



A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde

5 PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE BUCAL

A prestação de serviços de saúde bucal deve priorizar os agravos de maior gravidade e/ou mais prevalentes. Os principais agravos que acometem a saúde bucal no Brasil e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: (1) cárie dentária; (2) doença periodontal – (a) gengivite e (b) periodontite; (3) edentulismo; (4) maloclusão; (5) câncer de boca; (6) fluorose dentária; e (7) traumatismos dentários. Outras patologias também são monitoradas em âmbito mundial e podem ser alvo das equipes de saúde, dependendo das peculiaridades locais. Destacam-se entre elas: erosão dental, alterações bucais relacionadas ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e alterações congênitas (PETERSEN et al., 2005). Os dois últimos levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde em nível nacional, denominados Projetos SB Brasil, finalizados em 2003 e 2010, demonstraram a importância desses agravos e reforçaram a necessidade de que os serviços de saúde estejam organizados para intervir e controlá-los. É de fundamental importância a responsabilização da equipe de saúde do nível local pela interferência positiva no quadro sanitário da saúde bucal brasileira. Os sete principais agravos de saúde bucal são abordados quanto aos aspectos conceituais, epidemiológicos e principais fatores de risco. Alguns aspectos relativos a outros agravos são abordados no final deste tópico.

5.1 Cárie dentária

Aspectos conceituais

A doença cárie é a doença mais prevalente no mundo, não-infecciosa, não-transmissível, açúcar-dependente e de caráter bio-social. Como toda doença, possui seus sinais e sintomas. Os sinais são as denominadas lesões de cárie, resultantes da ação metabólica de micro-organismos do biofilme dentário sobre as superfícies dos dentes. É açúcar dependente pois os micro-organismos usam diferentes açúcares como fonte de energia, produzindo ácidos como resultado da sua fermentação biológica, os quais desmineralizam as superfícies dos dentes, culminando em lesões

iniciais de cárie, as chamadas manchas brancas ativas. Estas manchas são opacas e porosas e o processo pode ser inativado caso haja correta remoção do biofilme dentário e uso de produtos fluoretados

Logo, qualquer estratégia para o controle da cárie deve, necessariamente, envolver o controle dos fatores necessários e determinantes para o desenvolvimento da doença, isto é, o acúmulo de bactérias nas superfícies dentais e o efeito do açúcar, de tal modo que o meio mais racional de usar fluoreto seria aquele que interfira com esses fatores. Água fluoretada, por ser uma medida de saúde pública, e creme dental fluoretado, por ser o meio mais racional de usar fluoreto (pois alia a remoção do biofilme dental à exposição constante ao flúor), têm indicação para todos os indivíduos. Os outros meios de usar fluoreto podem e devem ser recomendados de acordo com as necessidades de cada paciente (TENUTA, CHEDID, CURY, 2011).

Epidemiologia

Prevalência e incidência da cárie dentária é usualmente avaliada em estudos epidemiológicos a partir do emprego do índice CPOD (sigla para dentes “cariados, perdidos e obturados”), composto pela soma dos dentes acometidos por lesões de cárie cavitadas, restaurados (“obturados”) ou extraídos (perdidos) devido à cárie dentária. Devido ao seu caráter cumulativo ao longo dos anos, o CPOD é sempre referido em relação à idade, e um indicador utilizado internacionalmente é o CPOD aos 12 anos de idade.

No caso do Brasil, o primeiro inquérito nacional, realizado em 16 capitais no ano de 1986, mostrou um CPO aos 12 anos de 6,7, ou seja, quase sete dentes afetados pela cárie, sendo a maioria destes ainda sem tratamento.

Em 2003, foi realizado o primeiro inquérito de saúde bucal que incluiu, além de todas as 27 capitais, os municípios do interior das cinco regiões, chamado de SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004c). Neste estudo, o CPO aos 12 anos foi igual a 2,8, portanto, quase três dentes afetados pela cárie. Na pesquisa de 2010 (BRASIL, 2011c), ficou em 2,1, representando redução de 26% em sete anos (Figura 7). Pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie (CPO entre 2,7 e 4,4), em 2003, para uma condição de baixa prevalência (CPO entre 1,2 e 2,6), em 2010.

Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados foi de 4,2, duas vezes o número médio encontrado aos 12 anos. Esta evolução do CPO entre 12 e 15-19 anos tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo. Comparando com 2003, contudo, a redução no componente “cariado” foi de quase 40% (de 2,8 dentes, em 2003, para 1,7, em 2010).

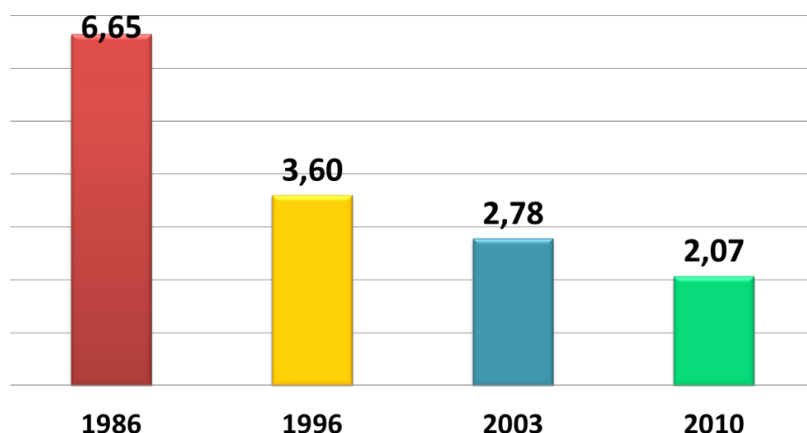
Entre os idosos de 65 e 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8 dentes afetados, sendo a maioria deles extraída. Entretanto, analisando os resultados para o grupo de 35 a 44 anos, observou-se que o CPO caiu de 20,1 para 16,3, significando, em termos relativos, queda de 19%. E, mais importante, deve ser observado que os

componentes “cariado” e “perdido” caíram mais acentuadamente, enquanto que o componente “obturado” cresceu em termos relativos. Em linhas gerais, isso significa que a população adulta de 35 a 44 anos, ao longo dos últimos sete anos, está tendo menor ataque de cárie e também maior acesso a serviços odontológicos de caráter restaurador em detrimento dos procedimentos mutiladores.

Logo, os resultados dos levantamentos epidemiológicos nacionais (BRASIL, 2004c; 2011c) evidenciam a redução na prevalência de cárie no Brasil. Mas, ainda assim, existem grandes variações na severidade da doença segundo a idade e entre as regiões do País.

A pesquisa ressalta que uma atenção especial deve ser dada à dentição decídua. Avaliando o ataque de cárie em crianças de 5 anos (em que há presença majoritária de dentes decíduos), foi encontrada a média de 2,4 dentes afetados, sendo a maioria deles (80%) formada por dentes ainda não tratados (cariados).

Figura 7 – Índice CPO aos 12 anos, de 1986 a 2010 – Brasil



Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS.

Fatores de risco

- Fatores culturais e socioeconômicos.
- Falta de acesso ao flúor.
- Deficiente controle mecânico do biofilme dental.
- Consumo frequente de açúcar.
- Hipossalivação.

5.2 Doença Periodontal

Aspectos conceituais

A doença periodontal deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, que tem como principal determinante o biofilme dental, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro. Não é mais considerada apenas como de progressão lenta e contínua, podendo ter padrões variáveis de progressão. É entendida como uma doença infecciosa, na qual as alterações de forma e função são consideradas sinais. A normalidade do periodonto é definida por variáveis biológicas, que são mais coerentes com a etiopatogenia da doença e permitem que usuários que em algum momento foram portadores da doença e apresentem sequelas (como recessão e mobilidade) retornem ao estado de saúde. Estudos ainda estão em andamento para esclarecer se existe alguma associação entre doença periodontal e doenças sistêmicas, tais como: diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e parto prematuro de baixo peso.

Aspectos epidemiológicos

No que diz respeito às condições periodontais, segundo os resultados do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011c), tais problemas aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados indicam que o percentual de indivíduos sem problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos; 50,9% para faixa de 15 a 19 anos; 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos; e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos.

A presença de cálculo e sangramento é maior entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (de 35 a 44 anos), em que se observou prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes.

Principais fatores de risco

- Fatores culturais e socioeconômicos.
- Diabetes.
- Fumo.
- Ausência de controle de placa.
- Imunodepressão.

5.3 Edentulismo

Aspectos conceituais

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: precárias condições de vida, baixa oferta e cobertura dos serviços, modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliada às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada. Aplica-se à perda parcial ou de todos os dentes.

Aspectos epidemiológicos

Resultados de últimos levantamentos epidemiológicos nacionais (BRASIL, 2004c; 2011c) indicam que a perda precoce de dentes é grave e o edentulismo constitui-se, no Brasil, em um persistente problema de saúde pública. Em 2010, entre os adolescentes (de 15 a 19 anos), 10,3% necessitaram de próteses parciais em um maxilar e 3,4% nos dois maxilares. Não houve registro para necessidade de próteses totais. Para os adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorreu em 68,8% dos casos, sendo que a maioria (41,3%) foi relativa à prótese parcial em um maxilar. Em 1,0% dos casos, houve necessidade de prótese total em pelo menos um maxilar. Em idosos de 65 a 74 anos, 22,9% necessitaram de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% de prótese total dupla (nos dois maxilares).

O déficit em idosos é significativo, apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos comparadas com o SB Brasil 2003.

Principais fatores de risco

- Baixa renda.
- Baixa escolaridade.
- Fator congênito
- Doença cárie dentária
- Doença periodontal
- Falta de acesso a tratamentos odontológicos básicos e especializados.

5.4 Malocclusão

Aspectos conceituais

A Organização Mundial da Saúde (1962) descreve a malocclusão como conjunto de anomalias dentofaciais que causam deformação ou impedem a função e que, portanto, requerem tratamento. A malocclusão é a terceira maior prevalência entre as patologias bucais, com índices menores apenas que a cárie e a doença periodontal.

O termo malocclusão pode ser definido como desvio da oclusão ideal (ANGLE, 1899), ou seja, inclui todos os desvios dos dentes e maxilares do alinhamento normal. Para o seu diagnóstico e intervenção precoces, é fundamental o conhecimento do desenvolvimento normal das dentições decídua e mista, evitando tratamentos mais complexos e de pior prognóstico no futuro. Além disso, a instalação e a permanência de alterações dentoalveolares apresentam vários efeitos na estética e nas funções orofaciais e, conseqüentemente, interferem negativamente na qualidade de vida, com prejuízos na interação social e no bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos.

Existem vários sistemas de classificação das deformidades dentofaciais e, entre estes, o mais amplamente utilizado é o proposto por Edward Hartley Angle, que enfatiza a relação anteroposterior dos primeiros molares permanentes. Assim, simplificando, temos a seguir:

1. **Classe I** – Relação antero-posterior normal entre mandíbula e maxila onde a cúspide MV do primeiro molar superior permanente oclui no sulco vestibular do primeiro molar inferior permanente.

A má oclusão caracteriza-se pela má posição dentária anterior, geralmente com função muscular normal. Assim, é comum observarmos a presença de apinhamentos, mordidas abertas, mordidas profundas, biprotrusão, etc.

2. **Classe II ou distocclusão** – Relação “distal” da mandíbula em relação à maxila. A cúspide MV do primeiro molar superior permanente oclui anteriormente ao sulco vestibular do primeiro molar inferior permanente.

Classe II Divisão 1^a – os incisivos superiores encontram-se projetados vestibularmente. Assim, é comum haver sobremordida acentuada e overjet acentuado. Função muscular anormal.

Classe II Divisão 2^a – incisivos centrais superiores encontram-se verticalizados ou lingualizados e os incisivos laterais vestibularizados. É comum observarmos uma sobremordida bastante exagerada. Função muscular é normal.

3. **Classe III ou mesiocclusão** – Relação “mesial” da mandíbula em relação à maxila. A cúspide MV do primeiro molar superior permanente oclui posteriormente ao sulco vestibular do primeiro molar inferior permanente. Comumente apresenta

compensação dentária com incisivos superiores vestibularizados e os incisivos inferiores retroinclinados na tentativa de reestabelecer contato.

Obs.: acrescenta-se o termo subdivisão quando a relação incorreta entre os arcos for unilateral e outro lado normal.

Dentro de cada grupo de maloclusão, podem ser encontrados vários problemas, os quais podem aparecer isolados ou concomitantes: mordida cruzada, mordida aberta, sobremordida profunda, sobressaliência aumentada, apinhamentos dentais, presença de hábitos bucais deletérios e perdas precoces dentais.

Aspectos epidemiológicos

As condições oclusais no Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011c) foram avaliadas em crianças de 5 e 12 anos e na faixa etária de 15 a 19 anos.

No Brasil, observa-se que 77,1% das crianças de 5 anos apresentaram oclusão normal para chaves de caninos (classe I); características normais de sobressaliência foram encontradas em 68,3%; mordida cruzada anterior em 3,0%; mordida aberta anterior em 12,1%; e prevalência de mordida cruzada posterior em 19,3% delas.

Aos 12 anos, 37,7% das crianças apresentaram problemas de oclusão. Em 20,0% dessas crianças, os problemas expressaram-se na forma mais branda. Porém, 11,2% tiveram oclusopatia (maloclusão) severa e 6,5% oclusopatia (maloclusão) muito severa. Nos adolescentes, as proporções foram semelhantes, com 35,6% apresentando algum tipo de problema e, destes, 6,2% correspondem à forma de oclusopatia severa e 9,1% corresponderam à forma mais severa da doença.

Principais fatores de risco

A maloclusão é a deformidade dentofacial que, na maioria das ocasiões, não provém de um único processo patológico específico. É uma variação clínica significativa do crescimento normal, resultante da interação de vários fatores durante o desenvolvimento, tais como a interação entre influências ambientais e congênitas, sendo relacionadas às causas a seguir.

- Hereditariedade (padrões de crescimento dentofacial, tamanho dos dentes, potência da musculatura facial).
- Defeitos de desenvolvimento de origem desconhecida.
- Enfermidades sistêmicas (distúrbios endócrinos, síndromes).
- Enfermidades locais (obstrução nasal, tumores, doença periodontal, perdas ósseas e migrações, e cárie dentária).

- Traumatismo pré e pós-natais.
- Agentes físicos (exodontia prematura de dentes decíduos, natureza da alimentação ou função mastigatória reduzida pelas técnicas de cocção, uso de talheres, alimentos processados, incluindo a presença ou ausência de alimentação dura, seca e fibrosa).
- Hábitos nocivos (sucção de bicos, de dedos, de lábio, uso de mamadeira, onicofagia, respiração bucal, quadros infecciosos de repetição).
- Deficiências nutricionais e má nutrição.
- Fatores culturais e socioeconômicos que dificultem ou impeçam o acesso aos serviços de saúde bucal preventivo-promocionais.

Considerando-se a etiologia multifatorial das más oclusões, é possível observar os principais fatores ambientais e locais que estão diretamente ligados às estruturas dentofaciais e constituem importantes causadores dos problemas oclusais. Com a detecção precoce destes fatores de risco, torna-se possível a aplicação de recursos preventivos e interceptativos que proporcionem adequado desenvolvimento dos arcos dentais.

5.5 Alterações dos Tecidos Moles e Câncer Bucal

Os tumores malignos da cavidade oral, incluindo os de língua, assoalho da boca, gengiva, palato e outros locais da boca, têm associação claramente estabelecida com o hábito de fumar ou mastigar tabaco e com o consumo de álcool. No entanto, existe um subconjunto de tipo de câncer que ocorre entre os sujeitos não expostos ao fumo ou ao álcool. Para esses casos, há evidência epidemiológica do papel do papilomavírus humano (HPV) 16 e HPV 18 como possíveis agentes etiológicos dos tumores malignos de cavidade oral. Os cânceres de orofaringe e das tonsilas são também fortemente associados ao álcool e ao tabaco, mas a evidência extensa acumulada nos últimos anos pode apoiar um papel causal do HPV em uma fração considerável desses tipos de câncer, cuja incidência aumentou em algumas populações.

A infecção pelo HPV, na mucosa genital ou oral, pode ser subclínica ou associada a lesões benignas (verrugas comuns, condilomas, papilomas). Em geral, essas lesões são causadas principalmente por infecção por HPV de baixo risco. A infecção por HPV de alto risco é considerada como o principal agente etiológico do carcinoma cervical de células escamosas.

As infecções por HPV são transmitidas principalmente por meio do contato direto, pele a pele ou pele-mucosa. Os vírus são transmitidos facilmente e cada genótipo

tem o seu tropismo por determinado tecido. Os dados epidemiológicos recentes sugerem que as mudanças significativas na prevalência do HPV podem ser devido às mudanças nos hábitos sexuais, especialmente entre os jovens (ou seja, *debut* sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, sexo oral e anal). Este cenário implica a necessidade de ações dos pontos de AB, como campanhas sobre educação sexual e programas de vacinação, bem como o diagnóstico de doenças relacionadas com o HPV, tanto benignas como malignas.

Aspectos conceituais

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) e está entre as principais causas de óbito por neoplasias. Representa uma causa importante de morbimortalidade uma vez que mais de 50% dos casos é diagnosticado em estágios avançados da doença. O câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce.

Aspectos epidemiológicos

O câncer bucal tende a acometer o sexo masculino de forma mais intensa e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos. Localiza-se, preferencialmente, no assoalho da boca e na língua e o tipo histológico mais frequente (90% a 95%) é o carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermoide). Segundo a estimativa de incidência de câncer no Brasil para 2016, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), a neoplasia maligna de cavidade oral apresentará 11.140 casos estimados entre os homens e 4.350 entre as mulheres. Isto representa 5,2% e 2,1%, respectivamente, em relação a todos os tipos de câncer, à exceção do câncer de pele não melanoma.

Principais fatores de risco

- Fatores culturais e socioeconômicos.
- Tabagismo (uso de cachimbos, hábitos de mascar fumo, entre outros).
- Etilismo.
- Exposição à radiação solar.
- Deficiência imunológica (adquirida ou congênita).
- Uso crônico de álcool e tabaco associados potencializa o risco de aparecimento do câncer de boca.

5.6 Fluorose dentária

Aspectos conceituais

A fluorose dentária é o resultado da ingestão crônica de flúor durante o desenvolvimento dental, que se manifesta como mudanças visíveis de opacidade do esmalte devido a alterações no processo de mineralização (MOSELEY et al., 2003). O grau dessas alterações é função direta da dose de fluoreto a que a criança está sujeita (mg F/kg/dia) e o tempo de duração da dose. Os aspectos clínicos da fluorose dentária são caracterizados por um espectro de mudanças que vão desde linhas opacas brancas finas cruzando transversalmente o longo eixo da coroa do dente até quadros nos quais áreas do esmalte gravemente hipomineralizadas se rompem e, geralmente, o esmalte restante fica pigmentado (FEJERSKOV et al., 1994). A pigmentação é pós-eruptiva, por causa da maior porosidade do esmalte fluorótico, mas essa maior permeabilidade não tem nenhuma relação com o aumento de risco de cárie.

A fluorose dentária leve causa apenas alterações estéticas, caracterizadas por pigmentação branca no esmalte dentário. A fluorose moderada e severa, caracterizada por manchas brancas mais acentuadas, amarelas ou marrons., além de defeitos estruturais no esmalte, apresenta repercussões estéticas, morfológicas e



Saiba Mais

Para mais informações, acesse o *Guia de Recomendações para Uso de Fluoretos no Brasil*, disponível no site <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_fluoretos.pdf>.

funcionais (MOYSÉS et al., 2002).

Aspectos epidemiológicos

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011c) apontaram prevalência média de fluorose dentária de 16,7% em crianças de 12 anos no País, sendo que 15,1% foram representados pelos níveis de severidade “muito leve” (10,8%) e “leve” (4,3%). Fluorose “moderada” foi identificada em 1,5% das crianças. O percentual de examinados com fluorose “grave” pode ser considerado nulo. A maior prevalência de crianças com fluorose foi observada na Região Sudeste (19,1%) e a menor na Região Norte (10,4%).

Principais fatores de risco

- Atualmente, considera-se que o principal fator de risco associado à fluorose dentária é o aumento da ingestão média de fluoretos por meio de múltiplas fontes. O uso de água fluoretada, dentifrício fluoretado, suplementos com flúor e bebidas ou alimentação infantil em pó contendo fluoretos antes dos 6 anos de idade tem sido considerado fator mais importante.
- Ingestão de produtos com flúor

5.7 Traumatismo dentoalveolar

Aspectos conceituais

Traumatismo dentoalveolar consiste em lesão traumática que acomete estruturas dentárias e de seu periodonto. Estas lesões podem estar restritas aos tecidos moles, sendo classificadas em: Concussão, Subluxação, Extrusão, Luxação lateral, Intrusão e Avulsão. Entretanto, quando há envolvimento da estrutura dentária ou da base óssea alveolar estas lesões se classificam em: Trincas de esmalte, Fratura de esmalte, Fratura de esmalte-dentina sem exposição pulpar, Fratura de esmalte-dentina com exposição pulpar, Fraturas coronoradiculares sem exposição pulpar, Fraturas coronoradiculares com exposição pulpar, Fratura radicular e Fratura alveolar.

As fraturas radiculares subclassificam-se de acordo com a região, isto é, fratura no terço cervical, médio ou apical. As lesões dentárias traumáticas são agravos que têm grande impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente: limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto de a criança/adolescente evitar sorrir e conversar (ANDREASEN, 2012). Fraturas dentais podem ocorrer em ambiente escolar, áreas de lazer, na própria residência das pessoas (batida abrupta em móveis).

Aspectos epidemiológicos

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

2010 (BRASIL, 2011c), a prevalência de traumatismo dentário nos incisivos aos 12 anos foi de 20,5%. As lesões mais prevalentes foram de fraturas de esmalte (aproximadamente 16,5%) e fraturas de esmalte e dentina (aproximadamente 4%).

Principais fatores de risco

- Características individuais: condições físicas (como o trespasse horizontal acentuado e a hipotonia labial), condições comportamentais (como o hábito do uso dos dentes como ferramenta para prender ou cortar objetos), personalidade hiperativa, falta de uso de instrumentos de proteção contra acidentes (cintos de segurança, protetores bucais e faciais na prática de esportes, capacetes, uso de assentos especiais para crianças pequenas).

5.8 Outros Agravos

5.8.1 Erosão dental

Aspectos conceituais

Erosão dental é o resultado físico da perda patológica, localizada e crônica de estrutura dentária, por meio de quelação por ácidos de origem não bacteriana. Existem diversos tipos de ácidos de origem não bacteriana que podem ser o agente etiológico, o que torna essa patologia complexa (MEURMAN; TEN CATE, 1996). Embora a OMS recomende o monitoramento da erosão dentária como patologia emergente, autores questionam a caracterização da erosão como problema de saúde pública.

Epidemiologia

Estudo mostrou que prevalência de erosão dentária em crianças e adolescentes (8-19) anos foi de, aproximadamente, 30% (SALAS et al. 2015).

Fatores de risco

Fatores associados à dieta, como consumo de suco de frutas cítricas, energéticos e refrigerantes. Outros fatores, como redução do fluxo salivar, refluxo gastroesofageal e bulimia podem caracterizar elementos intrínsecos que predispõem à erosão dental. Exposição a ambientes com substâncias ácidas em algumas indústrias também é citado como fator de risco (AGUIAR et al., 2006).

5.8.2 Dor orofacial e disfunção temporomandibular

Aspectos conceituais

Dor orofacial refere-se à dor associada aos tecidos moles e mineralizados da cabeça e do pescoço (ACADEMIA AMERICANA DE DOR OROFACIAL, 2010), tendo como causas mais comuns as dores odontogênicas seguidas das disfunções temporomandibulares (DTMs). Esta disfunção é um tipo de dor orofacial definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e as estruturas associadas. Em geral, as DTMs decorrem de doenças benignas, em diversos níveis de complexidade, mas não se pode descuidar da possibilidade de doenças graves como causa (FIELDS, 1995).

Aspectos epidemiológicos

Um estudo brasileiro verificou que 25,7% das pessoas que compareceram às consultas em uma clínica odontológica apresentavam algum tipo de dor orofacial (SIQUEIRA et al., 2008). Uma revisão sistemática verificou prevalência de mais de 13% para as dores musculares mastigatórias, mais de 16% para disfunções do disco articular e mais de 9% para dores da articulação temporomandibular na população em geral (MANFREDINI et al., 2011). Sinais e sintomas de DTM também são encontrados em crianças e adolescentes. Entretanto, a prevalência é menor do que em adultos (LE RESCHE, 1997; KEELING et al., 1994; VERDONCK et al., 1994; SUVINEN et al., 2004).

Principais fatores de risco das DTM

- Trauma.
- Fatores psicossociais (depressão, ansiedade, estresse pós-trauma etc.).
- Fatores anatômicos (esqueléticos).
- Fatores fisiopatológicos.
- Doenças sistêmicas (doenças degenerativas, infecciosas, metabólicas, neoplásicas, neurológicas, vasculares e reumatológicas).
- Doenças locais (alteração na viscosidade do líquido sinovial, pressão intra-articular aumentada, estresse oxidativo etc.).
- Genéticos.

5.8.3 Malformações congênitas

Aspectos conceituais

As fissuras orais (labial, labiopalatina ou palatina) destacam-se entre as alterações congênitas da boca. Essas lesões decorrem da falta de fusão dos processos nasais mediais e destes com os maxilares durante a formação do bebê. O diagnóstico pode ser feito a partir da 14^a semana de gestação, durante exames de ultrassonografia (PARANAÍBA et al., 2009; SILVA FILHO, 2007). Podem ser: unilaterais, bilaterais, incompletas, completas, sendo classificadas com base no forame incisivo (MOSSEY, 2011). Para acompanhar o curso destas malformações, deve ser realizado monitoramento da ocorrência de casos e registro correto nas bases de dados (LOFFREDO et al., 2001).

Aspectos epidemiológicos

Apesar de ser uma anomalia com serviços de referência para o tratamento, é importante ressaltar que, no Brasil, estima-se entre 1,5 e 1 caso por mil nascidos vivos. Estudo de registros de casos novos de fissura oral, nos anos de 1975 a 1994, apontou tendência ascendente nesse conjunto de malformações (LOFFREDO et al., 2001).

Principais fatores de risco

Os principais fatores de risco relacionados a fissuras orais estão listados a seguir. As evidências das associações variam na literatura (MOSSEY, 2011):

- Tabagismo materno.
- Alcoolismo materno.
- Carências nutricionais.
- Exposição materna a riscos ocupacionais (solventes e defensivos agrícolas, por exemplo).
- Medicamentos teratogênicos.
- Infecções virais no primeiro trimestre da gestação.
- Genéticos.