a causa dos sintomas apresentados. Cuidado com a ingestão de flúor neste período de vida que pode gerar fluorose dentária nos dentes permanentes. Incentivar o aleitamento materno até os seis meses de vida, que deve ser assegurado para todas as crianças, pois isto promove proteção contra várias doenças nos primeiros anos além de minimizar o risco de morte para os bebês antes de um ano. Uso de chupeta deve ser racional e restrito, e nunca ser usada durante toda a noite, inclusive podendo alterar o crescimento facial da criança, além de poder atuar no seu perfil respiratório. Para as crianças o trabalho deve ser multiprofissional, o exame da cavidade bucal deve ser uma atividade de rotina. Assim, médicos, enfermeiros e outros profissionais, ao observarem a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais, durante os exames, podem fazer o encaminhamento formal para o serviço odontológico. Alguns hábitos são denominados como deletérios, predisõem à má oclusão e que devem ser trabalhados no processo educativo, por exemplo: Sucção de chupeta, Sucção digital, Deglutição atípica, e Hábito de roer unha, respiração bucal e outros. Esses hábitos devem ser removidos, porém com cuidado e considerando um momento adequado, pois normalmente estão envolvidas situações emocionais (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17).

Para os adolescentes, a linguagem deve ser acessível feita de forma fácil, e de forma a entenderem os problemas que ocorrem nesta fase como, por exemplo, drogas, depressão, gravidez, problemas familiares, entre outros. Um fator que faz o adolescente procurar com rapidez tratamento odontológico é a estética. Nesta fase, da vida os adolescentes podem sofrer de distúrbios alimentares como bulimia e anorexia (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17), sendo muito importante o conhecimento destes distúrbios, pois podem causar lesões não cariosas como, por

exemplo, erosão nos dentes (BARBOSA *et al.*, 2009). É importante ressaltar que, nesta fase são consolidadas as noções de cuidados com a boca e saúde bucal. O ato de fumar nesta fase é devido a curiosidade e incentivo do meio, assim se faz necessária a instrução destes pacientes para que não o façam.

Os adultos compreendem uma grande faixa etária, ou seja, indivíduos que apresentam de 20 a 59 anos. O tratamento odontológico dos adultos deve ser feito de forma a levar em consideração doenças crônicas e sistêmicas e comuns neste período de vida, sendo a prevenção e detecção destas doenças se torna imprescindível. Observar presenças de lesões presentes na boca e investiga-las, já que podem ser um câncer em estágio inicial sendo de suma importância seu diagnóstico em fase inicial, além de fazer exames periódicos para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos de risco, orientando inclusive em relação a realização frequente do autoexame. Doença periodontal é muito comum nestes pacientes, que é agravada no caso daqueles pacientes que fumam, por fatores sistêmicos, e como exemplo principal temos a diabetes mellitus, assim sendo necessário encaminhar o paciente a outros profissionais. Além de hipertensão e doenças infectocontagiosas. É muito importante saber como essas doenças podem interferir no diagnóstico e em tratamentos odontológicos (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17).

Houve aumento da expectativa de vida da população, que aumentou de 50 anos para 74 anos e meio, e o idoso preocupa-se com a saúde e o bem estar, pensando sempre em qualidade de vida para que possa viver com qualidade (SILVA; GOLDENBERG, 2001). Com este aumento, há um maior número de idosos no Brasil e estes requerem atenção global, envolvendo profissionais de várias especialidades, devido ao processo de envelhecimento em si, associado a alterações sistêmicas múltiplas (SILVA; GOLDENBERG, 2001; Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17). É preciso entender e envolver no plano de prevenção e de terapêutica todos os aspectos apresentados pelo idoso, além da parte sistêmica/física, considerar a parte emocional/cognitiva/social e econômica, além de avaliar sua história pregressa bucal e geral. O tratamento odontológico dos idosos visando à saúde bucal, busca o bem-estar, e principalmente a melhoria na qualidade de vida e a saúde em geral. Muitas vezes, para o tratamento destes pacientes dependendo de suas condições de senilidade, motora é necessário o envolvimento de parentes e/ou cuidadores (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17). E houve melhoria na qualidade de vida do idoso, que basicamente estão relacionadas aos progressos realizadas na área de saúde, acessibilidade aumentada quanto as informações e o nível socioeconômico. Tudo isso fez com que a ideia de dependência, doença, fraqueza e entre outros fosse mudada para uma nova realidade de saúde e bem estar, incluindo neste contexto a saúde bucal, já que está influi a qualidade de vida do idoso, atuando na

estética, mastigação, nutrição, além de influenciar a vida social do indivíduo (SILVA; GOLDENBERG, 2001).

Silva e Goldenberg em 2001, relataram que com o envelhecimento podem ser observadas perdas dentárias, além da presbifonia (as pregas vocais passam por alterações estruturais na terceira idade como atrofia, redução de massa, edema e desidratação da mucosa, implicando em alterações na qualidade vocal ou “envelhecimento da voz”), imprecisão articulatória da fala, a propriocepção diminuída em regiões intra oral e faríngea, verificando que a consistência dos alimentos oferecidos ao idoso é, preferencialmente, mais pastosa. A manutenção da oclusão do idoso é garantia essencial para sua qualidade de vida, visto que as funções estomatognáticas influenciam a saúde do indivíduo.

O período gestacional exige dos profissionais um enfoque diferenciado, em se tratando de um evento fisiológico natural que promove alterações orgânicas naturais na mulher neste momento. A saúde geral e a bucal do bebê é diretamente influenciado pelo estado bucal apresentado no momento da gestação, já que este influencia inclusive a saúde geral da mulher. Assim, é necessário de suma importância que haja uma integração das áreas de saúde no cuidado à gestante (ALBUQUERQUE, 1998; Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17).

Durante a gestação, as mulheres são expostas a alterações hormonais significativas, com alta produção de estrógeno e progesterona pela placenta, que afetam os tecidos bucais, sendo assim apresentam necessidades que estão ligadas à sua saúde bucal e que devem assistidas, principalmente relacionadas a prevenção e conscientização da higiene bucal. A equipe de saúde bucal deve atuar em adequação do meio e prevenção na gravidez e posteriormente durante o período de amamentação. Procedimentos como cirurgias não são contra indicadas, mas pode ser avaliado a necessidade ou não de ser feita durante o período de gravidez ou é poderia ser realizada após a gravidez (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17).

Os primeiros três meses envolvem o período que é o menos adequado para o tratamento odontológico, inclusive as tomadas radiográficas devem ser evitadas, já que ocorre a fase embriológica de maior transformação do embrião. Nos 3 meses seguintes, ou segundo trimestre é o período mais indicado para intervenções odontológicas. O último trimestre é o período que há grandes chances de síncope, hipertensão e anemia, sendo que o desconforto durante o tratamento odontológico é maior, podendo acontecer hipotensão postural, sendo ou não sendo recomendado o tratamento odontológico. As urgências e emergências necessariamente serão atendidas independentemente do período, o que torna o trabalho de prevenção ainda mais importante, diminuindo o risco a urgências e emergências durante a gestação. No caso de ser necessário o uso de medicamentos

ou mesmo anestésico local, consultar o médico torna-se uma conduta prudente, mas a tetraciclina deve ser evitada, devido a possibilidade de causar alterações nos dentes em formação no feto. Radiografias podem ser feitas, porém a gestante deverá estar protegida com avental e colar de chumbo, além de serem utilizados filmes ultrarrápidos. Podem ser observados quadros de doença periodontal em gestantes que não são determinados apenas pela gestação, mas por vários fatores, como alteração na composição de placa, resposta imunológica da gestante e a quantidade de hormônios. Todos estes fatores atuam na resposta do periodonto, que fica mais acentuada. Gestantes também podem aumentar o risco a **cárie dentária devido alteração da capacidade fisiológica do estômago que faz com que a dieta seja com alimentos menores e em maior número de vezes por dia** (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17).

A gestante deve evitar medicamentos que possuam influência na formação dentária, observar a ocorrência de infecções e também, não menos importante, deficiências nutricionais, entre outros fatores que possam interferir/influenciar na formação dentária que ocorre para os dentes decíduos a partir da sexta semana de vida intra-uterina, e para os permanentes a partir do quinto mês de gestação (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17)



Se a saúde começa pela boca então temos que ter o conceito de saúde bucal bem estabelecido para que possamos entender o contexto, e assim transmitir aos nossos pacientes a importância da manutenção da saúde bucal para a saúde geral.



AYRES, José Ricardo de C. M. – **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, n. 14, pp. 73-92, set. 2003-fev. 2004.

PAULETO ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. **Saúde bucal:** uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciência e Saúde Coletiva, 9(1), pp. 121-130, 2004.



Saúde bucal, independentemente de qual especialidade o profissional da odontologia tenha, é algo que deve estar dentro do entendimento e planejamento global para o atendimento individualizado de qualquer paciente, desde o nascimento até a velhice.



<<http://direitodoidoso.braslink.com/01/artigo017.html>>.

<<http://dab.saude.gov.br/CNSB/>>.

<<http://cfo.org.br/saude-bucal/saude-bucal/>>.

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>.



Pense em como passar a importância do conceito de saúde bucal na saúde geral em todos os seus pacientes. Por exemplo, instruir mulheres gestantes sobre a necessidade do cuidado com a boca.

CAPÍTULO 2

Processo saúde-doença



Porque precisamos entender o processo saúde doença? O que isso interfere no cuidado em relação aos nossos pacientes.

Saúde é definida, pela Organização Mundial da Saúde, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. O que torna esta definição muito complexa. Pois dizer que um indivíduo está saudável não envolve apenas o fato de este não ter dores, lesões físicas etc., além disso estar bem mentalmente e estar integrado na sociedade.

Figura 6. Saúde.



Figura disponível em: <<http://vestindosaude.com.br/conheca-o-significado-de-saude/>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

Quando pensamos em educação em saúde, o enfoque principal enfatiza de forma muito comum o plano individual para deliberação dos estados de saúde e de doença, mas temos que pensar no indivíduo com o todo que ele representa com corpo e mente (SESC, 2007).

O comportamento dos indivíduos não é sozinho o determinante para seu estado de saúde ou doença, sendo um erro considerar somente esse fator sem observar as condições adversas à saúde em todos os contextos de vida, como e onde vive, onde trabalha, o que inclusive ajuda a determinar a forma de agir, estilo de vida e os comportamentos em geral desse indivíduo que influenciam sua saúde de forma direta (SESC, 2007).

Figura 7. Saúde Bucal.



Figura disponível em: <<http://empreendedorismorosa.com.br/empreendedorismo-x-saude-bucal/>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

É necessário levar em consideração as condições de vida e a estrutura social no conjunto de fatores que determinam os processos de saúde-doença, já que estes são de caráter essencialmente sociopolítico (SESC, 2007). Ultrapassando a compreensão isolada e descontextualizada da doença e dos doentes, o reconhecimento do processo social subjacente à saúde, entendendo como as vidas das pessoas são dirigidas para uma situação de saúde ou doença. Da mesma forma, entende-se saúde e doença como um processo ativo do sujeito dentro da sociedade. Sujeito esse que é pleno de potencialidades e capaz de participar ativamente e exercer sua autonomia (SESC, 2007).

Apesar do fator biológico ser essencial quando pensa-se em doenças, outros fatores constatados são capazes de promover o aparecimento e atuar sobre a forma que uma doença ocorre. Como por exemplo, destacam-se não somente o que está ao redor do indivíduo mas também a parte econômica, social e educacional do Brasil, além de a cultura e a tradição que atuam nos hábitos pessoais e da população em geral (UNFER; SALIBA, 2000).

Com avanço da idade, há necessidade de preservar íntegras funções reflexo-vegetativas por mais tempo, é necessário observar a natural degeneração do sistema estomatognático, promovendo para os idosos um equilíbrio no processo-saúde doença (SILVA; GOLDENBERG, 2001).

Segundo Botazzo (1986), é necessário entender que reduzir a população à condição de mero objeto a receber serviços é atitude unívoca e autoritária e que esta concepção precisa ser superada. Sendo essencial a inserção de aspectos culturais e antropológicos que determinam os comportamentos em relação à saúde bucal.

Alguns princípios são básicos para atuação em saúde bucal, como integralidade, interdisciplinaridade, acolhimento, responsabilidade e compromisso com o processo educativo, desenvolvimento de ações integradas com as várias especialidades (SESC, 2007).

Integralidade

Como estratégia para a qualidade de vida, a atenção em saúde bucal deve intervir sobre os fatores estruturais dos processos de saúde-doença bucal, caracterizando uma prática que está voltada para “resolver os problemas de saúde bucal integralmente, e integrados a um conjunto de problemas gerais que caracterizam as dificuldades de um espaço social determinado para desenvolver-se plenamente.” (CORDÓN, 1997).

Sendo assim necessário atual de forma conjunta sobre os fatores determinantes do processo saúde doença bucal. Conhecer as problemáticas neste campo torna-se imprescindível, estabelecendo assim relações de causa que ultrapassam o fator biológico envolvido neste processo (SESC, 2007).

É recomendável, ainda, e considerado essencial que as ações de educação em saúde bucal voltadas aos diferentes grupos sejam partes de programas integrais de saúde da criança, do adolescente, da mulher, do trabalhador e do idoso, percebendo as inter-relações da saúde bucal com a saúde geral e entendendo o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade (SESC, 2007).

Na esfera do atendimento clínico, requer o “desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Integrar a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, sendo uma forma de completar a Saúde Bucal do indivíduo.

Interdisciplinaridade

O profissional da saúde deve entender seu papel de corresponsável no combate e diminuição dos fatores relacionados ao processo saúde-doença bucal, requerendo considerá-los no planejamento da atenção em saúde bucal com vistas à atuação interdisciplinar e inter-setorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; SESC, 2007).

Integração dos profissionais das várias especialidades dentro da odontologia e destes com os profissionais da área médica, já que esta interação de áreas promove um atendimento diferenciado do paciente promovendo maior resolução de problemas de saúde e melhora da qualidade de vida. Já que desta forma o profissional irá complementar de forma significativa seu conhecimento (SESC, 2007).

Além disso, a troca de saberes e o respeito para com as diferentes percepções devem acontecer permanentemente, viabilizando o planejamento integrado e o envolvimento dos diferentes profissionais para ação sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença bucal, de acordo com os problemas prioritários evidenciados, observando toda a necessidade do indivíduo (SESC, 2007).

Acolhimento

O acolhimento envolve a humanização do processo de promoção de saúde em geral. Fazendo com que o profissional acolha o paciente, envolvendo, dentro de seu alcance, suas aflições, medos, angústias, além de crenças, para resolver as suas dores e problemas odontológicos. Já que além de consultas podem assim trocar experiências e conhecimento, promovendo autonomia do indivíduo no controle de sua saúde e seu bem estar físico e mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O paciente deve ser atendido em sua integralidade biopsicossocial, garantindo um atendimento humanizado desde chegada ao consultório, na forma de passar as orientações, incluindo escutá-lo, sendo isso extremamente relevante para o sucesso clínico, levando em conta a necessidade de encaminhamento e a forma de fazê-lo, mas, sobretudo o acompanhamento deste paciente é de suma importância (SESC, 2007).

Responsabilidade e compromisso com o processo educativo

A noção de cuidado deve transcender do dentista para o paciente, na forma de autocuidado, sendo esse um processo contínuo de transmissão de saber a respeito de saúde, principalmente da saúde bucal, além do profissional levando em conta os anseios, desejos e necessidades do paciente (BONET, 2004).

A parte educativa é de suma importância e deve estar presente em todo o processo de atenção à saúde bucal, sendo assim valorizada e entendida como parte que integra esse processo, inclusive pelos profissionais. Englobando uma educação com diálogo e com efetiva participação do indivíduo, reforçando a autoestima, ampliando os conhecimentos, promovendo o desenvolvimento da autonomia em relação a problemas de saúde bucal (SESC, 2007).

O equilíbrio do processo saúde-doença está deveras relacionado com qualidade de vida e a educação deve ser pensada, por isso, em seu sentido emancipatório, de constituição de sujeitos capazes de atuar individual e coletivamente em prol de uma vida melhor (SESC, 2007).

A participação consciente do indivíduo tanto para a tomada de decisões a respeito do tratamento e quanto a táticas para gerar equilíbrio e controle da doença (SESC, 2007).

Desenvolvimento de ações integradas com as várias especialidades

Disseminar a importância da saúde bucal para a saúde geral, é fator que influencia no processo educativo, envolvendo ainda temas como fatores de risco ou de proteção para as doenças da cavidade bucal, como por exemplo, diabetes, hipertensão, obesidade, trauma, câncer, tabagismo, alcoolismo, doenças de pele, doenças cardíacas, estresse, autocuidado etc. Desta forma, sendo necessária a associação de ações integradas com as várias especialidades odontológicas e médicas para que as práticas educativas sejam voltadas para a valorização da completa saúde. Além disso, sua importância está no fato de que mais profissionais juntos podem traçar o perfil do paciente e então entender como cada um lida com o processo saúde-doença, conseguindo maior efetividade no que diz respeito ao tratamento e comprometimento do paciente (SESC, 2007).

A educação e interação deverá respeitar e priorizar as necessidades em cada fase do ciclo de vida (infância, adolescência, maturidade e envelhecimento), prevendo peculiaridades de grupos específicos, tais como: gestantes, hipertensos, diabéticos, portadores de necessidades especiais etc. (SESC, 2007).

Na odontologia, as doenças mais prevalentes são a cárie dentária e doença periodontal. Estas doenças possuem prevenção e mesmo quando instaladas podem ser controladas com medidas consideradas simples, e apesar disto constata-se que não obtida melhora da saúde bucal na população, devido a prevalência e a incidência dessas patologias serem associadas a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas como resultado de interações biológicas na placa bacteriana dentária (UNFER; SALIBA, 2000).

É de suma importância que as crenças das gestantes sejam respeitadas, e as dúvidas sanadas de forma clara. Já que é tênue o processo saúde-doença nas gestantes que devem fazer parte de um programa preventivo integral. Explicar quais mudanças que ocorrem na boca das grávidas e que isso pode e deve ser evitado/controlado, e destacando a importância da higiene bucal, dieta saudável (acompanhada por especialistas) e hábitos de vida em geral saudáveis, desta forma enfocando no autocuidado, e no cuidado ao bebê (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17).



O processo saúde-doença envolve inclusive o ambiente que o indivíduo vive, sendo assim multifatorial, além de sociopolítico. Sendo assim, para que possam ser resolvidos os problemas com saúde bucal destes pacientes é necessário entender e saber todos os conceitos relacionados, além de entender a realidade do indivíduo dentro do contexto do país.



BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília: 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. **Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(1), pp. 21-22, jan-mar, 1996.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. In.: Ciência e Saúde Coletiva, 5(1), pp. 163-177, 2000. (p. 167)

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

GENTILI, Marilena. **Promoção da Saúde**. In.: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde – Promoção da Saúde. Ano 1/nº 1 – ago/out, 1999 (pp. 9-11)

OLIVEIRA, Angelo G. R. da Costa *et alii*. **Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil**: Tendências e perspectivas. Ação Coletiva: vol. II(1), jan./mar., 1999.

SESC/DN. **Diretrizes Gerais de Ação do SESC**. Rio de Janeiro, 2004.

SESC/DN. Núcleo de Odontologia. **Promoção de Saúde Bucal**. Rio de Janeiro, 2000.

UNFER, Beatriz; SALIBA, Orlando. **Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal**. Revista de Saúde Pública, 34(2), pp. 190-5, 2000.

VALLA, V. V.; CARVALHO, M; ASSIS, M. **Participação popular e os serviços de saúde**: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: Pares. Fundação Oswaldo Cruz, 1993.



No atendimento aos pacientes de uma forma geral, é necessário não somente entender a doença que o acomete, mas todo seu contexto social, emocional, financeiro. Assim, envolver o paciente com o tratamento é de fundamental importância para



<<http://direitodoidoso.braslink.com/01/artigo017.html>>.

<<http://www.spsp.org.br/site/index.php/2013-07-25-00-14-23/102-comunidade-104/876-saude-oral-da-crianca-e-do-adolescente>>.

NARVAI, Paulo Capel. **Saúde bucal**: assistência ou atenção? 1992. <<http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/>>. **FILME: Patch Adams** – o amor é contagioso (direção de Tom Shadyac)



Sempre envolva o todo, a vivência do seu paciente para executar o planejamento e a execução do tratamento, para que dessa forma se torne individualizado em um contexto geral, pensando da técnica odontológica, e também a parte emocional e a parte socioeconômico-cultural no qual o paciente está inserido.

CAPÍTULO 3

A mastigação e sua influência na digestão



Qual a necessidade de entendermos a influência da mastigação na digestão? E qual sua influência na saúde geral e bucal?

A mastigação é a fase inicial do processo digestivo que começa na boca. Auxilia no desenvolvimento e crescimento do aparelho estomatognático e para a conservação das funções musculares, articulações e periodonto na vida adulta (SILVA, 2001).

A mastigação é considerada como o ato de moagem e trituração do alimento, transformando em partículas menores, suscetíveis de serem engolidas pela deglutição, processo este que se segue à mastigação e para a digestão, sendo a fase inicial do processo digestivo, que começa na boca, onde são envolvidos diversos músculos (SILVA; GOLDENBERG, 2001). Sendo então seu principal objetivo a trituração dos alimentos em partículas cada vez menores, preparando-os para a deglutição e a digestão. A segunda função é a de criar uma ação bacteriana nos alimentos quando na boca, para formar o bolo alimentar. A terceira função é o desenvolvimento normal dos ossos maxilares por meio da força e da função proporcionadas pelo ato mastigatório. A quarta função é a manutenção dos arcos dentários, com estabilidade da oclusão e estímulo funcional sobre o periodonto, músculo e a articulação (DOUGLAS, 1998).

A mastigação não é inata ao indivíduo, como outros processos, a sucção, a deglutição e a respiração, sendo adquirida durante a evolução do indivíduo. A mastigação é muito importante na prevenção dos distúrbios miofuncionais mediante o desenvolvimento dos ossos maxilares, a manutenção dos arcos, a estabilidade da oclusão e o equilíbrio, muscular e funcional, obtendo assim movimentos precisos e coordenados que serão necessários para a deglutição normal e a produção da fala (SILVA; GOLDENBERG, 2001).

Sendo a mastigação uma das mais importantes fases do processo digestivo auxilia o organismo na obtenção de nutrientes necessários para o seu desenvolvimento e para a manutenção da vida (SILVA, 2001).

Figura 8. Mastigação.



Figura disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=i&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&docid=Qk1x8cRePhbl9M&tbnid=HlarxQLy_7JLAM:&ved=0CAgQJRW&url=http%3A%2F%2Fwww.dicasdemulher.com.br%2Fa-importancia-da-mastigacao%2F&ei=JCI7VN6RCIGYyATN74DQDg&psig=AFQjCNGmqnDFnHe1n7lqCNZI_n2FqrPEYA&ust=1413247908213708>.
Acesso em: 28 jan. 2015.

A alimentação dos bebês é constituída basicamente pelo aleitamento materno, sendo um dos assuntos que mais atrai a atenção da pessoa responsável pelos cuidados com o bebê, gerando-se, comumente, controvérsias em torno do mesmo. Uma alimentação correta nesta fase da vida é pré-requisito para a sobrevivência, o desenvolvimento, e inclusive qualidade de vida, implicando futuramente em coordenação das funções de respiração, sucção e deglutição, envolvendo, ainda, a interação funcional dos lábios, mandíbula, língua, palato, faringe, laringe e esôfago, não esquecendo também, do tipo de alimento introduzido quando e como ele deve ser ministrado (ALBUQUERQUE, 1998).

Segundo Bresolin *et al.* (1998), somente entre o quarto e quinto meses de vida, a criança é capaz de deglutir alimentos sólidos, já que consegue definir quando está com fome e então parar de comer quando saciada, porém isto é possível pelo desenvolvimento de cabeça e pescoço que possui neste período.

A mastigação começa, entre o quinto e o sexto mês de vida, quando a alimentos semissólidos são introduzidos para a criança. Começando com movimentos laterais de língua e depois movimentos mandibulares verticais (GOMES *et al.*, 1994).

Mesmo antes dos alimentos semissólidos administrados com colher, já começa o desenvolvimento para a fala, devido a estabilização da mandíbula, já que a entrada da colher na boca promove estímulos nos lábios, serve de preparação para os fonemas labiais (MORRIS; WILSON, 1977),

Evidenciando assim, a importância do exercício da mastigação e estimulação oral. E por volta de 7 meses de vida da criança, há a orientação para que exista a incorporação na dieta de pedaços de semissólidos (como legumes cozidos), já que no sexto mês de vida ocorre a erupção dos dentes decíduos (FERES, 1998; ALBUQUERQUE, 1998). E assim, a partir deste momento que a criança for capaz de mastigar, a mãe ou cuidador não

deve triturar ou picar em pequenas porções os alimentos mais duros (como legumes, pão etc.) para facilitar a alimentação (ALBUQUERQUE, 1998).

A partir da erupção dos incisivos decíduos superiores e inferiores, já ocorre o necessário para exercer certa força sobre um objeto. Desta forma, começa a maturação funcional do sistema mastigatório (OYEN, 1993).

Segundo Moyers (1987), o aspecto sensorial destes dentes é fator importante na maturação funcional da mastigação. Os contatos oclusais iniciais dos incisivos antagonistas influenciam os movimentos dos músculos que comandam a postura da mandíbula. No instante que os incisivos superior e inferior se tocam, os músculos dos maxilares iniciam o aprendizado de funcionamento, e se acomodam com o contato dentário. Desta maneira o padrão de fechamento torna-se mais ântero-posterior (uma vez que os incisivos são os primeiros a entrar em contato) do que médio-lateralmente.

A mastigação é um comportamento adquirido, por meio da exploração e experimentação pelo bebê, pelo qual descobre o sistema mastigatório e começa a usá-lo. Assim, com esse processo de aprendizado e com seu início, os músculos elevadores começam a se desenvolver e ocorrem alterações estruturais e funcionais no esqueleto facial.

Desta forma, ocorre a passagem do padrão de deglutição infantil para o adulto, sendo umas das primeiras mudanças notadas com o desenvolvimento dos músculos elevadores, já que estes posicionam a mandíbula. Por meio disso, há o início de hipertrofia desses músculos, seu crescimento e uso impõe novas demandas para os ossos em que se inserem e sobre os quais aplicam forças. Assim são observadas mudanças específicas do sistema musculoesquelético associados à função mastigatória (SILVA, 2001).

Tanigute, em 1998, descreveu as seguintes etapas do desenvolvimento da mastigação:

- » dos 5 a 6 meses: os movimentos são verticais, e a língua amassa os alimentos contra o palato;
- » aos 7 meses: os movimentos de lateralização iniciam-se, e a língua começa a lateralizar os alimentos;
- » de 1 ano a 1 ano e meio: iniciam-se os movimentos rotatórios, os lábios permanecem selados, nesta etapa já é considerada como padrão de adulto.

Por volta de um ano e seis meses a dois anos quando a criança já possui a dentição decídua, não é necessário preparar os alimentos separadamente, já que neste período a criança já possui condições de alimentar-se da mesma maneira que o adulto (SILVA, 2001).

Sendo a mastigação a função mais importante do sistema estomatognático, a descrição de suas fases segundo Tanigute e Bianchini (1998):

- » Incisão ou mordida: o alimento é apreendido entre as bordas incisais dos dentes incisivos. A mandíbula protrui para conseguir a posição de topo a topo, aumenta a intensidade da contração muscular elevadora da mandíbula, ocorrerão movimentos oscilatórios até o alimento ser cortado. A secreção salivar aumenta. A língua recebe o alimento e o leva até a face oclusal dos dentes posteriores dando início a segunda fase.
- » Trituração: é a quebra do alimento em partículas menores, ocorre principalmente nos pré-molares pela maior pressão intercuspídiana. A língua a cada ciclo mastigatório leva o alimento a face oclusal dos dentes e este retorna pela ação conjunta do bucinador.
- » Pulverização: é a moenda dos alimentos em partículas cada vez menores. Ocorre nos molares, os movimentos mandibulares são de menor amplitude. A saliva propicia a formação do bolo alimentar.

O início do ciclo com abertura da mandíbula, seguido do fechamento até o contato e intercuspidação dos dentes e consequente quebra do alimento, corresponde a um ciclo mastigatório, sendo que é executado um movimento mandibular completo. Vários golpes são necessários para a o bolo alimentar ser deglutido. Cada golpe corresponde a um ciclo, pois parte da posição de intercuspidação máxima e nela termina (BIANCHINI, 1998).

Segundo os autores Guyton e Hall (1997), a maior parte do processo da mastigação é determinada pelo reflexo mastigatório. O bolo alimentar na boca gera a inibição reflexa dos músculos da mastigação, fazendo com que a mandíbula caia. Esta queda inicia um reflexo de estiramento dos músculos da mandíbula, resultando em contração de rebote. Automaticamente, a mandíbula eleva-se e provoca o fechamento dos dentes e comprime o bolo contra as paredes da boca. Ocorre a inibição dos músculos da mandíbula permitindo que esta caia e determine, mais uma vez, a contração de rebote. Este processo ocorre muitas vezes.

Fehrenbach e Herring (1998), descrevem os músculos que participam do processo da mastigação e descrevem sua fisiologia: masseter, temporal, pterigoideo medial e lateral, que são pares e se inserem na mandíbula como os músculos da mastigação. Bianchini (1998) acrescenta o ventre livre do digástrico na relação acima e os denomina de músculos mastigatórios, pois estão intimamente ligados aos movimentos mandibulares na mastigação. E forma um outro grupo, o dos músculos da mastigação, onde incluem-se os

mastigatórios, os supra e infra-hióideos, a língua, o bucinador e a musculatura da mímica. Enfim, relaciona toda a musculatura envolvida no processo mastigatório.

A mastigação é de suma importância para a digestão de todos os alimentos. Tornando-se fundamental para a ingestão da maioria das frutas e vegetais crus, por possuírem membranas de celulose não digeríveis em torno de suas porções nutritivas, e para que possam ser digeridos torna-se necessária sua quebra. Outro motivo simples na qual a mastigação auxilia a digestão se dá pela ação das enzimas, que ocorre somente sobre a superfície das partículas alimentares, a velocidade da ingestão depende em grande parte da área total de superfície exposta às secreções intestinais, já que tornam a área de contato maior, devido a triturar em menores porções os alimentos. Além disso, a trituração até partículas muito pequenas evita a escoriação do trato gastrointestinal, favorecendo o trajeto do alimento do estômago para o intestino delgado e a para o restante dos segmentos sucessivos do intestino (GUYTON; HALL, 1997).

A nutrição está relacionada a fatores físicos: o clima, condições atmosféricas, topografia, estrutura geológica; a bioquímica do ambiente humano; e a fatores sociais como: cultura, higiene, tempo disponível para cuidar dos filhos e situação financeira. Além de estar relacionada a todos estes fatores, a nutrição apresenta três dimensões: a fisiológica, a psicofísica e a psicossocial. Na primeira, as propriedades do alimento o fazem adequado ou não a sobrevivência do indivíduo. Na segunda, não o alimento em si só pelos seus nutrientes, mas por suas propriedades (consistência, sabor, cor, textura, odor e temperatura), caso contrário nos bastaria a ingestão de pílulas com os nutrientes necessários para a manutenção da vida. A última dimensão, a psicossocial, é a inter-relação humana, sendo o uso de alimentos e da alimentação como formas simbólicas da relação a priori da mãe-criança e mais tarde do indivíduo com a sociedade (CRAVIOTO; MILAN, 1989).

Um indivíduo que faz uso de prótese total ou parcial, não terá a mesma mastigação de indivíduos com dentes naturais presentes na boca. A adaptação das próteses também influencia diretamente a mastigação, isso é dificultado quando se perdem todos os dentes, pois as próteses perdem áreas de retenção, estabilidade e suporte devido principalmente a reabsorção óssea e corroborando com isso a redução do fluxo salivar, sendo que todos esses fatores afetam significativamente a função preparatória da mastigação, dificultando a homogeneização do bolo alimentar (SUZUKI, 1998).

A oclusão mantida seja com dentes naturais ou com próteses parciais ou totais, promove um correto movimento de mastigação, sendo assim correta trituração dos alimentos favorecendo a digestão, o que é essencial quando pensamos em idosos (SILVA; GOLDENBERG, 2001). Com o aumento da idade, a capacidade para deglutir

diminui, e ainda deglutindo quantidade de comida maior do que o apropriado, assim é necessário que a mastigação seja a mais eficiente possível (SILVA; GOLDENBERG, 2001). Mudanças, como a redução da massa palatável da língua, reduzem a ação de “bombeamento” da base da língua, fenômeno que é importante para a propulsão do bolo alimentar para o esfíncter esofágico superior (SILVA; GOLDENBERG, 2001).

No processo de mastigação, alguns fatores são imprescindíveis para sua realização adequada ou não. Dentre esses fatores tem-se o tipo de alimento a ser triturado e depois deglutido, a presença de aftas, as relações esqueléticas, alguns medicamentos que possam estar sendo ingeridos pelo idoso e a qualidade neuromuscular. Devido a possíveis alterações neuromusculares, podem ocorrer mastigação incompleta, refluxo ou inalação dos alimentos. A capacidade para controlar o bolo alimentar é afetada conforme o funcionamento dos músculos tanto em sua motilidade como em sua sensibilidade. Sendo que a preocupação é com o possível movimento prematuro para posterior que pode afetar a via respiratória. Devido a atrofia da língua e também da mucosa oral, esta sofre com perda de elasticidade e aderência ao tecido conjuntivo, ossos e músculos, somadas à diminuição considerável da quantidade de saliva, ocorre dificuldade em controlar o bolo alimentar. Tanto o indivíduo desdentado total, quanto o parcial procuram alimentos que promovam a formação do bolo alimentar facilmente, assim não exigindo grande eficiência mastigatória (SILVA; GOLDENBERG, 2001). Em concordância, Brunetti *et al.* 2001, observaram que 78,7% dos idosos têm problemas alimentares e somente 17,5% podem mastigar carnes e frutas consistentes. O preparo do bolo alimentar na boca é importante no idoso porque com a idade ocorre diminuição natural na secreção dos sucos gástricos, demonstrando a importância de uma mastigação eficiente (SILVA; GOLDENBERG, 2001).

À medida que o indivíduo envelhece ocorre a redução da percepção gustativa, consequentemente redução olfativa, levando-o a uma diminuição do prazer de comer; além disso, ocorre mudança também na consistência alimentar para alimentos que sejam de preferência sólidos umedecidos ou pastosos (SILVA; GOLDENBERG, 2001). Essas alterações podem afetar a saúde geral pelos efeitos diretos sobre a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos e, também, pela privação de um prazer da vida. Tais alterações são importantes na qualidade de vida do idoso e podem trazer transtornos nas dietas e, consequentemente, na nutrição (SILVA; GOLDENBERG, 2001).

Alimentos como verduras, legumes e frutas exigem maior força mastigatória, e além disso possuem a quantidade de vitaminas e qualidade de nutrientes necessárias. Devido a isto fazem parte da dieta sugerida para os indivíduos, principalmente os idosos. Sendo um dos fatores que pode acelerar ou retardar o envelhecimento, a dieta alimentar que sendo adequada inclusive facilita o funcionamento dos órgãos e sistemas

do organismo, gera a defesa contra agressões do ambiente, diminuiu os efeitos das doenças nessa fase e mantém as atividades intelectuais e físicas da idade (JANEIRO, 1998). Problemas como a falta de função mastigatória, causadas pelo tipo de alimento, como os alimentos poucos consistentes, gera problemas no sistema estomatognático (SILVA; GOLDENBERG, 2001).

O sistema digestório tem sua função ativa durante o ato de mastigação, e no caso dos idosos isso ocorre em apenas uma hora diária, sendo assim no restante do dia, não ocorre contato entre as faces oclusais dos dentes, permanecendo a boca em repouso funcional. Já para o recém-nascido o tempo gasto é três vezes maior (SILVA; GOLDENBERG, 2001).

Figura 9. Saúde Bucal.



Figura disponível em: <<http://mdemulher.abril.com.br/saude/reportagem/alimenta-saude/entenda-importancia-mastigacao-sua-saude-675990.shtml>>. Acesso em: 28 jan. 2015.



O processo digestivo começa na boca com a mastigação dos alimentos. A trituração destes é de suma importância para uma digestão satisfatória o que promove boa saúde geral, além de atuar gerando melhora nas condições bucais.



Entender o processo mastigatório, ajuda a entender a saúde bucal e a geral, já que a mastigação é o início de um processo no qual a saúde é o foco principal.



<<http://veja.abril.com.br/blog/viver-bem/nutricao/a-importancia-da-mastigacao-adequada/>>.

<<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/04/mastigar-pouco-e-comer-rapido-sao-habitos-que-prejudicam-digestao.html>>.

<<http://corpoacorpo.uol.com.br/dieta/nutricao/veja-a-importancia-de-comer-devagar-e-mastigar-bem-os-alimentos/3034>>.

<<http://www.phd.com.br/phd1/mastigacao-primeiro-processo-na-digestao-dos-alimentos/>>.

<<http://www.fundacaosanepar.com.br/noticias/mastigar-devagar-ajuda-na-digestao-dos-alimentos-e-ate-emagrece>>.



Instrua seu paciente sobre a importância de uma correta mastigação, levando em conta a faixa etária que se encontra, e o que influencia em sua saúde.

CAPÍTULO 1

Quais as possíveis alterações na cavidade bucal



Porque devemos saber o que ocorre em relação a alterações na cavidade bucal?

Podem ocorrer alterações na cavidade bucal e as mais comumente encontradas na prática diária, pode ser decorrentes de doenças auto-imunes, ou mesmo de doenças infectocontagiosas, ou devido ao processo de envelhecimento, ou ainda devido problemas no trato digestório. A importância de conhecer as lesões reside no fato de fornecer correto, preciso, efetivo e rápido diagnóstico, principalmente quando tratam-se de lesões potencialmente malignas, assim serão destacadas neste capítulo as mais importantes e frequentes.

Cárie dentária: a cárie dentária é uma doença infecciosa e transmissível que resulta da colonização da superfície do esmalte por micro-organismos – especialmente os *Streptococcus mutans* – que, metabolizando carboidratos fermentáveis (sacarose, por exemplo), produzem ácidos. Essa acidez localizada, provocada pela disponibilidade de açúcar, leva à dissolução do fosfato de cálcio das camadas superficiais da estrutura de esmalte, liberando fosfato e cálcio para o meio bucal. A partir de um determinado momento essa perda mineral atinge tal grau que observa-se a formação de uma cavidade cuja evolução, nos casos extremos, corresponde à destruição de toda a coroa dentária. A relação açúcar-cárie está bem documentada e não há qualquer dúvida quanto ao papel central do açúcar no processo cariogênico (STEPHAN, 1940; GUSTAFSSON *et al.*, 1954; NARVAI, 2000; GUGGENHEIMER, MOORE, 2003; GUPTA *et al.*, 2006).

Leucoplasia: é uma lesão predominantemente branca, de etiologia desconhecida e que tem amplo poder de malignização, sendo assim uma lesão cancerizável. Além disso,

apresenta uma alta prevalência, ou seja é comumente encontrada (CASTRO, 2000; SILVA *et al*, 2007), principalmente na população mais idosa e que apresenta hábito de fumar.

É considerada uma mancha ou placa branca não raspável, de acordo com a OMS, e que não pode ser classificada clínica ou patologicamente como outra enfermidade. Atualmente o termo leucoplasia é utilizado apenas no sentido clínico podendo apresentar superfície lisa, rugosa ou verrugosa (GABRIEL *et al*, 2004; NEVILLE *et al*, 2009; SILVA *et al*, 2007).

As leucoplasias orais são mais comumente encontradas no sexo masculino, provavelmente devido à associação ao tabagismo e alcoolismo (SILVERMAN *et al*, 1976). A maior prevalência se dá, em adultos e idosos, mais precisamente entre a quarta e a sexta décadas de vida e podem acometer qualquer região da mucosa bucal.

As áreas envolvidas frequentemente são a mucosa jugal e as comissuras labiais, seguidas respectivamente em ordem de predileção por mucosa alveolar, língua, lábio, palato duro, palato mole, assoalho de boca e gengiva (GABRIEL *et al*, 2004). Segundo Neville *et al* (2009), lesões em língua, vermelhão dos lábios e assoalho bucal somam mais de 90% daquelas que exibem displasia ou carcinoma. Em diversos estudos e localizações, a taxa de transformação da leucoplasia em lesão maligna variava entre 0,6 a 18%. A causa da leucoplasia é desconhecida, porém inúmeras pesquisas vêm identificando fatores associados à lesão como possíveis agentes etiológicos a exemplo do tabaco, álcool (não exibiu significância como fator de risco isolado), radiação solar, diabetes e infecções da cavidade oral ou até mesmo causa idiopática (WALSH; EPSTEIN, 2000).

As leucoplasias foram divididas quanto ao aspecto clínico e em dois tipos principais: homogênea e não homogênea. Sendo que a leucoplasia homogênea apresenta-se como sendo lesão predominantemente branca, de superfície plana, fina, podendo exibir fendas superficiais com aspecto liso, enrugado ou corrugado e textura consistente. Já a leucoplasia não homogênea representa uma lesão predominantemente branca ou branco-avermelhado, que pode ter superfície irregular, nodular ou exofítica. Acrescenta-se ainda às características da leucoplasia não homogênea os aspectos ulcerado ou eritematoso (AXÉLL *et al*, 1996).

Podem ser observados diferentes aspectos histopatológicos na leucoplasia, como hiperqueratose, acantose, atrofia do epitélio, diferentes graus de displasia e infiltrado inflamatório crônico no tecido conjuntivo subjacente (NEVILLE *et al*, 2004). Segundo Shafer e colaboradores em 1984, as características histopatológicas não estão, necessariamente, associadas ao aspecto clínico das lesões. Deve ser dada ênfase à ocorrência desta lesão, pois é um dado importante na avaliação do prognóstico da leucoplasia, apresentando comportamentos biológicos diferentes entre a hiperqueratose

e a displasia epitelial. Um diagnóstico microscópico de displasia epitelial é ainda um dos poucos indicadores de aumento no risco de desenvolver câncer oral, pois o comportamento desta afecção é bastante variado, podendo permanecer estática, aumentar de tamanho ou severidade, regredir espontaneamente ou sofrer transformação maligna, ao contrário da hiperqueratose, onde se observa um caráter exclusivamente benigno (WALSH; EPSTEIN, 2000; GREENSPAN; JORDAN, 2004).

O diagnóstico da lesão, por ser assintomática, muitas vezes acontece em um exame clínico de rotina (SILVA *et al*, 2007). A leucoplasia apresenta certa dificuldade diagnóstica no exame histopatológico, pela diversidade de seus aspectos e ausência de sintomatologia. Por isso, torna-se necessário fazer um diagnóstico por exclusão de outras lesões que se apresentam como placas brancas na mucosa bucal. Além da incisão cirúrgica convencional, que oferece a possibilidade de análise histopatológica, outras modalidades de tratamento estão disponíveis como cirurgia a laser, criocirurgia, administração de derivados retinóicos, além de agentes quimiopreventivos bem como terapia fotodinâmica (GABRIEL *et al*, 2004). Somente considerada entidade clínica quando são considerados os aspectos clínicos e histopatológicos (CASTRO, 2000). O diagnóstico diferencial da leucoplasia é feito com queimaduras, candidíase pseudomembranosa, candidíase hiperplásica, hiperqueratose focal, lesão por galvanismo, leucoedema, líquen plano, reações liquenóides, linha alba, lupus eritematoso, mordiscção, trauma crônico, papiloma, carcinoma espinocelular, placa mucosa sifilítica, carcinoma verrucoso e nevo branco esponjoso (NEVILLE *et al*, 2009; GREENSPAN; JORDAN, 2004).

Pênfigo Vulgar (PV): é uma das várias doenças bolhosas mucocutâneas que são lesões orais são comumente observadas, sendo uma condição muito rara em que um processo acantolítico caracteriza a pele e lesões da mucosa bucal. Vesículas flácidas de PV em mucosa envolvem, frequentemente, o revestimento queratinizado e não queratinizado, estruturas rapidamente evoluem para erosões e ulcerações com margens mal definidas e descamação das camadas superficiais do epitélio. O curso desta doença é geralmente crônico e, antes da introdução e uso de corticosteróides sistêmicos, foi muitas vezes fatal devido, geralmente, à infecção, sepse, ou desidratação. Um número significativo de casos demonstra uma forte relação genética ou familiar, bem como étnico. Na prática clínica comum dentro de um ambiente multicultural e multirracial, muitos grupos são representados com PV clássico. O processo patológico é mediado por autoanticorpos que têm como alvo os componentes de adesão extracelulares. Resultante deste ataque autoimune é uma separação intraepitelial imediatamente acima da camada basal intacta de células que permanece aderente à zona da membrana basal subjacente (SCIUBBA, 2011).

Pênfigo pode ser visto por meio de uma considerada abrangência em faixas etárias, apesar de início na infância ser um evento raro. A maioria dos casos ocorrerem na meia-idade

para adultos idosos. As lesões são caracterizadas como vesículas de vida muito curta inicialmente e mais tarde, se não tratada, bolhas. Após a ruptura da vesícula, concurso e erosões dolorosas e ulceração acontecer. Palatinas, bucal e da mucosa labial locais são favorecidos, embora nenhum site intraoral especial está imune de envolvimento em casos não tratados. Envolvimento gengival é muitas vezes descamativa ou erosiva na natureza. Acometimento da orofaringe, hipofaringe e é caracterizada por odinofagia e rouquidão. Lesões recentemente danificados poderá demonstrar um componente retraída superfície epitelial imediatamente adjacente à apresentação de propostas erosões e ulcerações (SCIUBBA, 2011).

Líquen Plano (LP): uma doença inflamatória mucocutânea crônica de etiologia desconhecida, que acomete adultos de meia idade à prevalência de 0,2% a 2%, sendo as mulheres afetadas em uma proporção de 3:2 em relação aos homens (NEVILLE *et al*, 2009).

O LP se apresenta de várias formas clínicas, sendo a reticular a mais prevalente e caracterizada por numeroso entrelaçamento de linhas ceratóticas brancas, denominadas estrias de Wickham (REGEZI *et al*, 2008; SCIUBBA, 2011). O líquen reticular ocorre tipicamente em padrão simétrico, ou seja, bilateral, e acomete mais frequentemente a mucosa jugal (REGEZI *et al*, 2008; SCIUBBA, 2011). Lesões estriadas podem, também, ocorrer na língua e, menos comumente, na gengiva e nos lábios. O líquen em placa assemelha-se à leucoplasia, mas tem distribuição multifocal, e os sítios mais afetados são o dorso da língua e a mucosa jugal. A forma atrófica apresenta-se como lesões avermelhadas com estrias brancas muito finas, mais frequentes em gengiva inserida; pode envolver os quatro quadrantes e ser acompanhada das formas reticular e erosiva. No líquen erosivo, as lesões têm área central ulcerada coberta por placa fibrinosa ou pseudomembrana (REGEZI *et al*, 2008).

Pode ocorrer independentemente de uma ou um conjunto de lesões cutâneas, quer de uma forma síncrona ou metacrônica. É quase sempre afeta apenas epitélio escamoso estratificado. É relativamente raro, de causa desconhecida, com lesões nas mucosas persistindo por muito mais tempo do que as lesões cutâneas. Lesões da mucosa bucal e, em menor grau, lesões genitais podem ser graves e muitas vezes dolorosas e debilitantes. É a doença mais comum de origem não infecciosa em medicina oral ou práticas Patologia Bucal (SCIUBBA, 2011).

O fator desencadeante de LP é desconhecido, mas é conhecido por ser um processo imunológico crônico, mediado por células-T, na qual as células basais do epitélio tornam-se alo dos linfócitos T (SKLAVOUNOU *et al*, 2000; REGEZI *et al*, 2008; SCIUBBA, 2011). Porém tensão nervosa, associada ao estado emocional, iatrogenia

medicamentosa podem ser fatores predisponentes ou desencadeantes das lesões de LP (CASTRO, 2000).

O antígeno ou proteína alterada responsável pelo sistema imunológico conduzindo a esta doença é desconhecida, apesar de o antígeno poder ser um peptídeo, definindo assim LP como uma condição autoimune. Sugerman *et al* sugeriram que um evento patogênico precoce pode envolver o desmascaramento ou expressão de um antígeno derivado de queratinócito no local de uma lesão futura, que pode ser induzida por medicamentos sistêmicos, alérgenos de contato, trauma físico, infecção viral ou bacteriana, ou uma como entidade ainda não identificada. O resultado é o reconhecimento do antígeno pela célula T seguido por um conjunto complexo de eventos que resultam em apoptose local dos queratinócitos. Este mecanismo proposto é altamente teórico e, em parte, controverso, embora a causa de LP ser considerada complexa e multifatorial com disfunção de células imunitárias sendo em associação com a expressão de citocinas, incluindo o fator de necrose tumoral- α , interleucinas, e supra-regulação de metaloproteinases de matriz e p53. Homens e mulheres são afetados em números quase iguais, com as crianças raramente afetadas. O stress pode ser um fator de modulação, mas não representa a causa primária. Não há nenhuma relação convincente entre diabetes mellitus ou hipertensão como proposto uma vez, embora uma relação mais provável para estas doenças e LP podem ser uma reação associada droga liquenóide no que se refere à sua administração. Pode existir uma possível relação com hepatite C em algumas áreas geográficas (SCIUBBA, 2011).

As características histopatológicas do líquen plano oral mesmo típicas, são inespecíficas, pois outras lesões apresentam padrão histológico semelhante, como reação liquenóides a medicamentos e ao amálgama e lúpus eritematoso. Graus variáveis de orto e paraqueratose podem estar presentes na superfície do epitélio, caso a procedência do espécime de biópsia seja de uma lesão reticular ou erosiva. As cristas epiteliais podem estar ausentes ou hiperplásicas, mas, classicamente, são pontiagudas ou têm forma de dentes de serra. A destruição da camada basal do epitélio (degeneração hidrópica) é evidente e acompanhada por um intenso infiltrado predominantemente de linfócitos T imediatamente abaixo. Queratinócitos em degeneração podem ser observados em áreas do epitélio e na interface com o tecido conjuntivo (VILLARROEL DORREGO *et al*, 2002; NAVAS-ALFARO *et al*, 2003; NEVILLE *et al*, 2009).

A história clínica completa e o exame físico realizado por equipe multidisciplinar, investigando lesões orais, bem como de pele, unhas, couro cabeludo, mucosa genital, esofágica, laríngea e conjuntiva são suficientes para o diagnóstico clínico do líquen plano. Entretanto, a biópsia é necessária e indispensável para diferenciar o líquen plano oral de outras lesões orais ulceradas ou brancas, que incluem queratose reativa,

candidíase crônica hiperplásica, displasia epitelial, lúpus eritematoso discoide, anemia e neoplasias malignas. (SUGERMAN; SAVAGE, 2002; SCULLY; CARROZZO, 2008).

Lupus Eritematoso: o lúpus eritematoso é uma doença autoimune e manifesta-se sob duas formas: a sistêmica, que é a forma aguda, e a discoide, que é a forma crônica, sendo que ambas podem ter manifestações orais. O lúpus eritematoso sistêmico é de particular importância, já que possui impacto profundo em vários órgãos. O lúpus eritematoso discoide é a forma menos agressiva, afeta predominantemente a pele e, raramente, progride à forma sistêmica (REGEZI *et al*, 2008).

O lúpus eritematoso sistêmico é marcado pela produção de autoanticorpos aos componentes nucleares das células (HAO *et al*, 2006). Não possui causa conhecida, sendo que seu diagnóstico é muito dificultado em estágio precoce, já que, frequentemente, o quadro clínico é vago e inespecífico, com períodos de remissão ou inatividade. Podem ser necessários de alguns meses a vários anos para que o diagnóstico seja definido. É uma doença grave que acomete, além da mucosa oral, também o fígado, as articulações, a pele e os sistemas cardiovascular, nervoso e gastrointestinal. As mulheres são mais afetadas que os homens, sendo de oito a dez vezes mais (MOREIRA; CARVALHO, 2001; NEVILLE *et al*, 2004; POWERS, 2008; FAVA, 2001).

As lesões orais do lúpus eritematoso sistêmico desenvolvem-se em uma variação grande de 9% a 45% dos pacientes e aparecem, geralmente, palato, mucosa jugal e gengiva. Manifestam-se, algumas vezes, como áreas liquenóides, não patognomônicas, ou seja, manifestações não características do lúpus. Assim nesses casos, o diagnóstico deve ser definido por exames laboratoriais. Ao exame físico, podem ser observadas lesões que se apresentam como áreas bem delimitadas, arredondadas ou irregulares, de erosão amplas e dolorosas ou úlceras circundadas por zonas avermelhadas ou esbranquiçada, podem ser atróficas ou ulceradas, com estrias ceratóticas irradiadas e telangiectasias. Muitos pacientes apresentam lesões cutâneas simultaneamente, porém não são raras as manifestações exclusivamente mucosas, bem como lesões isoladas no palato. As lesões de lúpus eritematoso discoide têm distribuição assimétrica na cavidade oral, que pode ser uma característica importante no diagnóstico diferencial de outras lesões similares ao exame clínico, como as do líquen plano, que são, quase sempre, simétricas. O envolvimento frequente do vermelhão do lábio inferior, denominado queilite por lúpus, é observado somente em alguns casos e as lesões tendem a expandir-se do vermelhão do lábio para a pele perioral, o que dificulta a definição do limite entre essas estruturas anatômicas. Tal característica é muito útil na diferenciação entre lúpus eritematoso e líquen plano (NICO *et al*, 2008). Os achados comuns incluem febre, perda de peso, artrite, fadiga e mal-estar geral. Devido ao comprometimento de vários órgãos, incluindo rim e coração desenvolvem manifestações generalizadas da doença sistêmica.

Os rins são afetados em 40% a 50% dos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, podendo levar à falência renal e constitui o aspecto mais significativo da doença. No envolvimento cardíaco, a pericardite é a complicação mais frequente (MOREIRA; CARVALHO, 2001; NEVILLE *et al*, 2004; LOURENÇO *et al*, 2006; POWERS, 2008).

O lúpus eritematoso discoide é observado, mais comumente, em mulheres de meia-idade. As lesões aparecem na pele, mais comumente na face e no couro cabeludo, e exacerbam à exposição solar. Com o tempo, podem cicatrizar espontaneamente e aparecer em outro local. Geralmente, o processo de cicatrização resulta em atrofia cutânea com formação de cicatrizes e hipo ou hiperpigmentação. Lesões orais também são frequentes e, ao exame clínico, observam-se lesões que assemelham-se às lesões do líquen plano oral, porém são usualmente acompanhadas de lesões cutâneas e afetam aproximadamente 25% dos pacientes. A mucosa jugal e labial, o vermelhão dos lábios e a gengiva são os locais mais frequentemente afetados, porém o espectro de apresentação é amplo e algumas lesões podem assemelhar-se ao líquen plano e mostrar estrias e erosões. Ao exame clínico, observam-se áreas eritematosas ou ulceradas com estrias brancas irradiadas na periferia. As lesões típicas do discoide exibem atrofia central, pequenas placas ceratóticas com bordas elevadas, estrias irradiadas e telangiectasias. Portanto, o diagnóstico de lúpus eritematoso discoide pode ser difícil, principalmente se o envolvimento sistêmico é limitado, sendo com base na aparência clínica das lesões orais pode não ser evidente, e a progressão do lúpus discoide para o sistêmico, embora pouco provável, é possível. As características histopatológicas das lesões orais variam muito e são de difícil distinção do líquen plano. As lesões são caracterizadas por hiperqueratose com tampões de ceratina, atrofia epitelial ou alternância de atrofia com hiperplasia e hiperplasia pseudoepiteliomatosa, células epiteliais multinucleadas com três ou mais núcleos, degeneração hidrópica da camada basal, infiltrado linfocitário no tecido conjuntivo, profundo e/ou perivascular, e zona de membrana basal com depósitos PAS-positivos (SCHIÖDT, 1984; NEVILLE *et al*, 2004; FARTHING; SPEIGHT, 2006; REGEZI *et al*, 2008).

Candidose: a candidose bucal pode ser causada por diferentes espécies do gênero *Candida* entre elas, *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii*, bem como por espécies de outros gêneros^{7 9 20}. A quantidade de leveduras na lesão é geralmente alta e, frequentemente, mais de uma espécie é isolada; neste caso, o papel de determinada espécie na etiologia da doença é de difícil avaliação (ZEGARELLI, 1993).

Quando este fungo encontra condições ótimas para se proliferar, ou seja quando é rompido o equilíbrio biológico e assim promove lesões bucais que podem ocorrer em qualquer parte das mucosas (bucal, jugal, gengival, e lingual), mas acometem principalmente a mucosa do palato duro (CASTRO, 2000; AMARAL *et al*, 2009).

A cavidade oral é um ambiente favorável para a colonização e proliferação de microrganismos, os quais, em condições normais, mantêm-se em equilíbrio devido à atividade competitiva por nutrientes e pela ação de fatores físico-químicos próprios do meio bucal (AMARAL *et al.*, 2009).

A candidose é a doença micótica mais comum presente na cavidade oral, sendo uma infecção oportunista nas doenças debilitantes como câncer e AIDS, além de estar associada a redução do fluxo salivar, aumento da idade, carência nutricional, diabetes, consumo de bebidas alcóolicas, uso prolongado de medicamentos como, por exemplo, corticoterapia (beclometasona, triacínolona, por exemplo, para tratamento de bronquite e asma), antibióticos (de amplo espectro), imunossupressores, etc (CASTRO, 2000; AMARAL *et al.*, 2009).

Além disso, o uso de próteses dentárias, principalmente as que são confeccionadas em resina acrílica e que são de maior extensão, na sua área chapeável e na maioria das vezes associadas a má higiene, podem colaborar com o desenvolvimento das lesões, promovendo assim a evidência clínica destas lesões. A forma atrófica crônica, é conhecida como estomatite causada por dentadura, sendo muitas vezes associada à queilite angular (SHAFER *et al.*, 1984; NEVILLE *et al.*, 2009).

Clinicamente, a candidose apresenta-se como lesões eritematosas, ou na forma pseudomembranosa como na forma eritematosa. Os pacientes relatam principalmente dor e/ou sensação de queimação (SHAFER *et al.*, 1984; NEVILLE *et al.*, 2009).

Úlcera Traumática: lesões causadas principalmente por traumatismos crônicos que podem ser decorrentes de arestas dentais, ou mesmo de próteses sobre a mucosa, podem provocar úlceras superficiais persistentes e doloridas. Suas características clínicas são leito fibrinoso, bordas nítidas, halo eritematoso e base endurecida, sendo características que podem simular lesões compatíveis com carcinoma espinho celular, assim o diagnóstico diferencial se torna muito importante, realizando a citologia esfoliativa, esta fornece informações sobre a benignidade da lesão. O prognóstico de úlceras é muito favorável, já que removendo o agente causal, a tendência é a lesão se curar entre uma a duas semanas. As úlceras traumáticas também podem ser devido a queimaduras físicas e/ou químicas, além de iatrogenias cometida pelo cirurgião dentista, como, por exemplo, no momento da infiltração da anestesia, de maneira muito forte e em áreas com menor vascularização (CASTRO, 2000).

Úlceras aftosas recorrentes: é muito frequentemente observada na cavidade oral e é encontrada na mucosa não queratinizada, como língua, assoalho de boca, mucosa labial, jugal, palato mole e orofaringe (COELHO, 2005). A úlcera aftosa recorrente acomete 20% (vinte por cento) da população em geral. A primeira manifestação clínica pode

ocorrer nos primeiros meses de vida, com mais frequência nos indivíduos entre 10 (dez) e 20 (vinte) anos de idade e em crianças são bastante comuns na faixa etária de 1 (um) a 3 (três) anos de idade, prevalecendo mais o sexo feminino em uma proporção de 2:1. Vários são os fatores associados a sua etiopatogenia, entretanto não é bem conhecido (COELHO, 2005).

É dividida em três grandes grupos: úlcera aftosa menor (afta vulgar ou de Mikulics); úlcera aftosa maior (Periadenite Mucosa Necrótica Recorrente Cicatrizante ou Afta de Sutton), e úlcera aftosa herpetiforme. O diagnóstico é clínico e nele se observa a caracterização da lesão e os sintomas do paciente. Vários e divergentes são os tratamentos propostos para as ulcerações aftosas, entretanto os medicamentos utilizados são essencialmente usados com o propósito de realizar o reparo, controlar os sintomas e diminuir a frequência de recorrências (COELHO, 2005).

Clinicamente, apresenta quatro estágios: o primeiro é representado por um aspecto sintomático, caracterizado por sensação pruriginosa, dor e aspereza da mucosa nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas, sendo que clinicamente não é verificada nenhuma alteração. O segundo estágio é o pré-ulcerativo manifestado por eritema, mácula localizada, com discreta elevação e de consistência dura, pode ser única ou múltipla, com uma membrana superficial circular, halo eritematoso e dor na qual varia a intensidade de paciente para paciente. O terceiro é o ulcerativo onde sua membrana torna-se esbranquiçada e necrótica, essa mudança ocorre num período de 1 (um) a 3 (três) dias. Sobre o assoalho da úlcera forma-se um exsudato fibrinoso, branco-amarelado, o halo eritematoso persiste e a lesão assume aspecto crateriforme. Neste estágio a úlcera atinge seu maior pico de desenvolvimento e a dor vai cedendo, tendo apenas uma sensação de desconforto. O estágio de reparação ocorre espontaneamente por um período em menos de 21 (vinte e um) dias, porém apresentam recidivas (COELHO, 2005).

Queilite angular: é uma úlcera fissural que está localizada nas comissuras labiais, bilateralmente e pode ter como origem carências nutricionais, como por vitaminas, além de perda de dimensão vertical, que é devido a perda dentária ou a reabilitação com próteses inadequadas, favorecendo o desenvolvimento de lesões por acúmulo de saliva e também trauma físico (CASTRO, 2000).

Possui leito hiperêmico, hemorrágico e halo eritematoso, podendo apresentar crosta e descamação. Quando há associação com infecção bacteriana e fúngica, as lesões apresentam-se agravadas. (CASTRO, 2000).

Diagnóstico principalmente clínico, com prognóstico favorável, e o tratamento consiste na correta determinação da dimensão vertical, administração de vitaminas, principalmente do complexo B e também uso local e bochecho com antimicrobianos (CASTRO, 2000).

Lesões Herpéticas: Herpes simples é uma doença infecciosa comum, causada pelo vírus do herpes simples (HSV). Existem dois tipos, mas é o tipo 1 que afeta geralmente a região da boca (REGEZI, 2008). Representa a doença viral mais comum no homem moderno, excluindo-se as infecções respiratórias. Em pacientes imunocomprometidos, as infecções herpéticas podem provocar severas complicações (FATAHZADEH; SCHWARTZ, 2007; CONSOLARO; CONSOLARO, 2009).

As lesões recorrentes do herpes simples são altamente contagiosas para os pacientes, suas famílias, profissionais da saúde e auxiliares (SIEGE, 2002; CONSOLARO; CONSOLARO, 2009). Quanto mais vírus e recorrências frequentes sem tratamento, maior o potencial de contaminação (CONSOLARO; CONSOLARO, 2009).

Na manifestação do herpes simples labial em pacientes imunocompetentes podem ser distinguidos os três períodos clínicos da doença: prodrômico, algumas doenças apresentam manifestações clínicas iniciais, como certos sinais e sintomas prodrômicos, que se antecipam ao quadro ativo da doença, no caso do herpes isso também ocorre e quando ocorrem sintomas, até 24 horas antes das lesões de herpes, como prurido, ou mesmo alteração de sensação no local, como ardência, e quase sempre o local apresenta-se com aspecto eritematoso, desta forma são sintomas que se antecipam ao aparecimento das vesículas e bolhas. Quando isto ocorre, é possível antecipar o diagnóstico de lesões de herpes e atuar evitando seu aparecimento, ou mesmo minimizar a quantidade e severidade das lesões com a aplicação de terapêutica aplicada; o segundo período é o clínico ativo que sucede o período prodrômico na pele peribucal e semimucosa labial eritematosa e hipertérmica com o aparecimento das primeiras pápulas, que evoluem rapidamente para vesículas e bolhas cheias de líquido citrino, que representa um exsudato inflamatório seroso, dura entre 2 e 4 dias e as lesões recorrentes peribucais e labiais são predominantemente constituídas por vesículas agrupadas em forma de cachos ou ramalhetes especialmente nas comissuras. Com relativa frequência, o herpes simples recorrente labial pode se apresentar na forma de apenas uma ou algumas bolhas, muitas vezes volumosas. As manifestações clínicas são localmente dolorosas, especialmente durante a movimentação ou manipulação do local afetado. O prurido, eventualmente, estabelece-se como um sintoma secundário. Estas lesões são altamente contagiosas, pela grande quantidade de partículas virais no conteúdo vesicular/bolhoso e sua manipulação deve ser evitada (CONSOLARO; CONSOLARO, 2009).

Dessa forma, o paciente deve ser orientado a, rapidamente, enxugar/limpar com gaze ou lenços descartáveis, o conteúdo vesicular quando rompimentos acontecerem, pois podem contaminar áreas vizinhas, e imediatamente jogá-los fora (CONSOLARO; CONSOLARO, 2009).

Quando ocorre redução de vesículas e bolhas, e isso se dá gradativamente em volume e o exsudato seroso é reabsorvido, desde que não tenham sido rompidas anteriormente. O local, agora seco, apresenta-se recoberto por escamas e crostas amareladas e/ou escuras que duram, em média, de 2 a 4 dias e caracterizam o período reparatório. Nessa fase, as lesões apresentam um número muito reduzido de vírus, mas podem ser ainda contagiosas, especialmente porque aproximadamente 10% das pessoas ainda continuam liberando partículas virais mesmo depois das lesões resolvidas (CONSOLARO; CONSOLARO, 2009).

Muito embora o risco de contaminação seja mais reduzido no período reparatório, durante atendimento clínico deve-se tomar cuidado com contaminação (CONSOLARO; CONSOLARO, 2009).

O vírus fica no latente no glânglio neural no nervo trigêmeo e quando ocorrem fatores desencadeantes as lesões aparecem na primeira vez como Gengivoestomatite Herpética Aguda (GEHA); e então após este evento ocorre período de remissão das lesões, porém toda vez que houver alteração na resistência imunológica as lesões reaparecerão (CONSOLARO; CONSOLARO, 2009).

Carcinoma: o câncer de boca representa um sério problema de saúde em quase todos os países do mundo e também no Brasil (STEWART *et al*, 2003; PEREZ *et al*, 2007; Montoro *et al*, 2008), e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer de boca e o de orofaringe são as neoplasias de cabeça e pescoço mais frequentes, com cerca de 390 mil novos casos por ano (STEWART *et al*, 2003; MONTORO *et al*, 2008). Dentre os tipos mais comuns temos o carcinoma espinocelular e o verrucoso:

Carcinoma Espinocelular: Mais de 90% dos cânceres de boca e garganta, são carcinomas de células escamosas, também chamados de carcinomas espinocelulares ou ainda carcinomas epidermóides. Tratam-se de células escamosas achatadas, que normalmente revestem a cavidade bucal e a garganta. A forma inicial do carcinoma de células escamosas é chamada de carcinoma *in situ*, isto é, o câncer só está presente nas células da camada de revestimento, chamada de epitélio, e não invade as camadas mais profundas. Um carcinoma espinocelular invasivo significa que as células do câncer penetraram em camadas mais profundas da cavidade bucal e da orofaringe (INCA).

Carcinoma Verrugoso: o carcinoma verrugoso é uma variante do carcinoma espinocelular que responde por menos de 5% dos tumores da boca. É um câncer de baixa agressividade, que raramente produz metástases, mas que pode se espalhar profundamente pelos tecidos vizinhos. A remoção cirúrgica do tumor com boa margem de tecidos ao redor, é recomendada nesses casos (INCA).



Conhecer as alterações na cavidade bucal implica em conseguir atuar corretamente nos tratamentos e em como isso interfere na saúde bucal e até mesmo na saúde geral.



Saber o que está dentro da normalidade na cavidade bucal é muito importante, porém entender e saber diagnosticar as alterações e como ocorrem só é possível quando conhecemos estas alterações. Concluindo que as alterações implicam em atenção odontológica.



<<http://www.institutodosorriso.com.br/?cont=desviosdenormalidade>

<http://direitodoidoso.braslink.com/01/artigo017.html>>.



Um profissional de saúde, quando possuir sua especialidade não pode nem deve descuidar de todo o restante em relação à cavidade bucal, sendo assim quando estiver fazendo anamnese e exame clínico iniciais deve sempre se atentar para o que estiver fora da normalidade dentro e fora de sua especialidade.

CAPÍTULO 2

Composição da saliva



O que compõe a saliva? E como sua composição interfere em sua função?

Figura 10. Saliva.

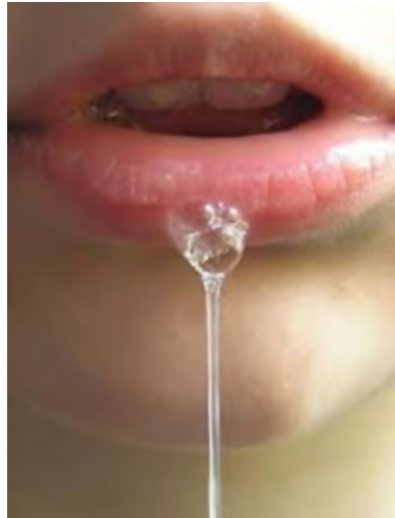


Figura disponível em: <<http://www.brasilecola.com/biologia/saliva.htm>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

A saliva é um fluido heterogêneo presente na boca em contato com os dentes e mucosa oral. As glândulas salivares são compostas basicamente por células ductais e acinares. Todo o movimento do líquido ocorre por meio do componente das células acinares do tecido salivar, sendo que, as glândulas salivares maiores que produzem mais de 90% do volume total da saliva, consistem em: células acinares da glândula parótida, principalmente de células serosas, resultando em uma saliva fina, mais aquosa, e rica em amilase, enquanto que as células acinares das glândulas sublinguais são, na maior parte, células mucosas, sendo essas as menores entre as glândulas salivares maiores. As glândulas submandibulares contêm ambas, células acinares serosas e mucosas, sendo assim são glândulas mistas, e secretam uma saliva mais viscosa e rica em mucinas.

O volume de saliva também recebe contribuição de glândulas salivares menores (Produzem menos de 10% do volume total de saliva) e do fluxo crevicular gengival (fluido gengival) (BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007).

As glândulas salivares menores são quase que exclusivamente produtoras de muco e produzem uma saliva viscosa que é rica em imunoglobulinas e mucinas. São encontradas principalmente na mucosa oral e denominadas de acordo com a localização: labial, palatina ou lingual (BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007).

As células ductais formam uma rede de ramificações para o transporte da saliva isotônica primária da parte final acinar para a cavidade oral. Na região ductal, sódio e cloreto são absorvidos, enquanto que o potássio é secretado, o que resulta em uma saliva hipotônica, rica em proteínas, uma vez que entra na cavidade oral. Secreção salivar basal normal (repouso) é basicamente hipotônica, ligeiramente alcalina e rica em potássio, enquanto a saliva estimulada é menos hipotônica e tem uma maior concentração de sódio e cloreto, com uma menor concentração de potássio (BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007).

O principal fator que afeta a composição salivar é o índice de fluxo salivar, que varia de acordo com o tipo, intensidade e duração do estímulo. Com o aumento do fluxo salivar, as concentrações de proteína total, sódio, cálcio, cloreto e bicarbonato, assim como o pH aumentam vários níveis, enquanto que as concentrações de fosfato inorgânico e magnésio diminuem (ALMEIDA *et al*, 2008).

O estímulo químico ou mecânico está associado com o aumento da secreção salivar e substâncias ácidas são consideradas potentes estímulos gustativos (ALMEIDA *et al*, 2008).

Segundo Almeida *et al* (2008), o percentual de contribuição das glândulas durante o fluxo salivar não estimulado é o seguinte:

- » 20% produzida pelas glândulas parótidas;
- » 65% a 70% pelas glândulas submandibulares;
- » 7% a 8% pelas glândulas sublinguais;
- » <10% pelas glândulas salivares menores.

Quando fluxo salivar é estimulado, há uma alteração no percentual de contribuição de cada uma das glândulas parótidas, sendo de 50% do total secreção salivar (ALMEIDA *et al*, 2008; BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007).

A secreção salivar pode ser serosa, mucosa ou mista. A secreção serosa é produzida principalmente pelas parótidas, sendo rica em íons e enzimas. As secreções mucosas são ricas em mucinas (glicoproteínas) e apresentam pouca ou nenhuma atividade enzimática, sendo produzidas principalmente pelas glândulas salivares menores. Na secreção mista, produzida, por exemplo, pelas glândulas submandibulares e sublinguais, o conteúdo salivar depende da proporção entre as células serosas e mucosas (ALMEIDA *et al*, 2008).

Muitos pesquisadores têm feito uso da sialometria (medida do fluxo salivar) e da sialoquímica (constituição bioquímica da saliva) para diagnosticar doenças sistêmicas, além de ser utilizada para a vigilância da saúde geral, a saliva pode ser um indicador de risco para doenças, criando uma estreita relação entre saúde oral e sistêmica (ALMEIDA *et al*, 2008).

A diferença na secreção salivar entre homens e mulheres tem sido atribuída a duas teorias: as mulheres apresentam menores glândulas salivares em comparação com os homens e o padrão hormonal feminino pode contribuir para a diminuição da secreção salivar. No entanto, menopausa e terapia de reposição hormonal não são associadas com disfunção salivar da parótida (ALMEIDA *et al*, 2008).

O fluxo salivar não estimulado é considerado normal acima de 0,3 mL/min, enquanto que a hipossalivação é caracterizada por um fluxo salivar menor que 0,3 mL/min (JENSEN *et al*, 2003).

Segundo Almeida *et al*, em 2008, o fluido salivar é uma secreção exócrina, que consiste de aproximadamente 99% de água, contendo uma variedade de eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, cloro, magnésio, bicarbonato, fosfato) e proteínas, representada por enzimas, imunoglobulinas e outros fatores antimicrobianos, glicoproteínas da mucosa, traços de albumina e alguns polipeptídeos e oligopeptídeos de importância para a saúde oral. Há também glicose e produtos nitrogenados, tais como ureia e amônia.

Assim a importância da saliva reside em evitar a proliferação bacteriana, aumento da frequência de lesões de cárie, ulcerações e infecções dos tecidos orais, dificuldades para mastigar, deglutir e falar (ALMEIDA *et al*, 2008; BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007).



A saliva é muito importante para a saúde bucal. Além disso conhecer sua composição permite conhecimento a respeito de como atua na cavidade bucal.



Saliva tem um papel importante na manutenção da saúde oral, além disso sua composição, concentração e quantidade de fluxo salivar são determinantes para manter a integridade dos tecidos duros e moles presentes na cavidade oral.



<<http://www.todabiologia.com/dicionario/saliva.htm>>.

<<http://www.brasilecola.com/biologia/saliva.htm>>.

<<http://www.todamateria.com.br/saliva/>>.



Tenha sempre em mente a composição da saliva, para que isso o ajuda tanto em diagnóstico bucal quanto em planejamento de reabilitações, por exemplo.

CAPÍTULO 3

Funções da Saliva



Quais são as funções da saliva? E como a saliva atua na boca e no sistema digestório?

Os componentes interagem e são responsáveis por várias funções atribuídas à saliva entre elas:

Gustação

O fluxo salivar inicialmente formado no interior do ácino é isotônico em relação ao plasma. No entanto, como é excretado por meio de uma rede de ductos, torna-se hipotônico. A hipotonicidade da saliva (baixos níveis de glicose, sódio, cloreto e ureia) e sua capacidade para fornecer a dissolução de substâncias permitem que as papilas gustativas percebam sabores diferentes (ALMEIDA *et al*, 2008).

Proteção e lubrificação

A saliva forma uma cobertura que lubrifica e protege os tecidos orais contra agentes irritantes. Isso ocorre devido à mucina (proteína com alto teor de carboidratos) responsável pela lubrificação, proteção hidratação e manutenção da viscosidade salivar. Também modula seletivamente a aderência dos microrganismos nas superfícies do tecido oral, o que contribui para o controle da colonização bacteriana e fúngica. Além disso, protege os tecidos contra os ataques proteolíticos de microrganismos. A mastigação, a fala e a deglutição são auxiliadas pelo efeito lubrificante destas proteínas (ALMEIDA *et al*, 2008).

Diluição e limpeza

Açúcares na sua forma livre estão presentes na saliva total estimulada e não estimulada, em uma concentração média de 0,5 a 1 mg/100mL. Altas concentrações de açúcar na saliva ocorrem principalmente após a ingestão de alimentos e bebidas. É sabido que existe uma correlação entre a concentração de glicose no sangue e no fluido salivar, especialmente em pacientes portadores de diabetes, mas isso nem sempre é significativo, por isso que a saliva não é utilizada como um meio de controle do açúcar no sangue (ALMEIDA *et al*, 2008).

Além de diluir as substâncias, a sua fluidez proporciona limpeza mecânica dos resíduos presentes na boca, como bactérias não aderentes, restos celulares e alimentares. O fluxo salivar tende a eliminar o excesso de carboidratos, assim, limitar a disponibilidade de açúcares para o biofilme de microrganismos. Quanto maior o fluxo salivar, maior a limpeza e a capacidade de diluição e, portanto, se as mudanças no estado de saúde levaram a uma redução no fluxo salivar, haveria uma alteração drástica no nível de limpeza oral (ALMEIDA *et al*, 2008).

Capacidade tampão

A saliva se comporta como um sistema tampão para proteger a mucosa:

- a. impede a colonização por microrganismos potencialmente patogênicos, negando-lhes a otimização das condições ambientais;
- b. neutraliza e limpa os ácidos produzidos por microrganismos acidogênicos, assim, evitando a desmineralização do esmalte.

É importante destacar que a espessura do biofilme e o número de bactérias presentes determinam a eficácia da capacidade tampão da saliva e resíduos carregados negativamente funcionam como tampão. A sialina, um peptídeo salivar, desempenha um papel importante no aumento do pH do biofilme após a exposição aos carboidratos fermentáveis. A ureia, um outro tampão presente no fluido salivar é um produto de aminoácidos e catabolismo proteico que provoca um rápido aumento no pH do biofilme por meio da liberação de amônia e dióxido de carbono quando hidrolisados por bactérias uréase positivas (ALMEIDA *et al*, 2008).

Manutenção da integridade dos tecidos dentários

A saliva desempenha um papel fundamental na manutenção da integridade físico-química do esmalte dental modulando a remineralização e a desmineralização. Os principais fatores que controlam a estabilidade da hidroxiapatita são as concentrações ativas livres de cálcio, fosfato, e flúor na solução e no pH salivar. As altas concentrações de cálcio e fosfato na saliva garantem troca iônica dirigida para as superfícies dos dentes que começam com erupção dental resultando na maturação pós-eruptiva. A remineralização de um dente cariado antes da cavitação é possível, principalmente devido à disponibilidade de íons cálcio e fosfato na saliva (ALMEIDA *et al*, 2008).

A concentração de cálcio salivar varia com o fluxo salivar e não é afetado pela dieta, no entanto, doenças como a fibrose cística e alguns medicamentos como a pilocarpina levam a um aumento nos níveis de cálcio. Dependendo do pH, o cálcio salivar pode ser

ionizado ou vinculado. O cálcio ionizado é importante para estabelecer equilíbrio entre o fosfato de cálcio do esmalte e seu líquido adjacente. Cálcio não ionizado pode ser ligado a íons inorgânicos (fosfato inorgânico, bicarbonato, fluoreto), a pequenos íons orgânicos (citrato) e a macromoléculas. Um caso especial da combinação de cálcio é sua forte ligação com α -amilase, onde atua como um cofator necessário para a função enzimática (ALMEIDA *et al*, 2008).

A presença de flúor na saliva, mesmo em níveis fisiologicamente baixos é decisivo para a estabilidade dos minerais dentais. Sua concentração em saliva total está relacionada ao seu consumo. Ele é dependente do flúor no ambiente, especialmente na água potável. Outras fontes são também importantes, tais como dentifrícios e outros produtos utilizados na prevenção da cárie. A presença de íons fluoreto na fase líquida reduz perda mineral durante uma queda no pH, pois esses íons diminuem a solubilidade de hidroxiapatita dental, tornando-o mais resistente à desmineralização. Também foi demonstrado que o fluoreto reduz a produção de ácidos do biofilme (ALMEIDA *et al*, 2008).

O pH salivar normal é de 6 a 7 e varia de acordo com o fluxo salivar, a partir de 5,3 (baixo fluxo) para 7,8 (pico de fluxo). Existem várias fontes de íons de hidrogênio nos fluidos orais: secreção das glândulas salivares, sob a forma de ácidos orgânicos e inorgânicos; produção da microbiota oral; ou pelos alimentos. Estes íons influenciam o equilíbrio do fosfato de cálcio no esmalte e quanto maior a concentração de íons hidrogênio, menor o pH e vice-versa. Maiores fluxos de secreção salivar estimulada, a concentração de íons bicarbonato é mais elevada, o pH também aumenta, e o poder tampão da saliva aumenta drasticamente (ALMEIDA *et al*, 2008).

Digestão

A saliva é responsável pela digestão inicial de amido, favorecendo a formação dos bolos alimentares. Esta ação ocorre principalmente pela presença da enzima digestiva α -amilase (ptialina) na sua composição. Sua função biológica é dividir o amido em maltose, maltotriose e dextrina. Esta enzima é considerada um indicador do bom funcionamento das glândulas salivares, sendo 40% a 50% do total da produção de proteína salivar pelas glândulas. A maior parte desta enzima (80%) é sintetizada nas parótidas e o restante nas glândulas submandibulares. Sua ação é inativada nas porções ácidas do trato gastrointestinal e, conseqüentemente limitada à boca (ALMEIDA *et al*, 2008).

Reparação tecidual

A função de reparação tecidual é atribuída à saliva, pois clinicamente o tempo de sangramento dos tecidos orais parece ser mais curto do que outros tecidos. Quando a saliva é experimentalmente misturada com sangue, o tempo de coagulação pode ser extremamente acelerado (embora o coágulo resultante seja menos sólido do que o normal) (ALMEIDA *et al*, 2008).

Propriedades antibacterianas e participação na formação do cálculo e biofilme

A saliva contém um espectro de proteínas imunológicas e não imunológicas com propriedades antibacterianas. Além disso, algumas proteínas são necessárias para inibir a precipitação espontânea de íons cálcio e fosfato nas glândulas salivares e nas suas secreções. Ambos, a película adquirida e o biofilme, têm proteínas derivadas da saliva (ALMEIDA *et al*, 2008).

A imunoglobulina A (IgA) é o maior componente imunológico da saliva, podendo neutralizar vírus, bactérias e toxinas. Ela serve como um anticorpo de antígenos bacterianos e é capaz de agregar bactérias, inibindo sua adesão aos tecidos orais. Outros componentes imunológicos, tais como imunoglobulina G (IgG) e imunoglobulina (IgM), ocorrem em menor quantidade e, provavelmente, originários do fluido gengival (ALMEIDA *et al*, 2008).

Entre os componentes das proteínas não imunológicas salivares, existem enzimas (lisozima, lactoferrina e peroxidase), glicoproteínas de mucina, aglutininas, histatinas e proteínas ricas em prolina. A lisozima pode hidrolisar a parede celular de algumas bactérias, e por ser fortemente catiônica, pode ativar “autólises” bacterianas, que são capazes de destruir componentes da parede celular destes microrganismos. Bactérias gram-negativas são mais resistentes a esta enzima, devido à função de proteção da camada externa de lipopolissacarídeos. Outros mecanismos antibacterianos têm sido propostos para esta enzima, tais como agregação e inibição de aderência bacteriana. Lactoferrina faz ligações com o ferro livre da saliva causando efeitos bactericida ou bacteriostático sobre vários microorganismos que requerem ferro para a sua sobrevivência como o grupo *Streptococcus mutans*. Também apresenta funções fungicidas, antivirais, anti-inflamatórias e imunomoduladoras.

A peroxidase ou sialoperoxidase oferece atividade antimicrobiana, pois serve como um catalisador para a oxidação do íon salivar tiocianato por peróxido de hidrogênio em hipotiocianato, uma substância antibacteriana potente. Como resultado do seu

consumo, proteínas e células são protegidas dos efeitos tóxicos e oxidantes do peróxido de hidrogênio (ALMEIDA *et al*, 2008).

As proteínas ricas em prolina inibem a precipitação espontânea de sais de fosfato de cálcio e o crescimento de cristais de hidroxiapatita na superfície do dente, impedindo a formação de cálculo salivar e dentário. Favorecem a lubrificação da mucosa oral e é provável que ambos sejam importantes na formação da película adquirida. Outra função proposta para as proteínas ricas em prolina é a capacidade de mediar seletivamente adesão bacteriana à superfície do dente. As cistatinas também estão relacionadas à formação da película adquirida e o equilíbrio de cristais de hidroxiapatita. Devido as suas propriedades de inibição da protease, agem no controle da atividade proteolítica. As histatinas, uma família de peptídeos ricos em histidina tem atividade antimicrobiana contra algumas cepas de *Streptococcus mutans* e inibem a hemo-aglutinação do periodontopatógeno *Porphyromonas gingivallis*. Neutralizam os lipopolissacarídeos das membranas externas de bactérias Gram-negativas e são potentes inibidores do crescimento e desenvolvimento de *Candida albicans*. Os efeitos bactericida e fungicida ocorrem pela união de histatinas positivamente carregadas com as membranas biológicas, resultando na destruição de sua arquitetura e alterando sua permeabilidade. Outras funções atribuídas a estes peptídeos são: participação na formação película adquirida e inibição da liberação de histamina pelos mastócitos, sugerindo um papel na inflamação oral. A aglutinina salivar, uma proteína altamente glicosilada, frequentemente associada a outras proteínas salivares, com o IgA é um dos principais componentes salivares responsáveis pela aglutinação bacteriana (ALMEIDA *et al*, 2008).



A saliva possui funções variadas na cavidade bucal, as quais devem ser conhecidas, já que são de suma importância para a saúde bucal.



<<http://fisiologiadadigestao.blogspot.com.br/2013/05/composicao-salivar-e-suas-funcoes.html>>.



Saber as funções da saliva contribuem para a saúde bucal sendo assim necessário observar como no exame clínico do paciente se tudo dentro da normalidade.

CAPÍTULO 4

Alterações qualitativas e quantitativas que ocorrem



Quais são as alterações que ocorrem com a saliva e porque devem ser conhecidas?

A secreção salivar (ou fluxo salivar) sofre variações quantitativas sob influência de diferentes estímulos e condições. (CASTRO, 2007). Desta forma, disfunção salivar é qualquer alteração na produção quantitativa ou qualitativa da saliva causada por um aumento (hiperfunção) ou uma diminuição (hipofunção) na produção salivar (BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007).

Os termos hipofunção salivar ou hipossalivação e xerostomia são muitas vezes indevidamente utilizados, pois a hipossalivação refere-se a uma diminuição do fluxo salivar, enquanto que a xerostomia refere-se à experiência subjetiva de boca seca. Isto é ainda mais complicado pelo fato de que alguns pacientes com hipossalivação não são xerostômicos e, inversamente, algumas pessoas com xerostomia podem apresentar taxas de fluxo salivar normal. No entanto, a xerostomia é um sintoma comum e primário associado à hipofunção das glândulas salivares (BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007) e a sua diminuição ou ausência do fluxo salivar pode causar morbidade significativa e uma redução na percepção da qualidade de vida de um paciente (GUGGENHEIMER; MOORE, 2003).

Vários medicamentos podem afetar a saúde bucal e com o envelhecimento da população e muitas drogas disponíveis, os cirurgiões-dentistas podem esperar encontrar efeitos colaterais do uso dessa medicação por seus pacientes, incluindo aquela utilizada por longo período, levando a um impacto negativo sobre a saúde bucal, incluindo o aparecimento de gengivite e xerostomia (CIANCIO, 2004).

A xerostomia é um efeito colateral de cerca de 400 medicamentos, sendo que os grupos mais comuns são: cardiovasculares (anti-hipertensivos, diuréticos, inibidores da enzima conversora de Angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio, antidisrímicos), psiquiátricos (ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos etc.), analgésicos de ação central, antiparkinsonianos, antialérgicos (anti-histamínicos), antiácidos, anorexígenos, anticonvulsivantes, antidiarreicos, relaxantes musculares, broncodilatadores, descongestionantes e anti-inflamatórios não esteroidais (CIANCIO, 2004).

Byrne, em 2003, realizou um estudo que avaliou o efeito de anti-hipertensivos na cavidade oral, no qual dois grupos de pacientes foram pareados por idade, sexo, número de dentes cariados, perdidos e obturados e estado de higiene oral. A perda óssea foi similar em ambos os grupos, porém o grupo que fazia uso de anti-hipertensivos tinha xerostomia e 60% mais cárie de superfície do que o grupo controle.

Um outro fator que pode estar associado à hipossalivação é a presença de doenças sistêmicas, inclusive algumas, afetam diretamente a produção da saliva. Dentre essas doenças podemos destacar:

- » Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença inflamatória crônica, autoimune, que afeta o tecido conjuntivo, com uma prevalência na população de 0,6% ou menos. As mulheres são as mais atingidas, perfazendo 90% dos casos. Ela caracteriza-se por infiltração linfocítica das glândulas exócrinas em vários sítios dando origem a uma sialadenite focal com disfunção (hipofunção secretora) das glândulas salivares e lacrimais. Surgem então queixas de xerostomia e olhos secos (ceratoconjuntivite seca [CCS]). Esse distúrbio é normalmente diagnosticado na quarta ou quinta décadas de vida e por volta de um terço dos pacientes também apresentam manifestações extra-glandulares como fadiga e artralgias. A hipofunção salivar com consequente xerostomia pode levar a complicações bucais, incluindo cárie dentária, cervical, incisal e de cúspides, além de infecções por *Candida sp.* e dificuldades com a alimentação, deglutição e fala (BÜLTZINGSLÖWEN *et al.*, 2007).
- » Artrite Reumatoide (AR) é caracterizada por hiperplasia sinovial e inflamação articular crônica. Ela atinge 1% da população, com predileção de 3:1 para mulheres. A AR afeta predominantemente as pequenas articulações das mãos, punhos e pés e também pode afetar a articulação temporomandibular (ATM). A etiologia e a patogênese da AR não são totalmente compreendidas e os sintomas clínicos incluem fraqueza, dor e função limitada de algumas das articulações, sendo que alguns pacientes com artrite reumatoide apresentam hipossalivação e capacidade tampão da saliva reduzida (BÜLTZINGSLÖWEN *et al.*, 2007).
- » Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória do tecido conjuntivo com produção de autoanticorpos específicos. Mais de 75% dos pacientes e alguns estudos mostram pacientes com LES apresentando dor e xerostomia (BÜLTZINGSLÖWEN *et al.*, 2007). Ben-Aryeh *et al* (1993) estudaram um grupo de 22 pacientes com LES

sem outras doenças sistêmicas e nenhum dos pacientes queixou-se de xerostomia. No entanto, esses pacientes apresentavam taxas do fluxo salivar significativamente mais baixas do que as dos grupos-controle e taxas salivares com concentração superior de sódio, cálcio, magnésio, imunoglobulina A (IgA) e imunoglobulina M (IgM).

- » Diabetes mellitus. Os pacientes com diabetes podem queixar-se de xerostomia, mas existem resultados conflitantes sobre taxas de fluxo salivar. Alguns estudos têm mostrado menos saliva em repouso e estimulada em pacientes com Diabetes mellitus tipo 1 e 2, enquanto outros estudos não mostraram diferenças entre os pacientes com ou sem diabetes. A qualidade da saliva também foi examinada e algumas alterações na composição (aumento da concentração de alguns componentes) podem ocorrer. Tem sido sugerido que a neuropatia e alterações microvasculares, com disfunção endotelial e deterioração da microcirculação, que estão associadas a diabetes mellitus, poderiam desempenhar um papel na distribuição e composição do fluxo salivar (BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007).

Embora, muitos estudos tenham demonstrado efeitos orais em pacientes com diabetes, tais como aumento da susceptibilidade à doença periodontal e infecções fúngicas, os efeitos sobre a secreção salivar ainda não estão claros. A hipofunção salivar nestes pacientes pode muito bem ser uma resposta a um controle inadequado do diabetes, isto é, às perturbações metabólicas secundárias. Mesmo que exista xerostomia e disfunção real das glândulas salivares como uma consequência do diabetes, sua causa ainda permanece indeterminada e mais estudos são necessários (BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007).

Inicialmente, os pacientes podem não estar cientes de que uma redução do fluxo salivar está ocorrendo, a menos que algumas das suas complicações, tais como um aumento da cárie dentária na cervical, se torne aparente, tornando o diagnóstico mais difícil. Após o desenvolvimento de sintomas, que podem incluir dor, ardor ou dificuldade em engolir, é provável que o paciente busque o cuidado do cirurgião-dentista (GUGGENHEIMER, MOORE, 2003; GUPTA *et al*, 2006; JACOB *et al*, 1996; LAFAURIE *et al*, 2009). Pacientes com xerostomia devem submeter-se a frequentes avaliações odontológicas para o diagnóstico precoce das complicações orais e devem ser incentivados a realizar diariamente autoexame bucal para qualquer alteração na mucosa como úlceras, lesões ou nos dentes como cáries e para relatar quaisquer resultados incomuns (GUPTA *et al*, 2006).

A xerostomia pode ser acompanhada por uma variedade de alterações orais em tecidos moles e duros, pois a redução do fluxo salivar implica em um comprometimento dos mecanismos de defesa oral e de lubrificação, sendo que a mucosa oral pode tornar-se dolorosa, com a presença muitas vezes de ulcerações e atrofias. Sofrem alteração também, a mastigação, a deglutição, o paladar, a formação do bolo alimentar, a defesa contra infecções virais, bacterianas e fúngicas e a remineralização do esmalte dental e dentina (CIANCIO, 2004; GUPTA *et al*, 2006; LAFAURIE *et al*, 2009). Observa-se também uma modificação qualitativa do fluxo salivar, quanto ao seu conteúdo proteico, incluindo a produção de imunoglobulinas A e da capacidade tampão, consequentemente à alteração qualitativa, pode influenciar na remineralização dentária, levando a cáries (DREIZEN *et al*, 1976; GUGGENHEIMER, MOORE, 2003; GUPTA *et al*, 2006; JACOB *et al*, 1996). Das alterações bucais decorrentes da hipossalivação, podemos cárie dentária e candidose, principalmente.

Usuários de próteses totais podem ter problemas na retenção das mesmas, quando presente a hipossalivação (CIANCIO, 2004; GUPTA *et al*, 2006; LAFAURIE *et al*, 2009), além de queixas de halitose, sensação de queimação e intolerância a certos alimentos. As queixas de xerostomia são mais comuns durante a noite, porque a produção salivar está em seu nível mais baixo durante o sono e o problema pode ser agravado pela respiração bucal. Achados extra-orais decorrentes da hipossalivação incluem o ressecamento labial e ocasionalmente, aumento das glândulas salivares (GUPTA *et al*, 2006).

O controle da xerostomia é importante no sentido de ajudar a população crescente de pacientes com esta alteração e um dos desafios mais comuns na Estomatologia é o tratamento dessa condição. Alguns tratamentos são preconizados, porém nenhum deles totalmente eficaz, mas podem aliviar o desconforto (DREIZEN *et al*, 1976; JACOB *et al*, 1996).

A pilocarpina foi aprovada em vários países para o tratamento de xerostomia induzida por radiação ou SS, sendo que a dose recomendada é de 5 mg por via oral, 3 vezes ao dia, com titulação de até 10 mg (BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007).

Fox *et al*, em 1991, relataram que 5 mg de pilocarpina administrada por via oral, 3 ou 4 vezes ao dia, demonstraram um aumento significativo na taxa de produção de saliva, bem como o reforço das medidas subjetivas em pacientes com Síndrome de Sjogren (SS). Demonstraram também que a pilocarpina administrada por via oral é segura e eficaz na melhoria dos sintomas da xerostomia. No mesmo estudo, foi testada uma formulação de enxaguatório de pilocarpina, durante 1 minuto, em indivíduos saudáveis e houve aumento do fluxo salivar que persistiu por 75 minutos, tanto para pilocarpina a 1% e 2%, sem efeitos colaterais significativos. Neste estudo foi medida a sensação

subjetiva de aumento do fluxo salivar pela escala analógica visual (EAV) que apresentou melhor resultado em indivíduos que utilizaram a dose de 2%. Concluíram também que, esta formulação pode permitir o uso de pilocarpina local, minimizando seus efeitos colaterais.

O hidrocloreto de cevimeline é derivado da acetilcolina, funcionando como um agonista muscarínico das células epiteliais das glândulas salivares e lacrimais e também pode aumentar a secreção das glândulas exócrinas, aumentar o tônus muscular e a mobilidade nos tratos gastrointestinal e urinário. O cevimeline oral melhora a hipossalivação e a recomendação de uso é de 30 mg, 3 vezes ao dia (BÜLTZINGSLÖWEN *et al*, 2007).

Alguns estudos mostram que, nos últimos anos, tem sido desenvolvida a estimulação não farmacológica baseada em estimulação elétrica do nervo lingual por meio de eletrodos colocados na sua proximidade, que melhora os sintomas de secura bucal e aumenta a secreção salivar, assim estimula diretamente o nervo que controla a glândula salivar e reforça o reflexo salivar (LAFAURIE *et al*, 2009).

Segundo Robinson *et al* (2005), são também alternativas de tratamento para a xerostomia, os estimulantes locais (dentre eles, a saliva artificial), lubrificantes e protetores, e estes autores realizaram um estudo que utilizou reservatório com ou sem saliva artificial em um grupo misto de 84 pacientes com xerostomia e mostraram que a saliva artificial melhora a saúde bucal levando a melhoria da qualidade de vida das pessoas com xerostomia.

Figura 11. Saúde Salivar.

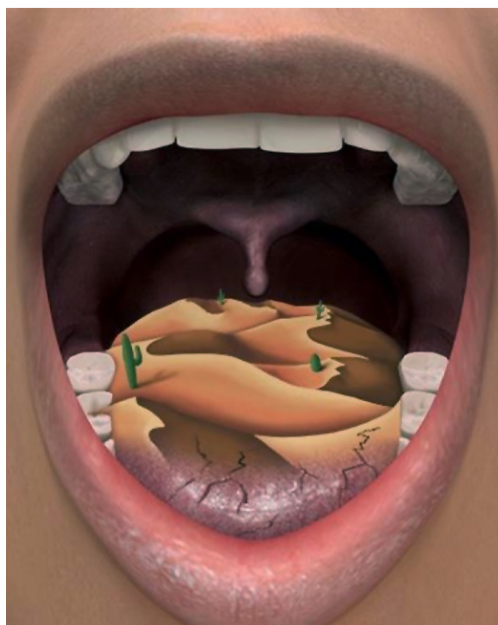


Figura disponível em: <<http://saudesalivar.com.br/saliva/tabela-de-alteracoes>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

Saliva utilizada como recurso diagnóstico

Diversas doenças sistêmicas podem comprometer o funcionamento das glândulas salivares, influenciando tanto na quantidade quanto na qualidade, comprometendo a produção de saliva. Essas alterações podem assim colaborar para o diagnóstico de diversas doenças. A avaliação funcional da saliva pode ser feita por métodos sialométricos (fluxo salivar) e sialoquímicos (a partir do exame da contagem de elementos orgânicos e inorgânicos). Este tem aplicação na identificação de doenças virais, bacterianas e fúngicas. Além disso, pode ser indicador biológico importante no diagnóstico e prognóstico de neoplasias, principalmente as malignas, na medição de níveis hormonais, na avaliação do risco de cárie etc. Dentre as vantagens do uso desse recurso constam a facilidade de coleta e manuseio do material, além de baixo risco de contaminação para o operador (ALMEIDA *et al*, 2008).

A saliva pode ser coletada diretamente de uma glândula (maior), sendo útil para avaliar a função dessa glândula especificamente; ou recolhida do meio bucal, assim a saliva total representará uma mistura das secreções das glândulas salivares, do fluido gengival, de células epiteliais descamadas, de restos de alimentos, de microrganismos e dos produtos de seu metabolismo. A coleta da saliva total é avaliada com o objetivo de elucidar alterações sistêmicas (ALMEIDA *et al*, 2008).

A coleta da saliva pode ser feita estimulada de forma mecânica (goma de mascar, parafina, látex) ou química (ácido cítrico), afeta a quantidade da saliva produzida, portanto, alguns de seus constituintes também são alterados. A outra forma é a coleta não estimulada é feita sem estímulos exógenos, entretanto o fluxo salivar também pode ser alterado por estímulos olfatórios, exposição à luminosidade, posição do corpo e ciclo circadiano (ALMEIDA *et al*, 2008).



Conhecer as possíveis alterações que podem acometer a saliva seja em quantidade, seja em qualidade implica em saber como atuar nos sinais e sintomas, para a melhora e preservação da saúde bucal.



<<http://www.webmd.com/oral-health/what-is-saliva>>.

<<http://saudesalivar.com.br/saliva/tabela-de-alteracoes>>.

<http://www.saliva.com.br/saliva/saliva/muita_saliva>.

<<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/salivacao-em-excesso>>.



Atuar com precisão na clínica é necessário e para isto, sempre observe o paciente como um todo, sabendo tanto o que está dentro da normalidade, quanto e não menos importante, as alterações que ocorrem na saliva para que o diagnóstico seja preciso e rápido.

CAPÍTULO 1

Consequências das alterações da saliva



Quando ocorrem alterações na saliva, geram consequências na cavidade oral?

A alteração da saliva gera consequências na cavidade oral e as mais significativas serão discutidas a seguir:

Cárie dentária: que pode surgir pela redução na lubrificação oral e uma incapacidade de remoção dos alimentos rapidamente, especialmente alimentos cariogênicos. Além disso, proteínas salivares e eletrólitos que inibem microrganismos cariogênicos, que são tampão de ácidos por via oral, são diminuídos. O desenvolvimento de cárie, particularmente na região cervical, foi observado dentro de poucas semanas após a radioterapia de cabeça e pescoço, procedimento este que leva à xerostomia. Embora, a perda do paladar não pareça ser uma das principais queixas entre os pacientes com xerostomia, aumentando a sensação de secura ou dificuldade na mastigação e deglutição pode resultar do consumo de alimentos mais macios, e portanto, mais cariogênicos. Frequentemente, os pacientes também vão recorrer ao consumo excessivo de doces e bebidas contendo açúcar em uma tentativa de estimular o fluxo salivar e manter a boca úmida (GUGGENHEIMER, MOORE, 2003; GUPTA *et al*, 2006).

Candidose: a redução do fluxo salivar predispõe a uma proliferação de fungos da espécie *Candida* e isso pode ser agravado pelo uso de próteses, pelo tabagismo e pela presença de doenças sistêmicas como o diabetes (GUGGENHEIMER, MOORE, 2003; GUPTA *et al*, 2006). Esta afecção oral pode ser um dos principais efeitos colaterais da hipossalivação, levando os tecidos a apresentarem-se eritematosos, especialmente na fase aguda da infecção (CIANCIO, 2004).

Síndrome da Ardência Bucal: A síndrome da ardência bucal é uma condição complexa e multifatorial caracterizada pela sensação de queimação, gerando desconforto na cavidade oral, percebida de forma mais marcante e característica na língua, sem que sejam visualizadas alterações clínicas na cavidade oral. Alguns autores têm sugerido que alguns medicamentos podem predispor ao aparecimento da condição, muito embora outros sustentem que a redução do fluxo salivar induzida por medicamentos possa precipitar ou agravar os sintomas (SMITH; BURTER, 1994; PORTER; SCULLY 2000; ABDOLLAHI ; RADFAR, 2002; AMARAL *et al*, 2009). Outros componentes etiológicos incluem fatores psicogênicos, desequilíbrios hormonais, deficiências de folato, ferro ou piridoxina, e reações de hipersensibilidade. Dentre os medicamentos associados podemos citar: ácido nicotínico, amitripilina, benztropina, biperidina, buspirona, captopril, clonazepam, clorpropamida, cromolin, enalapril, ergotamina, estreptomicina, griseofulvina, hidralazina, iodeto de potássio, isoniazida, levodopa, lisinopril, lítio, nitroglicerina, nitrofurantoína, penicilina, propanolol, ticarcilina, tolbutamina, triamtereno, triazolam e vitamina (AMARAL *et al*, 2009)



Conhecer as possíveis alterações que podem acometer a saliva seja em quantidade, seja em qualidade implica em saber quais são as consequências destas alterações na cavidade bucal. E o que ocorre quando por exemplo receitamos um medicamento que causa a redução do fluxo salivar.



MALTZ M; SILVA B. B. **Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares.** Relationship between caries, gingivitis and fluorosis and the socioeconomic status among school children. Rev Saúde Pública 2001;35(2):170-176



<<http://saudesalivar.com.br/saliva/tabela-de-alteracoes>>.

<https://www.tudosobreela.com.br/voce/apoio_07.shtml?sessao=apoio>.

<<http://blogkamilagodoy.com.br/boca-seca-pode-comprometer-saude-bucal/>>.

<<http://blogkamilagodoy.com.br/qual-a-relacao-da-saliva-com-a-saude-bucal/>>.



Apesar de muitos profissionais não observarem a relação da quantidade de saliva, com certeza um diferencial para o clínico é observar estas questões relacionadas a saliva, e se alguma alteração desta está gerando consequências na cavidade oral e que inclusive possa estar prejudicando seu plano de tratamento, promovendo uma mudança desse quadro favorecendo o tratamento a ser realizado e muitas vezes gerando conforto ao paciente.

CAPÍTULO 1

A importância da higiene bucal

As mudanças e melhorias nos hábitos de higiene de uma forma geral ocorridas durante a evolução do homem, com certeza está diretamente relacionada à uma maior longevidade. Com isso, o homem adquiriu conhecimento e o foi aprimorando com relação à sua nutrição, consequentemente de sua alimentação e a cuidar melhor da higiene de seu próprio corpo. Por isso, várias doenças causadas pela ingestão de alimentos contaminados e a falta de higiene pessoal diminuíram sensivelmente, levando-o a melhorar a sua qualidade de vida (GOSUEN, 1997).

A higiene é muito importante para a saúde do indivíduo e, também, para seu convívio e relacionamento em sociedade. A higiene ou a falta dela demonstra o auto cuidado, e o compromisso que uma pessoa tem consigo mesma, além de demonstrar maior autoestima, sendo mais feliz, já que provavelmente tem uma vida social mais ativa. Uma correta higiene é também uma forma muito eficaz para evitar doenças, promovendo ao contrário saúde, e assim melhor qualidade de vida (GOSUEN, 1997).

Pertencente ao que poderia ser chamado de conjunto higiene temos a higiene e o cuidado com a boca. A falta de higiene bucal pode causar mau hálito e desenvolver doenças como cárie e doença periodontal. Com boa higiene então, obtém-se como resultados hálito puro e sorriso saudável, dessa forma os dentes ficam limpos e livres de restos/resíduos alimentares, ausência de doença periodontal (ABEGG, 1997).

Dentes saudáveis não só contribuem para ter uma boa aparência, mas são também importantes para que você possa falar bem e mastigar corretamente os alimentos. Manter uma boca saudável é importante para o bem-estar geral das pessoas. Os cuidados diários preventivos, tais como uma boa escovação e o uso correto do fio dental, ajudam a evitar que os problemas dentários se tornem mais graves. Atuando desta forma em prevenção, evitando problemas de saúde e sendo um meio muito mais

econômico, menos doloroso, além de estar cuidando e mantendo a saúde bucal e ao se fazer prevenção evita-se o tratamento de problemas que se tornariam graves (ABEGG, 1997).

Cada faixa etária apresenta suas peculiaridades quanto a higiene bucal, sendo muito importante conhecer a importância de cada uma delas.

Para os recém-nascidos, a limpeza da cavidade bucal é normalmente iniciada antes mesmo da erupção dental, sendo no primeiro ano de vida que o bebê por meio deste cuidado inicial começa a noção de cuidado de saúde bucal. Para isto, utilizar um tecido limpo ou gaze limpa embebida em água filtrada ou soro para esfregar a gengiva. A escovação está indicada somente a partir da erupção do primeiro dente decíduo, não é necessário uso de dentífrico devido à possibilidade de ingestão pelo bebê. A partir da erupção dos primeiros molares decíduos pode-se usar o mínimo possível de dentífrico (quantidade equivalente a um grão de arroz cru). Um cuidado particularmente importante é a frequência do uso do creme dental, pois acontece ingestão do mesmo nessa idade, podendo causar fluorose dentária. O dentífrico deve ser mantido fora do alcance das crianças. A higienização deve ser realizada pelos pais ou responsáveis (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17)).

A primeira dentição só vai se completar por volta dos dois anos e a partir daí, a escovação noturna principalmente, deve ser um hábito. Ela é fundamental porque à noite não produzimos saliva e os dentes ficam desprotegidos, sendo atacados pelo ácido e bactérias (SANTOS, 2011)

Para as crianças a escovação deve ser contínua, sendo responsabilidade dos pais e/ou responsáveis, mas à medida que a criança cresce, deve ser estimulada a fazer a escovação sozinha. Neste período é importante que a criança escove seus dentes e os pais/responsáveis complementem a escovação, na medida em que o desenvolvimento da motricidade se dá ao longo do tempo (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17)). Somente aos 6 anos é que a criança está madura para cuidar de sua própria higiene pessoal, e os pais não devem passar a responsabilidade antes que elas estejam preparadas. Para que a criança seja bem educada em higienização e desenvolva bons hábitos é necessário que ela receba informações e exemplos (ABEGG, 1997). Reforçar a importância de se usar o mínimo possível de dentífrico, pois a ingestão ainda ocorre nessa idade. Na medida do possível, crianças com menos de 6 anos devem fazer uso de dentífrico fluoretado sob supervisão de um adulto ciente dos riscos da ingestão. O dentífrico deve ser colocado sempre em local inacessível às crianças. O uso de fio dental deve ser introduzido com ajuda de um adulto (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17)).

Assim como as tradicionais brincadeiras, por exemplo, pular corda, brincar de esconde-esconde e ciranda são normalmente estimuladas pelos adultos, o mesmo acontece com os princípios básicos de higiene. A conduta do adulto também é imitada pela criança. Normalmente ela crescerá saudável, quando puder imitar os seus pais e os educadores da escola que de alguma forma ajudam estabelecer, ou seja, estimulam estes valores para a criança (ABEGG, 1997).

Dessa forma, cabe aos pais passar para os seus filhos estes hábitos e, conseqüentemente, procurar escolas ou centros educacionais, no qual seu filho esteja inserido e que mantenha também estes mesmos esforços, pois o desenvolvimento de uma criança passa com certeza também pela escola que é responsável pela continuidade de sua educação, além de estar inserido o desenvolvimento intelectual, social e emocional. Pontos fundamentais para que se estabeleça a continuidade desses princípios básicos de higiene para uma vida mais saudável (ABEGG, 1997).

Na fase da adolescência é necessário estimular a escovação e o uso de fio dental. O conhecimento de cuidado da saúde bucal é importante e ensinar que isso ajuda com o sorriso mais bonito e o hálito mais agradável, o que inclusive pode estimular o autocuidado. Para passar os conceitos e introduzir novos hábitos aos adolescentes é necessário e importante conduzir a conversa com linguagem fácil e acessível, abordando assuntos que os interessem. Ensinar e orientar a escovação e uso do fio dental de forma geral, ensinando a importância do autocuidado. No caso de presença de gengivite ou periodontite, educar quanto a necessidade de correta limpeza destes locais mesmo na presença de sangramentos (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17).

Para os adultos, é necessário e de suma importância estimular a escovação e o uso de fio dental. Além de orientar que a manutenção da saúde periodontal depende da capacidade do controle de placa bacteriana (uso de dentífrico e fio dental pelo usuário). Observada a presença de doença periodontal são necessárias avaliações periódicas de manutenção, e no caso de pacientes que tenham fatores como genética entre outros para o desenvolvimento da doença periodontal são necessárias ações preventivas, que devem abranger a motivação do paciente (tornando os colaboradores/cooperativos com as ações), controle de placa bacteriana, entre outros (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17).

Higiene bucal dos idosos, está fundamentada principalmente na escovação com dentífrico fluoretado, juntamente com o uso do fio dental. É necessário e fundamental avaliar a coordenação motora para realização do controle de placa, além da senilidade do indivíduo. E assim desenvolver, junto ao usuário, uma técnica adequada, até mesmo

personalizada, sendo muitas vezes importante e necessário envolver parentes e/ou cuidadores neste processo, para manter os dentes que estiverem presentes e também quando estes pacientes fizerem o uso de próteses parciais ou totais, fixas ou removíveis, é requerido que seja feita uma correta higienização (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17). Segundo Kina *et al* 2008, a má higiene bucal determina a diminuição da percepção gustativa devido à presença de restos de alimentos sobre os corpúsculos gustativos, o que já ocorre devido ao próprio processo de envelhecimento, e somadas prejudicam inclusive a digestão dos alimentos.

A instrução de higiene bucal para gestantes é dada para evitar cárie e doença periodontal, que são as doenças mais comumente encontradas em mulheres grávidas. A gengivite é muito comum já que a resposta da hospedeira é exacerbada quando há presença placa e bactérias. Assim, salientar a necessidade de boa e correta higiene bucal desde o início da gravidez pode assegurar saúde e qualidade de vida e gestacional (Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde de 2006 (Saúde Bucal nº 17).



Qual a importância da higiene bucal e qual sua influência na saúde bucal? Pensando desde bebês até idosos, incluindo gestantes.



A higiene bucal é de suma importância quando está envolvida a saúde bucal, pois o termo conhecido e bastante difundido a saúde começa pela boca, atuando assim na saúde geral do indivíduo. Em cada faixa etária está envolvida uma peculiaridade, que deve ser entendida e aborda juntamente com o conceito de autocuidado.



MORAES, T. M. N.; SILVA, A.; ALRO, Avi, SOUZA, P. H. R.; KNOBEL, E, Camargo LFA. **A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2006;18:4:412-417.

TOMITA, N.E.; PERNAMBUCO, R.A.; LAURIS, J.R.P.; LOPES, E.S. **Educação em saúde bucal para adolescentes:** uso de métodos participativos. Rev. Fac. Odontol. Bauru. 2001: 9, pp. 63-69.

CHUJFI, E.S.; SARIAN, R; CARVALHO, J.C.C; QUEIROZ, Silva E.C; SABA M.E.C. **Motivação - higiene bucal:** avaliação de diferentes métodos de motivação à higiene bucal aplicados em crianças de 7 a 12 anos de idade / Motivation - oral hygiene: evaluation of different motivation methods concerning to oral

hygiene in children from 7 to 12 years old. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent;43(1):13-5, jan.-fev. 1989.



O conhecimento da importância da higiene bucal e qual a necessidade em cada faixa etária pode influenciar no sucesso de qualquer tratamento que o cirurgião-dentista venha executar nos pacientes. Além disso, entender o contexto de vida deste paciente para que possa ajudá-lo a incorporar a uma correta higiene bucal em seus hábitos diários.



<<http://blogkamilagodoy.com.br/higiene-bucal-o-que-e-biofilme-dental-e-materia-alba/>>.

<http://cfo.org.br/imprensa/saiu-na-imprensa/boa-saude-bucal-tem-reflexo-na-saude-integral/>>.

<<http://www.posugf.com.br/noticias/todas/2133-a-importancia-da-higiene-bucal>>.

<<http://higienebucal.org/>>.

<<http://www.pragentemiuda.org/2011/10/projeto-higiene-bucal.html>>.

<<http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3732/-1/a-importancia-da-higiene-como-melhoria-na-qualidade-de-vida-das-criancas.html>>.

<<http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3732/-1/a-importancia-da-higiene-como-melhoria-na-qualidade-de-vida-das-criancas.html>>.



É muito importante ensinar aos pacientes a importância da higiene bucal para a manutenção da saúde bucal e consequentemente na saúde geral. Ajude seu paciente a prevenir doenças.

CAPÍTULO 2

Como fazer a higiene bucal

A higiene bucal é extremamente importante como citada no capítulo anterior e se realizada corretamente, tanto em relação a técnica quanto à frequência promove, ou colabora para o restabelecimento da saúde bucal e determinação da saúde geral do indivíduo. A higiene bucal como medida de prevenção das doenças bucais ocupa um espaço importante em nossos dias. A odontologia tem focado a orientação nos cuidados com a saúde bucal, enfatizando a importância de se utilizar uma escova que permita a aplicação de métodos preventivos eficazes, com alcance coletivo e impacto social. E o dizer popular que afirma que um belo sorriso ajuda a abrir portas nunca sai de moda. Realmente, um sorriso bem cuidado, além de sinônimo de saúde, também revela uma pessoa que cuida da higiene e da aparência tendo no sorriso um verdadeiro cartão de visita (BARROS *et al*, 2001).

Porém quando pensa-se em higiene bucal, existe a necessidade considerá-la desde o nascimento até a velhice. É importante que para os bebês devido ao período de amamentação e antes da erupção no momento correto dos dentes decíduos, já ocorra a higienização da cavidade oral, desde este período fortalecendo a noção de cuidado bucal para o restante da vida. Já os idosos hoje ainda apresentam-se desdentados totais em um número considerável, mas devido a mudança de comportamento e da disseminação da informação este quadro será revertido para as próximas gerações, utilizando principalmente ações preventivas e de autocuidado somadas a uma Odontologia conservadora (LISBÔA; ABEGG, 2006).

Em relação a quantidade de vezes que deve ser feita a higiene bucal, vai depender muito do risco e do equilíbrio saúde-doença de cada indivíduo. Porém quanto sugere-se que de 3 a 4 vezes diárias, e após pequenas refeições, é uma quantidade suficiente e que gera ótimos resultados quando pensamos em saúde bucal. Ou seja, indica-se que a realização da higiene bucal ao acordar, após o almoço, após o jantar e antes de dormir.

Para recém nascidos e bebês antes da erupção dos dentes decíduos, o mais indicado é utilizar algodão ou gaze macia embebidos em soro fisiológico ou mesmo água mineral, envolve-la no dedo indicador da pessoa responsável e promover a limpeza por remoção mecânica (MEDEIROS, 1993; POLITANO *et al*, 2004).

Quando os primeiros dentes irrompem, torna-se necessária a escovação, com escova pequena condizente com o tamanho da cavidade oral da criança, e pasta de dente com quantidade de flúor adequada, além de possuírem cerdas ultra macias (TUMENAS, 1999).

A partir da erupção dos dentes permanentes, deve ser utilizada escova com rigidez suficiente para remoção de placa, porém deve ser macia, para não traumatizar os tecidos (o que é obtido com o arredondamento da extremidade ativa das cerdas que compõem os tufo das escovas e de cabeça pequena (PANZERI *et al*, 1993).

A American Dental Association (ADA) recomenda que uma escova dental satisfatória deve apresentar algumas características, como: tufo com o mesmo comprimento, cabeça e hastes situadas em um mesmo eixo, leveza, impermeável à umidade, fácil limpeza, cabeça contendo 3x6 tufo, cerdas de nylon, fácil manipulação, durabilidade, eficácia, baixo custo e ser agradável à vista (KUNERT, 1992; BARROS *et al*, 2011).

Para a higiene bucal com a escova de dente, deve ser posicionada em um ângulo de 45° em relação à gengiva. É necessário que a movimento, afastando-a da gengiva. Escove delicadamente as partes internas, externas e de mastigação de cada dente com movimentos curtos de trás para frente. Com cuidado escove a língua para remover bactérias e purificar o hálito.

Figura 12. Higiene Bucal.

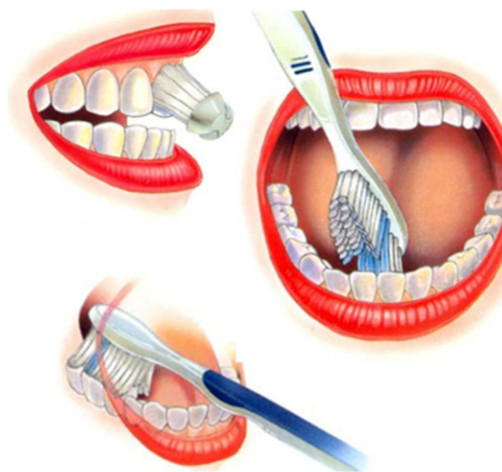


Figura disponível em: <<http://dentistalegal.blogspot.com.br/2011/05/como-fazer-uma-correta-higiene-bucal.html>> .
Acesso em: 29 jan. 2015.

A conservação da escova deve ser entendida pelos pacientes, esta deve ser mantida limpa, sem resíduos (de creme dental ou alimentos), em lugar onde possa secar com rapidez e sem entrar em contato direto com outras escovas (MOSS, 1996). Após o uso deixar a escova em água corrente para remoção mecânica.

Instruir os pacientes a respeito da troca da escova de dente, que é recomendada de 2 a 3 meses, sendo necessária já que há proliferação de microrganismos viáveis entre as cerdas da escova, podendo se constituir em uma via indireta de transmissão de microrganismos periodontopatogênicos (PINTO, 1997).

Figura 13. Higiene Bucal.



Figura disponível em: <<http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.saudemedicina.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F04%2Fhigiene-bucal.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.saudemedicina.com%2Fsaude-bucal%2F&h=487&w=450&tbid=Dp7Bv1GZqOg3UM%3A&zoom=1&docid=cjFWuSAdLcItM&ei=-lpOVN3IjPoTgwSfw4D4Dg&tbm=isch&ed=0CB0QMygAMAA&iact=rc&uact=3&dur=617&page=1&start=0&ndsp=22>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

Para obter um sorriso bonito e saudável, muitas vezes somente a escovação torna-se insuficiente, já que sozinha não consegue remover a placa bacteriana e os pequenos resíduos que se alojam entre os dentes, ou seja nas proximais dos dentes, sobretudo nos locais onde a escova não alcança. Quando não são completamente eliminados, tais resíduos colaboram com o aumento da placa bacteriana, com o surgimento do mau hálito, de cáries, de tártaro e de doenças da gengiva. Por isso, para garantir uma higiene bucal perfeita, o uso diário do fio dental é indispensável (ABEGG, 1997).

Muitas das pessoas não utilizam o fio dental diariamente por não saberem ou mesmo não entenderem sua importância e a sua diferença em relação a escova de dentes. Sendo que o fio é, na realidade, tão importante quanto a escova, o que os diferencia é apenas as áreas que atingem, ou seja a área de atuação para promoção da limpeza. O fio dental

deve ser utilizado preferencialmente antes da escovação, já que uma parte dos resíduos sai no fio e a outra acaba indo parar em regiões onde a escova alcança (MOSS, 1996).

Como cada pessoa possui um tipo arcada dentária diferente, existem no mercado diversas opções para atender às mais variadas demandas. Pessoas cuja disposição dos dentes é muito próxima, ou seja, os dentes ficam muito próximos uns dos outros, o que dificultam a passagem do fio, devem dar preferência aos fios plásticos, feitos com teflon ou nylon. Quando confeccionados com esses materiais, estes ajudam o fio a passar e escorregar entre os dentes sem desfiar. Já para quem não tem os dentes tão juntos, a opção são os fios encerados feitos de tecido. Além disso, existem espessuras e até sabores diferentes, tudo para facilitar e incentivar o uso do fio e desta forma para que não haja pretexto para não utilizá-lo (GEBRAN; GEBERT, 2002).

Quem não possui o hábito de passar o fio, pode se assustar com pequenos sangramentos que por ventura venham a ocorrer nas primeiras vezes. Se o motivo não for o excesso de força na hora de passar o fio, pode ser justamente devido a falta do uso, que faz com que, ao longo do tempo, os resíduos de alimentos se acumulem na região causando inflamações, um problema que a princípio não é considerado grave e que pode ser amenizado com o uso diário do fio. No entanto, se esse sangramento for intenso ou persistir por muito tempo, pode ser algum sintoma de problema como a gengivite e instruir o paciente que deve procurá-lo para com uma consulta de avaliação, o profissional identifique e resolva o problema. Tudo isso deve ser informado ao paciente, além de que se este tem filhos e não tem o hábito de utilizar o fio dental com frequência, deve ficar atento, pois a maioria dos hábitos de higiene que as crianças devem incorporar para a vida toda, são aprendidos em casa, por meio do exemplo dos pais (GEBRAN; GEBERT, 2002).

Figura 14. Higiene com fio dental.



Figura disponível em: <<http://tribunadoceara.uol.com.br/noticias/ceara/pentecoste-vai-receber-investimento-para-saude-bucal/attachment/saude-bucal/>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

O uso correto do fio dental remove a placa bacteriana e os alimentos nos lugares onde a escova não consegue chegar facilmente — sob a gengiva e entre os dentes. Como o acúmulo de placa pode provocar cárie e gengivite, usar fio dental diariamente é altamente recomendável (LISBÂ; ABEGG, 2006).

A técnica para o uso do fio dental, deve primar para que o fio seja aproveitado ao máximo durante o uso. Desta forma o paciente deve ser instruído a enrolar aproximadamente 40 centímetros do fio ao redor de cada dedo médio, deixando uns dez centímetros entre os dedos. Segurando o fio dental entre o polegar e indicador das duas mãos, deslizá-lo levemente para cima e para baixo entre os dentes. Então o paciente deve passar cuidadosamente o fio ao redor da base de cada dente, ultrapassando a linha de junção do dente com a gengiva. A instrução ao paciente para nunca forçar o fio contra a gengiva deve ser clara e efetiva, pois ele pode cortar ou machucar o frágil tecido gengival. Então utilizar uma parte nova do pedaço de fio dental para cada dente a ser limpo. Para remover o fio, usar movimentos de trás para frente, retirando-o do meio dos dentes.

Existem no mercado fios dentais de nylon (ou multifilamento), encerados ou não, com uma grande variedade de sabores. Como esse tipo de fio é composto de muitas fibras de nylon, ele pode, às vezes, rasgar ou desfiar, especialmente se os dentes forem muito juntos. Embora mais caro, o fio de filamento único ou monofilamento (PTFE) desliza facilmente entre os dentes, mesmo com pouco espaço, e não se rompe. Usados de maneira adequada os dois tipos de fio removem a placa bacteriana e os resíduos de alimentos.

Figura 15. Higiene com fio dental.



Figura disponível em: <<http://saudenocorpo.com/3-dicas-para-saude-bucal/>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

Figura 16. Uso correto do fio dental.



Fonte: <<http://www.volteasorrirclinica.com.br/joomla/index.php/higiene-bucal>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

Quando na presença de aparelhos ortodônticos, a higiene deve ser ainda mais criteriosa, já que o aparelho favorece a retenção de restos/resíduos alimentares e principalmente da placa bacteriana. Sendo que a higiene deve ser feita de forma mecânica, assim a escova e o fio dental são utilizados, para que exista remoção efetiva destes restos e placa. Porém em relação ao uso do fio dental, este deve ser realizado com o auxílio de um dispositivo chamado passa fio. Encontrado nas farmácias e drogarias, é um dispositivo que se assemelha a uma agulha de costura, e favorece a entrada do fio por dentro do aparelho, mais precisamente do fio ortodôntico e assim entre os dentes (TAMBURUS *et al*, 1997)

Figura 17. Higiene com fio dental.

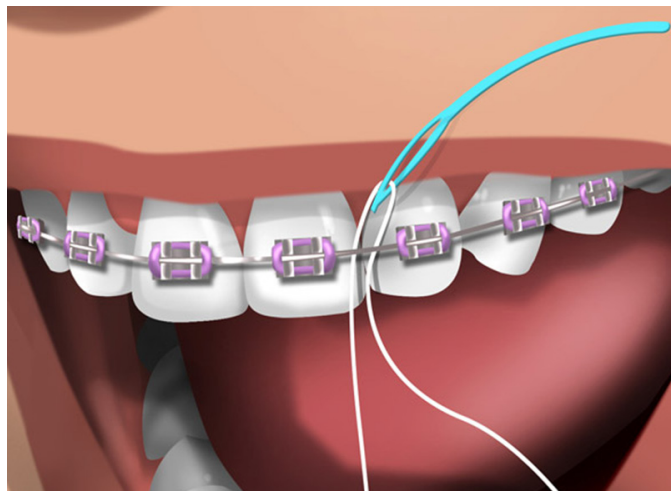


Figura disponível em: <<http://blogkamilagodoy.com.br/confira-dicas-para-correta-higienizacao-do-aparelho-ortodontico/>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

Para colaborar com a higiene bucal, existe outro instrumento que é o raspador de língua. De grande valia para ajudar a remover de forma mecânica e eficiente, os resíduos da superfície da língua, que muitas vezes somente com a escova não seria possível remover (PEDRAZZI *et al*).

Por se tratar de um método de prevenção de higiene bucal de baixo custo, podem ser utilizados por indivíduos de todas as idades, seus benefícios podem atingir todos os níveis sociais inclusive as populações menos favorecidas (LOPES *et al*, 2012).

Segundo Lopes *et al*, em 2012 o raspador de língua é eficaz na remoção da saburra lingual, promovendo diminuição da intensidade de saburra encontrada na língua.

Há produtos que podem ser utilizados com moderação e instrução do dentista, como o enxaguante bucal.

Figura 18. Enxaguante bucal.



Figura disponível em: <<http://sorridents.com.br/tag/enxaguante-bucal/>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

Os enxaguantes bucais são produtos de higiene oral na forma líquida com funções de refrescar o hálito e diminuir a contaminação bacteriana, sendo muito usados pelas pessoas sem orientação de um profissional habilitado (COSTA *et al*, 2012).

Os benefícios do enxaguante bucal são inúmeros: ajuda a eliminar as bactérias que causam a gengivite, a placa bacteriana, o mau hálito e a cárie dentária. Porém seu uso deve ser instruído pelo dentista, já que é necessário alerta sobre este produto. Existem enxaguantes no mercado com diversas formulações e sabores, mas é importante que contenha flúor para ajudar a reduzir o risco de cárie dentária. Aqueles que possuem o sabor muito forte de menta devem ser evitados, pois podem ressecar a boca (COSTA *et al*, 2012).

O álcool na composição também é outro fator de atenção. Ele contribui para o aumento das taxas de câncer oral de forma similar às bebidas alcoólicas, sendo o segundo fator de risco que influencia no surgimento da doença. Além disso, seu uso resseca a mucosa e provoca descamação, que podem formar saburra lingual, motivo do mau hálito (COSTA *et al*, 2012).

É importante se atentar e informar o paciente para não engolir o produto, pois pode fazer mal ao estômago, e em relação ao tempo, é recomendado bochechar durante 45 segundos, ultrapassar esse tempo pode manchar os dentes e alterar língua e paladar (COSTA *et al*, 2012).

No estudo de Costa *et al*, (2012), identificaram se as informações contidas nos rótulos dos enxaguantes bucais comercializados em Londrina/PR são cumpridas pelos fabricantes dos produtos comercializados e avaliar se o uso contínuo desses produtos pode causar algum dano aos dentes se utilizados conforme as recomendações do fabricante. Para isto, foram avaliadas quatro marcas de enxaguantes bucais. Quatro não usuários desse produto foram selecionados e cada um deles utilizou uma marca por 15 dias, avaliando a sua ação sobre a sanidade bucal a cada três dias. Aplicou-se um questionário ao final do período de teste para avaliar a opinião dos usuários sobre a ação do produto. As quatro pessoas voluntárias descreveram sensações de frescor no hálito. Pela observação dos dentes antes, durante e depois do período de estudo não houve danos e nem melhoras aparentes. E observaram que as informações de melhora contidas nos rótulos dos enxaguantes bucais não se confirmaram pelos usuários. Assim, concluíram que é importante e recomenda-se a orientação de um especialista para saber qual produto deverá ser usado para cada caso (COSTA *et al*, 2012).



Como fazer corretamente a higiene bucal? Quais são os instrumentos que podem ser utilizados para esta finalidade?



É necessário instruir o paciente quanto a execução da higiene bucal, para que as corretas noções de autocuidado sejam aplicadas.



RANK, R.C.L.C.; RANK, M.S.; DIB, J.E. Dificuldades maternas quanto ao uso do fio dental em crianças. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 12 (3), pp. 31-38. 2006.



Instruir a higiene bucal é algo que requer cuidado, já que é um procedimento que deve ser feito correta e continuamente. Porém é necessário que o paciente compreenda o modo de fazê-la e que não é requerido um investimento exorbitante para isso.

O dentista deve sanar as dúvidas do paciente quanto a escova que deve ser utilizada, quanto ao fio dental mais apropriados para cada caso e o modo de usá-los corretamente.



<<http://www.saliva.com.br/saliva/periodontia/higienizacao>>.



Ensine todos os pacientes a fazer uma correta e frequente higiene bucal, pois este hábito é um indicador de sucesso clínico a longo prazo. Cada indivíduo tem uma necessidade quanto a, por exemplo, áreas específicas onde a escovação deve ser feita com maior rigor, ou ainda maior atenção. Um exemplo: sendo você um reabilitador, instruir seu paciente à higiene bucal é básico para a manutenção de próteses. Explique que o uso do fio dental deve ser feito diariamente, sendo muito importante para a saúde bucal, mas observe se o paciente está fazendo o uso deste. Já que muitas vezes, por falta de tempo ou mesmo preguiça, acaba dispensando o uso do fio dental por ignorar a importância para a saúde bucal. Sempre atue de forma a mudar o perfil do seu paciente tornando-o sempre colaborador. Além disso, ensine a respeito da importância de visitas regulares do indivíduo e de toda a família, para promover a prevenção de doenças.



Para (não) Finalizar

Tivemos a oportunidade de estudar a saúde bucal, e a partir notar que além de ser garantia de um belo sorriso, influencia em cada faixa etária, e a maneira que esta atuação ocorre. Entendendo o processo saúde-doença, muitos conceitos relevantes para o processo de saúde/doença foram abordados e estudados. Entendendo como este equilíbrio ou não influencia por exemplo a qualidade de vida dos pacientes. Além de entender a mastigação dentro deste contexto. Conhecer a anatomia da cavidade bucal é de suma importância para o entendimento e conhecimento das quais as alterações que ocorrem na cavidade bucal, e quais são suas causas.

Abrangendo a importância da saliva e o que ocorre com a diminuição da quantidade ou alteração da qualidade.

Conceitos de higiene bucal sua importância e como fazê-la.

Porém nunca devemos nem podemos parar de nos atualizar a respeito dos conceitos em saúde bucal. Já que apenas conseguimos diagnosticar o que conhecemos.

Qual a importância da saúde bucal? E como devemos instruir os pacientes a respeito deste conceito?

Referências

ABDOLLAHI, M., RADFAR, M. **A review of drug-induced oral reactions.** Journal of Contemporary Dental Practice. 2002. v. 3, n. 4, pp. 1-19.

ABEGG C. **Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses.** Rev. Saúde Pública, 31 (6): 586-93, 1997.

ALBUQUERQUE RCV. **Fonoaudiologia x alimentação do bebê.** Tese para o Curso de especialização em fonoaudiologia clínica Motricidade oral. CEFAC. Recife. 1998

ALMEIDA, P.D.V.; GRÉCIO, A.M.T.; MACHADO, M.A.N.; LIMA, A.A.S.; AZEVEDO, L.R. **Saliva composition and functions:** a comprehensive review. J Contemp Dent Pract. 2008, pp. 9: 1-11.

AMARAL, S.M.; MIRANDA, A.M.M.A.; PIRES, F.R. **Reações medicamentosas na cavidade oral:** aspectos relevantes na Estomatologia. Rev. bras. odontol. 2009, v. 66, n. 1, pp. 41-53.

AXÉLL, T.; PINDBORG, J.J.; SMITH, C.J.; VAN DER WALL I. **Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions:** conclusions of an international symposium held in Uppsala. J Oral Pathol Med. 1996; 25(2), pp. 49-54.

BARBOSA, L.P.B.; PRADO JUNIOR, R.R.P.; MENDES, R.F. **Lesões cervicais não cáries:** etiologia e opções de tratamento restaurador. Revista Dentística on line. 2009, p. 18.

BARROS, O.B.; PERNAMBUCO, R.A.; TOMITA, N.E. **Escovas dentais.** Pós-Grad Rev Fac Odontol. São José dos Campos, v.4, n.1, pp. 33-8, jan./abr., 2001.

BEN-ARYEH, H.; GORDON, N.; SZARGEL, R.; TOUBI, E., LAUFER, D. **Whole saliva in systemic lupus erythematosus patients.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993; 75, pp. 696-9.

BIANCHINI, E. M. G. **Mastigação e ATM.** In.: MARCHESAN, I. Q. Fundamentos em Fonoaudiologia. Aspectos Clínicos da Motricidade Oral. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. pp. 37-49.

BONET, O. **Educação em saúde, cuidado e integralidade. De fatos sociais totais e éticas.** In.: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 2004.

BOTAZZO, C. **Democracia, participação popular e programas comunitários.** Saúde Debate 1986;(18), pp.36-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRESOLIN, A . M. ; ISSLER, H. ; BRICKS, L.F.; LIMA, I.N. **Higiene alimentar.**

BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B.; MANETTA, C.E. **Odontologia geriátrica no Brasil:** uma realidade para o novo século. Atual Geriatr 1998; 3, pp. 26-9.

BÜLTZINGSLÖWEN, I; SOLLECITO, T.P, FOX, P.C.; DANIELS, T.; JONSSON, R.,; LOCKHART, P.B.; WRAY, D.; BRENNAN, M.T.; CARROZZO, M.; GANDERA, B.; FUJIBAYASHI, T.; NAVAZESH, M.; RHODUS, N.L.; SHIØDT, M. **Salivary dysfunction associated with systemic diseases:** systematic review and clinical management recommendations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007; 103 Suppl: S57. e1-15.

BYRNE, B.E. **Oral manifestations of systemic agents.** In.: Ciancio SG, editor. ADA guide to dental therapeutics. 3rd ed. Chicago: American Dental Association; 2003: pp. 504-50.

CASTRO AL. **Estomatologia.** Livraria Editora Santos. 2000.

CIANCIO SG. **Medications' impact on oral health.** J Am Dent Assoc. 2004; pp. 135; 1440-8.

COELHO K, ARAÚJO CSA. **Tratamento de ulcerações aftosas recorrentes:** uma revisão bibliográfica. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, **11** (3/4): pp. 39-45, set./dez. 2005.

CONSOLARO, A.; CONSOLARO, M.F.M. **Diagnóstico e tratamento do herpes simples recorrente peribucal e intrabucal na prática ortodôntica.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá, v. 14, n. 3, pp. 16-24, maio/jun. 2009.

REFERÊNCIAS

- CORDÓN, Jorge. **A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva**. In.: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(3): 557-563, jul-set, 1997, p. 559.
- COSTA, A.L.G.; RIBEIRO, F.; GUTMANN, A.P. **Avaliação dos efeitos benéficos e prejudiciais à saúde bucal pelo uso contínuo de enxaguantes bucais**. PRÁTICAS EM INICIAÇÃO À PESQUISA JÚNIOR – 2012.
- CRAVIOTO, J.; MILAN, R. **Má nutrição e Sistema Nervoso Central**. In.: DIAMANT, A. e CYPEL, S. – Neurologia Infantil. Rio de Janeiro, Atheneu, 1989. pp. 1207-31.
- CROMBERG, Renata U.D.L.E.R. **Psicanálise: contribuições à prática em Educação**. In.: Revista eletrônica Interface – Comunicação, Saúde e Educação, agosto 2001, pp. 159-168, (p.163).
- DOUGLAS, C.R. **Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada à odontologia e à fonoaudiologia**. São Paulo: Pancast; 1998.
- DREIZEN, S.; BROWN, L.R.; HANDLER, S.; LEVY, B.M. **Radiation-induced xerostomia in cancer patients**. Cancer. 1976; 38, pp. 273-8.
- FARTHING, P.M.; SPEIGHT, P.M. **Problems and pitfalls in oral mucosal pathology**. Cur Diag Pathol, Sheffield, v.12, n.1, pp. 66-74, Feb. 2006.
- FATAHZADEH, M.; SCHWARTZ, R. A. **Human herpes simplex infections: epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis and management**. Clin. Exp. Dermatol., Oxford, v. 32, n. 5, pp. 625-630, Nov. 2007.
- FAVA, M. **Diagnóstico diferencial de lesões orais de líquen plano e lúpus eritematoso por meio de imunoistoquímica e PAS**. Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Área de Concentração, Estomatologia Clínica. PORTO ALEGRE. 2011
- FERENBACH, M. J.; HERRING, S. W. **Anatomia Ilustrada da Cabeça e do Pescoço**. São Paulo, Manole, 1998. p. 335.
- FERES, M. A. Componentes do Aparelho Estomatognático. In.: PETRELLI, E. **Ortodontia para Fonoaudiologia**. 1992, pp. 39-53.
- FOX, P.C.; ATKINSON, J.C.; MACYNSKI, A.A.; WOLFF, A. KUNG, D.S.; VALDEZ, I.H. *et al.* **Pilocarpine treatment of salivary gland hypofunction and dry mouth (xerostomia)**. Arch Intern Med. 1991; 151, pp. 1149-52.

- GABRIEL, J.G.; CHERUBINI, K.; YURGEL, L.S. FIGUEIREDO, M.A.Z. **Considerações gerais e abordagem clínica na leucoplasia oral.** Rev Bras Patol Oral. 2004; 3(4), pp. 187-94.
- GEBRAN, M.P.; GEBERT, A.P.O. **Controle químico e mecânico de placa bacteriana.** Ciência e Cultura, n. 26, FCBS 03, pp. 45-58, Curitiba, jan. 2002.
- GOMES, I. ; PROENÇA, M. ; LIMONGI, S. Avaliação e terapia da motricidade oral. In.: **Temas de Fonoaudiologia.** S.P., Loyola, 1994. GREENSPAN, D.; JORDAN, R.C.K. **The white lesion that kills -- aneuploid dysplastic oral leukoplakia.** N Engl J Med. 2004; 350(14), pp.1382-4.
- GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P.A. **Xerostomia:** etiology, recognition and treatment. J Am Dent Assoc. 2003; 134, pp. 233-40.
- GUPTA, A.; EPSTEIN, J.B.; SROUSSI, H. **Hyposalivation in elderly patients.** J Can Dent Assoc. 2006; 72, pp. 841-6.
- GUSTAFSSON, B.E; QUENSEL, C.E.L.; LANKE, L.S. *et al.* **The effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years.** *Acta Odontologica Scandinava*, 1954 11, pp. 232-364.
- GYUTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997. 1014p. In.: LINS, L., *Pediatria em consultório.* S.P., Sarvier, 1988. pp. 34-44.
- HAO, J.H. *et al.* **Elevated levels of serum soluble Fas are associated with organ and tissue damage in systemic lupus erythematosus among Chinese.** Arch Dermatol Res, Berlin, v. 297, n.7, pp. 329-332, Jan. 2006.
- Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva — INCA. Disponível em: <www.inca.gov.br>.
- JACOB, R.F.; WEBER, R.S.; KING, G.E. **Whose salivary flow rates following submandibular gland resection.** Head Neck. 1996; 18, pp. 242-47.
- JANEIRO, E. **Nutrição e envelhecimento.** Atual Geriatr 1998, pp. 3:28-30.
- JENSEN, S.B.; PEDERSEN, A.M.; REIBEL, J.; NAUNTOFTE B. **Xerostomia and hypofunction of the salivary glands in cancer therapy.** Support Care Cancer. 2003; 11, pp. 207-25.

REFERÊNCIAS

- KINA, L.; BELOTTI, A.; BRUNETI, R.F. **Alterações da sensibilidade gustativa do paciente idoso.** Atual Geriatr. 1998, pp. 3:20-2.
- KONTTINEN, Y.T. **Biotechnological advances in neuro-electro-stimulation for the treatment of hyposalivation and xerostomia.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009; pp. 14:76-80.
- KUNERT, I.R. **Estudo da ponta das cerdas das escovas em quarenta diferentes marcas.** Rev Gaucha Odontol, v.40, n. 4, pp. 250-254, jul./ago. 1992.
- LAFaurie, G.; FEDELE, S.; LÓPEZ, R.M.; WOLFF, A.; STRIETZEL, F.; PORTER, S.R.; GOSUEN, L.C. **A importância do reforço constante na conscientização e motivação em higiene bucal.** Rev Paul Odontol, 1997.
- LIQUIDATO, B.M.; SOLER, R.C, BUSSOLOTI FILHO I. **Avaliação da concordância da sialometria e cintilografia de glândulas salivares em pacientes com boca seca.** Rev Bras Otorrinolaringol. 2006, pp. 72: 116-9.
- LISBÔA, I.C; ABEGG, C. **Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.** Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(4), pp. 29-39.
- LOPES, S.R.; REZENDE, A.L.; REZENDE, F.V.V.; SANTOS, D.M*; SANTOS, W.M.; BORGES, G.J. **Eficácia dos raspadores de língua na saúde bucal.** Sci Invest Dent. 2012; 15(1): 8.
- MEDEIROS, U.V. **Atención Odontológica para bebés.** Rev Paul Odont 1993; 15(6), pp. 18-27.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA/ COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
- MONTORO, J.R.M.C.; HICZ, H.A.; SOUZA, L.; DAVID, LIVINGSTONE, D.; MELO D.H.; TIVERON, R.C.; MAMEDE, R.C.M.M. **Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral.** Rev Bras Otorrinolaringol. 2008;74(6), pp. 861-6.
- MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ T. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal.** Cad Saude Publica. 2005; 21, pp. 1665-75.

- MOREIRA, S.G.; HAHN, M.A.S. **A importância dos hábitos de higiene bucal / The importance of buccal hygiene habits.** RGO (Porto Alegre);42(3):161-3, maio-jun. 1994.
- MOREIRA, C.; CARVALHO, M.A. **Reumatologia – diagnóstico e tratamento.** 2.ed., Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 786 p.
- MORRIS,S.; WILSON, J. **Oral motor function and disfunction in children.** North Carolina,1977.
- MOSS, S.J. **Crescendo sem cárie.** São Paulo: Quintessence, 1996.
- MOYERS, E. R.; CARLSON, D.S.**Maturação da neuromusculatura orofacial.** In: ENLOW, D.H. Crescimento Facial. São Paulo. Artes Médicas, 1993. pp. 260-271.
- NARVAI PC. **Cárie dentária e flúor:** uma relação do século XX. Ciência e Saúde Coletiva, 5(2), pp. 381-392, 2000.
- NAVAS-ALFARO, S.E. *et al.* **Análise histopatológica comparativa entre líquen plano oral e cutâneo.** J Bras Patol Med Lab, Rio de Janeiro, v.39, n.4, pp. 351-360, 2003.
- NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M, BOUQUOUT, JE.. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- NICO, M.M. *et al.* **Oral lesions in lupus erythematosus:** correlation with cutaneous lesions. Eur J Dermatol, Lyon, v.18, n.4, pp. 376-81, Jul-Aug. 2008.
- OYEN, O. J. **A função mastigatória e o crescimento e desenvolvimento facial.** In.: ELOW, D. H. – Crescimento Facial. São Paulo, Artes Médicas, 1993. pp. 272- 90.
- PANZERI, H. *et al.* **Avaliação de algumas características das escovas dentais do mercado nacional.** Rev Assoc Bras Odontol, v.1, n. 1, pp. 23-9, jul./set. 1993.
- PEDRAZZI, V.; SATO, S.; MATTOS, M.G.C.; LARA, E.H.G.; CHAIRMAN, H.P. **Métodos para a limpeza da língua:** um estudo clínico comparativo empregando um monitor portátil de sulfetos. Disponível em: <<http://www.kolbe.com.br/metodos.pdf>>.
- PINTO, E.D.R.; PAIVA, E.M.M.; PIMENTA, F.C. **Viabilidade de Microorganismos anaeróbicos da cavidade bucal em escovas dentárias.** Periodontia, v.6, n.1, pp. 8-12, jan./jun. 1997.

REFERÊNCIAS

- POLITANO, G.T.; PELLEGRINETTI, M.B.; ECHEVERRIA, S.R.; IMPARATO, J.C.P. **Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê.** Rev Iberoam Odontopediatr Odontol Bebê 2004; 7(36), pp. 138-48.
- PORTER, S. R.; SCULLY, C. **Adverse drug reactions in the mouth.** Clinics in Dermatology. 2000. v. 18, n. 5, pp. 525-532.
- POWERS, D.B. **Systemic lupus erythematosus and discoid lupus erythematosus.** Oral Maxillofac Surg Clin North Am, Philadelphia, v.20, n.4, pp. 651-662, Nov. 2008.
- REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; JORDAN, R.C. **Oral Pathology: Clinical and Pathologic Correlations.** 5. ed., St. Louis: Saunders Elsevier, 2008. 418 p.
- ROBINSON, P.G.; PANKHURST, C.L.; GARRETT, E.J. **Randomized-controlled trial:** effect of a reservoir biteguard on quality of life in xerostomia. J Oral Pathol Med. 2005, pp. 34; 193-7.
- SANTOS, M.F. **Higiene Bucal.** Monografia (Especialização em Saúde para professores do ensino fundamental e médio) – Universidade Federal do Paraná. 2011.
- SCHIÖDT, M. Oral discoid lupus erythematosus. III. **A histopathologic study of sixty-six patients.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol, St Louis, v.57, n. 3, pp. 282-293, Mar. 1984.
- SCIUBBA JJ. **Autoimmune Oral Mucosal Diseases:** Clinical, Etiologic, Diagnostic, and Treatment Considerations. Dent Clin N Am. 2011; 55, pp. 89–103
- SCULLY, C.; CARROZZO, M. **Oral mucosal disease:** Lichen planus. Br J Oral Maxillofac Surg, Edinburgh, v.46, n.1, pp.15-21, Jan. 2008.
- SESC. DN. DPD. **Manual técnico de educação em saúde bucal** / Claudia Márcia Santos Barros, coordenador. – Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. 132p. : il.; 29 cm.
- SHAHER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. **Tratado de patologia bucal.** 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1984.
- SHERN, R.J.; FOX, P.C.; LI, S.H. **Influence of age on the secretory rates of the human minor salivary glands and whole saliva.** Arch Oral Biol. 1993; 38, pp. 755-61.

SIEGEL, M. A. **Diagnosis and management of recurrent herpes simplex infections.** J. Am. Dent. Assoc., Chicago, v. 133, pp. 1245-1249, Sept. 2002.

SILVA, I.C.O.; CARVALHO, A.T.D.; SILVA, L.B.O.; NAGAHAMA, M.C.V.F.B. **Leucoplasia:** uma revisão de literatura. RGO, Porto Alegre, v. 55, n.3, pp. 287-289, jul./set. 2007.

SILVA, L.G.; GOLDENBERG, M. **Mastigação no processo de envelhecimento.** Rev CEFAC. 2001, pp.3: 27-35.

SILVA, M.A.P. **Início Do Processo De Mastigação. O que pensam mães e cuidadores.** CENTRO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA CLÍNICA MOTRICIDADE ORAL (CEFAC). 2001.

SILVERMAN, S.; BHARGAVA, K.; SMITH, L.W.; MALAOWALLA, A.M. **Malignant transformation and natural history of oral leukoplakia in 57,518 industrial workers of Gujarat, India.** Cancer. 1976; 38(4):1790-5.

SKLAVOUNOU, A. *et al.* **TNF-alpha expression and apoptosis-regulating proteins in oral lichen planus:** a comparative immunohistochemical evaluation. J Oral Pathol Med, Copenhagen, v.29, n. 8, pp. 370-375, Sep. 2000.

SMITH, R. G., BURTNER, A. P. **Oral side effect of the most frequently prescribed drugs.** Special Care in Dentistry. 1994. v. 14, n. 3, pp. 96-102.

STEPHAN, R.M. **Changes in hydrogenion concentration on tooth surfaces and in caries lesions.** *Journal of The American Dental Association.* 1940 pp. 27, 718-723.

STEWART BW, KLEIHUES P. **World cancer report.** Lyon: IARC Press; 2003.

SUGERMAN, P.B.; SAVAGE, N.W. **Oral lichen planus:** Causes, diagnosis and management. Aust Dent J, Sydney, v.47, n. 4, pp. 290-297, Dec. 2002.

SUZUKI, H.S. **Modificações nos hábitos alimentares do indivíduo idoso normal.** Rev SBFa. 1998; 2:43-7.

TAMBURUS, V.S.; BAGATIN, C.R; SILVA NETTO, C.R. **Higiene bucal no tratamento ortodôntico:** importância da motivação / Oral hygiene in orthodontic treatment: importance of the motivation. Rev. Fac. Odontol. 11(1):51-7, jan.-jun. 1998.

REFERÊNCIAS

TANIGUTE, C. C. **Desenvolvimento das funções estomatognáticas.** In.: MARCHESAN, I. Q. Fundamentos em Fonoaudiologia. Aspectos Clínicos da Motricidade Oral. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. p 4.

TUMENAS, I. **Orientando o paciente – Escovas dentais.** Ver Assoc Paul Cir Dent, v. 53, n. 4, jul./ago. 1999

UNFER, B.; SALIBA, O. **Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal.** Rev. Saúde Pública, 34 (2): 190-5, 2000.

VILLARROEL DORREGO, M. *et al.* **Oral lichen planus:** immunohistology of mucosal lesions. J Oral Pathol Med, Copenhagen, v. 31, n. 7, pp. 410-414, Aug. 2002.

WALSH, P.M.; EPSTEIN, J.B. **The oral effects of smokeless tobacco.** J Can Dent Assoc. 2000; 66(1), pp. 22-5.

ZEGARELLI D. **Fungal infections of the oral cavity.** Otolaryngologic Clinics of North America 26:1069-1088, 1993.