

SAÚDE BUCAL

Antonio Carlos Pinto Jachinoski

Simone Tetu Moysés

Julio Cesar Bisinelli

CONHECENDO NOSSA BOCA

Nossa boca não é somente a porta de entrada para os nutrientes que nos mantêm vivos e ativos, mas também é nossa principal ferramenta de comunicação com o mundo. Ela nos permite isso não somente pelo uso das palavras, mas também pelo conjunto de expressões que, unidas a outros elementos de nossa face, muitas vezes nos possibilitam dizer muito mais e/ou de maneira mais clara.

Quantas vezes já escutamos a expressão ‘O sorriso é o nosso cartão de visitas’? Nosso sorriso é constituído por vários elementos, como dentes, lábios, a musculatura que os movimenta etc. Portanto, é fundamental conhecermos a anatomia de nossa boca, pois somente sabendo o que é normal conseguiremos notar alguma coisa que fuja da normalidade.

Como a musculatura que envolve nossa boca é um dos constituintes de nosso rosto, é fácil notarmos alguma alteração como cor, aumento de volume, dificuldade de movimentação, ausência ou diminuição de sensibilidade. Já a parte interna de nossa boca é para nós pouco conhecida, e por esse motivo daremos mais ênfase na anatomia dos elementos que a compõem.

Mucosa

Dessa forma é chamada a camada que reveste (epitélio de revestimento) nossa boca. Ela é diferente da pele, pois é destinada ao revestimento de regiões úmidas e, dependendo da localização e da função, recebe uma nomenclatura diferente:

- mucosa jugal: reveste nossa bochecha (internamente). Na região em que os dentes se tocam ela é extremamente queratinizada¹ para aumentar sua resistência e não sofrer injúrias durante a mastigação;
- gengiva livre: não deixa de ser uma mucosa, porém é responsável pelo revestimento da transição entre a mucosa jugal e o osso alveolar (no qual os dentes se fixam);
- gengiva inserida ou marginal: recobre o osso alveolar e margeia nossos dentes e tem características muito especiais. Ao contrário da gengiva livre, ela é ligada ao osso alveolar por meio de milhares de fibras, o que lhe confere seu nome e a aparência de casca de laranja. Ela também é altamente queratinizada para suportar os esforços durante a mastigação e tem coloração rósea pálida;
- epitélio sulcular: revestimento do sulco gengival, que é uma pequena abertura ao redor de nossos dentes.

Dentes

Os dentes podem ser considerados como pequenos órgãos, pois são formados por diferentes tecidos. Cada um deles recebe pelo menos um feixe vâsculo-nervoso, que assegura sua nutrição e sensibilidade.

O dente é formado de duas partes: a coroa, que é visível na boca, e a raiz, responsável por sua fixação no osso alveolar. A linha de união entre essas duas partes é conhecida por colo.

Os dentes têm a consistência de osso compacto, e a coroa é ainda envolta por uma camada de esmalte, que é o tecido mais duro de todo o nosso organismo.

Os dentes têm como principal função a desintegração mecânica dos alimentos e desempenham também importante papel na dicção das palavras e na estética facial.

Em virtude de a espécie humana se alimentar de substâncias de diversas naturezas, as pessoas apresentam dentes de diversos formatos, para diferentes funções: incisivos para cortar; caninos para dilacerar; pré-molares para esmagar e os molares para moer os alimentos.

O ser humano apresenta duas dentições completas durante seu desenvolvimento. A primeira, conhecida como decídua, temporária ou de leite, em geral começa a aparecer ao 6.º mês e se completa por volta dos dois anos de vida. A segunda, conhecida como permanente ou definitiva, surge aproximadamente aos 6 anos de idade e se completa aos 18 anos de vida do indivíduo. A dentição decídua é constituída por 20 dentes, e a permanente, por 32 dentes.

Quadro 1 – Cronologia de erupção ou ‘nascimento’ dos dentes decíduos.

DENTE	SUPERIORES	INFERIORES
Incisivos centrais	7 meses	6 meses
Incisivos laterais	9 meses	8 meses
Caninos	18 meses	16 meses
Primeiros molares	14 meses	12 meses
Segundos molares	24 meses	20 meses

Fonte – Os autores.**Quadro 2** – Cronologia de esfoliação ou ‘queda’ dos dentes decíduos.

DENTE	SUPERIORES	INFERIORES
Incisivos centrais	7 – 8 anos	6 – 7 anos
Incisivos laterais	8 – 9 anos	7 – 8 anos
Caninos	11 – 12 anos	9 – 10 anos
Primeiros molares	10 – 11 anos	10 – 11 anos
Segundos molares	11 – 12 anos	11 – 12 anos

Fonte – Os autores.**Quadro 3** – Cronologia de erupção ou ‘nascimento’ dos dentes permanentes.

DENTE	SUPERIORES	INFERIORES
Incisivos centrais	7 – 8 anos	6 – 7 anos
Incisivos laterais	8 – 9 anos	7 – 8 anos
Caninos	11 – 12 anos	9 – 11 anos
Primeiros pré-molares	10 – 11 anos	10 – 12 anos
Segundos pré-molares	10 – 12 anos	11 – 13 anos
Primeiros molares (*)	6 – 7 anos	6 – 7 anos

DENTE	SUPERIORES	INFERIORES
Segundos molares	12 – 13 anos	12 – 13 anos
Terceiros molares	17 – 30 anos	17 – 30 anos

Fonte – Os autores.

(*) Observe que os primeiros molares permanentes nascem aproximadamente aos 6 anos de idade da criança e que nenhum dente ‘cai’ para eles nascerem. Por esse motivo, são normalmente confundidos com dentes decíduos e são perdidos por falta de cuidado dos pais.

Estrutura dos dentes

Os dentes são constituídos de diferentes tecidos, os calcificados – como o esmalte, a dentina e o cimento – e os não calcificados – como a polpa dentária ou o nervo.

Esmalte

É altamente mineralizado, recobre toda a coroa do dente e sua espessura varia de 0,2 a 2,5 mm. É translúcido, ou seja, reflete a cor da dentina, mas sua cor original varia de branco-amarelado a branco-acinzentado, com superfície lisa e brilhante.

A composição do esmalte é de 92 a 96% de matéria inorgânica, 1 a 2% de matéria orgânica e 3 a 4% de água. Devido a seu grande conteúdo de sais minerais e a forma como está arranjado, o esmalte é o mais duro tecido calcificado do corpo. Sua função é revestir o dente, tornando-o apropriado para a mastigação. Entretanto, apesar de sua dureza o esmalte é muito frágil e quebradiço devido a suas características estruturais e não suporta esforços onde não haja dentina subjacente ou quando em camadas muito finas.

Podemos compará-lo a uma parede, na qual os cristais seriam os tijolos e a parte orgânica e a água seriam o cimento. Devido a essas características, podemos explicar as alterações que ele sofre com o envelhecimento.

Quando o dente ‘nasce’, ele tem uma camada de ‘cimento’ mais espessa, juntando seus cristais que são pequenos e imaturos, ainda em desenvolvimento. Com o passar do tempo, essas características vão se alterando e a camada de cimento (parte orgânica) vai diminuindo, tornando-se mais delgada, e os cristais vão se avolumando. Essa maturação do esmalte normalmente tem um período de aproximadamente 30 meses. A porção orgânica do esmalte, provavelmente mais próxima da superfície, também sofre modificações com a idade, tornando o dente mais escuro e com maior resistência às cáries.

O esmalte sofre atrição ou desgaste com o passar dos anos, principalmente nas superfícies usadas na mastigação, devido aos esforços da própria mastigação ou a disfunções, como o hábito de ranger dentes. Esse fato é visível mediante a redução do tamanho das coroas dentais, muitas vezes expondo a dentina ou até mesmo a polpa dentária.

Dentina

É um tecido duro, formado por aproximadamente 70% de matéria inorgânica, 18% de matéria orgânica e 12% de água. A dentina constitui a maior parte do dente e determina a forma da coroa, o número e o tamanho das raízes. É produzida por células especiais chamadas de odontoblastos. Sua cor normalmente é amarelo-claro, tornando-se mais escura com a idade.

A dentina não é tão dura nem quebradiça quanto o esmalte; ao contrário, ela é elástica e passível de deformação.

Sua estrutura é diferente da do esmalte. Ela é constituída de inúmeros canalículos que partem da polpa dentária e seguem até o esmalte e o cemento. Em 1 mm² temos aproximadamente 30 a 40 mil túbulos dentinários, e dentro de cada canalículo há um prolongamento celular responsável principalmente pela sensibilidade desse tecido. Ou seja, por meio desse mecanismo a dentina é passível de ‘sentir’ estímulos e consequentemente se defender.

Sua principal defesa é a dor, mas ela também é capaz de se proteger formando uma nova camada de tecido conhecida como dentina reacional ou terciária, que funciona como um escudo ou uma barreira aos agentes que estão ‘agredindo’ o dente.

De acordo com a agressividade do estímulo, a dentina também pode obstruir esses canalículos por meio de fibras colágenas e cristais de apatita, preenchendo-os totalmente. Esse processo dá origem à dentina esclerosada, que protege não só a polpa dentária, mas também a própria dentina.

Portanto, a exposição da dentina ao meio bucal é a principal causa da sensibilidade que ocorre quando nos expomos a alimentos ácidos, doces e frios.

Polpa dentária (nervo)

Constitui-se de um tecido conjuntivo frouxo, rico em nervos, vasos sanguíneos, fibras e células. Dentre as células estão os odontoblastos, que são formadores da dentina.

Na coroa, a polpa ocupa a cavidade pulpar; na raiz, o canal radicular. Ela apresenta saliências chamadas de cornos pulpares, que normalmente têm a mesma forma da anatomia externa do dente, porém, com a contínua deposição de dentina, a polpa torna-se menor com o passar do tempo.

A polpa tem inúmeras funções: indutora – na formação do dente, ela induz a transformação do epitélio bucal em lâmina dentária para formar o órgão do esmalte, que por sua vez irá se transformar em determinado tipo de dente; formadora – a polpa dentária tem células, os odontoblastos, que produzem dentina; nutriente – ela nutre a dentina por meio de seu sistema vascular sanguíneo; protetora – pela inervação sensitiva, a polpa ‘alerta’ quanto à presença de estímulos nocivos, que podem lhe causar danos; defesa – responde às irritações mecânicas, térmicas, químicas ou bacterianas produzindo dentina reparadora e mineralizando os túbulos dentinários afetados, a fim de isolá-la da fonte de irritação.

Cimento

Considerado como parte do periodonto (vide descrição no próximo tópico), é um tecido mineralizado, não vascularizado, que recobre a raiz do dente. Entretanto, é menos mineralizado que

o esmalte e a dentina. Sua cor é, geralmente, amarelo-claro; é mais escuro que o esmalte e não tem brilho. A composição química do cemento varia de 45% a 50% de matéria inorgânica e 50% a 55% de matéria orgânica e água.

Periodonto

Conjunto de estruturas responsáveis pela fixação e sustentação dos dentes, é formado por osso alveolar, gengiva marginal, cemento e fibras periodontais.

O osso alveolar² é um tecido especializado cuja existência depende da presença dos dentes, ou seja, se perdemos nossos dentes, perdemos também o osso alveolar.

Fibras periodontais são feixes de fibras colágenas que ligam o dente ao osso alveolar. Se este é ligado por meio de fibras, essa união não é rígida e sim móvel; se é uma união móvel, pode ser denominada também de articulação do tipo 'gonfoso'. Esses feixes se organizam de diferentes maneiras para executarem diferentes funções, retendo o dente e sustentando-o nas mais diferentes condições de esforços a que ele pode ser submetido.

Essas fibras, além de ligarem o dente (cemento) ao osso alveolar, também o ligam à gengiva marginal e à gengiva ao osso alveolar, bem como por meio de uma rede liga a gengiva a ela mesma, aumentando assim sua união ao dente e melhorando sua resistência.

Esse conjunto de fibras ajuda o dente a se proteger de agressões dos mais diferentes tipos: mecânicas, químicas e bacterianas.

Ao redor de cada dente existe o sulco gengival, que em estado normal deve apresentar uma profundidade de 1 a 3 mm, sem secreções ou sangramentos espontâneos.

PREVENÇÃO EM ODONTOLOGIA

É fundamental termos conhecimento das doenças que mais comumente acometem nossa boca para podermos evitá-las e/ou prevenir seu desenvolvimento. Mas não são somente as doenças que devemos conhecer para termos mais saúde. Alguns hábitos errados, que muitas vezes passam de pai para filho e continuam sendo perpetuados por gerações, podem trazer consequências graves, incorrigíveis ou de correção dispendiosa e difícil. Por isso, existe a necessidade de conscientizar pais e responsáveis sobre a importância de preservar tanto os dentes decíduos (leite) quanto os permanentes.

São vários os motivos para isso, entre os mais importantes podemos citar.

1. Os dentes decíduos servem de guia para a erupção (nascimento) dos dentes permanentes.
2. Eles também mantêm o espaço para os dentes permanentes, pois sua perda prematura normalmente leva os dentes permanentes a nascerem em posições incorretas ou mesmo à impossibilidade de erupção, ficando, dessa maneira, retidos e necessitando de processos

cirúrgicos para serem removidos. A perda de espaço ocorre porque os dentes vizinhos, ao perder o contato, tendem a se mover, pela perda de apoio que o dente retirado executava. Essa movimentação também ocorre na perda de dentes permanentes, muitas vezes impossibilitando a execução de trabalhos protéticos na região dos dentes ausentes.

3. Os dentes decíduos estimulam o crescimento em altura e manutenção do osso que sustenta os dentes. A perda prematura deles faz com que o osso alveolar seja reabsorvido pelo organismo, já que serve para sustentar os dentes. A perda desse osso posteriormente dificulta a confecção de próteses parciais e totais (dentaduras), pois ambas se apoiam sobre esse osso.
4. Esses dentes são úteis no corte e na correta mastigação, auxiliando assim na digestão dos alimentos. Uma pessoa com ausência de um elemento dentário já tem um decréscimo acentuado no poder de mastigação, tendo, dessa forma, uma chance maior de desenvolver doenças no aparelho digestivo. É incorreto pensar que a simples recolocação protética dos elementos dentários faltantes vai resolver o problema, pois, por exemplo, uma pessoa que use prótese total (dentadura) tem seu coeficiente de mastigação reduzido em mais de 50%, pois nada se compara ao poder de mastigação dos dentes naturais.
5. Esteticamente, a maioria das pessoas que têm dentes destruídos ou ausentes apresenta dificuldades de socialização, problemas psicológicos, é mais retraída e, é lógico, quase não sorri.
6. A boa dentição é importante para o convívio social, pois a boca e o sorriso são nosso cartão de visitas. Como querer que alguém converse conosco se nossos dentes estão destruídos e com o odor (mau hálito) característico dessa destruição?
7. A presença de todos os dentes também é essencial para a fonação das palavras. Todos sabemos que os dentes participam diretamente na articulação de certos grupos de palavras. Com a ausência deles torna-se difícil ou até impossível a pronúncia correta de alguns fonemas. Em crianças essa falta causa atraso de aprendizagem, pois se a criança não consegue falar corretamente também não escreve de maneira correta.
8. A perda parcial ou total dos dentes pode acarretar problemas nas articulações do osso da mandíbula com o crânio, levando a alterações patológicas do sistema (doenças musculares, deformações ósseas, alterações de crescimento etc.)

Esses são apenas alguns motivos para que preservemos nossos dentes. Ainda assim, existem pessoas que por falta de conhecimento não se preocupam com isso, trazendo sequelas para si e seus filhos que dificilmente poderão ser corrigidas, ou que não devolverão a totalidade de suas funções.

Portanto, o conhecimento é um dos meios mais eficazes de que dispomos para a manutenção de nossa saúde.

Cárie

A cárie dental é uma doença infecciosa, crônica, transmissível e de origem bacteriana. Os microrganismos causadores da cárie formam colônias que são semelhantes a uma geleia espessa, a placa bacteriana, que aderem à superfície dos dentes. Sob condições favoráveis, os microrganismos cariogênicos podem fermentar açúcares (e também outros carboidratos, mais lentamente) para produzir ácido, que por sua vez têm a capacidade de desmineralizar o esmalte adjacente.

O mecanismo etiológico da cárie dental pode ser resumido na fórmula.

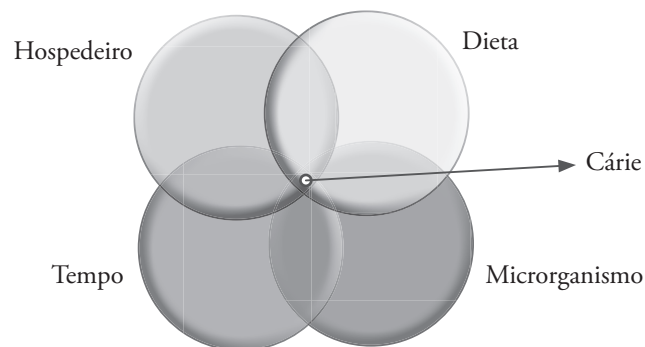
Microrganismos da placa (baixo ph) + Carboidratos = Ácidos → Desmineralização do esmalte.

Em estágios iniciais, o processo de desmineralização pode ser revertido, mas caso isso não ocorra ele se torna irreversível e a cárie se instala, formando uma cavidade.

A doença ocorre pela interação de quatro fatores principais: hospedeiro suscetível, dieta cariogênica, tempo e ação de microrganismos orais.

A Figura 1 ilustra essa interação de fatores causal.

Figura 1 – Fatores que causam a cárie.



Fonte – Newbrun, 1988.

Cada um desses fatores tem um desempenho diferente na formação da cárie, como comentaremos a seguir.

O hospedeiro: dente

A formação de nossos dentes está diretamente relacionada com as condições de nutrição e de saúde do indivíduo durante seu desenvolvimento. Se elas forem favoráveis, teremos um dente bem formado e resistente ao ataque da cárie; ao contrário, o dente será mais frágil.

Esse é um momento para retomarmos o tema nutrição e a importância de uma alimentação correta durante o desenvolvimento do indivíduo, no qual é fundamental a ingestão de cálcio para uma formação correta de nossos ossos e dentes.

Os microrganismos: bactérias

Existem milhares de bactérias em nossa boca. Algumas são inofensivas e outras, em situações especiais, podem se tornar prejudiciais, como as que formam a placa bacteriana. Por isso, se não fizermos uma higiene adequada da boca regularmente elas poderão se multiplicar e provocar danos em nossa boca.

O tempo

As bactérias em geral necessitam de um tempo para se organizarem e começarem a produção de ácidos, que serão responsáveis pela desmineralização de nosso esmalte e pela produção da cárie, bem como de toxinas que irão causar danos e doenças em nossa gengiva. Se escovarmos nossos dentes de maneira correta pelo menos uma vez ao dia dificilmente teremos cáries. Mas essa limpeza precisa ser muito bem executada, com fio dental e escova macia.

A dieta

A ingestão de grandes quantidades de açúcares por períodos muito longos, como ‘chupar balas o dia todo’, permitem que a placa bacteriana já organizada tenha melhores condições de produzir uma quantidade maior e mais concentrada de ácidos, para assim destruir mais facilmente nossos dentes.

Por isso, sempre que possível substitua doces por frutas, e inclua na dieta alimentos que ajudam a limpar os dentes, como maçã, cenoura e demais alimentos fibrosos, que também auxiliam no massageamento das gengivas.

Apesar de estes serem considerados os principais fatores envolvidos com a cárie, outros também podem ocasionar seu desenvolvimento, como a carência de flúor. Esse elemento pode proteger os dentes, fazendo com que a cárie não aconteça de forma tão agressiva. O mecanismo principal de ação do flúor está em sua capacidade de repor minerais nos tecidos duros dos dentes quando estes são atacados por ácidos produzidos pelas bactérias.

Outros fatores, como o nível socioeconômico, o comportamento, as atitudes perante a vida e o nível de conhecimento também podem influenciar o desenvolvimento da cárie. A melhoria da condição de vida, com acesso à boa alimentação, a emprego, à educação, a cuidados com a saúde e ao saneamento são aspectos importantes que podem diminuir o risco de as pessoas desenvolverem qualquer tipo de doença, inclusive a cárie.

Promoção da saúde bucal: um caminho para a sustentabilidade

Doenças bucais como a cárie dental, as doenças gengivais e o trauma dental ainda são causa de dor, perda de sono, falta ao trabalho e à escola, além de provocar impacto sobre atividades diárias como comer, falar, sorrir e se relacionar. (PETERSEN *et al.*, 2005). Entretanto, já existe conhecimento disponível sobre seus principais determinantes e formas de controle. O desafio é criar oportunidades e condições para que indivíduos e comunidades tenham boa saúde bucal.

Nas últimas décadas, uma ampla discussão em todo o mundo tem reconhecido a importância de se promover a saúde como uma estratégia para garantir o direito à saúde, incluindo a bucal. Durante a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada em 1986 na cidade de Ottawa, no Canadá, foi definido que promover saúde “é proporcionar às pessoas os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre ela”. (OMS, 1986). Para isso, é importante as pessoas reconhecerem o que as torna saudáveis ou as adocece para, apoiadas pelo ambiente onde vivem, construírem sua saúde.

Reconhecer que a saúde de nossa boca não depende apenas de aspectos biológicos, como a presença de microrganismos nesse espaço do corpo, ou de dentes ‘mais frágeis’, é um primeiro passo para se promover a saúde bucal. Muitos estudos têm demonstrado que a saúde da boca depende também do ambiente onde vivemos, dos comportamentos que assumimos, de nossas relações familiares, do acesso à informação e ao cuidado em saúde e das políticas públicas voltadas para a proteção da saúde em nossa cidade e em nosso país.

Promover saúde bucal significa, portanto, colocar a boca dentro do corpo e reconhecê-lo como parte de uma pessoa inserida em determinado contexto social que pode aumentar sua vulnerabilidade a doenças ou dar suporte para a construção de sua saúde. (MOYSÉS; KUSMA, 2008).

Dessa forma, ações de promoção da saúde se aproximam de princípios e valores como equidade, sustentabilidade, participação, empoderamento e autonomia, pois estão voltadas para a justiça social, a dignidade e os direitos humanos. (OMS, 2005).

A promoção da saúde bucal, portanto, visa alcançar melhoras sustentáveis em saúde bucal e reduzir iniquidades por meio de ações direcionadas a seus determinantes. (WATT, 2007).

O que pode funcionar...

As evidências sobre os resultados de ações de promoção da saúde bucal têm demonstrado que

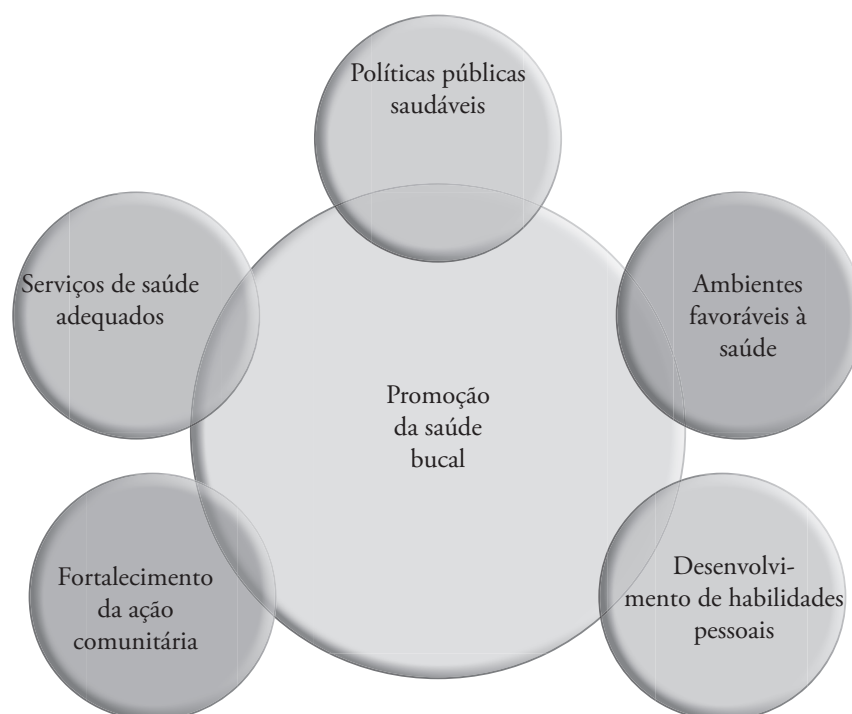
1. o uso de água fluoretada e pasta de dente com flúor pode prevenir cárie dental;
2. informações sobre saúde bucal por si só não produzem mudanças de comportamento sustentáveis; é preciso informar e também facilitar as mudanças de comportamento, como orientar sobre a importância de limpar os dentes, mas garantir o acesso de todos a escovas de dente;
3. a prevenção de acidentes e violência é uma estratégia importante para prevenir trauma dental;
4. ações de promoção de saúde bucal desenvolvidas ao mesmo tempo na escola, no trabalho e na família podem ter melhores resultados.

Fonte – Adaptado de Brown, 1994; Schou e Locker, 1994; Kay e Locker, 1996; Kay e Locker, 1997; Sprod *et al.*, 1996.

Cinco campos de ação são propostos para promover a saúde bucal (Figura 2) (OMS, 1986): o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, como a fluoretação das águas de abastecimento

público; a construção de ambientes saudáveis, como a oferta de alimentos seguros e saudáveis nas escolas e locais de trabalho; o desenvolvimento de habilidades pessoais, com a disponibilidade de informações sobre como cuidar da saúde bucal; o fortalecimento da ação comunitária, favorecendo que a população participe da definição de prioridades para o cuidado da saúde bucal; e a oferta de serviços de saúde bucal adequados para atender as necessidades das pessoas.

Figura 2 – Campos de ação para promoção da saúde bucal.



Fonte – OMS, 1986.

Melhoras sustentáveis em saúde bucal requerem, portanto, ações efetivas direcionadas para a criação de um ambiente social, como a escola, que facilite a manutenção da saúde. Exemplos de ações de saúde bucal desenvolvidas em escolas podem fazer parte de estratégias ampliadas de promoção da saúde e favorecer a saúde bucal (Quadro 4).

Quadro 4 – Estratégias ampliadas de promoção da saúde.

Ambiente escolar saudável

- Edificações e áreas de lazer seguros para prevenir acidentes.
- Disponibilidade de água tratada e fluoretada.
- Proibição da venda de alimentos não saudáveis nas imediações da escola.

- Ambiente psicossocial de cuidado e respeito.
- Envolvimento de estudantes, professores, funcionários, famílias e membros da comunidade no desenvolvimento de ações de promoção da saúde.
- Encontros frequentes entre a direção da escola, a Associação de Pais e Mestres, os conselhos comunitários e os gestores da educação e da saúde.

Alimentação saudável

- Disponibilidade de alimentos saudáveis na cantina escolar.
- Bebedouros de água potável na escola.
- Treinamento para cozinheiras e fornecedores de alimentos sobre alimentação saudável.

Açúcar, álcool e tabaco

- Proibição de alimentos e bebidas à base de açúcar nas dependências da escola.
- Proibição do uso de álcool e tabaco nas dependências da escola.
- Disponibilidade de serviços de aconselhamento e suporte para parar de fumar.

Educação para saúde bucal

- Educação para saúde bucal como parte do conteúdo do currículo.
- Escovação dentária supervisionada diária.
- Capacitação de pais sobre saúde bucal e estímulo a seu envolvimento em ações de promoção da saúde.
- Capacitação de professores e funcionários.

Serviços de saúde bucal

- Garantia de acesso aos serviços de saúde locais.
- Resposta a urgências odontológicas.

Trauma bucal

- Prevenção de acidentes.
- Protocolo para primeiros socorros.

Atividade física na escola

- Prática segura de esporte.

Os esforços dirigidos à promoção da saúde nos ambientes onde as pessoas vivem devem, portanto, considerar o contexto social, a segurança ambiental, os serviços de saúde oferecidos, as parcerias com a comunidade, criando assim oportunidades para o desenvolvimento de potencialidades e habilidades para escolhas individuais e coletivas que promovam saúde.

CÂNCER BUCAL

O câncer da boca (também conhecido como câncer de lábio e cavidade oral) é um tumor maligno que afeta os lábios e as estruturas da boca: gengivas, bochechas, palato (céu da boca), língua (principalmente as bordas) e a região embaixo da língua. A parte posterior da língua, as amígdalas e o palato fibroso fazem parte da região chamada orofaringe e seus tumores têm comportamento diferente do câncer de cavidade de boca.

O câncer de boca é mais comum em homens acima dos 40 anos, sendo o quarto tumor mais frequente no sexo masculino na Região Sudeste. A maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados.

Estima-se que a cada ano do triênio 2020-2022 serão registrados no Brasil 625 mil novos casos de câncer. Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de 11 dos 19 tipos mais frequentes na população brasileira é a obesidade.

Depois do câncer de pele não melanoma (177 mil casos novos), os mais incidentes serão os de mama e de próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). Separados por sexo, os tipos mais 'frequentemente' nos 'homens', excluindo-se pele não melanoma, serão próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Nas 'mulheres', também sem contar o não melanoma, os mais incidentes serão os de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%).

Importância da prevenção e do diagnóstico precoce (reconhecimento antecipado)

O câncer bucal tem critério de cura? Sim, existe o critério de cura e de controle da doença, desde que detectada e tratada precocemente (reconhecimento antecipado).

Por isso a necessidade da avaliação rotineira, pelo menos uma vez ao ano, por um profissional de saúde. No caso da boca, quando ocorrer qualquer alteração em boca, língua e lábios ou mesmo em regiões peribucais, recomenda-se a visita a um cirurgião-dentista.

Dos tumores malignos (câncer) que acometem a boca, o carcinoma espinocelular ou epidermoide representa mais de 95% dos casos registrados. Ele acomete um grupo de risco: indivíduos do gênero masculino, acima de 40 anos de idade, tabagistas, etilistas e que na atividade que desempenham ficam expostos aos raios solares. Indivíduos acometidos por essa doença ficam impedidos de desenvolver suas atividades rotineiras (profissionais ou rotineiras), trazendo grave ônus social e financeiro ao Estado, além de ser de difícil solução.

Diagnóstico precoce

Quando se observam alterações nas lesões (diferença de cor, volume, consistência), as mais comuns e importantes são as manchas avermelhadas, brancas avermelhadas e eventualmente escuras. O aparecimento de lesões ulceradas (feridas) nos lábios, mais comumente no inferior, ocorre pela incidência dos raios solares, que atingem mais essa região da boca. Quando elas não cicatrizam (melhoram/curam) entre 10 a 15 dias, devem passar por avaliação (diagnóstico) e tratamento o mais rápido possível. Então, frente ao aparecimento de alguma lesão com tais características, deve-se procurar um profissional de saúde (médico ou dentista) para a realização do exame completo da boca. A visita periódica ao dentista favorece o diagnóstico precoce do câncer de boca porque por meio dela é possível identificar lesões suspeitas. Pessoas com maior risco para desenvolver câncer de boca (fumantes e consumidores frequentes de bebidas alcoólicas) devem ter cuidado redobrado. (INCA, 2018a).

Com a evolução da doença (passar do tempo), outros sinais e sintomas podem aparecer, como dor, sangramento espontâneo, dificuldade de abrir e fechar a boca, mobilidade e mudança na posição dos dentes, salivação intensa, entre outros.

Todas essas alterações nem sempre são devidas a um câncer bucal. Inúmeras doenças podem se iniciar e evoluir com essas mesmas características, mas também devem ser diagnosticadas e tratadas convenientemente.

Autoavaliação (autoexame)

A autoavaliação é de grande importância, principalmente para o diagnóstico precoce do câncer bucal. Para realizá-la, deve-se seguir uma sequência:

1. posicionar-se diante de um espelho, com boa iluminação;
2. examinar toda a face (rosto);
3. examinar e sentir a textura dos lábios (inferior e superior);
4. abrir a boca afastando com o dedo indicador as bochechas para melhor visualização (observar alteração de cor normal, consistência, forma);
5. projetar a língua pra fora da boca examinando a parte de cima, de baixo e dos lados;
6. examinar o palato duro/mole e a região de garganta – úvula (céu da boca e campainha);
7. caso haja diferença de consistência (mole/duro), o toque dos dedos indicador e polegar pode provocar dor e sangramento;
8. caso se note alguma alteração na boca ao realizar esses passos, é preciso procurar imediatamente um profissional capacitado (cirurgião-dentista ou médico) para que ele possa avaliar e esclarecer o problema.

SUSTENTABILIDADE E VIDA SAUDÁVEL

Sustentabilidade é um conceito sistêmico, relacionado à continuidade dos aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais da sociedade humana. Propõe-se a ser um meio de configurar a civilização e as atividades humanas, de tal forma que a sociedade, seus membros e suas economias possam preencher suas necessidades e expressar seu maior potencial no presente e ao mesmo tempo preservar a biodiversidade e os ecossistemas naturais, planejando e agindo de forma a atingir proficiência na manutenção indefinida desses ideais. A sustentabilidade abrange vários níveis de organização, desde a vizinhança local até o planeta inteiro.

Vimos que os bons hábitos relacionados a melhor acesso aos serviços de saúde, melhor distribuição de renda diminuindo as diferenças sociais foram fatores relevantes na melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, fatores econômicos, respeito aos diferentes valores entre os povos e incentivo aos processos de mudança que acolham a cultura e as especificidades locais associados à sustentabilidade política com uma democracia representativa traduzem uma em uma vida mais saudável.

Além disso, recomenda-se uma alimentação saudável, balanceada, com um consumo mais consciente de frutas e verduras, preferencialmente coloridas, que realizam papel de antioxidantes (betacaroteno).

PREVENÇÃO

Quais são as atitudes positivas para uma melhoria no processo de prevenção do câncer de boca? São elas:

1. ter uma alimentação saudável, balanceada, evitando o consumo excessivo de açúcar e ingerindo frutas e verduras coloridas;
2. evitar o consumo de álcool e fumo;
3. evitar exposição continuada aos raios solares (irradiação solar);
4. manter bons hábitos de higiene (escovação dos dentes, uso de fio dental) e realização do autoexame;
5. realizar avaliações periódicas por um cirurgião-dentista, principalmente por pessoas que usam próteses;
6. controlar cáries, doenças gengivais (sangramento de gengiva) e cuidar de traumas provocados pela má posição dos dentes ou de dentes ou coroas dentárias fraturadas.

DOENÇAS EMERGENTES E REEMERGENTES

O aumento da perspectiva de vida em todo mundo levou os cientistas da área de saúde a pesquisarem novos métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento das diversas condições de alterações e afecções bucais.

A saúde bucal do indivíduo, além de sofrer as modificações próprias do processo de envelhecimento, pode apresentar interações derivadas de inúmeras doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, distúrbios cardiovasculares, insuficiência renal, variações psicológicas, menopausa, entre outras, bem como sofrer efeitos colaterais de vários medicamentos utilizados no tratamento das mesmas.

Além disso, temos de considerar a influência do meio no desenvolvimento e na manutenção do quadro de doença, pois o estresse diário (físico e/ou emocional), o risco ocupacional levando a quadros de ansiedade e depressão, o aumento dos hábitos deletérios (nocivos) na população como o etilismo e o tabagismo geram situações transitórias ou oportunistas de imunossupressão.

Os problemas relacionados à saúde pública são de etiologia multifatorial, ou seja, dependem de várias ações conjuntas e integradas e de investimento nas áreas de saneamento básico.

Faz-se necessário, portanto, implementar uma política de saúde mais abrangente, que vise ao reforço da importância dos estudos sobre a distribuição espacial dos problemas de saúde, considerando as necessidades de cada região, as características regionais e culturais da população-alvo e levando em conta ações pragmáticas da vigilância da saúde, de modo a contemplar determinantes estruturais socioambientais na tentativa de produzir e aplicar conhecimento na busca da equidade social, visando à qualidade a assistência da saúde das populações.

Envelhecimento

A existência de pessoas idosas é registrada em toda história da humanidade e aponta para o desejo de se viver cada vez mais, com saúde, independência funcional e qualidade de vida. A evolução do conhecimento, a melhoria das condições sanitárias aliadas às medidas de prevenção, o desenvolvimento social e econômico, bem como o avanço da ciência e da tecnologia fizeram com que a humanidade registrasse um aumento significativo em seu tempo de sobrevivência, ou seja, uma melhoria no processo de sustentabilidade, que se traduz em melhor qualidade na vida do indivíduo.

O envelhecimento não é apenas uma passagem pelo tempo, mais um acúmulo de eventos biológicos que ocorrem ao longo da vida. No início do século passado, a longevidade do homem era bem menor, em torno de 50 anos. Hoje, um número cada vez maior de pessoas chega à terceira idade.

Enquanto os japoneses são os campeões do mundo em longevidade, com expectativa média de vida ao nascer em torno dos 82 anos (devido a sua condição de sustentabilidade, que envolve hábitos saudáveis de alimentação, políticas públicas, fatores econômicos, sociais e culturais e ambiente com preocupações ecológicas que levam à equidade da população), muitos habitantes do continente africano

sequer alcançam a metade dessa idade. Nos países mais atingidos pela Aids a expectativa de vida vem sendo reduzida drasticamente em torno de 14 anos.

No Brasil, a expectativa média de vida ao nascer, avaliada entre 2015 e 2016, passou de 75,5 para 75,8 anos, o que representa um acréscimo de três meses e onze dias. Dentre os estados brasileiros, Santa Catarina é o que apresenta a maior esperança de vida (79,1 anos), logo em seguida estão Espírito Santo (78,2 anos), Distrito Federal (78,1 anos) e São Paulo (78,1 anos). Além desses, Rio Grande do Sul (77,8 anos), Minas Gerais (77,2 anos), Paraná (77,1 anos) e Rio de Janeiro (76,2 anos) são os únicos que apresentam indicadores superiores à média nacional. No outro extremo, com as menores expectativas de vida, estão os estados do Maranhão (70,6 anos) e do Piauí (71,1 anos). (IBGE, 2017).

Mulheres vivem em média mais do que os homens

A pesquisa mostrou também que a expectativa de vida dos homens (72,9 anos) foi menor do que a das mulheres (79,4 anos). Esse comportamento nacional se repetiu em todos os estados, sendo que a maior diferença foi no estado de Alagoas (9,5 anos a favor das mulheres), seguido pela Bahia (9,2 anos) e por Sergipe (8,4 anos). Nos estados de Santa Catarina, Espírito Santo, Distrito Federal, São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Minas Gerais a expectativa de vida das mulheres ultrapassou os 80 anos. Já nos estados do Maranhão, Alagoas e Piauí a expectativa de vida masculina foi de 66,9 anos, valor bem inferior à média nacional.

A diferença nas expectativas de vida entre homens e mulheres reflete os altos níveis de mortalidade, principalmente de jovens, por causas violentas, que incidem diretamente na esperança de vida ao nascer da população masculina.

De 1940 a 2016, expectativa de vida do brasileiro subiu mais de 30 anos

Segundo Fernando Albuquerque, pesquisador do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de 1940, com a incorporação dos avanços da medicina às políticas de saúde pública, o país experimentou uma primeira fase de sua transição demográfica, caracterizada pelo início da queda das taxas de mortalidade. Um pouco mais a frente fatores como campanhas de vacinação em massa, atenção ao pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, contratação de agentes comunitários de saúde e programas de nutrição infantil contribuíram para o aumento da expectativa de vida do brasileiro ao longo dos anos. (IBGE, 2017).

De 1940 até 2016, o aumento foi de 30,3 anos. Apesar do crescimento contínuo na expectativa de vida, o Brasil ainda está muito distante de países como Japão, Itália, Singapura e Suíça, que em 2015 tinham o indicador na faixa dos 83 anos. Uma pessoa nascida no Brasil em 2018 tinha expectativa de viver, em média, até os 76,3 anos. Isso representa um aumento de três meses e quatro dias em relação a 2017. A expectativa de vida dos homens aumentou de 72,5 anos em 2017 para 72,8 anos em 2018, enquanto a das mulheres foi de 79,6 para 79,9 anos.

A probabilidade de um recém-nascido do sexo masculino em 2018 não completar o primeiro ano de vida era de 13,3 a cada mil nascimentos. Já para as recém-nascidas, a chance era de 11,4 meninas não completarem o primeiro ano de vida. A mortalidade na infância (de crianças menores de cinco anos de idade) caiu de 14,9 por mil em 2017 para 14,4 por mil em 2018. Das crianças que vieram a falecer antes de completar os cinco anos de idade, 85,5% teriam a chance de morrer no primeiro ano de vida e 14,5% de vir a falecer entre um e quatro anos de idade. Em 1940, a chance de morrer entre um e quatro anos era de 30,9%, mais que o dobro do que foi observado em 2018. (IBGE, 2018).

No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho. Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda crescente por serviços de saúde. (CLOSS; SCHWNAKE, 2010).

O envelhecimento é caracterizado pelo desgaste de vários setores do organismo, gerando com isso alterações em seu funcionamento, com perda das habilidades de adaptação ao meio. Então as idades biológica e funcional tornam-se um fator importante para medir o processo do envelhecimento e suas adaptações.

Um dos grandes desafios a serem enfrentados ante o processo de envelhecimento populacional é a avaliação de indicadores que permitam dar conta da qualidade de vida dessa parcela da população, pois não basta viver mais, é preciso viver bem, e este é o grande paradigma deste novo século, levando em conta a sustentabilidade em seu valor integral para atingirmos tais valores.

O envelhecimento é, portanto, pura expressão do estilo de vida, das atitudes positivas que com o passar dos anos tomamos. Ele é ainda uma expressão do organismo e diferente em cada indivíduo, podendo começar em qualquer órgão no sistema, partindo para a totalidade.

EXPECTATIVA DE VIDA

A velocidade de declínio das funções fisiológicas com o passar dos anos é exponencial, e as gradativas perdas funcionais são aceleradas com o aumento da idade. Fatores inerentes ao processo de envelhecimento determinam um limite à duração de vida de todas as espécies de animais.

A tendência normal do organismo à estabilidade interna, ajustando processos metabólicos e fisiológicos com respostas a agressões, é chamada de homeostase. Quando ela é perdida, a adaptabilidade do indivíduo ao estresse interno e externo decresce e a susceptibilidade a doenças aumenta.

Quanto à influência genética, embora o envelhecimento seja uma fase previsível da vida, seu processo não é geneticamente programado, como se acreditava antigamente. Não existem genes que determinam quando e como envelhecer. Há, sim, genes variantes, cuja expressão favorece a longevidade ou reduz a duração da vida. Estudos genéticos acerca de pessoas centenárias têm contribuído para a identificação desses alelos de genes normais que podem estar associados com a longevidade.

Além disso, os hábitos alimentares, o estilo de vida, os hábitos nocivos como o etilismo e o tabagismo, a maior incidência de radiações, as alterações hormonais e a falência ou deficiência do sistema endócrino participam das alterações próprias do envelhecimento.

Com o advento dos antibióticos, entre outros avanços das ciências da saúde, os países desenvolvidos conseguiram retardar o processo do envelhecimento e aumentar assim a expectativa média de vida humana no início do século passado.

Hoje o grande desafio não é apenas conseguir adiar o envelhecimento e aumentar a expectativa de vida, mais sim prolongá-la com qualidade.

Outro fator a considerar é que o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão, problemas respiratórios, doenças autoimunes etc., muitas vezes causadoras de limitações funcionais e de incapacidades, podem comprometer a qualidade da vida do indivíduo.

No Brasil, observa-se progressiva queda na taxa de mortalidade em todas as faixas etárias e o consequente aumento da expectativa de vida da população. Isso se deve ao maior acesso da população ao sistema de saúde, bem como à melhoria deste.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a proporção de pessoas no mundo com mais de 60 anos, atualmente em 10%, aumentará para 21% em 2040. Inevitavelmente, o envelhecimento não poupará nenhuma região do globo.

Portanto, torna-se imperativo investir na implementação de políticas públicas para propiciar condições de vida saudáveis e de qualidade para a população de idosos que cresce progressivamente, para que não apenas viva mais, mas viva melhor.

Nesse sentido, a vigilância epidemiológica é uma ação especializada de grande relevância para a sociedade, pois tem como objetivos o monitoramento e a análise de possíveis mudanças no perfil das enfermidades, com isso contribuindo para o planejamento de ações governamentais, de educação e de ações preventivas ou de tratamento.

VIGILÂNCIA DO CÂNCER E SEUS FATORES DE RISCO

Segundo o INCA, A vigilância epidemiológica é uma ação de especializada de grande relevância para a sociedade, pois tem como objetivos o monitoramento e a análise de possíveis mudanças no perfil das enfermidades com isso contribuindo para o planejamento de ações governamentais, de educação e de ações preventivas ou de tratamento. (INCA, 2018a).

As ações nacionais de vigilância do câncer têm como objetivo conhecer com detalhes o atual quadro da doença no Brasil. Elas são realizadas por meio da implantação, do acompanhamento e do aprimoramento dos Registros de Câncer de Base Populacional e dos Registros Hospitalares de Câncer (centros de coleta, processamento, análise e divulgação de informações sobre a doença, de forma padronizada, sistemática e contínua). Esses dados possibilitam conhecer os novos casos e realizar estimativas de incidência do câncer, subsídios fundamentais para o planejamento das ações locais de prevenção e controle da doença de acordo com cada região.

CUIDADOS PALIATIVOS

Devido à melhora no acesso a saúde, a exames de ponta e a diagnósticos cada vez mais precisos, os portadores de câncer atualmente têm uma perspectiva de vida muito maior do que em décadas passadas.

Segundo o INCA, nas fases iniciais do câncer o tratamento geralmente é agressivo, com objetivo de cura, remissão e/ou controle, e isso é compartilhado com o paciente e sua família de maneira otimista. Quando a doença já se apresenta em estágio avançado ou evolui para esta condição, mesmo durante o tratamento com intenção de melhora e/ou cura, a abordagem paliativa deve entrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se impõe para, por meio de seus procedimentos, garantir qualidade de vida ao paciente. (INCA, 2018d).

Segundo o INCA (2018a), cuidados paliativos são cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida. O objetivo é promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Podem vir associados ao tratamento com objetivo de cura da doença a fim de auxiliar no manejo dos sintomas de difícil controle e melhorar as condições clínicas do paciente. À medida que a doença avança, mesmo em vigência do tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa deve ser ampliada visando também cuidar dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se torna prioritário para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade. A transição do cuidado com objetivo de cura para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente. (INCA, 2018a).

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo ‘paliativo’, a abordagem e o tratamento devem ser eminentemente ativos, principalmente em pacientes portadores de câncer em fase avançada, nos quais algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para o controle de sintomas. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, faz-se necessário um diagnóstico precoce e condutas terapêuticas antecipadas, dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente.

Princípios dos cuidados paliativos

São eles:

- fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes, como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas;

- reafirmar vida e a morte como processos naturais;
- integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente;
- não apressar ou adiar a morte;
- oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente;
- oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte;
- usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Pontos considerados fundamentais no tratamento

São eles:

- a unidade de tratamento compreende o paciente e sua família. Os sintomas do paciente devem ser avaliados rotineiramente e gerenciados de forma eficaz por meio de consultas frequentes e intervenções ativas. As decisões relacionadas à assistência e a tratamentos médicos devem ser feitos com base em princípios éticos;
- os cuidados paliativos devem ser fornecidos por uma equipe interdisciplinar, fundamental na avaliação de sintomas em todas as suas dimensões e na definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos imprescindíveis para o controle de todo e qualquer sintoma;
- a comunicação adequada entre equipe de saúde e familiares e pacientes é a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento e aceitação da proximidade da morte.

Os cuidados paliativos modernos estão organizados em graus de complexidade e se somam em um cuidado integral e ativo. Os gerais referem-se à abordagem do paciente com base no diagnóstico de doença em progressão, atuando em todas as dimensões dos sintomas que vierem a se apresentar. Já os específicos são requeridos ao paciente nas últimas semanas ou nos últimos seis meses de vida, quando se torna claro que o paciente encontra-se em estado progressivo de declínio. Todo o esforço é feito para que ele permaneça autônomo, com preservação de seu autocuidado e próximo de seus entes queridos. Os cuidados ao fim de vida referem-se, em geral, aos últimos dias ou às últimas 72 horas de vida. O reconhecimento dessa fase pode ser difícil, mas é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e de sua família para perdas e óbito. Mesmo após a morte do paciente a equipe de cuidados paliativos deve dar atenção ao processo: como ocorreu o óbito, qual o grau de conforto e que impactos trouxe aos familiares e à própria equipe interdisciplinar. A assistência familiar pós-morte pode e deve ser iniciada com intervenções preventivas.

BIBLIOGRAFIA

- AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **Em 2018, expectativa de vida era de 76,3 anos.** [S.l.: s.ed.], 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos>. Acesso em: 7 jan. 2020.
- AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **Expectativa de vida do brasileiro sobre para 75,8 anos.** [S.l.: s.ed.], 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobre-para-75-8-anos.html>. Acesso em: 12 nov. 2019.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; RICHARD, P. (ed.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder.** São Paulo: Editora 34, 1999.
- BARATIERI, L. N. *et al.* **Dentística: procedimentos preventivos e restauradores.** Rio de Janeiro: Quintessence, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BROWN, L. Research in dental health education and health promotion: a review of the literature. **Health Education Quarterly**, n. 21, p. 83-102, 1994.
- CARRANZA JR., F. A. **Periodontia clínica de Glickman: prevenção, diagnóstico e tratamento da doença periodontal na prática da odontologia geral.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.
- CARVALHO, S. Os múltiplos sentidos da categoria ‘*empowerment*’ no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1.088-1.095, jul.-ago. 2004.
- CASTRO, S. V. **Anatomia fundamental.** 2. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1980.
- CLOSS, E.; SCHWNAKE, C. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.
- ERASTO GAERTNER. 2018. Disponível em: <http://www.erastogaertner.com.br/>. Acesso em: 12 nov. 2019.
- GLICKMAN, I. **Periodontia clínica: prevenção e diagnóstico e tratamento da doença periodontal na prática da odontologia geral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.
- HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto – Enfermagem** [on-line], v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2018. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 11 nov. 2019.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Brasil terá 625 mil novos casos de câncer a cada ano do triênio 2020-2022.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/brasil-tera-625-mil-novos-casos-de-cancer-cada-ano-do-trienio-2020-2022>. Acesso em: 24 mar. 2020.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Causalidade em câncer,** 2018a. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade_cancer.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer. Notícias. **INCA estima cerca de 600 mil casos novos de câncer para 2018,** 2018b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/inca-estima-cerca-de-600-mil-casos-novos-de-cancer-para-2018>. Acesso em: 11 nov. 2019.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Tratamento do câncer. 2018c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 11 nov. 2019.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Tratamento do câncer. **Cuidados paliativos**, 2018d. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 11 nov. 2019.

ISSAO, M.; GUEDES PINTO, A.C. **Manual de odontopediatria**. 8. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1993.

KAY, L.; LOCKER, D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, n. 24, p. 231-235, 1996.

KAY, L.; LOCKER, D. **A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at promoting oral health**. London: Health Education Authority, 1997.

KWAN, S. Y. L. *et al.* Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 9, p. 677-685, set. 2005.

MACEDO, N. L.; LACAZ NETTO, R. **Manual de higienização bucal**: motivação dos pacientes. São Paulo: Medisa, 1980.

MENAKER, L. **Cáries dentárias**: bases biológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

MS – Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <http://saude.gov.br/>. Acesso em: 11 nov. 2019.

MOYSÉS, S. T. **Apostila de cariologia**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, Curso de Técnico em Higiene Dental, 1991.

MOYSÉS, S. T.; KUSMA, S. Promoção de saúde bucal e interssetorialidade na abordagem familiar. *In*: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (org.). **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS S. J. (org.). **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NEVILLE, B. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

NEWBRUN, E. **Cariologia**. São Paulo: Santos, 1988.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **A Carta de Bangkok para a promoção da saúde em um mundo globalizado**. 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde**. 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

PETERSEN *et al.* Oral health information systems – towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 9, p. 686-693, set. 2005.

PINTO, V. G. **Saúde bucal, odontologia social e preventiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1990.

PINTO, V. G. **Saúde bucal, panorama internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

SCHOU, L.; LOCKER, D. **Oral health**: a review of the effectiveness of health education and health promotion. Amsterdam: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, 1994.

SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SPROD, A.; ANDERSON, R.; TREASURE, E. **Effective oral health promotion. Literature review.** Cardiff: Health Promotion Wales, 1996.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Tratado de cariologia.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.

TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal.** São Paulo. 4. ed. Elsevier, 2013.

TOMMASI, M. H. M. **Diagnóstico em patologia bucal.** 3. ed. São Paulo: Pancast, 2002.

TOMMASI, A. F.; GARRAFA, V. **Câncer bucal.** São Paulo: Medisa, 1980.

UN – UNITED NATIONS. **Report of the World Summit on Sustainable Development.** Johannesburg, South Africa 2002 26th August - 4th September, 2002.

WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dentistry and Oral Epidemiology** [*on-line*], n. 35, p. 1-11, 2007.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In*: MINAYO, M.C.S. *et al.* (Ed.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WHO – World Health Organization. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 11 nov. 2019.

NOTAS EXPLICATIVAS

- 1 Queratina é uma proteína presente também em nossos cabelos e unhas.
- 2 Alveolar porque as cavidades que alojam as raízes dos dentes são chamadas de alvéolos.

DEFINIÇÕES

Anorexia: falta ou perda de apetite.

Astenia: fraqueza, perda ou diminuição da força física.

Dispneia: dificuldade em respirar.

Emergência: situação grave e/ou perigosa com risco eminente de morte.