

# Conexão

Uma revista da Odontoprev para você

# UNNA

## MUITO ALÉM DA DOR DE DENTE

NOVAS ABORDAGENS PARA LIDAR COM O SINTOMA  
QUE ATINGE 27% DA POPULAÇÃO ADULTA

# GTO Digital no App Rede UNNA

Você sabia que os dentistas da Rede Odontoprev possuem a funcionalidade da guia de tratamento odontológico 100% digital para todas as especialidades, com a assinatura diretamente pelo aplicativo?

A GTO digital permite o acesso e a assinatura diretamente pelo smartphone ou tablet. Através do App Rede UNNA, no menu "Assinar GTO", o cirurgião-dentista e o paciente podem assinar os campos obrigatórios e enviar a GTO para a Odontoprev sem a necessidade do envio da GTO física por meios postais ou portador, de uma forma sustentável e virtual.



## Benefícios:

- Maior integração dos processos;
- Maior agilidade na recepção das guias;
- Elimina a necessidade de manter arquivos físicos;
- Elimina custos com postagens;
- Elimina custos de impressão de guias;
- Elimina custos de armazenamento de 2<sup>as</sup> vias;
- Elimina risco de extravios.

Saiba mais em nosso portal e App!



Baixe aqui o APP Rede UNNA

Disponível para:  



Acesse o portal Rede UNNA

## Sumário



**MATÉRIA DE CAPA**  
Muito além da dor de dente

06

**INFORME UNNA**  
Ondas Limpas na Estrada

05

**OBE**  
Recuperar ou extrair?

11

**PESQUISA E TENDÊNCIAS**  
Como o edentulismo afeta a saúde mental

14

**ARTIGO TÉCNICO**  
Exodontia e preservação alveolar no dia a dia

16

**GESTÃO DE CONSULTÓRIO**  
4 maneiras de incentivar check-up regulares

20

**DEDO DE PROSA**  
Gengiva à mostra?

22

**Conselho editorial**  
Emerson Nakao  
José Maria Benozatti  
Leandro Marques Avila  
Leandro Stocco Baccarin  
Marcos José Silva Costa  
Regina Juhas  
Rodolfo F. Hltenhoff Melani  
Simone Maria Alves Tartaglia

## burk

contato@burk.com.br

Eduardo Burckhardt  
MTB 43.049  
Editor-chefe

Ed Santana  
Direção de arte

Malu Echeverria  
Editora

Fernanda Carpegiani  
Vanessa Gomes de Lima  
Reportagem

Paula Luize Burckhardt  
Coordenadora editorial

Lygia Roncel  
Revisão

*O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade de seu(s) autor(es).  
Produzido por Burk Editora, sob encomenda de Odontoprev, junho de 2022. Material de distribuição exclusiva à classe odontológica.*





## A IMPORTÂNCIA DE CONVERSAR

**A**colhimento ao paciente. Esta expressão é recorrente não apenas neste número da **Conexão UNNA**, mas também nas edições anteriores da revista. Não por acaso. É primordial ressaltar e reforçar a importância de um atendimento mais personalizado e próximo para o bom exercício da Odontologia. É fato que essa característica, que deve ser inerente à nossa profissão, contribui para criar um ambiente confortável e de confiança entre o cirurgião-dentista e o paciente. Mas vai além: uma série de pesquisas indica que uma anamnese bem-feita, que procura entender todos os aspectos da vida do paciente e como eles influenciaram na causa da ida ao consultório, é a chave para descobrir a verdadeira raiz do problema e buscar soluções menos invasivas e com maiores chances de êxito no tratamento.

Trouxe esse tema à tona influenciado especialmente pela matéria de capa dessa edição, sobre a dor na Odontologia. Entre os depoimentos dos vários especialistas consultados para a reportagem, vemos como fio condutor comum a importância do acolhimento ao paciente. “Atualmente, o profissional tem mais consciência de que a pergunta deve ir além do ‘onde dói?’, estendendo-se para o contexto em que o paciente está inserido”, diz a cirurgiã-dentista Paula Mendes. “É preciso lembrar que existe um ser humano por trás da dor”, corrobora Luci Mara França Correia, vice-presidente da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED). Ou seja, prescrever exames complementares pode ser necessário e auxiliar no diagnóstico, mas é a conversa inicial e a atenção à queixa principal do paciente que pode nos indicar os melhores caminhos para o definir o tratamento.

Outras reportagens que você lerá na **Conexão UNNA** mostram a abrangência desta nova visão sobre a Odontologia. Na seção OBE, que aborda a exodontia, a discussão sobre recuperar ou extrair os dentes perpassa critérios apenas técnicos e revela que fatores como a adesão do paciente ao tratamento devem ser considerados na hora de tomar uma decisão. A seção Pesquisa e Tendências traz as últimas investigações científicas que apontam para indícios de que a falta de dentes pode ser um fator causador de demência e de depressão. E a entrevista do Dedo de Prosa, sobre sorriso gengival, também toca em questões relacionadas ao bem-estar do paciente. “Apesar de o excesso de exposição da gengiva não ser danoso à saúde bucal, em alguns pacientes pode causar desconforto estético e comprometer a harmonia facial”, diz o cirurgião-dentista Mario Cappellette Junior.

Completam esta edição um Artigo Técnico sobre a importância da preservação alveolar após a perda dentária, com novos estudos sobre o tema, visando a manutenção da estrutura óssea; uma matéria com quatro maneiras para incentivar a realização de *check-ups* regulares, na seção Gestão de Consultório; e, em Informe UNNA, a apresentação do projeto social-científico Ondas Limpas na Estrada, apoiado pela Odontoprev.

Boa leitura!



Dr. José Maria Benozatti  
Diretor Clínico-Operacional  
do Grupo Odontoprev



# ONDAS LIMPAS NA ESTRADA

Com apoio da Odontoprev, expedição terrestre da ONG Sea Shepherd está percorrendo o litoral brasileiro para mapear cientificamente o perfil de detritos marinhos em 300 praias



**N**o ano em que completa 35 anos de história, a Odontoprev tem o orgulho de patrocinar a expedição Ondas Limpas na Estrada, em parceria com a Sea Shepherd Brasil, unidade brasileira da maior organização sem fins lucrativos de proteção da vida marinha e do oceano do mundo. Ao longo de 18 meses, cientistas voluntários percorrerão toda a costa brasileira a bordo de um ônibus com o objetivo de mapear cientificamente o perfil de detritos marinhos em 300 praias.

Além da promoção da saúde bucal com serviços de qualidade, a preocupação com a sociedade e com o meio ambiente norteia as ações da Odontoprev, a primeira operadora de saúde do país a neutralizar 100% de suas emissões de carbono. No âmbito social, a empresa doou mais de oito mil planos odontológicos para 20 instituições parceiras no último ano, entre outras iniciativas. Sendo assim, não poderia ignorar o fato de que o Brasil despe-

ja, diariamente, 890 toneladas de plástico nos oceanos (Oceana, 2021), ocupando o sexto lugar na lista de países que mais descartam plásticos nos oceanos em todo o mundo (Our World In Data, 2021).

Durante a expedição, a Odontoprev também oferecerá consultas odontológicas gratuitas para grupos de catadores das cooperativas envolvidas na reciclagem dos materiais coletados, que serão realizadas no consultório itinerante Odontomóvel.

O Ondas Limpas na Estrada conta ainda com a parceria científica do Instituto Oceanográfico da Universidade de São Paulo (IOUSP), referência mundial no estudo sobre resíduos marinhos, que disponibilizará laboratórios de primeira linha e os melhores pesquisadores na área. Os materiais retirados das águas serão mapeados e quantificados, assim como todas as informações adquiridas ao longo da expedição, com o intuito de gerar um relatório de impacto ambiental, social e econômico.



### ONDAS LIMPAS NA ESTRADA EM NÚMEROS

- 18 meses de expedição
- visita a mais de 300 praias
- mais de 7.000 km percorridos pela costa brasileira
- 100 voluntários no total

SAIBA MAIS:

Site: [www.seashepherd.org.br/ondas-limpas-na-estrada/](http://www.seashepherd.org.br/ondas-limpas-na-estrada/)

## DESCOBRINDO A DOR

O diagnóstico passa por diversas etapas de exclusão



**1**  
ANAMNESE COMPLETA  
E DIRECIONADA



**2**  
EXAME FÍSICO



**3**  
EXAMES DE IMAGEM  
E/OU LABORATORIAIS



**4**  
ENCAMINHAMENTO  
PARA ESPECIALISTAS

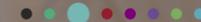
Caso sejam encontradas alterações infecciosas, traumáticas ou tumorais, entre outras, elas devem ser excluídas antes de continuar a pesquisa de novas causas

# MUITO ALÉM DA DOR DE DENTE

O sintoma, que atinge 27% da população adulta, muitas vezes requer atendimento multidisciplinar, o que aumenta a responsabilidade do cirurgião-dentista nos dias de hoje, tanto no diagnóstico quanto no tratamento das dores orofaciais

A dor é um sintoma comum em inúmeras doenças, assim como uma das principais razões que levam as pessoas a buscar atendimento em saúde. Não poderia ser diferente no caso das dores orofaciais, que segundo a definição da Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, são aquelas associadas a tecidos moles e mineralizados (pele, vasos sanguíneos, ossos, dentes, glândulas ou músculos) da cavidade oral e da face, nas quais a atuação do cirurgião-dentista é crucial e frequente em todas as idades. Dados da última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, de 2010, mostram que, nos seis meses anteriores ao levantamento, 24,6% das crianças de até 12 anos tiveram dor de dente. Entre os jovens de 15 a 20 anos, a taxa foi similar, 24,7%. Já entre os adultos, 27,5% apresentaram a queixa, contra 10% dos idosos, por conta do percentual maior de perda dentária nessa faixa etária.

Até pouco tempo, a saída para a maioria dos casos de dores de dente era a remoção cirúrgica do elemento dentário. Por esse motivo, eram raras as pessoas idosas que não usavam dentaduras. “O dente é um órgão que faz parte de uma ‘engrenagem’. À medida que aumentou o conhecimento do profissional da Odontologia a respeito desse complexo sistema, ele percebeu que não bastava, literalmente, remover o mal pela raiz”, afirma a cirurgiã-dentista Luci Mara França Correia, mestre em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial e vice-presidente da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED).



Realizar exames de imagem e/ou laboratoriais pode estar entre as etapas para a descoberta da origem da dor

Shutterstock

Ainda hoje, as principais causas das dores orofaciais são as alveolodentárias, ou seja, aquelas relacionadas aos dentes e tecidos de suporte, como cáries, fraturas e inflamações da polpa e periodontite. Na sequência, vêm as dores musculoesqueléticas, conhecidas por disfunções temporomandibulares (DTMs), as dores neuropáticas (DNs), como a neuralgia do trigêmeo, e as demais neuralgias. O cirurgião-dentista João Paulo Tanganeli, vice-diretor do Departamento de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD), compara a dor orofacial ao alarme de um automóvel. “Ele pode ser acionado por um invasor, mas às vezes também dispara sem motivo aparente. Da mesma forma, muitas dores não estão ligadas a lesões e doenças, e sim a mecanismos do sistema nervoso central”, explica.

Como exemplo, Tanganeli cita as hiperalgesias, DNs que são respostas exacerbadas a estímulos que normalmente provocam dor, e as alodínias, DNs que, ao contrário, são respostas a estímulos que normalmente não provocam dor (como um toque suave no

rosto). Outra doença que pode confundir os cirurgiões-dentistas, segundo Luci Mara, da SBED, é a sinusite. “A dor é tão intensa que o paciente chega a solicitar a extração do dente. Embora a sintomatologia apareça na boca, nesse caso, o problema está no seio maxilar”, afirma a especialista. Sendo assim, além de não resolver todas as causas das dores de dente, a extração inadequada pode causar problemas, de perda de volume ósseo a desequilíbrio na oclusão dentária, ou, pior ainda, postergar o diagnóstico de algo mais grave, como câncer. “O cirurgião-dentista tem de investigar a dor como se fosse um detetive”, recomenda Tanganeli, da APCD.

### MUDANÇA DE PARADIGMAS

Esse novo olhar mudou paralelamente ao surgimento da especialidade em DTM e dor orofacial, há cerca de duas décadas. De lá para cá, novas tecnologias e pesquisas revolucionaram o diagnóstico e o tratamento da dor. Aqui se incluem tomografias computadorizadas cada vez mais detalhadas, com reconstruções em 3-D, e ressonâncias magnéticas. Já em relação ao tratamento da dor, além de novos fármacos convencionais, a novidade é a utilização de canabinoides para dores crônicas, assim como de luzes LED ou *laser* (terapia conhecida como biofotônica). As DTMs também podem ser combatidas com bloqueio anestésico, *dry needling* (agulhamento seco), viscosuplementação nas articulações e até mesmo técnicas de *biofeedback*, que consistem em ajudar o paciente na autopercepção corporal.

Tudo isso impulsionou também a atuação do cirurgião-dentista fora das clínicas, tornando-o mais relevante em equipes multidisciplinares de hospitais, entidades médicas e universidades. “Não existe profissional mais capacitado para o diagnóstico da dor orofacial do que o cirurgião-dentista, pois o nosso conhecimento sobre anatomia, musculatura e função da face é amplo, o que faz toda a diferença”, opina Luci Mara, da SBED. Ela própria foi testemunha de um caso em que a avaliação de um CD mudou o rumo do tratamento de um paciente com diagnóstico de neuralgia do trigêmeo, já com a cirurgia marcada. Ao solicitar novos exames,

incluindo uma simples radiografia panorâmica, o profissional observou que a causa do problema era uma infecção dental que poderia ser resolvida com um tratamento endodôntico.

Uma revisão sistemática feita pelo cirurgião-dentista José Tadeu Tesseroli de Siqueira, doutor em farmacologia e ex-coordenador técnico dos cursos de Aprimoramento, Especialização e Residência em Odontologia Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), mostrou que a presença do CD tanto no hospital geral quanto em equipes multidisciplinares de tratamento da dor contribui para o diagnóstico diferencial e para o tratamento das afecções e doenças específicas da sua área de atuação, assim como, na fase de reabilitação, para devolver a condição estrutural e funcional da face, o que se traduz em melhora na qualidade de vida do paciente. “Hoje, o diálogo é de igual para igual, e temos todo o respeito da classe médica”, garante Tanganeli, da APCD.

Mas essa troca de conhecimento com profissionais de saúde de outras áreas, incluindo neurologistas, otorrinolaringologistas, psicólogos e fisioterapeutas, entre outros, também pode ser útil no dia a dia do consultório. Um exemplo é a abordagem das DTMs de origem muscular, que podem ser tratadas com a ajuda de fisioterapia. Além disso, cada vez mais estudos comprovam a relação da saúde mental com as dores orofaciais.

### LEGADO DE TRAGÉDIAS

Uma pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), liderada pela cirurgiã-dentista Paula Mendes, observou a associação entre saúde mental e bucal em sobreviventes de uma tragédia usando a dor nos dentes como variável de interesse. Para tanto, a pesquisadora analisou 225 indivíduos (de 18 a 90 anos) diretamente expostos ou atingidos pelo rompimento de uma barragem de rejeitos em Mariana (MG), em 2015.

Os dados foram coletados dois anos após o desastre, em 2017, e mesmo assim impressionam. Além de apontarem elevada prevalência de dor nos dentes, quando comparados aos dados da população brasileira em geral, constatou-se que o sintoma piorava quando associado à insatisfação dentária, ao transtorno de ansiedade generalizada e à falta de suporte social.

As pessoas atingidas que sobreviveram ao rompimento da barragem e foram diagnosticadas com transtorno de ansiedade generalizada, por exemplo, tinham 2,5 vezes mais risco de apresentar dor nos dentes. A probabilidade de sofrer com o problema depois da tragédia aumentou em 4% para cada ponto na escala de insatisfação com o suporte social. “Provavelmente porque os moradores da região, além de perder suas casas, perderam suas redes de apoio depois do desastre”, alega Paula.

“O profissional tem mais consciência de que a pergunta ao paciente deve ir além do ‘onde dói?’, estendendo-se para o contexto em que ele está inserido”

Como se tratava de uma pesquisa original, a cirurgiã-dentista adaptou um questionário utilizado anteriormente em um trabalho com os sobreviventes do acidente nuclear de Fukushima, no Japão. Mas, se uma tragédia como o rompimento de uma barragem ou o derretimento de um reator nuclear parecem cenários distantes da realidade da maioria, a autora do estudo observa que a pandemia de Covid-19 também deixou sequelas semelhantes na população. “Assim como em

um desastre ambiental, as pessoas passaram por uma mudança súbita na rotina e, uma vez isoladas por causa da quarentena, perderam suas redes de apoio. O resultado da tensão constante foi o aumento dos casos de DTMs e bruxismo, entre outros pro-



Shutterstock

### ESCALA DE DOR

A dor é um sinal vital tão importante quanto os batimentos cardíacos e a temperatura. Como não dá para ser aferida por aparelhos, o profissional pode utilizar a escala visual analógica (EVA) para categorizar a intensidade da dor com a ajuda do paciente.



blemas, uma vez que a boca faz parte de um ‘combo’, compara Paula. O crescimento dos índices de dores orofaciais em virtude do estresse provocado pela situação de pandemia foi notado em diversos estudos feitos no decorrer dela, como em uma pesquisa realizada pela Universidade de Tel Aviv, em Israel, em parceria com duas instituições de ensino polonesas, e publicada no *Journal of Clinical Medicine* em 2020.

Para a cirurgiã-dentista Paula Mendes, entretanto, a experiência pandêmica deixou um legado positivo ao tornar mais evidente a ligação entre saúde bucal e mental. “Atualmente, o profissional tem mais consciência de que a pergunta ao paciente deve ir além do ‘onde dói?’, estendendo-se para o contexto em que ele está inserido”, justifica.

#### ACOLHIMENTO

Como deve ser então a abordagem do cirurgião-dentista diante das queixas de dor, considerando o cenário atual? Na prática diária, segundo a cirurgiã-dentista Luci Mara, vice-presidente da SBED, a avaliação clínica – com anamnese completa e direcionada, seguida de exame físico – é ainda soberana. Para os casos mais complexos, recomenda-se que o profissional solicite exames complementares (laboratoriais e de imagem) e/ou encaminhe o paciente para um especialista em dor orofacial.

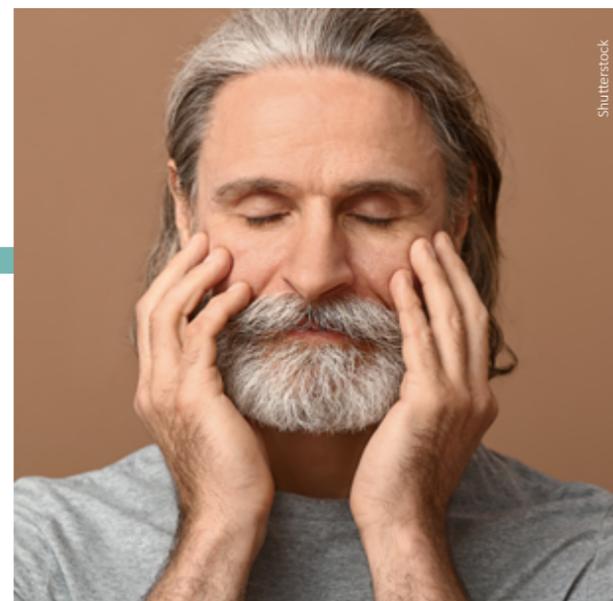
A especialista destaca que os protocolos mais utilizados hoje são: *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD)*, de 2014; Diretriz da Academia Americana de Dor Orofacial, de 2013, e *International Classification of Orofacial Pain (ICOP)*, de 2020. Vale reforçar que queixas recorrentes, como as que acontecem em certas DTMs, exigem avaliação aprofundada, incluindo a análise de fatores físicos, psicossociais e comportamentais.

A despeito de todos os avanços tecnológicos e acadêmicos, ainda há resistência e preconceito de alguns profissionais tanto em

relação ao atendimento de forma mais humanizada do paciente quanto ao trabalho em conjunto com diversas especialidades de saúde. Luci Mara ressalta, porém, que a concepção de que o profissional da Odontologia cuida só dos dentes está defasada. “É preciso lembrar que existe um ser humano por trás da dor”, conclui.

#### SAIBA MAIS:

1. De Leeuw R, Klasser GD. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management. 5ª ed. Chicago: Quintessence Publishing; 2013.
2. Emodi-Periman A, Eli I, Smardz J, Uziel N, Wieckiewicz G, Gilon E, et al. Temporomandibular disorders and bruxism outbreak as a possible factor of orofacial pain worsening during the COVID-19 pandemic-concomitant research in two countries. *J Clin Med.* 2020;9(10):3250. doi: 10.3390/jcm9103250. PMID: 33053640.
3. medicina.ufmg.br. Estudo identifica prevalência elevada de dor de dente em vítimas da barragem do Fundão [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2020 Nov 03 [acesso em: 15ago.2022]. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/estudo-identifica-prevalencia-elevada-de-dor-de-dente-em-vitimas-da-barragem-do-fundao/>.
4. Pigg M, Nixdorf DR, Law AS, Renton T, Sharav Y, Baad-Hansen L, List T. New international classification of orofacial pain: what is in it for endodontists? *J Endod.* 2021 Mar;47(3):345-57. doi: 10.1016/j.joen.2020.12.002. Epub 2020 Dec 16. PMID: 33340605.
5. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(1):6-27. doi: 10.11607/jop.1151. PMID: 24482784.
6. De Siqueira JTT. Dor orofacial: o papel da Odontologia. Experiência em um hospital geral. *JBA.* 2001 Abr/Jun:1(2):158-64.
7. American Academy of Orofacial Pain [Internet]. Oceanville (NJ): American Academy of Orofacial Pain [acesso em 15ago.2022]. Disponível em: <https://aaop.org>.



Shutterstock

#### SEM DENTES, MAS COM DOR

Não é incomum que um paciente edêntulo sinta dor no local do dente que foi extraído. A situação é semelhante à das dores-fantasmas que ocorrem em pessoas amputadas. Sendo assim, mesmo que o dente não esteja mais ali, os nervos ainda podem enviar sinais de dor para o cérebro, uma resposta típica de quando o organismo percebe que algo está anormal. Mas o sintoma também pode ser resultante de outros mecanismos do sistema nervoso central. Por isso, em primeiro lugar, o mais importante é acolher a dor do paciente, e a partir daí realizar o diagnóstico e o tratamento adequado.

# RECUPERAR OU EXTRAIR?

A Odontologia está cada vez mais conservadora em relação à exodontia. Condições pulpares, perda óssea e adesão do paciente estão entre os fatores que devem ser considerados na decisão

Emerson Nakao  
Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani

Todo processo de tomada de decisão depende da capacidade individual de fazer uma leitura de determinada situação, assim como de medir as consequências — o que, por sua vez, está atrelado ao conhecimento e às experiências acumulados até então. Quando se trata de decidir entre extrair ou não um dente, não poderia ser diferente. O cirurgião-dentista precisa ter desenvolvida sua capacidade de diagnosticar doenças por meio de suas manifestações e relatos, de inferir prognósticos sobre determinada situação e, assim, escolher a abordagem mais adequada para o paciente, baseando-se nos princípios da indicação, oportunidade e viabilidade. De preferência, deve optar por aquela que resultará na preservação do órgão dental funcional pelo maior tempo possível, restabelecendo seu estado de saúde. Ao atingir um alto nível de leitura, o profissional não só identifica problemas, mas também consegue antevê-los e atuar na sua prevenção.

O conhecimento básico, aquele adquirido, entendido e praticado, é um dos fatores mais importantes na formação de um profissional. Pense que toda a trajetória que se seguiu a partir do momento da aquisição desse conhecimento foi uma consequência da forma como ele ocorreu, ou seja, se foi adequado, corretamente interpretado e praticado no dia a dia.

Hoje vemos a ciência se expandindo a passos largos, não só em razão dos avanços tecnológicos, mas também devido à velocidade com que os estudos são divulgados e à facilidade de acesso às pesquisas e a outros conteúdos científicos. Se por um lado ter todas essas informações representa uma vantagem para quem dela depende, por outro também traz o desafio de se manter atualizado e de saber discernir a informação produzida com métodos científicos adequados em meio à avassaladora quantidade de informações disponíveis.



Dentro dos conceitos modernos da Odontologia que nos permitiram mudar paradigmas devido aos avanços nos campos do conhecimento e da tecnologia, tornou-se possível e viável a manutenção de dentes em condições que no passado não teriam solução. A Odontologia se tornou mais conservadora. E, nesse contexto, extrair um dente deve ser a última alternativa terapêutica a ser levada em consideração no dia a dia da prática clínica ambulatorial. Há um vasto repertório de modalidades de tratamentos odontológicos que têm como objetivo o restabelecimento da saúde e a manutenção do órgão dental. Sendo assim, manter a dentição natural funcional e estética deve ser o principal objetivo da Odontologia.

No entanto, manter um dente comprometido a qualquer custo pode não ser interessante, pelo risco de haver consequências indesejadas, como a perda de função ou a disseminação de um quadro infeccioso local aos tecidos adjacentes. Isso deixa claro o quanto importante é a capacidade de ler uma situação, formular uma hipótese diagnóstica adequada e inferir um prognóstico. Também deixa claro que a decisão de extrair um dente comprometido, ou seja, avaliar esse grau de comprometimento, é uma das situações mais difíceis pelas quais pode passar um cirurgião-dentista.

Em um estudo<sup>1</sup> realizado no Brasil em 2007, 152 cirurgiões-dentistas com média de 15 anos de profissão foram questionados sobre como cada um conduz o processo de tomada de decisão nesses casos, ou seja, quem decide pela extração ou pela manutenção de um dente comprometido. O resultado mostrou que 55% deles delegam a decisão, encaminhando o paciente para um especialista, conforme a natureza desse comprometimento. É claro que mais estudos dessa natureza, aumentando consideravelmente o número da amostra, contribuiriam para o melhor entendimento desse comportamento, mas os dados são suficientes para se ter um panorama.

Como foi dito anteriormente, houve grandes avanços tecnológicos dentro da nossa área de conhecimento, que levaram a uma evolução expressiva de materiais restauradores, como cerâmicas e resinas compostas, mas que não são comparáveis a um dente natural. Enxergá-los dessa forma, aliás, traria um grau de consciência de que não haveria problemas em se utilizar desses materiais, evitando assim, sobretratamentos. Vale ressaltar que desgastes dentários, de alguma forma, diminuem a resistência mecânica do dente,<sup>2</sup> o que aumenta o risco de perda precoce.

“Manter a dentição natural funcional e estética deve ser o principal objetivo da Odontologia”

De acordo com a literatura odontológica,<sup>3</sup> os fatores a seguir devem ser considerados na tomada de decisão pela manutenção ou extração de um dente:

- Grau e tipo de perda óssea;
- Profundidade de sondagem periodontal;
- Perda de inserção;
- Grau de envolvimento de furca;
- Anatomia radicular;
- Oclusão;
- Condições pulpares;
- Tipo de reabilitação necessária;
  - Valor estratégico do dente;
  - Estado de saúde sistêmica;
  - Idade do paciente;
  - Higiene oral;
  - Questões financeiras;
  - Hábitos parafuncionais;
  - Envolvimento com patologias não dentárias.

Já a Associação Americana de Endodontia cita os seguintes critérios<sup>4</sup> para a tomada de decisão:

- Dente determinado como não restaurável pelas razões que incluem, mas não se limitam a:
  - Extensão da destruição das estruturas naturais do dente;
  - Considerações periodontais;
  - Razão coroa/raiz desfavorável;
  - Reabsorção;
  - Questões iatrogênicas;
  - Considerações perirradiculares;
  - Fraturas de raiz;
  - Considerações ao dente adjacente.
- Desfecho desfavorável após trauma;
- Tratamento cirúrgico ressectivo, mostrando que uma ou mais raízes necessitam ser extraídas devido ao processo da doença;
- Autotransplante/reimplante intencional.

Em relação à profundidade de bolsas periodontais, um estudo<sup>5</sup> sugere que dentes com bolsas menores que 5 mm têm plenas condições de ser mantidos, desde que submetidos a tratamento periodontal adequado e acompanhados ao longo do tempo. Profundidades entre 5 e 7 mm devem ser tratadas com maior cautela, uma vez que são de difícil acesso e controle diário pelo paciente. Já na existência de bolsas maiores que 7 mm, a exodontia deve ser considerada. A correlação em um exame de ima-

gem desse quadro clínico é a perda óssea observada em imagens radiográficas. Com base nessas imagens, foi sugerido em outra pesquisa<sup>6</sup> que uma perda equivalente a cerca de 65% seria o limite máximo para a permanência desse elemento. Isso porque perdas maiores que 65% tornam o dente muito difícil de manter. Quando há o envolvimento de furcas de dentes posteriores, a sua exposição não necessariamente deve ser encarada como uma condenação, e sim como uma condição em que há maior dificuldade de manutenção. Pacientes cooperativos e orientados podem conseguir executar a higienização necessária para cuidar desses dentes por um longo período de tempo.

Com essas listas, já é possível ter uma ideia do volume de conhecimento e experiência que o profissional precisa ter acumulado ao longo de sua carreira para realizar o diagnóstico e a eleição do tratamento da forma mais adequada possível, uma prova do quanto árdua é essa tarefa. Não se pode garantir que, mesmo com o conhecimento adquirido, não haverá erros, mas certamente eles serão eles serão pouco frequentes na rotina de trabalho.

Além dos critérios técnicos, deve ser considerado um que não pode ser medido de modo objetivo, mas que é crucial no processo de tomada de decisão e raramente é levado em consideração pelos cirurgiões-dentistas: a vontade do paciente em manter seu dente, desde que seja indicado, oportuno e viável. Juntamente com a expressão desse desejo, o paciente em questão deve ter ou desenvolver um perfil cooperativo. Seja qual for a opção terapêutica escolhida, os hábitos de higiene precisam ser aprimorados, paralelamente à execução de acompanhamento periódico de longo termo.

Com base nos parâmetros técnicos e não técnicos aqui apresentados, é possível sistematizar um método de tomada de decisão acertado e eficaz, sem prejuízos, com um estreitamento na relação entre paciente e profissional atingido por meio da confiança. Mesmo quando há a necessidade de extração dentária, o cirurgião-dentista já deve ter seu pensamento voltado para a prevenção, a fim de evitar que o paciente seja submetido novamente a esse procedimento.

Doença periodontal e cárie são identificadas hoje como as causas principais de exodontia.<sup>7</sup> Uma vez que a causa está no acúmulo e na permanência prolongada de placa bacteriana sobre as superfícies dentárias, são evitáveis. Além disso, é preciso lembrar que a perda dentária (ausência de dentes) consiste em um dos principais índices para avaliar a saúde bucal de uma população, pois revela em que nível se encontra a higiene bucal e se a assistência é adequada e acessível. Com base nesses dados, políticas públicas podem ser criadas para suprir essas necessidades. 🍷

## REFERÊNCIAS:

1. Moreira CHC, Zanatta FB, Antoniazzi R, Meneguetti P, Rösing CK. Criteria adopted by dentists to indicate the extraction of periodontally involved teeth. *J Appl Oral Sci* [Internet]. 2007 [acesso em 15ago.2022];15(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-77572007000500012>.
2. Reeh ES, Messer HH, Douglas WH. Reduction in tooth stiffness as a result of endodontic and restorative procedures. *J Endod*. 1989;15(11):512-6. doi: 10.1016/S0099-2399(89)80191-8. PMID: 2639947.
3. Susin C, Dalla Vecchia CF, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults: the effect of demographic, behavioral and environmental risk indicators. *J Periodontol*. 2004;75(7):1033-41. doi: 10.1902/jop.2004.75.7.1033. PMID: 15341364.
4. American Association of Endodontists [Internet]. Chicago: American Association of Endodontists. Guidelines & Position Statements; c2022 [acesso em: 15ago.2022]. Disponível em: <https://www.aae.org/specialty/clinical-resources/guidelines-position-statements/>.
5. Mordohai N, Reshad M, Jivraj SA. To extract or not to extract? Factors that affect individual tooth prognosis. *J Calif Dent Assoc*. 2005;33(4):319-28. PMID: 15915883.
6. Brägger U. Radiographic parameters: biological significance and clinical use. *Periodontol* 2000. 2005;39(1):73-7. doi: 10.1111/j.1600-0757.2005.00128.x. PMID: 16135065.
7. Passarelli PC, Pagnoni S, Piccirillo GB, Desantis V, Benegiamo M, Liguori A et al. Reasons for tooth extractions and related risk factors in adult patients: a cohort study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2575. doi: 10.3390/ijerph17072575. PMID: 32283707.



**Prof. Emerson Nakao**  
Mestre e Especialista em Prótese Dentária e professor da FFO-Fundectó, fundação conveniada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)



**Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani**  
Professor titular do Departamento de Odontologia Social e responsável pela área de Odontologia Legal do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, ambos na FOUSP

# COMO O EDENTULISMO AFETA A SAÚDE MENTAL

Estudos nacionais e internacionais apontam que a perda total e parcial de dentes pode estar ligada à maior incidência de depressão e comprometimento cognitivo



Shutterstock

O edentulismo, ou seja, a perda total e parcial dos dentes naturais, é um problema global. Nos últimos vinte anos, embora o índice esteja em queda nos países desenvolvidos, continua crescendo em locais menos favorecidos. Por aqui, segundo as estatísticas do Projeto Saúde Bucal Brasil, cuja última edição foi realizada em 2010, a prevalência de edentulismo na população chega a 64,8%, e atinge principalmente mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível de escolaridade e de renda familiar. A literatura mostra, ainda, que a população jovem também é afetada, especialmente em regiões com baixas condições sociais.

Consequência extrema de doenças periodontais e cáries, além de prejudicar a aparência, a socialização e até a capacidade de se alimentar e de falar, há indícios de que a falta de dentes possa ser um fator causador de demência e depressão. Essa associação entre edentulismo e comprometimento cognitivo vem sendo estudada no Brasil e no mundo, e foi tema de um estudo publicado neste ano por pesquisadores da Harvard School of Dental Medicine.

Com base em dados de clientes de uma seguradora comercial, o trabalho analisou informações de 156.450 adultos de 65 anos ou mais. Segundo os autores, houve aumento nas evidências que

sugerem uma associação entre perda dentária e comprometimento cognitivo nos idosos. Uma das hipóteses é que a diminuição da força mastigatória aplicada ao mastigar sem dentes naturais reduz a estimulação do hipocampo, levando a uma possível degradação da saúde cognitiva.

Dos pacientes analisados, 6,04% foram diagnosticados com comprometimento cognitivo e 5,07% tiveram prótese total em algum momento. Entre os indivíduos com prótese total, a prevalência de déficit cognitivo clínico foi de 10,35%, ante 5,81% de prevalência entre aqueles sem prótese. A prevalência aumenta ainda mais quando são consideradas também pessoas com sinais de comprometimento cognitivo, ou seja, aquelas que não foram diagnosticadas, mas apresentam sintomas. Nesses casos, 16,01% dos pacientes com prótese total demonstram comprometimento cognitivo clínico ou sintomático; no grupo sem prótese, o índice foi de 9,21%.

## MAIOR RISCO DE DEPRESSÃO

Outro estudo sobre o tema, que analisou a relação entre edentulismo e depressão, constatou que há uma conexão significativa entre as duas condições. Publicado na revista *Nature* em 2016, os pesquisadores analisaram dados autorrelatados sobre edentulis-

mo completo em questionários padronizados de 201.953 adultos (com 18 anos ou mais) de 50 países que participaram da Pesquisa Mundial de Saúde (WHS) entre 2002 e 2004.

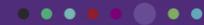
Nesse caso, o edentulismo foi associado a um risco de depressão 1,57 maior entre aqueles com 50 anos ou menos. Mas o índice não foi significativo na faixa etária mais velha. Os resultados mostraram também que mulheres com menos de 50 anos e baixa escolaridade, tabagismo diário e algumas condições crônicas (artrite, asma e diabetes) tinham um risco maior de perda dental.

Um levantamento realizado em 2019 pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel), no Rio Grande do Sul também observou um resultado semelhante: idosos com depressão têm risco duas vezes maior de sofrer com a ausência de dentição funcional do que aqueles que não apresentam a doença. Dos 1.451 idosos com 60 anos ou mais entrevistados, 15,2% apresentaram algum sintoma depressivo, 60,9% tinham perda dentária severa e 82,7% não possuíam dentição funcional. “A falta de dentes é causadora de desordem na qualidade de vida dos indivíduos entrevistados, afetando principalmente sua aparência e seu bem-estar”, afirmou o cirurgião-dentista Galileu Galli, autor do trabalho, em publicação oficial da universidade.

Por fim, vale citar uma revisão de 51 artigos sobre o assunto feita em Portugal, em 2016. Nela concluiu-se que a perda dentária não só pode contribuir para o declínio das capacidades cognitivas, como também pode ser uma consequência de doenças cognitivas, visto que é comum a deterioração da saúde oral nesse tipo de paciente. 🗨️

## SAIBA MAIS:

1. Da Silva ET, de Oliveira RT, Leles CR. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. *TEMPUS* [Internet]. 2015 Dez 28 [acesso em 15ago.2022];9(3):121-34. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i3.1790>.
2. Choi SE, Mo E, Palmer N, Palmer N, Fox K, da Silva JD, Nagai S, Barrow JR. Cognitive impairment and edentulism among older adults: an observational study using claims data. *BMC Geriatr.* 2022;22:278. doi: 10.1186/s12877-022-02985-w.
3. Tyrovolas S, Koyanagi A, PanagiotakosDB, Haro JM, Kassebaum NJ, Chrepa V, Kot-sakis GA. Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. *Sci Rep.* 2016;6:37083. doi:10.1038/srep37083.
4. Espinha CG. A Influência do edentulismo no declínio das capacidades cognitivas [dissertação] [Internet]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto; 2016. [acesso em 15 ago.2022]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84486/2/138329.pdf>.
5. Kruschardt, K. Dissertação da UCpel revela associação entre depressão e perda dentária em idosos [Internet]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas. [acesso em 15ago.2022]. Disponível em: <https://ucpel.edu.br/noticias/dissertacao-da-ucpel-revela-associacao-entre-depressao-e-perda-dentaria-em-idosos>.



# EXODONTIA E PRESERVAÇÃO ALVEOLAR NO DIA A DIA

Foi-se o tempo em que o cirurgião-dentista deixava o alvéolo cicatrizar espontaneamente. Estudos mostram como reduzir a perda óssea tanto vertical quanto horizontal

Giuseppe Alexandre Romito  
Gabriel Damin  
Guilherme da Costa  
Mohamed Hassan

Shutterstock

**N**a clínica, a conduta logo após a extração dentária sempre se apresenta como um desafio na prática diária, uma vez que são apresentadas diversas opções, que vão desde um selamento com tecido conjuntivo até procedimentos que envolvem a utilização de biomateriais e membranas colágenas xenógenas. É importante ressaltar que essas ações visam evitar uma reabsorção óssea tanto vertical quanto horizontal.

A extração dentária é caracterizada como um tratamento de contenção do processo patológico irreversível do dente, que não

se apresenta em condições adequadas em termos de função e estética. Mesmo com o avanço da tecnologia, nenhum material se mostra suficientemente capaz de substituir o órgão dentário sem que haja um remodelamento ósseo após a extração.<sup>1</sup>

Ao remover-se o dente, ocorre a perda da matriz funcional do osso alveolar. Logo, há um remodelamento celular em toda a região traumatizada. O processo de cicatrização se inicia com a formação de um coágulo no espaço alveolar e termina com o fechamento de tecido epitelizado sobre o alvéolo preenchido com osso.<sup>1</sup>

Com a finalidade de minimizar a perda óssea no processo de remodelamento, foram desenvolvidas técnicas para a preservação alveolar. Sabe-se que, nesse processo de remodelamento ósseo, o alvéolo sofre uma perda óssea de 50% em sua largura no primeiro ano.<sup>2</sup>

As técnicas de preservação alveolar começam logo no primeiro momento cirúrgico. A extração dentária deve ser o menos traumática possível, uma vez que qualquer trauma ou condição patológica na parede óssea do alvéolo pode gerar alterações dimensionais adversas na cicatrização<sup>2,3</sup> (imagem 1).

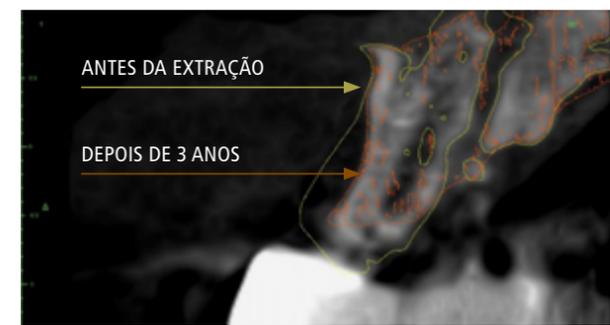


Imagem 1: Avaliação do local três anos de após a extração, com tomografia em 3-D. Mostra a perda de volume ósseo durante o remodelamento após a extração.

## O QUE ACONTECE NO ALVÉOLO APÓS A EXTRAÇÃO?

Logo após a extração, iniciam-se os processos reparadores intra-alveolares, desencadeando uma série de eventos determinantes para a correta cicatrização do local.

Nas primeiras 24 horas, por exemplo, a ferida é caracterizada pela formação de um coágulo sanguíneo. Ele funciona como uma matriz física, auxiliando no direcionamento celular e contendo substâncias providenciais para o reparo local. O coágulo tem a função de aumentar a migração das células, bem como a proliferação e a diferenciação delas. Isso ocorre devido à presença de células proinflamatórias e de fatores de crescimento no sangue.

Já em relação à limpeza da ferida, o mais comum na preservação alveolar é o preenchimento da região com um substituto ósseo, selando-o adequadamente na região, para facilitar o direcionamento celular.<sup>7</sup>

Na prática, um dos desafios está em definir as situações clínicas e materiais mais indicadas para casos de preservação, pois alterações tridimensionais dos tecidos moles e duros são esperadas tanto vertical quanto horizontalmente imediatamente após a extração. Por isso, diversos estudos buscaram determinar, dentro

das suas limitações, quais as melhores escolhas para alcançar resultados de preservação previsíveis.<sup>7,8</sup>

Após a extração dentária atraumática, a avaliação detalhada das paredes ósseas do alvéolo é feita inicialmente pela técnica de sondagem óssea. A medição das paredes remanescentes do alvéolo e o exame de suas condições pós-extração são cruciais para a escolha do protocolo de tratamento do implante.<sup>4</sup>

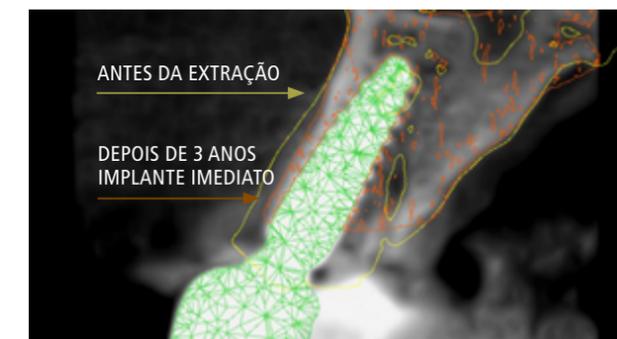


Imagem 2: Avaliação do local três anos após extração e implante imediato, com tomografia em 3-D. Após 3 anos de acompanhamento, mostra a perda de menos osso quando colocamos o implante imediato, em comparação à extração do dente sem enxerto ou implante imediato (imagem 1).

O procedimento de preservação do rebordo alveolar tem sido sugerido em casos com perda severa da tábua óssea vestibular (> 50%). Em pacientes com biotipo de tecido mole fino e perda óssea vestibular de 25% a 50%, recomenda-se um implante tardio com preservação do alvéolo.<sup>5</sup>

Um ensaio clínico randomizado realizado por Jung e colaboradores, em 2012, avaliou a diferença de volume ósseo tridimensional, a partir de tomografia computadorizada, de diferentes formas de preservação alveolar. Sendo a cicatrização espontânea o grupo-controle, ainda foram avaliados os materiais de trifosfato de cálcio com polilactídeo, mineral ósseo bovino desmineralizado com 10% de colágeno, coberto com uma matriz de colágeno, e mineral ósseo bovino desmineralizado com 10% de colágeno, coberto com enxerto autógeno de tecido mole. Após um período de seis meses de cicatrização, observou-se que os alvéolos que receberam material ósseo bovino recoberto tanto com matriz de colágeno como por enxerto autógeno apresentaram resultados com menores alterações verticais e horizontais do rebordo alveolar em comparação com controles seis meses após a extração.<sup>6</sup>

Outro estudo, de Horowitz e colaboradores, comparou as alterações dimensionais do rebordo alveolar após implantes imediatamente colocados com ou sem procedimentos adicionais de regeneração óssea, demonstrando reabsorção óssea horizontal

de 43,3% no grupo sem material de enxerto e de apenas 15,8% no grupo com procedimento de regeneração óssea simultânea.

Mais estudos mostram a necessidade de uma intervenção a fim de reduzir a perda óssea,<sup>9</sup> como uma pesquisa feita com o objetivo de comparar a alteração dimensional óssea após a extração dentária somente e após a extração dentária associada com biomaterial por Barone et al. (2008), por exemplo. Na pesquisa em questão, a cirurgia para a instalação do implante ocorreu de sete a nove meses depois da extração do elemento dental; após análise, foi encontrada diferença significativa entre os dois tratamentos. O grupo em que se realizou apenas a extração (embora de modo atraumático) apresentou deiscência, o que levou à necessidade de regeneração óssea guiada, após a instalação do implante.<sup>9</sup>

Além da escolha do material, outro obstáculo está associado à indicação do procedimento de preservação alveolar. Fatores como a tábua óssea vestibular presente são uma indicação de preservação alveolar; caso contrário, recomenda-se a regeneração óssea guiada. Além disso, se a região operada vai receber um implante no prazo de até seis meses após a exodontia, não haverá necessidade de realizar a preservação.<sup>6</sup>

“As técnicas de preservação alveolar começam no 1º momento cirúrgico. A extração dentária deve ser o menos traumática possível”

No estudo realizado por Jung e colaboradores (2018), foi criada uma árvore de decisão na qual a pergunta inicial era se havia a possibilidade ou indicação de implante imediato ou no prazo de até dois meses para a região operada. Em caso de resposta positiva, deveria ser analisada a necessidade de intervenção em tecido mole. Se não houvesse necessidade de intervenção, poderia ser realizado por meio de reparação espontânea com o próprio coágulo do paciente, devendo o implante ser instalado imediatamente ou em até oito semanas. Caso fosse necessária uma preservação de tecido mole com tecido conjuntivo autógeno ou substituto xenógeno, o implante poderia ser instalado no prazo de seis a oito semanas.

Nesse mesmo estudo, além da análise dos tecidos moles para a instalação de implantes após as extrações dentárias, é observada a presença de defeitos ósseos depois da extração. Nesse caso, se o defeito for considerado pequeno (<50%), é sugerida a preservação de tecido duro e tecido mole por meio do selamento do alvéolo com a adição de biomaterial associado a tecido autógeno, podendo ser gengival livre ou matriz colágena; com isso, o implante poderia ser realizado de quatro a seis meses. Em casos de defeitos grandes (>50%), torna-se indicada a regeneração óssea guiada utilizando biomaterial e membranas colágenas, e o implante poderia ser instalado após mais de seis meses.<sup>10</sup>



Adaptação da árvore de decisão clínica, levando a diferentes procedimentos de preservação do rebordo alveolar, proposta por Jung e colaboradores (2013)

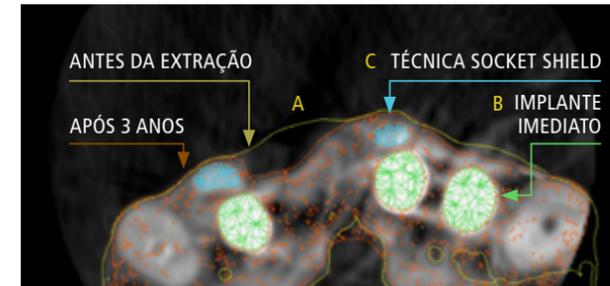


Imagem 3: Avaliação do local três anos após extração e implante imediato, com tomografia em 3-D. Mostra resultados de alterações ósseas em três situações: A) extração sem enxerto ou implante, que leva a uma maior perda óssea em volume; B) extração e implante imediato com enxerto ósseo vestibular, que leva a alterações mínimas de volume ósseo; C) extração parcial da raiz (socket shield) e implante imediato com enxerto ósseo, que quase não apresenta alterações relacionadas ao osso vestibular.

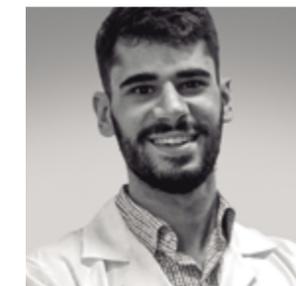
O que os cirurgiões-dentistas precisam entender é que já passamos da época em que realizávamos apenas exodontias simples, ou seja, apenas a extração de um ou mais elementos dentários, e deixávamos o alvéolo cicatrizar de forma espontânea. Com o conhecimento científico que temos hoje, não se admite mais esse tipo de conduta clínica. A preservação alveolar deve ser rotina na diária clínica. A exceção são apenas aqueles casos em que a questão financeira impede a utilização de biomateriais, em razão dos custos.

Tão importante quanto isso é a conversa com o paciente a fim de mostrar a ele as opções possíveis e escolher a melhor para cada caso.

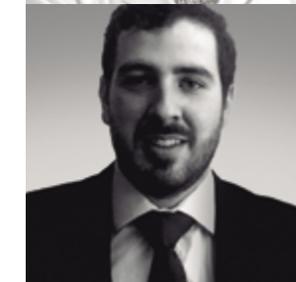
REFERÊNCIAS:

1. Bays R. Fisiopatologia e anatomia da perda óssea edêntula. In: Fonseca RJ, Davis WH, editores. Cirurgia oral e maxilofacial pré-protética reconstrutiva. Filadélfia: Saunders; 1986. p. 1-17.
2. Mecall RA, Rosenfeld AL. Influence of residual ridge resorption patterns on fixture placement and tooth position, Part III: Presurgical assessment of ridge augmentation requirements. Int J Periodontics Restorative Dent. 1996 Aug;16(4):322-37. PMID: 9242100.
3. Araújo MG, Lindhe J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. J Clin Periodontol. 2005;32(2):212-8. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00642.x. PMID: 15691354.
4. Caplanis N, Lozada JL, Kan JY. Extraction defect assessment, classification, and management. J Calif Dent Assoc. 2005 Nov;33(11):853-63. PMID: 16463907.
5. Juodzbalys G, Wang HL. Socket morphology-based treatment for implant esthetics: a pilot study. Int J Oral Maxillofac Implants. 2010 Sep-Oct;25(5):970-8. PMID: 20862411.
6. Jung RE, Philipp A, Annen BM, Signorelli L, Thoma DS, Hämmerle CHF, Attin T, Schmidlin P. Radiographic evaluation of different techniques for ridge preservation after tooth extraction: a randomized controlled clinical trial. J Clin Periodontol. 2013 Jan;40(1):90-8. doi: 10.1111/jcpe.12027. Epub 2012 Nov 19. PMID: 23163915.
7. Martins JR, Wagner TP, Vallim AC, Konflanz W, Schwendicke F, Celeste RK, Haas AN. Comparison of the efficacy of different techniques to seal the alveolus during alveolar ridge preservation: Meta-regression and network meta-analysis. J of Clin Periodontol. 2022;49(7):694-705. doi: 10.1111/jcpe.13628. PMID: 35451071.

8. Juodzbalys G, Stumbras A, Goyushov S, Duruel O, Tözüm TF. Morphological classification of extraction sockets and clinical decision tree for socket preservation/augmentation after tooth extraction: a systematic review. J Oral Maxillofac Res. 2019 Sep 5;10(3):e3. doi: 10.5037/jomr.2019.10303. PMID: 31620265; PMCID: PMC6788426.
9. Barone A, Aldini NN, Fini M, Giardino R, Calvo Guirado JL, Covani U. Xenograft versus extraction alone for ridge preservation after tooth removal: a clinical and histomorphometric study. J Periodontol. 2008;79(8):1370-7. doi: 10.1902/jop.2008.070628. PMID: 18672985.
10. Jung RE, Ioannidis A, Hämmerle CHF, Thoma DS. Alveolar ridge preservation in the esthetic zone. Periodontol 2000. 2018 Jun;77(1):165-75. doi: 10.1111/prd.12209. Epub 2018 Feb 27. PMID: 29484712.
11. Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.



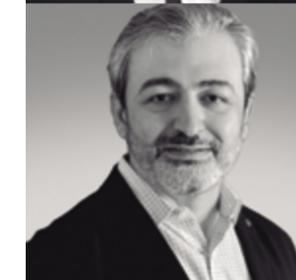
**Dr. Gabriel Bittencourt Damim**  
Graduado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)  
Aluno do Programa de Pós-graduação em Periodontia na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP)



**Dr. Guilherme da Costa**  
Cirurgião dentista formado na FOUSP. Especialização em Periodontia pelo SENAC-SP; Mestrando em Periodontia pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP)



**Dr. Mohamed Hassan**  
Mestre em Implantologia e Cirurgia Oral Pela IMC-Universität Duisburg-Essen e Doutorando em Periodontia pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP)



**Prof. Dr. Giuseppe Alexandre Romito**  
Prof. Titular da Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia da USP; Coordenador do Curso de Especialização em Implantodontia da FFOIUSP.

# 4 MANEIRAS DE INCENTIVAR *CHECK-UP* REGULARES

Consultas de rotina são eficazes para prevenir ou detectar com antecedência os problemas de saúde bucal, mas nem sempre é fácil estimular os pacientes a retornar com frequência

Os pacientes só aparecem quando há algum problema ou emergência? A situação é comum, embora incorporar os *check-ups* regulares à rotina traga inúmeras vantagens. “Os retornos de manutenção odontológica ou *check-ups* auxiliam na detecção precoce de problemas que podem ser evitados ou, ainda, no alcance de afecções em estágios iniciais, para que o tratamento seja menos invasivo. Isso reduz a morbidade dos tratamentos, o custo financeiro e o desgaste emocional dos pacientes”, afirma a periodontista Renata Cyrino, professora de Periodontia e coordenadora do Projeto de Extensão Pensando na Carreira da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Implementar essa cultura e fazer com que o paciente entenda a importância de levar a frequência regular no consultório a sério, no entanto, costuma ser um desafio. Mas o esforço vale a pena, é claro. “Não é possível imaginar que uma pessoa será saudável, se a sua boca não estiver saudável”, aponta a cirurgiã-dentista Sofia Uemura, diretora da Faculdade de Odontologia da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (FAOA/APCD). A seguir, as especialistas dão dicas para ajudá-lo a incentivar o hábito no seu consultório.

## EDUQUE O PACIENTE

A comunicação clara e empática do dentista com os pacientes é a principal ferramenta para conscientizá-los sobre a importância dos retornos. “Quando envolvidos com a própria causa, eles terão um comportamento de maior aderência e, assim, um retorno natural”, explica Renata. Para ela, além de passar segurança sobre o conhecimento profissional, essa aproximação facilita a percepção do que motiva cada indivíduo e quais são suas prioridades. “É preciso chegar ao ‘coração’ para chegar ao cérebro. A comunicação precisa ser empática, sem julgamento”, aponta.

Você também pode aproveitar essa oportunidade para ressaltar o valor financeiro, além do tempo e da intensidade dos tratamentos. Um exemplo que dá para ser utilizado na abordagem é o surgimento de lesões cáries. Explique ao paciente que o início da lesão é uma mancha branca, muitas vezes imperceptível para ele, mas que pode ser revertida se detectada em uma consulta de rotina e com procedimentos mais simples.

## ESCOLHA A HORA CERTA PARA TOCAR NO ASSUNTO

Alguns profissionais defendem que a consulta de retorno seja marcada enquanto o paciente ainda está no consultório, ao final do atendimento. Isso porque é grande a probabilidade de ele esquecer de fazê-la caso tenha de ligar depois. Mas isso não é regra. Se a volta for um *check-up* de rotina, meses após a consulta anterior, talvez seja melhor entrar em contato com ele para lembrá-lo. “Dar uma previsibilidade sobre o próximo retorno é importante, no entanto a opção entre deixar o compromisso já marcado ou não vai depender da rotina de cada paciente”, afirma Renata.

## AVALIE OS MEIOS DE CONTATO

Para que o paciente não se esqueça do compromisso, uma saída é enviar alertas periódicos. Atualmente, a comunicação e a tecnologia oferecem diversos meios para que isso seja feito. “É possível usar sistemas de mensagem virtual, cartões e até telefonemas. Sugiro, sempre na última consulta, perguntar ao paciente qual a melhor forma de alertá-lo para o retorno. Assim, a comunicação tende a ser mais eficaz”, aponta Renata.

## CONSULTA MARCADA? ENVIE LEMBRETES

Seu paciente já se convenceu da importância dos *check-ups* regulares e até já agendou a consulta. Sucesso total na missão? Nem sempre! Com a vida atribulada e mil tarefas a serem cumpridas diariamente, a data e o horário podem ser confundidos e até cair no esquecimento. Por isso, é importante enviar lembretes e confirmações. Pode ser por WhatsApp comercial e SMS, por exemplo. Alguns softwares de gestão fazem esses ‘lembretes’, que podem ser programados e automatizados.

## QUAL É A FREQUÊNCIA IDEAL DE CONSULTAS DE *CHECK-UP*?

De maneira geral, a frequência de rotina é prescrita em intervalos semestrais, ou seja, duas vezes por ano. No entanto, isso não é um padrão, pois a indicação pode variar de acordo com o caso. “O número e a periodicidade das consultas devem ser determinados pelo cirurgião-dentista, com base no risco de cada indivíduo para a ocorrência das doenças bucais”, explica Sofia, da APCD. “Esse risco está relacionado à experiência de cada um com doenças, com a quantidade de tratamentos já relacionados, com os hábitos alimentares e outros, como uso de álcool e tabaco, além da condição sistêmica”, acrescenta. O profissional deve ficar atento também ao nível de envolvimento de cada pessoa com o autocuidado durante os intervalos entre as consultas. “Caso perceba falhas, as chamadas podem ser mais breves, porque, assim, haverá tempo para personalizar novo protocolo de recomendações, antes de uma incidência adicional de cárie ou doença periodontal”, finaliza Renata, da UFMG.





# GENGIVA À MOSTRA?

Entenda as causas e as vantagens e desvantagens dos principais tratamentos para amenizar o sorriso gengival

O excesso de exposição da gengiva, comumente chamado de sorriso gengival, é uma condição presente em 10% da população mundial entre 20 e 30 anos. A literatura mostra que a maioria dessas pessoas são mulheres, em uma proporção de duas para cada homem. Em geral, essa questão não traz grandes complicações clínicas, mas nem por isso deve ser ignorada, salienta o cirurgião-dentista **Mario Cappellette Junior**, professor do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e presidente da Associação Brasileira de Odontologia - Seção São Paulo. De acordo com o especialista em Ortodontia, as causas do sorriso gengival são diversas e os principais tratamentos envolvem cirurgias plásticas simples. Mais recentemente, a toxina botulínica tem sido usada para amenizar essa condição, agindo no controle da força do lábio superior. Para identificar a melhor abordagem, é fundamental fazer um diagnóstico preciso, com análise de todos os elementos da face, e entender as necessidades do paciente. Confira a entrevista completa sobre as últimas novidades na abordagem dessa condição bucal.



Arquivo pessoal

## O que caracteriza o sorriso gengival?

O sorriso gengival varia de uma pessoa para outra e se caracteriza pela exposição exagerada da gengiva superior. Apesar de não ser danoso à saúde bucal, em alguns pacientes pode gerar desconforto estético e comprometer a harmonia facial. Existem variações na exposição gengival entre homens e mulheres, mas nas mulheres ela pode ser ligeiramente mais acentuada.

## Além da questão estética, existe algum problema funcional envolvido?

Quando a causa é um transtorno do desenvolvimento dos maxilares com excesso vertical de maxila, o sorriso gengival é um sinal de uma alteração mais complexa que pode levar a alterações funcionais do sistema respiratório e do sistema estomatognático.

## E quais são as causas por trás dessa condição?

As causas são multifatoriais, mas a genética pode ser apontada como uma das principais. Isso porque a direção de crescimento da face define o padrão facial, então, quando há uma tendência de crescimento para o sentido vertical, o excesso pode resultar em um sorriso gengival. Ele também pode estar relacionado a fatores musculares, como hiperatividade labial, e dentários, como coroas dentárias curtas, extrusão dentoalveolar ou gengivodentais. Há ainda a possibilidade de acontecer uma combinação entre esses fatores, como a musculatura hipercinética dos lábios elevadores (ou seja, quando os músculos são muito fortes), falta de proporção entre dentes e gengiva e hipertrofia gengival.

## Quais as técnicas de cirurgia plástica gengival mais comuns para contornar a questão atualmente?

As mais utilizadas ainda são a gengivectomia e a gengivoplastia. A escolha da técnica dependerá da realização do diagnóstico correto por um profissional. São procedimentos simples, que consistem na remoção do excesso de tecido gengival e, em alguns casos, existe a necessidade de intervenção também em tecido ósseo. Considerando que muitas vezes a motivação do paciente na busca pelo tratamento é estética, vale destacar que esses procedimentos cirúrgicos não deixam cicatrizes.

## O que o cirurgião-dentista precisa saber para abordar o sorriso gengival?

Para um bom diagnóstico, é essencial avaliar a proporção facial com base em uma análise da face, dos lábios (estática versus di-

nâmica), do descanso labial, da proporção dentária, da avaliação periodontal, da anatomia muscular de elevadores de lábio, do elevador de lábio superior e da asa do nariz, e dos músculos zigomáticos maior e menor.

## Em que casos a cirurgia de reposicionamento labial é indicada?

A marca de um “sorriso ideal” é a exposição de toda a extensão dos dentes superiores com a mostra de aproximadamente entre 1 mm e 3 mm da gengiva. A cirurgia de reposicionamento labial pode ser usada para tratar a exposição gengival excessiva quando suas causas são comprimento do lábio curto e/ou atividade labial hiperativa.

## Quais são as vantagens e desvantagens desse tipo de abordagem?

Os prós baseiam-se na simplicidade da técnica cirúrgica, com bons resultados estéticos e funcionais. Os contras são os maus resultados, quando essa técnica é aplicada para outros fatores causadores, como o excesso vertical de maxila. Nesse caso, a melhor técnica seria a cirurgia ortognática para a impação maxilar.

## Quando a toxina botulínica para correção do sorriso gengival pode ser útil?

A toxina botulínica é empregada para reduzir a força da musculatura, impedindo que o lábio superior seja erguido no momento do sorriso e ocorra o excesso de exposição da gengiva. No entanto, o excesso de toxina botulínica pode travar a mímica do sorriso e alterar a estética. Quando bem executada, essa abordagem

pode ajudar até no selamento labial em casos de desproporções maxilomandibulares. A aplicação da toxina botulínica deve ser realizada com intervalos de 3 a 6 meses, com variações de um indivíduo para outro. Por isso, é importante que o profissional comunique essa necessidade ao paciente.

## Por último, a associação de facetas e lentes de contato dentais ajudam na resolução do problema?

O procedimento tem de ser muito bem avaliado para ser indicado, e o diagnóstico adequado para a recomendação deve ser bastante preciso, já que envolve desgaste nos dentes naturais do paciente. A manutenção das facetas ou lentes de contato se torna permanente, portanto não creio que esta esteja entre as melhores opções para a solução do sorriso gengival.

“Apesar de o sorriso gengival não ser danoso à saúde bucal, em alguns pacientes pode gerar desconforto estético e comprometer a harmonia facial.”

# Troca de Pontos Dental Partner

## Olá dentista!

Você sabia que credenciados Odontoprev contam com um programa exclusivo de troca de pontos da Rede UNNA Odontoprev por produtos na Dental Partner? Você pode ter pontos acumulados e resgatar produtos para o seu consultório! Conheça mais!



## Reposição de Materiais

Um benefício exclusivo que a Rede UNNA Odontoprev oferece para você é a reposição de materiais odontológicos. Você acumula pontos a partir da conclusão e auditoria dos procedimentos realizados e pagos.



**Todo o programa de reposição é gerenciado pelo site:**  
[www.dentalpartner.com.br](http://www.dentalpartner.com.br).

Para ter acesso ao resgate de pontos, você deve realizar o login com código e senha de credenciado Odontoprev. No portal, você consegue acessar seu saldo de pontos, as GTOs consolidadas que geraram a pontuação e o histórico de resgate. Basta atingir 200 pontos para começar a efetuar as trocas.

São mais de 2.500 produtos disponíveis e entregues, sem nenhum custo, diretamente no seu consultório.

O prazo de entrega é informado no momento da realização do pedido, seguindo as práticas de mercado em agilidade e qualidade.

Além da troca de pontos, todos os credenciados Odontoprev podem comprar produtos com descontos em relação ao que é praticado no mercado, pagando com cartão de crédito à vista ou parcelado ou com boleto bancário. Assim, é possível trocar pontos e realizar compras em um único local, de forma mais prática e rápida!

### Vantagens:

- Troca de pontos Rede UNNA Odontoprev;
- Pagamento com dinheiro – hoje temos a opção de compra com cartão de crédito (1 ou 2 cartões na mesma compra) e em breve adicionaremos as opções de débito e boleto);
- Mix de produtos que abrange todas as necessidades principais de um consultório;
- Entrega Sedex para todo o Brasil.