

SAÚDE BUCAL NO TRATAMENTO COMPLETO DE FISSURAS

Recursos educacionais para profissionais da saúde não oral



FOLHETO DO PARTICIPANTE

Conteúdo desenvolvido pela Equipe de Saúde Bucal no Tratamento Completo de Fissuras:
P. Mossey, Muthu MS, S. Yan, M. Campodonico, L. Orenuga

Editores administrativos: P. Sheeran e R. England

Este recurso educativo foi produzido como parte de uma parceria entre a FDI World Dental Federation e a Smile Train, com o apoio da GlaxoSmithKline Consumer Healthcare (GSK CH). Nenhum controle editorial, além de garantir a conformidade com considerações/requisitos legais e regulatórios, foi exercido pela GSK CH. O financiamento para o desenvolvimento deste recurso educativo foi fornecido pela GSK CH.



Apoiado por:



Índice

Saúde bucal no Tratamento Integral de Fissuras	3
Introdução	3
Finalidade e objetivo	3
Desfechos de aprendizagem	3
1º Dia	4
Colaboração interprofissional e tratamento de fissuras	4
Compreendendo a anatomia oral	6
Definição e causas das fissuras orofaciais	12
Prevenção de fissuras	14
Condições de saúde bucal comumente associadas a fissuras	16
Conhecimento de cárie dentária	21
2º Dia	26
Identificação de manchas brancas, manchas marrons e cáries	26
Doenças bucais comuns e menos comuns	33
Intervenções em saúde bucal	39
Como realizar uma breve intervenção em saúde bucal	43
Levantar o Lábio (LTL)	44
Diretriz para Levantar o Lábio (LTL)	46
3º Dia	49
Como realizar uma avaliação de risco para a saúde bucal	49
Tratamento de cicatrizes em pessoas com fissura labiopalatina	51
Qualidade de vida e fissuras	53
Implementando o Protocolo de Qualidade e Segurança FDI/Smile Train	56

Saúde Bucal no Tratamento Completo de Fissuras

Introdução

Fissuras labiopalatinas (fissuras) são os defeitos congênitos mais comuns da face e da boca. Elas ocorrem quando partes do lábio, do palato (ou de ambos) ou do nariz não se fundem durante o desenvolvimento embrionário. A condição pode estar associada a dentes faltantes ou extras e a má formação de dentes e estruturas faciais. Crianças que são submetidas à cirurgia de fissura labiopalatina geralmente apresentam risco aumentado de cáries, doença periodontal e outros problemas de saúde bucal e bem-estar à medida que crescem e se desenvolvem. Essas crianças precisam de atendimento odontológico regular para garantir monitoramento, educação, apoio e tratamento adequados para prevenir doenças bucais e alcançar a melhor qualidade de vida possível.

Finalidade e objetivo

O objetivo deste curso de três dias é melhorar a saúde bucal e o bem-estar a longo prazo de crianças que se submetem à cirurgia de fissura. Ele foi projetado para garantir que todos os membros da equipe de tratamento de fissuras estejam cientes da importância da saúde bucal e possam ter um papel ativo na prevenção de doenças bucais.

Resultados da aprendizagem

No final deste curso, os participantes:

- Estarão cientes da importância da saúde bucal.
- Saberão como prevenir e identificar doenças orais.
- Saberão quando fazer o encaminhamento.
- Esteja preparado para divulgar o que aprenderam em seus locais de trabalho.



DIA 1

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL E TRATAMENTO DE FISSURAS

Objetivos de aprendizagem: Compreender a importância da colaboração interprofissional no cuidado de pessoas com fissura.

O que é colaboração interprofissional?

A colaboração interprofissional é definida como duas ou mais profissões de saúde trabalhando em conjunto com o envolvimento do paciente para garantir escolhas informadas e empoderadas. A tomada de decisão compartilhada melhora as relações profissionais e com o paciente, além de melhorar os desfechos de saúde

As profissões e profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pessoas com fissura.

- **Cirurgião craniofacial:** um cirurgião plástico com formação especializada no diagnóstico e tratamento de patologias do crânio, ossos faciais e tecidos moles que trabalhará em estreita colaboração com outros especialistas para coordenar um plano cirúrgico;
- **Pediatra:** médico especializado em cuidar de crianças que acompanha a criança à medida que ela cresce e ajuda a coordenar os vários especialistas envolvidos;
- **Ortodontista:** especialista em odontologia que cuida do desenvolvimento da face, maxilares e dentes e que avalia a posição e o alinhamento dos dentes das crianças e coordena um plano de tratamento com o cirurgião e outros especialistas;
- **Dentista pediátrico:** um especialista em odontologia que avalia e cuida dos dentes das crianças;
- **Higienista dental:** profissional de saúde bucal com habilidade na limpeza dos dentes e auxilia na prevenção de doenças bucais;
- **Fonoaudiólogo:** profissional que realiza uma avaliação abrangente da fala para avaliar as habilidades comunicativas e apoia e monitora de perto crianças com fissura;
- **Otorrinolaringologista:** um especialista em ouvido, nariz e garganta que trata as infecções de ouvido ou perda auditiva que podem ser efeitos colaterais da condição de fissura em uma criança;
- **Audiologista:** um profissional da audição que auxiliará na avaliação e no manejo das dificuldades auditivas;
- **Conselheiro genético:** profissional que auxilia no diagnóstico de doenças genéticas e aconselha as famílias quanto ao prognóstico de futuras gestações;
- **Coordenador da equipe de enfermagem:** um enfermeiro registrado com experiência em enfermagem pediátrica e que atua como *liaison* entre a família e a equipe de fissura.
- **Assistente social:** profissional que fornece orientação e aconselhamento para uma criança e sua família, bem como ajuda com recursos e referências da comunidade, ou seja, grupos de apoio.

A importância da colaboração interprofissional entre os profissionais de saúde bucal e a equipe mais ampla de tratamento de fissuras

Bebês que nascem com fissura possuem necessidades significativas de uma ampla gama de especialidades de saúde, e os cuidados que recebem depende de muitos fatores, incluindo distância da clínica, custo do tratamento e conhecimento e crenças dos pais. Pode haver um efeito adverso na qualidade de vida das crianças se elas não conseguirem acesso a toda a gama de serviços, especialmente fonoaudiologia e saúde oral.

É essencial, portanto, que todos os profissionais de saúde se comuniquem efetivamente com a família, a criança e os cuidadores e encaminhem para outros serviços para garantir que a criança receba tratamento e apoio adequados.

Como os cuidados com a saúde bucal muitas vezes não estão disponíveis para crianças com fissura, é importante que toda a equipe de atendimento à fissura compreenda as doenças bucais e como evitá-las. A habilidade e confiança de todos os membros da equipe de fissura para 'levantar o lábio' e verificar a saúde da cavidade oral é um fator importante na manutenção da saúde e do bem-estar dos pacientes com fissura.



COMPREENDENDO A ANATOMIA BUCAL

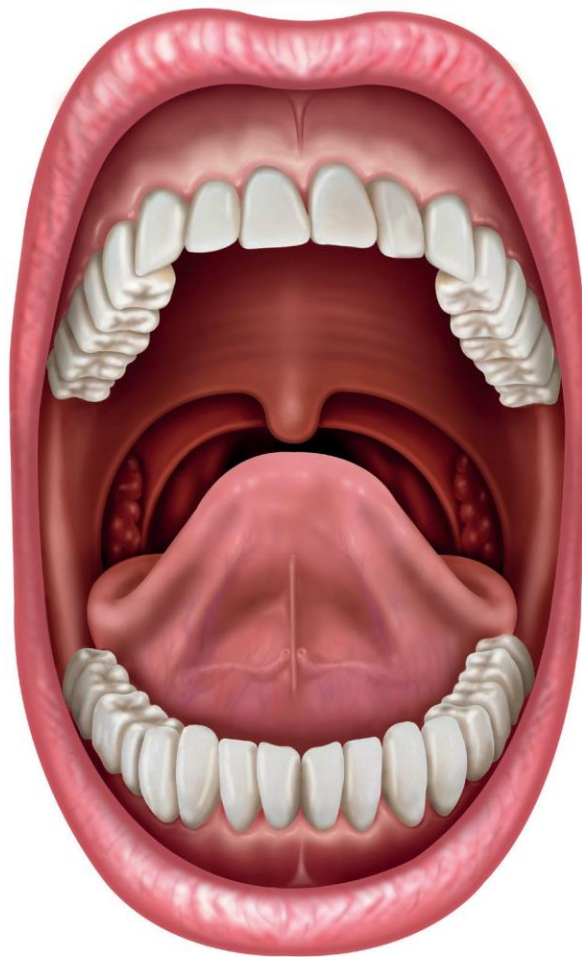
Objetivos de aprendizagem: Compreender e identificar a anatomia oral, a anatomia gengival, os tipos de dentes, as datas de eclosão e a anatomia dentária

Anatomia oral

Tecidos e estruturas orais

É importante ser capaz de reconhecer a anatomia oral principal ao realizar um exame intraoral de “Levantar o Lábio” do paciente. As estruturas mais comumente vistas são:

- **Lábios:** duas dobras musculares flexíveis que se estendem dos cantos da boca, a superior à base da columela nasal e a inferior ao sulco mentolabial (dobra acima do queixo).
- **Freno:** dobras elevadas de tecido que se estendem desde a mucosa alveolar até a mucosa bucal e labial.
- **Gengiva (gengivas):** tecido da mucosa que circunda as porções dos dentes superiores e inferiores e do osso.
- **Palato duro:** porção anterior do palato que é formada pelos processos da maxila.
- **Papila incisiva:** projeção tecidual que recobre o forame incisivo na parte anterior do palato duro, logo atrás dos incisivos centrais superiores, por onde se cruzam a artéria e veia palatina maior e o nervo nasopalatino.
- **Mucosa:** a mucosa pode ser altamente queratinizada, como no palato duro, ou levemente queratinizada, como no assoalho da boca e nos processos alveolares, ou ligeiramente queratinizada, como ao redor das bochechas e superfície interna dos lábios.
- **Rugas palatinas:** cristas firmes dos tecidos do palato duro.
- **Papila parótida:** leve prega de tecido que cobre a abertura da glândula parótida na mucosa bucal, adjacente aos primeiros molares superiores.
- **Arcos palatoglossos:** dois arcos de tecido muscular que definem o palatoglossos, vistos bilateralmente na parte posterior da boca.
- Palato mole: porção posterior do palato; ele não é ósseo e é composto de músculo e mucosa.
- **Pregas sublinguais:** pequenas dobras de tecido no assoalho da boca, que cobrem as aberturas para os dutos menores da glândula salivar sublingual.
- **Amígdalas:** tecido linfóide localizado na faringe oral.
- **Úvula:** projeção muscular não óssea que fica pendurada na linha média na parte posterior do palato mole.



Exercício: Classifique o diagrama

A maior parte do tecido da boca deve ser rosado e macio, exceto a língua, que naturalmente tem pequenas papilas gustativas em sua superfície. Quaisquer caroços, nódulos ou úlceras, ou manchas vermelhas ou brancas incomuns que não cicatrizam, devem ser encaminhados à equipe de saúde bucal para investigação adicional.

Anatomia da língua

As características da língua incluem:

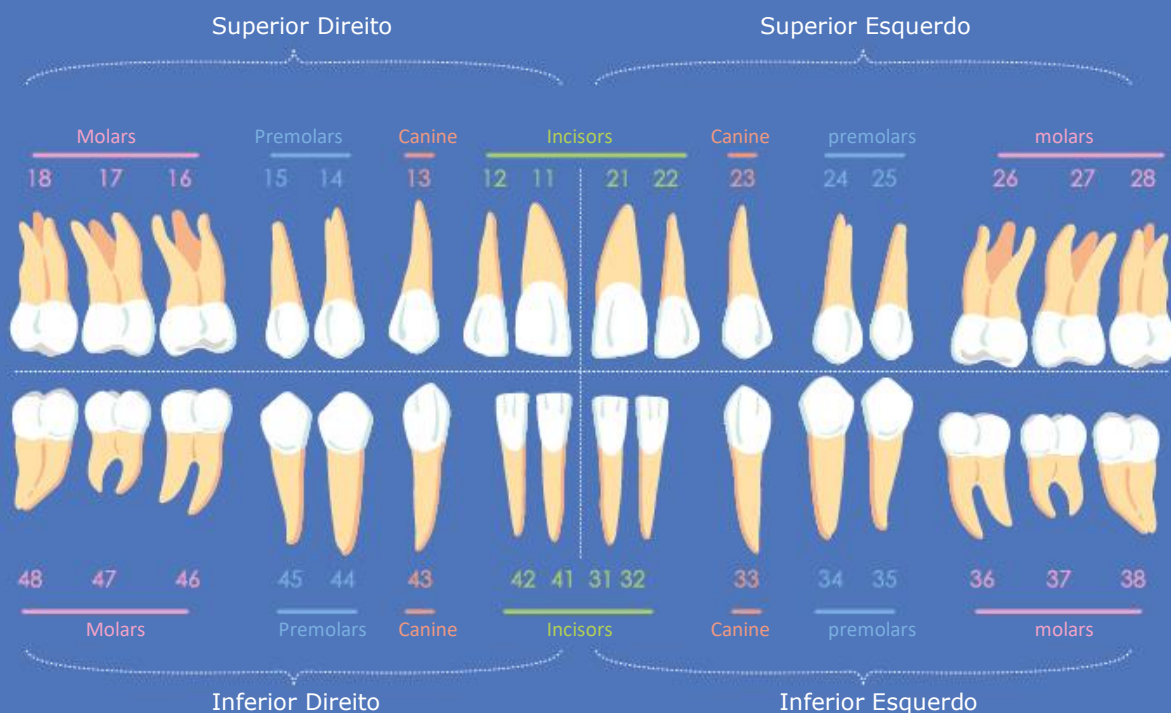
- **Papilas circunvaladas:** duas fileiras em forma de V de papilas maiores, planas e em forma de copo no dorso posterior da língua, cada uma contendo papilas gustativas;
- **Superfície dorsal:** a superfície superior da língua;
- **Papilas filiformes:** papilas finas, pequenas, em formato de cone, cobrindo a maior parte do dorso da língua, responsáveis por dar à língua sua textura e responsáveis pela sensação do tato;
- **Papilas foliares:** essas papilas são grandes, vermelhas, com forma de folha, localizadas nas superfícies laterais posteriores da língua; contêm algumas papilas gustativas;
- **Papilas fungiformes:** vermelhas intensas e distribuídas no dorso da língua. Cada uma dessas papilas em forma de cogumelo contém uma papila gustativa;
- **Superfície ventral:** parte inferior da língua;
- **Ducto de Wharton:** abertura do ducto salivar em ambos os lados do frênulo lingual, na superfície ventral da língua.

Tipos de dentes, estrutura, localização e funções

A cavidade oral é essencial para a mastigação, digestão, nutrição e fala e, portanto, está fortemente ligada à qualidade de vida.

Os dentes são dispostos em duas arcadas e posteriormente divididos em quadrantes, cada um com oito dentes na dentição permanente, totalizando 32 dentes. O arco superior é denominado arco superior e é fixado na parte inferior do crânio. O arco inferior é denominado mandíbula e está conectado ao osso temporal pela articulação temporomandibular (ATM).

Dentição Permanente em Humanos



Anatomia dentária

Estruturalmente, os dentes são iguais e compreendem a coroa, a parte que você pode ver acima da gengiva, e as raízes, abaixo da gengiva. Fibras conhecidas como ligamentos periodontais conectam o dente ao osso alveolar.

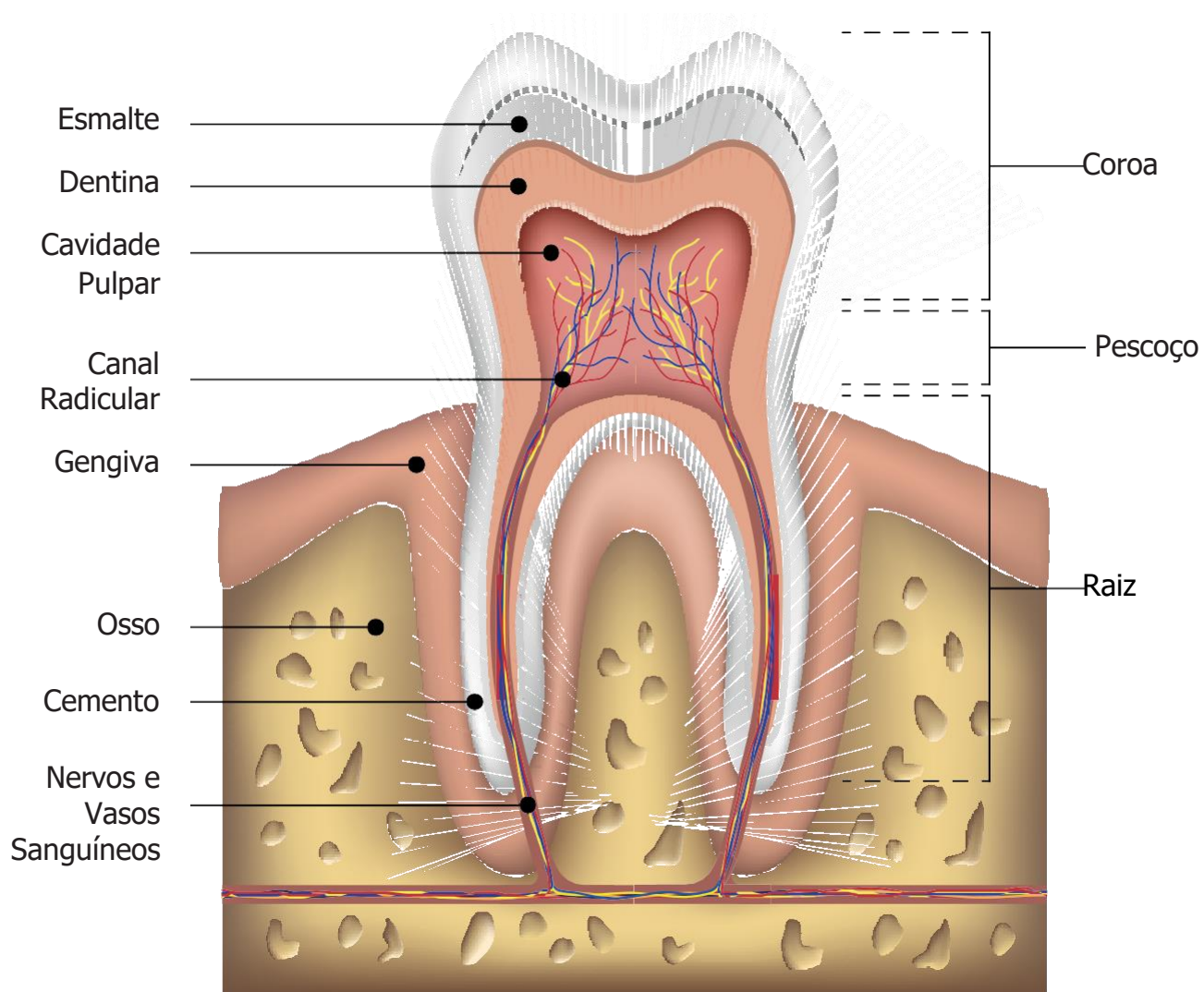
Cada dente possui as mesmas quatro partes: esmalte, dentina, cimento e polpa.

O esmalte cobre a coroa do dente e é a substância mais dura do corpo. Apesar de sua força, é suscetível a ácidos produzidos por bactérias na boca e a alimentos e bebidas que contêm ácidos.

A camada abaixo do esmalte é a dentina. É mais macia que o esmalte e é composta por tubos microscópicos conhecidos como túbulos dentinários. Se estimulados, eles transmitem dor. Como a dentina é mais macia que o esmalte, quando a cárie passa pelo esmalte (o processo de desmineralização) e penetra na dentina, ela pode se espalhar muito rapidamente, causando dor de dente.

O cimento é a substância que reveste a raiz do dente, tem uma dureza semelhante ao osso e forma-se em uma camada delgada. Os ligamentos periodontais conectam o cimento ao osso, mantendo o dente no lugar. Se esta camada for exposta, ela pode se tornar muito sensível.

A polpa encontra-se no centro do dente e é onde todos os nervos e vasos sanguíneos que irrigam o dente estão alojados. Se a área da polpa ficar exposta à cárie, ela pode se tornar dolorosa, uma infecção bacteriana pode ocorrer e pode exigir terapia de canal radicular ou extração.



ANATOMIA DENTÁRIA

Tipos de dentes e suas funções

Existem 4 tipos de dentes na cavidade oral:

- Incisivos: são os dentes da frente e servem para cortar e morder alimentos. Existem oito incisivos, dois incisivos centrais e dois laterais tanto na mandíbula quanto na maxila.
- Caninos ou cúspides: a função dos quatro caninos, um em cada quadrante, é rasgar a comida.
- Pré-molares: localizados atrás dos caninos, existem oito pré-molares, dois em cada quadrante da boca e são destinados à mastigação.
- Molares: geralmente existem 12 molares na dentição permanente, com três em cada quadrante da boca. Os terceiros molares são frequentemente chamados de dentes do siso e nem todo mundo os possui.

Dentição decídua

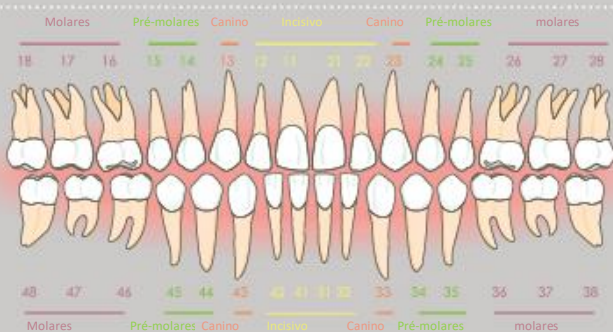
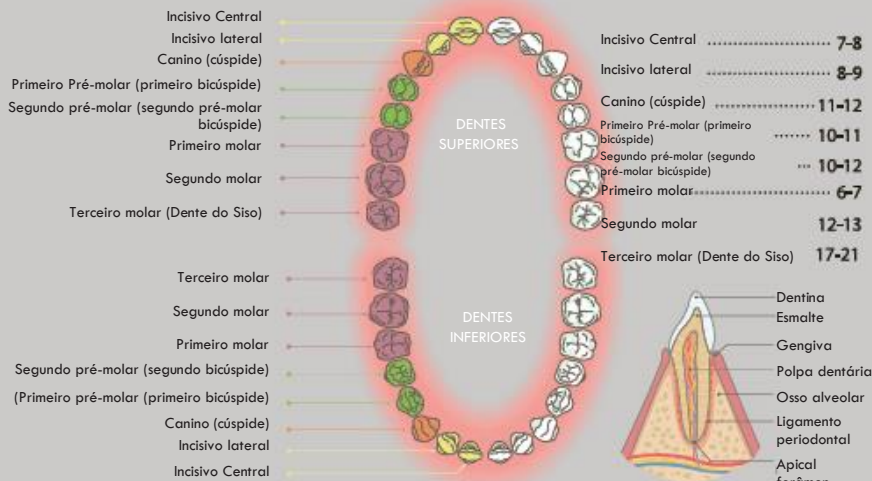
Estes são os primeiros dentes a eclodirem na cavidade oral. Embora temporários, os dentes decíduos são importantes e precisam receber cuidados assim que eclodem através do tecido gengival. A cárie ou perda precoce pode levar à infecção e afetar o desenvolvimento dos dentes permanentes. A dentição decídua é composta por 20 dentes. Não existem pré-molares na dentição decídua.

Dentição Permanente

Como os dentes decíduos são esfoliados, os dentes permanentes os substituem. Em cada arco da boca, existem dois incisivos centrais, dois incisivos laterais, dois caninos, quatro pré-molares e seis molares. Esses dentes precisam ser bem cuidados para durarem a vida toda.

Desenvolvimento dos Dentes Permanentes

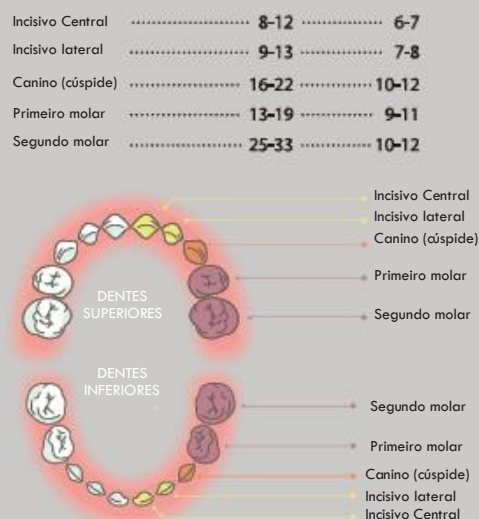
Eclusão (Anos)



Desenvolvimento de Dentes Primários (Decíduos)

Eclusão (Meses)

Irrupção (Anos)



DEFINIÇÃO E AS CAUSAS DAS FISSURAS OROFACIAIS

Objetivos de aprendizagem: Compreender a definição e as causas da fissura.

Definição de fissura

As fissuras são as diferenças de nascimento mais comuns que afetam a estrutura da face e da cavidade oral. Fissuras ocorrem quando partes do lábio e/ou do palato e do nariz não se fundem durante o desenvolvimento embrionário.

Elas podem ser divididas em três categorias gerais:

- (1) fissura labiopalatina isolada;
- (2) fissura labiopalatina unilateral ou bilateral, com ou sem fissura alveolar;
- (3) fissura labiopalatina unilateral ou bilateral.

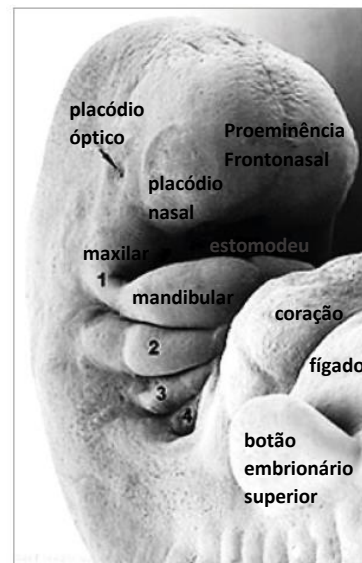
Todas são chamadas de fissuras orofaciais.

Como as fissuras se desenvolvem?

Na época da primeira ultrassonografia, na qual as estruturas faciais do feto já podem ser identificadas, a fissura labiopalatina já terá ocorrido. O desenvolvimento das estruturas e formas faciais ocorre no início da gestação do bebê, entre a quarta e a oitava semanas.

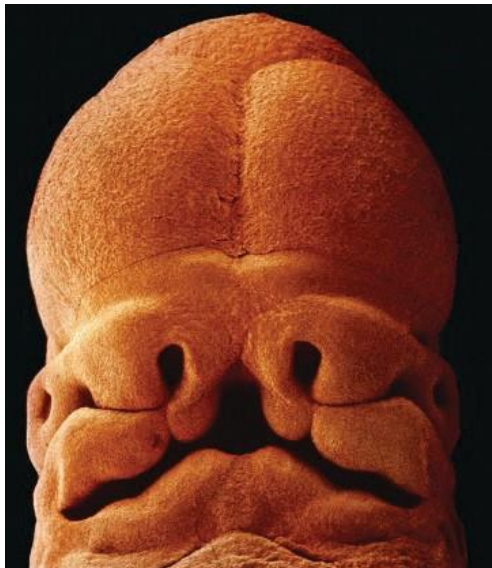


Acima: EMBRIÃO AOS 28 DIAS
Direita: EMBRIÃO AOS 32 DIAS

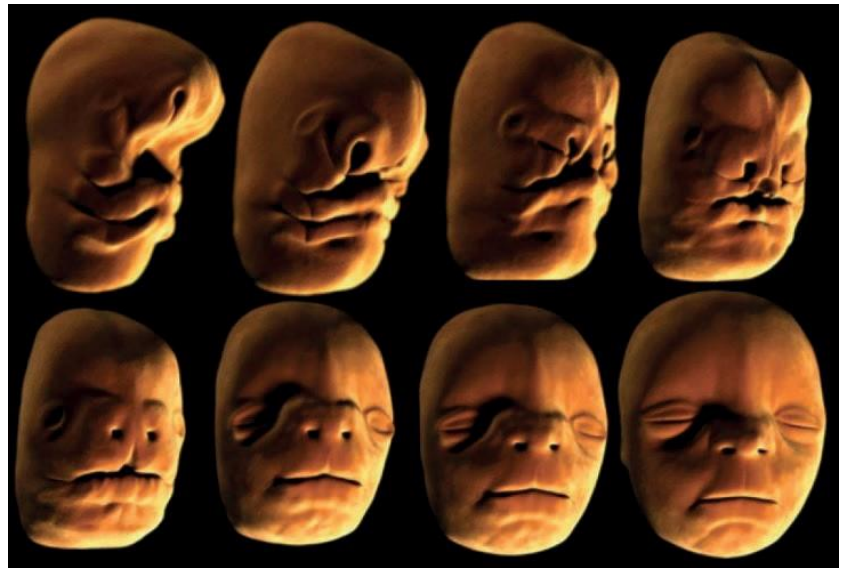


Durante a quarta semana de desenvolvimento, forma-se uma série de seis inchaços emparelhados, à direita e à esquerda, perto da extremidade craniana, ou cabeça, do feto. Eles são chamados de arcos branquiais. Os arcos branquiais desenvolvem-se em estruturas importantes na cabeça e no pescoço, bem como nas principais artérias do tórax. O primeiro arco branquial desenvolve estruturas chamadas proeminências maxilar e mandibular, que finalmente formam o esqueleto, a pele, os músculos e outras estruturas das mandíbulas superior e inferior, respectivamente o maxilar e a mandíbula. No centro da face superior, uma estrutura chamada proeminência frontonasal, que é separada dos arcos branquiais, forma, entre outras coisas, as narinas e o buço. As proeminências maxilares mediais se fundem com a proeminência frontonasal durante este tempo. A falha desse processo resulta em fissura labiopalatina.

O palato também é formado pela fusão da proeminência frontonasal e das proeminências maxilares. Embora o palato pareça ser uma estrutura completa, ele consiste em um palato primário, atrás dos dentes da frente, e um palato secundário, que inclui a maioria do palato duro e mole. Eles são separados por um orifício no osso palatino denominado forame incisivo. Os dois lados do palato secundário começam a se fundir durante a oitava semana de desenvolvimento. A falha da fusão resulta em fissura labiopalatina.



EMBRIÃO AOS 49 DIAS



DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO DO ROSTO

Genética da fissura labiopalatina

Entre 30-50% das fissuras estão relacionadas a fatores genéticos. As condições de fissura podem ser categorizadas como síndromicas ou não síndromicas.

A causa de uma fissura síndromica pode estar associada a mutação genética, aberrações cromossômicas, teratógenos ou fatores ambientais. A maioria das condições de fissura são não síndromicas, o que significa que a fissura ocorre sozinha, sem outras condições associadas. Essas fissuras geralmente ocorrem quando há uma suscetibilidade genética ou fatores ambientais.

A fissura não síndromica é mais comum em homens, com uma proporção homem-mulher de cerca de 2:1. As características genéticas da fissura palatina não síndromica também estão de acordo com o modelo de limiar multifatorial (LMF), mas a incidência é menor e o risco de recorrência é diferente. Existem mais de 600 síndromes com fissura labiopalatina como característica associada, mas nem todas são hereditárias.

Epidemiologia da fissura labiopalatina

A nível global, as condições de fissura afetam aproximadamente 1 em 700 nascidos vivos.

A incidência varia amplamente dependendo da origem geográfica, grupo racial e étnico, exposições ambientais e status socioeconômico. As populações asiáticas e nativas americanas relataram taxas de prevalência de até um em 500. As populações da Europa e dos Estados Unidos têm, em média, uma prevalência de aproximadamente um em 1000, enquanto as populações africanas têm uma prevalência relatada próxima a um em 2500.

PREVENÇÃO DE FISSURA

Objetivos de aprendizagem: Entenda como prevenir fissuras.

Exame pré-natal e aconselhamento genético

Para famílias com histórico de fissura orofacial, deve-se realizar um exame pré-natal e aconselhamento genético. O diagnóstico de fissura no exame de ultrassom de rotina do pré-natal pode ajudar a preparar a família.

Nutrição materna e fissura labiopalatina

É um bom conselho de saúde pública recomendar que, antes da concepção e no início da gravidez, as mulheres tenham uma dieta saudável e variada e, se necessário, suplementos vitamínicos. Muitos estudos indicaram uma associação entre o uso materno de suplementos multivitamínicos no início da gravidez e a diminuição do risco de fissuras orofaciais.

Suplemento de ácido fólico

O ácido fólico é uma vitamina B que pode ter um efeito protetor contra certas condições de fissura quando tomado antes da concepção. Já é amplamente recomendado por seu papel na proteção contra defeitos congênitos neurais, como espinha bífida e anencefalia. Um suplemento diário tomado por todas as mulheres que planejam engravidar é a recomendação do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, endossado pela American Academy of Pediatrics (AAP). Um suplemento de 400 microgramas de ácido fólico diário reduz a incidência de defeitos do tubo neural em até 70%.

- Há incertezas em torno do papel de outras vitaminas na prevenção da fissura.

Medicação durante a gestação

Certos medicamentos demonstraram ter efeito sobre o desenvolvimento fetal; esses podem incluir:

- medicamentos anticâncer e anticonvulsivantes;
- anti-inflamatórios não esteroidais e analgésicos;
- antibióticos como oxitetraciclina, tetraciclina e amoxicilina;
- esteroides, como glicocorticoides ou cortisona.

O risco de uma criança nascer com fissura pode ser quase três vezes maior se a mãe tomar medicamentos durante o primeiro trimestre. Deve-se ter muito cuidado se a medicação for necessária nos primeiros estágios da gravidez e um médico deve ser consultado.

Álcool e tabaco

Fumar e beber no início da gravidez aumenta o risco de fissura.

O tabagismo passivo acarreta um risco semelhante, portanto os parceiros e outros contatos próximos de gestantes devem evitar ou reduzir o tabagismo. A contaminação e poluição ambientais também contribuem para o risco.

Prevenção de diabetes mellitus gestacional e obesidade materna

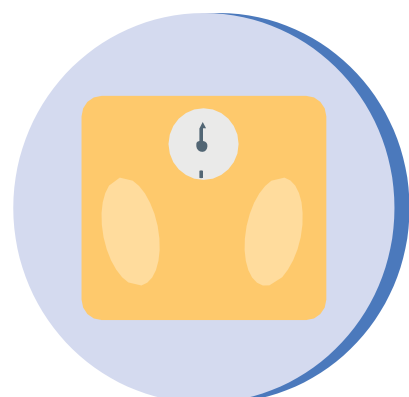
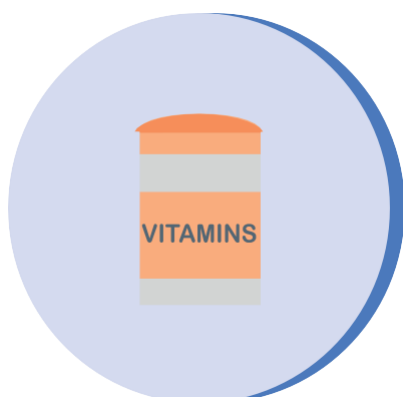
O diabetes mellitus gestacional pode aumentar o risco de fissura labial e palatina. As mães devem consultar um médico sobre seus hábitos alimentares.

- Para pacientes com diabetes mellitus antes da gravidez, a glicemia deve ser controlada e monitorada de perto pela equipe médica durante a gravidez.
- Para gestantes com diabetes mellitus gestacional, pressão arterial, glicemia, funções hepática e renal e a saúde fetal devem ser monitoradas de perto.
- Vários estudos também têm apontado a obesidade materna como um fator que aumenta o risco de ter um bebê com fissura.

Controle de estresse

- O estresse físico e/ou emocional pode estar envolvido na ocorrência de fissuras orais.
- Ansiedade, depressão e outros estados psicológicos negativos durante a gravidez podem afetar a ocorrência de fissura labiopalatina, por desequilíbrio hormonal.
- Uma atitude positiva durante a gestação é importante.

GRAVIDEZ E ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL



Objetivos de aprendizagem: Compreender as doenças e condições comumente associadas à fissura, como cárie e má oclusão.

Saúde pública e fissuras orofaciais

As fissuras orofaciais são um grande desafio para a saúde pública. Crianças com fissuras raramente escapam de complicações dentais. A correção cirúrgica de suas fissuras, além das preocupações médicas comuns às crianças com fissuras, são o foco principal de seus cuidados. Como resultado, eles tendem a ter mais dentes cariados e faltantes, além de pior saúde bucal em comparação com seus pares.

Essas diferenças podem ser atribuídas a:

- boca seca causada por hábitos de respiração pela boca;
- limpeza menos natural dos dentes devido à morfologia;
- dieta ou hábitos alimentares variáveis;
- anomalias dentárias;
- aumento do consumo de medicamentos adoçados;
- tempo de depuração oral atrasado para alimentos.

Todos os itens acima contribuem para a presença de mais bactérias causadoras de cárie na cavidade oral de crianças com fissura. Os pais e cuidadores geralmente estão tão preocupados com outros aspectos dos cuidados com a saúde de seus filhos, como cirurgia, nutrição, saúde mental e desenvolvimento da fala, que prestam pouca atenção aos cuidados odontológicos preventivos básicos. Todos esses fatores colocam a criança em maior risco de desenvolver CPI.

À medida que se desenvolvem, a maior prevalência de má higiene oral em crianças com fissura pode estar associada:

- (a) à presença de tecido cicatricial residual em decorrência dos múltiplos procedimentos cirúrgicos realizados na região da fissura, o que dificulta a higienização dental;
- (b) ao desinteresse pela higiene oral devido a muitos outros problemas de saúde como otite média, dificuldade de fala;
- (c) à ansiedade que as crianças costumam ter ao escovar os dentes na área da fissura.

Outras barreiras aos cuidados de saúde bucal dessas crianças incluirão baixo nível de alfabetização dos pais, comportamento induzido por medo e ansiedade, status socioeconômico, prioridades concorrentes, pouco conhecimento dos serviços médicos e odontológicos disponíveis, relações paciente-dentista e crenças socioculturais e mitos.

Todos esses fatores destacam a importância de programas individualizados de saúde oral preventiva em pacientes com fissura.

A importância de dentes decíduos saudáveis

Os dentes decíduos são importantes para as crianças porque:

- Permitem que as crianças mastiguem e comam corretamente.
- Ajudam seu filho a falar mais claramente.
- Mantêm espaço para quando os dentes adultos eclodem.
- Orientam os dentes adultos no lugar.
- Ajudam a modelar o rosto da criança.
- Previnem cáries na primeira infância.
- Reduzem os custos odontológicos futuros ao mínimo.
- Eliminam a necessidade de tratamento ortodôntico mais tarde.
- Reduzem o risco de cárie nos dentes permanentes.

Exames odontológicos são importantes porque as crianças com condições de fissura se acostumaram com os cuidadores de confiança tocando o interior de sua boca.

Cáries na primeira infância

Cárie na primeira infância (CPI) é definida como a presença de uma ou mais superfícies dentárias cariadas, faltantes (devido à cárie) ou obturadas em qualquer dente decíduo. A CPI severa é caracterizada por um padrão distinto de cárie dentária em bebês e crianças pequenas, geralmente começando nos dentes anteriores maxilares e progredindo rapidamente para os outros dentes decíduos à medida que eclodem. A CPI pode começar a se desenvolver assim que os dentes irrompem na boca, aos 6 a 10 meses de idade, razão pela qual uma avaliação precoce da saúde bucal e tratamentos com verniz fluoretado são tão importantes.

O papel do profissional de saúde oral é essencial para o manejo da CPI e das doenças orais ao longo da vida do paciente. Prevenção, detecção precoce e gerenciamento são fundamentais.



Pedo Planet - Children Dental Centers,
(Chennai, Nova Delhi), Índia.

Centre for Early Childhood Caries Research (CECCRe), Sri
Ramachandra Institute of Higher Education and Research,
Chennai, Índia



CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA



PLACA DENTAL



Má oclusão

Uma má oclusão descreve como os dentes se encontram e literalmente significa mordida ruim. Em uma oclusão ideal, os dentes se encontram confortavelmente, com os dentes da frente superiores à frente dos dentes de baixo. As más oclusões se enquadram em três categorias que abrangem uma variedade de problemas ortodônticos diferentes.

Má oclusão e higiene oral

Pacientes com fissura acham difícil manter uma boa higiene oral devido à má oclusão. A conscientização sobre as medidas de higiene bucal infantil, em particular, está defasada entre a população, por exemplo, como limpar os dentes do bebê, quando começar a limpar os dentes do bebê, que produtos de higiene oral usar e escolha de pasta e escova de dentes.

Má oclusão na dentição decídua e fase de dentição mista

Devido ao impacto da cirurgia de reparo de fissura labiopalatina, o desenvolvimento ósseo maxilar dos pacientes costuma ser insuficiente. Em circunstâncias normais, a má oclusão de pacientes no período decíduo não é grave. Com o crescimento e desenvolvimento dos dentes, eles gradualmente demonstram má oclusão óbvia.

Todos os pacientes com fissura labiopalatina completa apresentam má oclusão da dentição permanente. Pesquisas mostram que após a correção de fissura labiopalatina, a prevalência de má oclusão é de 97%.

Dentre as más oclusões associadas à fissura labiopalatina, as mais comuns são mordida cruzada e apinhamento dos dentes superiores. Em pacientes com fenda labiopalatina, os dentes próximos à fissura costumam aparecer deformados e faltantes, e mais longe da fissura pode haver dentes ausentes ou supranumerários. O desvio da linha média maxilar é comum em pacientes com fissura labiopalatina unilateral.

Más oclusões comuns incluem:

- mordida cruzada anterior;
- mordida cruzada posterior;
- hipodontia maxilar anterior ou dentes supranumerários;
- dentes frontais superiores desalinhados ou rotacionados;
- relação molar anormal.

Anormalidade da eclosão e número de dentes

O tamanho e a posição anormais dos dentes costumam estar presentes em pacientes com fissura. Pacientes com fissura labiopalatina completa unilateral apresentam displasia e torção dos incisivos centrais superiores adjacentes à fissura. Em pacientes com fissura labiopalatina completa bilateral, os dois incisivos centrais superiores costumam apresentar displasia e torção. Outros recursos podem incluir:

- um atraso no tempo de eclosão dos dentes permanentes e uma sequência de eclosão anormal;
- hipodontia: a forma mais comum de perda de dentes é a ausência congênita do incisivo lateral afetado com a fissura labiopalatina maxilar;
- dentes supranumerários: dentes adicionais frequentemente aparecem perto das fissuras;
- anormalidade da estrutura dental: muitas vezes aparecem hipocalcificações e displasia do segundo pré-molar.

A forma e a simetria da arcada dentária

Após o reparo da fissura labiopalatina, a lacuna diminui gradativamente e o segmento maxilar é remodelado e aproximado sob a ação do músculo labial. Cerca de 50% dos pacientes com fissura labiopalatina completa unilateral e bilateral apresentam graus variados de assimetria da arcada dentária maxilar, e os pacientes com fissura labiopalatina simples não apresentam assimetria na arcada dentária maxilar.



MÁ OCLUSÃO E FALTA DE DENTES

CONHECIMENTO DE CÁRIE DENTÁRIA

Objetivos de aprendizagem: Compreender a placa dental, seu papel na cárie dentária e o papel da dieta na formação da placa dental. Identificar a cárie e seu aparecimento em seus estágios iniciais.

Cáries dentárias

- A cárie dentária é uma doença multifatorial, mediada por características do hospedeiro, ingestão de açúcar, higiene bucal, ação de microrganismos, além de fatores socioeconômicos, entre outros. É o resultado de uma interação complexa entre bactérias produtoras de ácido e carboidratos fermentáveis encontrados na placa dental ou biofilme (explicado posteriormente neste capítulo). Essa interação inicia o processo de desmineralização da superfície dentária, devido à ação dos ácidos resultantes da metabolização dos carboidratos pelas bactérias orais. Posteriormente, a ação da saliva e dos minerais nela presentes, aliada a uma adequada higiene bucal, dará lugar à remineralização da superfície, interrompendo a desmineralização. Quando este ciclo for interrompido e a desmineralização continuar, o processo resultará em uma cárie.
- As cáries podem ocorrer em diferentes níveis da estrutura dentária e podem ter vários níveis de severidade. As cáries podem estar na superfície do esmalte ou mais profundas, expondo a dentina. Quando a dentina é exposta, a dor e a sensibilidade podem estar presentes devido ao contato mais direto das terminações nervosas dentais com a cavidade oral. A fase mais severa da cárie dentária ocorre quando a polpa dentária é afetada, causando dor intensa.
- Quando a cárie está presente em um ou mais dentes decíduos, ou os dentes foram perdidos devido à cárie entre o momento em que o primeiro dente aparece e os 6 anos de idade, trata-se da cárie da primeira infância, descrita na lição anterior. Este é um problema de saúde bucal que as crianças com fissura correm maior risco de sofrer.



CÁRIE DENTÁRIA

Pedo Planet - Children Dental Centers,
(Chennai, Nova Delhi), Índia.

Centre for Early Childhood Caries
Research (CECCRe), Sri Ramachandra
Institute of Higher Education and
Research, Chennai, Índia

O que é placa dental?

A placa dentária, também conhecida como biofilme, é uma camada macia e pegajosa que adere à superfície do dente. O biofilme é predominantemente composto por microrganismos orais juntamente com proteínas presentes na saliva.

Quando a criança consome açúcares livres, as bactérias metabolizam os carboidratos em produtos residuais ácidos, fazendo com que o pH da boca abaixe. Os minerais essenciais são lixiviados da estrutura do dente, levando à desmineralização.

Em um ambiente oral saudável, a produção de saliva remove esse ambiente ácido ao longo de um período de tempo de aproximadamente 30-40 minutos, e ocorre a remineralização. Isso é demonstrado na Curva de Stephan. No entanto, se a criança tiver higiene oral abaixo do ideal e consumir frequentemente açúcares livres ou carboidratos fermentáveis, a boca permanece com pH ácido, levando às cáries dentárias.

A remoção mecânica da placa através de escovação e uso do fio dental é essencial para prevenir o acúmulo de placa, que pode endurecer e formar cálculos. As crianças com fissura têm dificuldade em manter a higiene oral, o que aumenta o risco de doenças orais, como cárie dentária e doença periodontal.

A cárie extensa e a perda prematura dos dentes afetam a capacidade da criança de comer e mastigar, bem como o desenvolvimento da mandíbula.



PLACA DENTAL

Papel da placa dental na cárie dentária

Algumas bactérias dentro da placa dentária podem produzir ácidos metabolizando carboidratos encontrados na boca.

A ação desses ácidos leva à dissolução dos minerais que compõem a estrutura dental, sendo responsáveis pela iniciação da cárie dentária. Este processo é chamado de desmineralização.

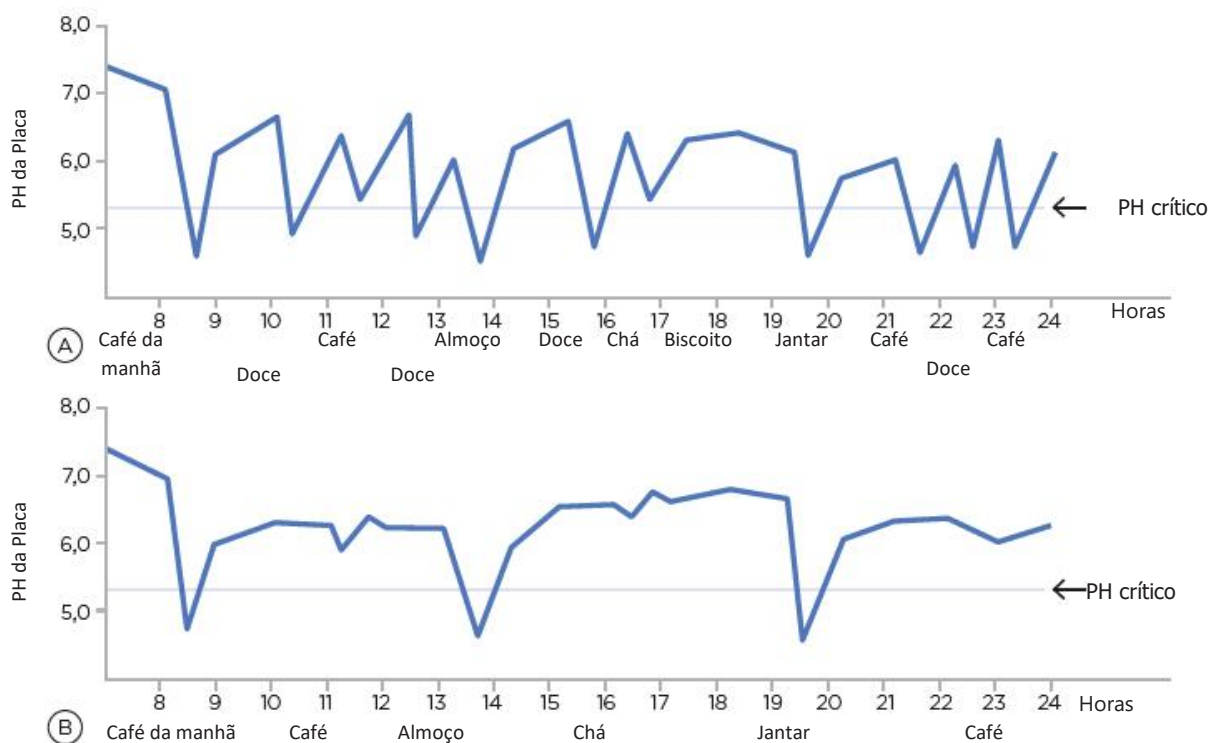
A saliva também tem papel importante nesse processo, pois atua como um tampão, neutralizando os ácidos e aumentando o pH da cavidade oral. Depois de comer, leva-se cerca de 30-40 minutos para a saliva neutralizar a boca. O pH flutuante da boca é conhecido como Curva de Stephans, conforme mostrado no diagrama.

A higiene oral com produtos fluoretados ajudará com a remineralização, processo no qual o flúor, junto com outros minerais presentes na saliva, irá aderir à superfície previamente desmineralizada, interrompendo o processo de cárie dentária.

Como remover a placa dental?

- ✓ A escovação eficaz e a limpeza interdental são as principais maneiras de remover a placa dental.
- ✓ Tratamento profissional de saúde bucal, como profilaxia oral;
- ✓ A educação em saúde bucal é essencial para a higiene bucal adequada e a compreensão das doenças periodontais.





Papel da dieta

Os alimentos que consumimos contêm quantidades variáveis de carboidratos. Alimentos ricos em açúcar sempre foram associados à cárie. Alimentos com alto potencial de produção de cárie dentária devido a uma elevada quantidade de carboidratos fermentáveis e açúcar são descritos como cariogênicos.

Alguns exemplos de alimentos cariogênicos são doces assados, biscoitos, biscoitos recheados, pão branco e cereais, bolos, barras de granola adoçadas, frutas secas, sorvete, leite aromatizado, iogurte doce e bebidas açucaradas e gaseificadas.

O açúcar pode aumentar a viscosidade do biofilme, tornando-o mais fácil de aderir à superfície dos dentes por mais tempo e mais suscetível à colonização por bactérias.

Quando consumido com frequência, o açúcar está mais disponível como substrato para bactérias, reduzindo o pH da cavidade oral. O conselho principal para pais e cuidadores é evitar bebidas açucaradas e alimentos com adição de açúcar entre as refeições.

Alimentos não cariogênicos estão disponíveis. Estes podem ter uma função protetora porque não contribuem para a produção de ácido. Alguns exemplos são queijo, leite e iogurte natural, bem como produtos que contêm xilitol.

É fundamental mencionar que, ao mudar para uma dieta mais saudável com menos teor de açúcar, o risco de cárie dentária é reduzido

DIA 2

IDENTIFICAÇÃO DE MANCHAS BRANCAS, MANCHAS MARRONS E CÁRIES

Objetivos de aprendizagem: Participantes entenderão como identificar lesões de cárie precoces.

Manchas brancas/hipomineralização

Manchas brancas são áreas desmineralizadas na superfície do dente, onde uma quantidade significativa de minerais, como cálcio, foi perdida, geralmente devido a bactérias da placa e higiene oral abaixo do ideal.

Manchas brancas também podem ser causadas por:

- fluorose dentária: o resultado do consumo excessivo de flúor à medida que os dentes se desenvolvem, por exemplo, ingestão de pasta de dente quando criança, ou altos níveis de flúor natural no abastecimento de água;
- trauma dentário no fóliculo dentário, causando irregularidades na estrutura da hidroxiapatita;
- hipomineralização de molar incisivo: falta de desenvolvimento do esmalte durante a sua fase de maturação, que afeta os dentes molares e incisivos;
- descalcificação do esmalte após aparelho ortodôntico: higiene bucal inadequada ao redor do aparelho ortodôntico.



LESÕES DE MANCHAS BRANCAS

Pedo Planet - Children Dental Centers, (Chennai, Nova Delhi), Índia.
Centre for Early Childhood Caries Research (CECCRe), Sri Ramachandra Institute
of Higher Education and Research, Chennai, Índia

Manchas marrons

A descoloração na superfície do dente pode ser extrínseca - na estrutura dentária externa - ou intrínseca - dentro da estrutura dentária.

A descoloração extrínseca pode ser causada por bactérias cromogênicas, fatores dietéticos, como chá, café, frutas vermelhas, fumo ou até mesmo suplementos de ferro. Certos enxaguantes bucais podem causar descoloração, especialmente aqueles usados após cirurgia oral.

Manchas marrons na superfície também podem ser de cáries, é importante avaliá-las e diagnosticá-las corretamente.



LESÕES DE MANCHAS MARRONS

Pedo Planet - Children Dental Centers, (Chennai, Nova Delhi), Índia.
Centre for Early Childhood Caries Research (CECCRe), Sri Ramachandra Institute of Higher
Education and Research, Chennai, Índia

A descoloração intrínseca pode ser causada por:

- fluorose dentária;
- coloração com tetraciclina;
- cáries dentárias;
- cárie inativa - ocorre se a cárie dentária for iniciada, mas interrompida devido a hábitos alimentares aprimorados ou medidas de higiene oral aprimoradas;
- necrose pulpar;
- distúrbios do desenvolvimento, como amelogenese imperfeita e dentinogênese imperfeita.



FLUROSE DENTÁRIA



MANCHAS DE TETRACICLINA



NECROSE PULPAR



CÁRIES DENTÁRIAS



CONDIÇÕES PERIODONTAIS, GENGIVITE E DOENÇA PERIODONTAL

Objetivos de aprendizagem: Compreender as causas, sinais e sintomas das doenças periodontais e como evitá-los.

Doença periodontal

Os pais e cuidadores de pacientes com condições de fissura podem achar difícil ajudar a manter uma boa higiene oral. Se a higiene oral não for mantida, no entanto, doenças gengivais e também cáries dentárias podem se desenvolver.

Há dois tipos de doença periodontal: gengivite e periodontite. O estágio inicial das doenças periodontais é a gengivite:

- A gengivite ocorre quando as gengivas ao redor dos dentes ficam vermelhas, inchadas e sangram quando escovadas; é reversível quando tratada rapidamente.
- O primeiro sinal pode ser sangue na escova de dentes ou após cuspir.
- Em muitos casos, as pessoas sofrem de halitose (mau hálito).



GENGIVITE

O estágio avançado da doença periodontal é a periodontite.

- A periodontite é observada principalmente em adultos. Com o avanço da doença periodontal, o biofilme da placa move-se abaixo da margem gengival e destrói as fibras periodontais e o osso que sustentam os dentes, fazendo com que os dentes se soltem.
- A prevenção da doença gengival é essencial, pois a periodontite é irreversível e pode causar a perda de dentes. Com tratamento adequado, pode ser interrompido.

Os dentes com envolvimento periodontal podem causar vários problemas, incluindo atuar como uma fonte de infecção local ou sistêmica, afetar a alimentação, a fala e a qualidade de vida em geral. Os dentes podem cair de suas bases e ser inalados ou ingeridos, levando a uma possível emergência médica, além de afetar a autoestima. É fundamental prevenir e tratar doenças periodontais o mais cedo possível.

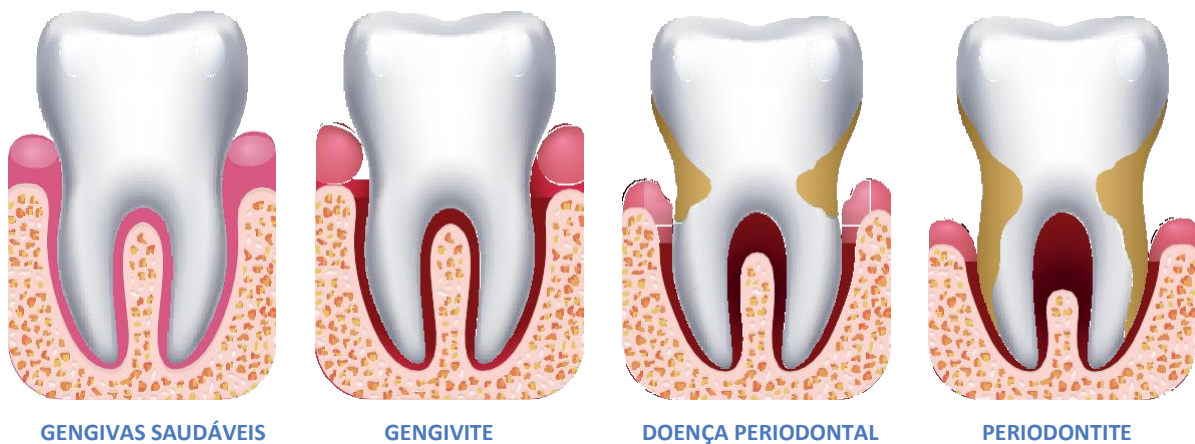


PERIODONTITE

Quais são as outras causas das doenças periodontais?

Além do biofilme oral, outros fatores de risco locais e sistêmicos aceleram a ocorrência de doenças periodontais.

- Fatores locais são aqueles que influenciam diretamente no estado de saúde periodontal, incluindo higiene bucal precária, cálculo dental, fatores anatômicos, apinhamento e má oclusão dentária, oclusão traumática, dieta rica em carboidratos, uso de tabaco e impacto alimentar.
- Fatores sistêmicos reduzem a resistência do corpo ou aumentam a sensibilidade corporal à placa dental, como a reação imunológica do paciente, diabetes mellitus, fatores hormonais, desnutrição, doenças hematológicas, estresse e fatores genéticos.



Como as doenças periodontais podem ser prevenidas?

Tal como acontece com a placa dental, as doenças periodontais podem ser prevenidas. A prevenção ideal pode ser alcançada através de uma boa higiene oral, especialmente com a remoção mecânica do biofilme, como escovação e limpeza interdental. Os seguintes também são recomendados:

- Check-up odontológico regular, limpeza profissional e raspagem;
- Capacitar as pessoas a cuidar de sua saúde geral e bucal o mais cedo possível.
- Promoção das mudanças comportamentais necessárias para prevenir essas condições.

DOENÇAS ORAIS COMUNS E MENOS COMUNS

Objetivos de aprendizagem: Compreender outras condições orais nos pacientes com fissura, tais como: candidíase oral, úlceras aftosas, cistos eruptivos, abscessos, câncer oral, trauma, manifestações do HIV e noma.

Conforme abordado na seção de Anatomia Oral, os tecidos da boca geralmente devem ser lisos, exceto pela língua. Qualquer mancha vermelha ou branca suspeita, nódulo, inchaço ou úlcera que não cicatrize em duas semanas deve ser encaminhada à equipe odontológica.

Condições orais comuns

Candidíase oral

A candidíase oral, também conhecida como sapinho, é uma infecção fúngica da mucosa oral, causada pelo acúmulo excessivo do fungo *Candida albicans*. Geralmente está presente nos diferentes tecidos da mucosa do corpo humano como uma parte normal do microbioma humano.

O risco de candidíase oral é aumentado por um ou mais fatores de resistência do hospedeiro comprometida. Entre os fatores estão diminuição da resistência local, função imunológica comprometida, doença sistêmica não controlada, como diabetes mellitus mal controlada, higiene oral deficiente, xerostomia (boca seca), uso de próteses ou aparelhos orais, AIDS, corticoterapia e anemia severa.

As lesões de candidíase oral podem ter diferentes aparências. Alguns exemplos são:

- Uma das apresentações mais comuns da candidíase oral, a pseudomembranosa, placas semelhantes à coalhada do sapinho, que são removidas com gaze de algodão, deixando a superfície da mucosa dolorida e eritematosa (vermelha) com aparência fina e "carnuda".
- A formação de fissuras que geralmente estão nos cantos da boca e são conhecidas como queilite angular
- Espessamento branco do epitélio da superfície que não sai ao esfregar

Pacientes com fissuras apresentam maior risco de candidíase oral, possivelmente devido a uma pior saúde oral, após cirurgias e outros tratamentos de fissuras, como uso prolongado de obturadores. O tratamento antifúngico elimina a candidíase oral na maioria dos casos.



INFECÇÃO DE CANDIDÍASE NA LÍNGUA



ÚLCERA AFTOSA

Úlceras aftosas

A etiologia específica das ulcerações aftosas é desconhecida, mas os possíveis fatores precipitantes incluem trauma, estresse, luz solar, distúrbios endócrinos, distúrbios hematológicos, fatores imunológicos e alergias.

Úlceras aftosas podem ocorrer quando aparelhos dentários esfregam e causam trauma na boca. São extremamente doloridas e têm uma pseudomembrana e um halo eritematoso. Elas podem variar em tamanho, número e distribuição. As lesões cicatrizam em uma a duas semanas sem deixar cicatrizes.

O tratamento geralmente é:

- uma preparação anestésica/anti-séptica tópica
- aconselhamento dietético: evitar ácidos, como qualquer coisa cítrica e alguns condimentos, para atenuar o desconforto ao comer
- enxaguante bucal com água salgada quente para ajudar na cicatrização

Abcessos dentais ou furúnculos na gengiva:

Uma lesão oral, pode se apresentar como uma infecção localizada de tecido periodontal relacionado à periodontite.

Mais seriamente, se a cárie se estender à polpa, infecção e necrose pulpar se estabelecem, preparando o terreno para a formação de um abscesso periapical, que é um acúmulo de pus associado ao ápice da raiz de um dente. Pode estar presente como inchaço na área e, às vezes, pode aparecer como uma erupção redonda e erupção branca nas gengivas (fístula). Os pacientes podem se queixar de dor de dente ou de cabeça à medida que o abscesso aumenta e a pressão se acumula.

Se não for tratado, um abscesso periapical de um dente decíduo pode danificar o botão do dente em desenvolvimento subjacente, bem como causar outras infecções graves que podem se espalhar para os tecidos profundos do rosto e do pescoço.

Abcessos dentários exigem tratamento odontológico profissional urgente.



ABCESSO DENTÁRIO



TRAUMA DENTÁRIO

Ref: smile-mag.com Manejo de Dentes Permanentes Avulsionados

Trauma oral

O trauma oral ocorre mais comumente na primeira infância. O exame físico serve primeiramente para determinar a adequação e estabilidade das vias aéreas, respiração e circulação seguida de avaliação para lesões associadas na cabeça e no pescoço.

Na avaliação de pacientes com trauma orofacial e dentário, os principais elementos do histórico incluem quando, onde e como a lesão ocorreu; o comportamento subsequente da criança; qualquer tratamento anterior; e estado geral de saúde e imunização contra o tétano.

Câncer oral:

Como você pode ver, o câncer oral pode se parecer com algumas das condições mais comuns listadas acima. É extremamente importante encaminhar quaisquer caroços, inchaços e úlceras à equipe dentária o mais rápido possível.

Cerca de 14% de todos os cânceres de cabeça e pescoço são encontrados na cavidade oral.

O lábio é o local mais comum de câncer de cabeça e pescoço, excluindo as malignidades cutâneas.

Os cânceres de lábio estão mais frequentemente relacionados à exposição ao sol e ocorrem com mais frequência no lábio inferior.

A língua é o sítio intraoral mais comum e, mais frequentemente, os cânceres se manifestam ao longo da borda lateral do terço médio da língua.

O câncer oral geralmente requer tratamento cirúrgico e é desafiador porque pode afetar funções fisiológicas críticas, incluindo fala, mastigação e deglutição.

O câncer oral e as lesões pré-cancerosas podem ser muito diversos. No entanto, alguns sinais comuns podem incluir: úlceras dolorosas que não cicatrizam em várias semanas, lesões que crescem muito rápido ou nódulos inexplicáveis na boca ou ao redor do pescoço.



FORMA ULCERATIVA



BROTAMENTO ULCERATIVO



CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Condições orais menos comuns

Cistos de erupção

Um cisto de erupção é um inchaço preenchido por líquido, indolor na maioria dos casos, que fica sobre a coroa de um dente em eclosão. Quando o folículo está dilatado com sangue, a lesão assume uma cor azulada e é denominada hematoma eruptivo. A lesão se resolverá sem tratamento quando o dente entrar em eclosão.

Se houver dor, o paciente deve ser encaminhado ao dentista.

Manifestações do vírus da imunodeficiência humana (HIV):

Lesões orais podem ser um dos primeiros sinais de infecção por HIV e ocorrem comumente em pacientes infectados (30% -80%) para os quais há risco de progressão para AIDS.

As manifestações orais comuns incluem:

- Doença periodontal
- Candidíase (eritematosa ou pseudomembranosa) da mucosa oral
- Papilomavírus humano
- Herpes simples primário
- Sarcoma de Kaposi, que pode variar em aparência desde máculas mínimas assintomáticas, planas, roxas ou vermelhas até grandes nódulos
- Leucoplasia pilosa das bordas laterais da língua
- Eritema gengival linear

Pacientes com HIV podem receber os cuidados odontológicos de que precisam após a possibilidade de imunossupressão significativa, neutropenia ou trombocitopenia ter sido excluída.

Noma

O primeiro sinal de noma é gengiva dolorida e sangrando. Uma lesão gengival inicial então se desenvolve em uma gengivite ulcerativa necrosante que progride rapidamente, destruindo os tecidos moles e ossos da boca e progredindo para perfurar os tecidos duros e a pele do rosto. Afeta principalmente crianças na África Subsaariana, com idades entre dois e seis anos, que sofrem de desnutrição, vivem em extrema pobreza e com o sistema imunológico enfraquecido.

Devido à alta taxa de mortalidade (90%), é necessária uma rápida identificação e tratamento.



INTERVENÇÕES EM SAÚDE BUCAL

Objetivos de aprendizagem: Compreender a intervenção de saúde bucal para pacientes com fissura.

Prevenção e intervenções de saúde bucal

Há uma falta de conhecimento sobre as medidas de higiene oral infantil, ou seja, como limpar os dentes do bebê, quando começar a limpeza e quais produtos de higiene oral devem ser usados. Todas as crianças devem começar a aprender a escovar os dentes desde cedo.

Escova dental

A escova de dentes correta para uma criança deve ter as seguintes características:

- ✓ Uma pequena cabeça de escova
- ✓ Cerdas macias
- ✓ Uma alça fácil de segurar
- ✓ O tamanho certo
- ✓ Adequado para crianças em cada fase de crescimento

Como escovar os dentes

- ✓ Antes da eclosão dentária, os bebês devem ter suas gengivas limpas após cada mamada, de manhã e à noite, mudando para uma pequena escova de dentes macia quando seus dentes eclodem.
- ✓ As crianças devem ser assistidas até a idade de oito anos e cuidadosamente supervisionadas depois
- ✓ A escova de dentes deve ser colocada em um ângulo de 45 graus em relação ao dente e à gengiva e pequenos círculos devem ser feitos para limpar o dente e as margens da gengiva. As superfícies de mastigação dos dentes são escovadas com as pontas das cerdas.
- ✓ Escovar os dentes deve levar dois minutos; pode ser útil ter um cronômetro, um aplicativo ou uma música no rádio para isso.
- ✓ Fio dental ou escovas interdentais devem ser usados para limpar entre os dentes e atenção especial deve ser dada à área da fissura.



O papel do flúor na prevenção da cárie

Os minerais são uma parte importante da estrutura dentária, especialmente o esmalte. Conforme descrito acima na seção sobre cárie dentária, a desmineralização ocorre quando o pH oral diminui abaixo de pH 5,5.

O flúor pode ajudar a reduzir e prevenir a cárie dentária, principalmente das seguintes maneiras:

Retarda a desmineralização em uma ação conjunta com outros minerais presentes nos dentes e na saliva, como cálcio e fosfato

Junto com a saliva, participa da remineralização dos tecidos dentais que foram dissolvidos pelos ácidos nos estágios iniciais do processo de cárie dentária.

Quando aplicado topicamente em altas concentrações, o flúor é depositado no esmalte dentário como fluoreto de cálcio, que posteriormente é coberto por uma camada de proteína e fosfato, permitindo que o flúor seja liberado lentamente na saliva

Pasta de dente fluoretada:

- A escovação dental com aplicação de pasta de dente fluoretada deve ser introduzida na higiene oral do bebê a partir da eclosão do primeiro dente, certificando-se de que o bebê não engula a pasta de dentes.
- Crianças com idade entre dois e seis anos devem usar uma quantidade do tamanho de uma ervilha de pasta de dente fluoretada na escova de dentes. (500 - 1100 ppm de flúor, dependendo das políticas de saúde locais). As crianças devem ser ensinadas a cuspir, mas não a enxaguar
- Para crianças de seis e doze anos, a quantidade de pasta de dentes com flúor é aproximadamente do tamanho de uma "ervilha" (0,5 g) de cada vez e deve ser usada sob a supervisão de um cuidador. (1400ppm de flúor dependendo das políticas sanitárias locais). As crianças devem ser ensinadas a cuspir, mas não a enxaguar
- Aos 12-18 e +18 anos, uma quantidade do tamanho de um feijão de pasta de dente fluoretada deve ser usada; os pacientes devem ser incentivados a cuspir, mas não enxaguar, (1400 ppm de flúor, dependendo das políticas de saúde locais)

Excesso de flúor

A ingestão excessiva de flúor durante o período de desenvolvimento do dente pode causar fluorose. É caracterizada pelo aparecimento de áreas brancas ou marrons ou mesmo corrosão no esmalte, o que é prejudicial à estética e, nos casos mais graves, pode enfraquecer a estrutura dentária.



FLUOROSE DENTÁRIA



Atenuação do risco de fluorose do esmalte: pesquisar os esquemas de fluoretação da comunidade e os níveis de flúor na água; monitore os níveis de flúor no meio ambiente, especialmente em áreas onde há exposição a níveis elevados de flúor devido às atividades humanas e determine a exposição geral ao flúor.

Sempre que possível, monitore a prevalência de fluorose do esmalte usando sistemas de orientação de pontuação, como os desenvolvidos pela OMS. Em caso de alta prevalência, o objetivo é fornecer água potável com níveis de flúor que não causem efeitos adversos à saúde, buscando fontes alternativas de água em áreas com águas subterrâneas ricas em flúor, particularmente onde o consumo de água é alto devido a temperaturas elevadas; incentivar as mães a amamentar, mesmo em áreas com alta ingestão de flúor, já que o leite materno é ótimo para a saúde infantil e geralmente baixo em flúor.

Onde uma fonte alternativa não é uma opção, desfluoração da água para beber e cozinhar, usando métodos como adsorção de carvão ósseo, precipitação de contato, coagulação-floculação/sedimentação usando sulfato de alumínio (técnica de Nalgonda), adsorção de alumina ativada e argila.

Flúor abaixo do ideal: promovendo uma higiene oral ideal, com base no uso de creme dental fluoretado eficaz; orientações sobre a quantidade de creme dental fluoretado a ser utilizada e a concentração de flúor presente nela devem levar em consideração a idade do usuário (principalmente em crianças) e a exposição a outras fontes de flúor na comunidade.

Dieta saudável

De acordo com a OMS, uma nutrição adequada é fundamental para o crescimento saudável e o desenvolvimento cognitivo.

Uma dieta saudável e equilibrada é recomendada com não mais do que cinco colheres de chá de açúcar por dia para crianças e para adultos, não mais do que 10 colheres de chá.

Lanches e bebidas açucaradas devem ser evitados entre as refeições. Se necessário, escolha frutas inteiras ou alimentos e bebidas não cariogênicas, como queijo, iogurte, água ou leite para reduzir o risco de desenvolvimento de cárie dentária.



Medicações

Os profissionais de saúde devem tentar prescrever medicamentos sem açúcar, sempre que possível

Hábitos comportamentais

Não permita que bebês e crianças durmam com uma mamadeira com leite ou bebida açucarada.

A sucção do polegar e o uso de chupeta devem ser desincentivados, pois permitir que esses hábitos continuem levará a má oclusão, como dentes superiores proeminentes, mordida aberta anterior ou mordida cruzada posterior devido a uma maxila estreita, que são difíceis de corrigir.

Instruções de cuidados para o obturador/aparelho

As crianças nos grupos de 0-2 e 2-6 anos provavelmente usarão um aparelho ortopédico palatino maxilar, ou obturador, para cobrir a fissura labiopalatina e conseguirem comer e falar adequadamente. Esses aparelhos devem ser limpos duas vezes ao dia, todos os dias. Nas primeiras 48 horas após a instalação do aparelho, ele deve ser removido e limpo após cada refeição. Os pontos importantes a serem lembrados são:

- Após a remoção do aparelho oral maxilar, limpe-o com uma escova e água fervida resfriada para remover qualquer película ou detrito que tenha se formado para evitar o crescimento de microorganismos. A área sob a narina achatada deve ser limpa com uma haste flexível com ponta de algodão úmido.
- Consultar o profissional de saúde bucal responsável pelo tratamento se o aparelho estiver produzindo qualquer ulceração ou sangramento. Nesse caso, ele precisa ser ajustado. Aconselhar o uso de parafina branca macia nos lábios e tecidos moles quando necessário e na hora da alimentação.
- Os aparelhos obturadores devem ser inseridos com cuidado pelo cuidador: ligeiramente para o lado para fissura unilateral e reto para fissura bilateral.

COMO REALIZAR UMA BREVE INTERVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Objetivos de aprendizagem: Entender como fazer uma breve intervenção de saúde bucal

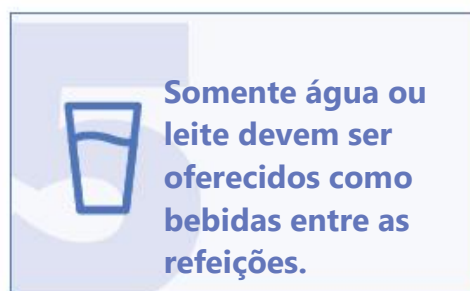
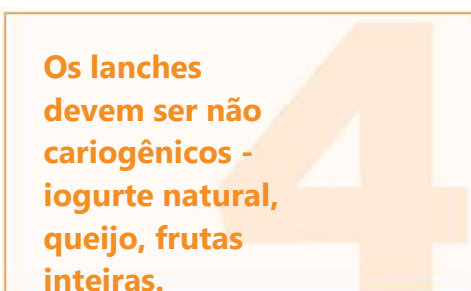
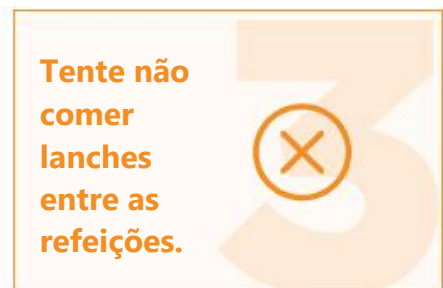
Como realizar uma breve intervenção para prevenir doenças orais

Cada consulta com o paciente é uma oportunidade para lembrar ao paciente e ao cuidador como prevenir doenças orais. Membros da equipe mais ampla de tratamento de fissuras podem ver seus pacientes regularmente e estar em uma posição ideal para fornecer uma intervenção breve que levará a uma melhoria da saúde oral com o tempo.

Isso deve levar menos de alguns minutos e começar com uma verificação de 'levantar o lábio', que abordaremos na próxima lição, para revisar rapidamente o estado de saúde bucal do paciente.

Como aprendemos em uma lição anterior, as doenças dentais, como cáries e doenças periodontais, são causadas por má higiene oral e excesso de açúcar na dieta.

1. Lembre o paciente ou cuidador de escovar duas vezes ao dia por dois minutos.
2. Lembre o paciente ou cuidador de usar um creme dental com flúor e cuspir, mas não enxaguar, o resíduo do creme dental.
3. Aconselhe o paciente ou cuidador a evitar lanches entre as refeições; se um lanche for necessário, troque qualquer coisa doce ou açucarada por itens que não causem cáries, como frutas inteiras, iogurte natural ou queijo e biscoitos.
4. Aconselhe o paciente ou cuidador a evitar bebidas doces ou açucaradas entre as refeições e a preferir água ou leite.
5. Pergunte ao paciente ou cuidador se ele visitou a equipe de saúde bucal recentemente e lembre-os de -os a marcar um check-up.



LEVANTAR O LÁBIO (LTL)

Objetivos de aprendizagem: Entender o que 'levantar o lábio' significa e por que é importante

Importância da saúde bucal e detecção precoce de patologia bucal

Pacientes que nascem com fissura podem ter qualidade de vida e bem-estar reduzidos como consequência de seus desafios de saúde oral. Além do maior risco de cáries na primeira infância, há um risco maior de outros problemas orais, como dentes supranumerários ou congênitos, e outras anomalias.

A pesquisa mostrou que a prevenção e a detecção precoce de patologias orais podem ajudar a manter a saúde bucal e evitar tratamentos complexos em uma idade jovem, incluindo procedimentos com anestesia geral em bebês.

A promoção e prevenção da saúde bucal são importantes. Por essas razões, é importante que os profissionais de saúde não bucal implementem o 'levantamento do lábio', bem como os pais e cuidadores que são responsáveis pelas crianças na idade em que a prevenção deve começar.

Os profissionais de saúde não bucal devem estar preparados para identificar fatores de risco para cáries na primeira infância e outros problemas de saúde bucal, e para fazer intervenções oportunas e eficazes e, quando necessário, um encaminhamento.

Levantar o Lábio (LTL)

A intervenção de LTL é rápida e fácil, promovendo um enfoque familiar na saúde oral e cuidados preventivos.

Geralmente é realizado em crianças menores de cinco anos, mas também pode ser aplicado em adolescentes.

O objetivo é avaliar os dentes frontais e identificar qualquer sinal de cárie dentária, já que esses locais específicos dos dentes estão mais implicados na cárie na primeira infância, mas também identificar doenças gengivais ou qualquer outra anormalidade.

A intervenção pode ser realizada por profissionais de saúde não-orais e também por cuidadores que devem ser incentivados a realizá-la em casa todos os meses.

Por meio dessa técnica, o profissional de saúde não oral deve, quando necessário, encaminhar o paciente à equipe de saúde oral por meio de formulário de encaminhamento simples.



LEVANTE O LÁBIO

DIRETRIZ PARA LEVANTAR O LÁBIO (LTL)

Objetivos de aprendizagem: Entender como usar a técnica LTL em cada faixa etária e quando encaminhar.

Diretriz

Um procedimento não invasivo e direto, a LTL pode ser realizada em qualquer ambiente. Não é um exame clínico completo ou um teste de diagnóstico; destina-se a ser completada em apenas alguns minutos.

É recomendada durante as visitas a partir dos seis meses de idade, como parte da avaliação geral de saúde.

Posicione o bebê deitado (a posição joelho com joelho é recomendada, com o cuidador ou pai e o profissional de saúde sentados frente a frente, próximos, mas sem se tocar).

Para crianças pequenas, a criança pode ser examinada sentada no colo de seus cuidadores em uma cadeira de frente para o profissional de saúde. Para crianças em idade pré-escolar, a criança pode deitar-se na mesa de exame ou sentar-se na frente dos pais, com a criança e os pais de frente para o profissional de saúde.

O uso de luvas médicas é recomendado para profissionais de saúde. O exame deve ser realizado em associação com uma breve intervenção de saúde bucal durante a consulta de saúde geral. A LTL deve ser um elemento de uma avaliação geral dos fatores de risco de cárie dentária.

É importante fornecer às famílias recursos de informações de LTL para levar para casa.

Aconselhe os cuidadores a:

- Levantar o lábio de seu filho regularmente para verificar os primeiros sinais de cárie;
- Escovar duas vezes ao dia, por 2 minutos, com creme dental com flúor desde a eclosão do primeiro dente, e para cuspir o creme dental, mas sem enxaguar o resíduo;
- Incentive escolhas saudáveis de alimentos e bebidas, sem adição de açúcar;
- Escolha água da torneira fluoretada para preparar os alimentos e como bebida de preferência;
- Visite seu profissional de saúde bucal regularmente.



O que pode ser detectado?

- Alterações de cor na superfície do dente, como manchas brancas ou marrons
- Cáries
- Dentes quebrados
- Gengivas inchadas ou sangrando
- Forma, superfície ou estrutura anormal do dente
- Placa dental
- Movimento anormal do lábio (cicatriz)

Vias de encaminhamento

Um elemento crucial para o sucesso da LTL é o estabelecimento de um caminho de encaminhamento eficaz. Em pacientes nascidos com fissura, recomendamos encaminhar se alguma anormalidade for observada.

As imagens abaixo ilustram exemplos que exigiriam um encaminhamento:



1) Linhas brancas ao longo da linha da gengiva:

Este sinal precoce de cárie pode ser reversível se tratado imediatamente. Um encaminhamento precoce é necessário, bem como uma breve intervenção de higiene oral.



2) Cárie estabelecida:

Manchas marrons que não desaparecem e cavidade óbvia: Encaminhamento necessário e fornecer uma breve intervenção sobre higiene oral.



3) Cárie avançada:

A estrutura do dente pode ser perdida ou pode haver abscesso dentário. Encaminhamento imediato ao profissional de saúde oral. Se a saúde geral estiver comprometida, considere primeiro o encaminhamento médico.

DIA 3

COMO REALIZAR UMA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA A SAÚDE BUCAL

Objetivos de aprendizagem: Entender como usar o guia de avaliação de risco para determinar rapidamente se o paciente está sob risco de doenças orais

Como realizar uma avaliação de risco

A avaliação de risco é uma ferramenta desenvolvida para avaliar o nível de risco de doença oral em pacientes com fissura. Deve ser realizada por profissionais de saúde da equipe assistencial em todas as faixas etárias e deve ser arquivada com o restante do histórico clínico do paciente.

Abrange uma série de fatores de risco que, quando presentes, por conta própria ou em combinação com outros fatores, aumentam a probabilidade de doença oral

Consiste em duas partes, a primeira é uma entrevista para entender os fatores de risco para doenças e a segunda seção é uma avaliação do LTL do estado de saúde bucal da criança.

Os fatores a serem analisados na avaliação rápida de risco são os seguintes:

- **Baixo status socioeconômico:** avaliar a situação socioeconômica durante a entrevista com os pais ou cuidadores.
- **Consumo frequente de açúcares na dieta:** cuidadores também precisam ser entrevistados sobre o estado nutricional da criança. Perguntar sobre as refeições e lanches que a criança fez na véspera é uma ferramenta útil para obter informações sobre o consumo de açúcar. Esse fator é crucial, pois está diretamente relacionado ao desenvolvimento de cáries.
- **Fatores de risco familiares:** O nível de escolaridade dos pais pode ser um preditor do estado de saúde oral da criança e espera-se que pais de crianças com baixa escolaridade tenham maior risco para doenças orais. Se possível, avalie o estado de saúde bucal dos irmãos que também podem estar em maior risco de desenvolver doenças orais.
- **Exposição ao flúor abaixo do ideal** perguntar aos pais sobre as práticas de saúde bucal da criança e avaliar o uso de pasta de dentes fluoretada, idealmente com 1000-1450 ppm de flúor. Uma exposição abaixo do ideal se aplica quando a criança não usa nenhum produto com flúor ou não tem acesso ideal à água de torneira com flúor.
- **Lesão de cárie ativa ou anterior:** Se quaisquer manchas brancas ou marrons forem observadas nos dentes da frente usando a técnica de LTL, observe qualquer sangramento ou gengiva inflamada.
- **Má higiene oral:** usar LTL para avaliar a presença de restos alimentares, biofilme ou placa dental nos dentes anteriores da criança.
- **Fluxo salivar reduzido ou pH salivar** Conforme mencionado nos capítulos anteriores, a saliva é um fator importante para a remineralização da superfície dentária. Uma maneira fácil de avaliar o fluxo salivar é por meio da inspeção visual da mucosa. Retraia o lábio inferior e seque a área com uma gaze, a área deve ser molhada novamente dentro de um minuto. Crianças desnutridas podem estar desidratadas e apresentar redução do fluxo salivar.

MANEJO DE CICATRIZES EM PESSOAS COM FISSURA LABIOPALATINA

Objetivos de aprendizagem: Participantes entenderão o impacto da cicatriz em pacientes com fissura, quais fatores influenciam a formação de cicatrizes e o manejo diário de uma cicatriz após a cirurgia.

Cicatrizes em pacientes com fissura labiopalatina

A cicatrização do reparo de fissura labiopalatina resulta em desfechos fibróticos tanto para o lábio quanto para o palato. Cicatrizes nessa situação podem ter uma série de consequências estéticas e funcionais.

Cicatrizes hipertróficas podem ser comuns após o reparo da fissura labiopalatina.

Cicatrizes de reparo de fissura labiopalatina podem causar assimetria labial, pois a cicatriz se contrai causando um lábio encurtado e deformidade nasal no lado afetado. Essa cicatriz pode exigir uma revisão cirúrgica adicional para restaurar a estética e a função normais, o que causa estresse psicológico, risco associado a cirurgias adicionais e exposição à anestesia, e aumento significativo do custo do tratamento.

Fatores que influenciam a formação de cicatrizes

- A profundidade da lesão, o grau de destruição tecidual e a introdução de patógenos: para que a cicatriz ocorra, a lesão deve envolver a derme, e as formas patológicas de cicatrização de feridas são mais prováveis de ocorrer se a lesão envolver um terço inferior da derme ou associado à infecção.
- A localização da ferida afetando as variações das forças mecânicas através da pele em diferentes locais anatômicos, tais como: no rosto, as linhas de tensão surgem das interações entre a pele e os músculos subjacentes da expressão facial; feridas que cruzam uma linha de tensão vivenciam maior força perpendicular e devem responder com maior deposição de colágeno para manter a pele unida, resultando em uma cicatriz maior.
- Dados demográficos dos pacientes: observou-se que indivíduos de pele mais escura e mais jovens apresentam maior risco de cicatrização patológica, com cicatrizes hipertróficas e queloides, embora os mecanismos causais que explicam esses riscos não sejam bem conhecidos.



Queloides e cicatrizes hipertróficas

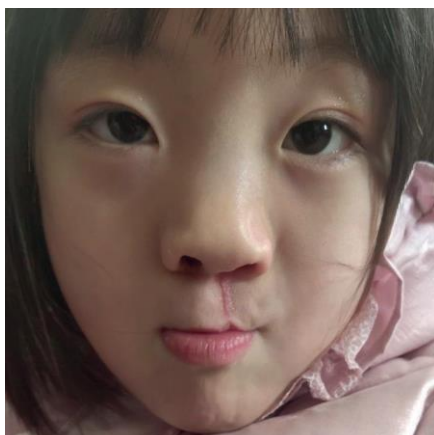
Na pele, cicatrizes patológicas como cicatrizes hipertróficas e queloides podem ser feias, doloridas e coçarem. Por definição, os dois tipos de cicatriz ficam acima do nível da pele e são o resultado de feridas com fibrose excessiva. Embora as cicatrizes hipertróficas não se estendam além do local inicial da lesão, queloides normalmente se projetam além das margens da ferida original.

A diferenciação clínica entre cicatrizes hipertróficas e queloides pode ser problemática. Uma única lesão pode produzir regiões de cicatrizes normais e anormais que regridem ou progridem com o tempo. A identificação incorreta do tipo de cicatriz pode resultar no manejo inadequado da formação da cicatriz patológica e, ocasionalmente, contribuir para a tomada de decisão inadequada relacionada à cirurgia eletiva ou estética.

Infelizmente, essas cirurgias representam uma segunda lesão que pode ter cicatrizações patológicas repetidas em alguns indivíduos.



CICATRIZAÇÃO COM QUELOIDE



CICATRIZAÇÃO HIPERTRÓFICA



CICATRIZAÇÃO NORMAL

Cuidados pós-operatórios e manejo de cicatrizes

Os primeiros três meses após a cirurgia são o momento em que a remodelação atinge seu pico durante o processo normal de cicatrização de uma ferida. Embora as incisões operatórias projetadas e executadas mais adequadamente continuem a cicatrizar sem impedimentos significativos, as incisões destinadas à resposta hipertrófica começarão a se revelar durante este período. Portanto, um exame clínico mensal da cicatriz é razoável.

Os pacientes devem ser incentivados a continuar tratando a ferida com esparadrapo (camada tripla, uma sobre a outra). Além disso, cada paciente deve ser aconselhado a retornar à clínica antes da consulta clínica marcada se a ferida estiver começando a parecer “carnuda” ou “incômoda”, por exemplo, se começar a subir acima do nível da pele ou coçar consideravelmente. Durante esse período, a cicatriz pode sofrer resposta hipertrófica, leve ou severa.

Terapias atuais para cicatrizes

Muitas abordagens terapêuticas diferentes foram desenvolvidas para minimizar a aparência e o impacto funcional das cicatrizes. As terapias administradas no momento do ferimento incluem curativos, fitas e folhas de silicone projetadas para reduzir a tensão na ferida e nas linhas de sutura. Além disso, se houver um aumento do tecido acima do nível normal da pele, a terapia de compressão é recomendada. Isso reduz a vascularização da cicatriz e ajuda a controlar a hipertrofia.

É de fundamental importância não esquecer que além da hipertrofia da cicatriz, devemos cuidar do grau de retração. Sugere-se que a cicatriz seja massageada regularmente desde a columela até a borda vermelha, três a cinco vezes por dia. A frequência deve diminuir à medida que a cicatriz ganha flexibilidade.

QUALIDADE DE VIDA E FISSURAS

Objetivos de aprendizagem: Participantes entenderão o impacto da fissura na qualidade de vida, bem como nos fatores econômicos

Definição de qualidade de vida:

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a percepção de um indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores na qual vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo, afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e sua relação com características salientes de seu ambiente.

O que a torna desafiadora para medir é que, embora o termo 'qualidade de vida' seja amplamente compreendido, indivíduos e grupos podem defini-lo de maneiras diferentes. Embora a saúde seja um dos domínios importantes da qualidade de vida geral, existem outros domínios - por exemplo, empregos, moradia, escolas, vizinhança. Aspectos de cultura, valores e espiritualidade também são domínios-chave da qualidade de vida geral que aumentam a complexidade de sua medição.

Definição de saúde

A saúde é definida pela OMS como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Uma saúde melhor é fundamental para a felicidade e o bem-estar humanos, enquanto uma saúde precária tem efeitos prejudiciais tanto no nível individual quanto na sociedade.

Como as populações saudáveis vivem mais, são mais produtivas e economizam mais, boa saúde também é uma contribuição importante para o progresso econômico. Muitos fatores influenciam o estado de saúde e a capacidade de um país de fornecer um serviço de saúde de boa qualidade para sua população.

Existem cinco aspectos principais da saúde pessoal: físico, emocional, social, espiritual e intelectual.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são o diagrama das Nações Unidas para um futuro melhor e mais sustentável para todos. Eles abordam os desafios globais que enfrentamos, incluindo pobreza, desigualdade, mudança climática, degradação ambiental, paz e justiça. Um de seus objetivos é garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

O trabalho do UNICEF, o fundo das Nações Unidas para a infância, está estruturado em torno de cinco áreas abrangentes de bem-estar para todas as crianças, baseadas na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Essas cinco áreas são:

- toda criança sobrevive e prospera;
- toda criança aprende;
- toda criança é protegida da violência e da exploração;
- toda criança vive em um ambiente seguro e limpo;
- toda criança tem uma chance justa na vida.

Esta abordagem baseada nos direitos humanos busca uma visão de realização dos direitos de todas as crianças, especialmente das mais desfavorecidas e responde ao apelo de "nenhuma criança deixada para trás", para que os direitos de todas as crianças, em todos os lugares, sejam atendidos.

Saúde bucal

A FDI World Dental Federation define saúde bucal como:

A saúde bucal é multifacetada e inclui a habilidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma gama de emoções por meio de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial.

As doenças orais são as doenças crônicas mais comuns e são importantes problemas de saúde pública devido à sua prevalência, ao seu impacto nos indivíduos e na sociedade e aos custos com seu tratamento.

O Estudo Global da Carga de Doenças Orais de 2013 estimou que as doenças orais afetam 3,5 bilhões de pessoas em todo o mundo, com a cárie dentária não tratada entre as doenças não transmissíveis (DNT) mais prevalentes. Um estudo subsequente examinou o custo global. A maioria das doenças e condições orais compartilham fatores de risco modificáveis com as quatro DNTs mais significativas, incluindo doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Esses fatores de risco incluem o uso de tabaco, consumo de álcool e dietas pouco saudáveis com alto teor de açúcares livres. Todos estão crescendo a nível global.

Custos do tratamento cirúrgico da fissura

Um estudo de Galloway et al. (2017) estimaram o custo comparativo do tratamento da fissura incorporando intervenção cirúrgica, terapia fonoaudiológica (TF), ortodontia e cirurgia ortognática.

Em países de alta renda, onde a provisão estatal ou seguro saúde estatal é a fonte mais comum de financiamento, o custo direto total médio do tratamento da fissura é de USD 10.000 a USD 13.000, enquanto em ambientes de baixa renda, onde pacientes e organizações de caridade financiam o tratamento, o custo é de USD 3.000 a 5.000. Mais pesquisas e dados mais completos são necessários para estudar as diferenças de custo para que os pacientes e suas famílias tenham uma compreensão das implicações financeiras da fissura ao longo da vida, onde os custos não são cobertos pelo estado ou pelo plano de saúde.

Fatores de risco

O diferencial no estado de saúde bucal é multifatorial, variando de fatores sociais, ambientais, biológicos, comportamentais e culturais a fatores econômicos e políticos. Acesso limitado a serviços de saúde bucal, sistemas complicados de saúde bucal, falta de material informativo sobre saúde bucal e aprendizado em saúde bucal também desempenham um papel.

Essas diferenças surgem em decorrência de fatores em grande parte fora do controle dos grupos populacionais, como acesso a serviços odontológicos e exposição diferenciada a aspectos não saudáveis de ambientes sociais. Um fator comum subjacente a essas desigualdades é a hierarquia social. A posição socioeconômica influencia a exposição e a resposta a praticamente todos os fatores de risco ambientais, comportamentais e psicossociais. Quanto mais íngreme a hierarquia social, maior a magnitude das desigualdades em saúde.

A principal prioridade das intervenções de saúde bucal deve ser colaborativa, possibilitando políticas sustentadas por pesquisas que abordem os principais determinantes das doenças orais e os fatores de risco modificáveis e compartilhados descritos acima.

Um estudo entre adultos de 18 a 64 anos relatou que previdência social e seguro saúde, baixos níveis de alfabetização, autocuidado odontológico ou sua ausência e outros aspectos comportamentais, como alto consumo de tabaco, foram os principais fatores de risco para doenças periodontais e outras doenças bucais entre grupos de status socioeconômico equivalente.

Desafios associados aos efeitos das fissuras

A estética pode ser uma preocupação para crianças com fissura. Quase 50% dos pais de crianças pré-adolescentes com fissura orofacial indicaram que seus filhos expressaram preocupação com a aparência.

Um estudo realizado na Índia comparou as respostas de jovens em duas categorias: um grupo com fissura pré-adolescente e um grupo com fissura adolescente. Usando um 'Questionário de Impacto Psicossocial da Estética Dental' (PIDAQ), os pesquisadores descobriram que o último teve uma pontuação mais negativa em termos de autoconfiança dentária e impacto social. Eles concluíram que as percepções da estética dos dentes anteriores são um fator crucial que influencia a autoconfiança psicológica, a confiança social e a necessidade de tratamento de pacientes com fissura e sem fissura. Isso se torna mais relevante à medida que o paciente amadurece em direção à adolescência e à idade adulta.

Para pacientes com fissura, a estética dental pode ser influenciada pela hipodontia (falta de dentes), afetando geralmente os incisivos laterais superiores, dentes apinhados e irregulares, má oclusão ou cárie de primeira infância (CPI).

Os pacientes com fissura apresentam problemas anatômicos, fisiológicos, patológicos e psicossociais complexos e multissistêmicos. Esses incluem estética, alimentação, atrasos de fala e linguagem, anomalias dentárias, otites, problemas psicossociais, como estigmatização e qualidade de vida reduzida.



IMPLEMENTANDO O PROTOCOLO DE QUALIDADE E SEGURANÇA FDI/SMILE TRAIN

Objetivos de aprendizagem:

Compreender:

- Como usar o Protocolo de Segurança e Qualidade de Procedimentos Odontológicos FDI/ST
- A importância da garantia de qualidade
- Estratégias para implementação de garantia de qualidade

Como realizar avaliação periódica da qualidade do cuidado

Por que a qualidade é importante na saúde bucal?

- Ao manter a qualidade dos cuidados de saúde prestados e aderir aos exames de saúde recomendados, a equipe de atendimento à fissura pode melhorar a saúde do paciente e alcançar melhores desfechos de saúde, por exemplo, menos horas de aula perdidas devido a dores dentais.
- Ao melhorar a eficiência dos processos clínicos e de manejo, as organizações reduzem os custos associados a erros, desperdício de materiais e redundância.
- Processos proativos que reconhecem e resolvem problemas antes que eles ocorram garantem que a saúde seja confiável e previsível.

Uma cultura de melhoria frequentemente se desenvolve em uma organização que está comprometida com a qualidade, porque os erros são relatados e corrigidos.

- O compromisso com a qualidade ilumina positivamente uma organização, o que pode resultar em um aumento das oportunidades de parceria e financiamento.

A abordagem da qualidade

A abordagem de qualidade é definida pela OMS como:



abordagem que deve permitir garantir a cada paciente a combinação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que lhe assegurem o melhor resultado de saúde possível, de acordo com o estado da ciência médica atual.

Isso significa que todos os profissionais de saúde devem implementar processos recorrentes, reproduzíveis e até “mensuráveis” que garantam a qualidade e a segurança de suas intervenções: isso é garantia de qualidade.

Garantia de qualidade (GQ) vs. melhoria de qualidade (MQ)

A garantia de qualidade (GQ) envolve o desenvolvimento de um conjunto de padrões e o processo de comparação dos padrões atuais com os padrões recomendados.

Se os padrões forem atendidos, os serviços serão considerados de qualidade adequada. Se lacunas forem identificadas, planos para corrigi-las são desenvolvidos para resolver o problema.

A melhoria da qualidade (MQ) consiste em ações sistemáticas e contínuas que levam a melhorias mensuráveis nos serviços de saúde e no estado de saúde de grupos de pacientes-alvo.

Como definimos qualidade em saúde bucal?

Uma das definições mais comumente utilizadas para qualidade em saúde é pelo Institute of Medicine (IOM) e consiste em seis domínios: segurança do paciente, rapidez, voltado ao paciente, imparcialidade, eficiência e eficácia.



<p>Segurança do paciente</p>	<p>Para ser considerada segura, a saúde bucal deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar, mitigar ou minimizar eventos adversos. • Defender uma cultura livre de culpas para facilitar a melhoria da qualidade. • Aprender com os incidentes de segurança para melhorar a qualidade do atendimento. • Declarar padrões mínimos de segurança.
<p>Oportunidade</p>	<p>Para ser considerada imparcial, a saúde bucal deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar atrasos desnecessários no acesso e utilização dos cuidados. • Implementar coordenação de cuidados entre provedores de saúde e instituições. • Priorizar a prevenção; evitar o uso precoce de tratamentos restauradores e outros.
<p>Voltada ao paciente</p>	<p>Para ser considerada voltada ao paciente, a saúde bucal deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respeitar e atender às preferências, necessidades, valores, medos, preocupações e/ou culturas de cada paciente. • Seguir um modelo de tomada de decisão compartilhada ao tomar decisões clínicas. Para ganhar a confiança do paciente, o profissional de saúde bucal deve se comunicar e ouvir o paciente e, em seguida, informar, educar e orientar o paciente para garantir que os valores do paciente moldem todas as decisões clínicas.
<p>Imparcialidade</p>	<p>Para ser considerada imparcial, a saúde bucal deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não variar em qualidade e disponibilidade devido ao gênero, etnia, contexto cultural, religião e crença, localização geográfica e/ou status socioeconômico. • Abordar as desigualdades no projeto, planejamento e comissionamento de serviços de saúde bucal. • Incorporar equitabilidade na concepção de diretrizes de política e prática clínica.
<p>Eficiência</p>	<p>Para ser considerada eficaz, a saúde oral deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a prevenção • Concentrar-se nas necessidades de saúde bucal dos pacientes como base central para o planejamento de recursos e força de trabalho. • Faça parte integrante da medicina e desestime a divisão médico-odontológica.
<p>Eficácia</p>	<p>Para ser considerada eficiente, a saúde oral deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar informada pelas diretrizes e evidências científicas mais recentes disponíveis. • Ser fornecida aos pacientes que se beneficiarão com o atendimento • Buscar minimizar os danos

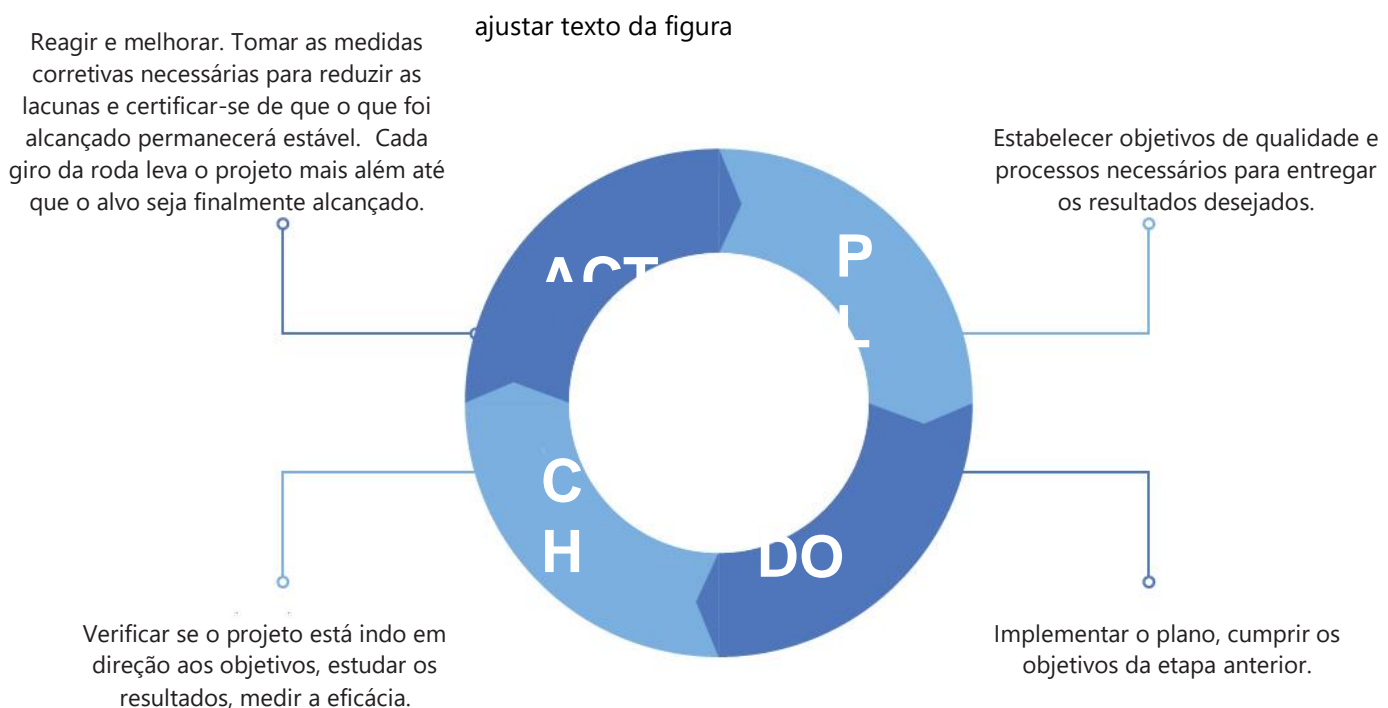
Por que precisamos de uma abordagem de qualidade?

Uma abordagem de qualidade na área de saúde é imperativa e refletida em diversas legislações:

- Contexto legal e regulamentar: a qualidade na saúde é regida por um conjunto de leis e regulamentos em vigor em cada país.
- Regulamentos administrativos: todos os médicos devem ser devidamente treinados e registrados para exercer a prática no país escolhido e permanecer dentro do "escopo da prática" definido pela legislação. Existem muitas outras regulamentações administrativas, ou seja, a obrigação de contratar seguro de responsabilidade civil ou vários outros tipos de seguro.
- Regulamentações sanitárias e recomendações de boas práticas: medidas específicas para a segurança do paciente, definidas por leis e regulamentos sob o controle das autoridades sanitárias do país, ou seja, regulamentos sobre radiação ionizante.
- Regulamentações éticas: ao contrário dos negócios, os consultórios odontológicos e os centros de saúde têm uma responsabilidade pelo bem-estar do paciente. Isso é sustentado por um código de ética que especifica o que pode e o que não pode ser feito. Um órgão oficial, na maioria das vezes o conselho médico ou odontológico, é responsável por garantir que essas regras éticas de confidencialidade e segurança do paciente sejam respeitadas.
- Legislação trabalhista: as regras da legislação trabalhista estabelecidas na legislação nacional se aplicam aos funcionários, de modo que os profissionais precisam estar familiarizados com elas.

Implementando melhoria de qualidade

A implementação de novos procedimentos para cumprir os padrões de qualidade em saúde, como a Organização de Nível de Sistemas FDI/ST, deve ser testada e validada, geralmente por meio de um ciclo de quatro fases de planejamento, execução, estudo e ação - o ciclo PDCA:



Etapas para implementar a melhoria da qualidade

Etapas	Dúvidas e recomendações
Identifique e avalie o problema Identifique objetivos específicos	Qual problema você deseja resolver? Que medida de resultado mostrará que o problema foi resolvido?
Produzir uma descrição escrita das funções e responsabilidades de cada membro da equipe odontológica para atingir o objetivo	Quem está mais bem posicionado para ser o campeão e o líder do projeto? Quem tem o conhecimento clínico e as habilidades de liderança para atuar como líder de projeto? Quais membros da equipe participarão do núcleo colaborativo e trabalharão proativamente para melhorar a qualidade?
Ensino e treinamento da equipe para implementar a medida de MQ	Treinar toda a equipe no novo método adotado para resolver o problema ou melhorar o sistema
Estabelecer um grupo de teste que implementará a medida de MQ	O grupo de teste realiza uma avaliação do novo sistema com todos os membros da equipe odontológica.
Implementação de medida de MQ	Implementar mudanças em pequenas etapas gerenciáveis para permitir avaliação e revisão contínuas. Implementar mudanças em pequenas etapas gerenciáveis para permitir avaliação e revisão contínuas.
Verificação e avaliação de resultados	Revisão do primeiro ciclo de implementação para revisar o processo e fazer os ajustes necessários
Repetição do processo de melhoria da qualidade e identificação de novos objetivos, se necessário.	O processo de melhoria deve ter tempo adequado para ser bem sucedido. É importante fazer uma revisão a longo prazo para garantir que o novo hábito e processo tornou-se parte da rotina diária.

Monitoramento e avaliação

A melhoria da qualidade é um processo contínuo e é importante criar uma cultura em sua clínica onde a equipe possa fazer sugestões abertamente para melhorar o atendimento ao paciente, procedimentos ou sistemas. O líder da equipe deve usar o Protocolo de Segurança e Qualidade de Procedimentos Odontológicos da FDI/ST como base para garantir os padrões mínimos de segurança, cuidado e higiene e continuar a desenvolver este recurso para melhorar continuamente os padrões que você fornece.

O monitoramento e a avaliação devem ser realizados rotineiramente, à medida que novas medidas de melhoria da qualidade são introduzidas. Essa responsabilidade deve ser atribuída a uma pessoa, geralmente o gerente clínico.

