

REVISTA N.º 22

Vida Boa

Julho/Dezembro 2006

Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública

Semestral

ISSN 1646-4842



A Promoção da Saúde Oral

Índice

Editorial- - - - -	2
Gripe - - - - -	3
Madeira comemorou o Dia Mundial do Coração- - - - -	6
Promover o autocuidado no diabético...uma tarefa de todos!!! - -	9
Prevenção da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/SIDA)- - - - -	12

Caderno

Os dentes e constituição dentária - - - - -	16
Tipos de dentição - - - - -	18
Lesões e prevenção da estrutura dentária - - - - -	21
Doenças orais - - - - -	23
Prevenção das doenças orais - -	26
A técnica de escovagem e o uso do fio dentário - - - - -	28
A posição dentária e a articulação das palavras - - -	30
Ortodontia- - - - -	32

Ortodontia no adulto - - - - -	35
Nutrição e os dentes - - - - -	37

Editorial

Susana Bazenga

A Saúde Oral da população merece especial destaque no caderno desta revista pois as doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas da saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.

Os ganhos em saúde oral dependem de acções de prevenção primária e da correcção das carências de tratamento das cáries. Uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária impõe-se. A estratégia a ser utilizada terá que ser a 3 níveis: Promoção da Saúde Oral no contexto familiar e escolar; prevenção das doenças orais; diagnóstico precoce e tratamento dentário. É também importante sensibilizar a população para adopção de boas práticas alimentares e de higiene oral.

A OMS aponta para 2020, metas para a saúde oral que exigem um reforço das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados. Dispomos hoje de recursos humanos suficientes para prevenir e tratar as doenças orais e parcerias motivadas para

a implementação das acções.

O Plano de Saúde Regional 2004-2010 contempla também a Saúde Oral pois estabelece como meta que até 2010, 50% das crianças do ensino pré-escolar e do ensino básico deverá estar livre de cárie dentária. As intervenções estratégicas contemplam o alargamento do Programa de Saúde Oral a todas as crianças integradas nos níveis de ensino referidos, cuidados médicos para tratamento da cárie na população alvo do programa; formação em saúde oral dirigida aos profissionais de saúde, educadores e professores; divulgação de programas de prevenção em saúde oral e promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Nos planos curriculares das escolas e jardins - de - infância, deve ser promovida e apoiada a integração de actividades do Programa de Saúde Oral, numa abordagem holística da saúde.

Os programas de Educação para a Saúde têm por objectivo capacitar as pessoas a tomarem decisões no seu quotidiano, que se revelem as mais adequadas para manter ou alargar o seu potencial de saúde. No entanto a mudança de comportamentos não é fácil, depende de factores sociais, culturais e familiares, entre muitos outros, e não apenas do conhecimento que as pessoas possuam sobre determinada matéria. Por esta razão se deverá continuar a investir na Promoção da Saúde Oral.

Aprendendo sobre gripe com lições do passado

*Ana Clara Silva

Breves considerações sobre a gripe sazonal quando se passam 50 anos após a pandemia de Gripe Asiática.

B Gripe continua a ser, para o comum dos cidadãos e também para muitos Profissionais de Saúde, uma doença banal e sem grande importância.

No entanto se analisarmos alguns factos históricos sobre a doença ao longo dos séculos e os dados epidemiológicos actuais sobre a morbilidade e mortalidade a ela associada a ideia de banalidade desvanece-se. Em compensação, todos sabemos que é uma doença que pode ser prevenida.

O primeiro caso de Gripe Asiática surgiu em Fevereiro de 1957, no Norte da China e, o primeiro isolamento do vírus responsável por esse surto foi realizado em Pequim. A gripe asiática, na história das pandemias de gripe é a primeira a acontecer após o isolamento do vírus da gripe em 1933 e no qual se isolou o subtipo H0N1.

Da China, a epidemia passou, em meados de Abril, a Hong-Kong, à altura território inglês, e Singapura, de onde se propagou para a Índia e Austrália. Durante os meses de Maio e Junho o vírus disseminou-se por todo o Oriente. Em Julho e Agosto alastrou-se a África, atingindo a Europa nos meses seguintes e os Estados Unidos em Outubro/Novembro. O vírus deu assim, a volta ao mundo em menos de 10 meses.

Dois factores importantes determinaram a rápida propagação desta pandemia:

- A rapidez dos transportes e o aumento das viagens internacionais;
- O vírus sofreu a mais importante variação antigénica ou seja o vírus H2N2 responsável por esta pandemia, não tem nada a ver com o vírus descoberto no período de 1946-1949, o



Emergency hospital, Camp Funston, Kansas 1918
Courtesy of National Museum of Health and Medicine

H1N1.

A Gripe Asiática de 1957 entrou em Portugal por mar, através dos passageiros do navio Moçambique, vindo dos portos de África, onde a gripe se alastrava e que desembarcaram em Lisboa no dia 7 de Agosto. Só em fins de Setembro a doença adquiriu carácter epidémico, atingindo o seu máximo em Outubro.

Da análise dos achados do passado e do conhecimento que advém dos preparativos que têm vindo a ser desenvolvidos para enfrentar uma eventual pandemia, que se prevê vir a acontecer só não sabemos quando, dispomos actualmente de melhor informação sobre a gripe sazonal e como tal, também se admite que o cumprimento de um conjunto de medidas de ordem individual e colectiva podem marcar toda a diferença no controle dos casos individuais e na prevenção da propagação dos mesmos.

OS SINAIS E SINTOMAS

A gripe tem um período de incubação pequeno (o chamado período de choca) o que quer dizer que entre o contágio e o aparecimento dos sinais e sintomas apenas medeiam dois dias. O quadro clínico da gripe e que resulta da infecção viral surge de forma repentina e o mais típico, normalmente inclui:

- Febre elevada (38º-39º C) e cefaleias (dores de cabeça);
- Mialgias (dores musculares) nos membros superiores e/ou músculos dorsais e lombares;
- Artralgias (dores articulares);
- Ardor faríngeo, rinorreia serosa (secreção nasal aquosa) e tosse seca;
- Prostração e anorexia (falta de apetite).

Na maioria da população que é infectada pelo vírus Influenza os sinais e sintomas referidos anteriormente são os que predominam. A infecção fica assim limitada à parte superior do aparelho respiratório e evolui de uma forma benigna. De um modo geral, na gripe não complicada, este quadro tem uma duração de três a cinco dias e a maioria dos doentes está totalmente recuperada ao fim de uma semana. No entanto podem surgir complicações como: Pneumonia viral e Pneumonia bacteriana, agravamento de doenças

crónicas cardíacas e respiratórias, infecção a nível do tecido cardíaco e inclusive morte.

PREVENÇÃO

A gripe é uma doença que, tal como outras doenças virais, pode e deve ser prevenida na medida em que não existe, um tratamento

específico que se revele totalmente satisfatório. A forma mais eficaz de prevenção é a vacinação. A vacina deve ser administrada anualmente preferencialmente em Outubro, podendo, no entanto, ser administrada durante todo o Outono/Inverno. A vacinação está fortemente indicada nos seguintes grupos de pessoas:

- Pessoas com 65 ou mais anos de idade, particularmente se residentes em lares ou outras instituições;

- Pessoas residentes ou com internamentos prolongados em instituições prestadoras de cuidados de saúde ou portadores de deficiência em regime de internato em centros de reabilitação;

- Doentes crónicos que sofram das seguintes patologias: doenças crónicas cardíacas, renais, hepáticas ou pulmonares (incluindo asma); diabetes mellitus ou outras doenças metabólicas e ainda situações de doença em que há uma forte diminuição da imunidade.

Também as pessoas que podem transmitir o vírus a outras

consideradas de alto risco como o pessoal dos serviços de saúde e de outros serviços com contacto directo com pessoas em risco devem ser vacinadas.

Para além da vacinação outras medidas devem ser adoptadas como reforço da prevenção e do controle dos casos de gripe, entre essas destacam-se:



- Deve-se evitar o contacto com pessoas com gripe;

- Se estiver com gripe deve igualmente evitar o contacto com outras pessoas para não as contagiar;

- Em caso de estar com gripe, se possível, deve permanecer em casa, não apenas para não ir trabalhar ou não ir à escola, mas deve evitar também algumas saídas errantes ou saídas para compras, por exemplo, reduzindo assim a probabilidade de contaminar outras pessoas;

- Deve cobrir a boca e o nariz com um lenço, de preferência de papel, quando espirra ou tosse. Deve colocar os lenços de papel em saco fechado no lixo. Caso não tenha lenços disponíveis coloque o ante braço junto do nariz e boca durante o acto de tossir ou espirrar e nunca as mãos. Está assim a reduzir a possibilidade de tocar nos objectos à sua volta com as mãos contaminadas pelas gotículas de saliva ou secreção nasal que eliminou;

- Deve lavar frequentemente as mãos. Sobretudo após os acessos de tosse e espirros antes das refeições e depois de usar a casa de banho.

E por fim e acima de tudo fortaleça o seu organismo, tornando-o mais resistente às infecções, adoptando as seguintes medidas:

- Durma o suficiente para recuperar energias;
- Mantenha-se fisicamente activo;
- Faça uma gestão eficaz dos factores de

stress que identifica na sua vida;

- Pratique uma alimentação saudável (cumpra pelo menos as regras essenciais: faça 6 refeições diárias, aumente o consumo de vegetais e fruta, reduza o sal, as gorduras e o açúcar e beba 1,5l a 2 l de água por dia).

BIBLIOGRAFIA;

Direcção Geral da Saúde, Microsite da Gripe, Documentos e Publicações - Textos da autoria de Graça Freitas e Helena Rebelo de Andrade - Gripe, (DGS), 2002:1-20

(<http://www.dgs.pt/>)

Centres for Disease Control and Prevention (US) Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2006; 55(RR-10):1-42

(<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5510a1.htm>)

Department of Health (UK) The influenza immunization programme 2006/2007. June 2006, (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/6>

8/16/04136816.pdf)

World Health Organization. Influenza fact sheet. WER 2003;78 (11): 77-80

(<http://www.who.int/wer/2003/en/wer7811.pdf>)



Madeira comemorou o Dia Mundial do coração

* António Almada Cardoso

QUE IDADE TEM O SEU CORAÇÃO?

A Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública (DRSP) comemorou o Dia Mundial do Coração, no passado dia 24, de Setembro em parceria com a Associação Madeira Desporto para Todos e no âmbito do Programa Regional de Prevenção das Doenças Cardiovasculares (Plano de Saúde da RAM 2004-2010).

O grupo coordenador deste programa, apoiado na Direcção de Serviços de Promoção e Educação para a Saúde, da DRSP, não quis deixar passar esta oportunidade visto o slogan escolhido (Que idade tem o seu Coração?) inserir-se no combate à **inactividade física**, o factor de risco das doenças cardiovasculares que, em conformidade com o cronograma de actividades do Grupo de Trabalho Regional, estava programado como tema a ser abordado no 2º semestre de 2006.

“Parecer o mais jovem possível é quase uma obsessão, mas deveríamos pensar mais na idade dos nossos corações”, declarou o Professor Valentim Fuster, Presidente da Federação Mundial de Cardiologia (World Heart Federation) – que integra 189 membros (sociedades de cardiologia e fundações do coração) de mais de 100 países - por ocasião do Dia Mundial do Coração, celebrado no passado dia 24 de Setembro. E concluiu que “se fizéssemos o mesmo esforço para manter jovens os nossos corações, assistiríamos uma diminuição drástica no número de mortes prematuras anuais por doenças de coração e por acidentes vasculares cerebrais”.

A dieta pouco saudável, a inactividade física e o consumo de tabaco são importantes factores de risco das doenças cardiovasculares. O seu controlo desacelera o envelhecimento do coração e dos vasos, prevenindo os ataques de coração e os acidentes vasculares cerebrais. Ambos são os maiores “assassinos” mundiais porque ceifam 17,5

milhões de vidas por ano, muitas delas na idade mais activa e em populações de baixos e médios rendimentos (80 %).

Uma dieta com poucas calorias e nutricionalmente equilibrada surge agora associada a uma desaceleração do processo de envelhecimento do coração. O exercício físico também é importante ao reduzir o risco (probabilidade) de acidente vascular cerebral em 25 % e de doença coronária em 40 %. Verificou-se mesmo que os corações dos atletas veteranos, com idades dos 50 aos 70 anos, são tão fortes e saudáveis como o coração de um jovem inactivo de 20 anos.

A falta de actividade física contribui significativamente para o envelhecimento do coração porque leva à obesidade, à diabetes e à hipertensão arterial. O coração é um músculo que necessita de exercício regular para bombear eficientemente o sangue suficiente em cada batimento do coração. A actividade física regular, com o seu enorme impacto na melhoria dos factores de risco associados, desacelera o estreitamento das artérias que se dirigem do coração e ao cérebro, encoraja o corpo a utilizar a gordura acumulada em excesso, ajuda a reduzir a tensão arterial alta, melhora os níveis de colesterol (aumentando os níveis do Colesterol - HDL) e pode normalizar os níveis de glucose no sangue.

Para manter um coração jovem durante toda a vida é crucial manter o equilíbrio da quantidade de calorias ingeridas e a das calorias gastas de forma a evitar o excesso de peso e a obesidade. Por isso, recomenda-se que todos os adultos efectuem diariamente 30 minutos de marcha rápida e ingiram abundantemente frutos e vegetais, cereais inteiros, carne magra, peixe e legumes, numa dieta equilibrada e variada.

Fumar é outro dos factores de risco importantes a controlar. Os fumadores não só põem a sua vida

em risco, mas também as vidas dos que os rodeiam porque o fumo passivo aumenta o risco de morte coronária nos não fumadores em 70 %. Deixar de fumar ajudará a manter o coração jovem, uma vez que o consumo de tabaco em qualquer quantidade aumenta os níveis de colesterol total no sangue, os níveis do colesterol de baixa densidade (“mau” colesterol), a capacidade do sangue em coagular e a probabilidade de oclusão súbita de uma artéria.

“Nunca é tarde demais para começar uma vida saudável. O controlo dos grandes factores de risco cardiovasculares pode prevenir a doença de coração e o acidente vascular cerebral e

consequentemente o impacto do envelhecimento no coração” opinou na mesma ocasião o Professor Sidney Smith, Universidade da Carolina do Norte e Presidente do Conselho Científico da mesma Federação.

Foi nesta linha de actuação que a Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública em parceria com a Associação Madeira Desporto para Todos (AMDpT) e o Instituto de Desporto da RAM organizou diversas actividades no passado dia 24 de Setembro conforme se pode visualizar no quadro abaixo:

Programa de actividades no âmbito das comemorações do Dia Mundial do Coração

Concelho	Hora	Actividade	Promotor	Local
Funchal	9h30	Concentração/Avaliações	AMDpT/DRPSP	Jardins Almirante Reis/Junto ao Teleférico
	10h00	Marcha/Caminhada		Passeio Sul Avenida do Mar
	10h30	Aula de Fitness		Parque de Contentores
Ponta do Sol	9h30	Concentração/Avaliações	CTM Ponta do Sol	Pavilhão da Ponta do Sol
	10h00	Ginástica de Manutenção		
	10h30	Caminhada		
Santa Cruz	10h00	Caminhada	C M Santa Cruz	Promenade de Santa Cruz
Machico	10h00	Machico a Mexer - Caminhada	C M Machico	Promenade de Machico
Santana	10h00	Caminhada	CDR Santanense	Pico das Pedras / Queimadas
Câmara de Lobos	10h/12h	Prática de Canoagem livre Baptismo de Jet-ski	C M Câmara de Lobos	Baia de Câmara de Lobos
Calheta	10h00	Actividades Lúdicas	C M Calheta	Praia da Calheta
Ribeira Brava	10h00	Passeio Saúde e Amizade	ADC Campanário	Ribeira Brava

A grandeza desta iniciativa que se traduziu pela participação das várias comunidades, em 8 Concelhos dos 11 da RAM, poderá ser o sinal de que um novo ciclo se avizinha em que as populações passarão a integrar a actividade física informal no seu quotidiano em prol de mais vida e melhor saúde.

* Coordenador do Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares

Dia Mundial do Coração

24 de Setembro de 2006

**Que idade tem
o seu coração?**



O seu coração é para toda a vida!

Por ele, participe nas actividades
deste dia. Saiba como através da
AMDpT - Tel. 291 237 131



Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública
Serviço Regional de Saúde, E.P.E

Instituto do Desporto
da Região Autónoma da Madeira



Associação Madeira Desporto
para Todos



Promover o autocuidado no diabético... uma tarefa de todos!!!

Um Projecto na Comunidade

* Catarina Almeida/ Celestina Pereira/ Lícia Silva

A Diabetes Mellitus constitui um grave problema de Saúde Pública a nível mundial, não só pela sua crescente incidência como também, pela sua elevada morbilidade e mortalidade.

Em 2003, as estimativas da Federação Internacional de Diabetes, segundo a Sociedade Portuguesa de Diabetologia, indicavam a existência de 194 milhões de pessoas com diabetes em todo o Mundo. As previsões da Organização Mundial de Saúde apontam para que até 2025 este número tenha aumentado para 330 milhões, com a doença a atingir 6,3% da população mundial. Valores recentes desta organização indicam que 3,2 milhões de mortes por ano em todo o mundo são atribuídas à diabetes, o que equivale a 6 mortes por minuto.

Segundo o Dr Silvestre Abreu, Director do Serviço de Endocrinologia do Hospital Central do Funchal, num artigo ao Diário de Notícias de 26 de Setembro de 2005, na Região existem actualmente entre dez e doze mil diabéticos.

Perante esta realidade, é fundamental promover o envolvimento de todos os profissionais da equipa de saúde, bem como do utente e familiar cuidador, na promoção da saúde do diabético.

Segundo a Direcção-Geral de Saúde, no caso específico da diabetes Mellitus, devido à sua prevalência elevada, à forma insidiosa como



progride, às suas graves complicações crónicas e ao facto de o diagnóstico ser, muitas vezes, tardio e ocasional, é fundamental a actuação conjugada e integrada dos diversos elementos da equipa de saúde.

Aos enfermeiros cabe a importante tarefa de ensinar o diabético a viver com a sua doença, bem controlado e plenamente integrado em todas as vertentes da sua vida.

Para o diabético alcançar um adequado controlo da sua diabetes deverá ser capaz de gerir correctamente o seu autocontrolo. Ele deve:

- saber que a diabetes é uma doença crónica caracterizada por um aumento de glicose no sangue, causado por um défice de insulina;
- ter capacidade para o auto-controlo glicémico de forma a verificar se a sua diabetes está controlada;
- alimentar-se correctamente;
- fazer exercício físico;
- cumprir a medicação prescrita, quer sejam antidiabéticos orais ou insulina;
- tratar e prevenir as complicações agudas e crónicas da diabetes.

Assim e como enfermeiras dos Centros de Saúde do Campanário e Serra D' Água, estamos a desenvolver um projecto dirigido à promoção do autocuidado no utente diabético, onde a



nossa intervenção, como enfermeiras de saúde na comunidade, visa uma abordagem individual e em grupo.

Na abordagem individual visa-se a educação do diabético, ou seja, pretende-se que o diabético seja autónomo no controlo da sua doença, tendo presente que os três pilares fundamentais no tratamento da diabetes e na prevenção das suas complicações são: um plano de alimentação adequado; o exercício físico e o cumprimento da medicação.

A dieta rica em vegetais e hortaliças em detrimento dos açúcares e gorduras; fazer 6 refeições por dia com intervalos não superiores a 3 horas; confeccionar pratos coloridos que estimulem o apetite, ingerir 2 l de água ou chá por dia são medidas importantes a adoptar pelo diabético.

O exercício físico, por seu lado, é benéfico a vários níveis, quer a nível psicossocial ao elevar a sensação de bem-estar e auto-estima e a nível cardiovascular e metabólico, aumentando a sensibilidade dos tecidos à insulina ao mesmo tempo que reduz a quantidade de glicose no sangue. Assim, preconiza-se que todos os diabéticos efectuem pelo menos uma caminhada com a duração mínima de 30 minutos diariamente ou três vezes por semana.

A diabetes pode ser controlada com a dieta e o exercício físico, mas em muitos casos é necessário efectuar medicação com antidiabéticos orais, de acordo com o estágio da diabetes e/ou insulina. A medicação deverá ser cumprida de acordo com a prescrição médica. O ajuste das doses da medicação consoante a diabetes esteja ou não controlada é da competência do médico.

São também monitorizados determinados parâmetros considerados relevantes no acompanhamento destes utentes em consulta de enfermagem, de acordo com protocolo estabelecido nos mencionados Centros de Saúde. Estes são a glicémia capilar, a pressão sanguínea,



o peso, a altura, o índice de massa corporal, a cetonúria, o exame de sensibilidade dos pés e a observação dos mesmos.

Com o passar do tempo, a diabetes pode produzir uma diminuição da sensibilidade nervosa e alterar a circulação sanguínea. Em consequência, os pés de algumas pessoas com diabetes têm maior risco de sofrer feridas e infecções. Daí ser de particular importância que os diabéticos observem os pés diariamente para despistar estas alterações.

Na abordagem em grupo, optámos por realizar um curso “Viver com a Diabetes”. Este desenrola-se anualmente durante 6 semanas, sendo 1 dia por semana com a duração de 1 hora por dia.

No 1º curso, foram debatidos temas tais como: o que é a diabetes, sintomatologia e diagnóstico; grupos de risco; dieta adequada; importância do exercício físico; atitude do diabético/família perante complicações agudas: hiperglicémia/hipoglicémia; complicações tardias da diabetes e cuidados aos pés; tratamento com anti-diabéticos orais ou insulina.

Aproxima-se o momento do 2º curso cujo conteúdo e estratégias estão a ser revistas para uma breve execução.

Apesar dos cuidados a ter e das complicações da diabetes, é possível tratar e controlar esta doença. O papel do diabético é determinante. Ele pode e deve ajudar-se a si mesmo, autocontrolando a sua doença, para que possa levar uma vida normal e autónoma por muitos anos.

Bibliografia:

- Região Autónoma da Madeira. *Diário de Notícias*. (26 Set 2005). “Número de diabéticos continua a aumentar”.
- Portugal. *Direcção Geral da Saúde* (04 Jul. 2002) Circular normativa nº 9/02: actualização dos critérios de classificação e diagnóstico da diabetes mellitus.
- Organização Mundial de Saúde: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. *Directivas Práticas sobre o Tratamento da Diabetes*.

* Enfermeiras dos Centros de Saúde de Campanário e Serra D’Água





14 NOV

Diabetes

Previna complicações
cuidando dos seus pés

apdp

Associação Protectora
dos Diabéticos de Portugal



SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DE PLANEAMENTO E SAÚDE PÚBLICA



International Diabetes Federation



Organização Mundial de Saúde

Prevenção da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/SIDA)

* Ana Paula Reis

Ao longo dos séculos, o Homem tem conseguido combater as Doenças Infecciosas através de medidas sanitárias, agentes antimicrobianos e vacinas.

Relativamente à Infecção VIH/SIDA, como é do conhecimento de todos nós, apenas se consegue evitar através da Prevenção.

Em Portugal, a prevenção da Infecção VIH é uma prioridade nacional, pois os valores da incidência e prevalência desta infecção são assustadores.

O número de seropositivos, doentes portadores do VIH sem manifestação de doença, notificados até Dezembro de 2005 é de 28.370, sendo 12.702 os casos de SIDA.

A melhor forma de prevenir esta doença é conhecer as vias de transmissão do VIH e para que não haja dúvidas vamos falar de cada uma delas:

SANGUE

O sangue só transmite se estiver infectado e entrar no nosso organismo. A principal causa de transmissão por esta via ocorre através da partilha de agulhas, seringas e outros objectos contaminados pelo VIH, entre toxicodependentes que utilizam drogas injectáveis.

Embora representem um menor risco, não devem ser partilhados objectos cortantes onde exista sangue de uma pessoa infectada, mesmo que este esteja já seco. É o caso das lâminas de barbear, "piercings", instrumentos de tatuagens e furar orelhas e utensílios de manicura.

Actualmente, todo o sangue usado nas transfusões sanguíneas é testado antes de ser utilizado, pelo que não nos devemos preocupar com estas situações. Também o dar sangue não é problema, já que é utilizado material descartável e esterilizado.

SECREÇÕES SEXUAIS (ESPERMA E SECREÇÕES VAGINAIS)

As secreções sexuais de uma pessoa infectada, mesmo que aparentemente saudável, podem com grande probabilidade transmitir o VIH sempre que exista uma relação com penetração – vaginal, anal ou oral – sem preservativo.

O risco é maior em relações sexuais com parceiros desconhecidos, múltiplos parceiros sexuais ou parceiros sexuais ocasionais, situações em que o uso do preservativo é imprescindível.

É importante ter sempre em conta que basta uma relação sexual não protegida com uma pessoa infectada (mesmo que aparentemente saudável), para o VIH poder transmitir-se.

O preservativo é o único método contraceptivo capaz de evitar a transmissão do vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

Evita ainda a transmissão de muitas outras infecções sexualmente transmissíveis (como o Herpes Genital, a Hepatite A, B ou C, a Gonorreia, a Sífilis, a Úlcera Mole, os Condilomas, a Clamídia, etc.), incluindo os vírus responsáveis por determinados tipos de cancro do útero.

Os preservativos evitam ainda a gravidez não desejada. Todavia, deve ser utilizado o preservativo de forma correcta e de acordo com as indicações, pelo que deve ler com atenção o folheto informativo.

DA MÃE INFECTADA PARA O FILHO

Se a mãe estiver infectada, pode transmitir a infecção ao seu filho durante a gravidez, através do seu próprio sangue, durante o parto através do sangue ou secreções vaginais e durante a amamentação através do leite materno. Por isso, antes de engravidar realize um teste de rastreio para o VIH. Nesta situação, o uso de fármacos específicos para esta infecção durante a gravidez

e o parto tem mostrado ser eficaz na redução de transmissão vertical do VIH, por diminuírem a replicação viral na mãe e ajudarem a proteger a criança durante e após a exposição ao vírus.

Cerca de 60% das transmissões mãe/filho de VIH acontecem por altura do trabalho de parto. O parto por **cesariana** reduz o risco de transmissão.

COMPORTAMENTOS DE RISCO

Em Portugal, nenhum programa foi até hoje eficaz na redução dos riscos de transmissão do VIH, nem na modificação das situações de risco, e isto deve-se sem dúvida a **situações sociais** de risco dependentes da pobreza, baixo nível cultural e educacional.

Relativamente aos comportamentos de risco, eles dependem de decisões do próprio indivíduo como o ter vários parceiros sexuais, engravidar sem previamente ter um teste negativo, partilhar objectos potencialmente infectantes, assim como o aumento da população nas grandes cidades, as crescentes e cada vez mais banais deslocações internacionais, a ignorância sobre as vias de transmissão desta doença e a infidelidade.

Ora bem, a prevenção da infecção VIH/SIDA deve ser feita de forma distinta junto dos diferentes grupos, consoante o público-alvo: homens, mulheres, idosos, jovens, crianças, heterossexuais, homossexuais, transexuais, militares, profissionais de saúde, hemofílicos, imigrantes, sem-abrigo, reclusos, prostitutas e toxicodependentes.

A prevenção deve começar na infância e é fundamental a educação para a saúde e para a sexualidade dos nossos jovens. Pais e Educadores devem incentivar a auto-estima dos jovens evitando que estes adoptem comportamentos de risco. É necessária uma **adopção universal** das medidas de prevenção (utilização de preservativos, agulhas e seringas descartáveis).

Muitos conhecem quais são as medidas preventivas, têm a informação, mas falta a iniciativa de, em cada momento de risco potencial, adoptarem essas mesmas medidas.

Em suma, é importante saber que a SIDA ainda não tem cura, mas tem tratamento e que o **vírus da SIDA transmite-se através de:**

- Relações sexuais sem protecção;
- Contacto com sangue de uma pessoa infectada;
- Mãe infectada para o filho (durante a gravidez, no momento do parto ou durante a amamentação).

E não se transmite por:

- Partilhar pratos, copos ou roupa;
- Abraçar, beijar ou acariciar;
- Partilhar casas de banho;
- Picada de insectos;
- Na relação do dia-a-dia com pessoas infectadas, seja em casa, na escola, no local de trabalho, nos transportes colectivos, ou nos serviços de saúde.

Se tem (dúvidas ou) razões para acreditar que teve comportamentos de risco relativamente à infecção por VIH, deve efectuar um teste de despiste do VIH. Embora sendo uma decisão pessoal, não pode esquecer que está a pôr em risco possíveis parceiros/as sexuais contribuindo para o aumento da própria infecção.

**Ficar infectado com VIH depende de si!
Depende do que faz e não de quem é!**

Por vezes não paramos para pensar, deixamos ir e corremos riscos porque:

- Não respeitamos a diversidade humana;
- Não nos responsabilizamos pela nossa saúde;
- Temos medo de mostrar o que sentimos;
- Usamos drogas;
- Temos relações sexuais e não usamos o preservativo;
- Não estamos suficientemente informados e escondemos a nossa ignorância;
- Preferimos remediar do que prevenir;
- Valorizamos o que os outros pensam e não o que queremos;
- Não temos alguém em quem confiar para nos ajudar quando precisamos;
- Pensamos que a SIDA não nos diz respeito;
- Pensamos que não corremos riscos.

Enfim, estamos em risco!

** Assistente Hospitalar de Medicina Interna
e Doenças Infecciosas
Colaboradora da DRSP*

ponha fim à sida

use sempre preservativo



Um conselho
da SRAS



Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública

Vida Boa

Caderno

SAÚDE ORAL



A saúde dos dentes e das gengivas está relacionada com a saúde do corpo inteiro.

Naturalmente que os cuidados com os dentes e as gengivas — tanto preventivos, quanto curativos — deveriam fazer parte dos conhecimentos de todos os profissionais de saúde.

As doenças orais estão a aumentar na maioria dos países devido a uma alimentação muito industrializada, geralmente adoçada com açúcar branco refinado o que é pouco natural.

A manutenção de dentes saudáveis para toda a vida requer cuidados específicos.

Tal facto, depende de variações individuais, exige uma boa higiene oral e cuidados com uma alimentação saudável.

Grupo de Prevenção de Saúde Oral (GPSO)

Os dentes e constituição dentária

*GPSO

Os dentes são de importância vital para quase todos os animais, com excepção do homem. De facto, a perda de dentes em alguns animais é incompatível com a vida e, em muitos mamíferos, a longevidade está directamente relacionada com o tempo durante o qual os dentes podem suportar o processo abrasivo da mastigação.

Pelo facto de serem os tecidos mais duros e quimicamente mais estáveis do corpo, os dentes são selectivamente conservados e fossilizados fornecendo desta forma os melhores registos das mudanças evolutivas. Assim, muitos dados da evolução baseiam-se na prova das dentições.

Nas sociedades modernas a resistência dos dentes à acção do fogo e à decomposição bacteriana frequentemente torna-os inestimáveis para a identificação dos corpos que, de outro modo, seriam irreconhecíveis. Isto é um facto muito importante legalmente.

Paradoxalmente observamos que os dentes podem ser destruídos de uma forma relativamente rápida num indivíduo vivo (pela doença cárie dentária), mas não sofrem destruição num

indivíduo sem vida.

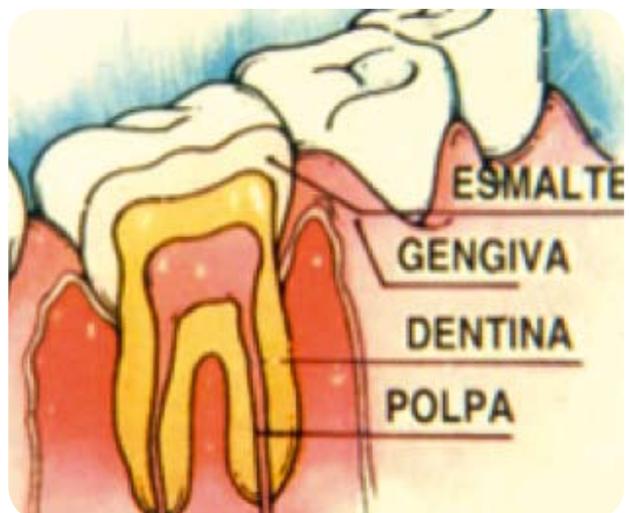
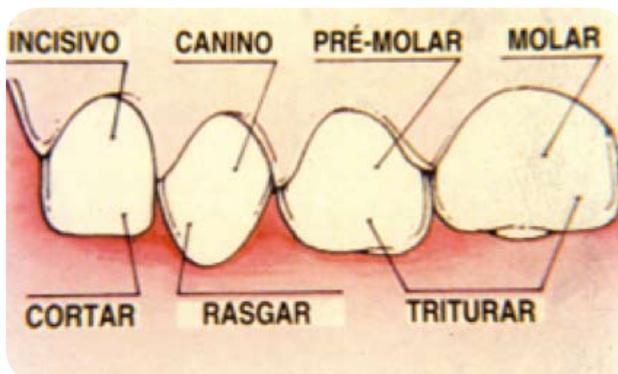
Os nomes atribuídos aos dentes são baseados na aparência, na função ou na posição que ocupam no maxilar. Os dentes incisivos são assim denominados por serem usados para cortar os alimentos. Temos também os caninos que têm uma saliência mais afiada, em vez do bordo cortante dos incisivos, são importantes para rasgar os alimentos. As raízes destes caninos são as mais longas de todas.

Os pré-molares e os molares têm superfícies oclusais, cuja forma lhes permite triturar ou moer os alimentos.

Constituição dentária

Ao observar um dente, facilmente verificamos que este é constituído por duas partes. A coroa, mais branca e translúcida, e a raiz de cor mais amarelada e responsável por fixar o dente ao osso alveolar.

Num corte longitudinal verificamos que o dente apresenta várias camadas:



Esmalte – recobre a coroa dos dentes e é o tecido mais duro do nosso organismo. É semi-transparente e apresenta uma cor cinzento esbranquiçado que contudo, é modificada pela subjacente dentina que lhe transmite a característica cor branco amarelada que habitualmente observamos. Nos dentes decíduos (dentes de leite), o esmalte é mais opaco e por isso estes são de um modo geral mais brancos que os dentes permanentes (definitivos). É constituído quase na sua totalidade por matéria inorgânica chegando a atingir a espessura máxima de 2,5 mm nos bordos incisais e cúspides.

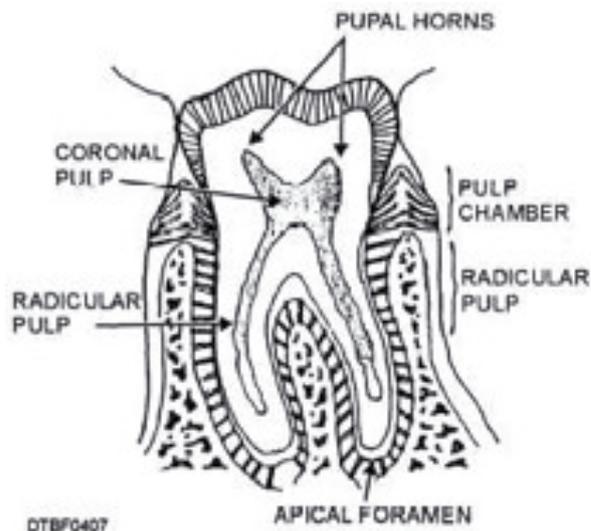
Dentina – esta constitui a maior parte do corpo do dente. De cor amarelo pálido, contém no seu interior a cavidade pulpar. Está recoberta pelo esmalte a nível da coroa e pelo cimento na raiz. Embora seja um tecido mais duro que o osso e o cimento, é menos dura que o esmalte.

Cimento – é a camada fina, calcificada que cobre as raízes dos dentes. De cor amarelo claro, faz parte do mecanismo de suporte do dente.

Polpa – ocupa a posição central do dente. Funcionalmente, é um órgão de defesa, pois contém células que produzem dentina, vasos sanguíneos que nutrem o dente e fibras nervosas que respondem consoante os estímulos sensitivos que actuam sobre o dente.

	MATÉRIA INORGÂNICA	MATERIA ORGÂNICA	ÁGUA
ESMALTE	96%	1%	3%
DENTINA	70%	18%	12%
CIMENTO	65%	23%	12%
POLPA	-----	25%	75%

Qualquer ataque ao dente, mesmo limitado ao esmalte, repercute-se na polpa. A resposta desta depende da intensidade e frequência do estímulo irritante, que pode ser traduzido desde alguns estímulos dolorosos leves, até processos de natureza degenerativa ou inflamatória que podem culminar na morte pulpar.



Pupal horns – cornos pulpares

Coronal pulp – polpa coronal

Radicular pulp – polpa radicular

Pulp chamber – câmara pulpar

Radicular pulp – polpa radicular

Apical foramen – ápice

Como a polpa está contida numa cavidade dura não extensível, quando é afectada de alguma forma não se pode expandir. Se sofrermos uma pancada ou corte numa perna, no local aparece um edema e notamos um inchaço. Pelo contrário, quando uma acção agressiva atinge a polpa, esta não tendo possibilidade de aumentar de volume, comprime as fibras nervosas e os vasos sanguíneos provocando dor e conseqüentemente possibilidade de ocorrer morte pulpar. Esta situação poderá levar ao conhecido abscesso dentário.

Em relação às agressões externas à vitalidade da polpa, é de referir a temperatura, como possível responsável por lesões. Na verdade não se deve expor os dentes a grandes variações de temperatura, como passar de um alimento quente para um muito frio e vice-versa.

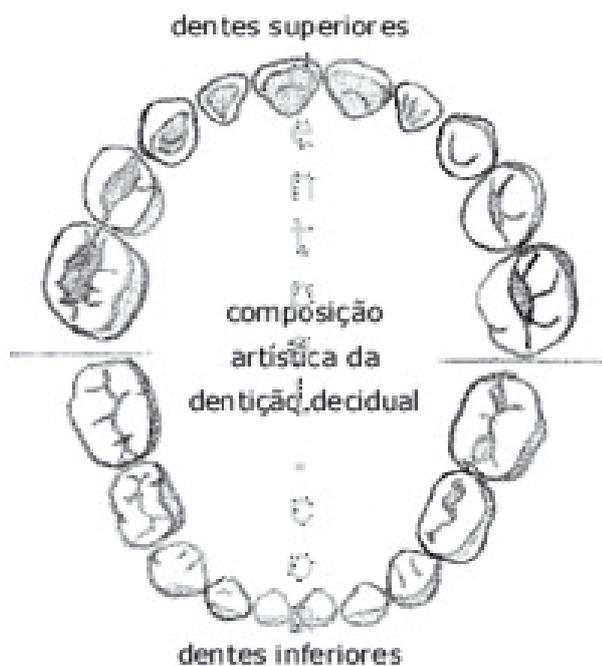
* Grupo de Prevenção de Saúde Oral

Tipos de dentição

*GPSO

Dentição Temporária

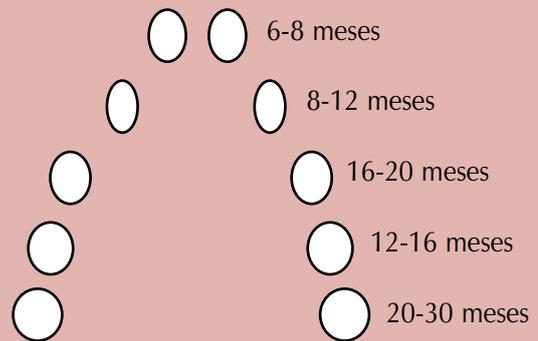
O ser humano possui 2 dentações. A dentição de leite que também pode ser chamada de decídua, caduca ou temporária. Nesta dentição existem 20 dentes. Ela é constituída por incisivos centrais, incisivos laterais, caninos e molares de leite.



Os dentes de leite começam a erupcionar por volta dos 6 meses. Normalmente inicia-se a erupção pelos incisivos centrais inferiores, no entanto pode haver alterações nesta cronologia.

Para termos uma ideia da sequência da erupção podemos dizer que os incisivos centrais erupcionam em média entre os 6 e os 8 meses, os laterais entre os 8 e os 12 meses; o 1º molar de leite entre os 12 e os 16 meses, o canino entre os 16 e os 20 meses e o 2º molar de leite entre os 20 e os 30 meses.

Cronologia da erupção

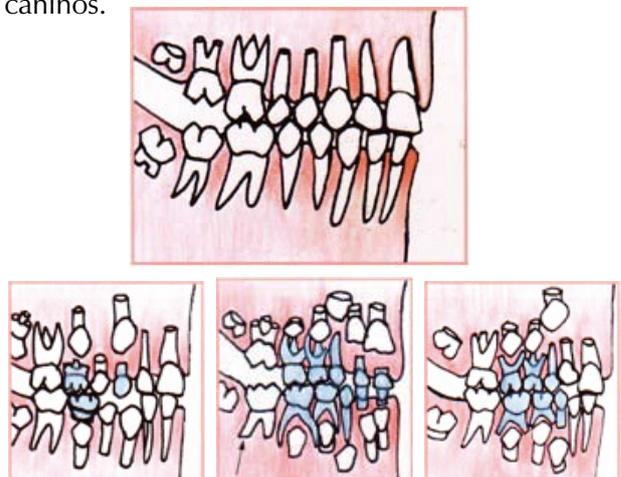


Os pré-molares não existem na dentição de leite, são dentes típicos da dentição definitiva.

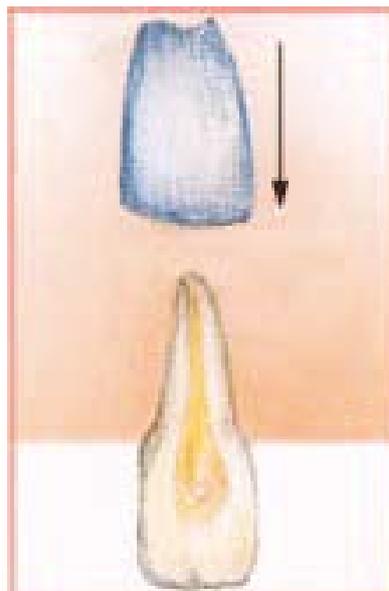
Geralmente até aos 3 anos erupcionam os 20 dentes que compõem a dentição de leite.

Os dentes de leite persistem algum tempo na boca mas existem duas etapas de mudança.

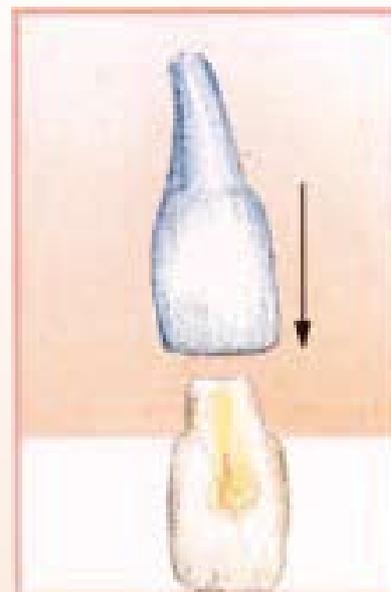
Grosso modo, entre os 6 e os 8 anos muda o sector anterior ou seja os incisivos centrais e laterais temporários são substituídos pelos incisivos centrais e laterais definitivos. Entre os 9 e os 12 anos é mudada a zona posterior, também chamada zona de suporte, que consiste na mudança dos molares de leite pelos pré-molares típicos da dentição definitiva e também pela mudança dos caninos.



A dentição de leite assim como a definitiva tem funções muito importantes. Aquela de que nos lembramos logo é que permite a mastigação.

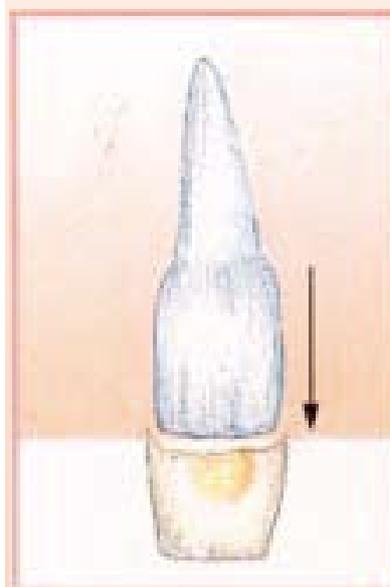


Também permite pronunciar as palavras mais correctamente e quando os dentes estão sãos tornar a aparência agradável.



A dentição temporária tem também uma função fundamental que é preservar o espaço para a correcta erupção dos dentes definitivos.

A maior parte dos dentes de leite mudam sem a ajuda dos profissionais de saúde oral. As crianças sentem que o dente se move, vão “abanando” a peça dentária e ela acaba por cair. Isto acontece porque o dente definitivo, que está por baixo vai reabsorvendo a raiz do dente de leite, até que este fica sem apoio e cai.



O dente de leite também difere do dente definitivo na cor, sendo mais branco e no tamanho porque é mais pequeno. É também um dente bastante vulnerável à cárie.

Dentição Definitiva

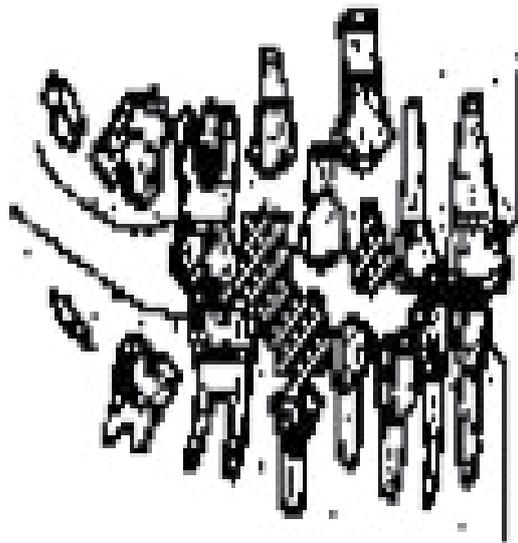
A dentição definitiva ou permanente é constituída por 32 dentes.

Em cada maxilar (superior ou inferior) ela consta de 2 incisivos centrais, 2 incisivos laterais, 2 caninos, 4 pré-molares e 6 molares.



Este dente é muito importante porque ao ser o 1º molar definitivo a erupcionar, ele define a chave de oclusão, ou seja, se a criança “engrena” os seus dentes correctamente ou não.

Quando na criança coexistem os dentes de leite e definitivos ao mesmo tempo, dizemos que ela tem uma dentição mista.

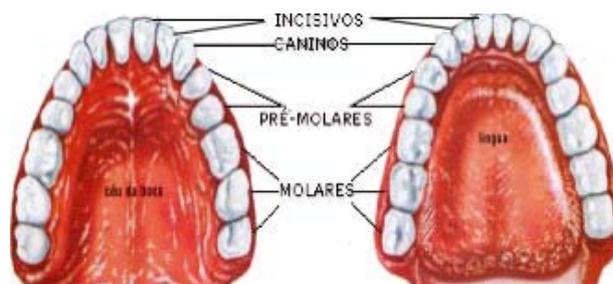


Dentição mista tardia por volta dos 10 anos com 3 dentes deciduos remanescentes (a sombreado)

A seguir à erupção do 1º molar definitivo, por volta dos 12 anos, nasce o 2º molar definitivo que se coloca posteriormente ao anterior.

O dente do siso ou 3º molar definitivo, embora teoricamente nasça por volta dos 18 anos, tem muita variação porque muitas vezes não tem espaço para erupcionar, ficando incluso ou semi-incluso e em algumas pessoas está ausente.

A erupção normalmente começa com os incisivos centrais inferiores por volta dos 6 anos. (O facto de algumas crianças iniciarem esta erupção mais cedo ou mais tarde é normal). Também nesta idade nasce o 1º molar definitivo, também chamado de molar dos 6 anos, que se coloca atrás do 2º molar de leite e que muitas vezes é considerado erradamente como um dente de leite.



* Grupo de Prevenção de Saúde Oral

Lesões e prevenção da estrutura dentária

* GPSO

A estrutura dentária natural apresenta-se sob diversos graus de opacidade e translucidez, dependendo da sua espessura, vitalidade, formação, hábitos e idade.

Dentro das lesões da estrutura dentária de etiologia externa, não microbiana, podemos considerar:

Abrasão:

normalmente localiza-se na região cervical do dente (perto da gengiva) e consiste na perda de substância dentária por desgaste, que pode ser devida a uma escovagem com força exagerada, realizada na horizontal ou utilização de pasta dentífrica muito abrasiva.

Esta situação caracteriza-se por uma superfície dentária dura, muito polida, rasa e de contornos regulares.



Erosão:

consiste num processo químico que gradualmente dissolve o esmalte e a dentina pela acção de ácidos, aumentando a sensibilidade dentária. As lesões geralmente são generalizadas, atingindo muitos ou todos os dentes. Têm forma arredondada, rasa, ampla e sem bordo definido.

A principal causa desta situação é a ingestão de alimentos muito ácidos nomeadamente refrigerantes, limão e outras frutas cítricas, bebidas energéticas, sumos de fruta industrializados e vinho. Também os ácidos de origem endógena (ácido clorídrico) podem ser responsáveis pela erosão, nos indivíduos com distúrbios alimentares que vomitam ou regurgitam frequentemente.



Atricção:

nesta situação verifica-se um desgaste excessivo das superfícies oclusais (parte do dente que mastiga). Isto é devido a uma dieta extremamente dura ou, e mais frequentemente devido a hábitos parafuncionais tais como o Bruxismo.

O Bruxismo basicamente consiste no hábito inconsciente de apertar e ranger os dentes, normalmente durante o sono verificando-se também durante o dia. Estes movimentos anormais encontram-se em todas as faixas etárias e é semelhante em ambos os sexos. A severidade e a frequência estão altamente associadas ao stress emocional e físico.

Abfracção:

é uma lesão resultante de microfracturas do esmalte, em função de forças oclusais mal dirigidas. Esta situação verifica-se na região cervical do dente (perto da gengiva) e caracteriza-se pela lesão em forma de cunha, geralmente profunda e com margem bem definida.



insubstituível, assim devemos:

- Evitar o consumo elevado de substâncias ácidas, como refrigerantes, frutas cítricas, principalmente à noite antes de dormir, pois estes podem prejudicar a composição química dos dentes;
- Fazer a escovagem dentária de maneira suave, com a escova bem orientada, para reduzir o risco de traumatismos mecânicos;
- Não roer as unhas, mastigar gelo, morder as tampas das canetas, abrir pacotes ou cortar fios com os dentes, pois todos estes hábitos podem alterar a estrutura dentária;
- Observar se, sob stress pressionamos ou esfregamos os dentes. Em caso afirmativo, tentar controlar essa tendência, mas não substituir esse hábito pela chiclete, pois mascar pastilha elástica também pressiona os dentes e deve ser considerado um vício concomitante do Bruxismo.

** Grupo de Prevenção de Saúde Oral*



Prevenção das lesões da estrutura dentária

Apesar de toda a evolução dos materiais dentários restauradores, a estrutura dentária é

Doenças orais

* GPSO

Há dois grandes tipos de doenças orais:

- 1 **Doença Periodontal** – que afecta a gengiva, o osso e os tecidos à volta do dente.
- 2 **Cárie Dentária** (deterioração do dente).

Ambas estas doenças têm uma causa comum: **PLACA BACTERIANA**.

O QUE É A PLACA BACTERIANA?



A placa bacteriana é uma película pegajosa composta na sua maioria por bactérias, restos alimentares e componentes da saliva.

É uma massa mole e esbranquiçada, que se forma em poucas horas, na ausência de escovagem, só podendo ser removida com uma adequada escovagem (não chega um simples bochecho).

Se permitirmos a sua acumulação, as bactérias irritam as gengivas provocando inflamação o primeiro estágio da GENGIVITE.

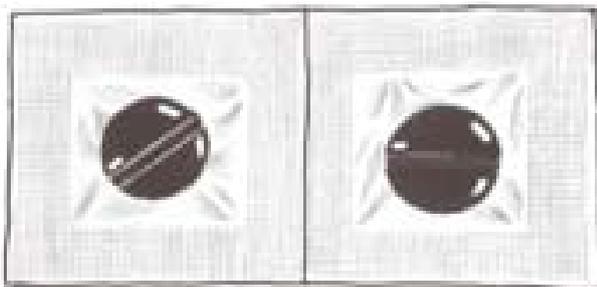


Se a placa não for removida, combina-se com químicos da saliva que permitem a sua calcificação. Por outras palavras, torna-se dura e não pode ser removida através da escovagem.

Novos depósitos de placa aderem a este depósito conhecido como tártaro ou “pedra” e assim mais bactérias se acumulam, aumentando a inflamação da gengiva progredindo para a **DOENÇA PERIODONTAL**.



É difícil observar-se a placa bacteriana, mas esta pode ser visualizada através de um corante revelador. A pastilha de revelador de placa deve ser chupada, passando a língua pelos dentes e depois cuspidando todo o excesso. Também existem corantes líquidos. Deste modo pode-se observar os locais de maior acumulação da placa bacteriana que ficam com a tonalidade do corante utilizado.



DOENÇA PERIODONTAL



Um grande número de dentes sãos, é extraído anualmente devido à doença periodontal. É uma doença que se inicia pela inflamação das gengivas (gingivite).

A gengivite é muito comum e é muitas vezes a causa de mau hálito.

Estudos epidemiológicos demonstraram que a gengivite atinge mais de 80 % das crianças e adolescentes e uma percentagem também muito elevada de adultos.

A gengivite traduz-se por uma lesão inflamatória das gengivas, que é causada pelas bactérias da

placa bacteriana acumulada. Se esta não for eliminada por uma correcta higiene oral, as bactérias irritam as gengivas, ficando estas com uma cor avermelhada, edemaciadas (inchadas) e sangram facilmente, particularmente quando escovadas.

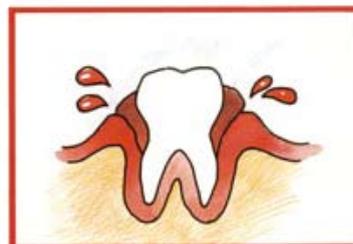
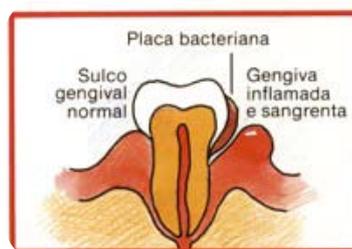
A gengivite não é uma doença dolorosa na sua fase inicial, sendo por isso muitas vezes ignorada. Mas, durante a sua progressão ela torna-se então incomodativa ou mesmo dolorosa. Se houver uma correcta higiene oral diária, ela pode voltar à normalidade.

PROGRESSÃO DA DOENÇA PERIODONTAL

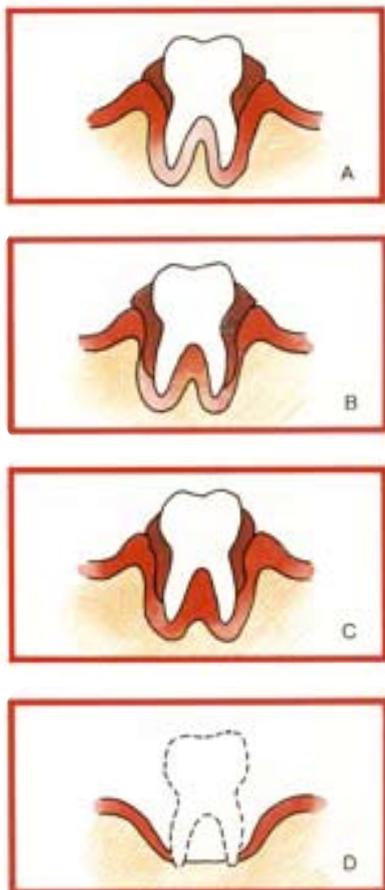
Se a gengivite não for tratada, a inflamação pode espalhar-se à volta e ao longo da raiz do dente, destruindo o ligamento periodontal que mantém o dente no seu lugar, e provocando consequentemente a destruição do osso alveolar.

Uma bolsa forma-se entre o dente e a gengiva onde mais bactérias se podem acumular. Torna-se então quase impossível remover toda a placa bacteriana, pois esta endurece, formando aquilo a que se chama tártaro. Este aparece tanto acima da linha da gengiva, como abaixo desta, ao longo das raízes. Eventualmente os dentes começam a soltar-se e poderão ter de ser extraídos. Embora a progressão da doença periodontal seja lenta, todo o esforço deverá ser feito para a sua prevenção.

Ao contactar com as substâncias tóxicas produzidas pelas bactérias da placa, as gengivas inflamam e começam a sangrar.



O tártaro e a placa bacteriana aumentam, formando bolsas gengivais cada vez maiores. Os dentes ficam menos seguros. Quanto mais evolui este processo, mais o dente se solta até cair.



CÁRIE DENTÁRIA



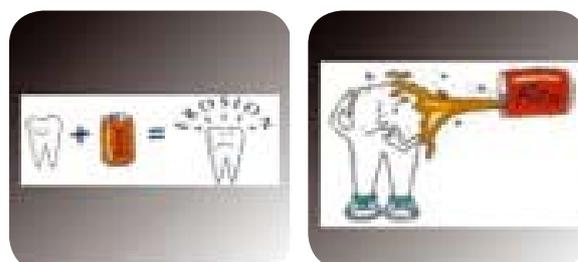
A cárie dentária é, provavelmente, a mais frequente das doenças orais, atingindo indivíduos de todas as idades, particularmente crianças e adolescentes.

É uma doença bacteriana, infecto-contagiosa que aparece depois da erupção dos dentes.

Inicia-se por uma desmineralização dos tecidos duros do dente até à formação de cavidades, podendo levar, numa última fase, à destruição de todo o dente, o que provoca consequentemente a sua perda.

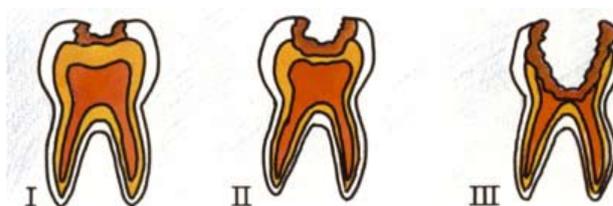
O QUE PROVOCA A CÁRIE?

Começa pela transformação do açúcar em ácido pelas bactérias da placa bacteriana, que depois de algum tempo, penetra no esmalte do dente, iniciando-se aí a cárie.



Quando a cárie penetra na dentina, o seu progresso é então mais rápido e a dor instala-se. Por esta altura ainda é possível o tratamento sem grandes complicações. Mas, se este não for feito, as bactérias penetram até à polpa e aparece a “dor de dentes”, quase permanente.

Nesta fase, em alguns casos, já não é possível recuperar o dente, podendo ainda aparecer outras manifestações ao nível de todo o organismo, pois a infecção pode ser transportada para outras partes do organismo através da corrente sanguínea.



- I - cárie superficial (no esmalte)
- II - cárie mais profunda (na dentina)
- III - cárie na polpa

* Grupo de Prevenção de Saúde Oral

Prevenção das doenças orais

* GPSO

Como prevenir a doença periodontal

A prevenção da doença periodontal passa pela correcta remoção da placa bacteriana, através de uma boa higiene oral, higienizações/destarizações regulares (de 6 em 6 meses) feitas pelo médico dentista ou higienista oral e hábitos alimentares saudáveis.

Como prevenir a cárie

Existem três maneiras de reduzir a cárie dentária, e nalguns casos evitá-la totalmente.

Como a deterioração só ocorre quando as bactérias transformam o açúcar em ácido que ataca a superfície do dente, o risco é proporcional à frequência e tempo com que os alimentos contendo açúcares são consumidos, principalmente a sacarose, que é o açúcar cariogénico mais importante.

Assim, poderá prevenir-se com:

1 – Controlo da dieta.

2 – Aumento da resistência do dente, utilizando um dentífrico com flúor e tratamentos à base de flúor.

3 - Controlo da placa bacteriana, através de uma boa higiene oral:

- escovagem diária
- uso do fio dentário
- escovilhão
- elixires



1-CONTROLO DA DIETA

Uma dieta muito rica em sacarose (açúcares) leva geralmente a uma alta incidência de cárie. É necessário existirem açúcares refinados no meio oral, para o aparecimento e progressão da cárie, pois só na sua presença se verifica a produção de ácidos pela placa bacteriana. Esta estreita correlação entre o consumo de açúcar e cárie dentária, parece prevalecer actualmente a nível mundial. Assim o confirmam os dados obtidos por estudos epidemiológicos efectuados em vários países, que indicam uma maior prevalência dessa doença em países com níveis de vida mais altos, onde o consumo de açúcar per capita é maior.

Podemos atenuar os efeitos nocivos da ingestão de açúcar, se seguirmos as seguintes recomendações:

1- Disciplinar e reduzir o consumo de alimentos que tenham açúcar:

- Reduzindo a frequência das ingestões;
- Evitando formas adesivas;
- Tendo em atenção os fármacos que contêm açúcar;

- Comendo doces às refeições e não nos intervalos;

- Não comendo doces ou alimentos açucarados antes de dormir;

- Substituindo os lanches com refrigerantes, sumos ou bolos por alimentos como sumos sem açúcar, sanduíches, fruta, iogurtes;

2- Substituir o açúcar por adoçantes: xylitol, sorbitol, aspartame;

3- Retardar o conhecimento do sabor doce às crianças.

2- AUMENTO DA RESISTÊNCIA DO DENTE



O flúor existe no nosso organismo, essencialmente nos ossos e nos dentes.

Alguns alimentos como a alface, o chá, o peixe, etc, contêm flúor:

Quando pensamos em flúor, pensamos em prevenção.

Existe flúor de aplicação tópica e sistémica.

Para a aplicação tópica temos os dentífricos, géis de aplicação no consultório e soluções fluoretadas para bochechar. Nesta situação o flúor contacta directamente com a superfície dentária.

No flúor sistémico podemos considerar a água, os comprimidos e as gotas de flúor. Aqui o flúor entra na circulação sanguínea.

Durante muitos anos pensou-se que o maior efeito do flúor na prevenção da cárie era devido à sua incorporação na estrutura mineral do dente, durante o seu desenvolvimento e antes do dente erupcionar (efeito sistémico).

No entanto, constatou-se que o flúor incorporado no esmalte era menos importante que o flúor presente na cavidade oral, em contacto directo com a superfície do esmalte no processo de defesa contra a cárie.

Hoje pensa-se que a evidência dos benefícios anti-cárie do flúor deglutido desde o nascimento até aos 3 anos são muito pequenos.

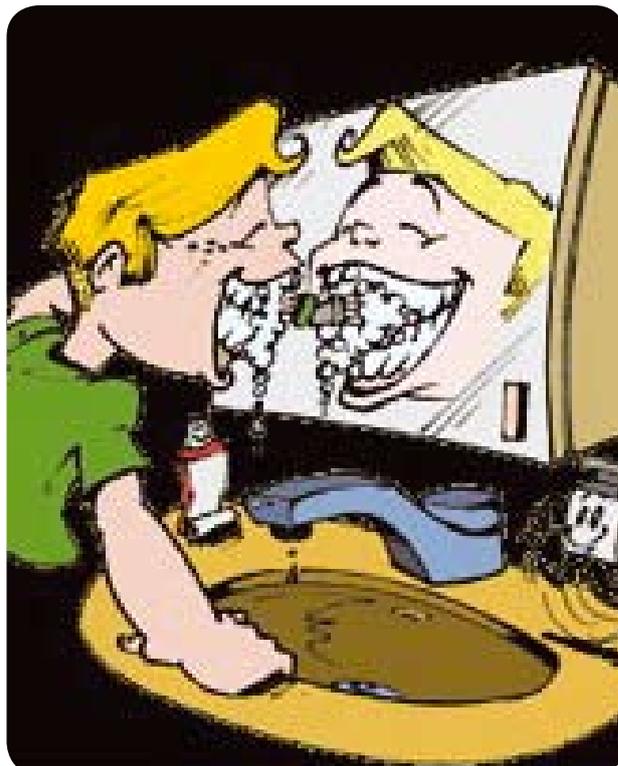
Existem agora evidências científicas, que os mecanismos de prevenção da cárie, por acção do flúor, são conseguidos após a erupção do dente através do contacto do flúor com as superfícies dentárias (efeito tópico).

Esta acção é válida quer para as crianças quer para os adultos e incluímos neste efeito, o aumento da remineralização e inibição da actividade bacteriana da placa.

3- CONTROLO DA PLACA BACTERIANA

Escovagem dentária

A escovagem nasceu da necessidade de melhorar o mau hálito e a aparência dos dentes e deve ter desde cedo aguçado o engenho em busca de soluções adequadas à sua realização. Claro está que muita foi a procura até se ter democratizado, tornando-se hoje já não um luxo, acessível a poucos, mas uma necessidade para todos.



Poderá dizer-se portanto e uma vez mais que o problema criou a necessidade da sua resolução.

Naturalmente surgiram associadas e até antes, soluções para lavagem da boca, mais ou menos eficazes, mas é com o grande desenvolvimento que se dá no séc. XX que irão surgir estudos e soluções, já muito perto do que é hoje a mais aproximada do ideal.

Nos primórdios, a técnica de escovagem consistia em movimentos horizontais que nos foram dados por uma certa técnica inata.

Aos poucos a mesma foi progredindo para movimentos verticais, a partir da gengiva, e finalmente demonstrou-se que o mais correcto seria os movimentos circulares. Estes por acompanharem a curvatura da gengiva eliminam com eficácia a placa bacteriana aí aderida e a gengiva é assim estimulada.

Deveremos ter o cuidado de não escovar a gengiva uma vez que só a gengiva livre é queratinizada e portanto a única que aguentará com esse traumatismo.

Para uma boa escovagem não basta somente uma boa técnica, mas é fundamental o uso de bons instrumentos. Assim, uma boa escova, o uso de fio dentário e de escovilhões em certos casos, cobrirá a quase totalidade das situações, deixando os elixires e o palito para técnicas mais apuradas.

** Grupo de Prevenção de Saúde Oral*

A técnica de escovagem e o uso do fio dentário

* GPSO

Nas superfícies vestibulares com movimentos circulares de pequena amplitude (até 2 dentes) e força suave a média 10 vezes em cada dente.



Nas superfícies linguais 10 vezes em cada dente com movimentos circulares. Força suave a média.



Nas superfícies oclusais com movimento para trás e para a frente até 10 vezes. Força suave a média.



Nas superfícies palatina dos incisivos superiores e na superfície lingual dos inferiores, movimentos de varredura com inclinações da escova para cima e para baixo consoante se trate do maxilar inferior ou do superior.



Escovagem da língua – 5 vezes – com movimentos de trás para a frente, tendo o cuidado de não ir muito para trás evitando o reflexo do vômito.



Devemos encarar cada dente como um órgão de importância capital para o funcionamento harmonioso do todo e como tal escovar todas as suas superfícies; parte interna ou lingual, externa ou vestibular e oclusal ou parte que mastiga como

se tratasse de um ser humano que necessita lavar todas as partes do seu corpo.

Deverá ser realçado o facto de geralmente as pessoas associarem o uso de muita pasta com uma eficácia maior. Tal não é verdadeiro e é por

vezes contraproducente. Assim, deveremos usar pasta na quantidade do tamanho de uma ervilha pequena.

É importante dizer que deveremos escovar com a escova seca com pasta, pois se a molharmos estamos a amolecer as cerdas e a diminuir a sua eficácia.

A escova deverá ser lavada após cada escovagem com água fria corrente, estando a mesma de lado, podendo esfregar-se um pouco para melhorar a eficácia da limpeza.

Uma boa escova deve ser portanto suave, ajustada ao tamanho da boca e de cerdas artificiais. A sua renovação periódica é fundamental, estimando-se de 3 em 3 meses como o período certo e acima de tudo aplicar uma boa técnica com uma força suave a média.

A PASTA DENTÍFRICA

A pasta de dentes era até há pouco tempo muito publicitada, pois era aceite que a mesma tinha preponderância sobre a escova.

Sabe-se hoje que “não interessa muito o sabão que se empregue, mas o que tem interesse é que a pessoa tome banho”.

Na verdade é de aceitação recente que para uma escovagem de rotina e atendendo a que as pastas têm todas flúor, com adição de mais um ou outro componente, todas são eficazes. Assim, recomenda-se que se vá mudando de marca à medida que se vão terminando as embalagens anteriores.

Fio dentário

O fio dentário, tal como o nome indica, é um fio (ou fita, que é um pouco mais larga e achatada) constituído por múltiplos filamentos.



Serve para remover a placa bacteriana que se acumula nos espaços entre os dentes, onde a escova de dentes não chega, prevenindo assim o aparecimento da cárie dentária e das doenças periodontais.

Até que as crianças tenham destreza manual para o usar, cabe aos pais a responsabilidade de o fazer.

TÉCNICA DE UTILIZAÇÃO

É preferível utilizar o fio antes da escovagem dentária.

Retira-se cerca de 40 cm de fio da caixa. Enrola-se quase a totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão.



À medida que se vai utilizando, desenrola-se o fio de um dedo e enrola-se no outro. É importante utilizar sempre fio limpo em cada espaço interdentário.

Introduz-se, cuidadosamente, o fio entre os dentes e curva-se à volta do dente que se está a limpar.



Executam-se movimentos curtos, horizontais, desde o ponto de contacto entre os dois dentes até ao sulco gengival, em cada uma das superfícies dentárias desse espaço.

Procede-se da mesma forma até que todos os dentes estejam devidamente limpos.

Deveremos ensinar às crianças os cuidados de higiene oral correctos, o mais cedo possível, pois isso será naturalmente um investimento na sua saúde com resultados bem palpáveis num futuro muito próximo. O facto de as crianças agirem por imitação dos adultos e se as deixarmos participar na escolha da escova e da pasta, desde que orientados, incentiva-os e ajuda na sua adesão.

* Grupo de Prevenção de Saúde Oral

A posição dentária e a articulação das palavras

* João Bosco C. Castro

“A fala, esse delicioso festim dos nossos pensamentos” dizia Homero, grande poeta grego da antiguidade (cerca de 850 A.C).

A capacidade de falar é exclusiva da espécie humana e um dos expoentes máximos do homo sapiens sapiens (Homem duplamente sábio) ou homem actual.

Se “a função faz o órgão” como gostam de dizer os fisiologistas, para falarmos, não basta que os órgãos da fala se encontrem anatomicamente correctos. É necessário também que essa mesma função seja estimulada.

Dizem que falar é fácil mas que o difícil, é fazer. No entanto, para algumas pessoas, falar pode mesmo ser bastante complicado. No que diz respeito à parte do aparelho estomatognático, que aqui abordamos, os hábitos anormais de chupar o dedo, a chupeta ou outros objectos como a fralda, devem ser evitados desde a mais tenra idade. Porém, sabemos como tal se torna difícil e não será certamente por acaso que os Ingleses chamam de “pacifier” ou pacificador à chupeta. De facto isso dá prazer à criança e como tal, é por ela, vezes sem conta, repetido. Da mesma forma a criança usa o dedo ou a língua com o mesmo propósito. É aceitável que até cerca de 2 anos e meio de vida, se o vício for vencido, a situação dentária tende para auto correcção. É certo que a zona da boca apresenta nesta fase uma maior plasticidade e portanto pode ser deformada pela introdução de objectos ou até mesmo por posições viciosas de se colocarem no espaço. Aparecem assim, uma maior flacidez labial, o lábio superior mais curto e seco, impedindo o fecho da boca. A língua é mais actuante e empurra os dentes, daí resultando posições incorrectas nos maxilares. Um estreitamento do céu-da-boca e o seu consequente aprofundamento, levam a que a região nasal também sofra.

A quantidade de saliva aumenta e o consequente aparecimento de “baba” durante o sono. Como a respiração predominante agora é a bucal, esta oferece pouca oxigenação do cérebro o que pode causar prejuízos a nível escolar com as consequentes faltas de concentração e de aprendizagem. “Aparecem uma maior susceptibilidade às doenças respiratórias de repetição o que se traduz num padrão respiratório inadequado de fala, mastigação e deglutição” (1).

Como consequência da respiração bucal e do aparecimento de pressões negativas (O inspirar é um movimento activo, enquanto que a expiração é passivo) e à força exercida desta forma sobre os maxilares, teremos maxilares deformados e dentes fora da sua posição normal.

Aparecem assim, as dificuldades na articulação das palavras e sobretudo a dificuldade na emissão de certos sons num quadro denominado popularmente de “SOPINHA DE MASSA”.

Aqui a tendência dos pais é seguramente a procura de um profissional que ensine o seu filho a “falar bem” até porque na aula de Inglês, não pronuncia bem as palavras. Claro está que após a



correção da posição dos dentes e dos maxilares, o terapeuta da fala poderá e deverá dar o seu valioso contributo.

Naturalmente que aquando da saída dos dentes decíduos, por volta dos 6 anos de idade, observamos também a dificuldade na fonação porque o ar expelido que passa pelas diferentes estruturas, ao chegar aos dentes não encontra a zona de fecho anterior, compensando as crianças com a interposição da língua.

Da mesma forma os adultos desdentados passam a “falar diferente” quando as peças dentárias estão ausentes, sobretudo a nível anterior.

Os dentes permitem-nos “comer com prazer”, falar claramente e mostrar simpatia quando estamos a sorrir. São uma parte importante da nossa personalidade. Dão à nossa boca uma nota individual e à aparência um certo ar. Hoje em dia, em muitas situações uma aparência perfeita é muito importante: na profissão, na família, com os amigos e, sobretudo, como mais valia para o próprio bem-estar. Os dentes proporcionam-nos

segurança e autoconfiança”.

Compreende-se assim a procura de um alinhamento correcto dos dentes para obtermos uma melhoria na função, na saúde e na aparência.

Na função: O correcto alinhamento dentário contribui para uma melhor mastigação considerando o contacto adequado entre os dentes superiores e inferiores.

Na saúde: Quando os dentes se encontram apinhados ou sobrepostos, a higiene oral inadequada provoca o aparecimento de cáries e doença gengival. Portanto, estando os dentes bem alinhados torna-se muito mais fácil higienizá-los.

Na aparência: Não sendo tudo (graças a Deus) contribui em muito para o sucesso.

* Médico Dentista

Bibliografia de apoio:

(1)-A fala infantil revela saúde - Rosane Paiva da Silva-
www.saudevidaonline.com.br



Ortodontia

* *Gonçalo Correia*

É a especialidade da Medicina Dentária que se dedica ao estudo do diagnóstico, prevenção e tratamento do posicionamento incorrecto dos dentes. Estas situações muitas vezes têm a capacidade de provocar também alterações faciais. Esta ausência de um contacto correcto, harmonioso, entre os dentes de ambos os maxilares designa-se por má oclusão.

Porque ocorrem as alterações dentárias e faciais?

Parte das más oclusões são resultantes de causas adquiridas (aquelas que dependem de alguma maneira da nossa acção), embora a maioria das situações tenha causas hereditárias.

Em relação às causas hereditárias o que se passa é que se a dimensão dos dentes é superior ao tamanho dos ossos maxilares, onde vão ser colocados, vamos ter apinhamento dentário (dentes em cima uns dos outros). Se pelo contrário a dimensão dos dentes é inferior ao espaço disponível, vamos então ter diastemas, isto é, espaços entre os dentes (situação menos frequente).



apinhamentos dentários



diastemas

Em relação às causas adquiridas poderemos destacar:

- A persistência dos hábitos de sucção (nomeadamente o chuchar o dedo, a chupeta, eventualmente outros objectos, tais como o lençol, uma fralda de pano etc.) .

Se é verdade que os hábitos de sucção deverão ser considerados normais e naturais na fase inicial do desenvolvimento dos bebés, geralmente estas situações provocam pressões anormais na cavidade oral, resultantes do hábito de chuchar, levando a que hajam deformações nos ossos maxilares que contêm os dentes implicando posteriormente o desalinhamento dos mesmos, aquando da sua erupção e colocação nas arcadas dentárias. Deste modo, acho importante chamar a atenção de que quando a criança nasce e tem o hábito inato de chuchar o dedo devemos tentar promover a substituição do dedo pela chupeta. Deveremos ter esta preocupação por duas razões fundamentais: a primeira é que geralmente ao chuchar o dedo exercemos muito mais pressão, sendo portanto o seu efeito mais prejudicial. A segunda é de que mais tarde quando for a altura indicada para a criança abandonar o hábito, idealmente entre os dois e os três anos de idade (nestas idades a deformação óssea que ocorreu terá correcção espontânea, se o hábito for abandonado), é muito mais fácil perder o hábito da chucha do que do dedo. Isto porque a chucha é um objecto estranho e que de um momento para outro pode desaparecer (o gato comeu...), enquanto o dedo pertence à criança, é natural e está sempre à mão (na boca...).

- As vias aéreas superiores obstruídas por amígdalas ou adenóides demasiado volumosas.

As crianças portadoras destas anomalias apresentam inspirações forçadas, exercendo constantemente as tais pressões anormais na cavidade bucal, produzindo desta maneira os mesmos efeitos que no caso anterior. Uma grande percentagem destas crianças, resultante dessas inspirações forçadas, é respiradora bucal, o que faz

com que tenham a boca mais seca, favorecendo deste modo a inflamação das gengivas, a formação de tártaro (conhecida por “pedra”) que irá agravar ainda mais o seu estado de saúde oral.

- A perda prematura de dentes decíduos (de leite) e/ou permanentes.

Neste parâmetro é de salientar a importância dos dentes de leite. Estes para além das funções normais dos dentes definitivos, ou seja, a mastigação, a fonação e estética, têm uma função adicional que é a manutenção do espaço para os dentes definitivos que os irão substituir. Sendo assim, facilmente compreendemos que se perdermos muito cedo um dente de leite, há o risco de os dentes adjacentes a esse espaço começarem a se movimentar diminuindo dessa forma o espaço reservado ao dente que o iria substituir. Como consequência muitas vezes o dente definitivo não consegue erupcionar (nascer) ou se consegue vai ficar numa posição incorrecta, isto é, fora do sítio normal (posição ectópica). Portanto e resumindo os dentes de leite são importantes e devem permanecer na cavidade oral até a altura certa de caírem.



Caninos ectópicos

Importância do tratamento ortodôntico

Antes de mais devemos ter a noção de que um dente não é uma estrutura isolada no espaço, mas sim uma parte integrante do organismo a que pertence. Portanto, deve estar bem adaptado ao meio oral, que é o seu meio de acção, juntamente com os demais elementos, bem suportado pelos ossos maxilares e devidamente protegido por uma gengiva íntegra e saudável.

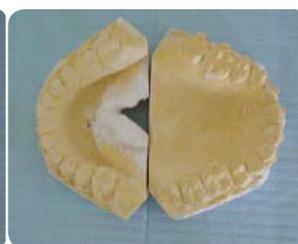
A correcção de dentes mal posicionados tem objectivos e influências mais profundas do que simplesmente levar os dentes a uma posição mais harmoniosa.

Facilmente se compreende que alguém que apresente dentes apinhados e tortos tem muito mais dificuldade em manter uma correcta higienização. Assim, há mais condições para que se desenvolvam cáries dentárias (dentes

estragados) e também problemas periodontais (aqueles que afectam a estrutura de suporte dos dentes), que se não devidamente controlados poderão levar à perda dentária. Por outro lado, a má colocação dos dentes pode levar a uma carga excessiva com conseqüente desgaste anormal das superfícies dentárias, bem como lesão das estruturas que suportam os dentes. Dentes mal posicionados levam geralmente a problemas de mastigação desencadeando muitas vezes problemas na articulação têmporo mandibular (aquela que permite a abertura e fecho da boca).



Modelos de estudo antes da correcção



O mesmo caso no final da 2ª fase do tratamento

Outra situação, que não poderemos menosprezar, é a importância de um sorriso atraente, portanto valorização da estética. Penso que é cada vez mais consensual que uma aparência agradável é um factor vital para a auto-confiança de um indivíduo. A auto-estima de uma pessoa pode melhorar à medida que os dentes, lábios e face vão adquirindo uma forma mais harmoniosa, podendo neste caso o tratamento ortodôntico beneficiar no sucesso profissional ou social, bem como melhorar a atitude geral de uma pessoa em relação à vida.

Em jeito de conclusão penso que apresentei razões suficientes para afirmar que, sempre que for possível, uma má oclusão deverá ser corrigida.



Antes da correcção



Mesmo caso, após correcção

Reparar na persistência do canino de leite levando a que o canino definitivo nascesse por palatino (céu da boca).

* Médico Dentista
(As fotos apresentadas são da autoria do Dr. Gonçalo Correia)



Recomenda-se visitas periódicas ao médico dentista e/ou higienista oral (pelo menos uma vez por ano), pois só eles poderão verificar se os dentes e as gengivas se encontram sãos ou se necessitam de algum tratamento.

Autores: GPSO - Grupo de Prevenção de Saúde Oral:

Médicos Dentistas: Alexandra Abreu, Armanda Noronha, Dóris Sousa, Gil Alves, Gonçalo Correia, Isabel Bico, Jeanne Henriques, João Bosco, Pedro Gomes

BIBLIOGRAFIA

- ROSENBLATT, Aronita – Clínica Odontopediátrica; Uma abordagem preventiva, 2002
- PEREIRA, Adão – Cáries dentárias, Medisa, 1994
- PINKHAM, Casamassima, Fields, McTigue, Norwak – Pediatric Dentistry, 1998
- WILKINS, M. Esther – Clinical practice of the dental hygienist, 1994
- CORREIA, Maria Salete N. P. – Odontopediatria na 1.ª Infância

- www.ond.pt
- www.copper.org
- www.oralhealthproducts.com
- www.marlysonohara.odo.br
- www.dental.mu.edu

- www.fo.usp.br
- www.wikipédia.org.pt
- www.medicine.uiowa.edu
- www.studentbmj.com
- www.colgate.pt

Ortodontia no adulto

* Catarina Cortez

“Tenho 40 anos. Posso pôr um aparelho?”

Ortodontia. Termo cada vez mais conhecido e utilizado. Consiste na especialidade da Medicina Dentária que **estuda, previne e trata** problemas relacionados com o desenvolvimento e amadurecimento da face, arcos dentários e mordida. Em resumo, as deformações dento-faciais.

A sua origem remonta a 1900, quando Eduard Angle, nascido na Pennsylvania, EUA, considerado o “Pai” da Ortodontia Moderna fundou em 1900 a “Escola Angle de Ortodontia”.

Inicialmente dirigida apenas a crianças e adultos jovens, esta especialidade da Medicina Dentária foi convencendo comunidades científicas e conquistando populações. Com variadíssimos materiais e um leque de tratamentos à escolha tornou-se uma condição *si ne qua non* para qualquer clínica ou consultório dentário que pretenda responder às necessidades dos seus pacientes.

Nos nossos dias cada vez mais surge a pergunta: “até que idade posso pôr aparelho?”.

A resposta dos profissionais de saúde não pode fugir muito deste pressuposto: “enquanto tiver dentes desalinhados, mal posicionados e/ou rotacionados e isso o prejudicar estética e/ou funcionalmente”.

Mas obviamente não basta.

Como em qualquer outra especialidade da medicina que implique um tratamento prolongado, essa possibilidade tem de ser minuciosamente estudada pelo Ortodontista.

O paciente terá de ser submetido a uma série de exames que vão determinar a necessidade de um aparelho de correcção ortodôntica, jogando com a parêntese **benefício/risco**.

Os tecidos periodontais (gengiva, ligamentos dentários, osso) têm de ser saudáveis e não pode existir nenhuma patologia sistémica subjacente como deficiências imunitárias, disfunções metabólicas graves, e outras, que comprometam

a capacidade de resposta celular do indivíduo.

O movimento dentário não é mais do que a resposta das células ósseas (osteoclastos e osteoblastos) à força exercida pelo aparelho.





Ora, como é do conhecimento comum, a intensidade da actividade celular é inversamente proporcional ao envelhecimento. Não descurando algum idoso mais activo e saudável, será natural que na 3ª idade não seja um tratamento efectivo. Mas o que talvez não é assim tão conhecido é que o movimento dentário deve-se à reprodução de algumas células ósseas em detrimento de outras que são reabsorvidas para dar lugar à nova posição do dente quando exercido sobre o mesmo um estímulo, uma força.

Estima-se hoje que 25% dos pacientes das clínicas da especialidade de ortodontia sejam adultos, contra 5% na década de 70.

Portanto forças leves e controladas periodicamente podem ter efeitos consideravelmente benéficos nos seus maxilares, e inevitavelmente no seu sorriso e auto-estima.

Claro está que na idade adulta as forças terão que ser muito leves, pois o osso está mais consolidado e metabolicamente preguiçoso, o que pode duplicar ou triplicar o tempo de tratamento se comparado com um adolescente com o mesmo problema. E aqui reside a grande diferença do tratamento ortodôntico no adulto. **O tempo de tratamento é maior.**

Por outro lado, e se após avaliação especializada, o ortodontista concluir que existe nesse paciente adulto uma deformação não só dentária, como também esquelética, a Ortodontia Moderna apresenta igualmente soluções favoráveis. Ao contrário da criança e adulto jovem nos quais se conseguem efeitos ortopédicos maxilares, no adulto faz-se apenas recorrendo à Cirurgia Ortognática. Cada vez menos invasiva e com pós-operatório rápido e cómodo é possível orientar e alterar o mau posicionamento dos ossos maxilares no adulto, permitindo resultados excelentes e melhorando a estética facial de forma permanente.

Em resumo, se é saudável, mas infelizmente tem aquele dentinho insistentemente desalinhado que na fotografia de casamento brilhou mais que todos os outros, porque não pedir uma opinião ao seu Médico Dentista?

É porque num qualquer dia podem perguntar-lhe com aquela pureza incisiva dos 8 anos, como assisti na minha prática clínica: “papá, porque é que tens os dentes mais tortos que os meus e eu é que tenho que usar aparelho?”

* Médica Dentista

A Nutrição e os dentes

* Diana Silva

A nutrição desempenha um papel importante na saúde oral.

Dados científicos e epidemiológicos sugerem uma sinergia constante entre a nutrição e a integridade da cavidade oral. A alimentação e o estado nutricional podem afectar o desenvolvimento e a própria integridade da cavidade oral assim como a progressão de doenças.

A cárie dentária é uma doença bacteriana, infecto-contagiosa, pós eruptiva em que existe destruição dos tecidos mineralizados dos dentes. Infecto-contagiosa porque se transmite de um dente para outro e de uma pessoa para outra pessoa, e pós eruptiva porque aparece após a erupção do dente da boca.

As bactérias têm a particularidade de se agregarem, formando uma estrutura chamada placa bacteriana. Esta placa bacteriana adere fortemente às superfícies dentárias e também ao dorso da língua. Quando estas bactérias têm contacto com os açúcares fermentam-nos formando ácidos, ácidos esses que atacam o esmalte levando à formação de cavidades.

O aparecimento ou não de cáries dentárias está dependente de uma série de factores nomeadamente a presença de bactérias, a produção de saliva, sais minerais, o teor de flúor na água de abastecimento e pastas dentífricas, hábitos alimentares, a higiene oral e os cuidados com os dentes.

Como o tema do artigo é o factor nutrição é sobre este que nos iremos debruçar.

Os alimentos podem ser agrupados consoante a capacidade que têm para induzir a cárie dentária. Podemos defini-los da seguinte forma:

Alimentos cariogénicos que são os que possuem hidratos de carbono fermentáveis e que em contacto com os microrganismos provocam uma descida do pH abaixo dos 5,5 devido

à produção dos ácidos. Os refrigerantes, gelados, chocolates, chupas e outros são alguns exemplos de alimentos cariogénicos.

Depois temos os cariostáticos que, apesar de serem metabolizados pelos microrganismos, não provocam uma descida do pH abaixo dos 5,5 nos primeiros 30 minutos. Alimentos com esta característica têm os ovos, carne e peixe.

Finalmente encontramos os anticariogénicos que, como o próprio nome indica, impedem os microrganismos de reconhecer um alimento cariogénico ou que eleve o pH. Neste grupo encontramos os hortofrutícolas, leite, queijo e água.

Mas ainda existem vários factores que afectam a cariogenicidade dos alimentos.

A forma física ou consistência é um deles. Quanto mais consistente e adesivo for o alimento, maior é o tempo de permanência na boca e de exposição aos microrganismos. É o caso das batatas fritas, dos caramelos e bolachas.

Outro dos factores é a solubilidade porque quanto mais solúvel for um alimento menor é o tempo que fica na boca, conferindo-lhe menor poder cariogénico.

O ácido contido nos alimentos pode atacar o esmalte do dente, por isso é um factor a considerar. Os refrigerantes, sumos de frutos cítricos e pickles são alguns dos alimentos com esse poder. Para minimizar as erosões dentárias, a ingestão de bebidas gaseificadas e cítricas deve ser feita através de palhinha.

A cariogenicidade também é influenciada pelo volume de saliva produzida devido ao seu efeito tampão. O pH normaliza mais rapidamente quando a quantidade de saliva é maior. Alimentos que exijam um maior esforço de mastigação, como os vegetais crus e a fruta, ou que nos parecem mais apetitosos, têm esse efeito.



* Nutricionista

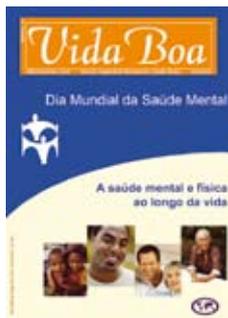
A Inova

RODA DOS ALIMENTOS

... um guia para a escolha alimentar diária!



COMA BEM, VIVA MELHOR!



REVISTA VIDA BOA Revista de Promoção e Educação para a Saúde



INDICAÇÕES AOS AUTORES

A Revista VIDA BOA está aberta a toda a colaboração aceitando artigos cuja temática esteja relacionada com a Promoção e Educação para a saúde. Neste sentido, serão aceites artigos originais que obedecem às regras abaixo descritas.

1 - Regras Gerais

- A selecção e oportunidade de publicação são da exclusiva responsabilidade da Direcção da Revista Vida Boa;
- Podem ser efectuadas revisões dos artigos, pela Direcção, que beneficiem a sua clareza e compreensão, sem lhes alterar o significado;
- A Direcção da Revista poderá propor modificações, aos autores, nomeadamente ao nível do tamanho dos artigos e clarificação de linguagem utilizada para melhor compreensão por parte dos leitores;
- O conteúdo dos artigos é da exclusiva responsabilidade do(s) autor(es);
- A identificação do(s) autor(es) é realizada com nome, título profissional, instituição e serviço onde desempenha funções, telefone e e-mail para eventual contacto;
- Pela publicação do artigo o(s) autor(es) receberão uma declaração e um exemplar da Revista.

2 - Apresentação – extensão e formato texto

- O texto deverá ter uma extensão de 5000 caracteres (excluindo espaços);
- O texto deve ser enviado em formato Word, em folhas A4, a 1,5 espaços, tipo de letra Times New Roman, tamanho 12;
- O texto, para além de impresso, deve fazer-se acompanhar de disquete ou CD;
- O suporte informático deverá estar rotulado com o nome do(s) autor(es) e nome do ficheiro;
- O autor deverá também assinalar partes do texto para eventuais destaques.

3 - Ilustrações

- O texto deverá ser acompanhado de pelo menos 1 fotografia/imagem para ilustração;
- As fotografias/imagens deverão ter boa qualidade de imagem (300 dpis) e ser **enviadas separadamente do corpo do texto**;
- Deverão ser utilizadas, de preferência, fotografias/imagens originais. Caso contrário dever-se-á indicar a fonte;
- As fotografias de pessoas e Instituições são da responsabilidade do autor do artigo;
- No caso de fotografias/imagens/quadros/gráficos/figuras/tabelas que são para serem colocadas ao longo do texto, os autores deverão enviar anotações claras sobre as ilustrações e o respectivo enquadramento no texto.

4 - Referências Bibliográficas

Seguir as indicações da Norma Portuguesa, NP 405-1.

Os originais devem ser enviados para:

Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública - Educação para a Saúde.
A/C Enfermeira Susana Bazenga

Rua das Pretas, nº 1 - 2º andar
9004- 515 Funchal
Madeira

e-mail:
susana.bazenga@drsp.sras.gov-madeira.pt

Como distinguir uma simples constipação de uma gripe?

Febre?

Fadiga?

Espirros?

Tosse?

Fraqueza?



Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Direção Regional de Planeamento e Saúde Pública

SINTOMAS

Febre

Dor de Cabeça

Dores generalizadas

Fadiga / fraqueza

Exaustão extrema

Nariz obstruído

Espirrar

Dores de garganta

Desconforto torácico/tosse

CONSTIPAÇÃO

Raro

Raro

Discretas

Algumas vezes

Nunca

Frequente

Frequente

Frequente

Leve a moderado/
tosse seca

PREVENÇÃO

Lavagem frequente das mãos; evitar o contacto com pessoas que estejam constipadas

Reforço da lavagem das mãos e protecção do nariz e boca nos acessos de espirros e tosse; vacinação sazonal a partir de 1 de Outubro

TRATAMENTO

Antihistamínicos; descongestionantes nasais; anti-inflamatórios não esteroides

Só sob orientação médica; Alívio dos sintomas gerais; Antivirais

COMPLICAÇÕES

Sinusite; infecção do ouvido médio

Bronquite; pneumonia. Pode haver risco para a vida

GRIPE

Habitualmente elevada (38C° a 39C°), por vezes mais alta (40C°) em crianças pequenas podendo durar cerca de 3 a 4 dias

Comum

Frequentes e intensas

Comum e pode durar até 2 a 3 semanas

Habitual sobretudo no início da doença

Às vezes

Às vezes

Às vezes

Frequente/
tosse intensa produtiva