

SAÚDE BUCAL

Antonio Carlos Pinto Jachinoski

Simone Tetu Moysés

Julio Cesar Bisinelli

CONHECENDO NOSSA BOCA

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

Quantas vezes já escutamos a expressão “O sorriso é o nosso cartão de visitas”. O nosso sorriso é constituído por vários elementos, como dentes, lábios, a musculatura que os movimenta etc. Portanto, é fundamental conhecermos a anatomia de nossa boca, pois somente conhecendo o que é normal, conseguiremos notar alguma coisa que fuja destas características.

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

MUCOSA'

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

1. **Mucosa jugal:** é a mucosa que reveste nossa bochecha (internamente); na região em que os dentes se tocam ela é extremamente queratinizada (queratina é uma proteína, que existe também em nossos cabelos e unhas), para aumentar sua resistência e não sofrer injúrias durante a mastigação.
2. **Gengiva livre:** não deixa também de ser mucosa, porém ela é responsável pelo revestimento da transição entre a mucosa jugal e o osso alveolar (que é o osso em que os dentes se fixam).
3. **Gengiva inserida ou marginal:** é a gengiva que recobre o osso alveolar e margeia os nossos dentes; ela tem características muito especiais, ao contrário da gengiva livre, ela é ligada ao osso alveolar por meio de milhares de fibras, o que lhe confere seu nome e a aparência de casca de laranja. Ela também é altamente queratinizada para suportar os esforços durante a mastigação e tem coloração rósea pálida.
4. **Epitélio sulcular:** é o revestimento do sulco gengival, que é um pequeno sulco que existe ao redor de nossos dentes.

DENTES

Os dentes podem ser considerados como pequenos órgãos, pois são formados por diferentes tecidos, recebendo cada dente pelo menos um feixe vículo-nervoso², que assegura sua nutrição e sensibilidade.

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

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

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

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

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

Cronologia de erupção ou “nascimento” dos dentes decíduos

DENTE	SUPERIORES	INFERIORES
Incisivos Centrais	7 meses	6 meses
Incisivos Laterais	9 meses	8 meses
Caninos	18 meses	16 meses
Primeiros Molares	14 meses	12 meses
Segundos Molares	24 meses	20 meses

Cronologia de Esfoliação ou “queda” dos dentes decíduos

DENTE	SUPERIORES	INFERIORES
Incisivos Centrais	7 – 8 anos	6 – 7 anos
Incisivos Laterais	8 – 9 anos	7 – 8 anos
Caninos	11 – 12 anos	9 – 10 anos
Primeiros Molares	10 – 11 anos	10 – 11 anos
Segundos Molares	11 – 12 anos	11 – 12 anos

Cronologia de erupção ou “nascimento” dos dentes permanentes

DENTE	SUPERIORES	INFERIORES
Incisivos Centrais	7 – 8 anos	6 – 7 anos
Incisivos Laterais	8 – 9 anos	7 – 8 anos
Caninos	11 – 12 anos	9 – 11 anos
Primeiros Pré-Molares	10 – 11 anos	10 – 12 anos
Segundos Pré-Molares	10 – 12 anos	11 – 13 anos
Primeiros Molares (*)	6 – 7 anos	6 – 7 anos
Segundos Molares	12 – 13 anos	12 – 13 anos
Terceiros Molares	17 – 30 anos	17 – 30 anos

(*) Observe que os primeiros molares permanentes nascem aproximadamente aos 6 anos de idade da criança, e nenhum dente “cai” para ele nascer, por este motivo são normalmente confundidos com dentes decíduos e são perdidos por falta de cuidado dos pais.

Estrutura dos dentes

Os dentes são constituídos de diferentes tecidos, os calcificados, como o Esmalte, a Dentina e o Cimento, e de tecidos não calcificados, como a Polpa dentária³ ou Nervo.

Esmalte

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

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

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

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

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

Dentina

É um tecido duro, formado por aproximadamente 70% de matéria inorgânica, 18% de matéria orgânica e 12% de água. A dentina constitui a maior parte do dente, determina a forma

da coroa, o número e o tamanho das raízes. É produzida por células especiais chamadas de Odontoblastos⁴. Sua cor normalmente é amarelo clara, tornando-se mais escura com a idade.

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

Sua estrutura é diferente da estrutura do esmalte, ela é constituída de inúmeros canalículos⁵ que partem da polpa dentária e seguem até o esmalte e o cimento. Em 1 mm² temos aproximadamente 30 a 40 mil túbulos dentinários, dentro de cada canalículo destes encontramos um prolongamento celular que é responsável principalmente pela sensibilidade deste tecido. Ou seja, a dentina por meio deste mecanismo é passível de “sentir” estímulos e conseqüentemente se defender. Sua principal defesa é a dor, mas ela também é capaz de defender-se formando uma nova camada de tecido que é conhecido como dentina reacional ou terciária. Esta nova camada funciona como um escudo ou barreira aos agentes que estão “agredindo” o dente.

De acordo com a agressividade do estímulo, a dentina também pode obstruir esses canalículos, por meio de fibras colágenas⁶ e cristais de apatita⁷, preenchendo-os totalmente. Esse processo dá origem à dentina esclerosada, que protege não só a polpa dentária, mas também a própria dentina.

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

Polpa Dentária (Nervo)

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

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

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

Cimento

Considerado como parte do periodonto (conjunto de estruturas que fixam e sustentam os dentes), é um tecido mineralizado, não vascularizado, que recobre a raiz do dente. Entretanto, é menos mineralizado que o esmalte e a dentina. Sua cor é, geralmente, amarelo claro; é mais escuro que o esmalte e não possui brilho. A composição química do cimento varia de 45% a 50% de matéria inorgânica e 50% a 55% de matéria orgânica e água.

PERIODONTO

É o conjunto de estruturas responsáveis pela fixação e sustentação dos dentes, é formado pelo osso alveolar, gengiva marginal, cimento e fibras periodontais.

O osso alveolar é um tecido especializado que tem sua existência baseada na presença dos dentes, ou seja, se perdemos nossos dentes, perdemos também o osso alveolar – alveolar porque as cavidades que alojam as raízes dos dentes são chamadas de alvéolos.

Fibras periodontais são feixes de fibras colágenas que ligam o dente ao osso alveolar, e se este é ligado por meio de fibras, esta união não é rígida e sim móvel, se é uma união móvel pode ser denominada também de articulação – uma articulação do tipo “Gonfose”. Esses feixes se organizam de diferentes maneiras para executar diferentes funções, retendo o dente e o sustentando nas mais diferentes condições de esforços a que ele pode ser submetido.

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

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

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

PREVENÇÃO EM ODONTOLOGIA

É fundamental termos conhecimento das doenças que mais comumente acometem nossa boca para podermos evitá-las e (ou) prevenir seu desenvolvimento. Mas nem sempre são somente doenças que devemos conhecer para termos mais saúde, alguns hábitos errados e que muitas

vezes passam de pai para filho, e continuam sendo perpetuados por gerações, podem trazer consequências graves incorrigíveis ou de correção dispendiosa e difícil.

Um grande exemplo é a necessidade de conscientização de pais e responsáveis da importância da preservação dos dentes tanto decíduos (leite) quanto os permanentes.

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

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

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

3. Estimulam o crescimento em altura e manutenção do osso que sustenta os dentes, a perda prematura de dentes faz com que o osso alveolar seja reabsorvido pelo organismo, já que o osso serve para sustentar os dentes. A perda deste osso posteriormente dificulta a confecção de prótese parciais e totais (dentaduras), pois ambas se apoiam sobre este osso.
4. São úteis no corte e na correta mastigação, auxiliando, assim, a digestão dos alimentos, uma pessoa com ausência de um elemento dentário já possui um decréscimo acentuado no poder de mastigação, tendo, dessa forma, uma probabilidade maior de desenvolver doenças no aparelho digestivo. É incorreto pensar que a simples recolocação protética dos elementos dentários faltantes vai resolver o problema, pois, por exemplo, uma pessoa que use prótese total (dentadura) tem o seu coeficiente de mastigação reduzido em mais de 50%, pois nada se compara ao poder de mastigação dos dentes naturais.
5. Para a estética, a maioria das pessoas que possuem dentes destruídos ou ausentes apresenta dificuldades de socialização, problemas psicológicos, é mais retraída e, é lógico, quase não sorri.
6. Para o convívio social, a boca com seu sorriso é nosso cartão de visitas. Como poderemos querer que alguém converse conosco com nossos dentes destruídos e com o odor (mau hálito) característico desta destruição?
7. Para a fonação das palavras, todos sabemos que os dentes entram diretamente na articulação de certos grupos de palavras. Com a ausência destes dentes torna-se difícil ou até impossível a pronúncia correta de alguns fonemas; em crianças essa falta causa

atraso de aprendizagem, pois se a criança não consegue falar corretamente, também não escreve de maneira correta.

8. A perda parcial ou total dos dentes pode acarretar problemas nas articulações do osso da mandíbula com o crânio, levando a alterações patológicas⁸ do sistema (doenças musculares, deformações ósseas, alterações de crescimento etc.)

Esses são apenas alguns motivos para que preservemos nossos dentes, mas ainda assim existem pessoas que por falta destes conhecimentos não se preocupam com isso trazendo sequelas para si e para seus filhos, que dificilmente terão possibilidades de ser corrigidas, ou com correção que não devolverá a totalidade de suas funções.

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

Cárie

A cárie dental é uma doença infecciosa, crônica, transmissível e de origem bacteriana. Os microrganismos⁹ causadores da cárie formam colônias que são semelhantes a uma geleia espessa, a placa bacteriana, que aderem à superfície dos dentes. Sob condições favoráveis, os microrganismos cariogênicos¹⁰ podem fermentar açúcares (e também outros carboidratos, mais lentamente) para produzir ácido, o qual por sua vez tem a capacidade de desmineralizar o esmalte adjacente.

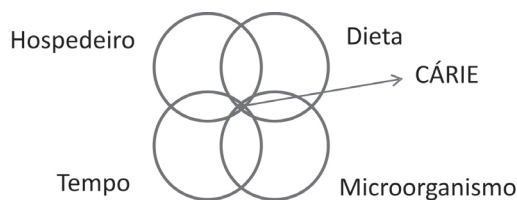
O mecanismo etiológico da cárie dental pode ser resumido na fórmula:

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

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

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

O diagrama a seguir ilustra esta interação de fatores causal:



Cada um desses fatores tem um desempenho diferente dentro da formação da cárie:

- O hospedeiro - Dente

A formação dos nossos dentes está diretamente relacionada com as condições de nutrição do indivíduo durante seu desenvolvimento.

Se as condições de alimentação e de saúde são favoráveis, teremos um dente bem formado e resistente ao ataque da cárie, ao contrário o dente seria mais frágil. Este é um momento para uma retomada do tema de nutrição, e da importância de uma alimentação correta durante o desenvolvimento do indivíduo. Durante o desenvolvimento é fundamental a ingestão de cálcio, para uma formação correta de nossos ossos e dentes.

- Os micro-organismos - Bactérias

Existem milhares de bactérias em nossa boca, algumas são inofensivas, outras em situações especiais podem se tornar prejudiciais, como as que formam a placa bacteriana; se não fizermos uma higiene adequada regularmente podemos permitir que elas se multipliquem e se organizem para começar a provocar danos em nossa boca.

- O tempo

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

- A dieta

A ingestão de grandes quantidades de açúcares, por períodos muito longos “chupar balas o dia todo”, podem permitir que a placa bacteriana já organizada tenha melhores condições de produzir uma quantidade maior e mais concentrada de ácidos, para assim destruir mais facilmente nossos dentes. Substitua sempre que possível doces por frutas, inclua alimentos que ajudam a limpar os dentes como maçã, cenoura e demais alimentos fibrosos, que também auxiliam no massageamento das gengivas.

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

Outros fatores, como o nível socioeconômico, o comportamento, as atitudes perante a vida e o nível de conhecimento podem também influenciar o desenvolvimento da doença cárie.

A melhoria da condição de vida, com aumento do acesso à boa alimentação, ao emprego, à educação, aos cuidados com a saúde e o saneamento, é aspecto importante que pode fazer diferença no risco de as pessoas desenvolverem qualquer tipo de doença, inclusive a cárie.

Promoção da saúde bucal: um caminho para a sustentabilidade

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

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

Reconhecer que a saúde de nossa boca não depende apenas de aspectos biológicos, como a presença de micro-organismos neste espaço do corpo, ou dentes “mais frágeis”, é um primeiro passo importante para promover a saúde bucal. Muitos estudos têm demonstrado que a saúde da boca depende também do ambiente em que vivemos, dos comportamentos que assumimos, das nossas relações familiares, do acesso à informação e ao cuidado em saúde, das políticas públicas voltadas para a proteção da saúde na nossa cidade e no nosso país.

Promover saúde bucal significa, portanto, colocar a boca dentro do corpo e reconhecer o corpo como parte de uma pessoa inserida em um determinado contexto social que pode aumentar sua vulnerabilidade¹¹ a doenças ou dar suporte para a construção de sua saúde (MOYSÉS, KUSMA, 2008).

Dessa forma, ações de promoção da saúde se aproximam de princípios e valores como a equidade¹², a sustentabilidade¹³, a participação¹⁴, o empoderamento¹⁵ e a autonomia¹⁶, pois estão voltadas para a justiça social, dignidade e direitos humanos (OMS, 2005).

A promoção da saúde bucal, portanto, visa alcançar melhoras sustentáveis em saúde bucal e reduzir iniquidades¹⁷ por meio de ações direcionadas a seus determinantes (WATT, 2007).

O que pode funcionar...

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

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

BROWN (1994); SCHOU, LOCKER (1994); KAY, LOCKER (1996); SPROD *et al.* (1996); KAY, LOCKER (1997)

Cinco campos de ação são propostos para promover saúde bucal (Figura 1) (OMS, 1986): o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, como a fluoretação das águas de abastecimento público; a construção de ambientes saudáveis, como a oferta de alimentos seguros e saudáveis nas escolas e locais de trabalho; o desenvolvimento de habilidades pessoais, com a disponibilidade de informações sobre como cuidar da saúde bucal; o fortalecimento da ação comunitária, favorecendo que a população participe da definição de prioridades para o cuidado da saúde bucal; e a oferta de serviços de saúde bucal adequados para atender às necessidades das pessoas.

Figura 1. Campos de ação para promoção da saúde bucal.



Melhoras sustentáveis em saúde bucal requerem, portanto, ações efetivas direcionadas para a criação de um ambiente social, como a escola, que facilite a manutenção da saúde. Exemplos de ações de saúde bucal desenvolvidas em escolas podem fazer parte de estratégias ampliadas de promoção da saúde e favorecer a saúde bucal (Quadro 1) (KWAN, PETERSEN, PINE *et al.*, 2005).

Ambiente escolar saudável

- edificações e áreas de lazer seguros para prevenir acidentes
- disponibilidade de água tratada e fluoretada
- venda proibida de alimentos não saudáveis nas imediações da escola
- ambiente psicossocial de cuidado e respeito
- envolvimento de estudantes, professores, funcionários, famílias e membros da comunidade no desenvolvimento de ações de promoção da saúde
- encontros frequentes entre a direção da escola, Associação de Pais e Mestres, conselhos comunitários e gestores da educação e da saúde

Alimentação saudável

- disponibilidade de alimentos saudáveis na cantina escolar
- bebedouros de água potável na escola
- treinamento para cozinheiras e fornecedores de alimentos sobre alimentação saudável

Açúcar, álcool e tabaco

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

Educação para saúde bucal

- educação para saúde bucal como parte do conteúdo do currículo
- escovação dentária supervisionada diária
- capacitação de pais sobre saúde bucal e estímulo ao seu envolvimento em ações de promoção da saúde
- capacitação de professores e funcionários

Serviços de saúde bucal

- garantia de acesso aos serviços de saúde locais
- resposta à urgências odontológicas

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

CÂNCER BUCAL

O câncer¹⁸ é uma doença crônico-degenerativa¹⁹ e um grave e crescente problema de saúde pública, constituindo-se na segunda maior causa de morte no país. As estimativas globais e nacionais mostram um incremento²⁰ na prevalência²¹ da doença e a enfermidade atinge proporções mundiais (INCA, 2006), apresentando altos índices de mortalidade, com forte tendência de crescimento. Segundo o World Cancer Report (2009), lançado pela Organização Mundial da Saúde, em 2030 os números alcançarão as cifras de 20 a 26 milhões de novos casos e de 13 a 17 milhões de óbitos no mundo.

Em 2008, foram realizados 12 milhões de novos diagnósticos e a doença foi responsável por 7,6 milhões de óbitos, ou seja, 13% de todos os óbitos ocorridos mundialmente nesse período. A prevalência do câncer está projetada para aumentar e estima-se que, em 2020, o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões, com 60% ocorrendo em países de médio e baixo desenvolvimento (WHO²², 2009).

O câncer bucal representa de 3 a 5% do total dos tumores malignos nos países ocidentais, sendo que o carcinoma epidermoide ou espinocelular é o mais prevalente em cabeça e pescoço. Em particular no Brasil ocupa uma posição de destaque entre os tumores malignos devido a sua relativa incidência e mortalidade (INCA²³, 2006).

As malignidades bucais configuram-se como o sexto tipo de neoplasia²⁴ no Brasil (excetuando-se os casos de pele não melanoma²⁵) e a previsão é que ocorram 10.330 novos casos de câncer bucal para homens e 3.790 para mulheres, totalizando 14.120 novos casos entre 2009 e 2010 (INCA 2009). O câncer de boca ocupa também a sexta posição em ocorrência mundial, porém permanece em terceiro lugar em países em desenvolvimento (CONWAY, 2010).

A etiologia²⁶ do câncer é multifatorial²⁷, porém, evidencia que a enfermidade é diretamente ligada ao tabagismo, alcoolismo e a associação entre ambos (MINISTERIO DA SAUDE, Brasil 2008). Outros fatores associados envolvem traumas mecânicos e causas biológicas como, por exemplo, o vírus HPV²⁸.

Sobre a causalidade da doença, documentos do Instituto Nacional do Câncer (INCA) afirmam que “o risco de câncer numa determinada população possui não só relação com as características biológicas e comportamentais dos indivíduos que a compõem, mas, também, com as condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que os rodeiam” (INCA 2006).

Os fatores de risco²⁹ associados ao câncer bucal estão relacionados a condição socioeconômica, educação formal, ocupação, bem como a hábitos relativos ao estilo de vida saudáveis como boa alimentação, cuidados com a higiene e não saudáveis como tabagismo³⁰, etilismo³¹, sedentarismo³²,

má alimentação, estresses relacionado ao risco ocupacional, além da exposição exagerada e prolongada ao sol. Esses fatores são chamados de cocancegírenos, que nada mais são que fatores que podem se sobrepor e predispor ao aparecimento de lesões cancerizáveis.

IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO E DO DIAGNÓSTICO PRECOCE (RECONHECIMENTO ANTECIPADO)

O câncer bucal tem critério de cura? Sim, existe o critério³³ de cura e preservação³⁴ da doença, desde que detectado e tratado precocemente (reconhecimento antecipado).

Por isso a necessidade da avaliação rotineira, pelo menos uma vez ao ano, por um profissional de saúde, no caso da boca, quando ocorrer qualquer alteração em boca, língua e lábios ou mesmo em regiões peribucais³⁵, a visita a um cirurgião-dentista.

Dos tumores malignos (câncer) que acometem a boca é o carcinoma espinocelular ou epidermoide que representam cerca de mais de 95% dos casos registrados. Acometem um grupo de risco³⁶, que são os indivíduos do gênero masculino, acima de 40 anos de idade, tabagistas, etilistas e que na maioria pela sua atividade que desempenham ficam expostos aos raios solares. Quando esses indivíduos são acometidos pela doença estão impedidos de desenvolver suas atividades rotineiras (profissionais ou rotineiras), trazendo graves ônus social e financeiro ao Estado e de difícil solução.

DIAGNÓSTICO PRECOCE

Quando se observam as alterações (diferença de cor, volume, consistência), as mais comuns e importantes são as manchas avermelhadas, brancas avermelhadas e eventualmente escuras. O aparecimento de lesões ulceradas (feridas) nos lábios, mais comumente no inferior pela incidência dos raios solares, ou mesmo na boca que não cicatrizam (melhoram/curam) entre 10 a 14 dias, devem ser encaminhados para avaliação (diagnóstico) e tratamento o mais rápido possível.

Coma evolução da doença (passar do tempo), outros sinais³⁷ e sintomas³⁸ podem aparecer, como, por exemplo: dor, sangramento espontâneo, dificuldade de abrir e fechar a boca, mobilidade e mudanças de posição dos dentes, salivação intensa entre outras.

Todas essas alterações nem sempre podem traduzir obrigatoriamente em câncer bucal. Inúmeras doenças podem iniciar e evoluir com essas mesmas características, mais devem também ser diagnosticadas e tratadas convenientemente.

AUTOAVALIAÇÃO AUTOEXAME³⁹

A autoavaliação conhecida como autoexame é de grande importância principalmente para o diagnóstico precoce do câncer bucal.

Deve seguir uma sequência:

- 1- Posicionar-se diante do espelho, com boa iluminação;
- 2- Examinar toda a face (rosto);
- 3- Examinar, sentir a textura dos lábios (inferior e superior);
- 4- Abrir a boca afastando com o dedo indicador as bochechas para melhor visualização (observar alteração de cor normal, consistência, forma);
- 5- Projetar a língua pra fora da boca examinando a parte de cima de baixo e dos lados;
- 6- Examinar o palato duro/mole e região de garganta – úvula(céu da boca e campainha);
- 7- Quando sentir diferença de consistência (mole/duro), os dedos indicadores e polegar, com o toque provoca dor, sangramento;
- 8- Caso POSITIVO quando realizar estes passos, procurar imediatamente o profissional que é o cirurgião dentista ou um médico para que possa avaliara e esclarecer o problema.

SUSTENTABILIDADE E VIDA SAUDÁVEL

Sustentabilidade⁴⁰ é um conceito sistêmico⁴¹, relacionado à continuidade dos aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais da sociedade humana. Propõe-se a ser um meio de configurar a civilização e as atividades humana, de tal forma que a sociedade, os seus membros e as suas economias possam preencher as suas necessidades e expressar o seu maior potencial no presente, e ao mesmo tempo preservar a biodiversidade e os ecossistemas naturais, planejando e agindo de forma a atingir pró-eficiência na manutenção indefinida desses ideais. A sustentabilidade abrange vários níveis de organização, desde a vizinhança local até o planeta inteiro. (PORTAL SUSTENTABILIDADE 2012)

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

Uma alimentação saudável, balanceada, com um consumo mais consciente de frutas e verduras na dieta, preferencialmente coloridas, que realizam papel de antioxidantes⁴² (betacaroteno)

PREVENÇÃO

Quais as atitudes positivas para uma melhoria no processo prevenção?

1. Alimentação saudável, balanceada, evitando o consumo excessivo de açúcar, além da ingestão de frutas e verduras coloridas.
2. Evitar o consumo de álcool e fumo.
3. Evitar exposição continuada ao raios solares. (Irradiação solar)
4. Bons hábitos de higiene (escovação dos dentes, uso de fio dental), realização do autoexame
5. Avaliação periódica pelo profissional cirurgião dentista, principalmente quando uso de próteses.
6. Controle de cáries, doenças gengivais (sangramento de gengiva), ou quando de traumas provocados pela má posição dos dentes ou dentes ou coroas dentárias fraturadas.

DOENÇAS EMERGENTES E REEMERGENTES

Envelhecimento x Perspectiva⁴³ de vida x Qualidade de vida

O aumento da perspectiva de vida em todo mundo faz que a área de saúde pesquise novos métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento das diversas condições de alterações e afecções bucais.

A saúde bucal do indivíduo, além de sofrer as modificações próprias do processo de envelhecimento, pode apresentar interações derivadas de inúmeras doenças crônicas: como hipertensão⁴⁴, diabetes⁴⁵, distúrbios cardiovasculares⁴⁶, insuficiência renal, variações psicológicas, menopausa⁴⁷, entre outras, como apresentar efeitos colaterais de vários medicamentos utilizados no tratamento das mesmas.

Além disso, temos que considerar a influência do meio no desenvolvimento, bem como na manutenção do quadro de doença, o estresse diário (físico e(ou) emocional), o risco ocupacional⁴⁸ levando a quadros de ansiedade e depressão, o aumento dos hábitos deletérios (nocivos) na população como o etilismo, o tabagismo, que geram situações transitórias ou oportunista como a imunossupressão⁴⁹.

Os problemas relacionados à Saúde Pública são de etiologia multifatorial, ou seja, dependente de várias ações conjuntas e integradas e de investimento nas áreas de saneamento básico.

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

Envelhecimento

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

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

Enquanto os japoneses são os campeões do mundo em longevidade, com expectativa média de vida ao nascer em torno dos 82 anos – isto devido a sua condição de sustentabilidade (hábitos saudáveis – alimentação, política pública, econômica, social, cultural, e ambiente com preocupações ecológicas que levam a equidade da população) –, no extremo, muitos habitantes do continente africano nem sequer alcançam a metade desta idade. Nos países os mais atingidos pela Aids, a expectativa de vida vem sendo reduzida drasticamente em torno de 14 anos.

No Brasil, a expectativa média de vida ao nascer é de 73,1 anos, sendo que a expectativa para as mulheres em 7,6 anos a mais. Segundo estimativas mundiais, o número de idosos deve duplicar até 2025. No Brasil hoje, temos aproximadamente 11 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Projeção para 2020 é de 32 milhões e o 6º país em idosos.

O envelhecimento é caracterizado pelo desgaste dos vários setores do organismo, gerando com isso alterações no seu funcionamento, com perda das habilidades de adaptação ao meio. Então, as idades biológica e funcional tornam-se um fator importante para medir o processo do envelhecimento e suas adaptações.

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

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

A EXPECTATIVA DE VIDA

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

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

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

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

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

Hoje, o grande desafio não é apenas conseguir adiar o envelhecimento e aumentar a expectativa de vida, mais sim prolongar esta duração com qualidade, ou seja, viver mais, porém com qualidade.

Outro fator a considerar é que o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), um fator importante, muitas vezes causadora de limitações funcionais e de incapacidades que podem comprometer a qualidade da vida do indivíduo.

No Brasil, observa-se uma progressiva queda da mortalidade em todas as faixas etárias e um conseqüente aumento da expectativa de vida da população, isso devido a um maior acesso da população ao sistema de saúde, bem como a melhoria deste.

Segundo a ONU – Organização das Nações Unidas, a proporção de pessoas que tem mais de 60 anos na população mundial, atualmente em 10%, aumentará para 21% em 2040. Inevitavelmente o envelhecimento não poupará nenhuma região do globo, o envelhecimento está sendo global.

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

REFERÊNCIAS

BARATIERI, L.N. *et all.* **Dentística; procedimentos preventivos e restauradores.** Rio de Janeiro: Quintessence, 1989.

CASTRO, S.V. **Anatomia fundamental.** 2. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1980.

GLICKMAN, I. **Periodontia clínica de Glickman:** prevenção, diagnóstico e tratamento da doença periodontal na prática da odontologia geral. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

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

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

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

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

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

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

PINTO, V.G. **Saúde bucal, panorama internacional.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1990.

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

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H.C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids In: BARBOSA, R.M.; RICHARD, P. (Eds.). **Sexualidades pelo avesso:** direitos, identidades e poder. São Paulo: Editora 34; 1999.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

BROWN, L. **Research in dental health education and health promotion: a review of the literature**. Health Education Quarterly, n.21,p.83-102, 1994.

CARVALHO, S. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.4,p. 1088-1095,2004.

HEIDMANN, I.T.S.B.; ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY,A.M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto – Enfermagem**, n.15, p.352-358, 2006.

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

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

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

MOYSÉS, S.T.; KUSMA, S. Promoção de saúde bucal e intersectorialidade na abordagem familiar. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 247-257.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde**. 1986. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=202>. Acesso: 25 de abril de 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um mundo globalizado**. 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso: 25 de abril de 2012.

PETERSEN, P.E.; BOURGEOIS, D.; BRATTHALL, D.; OGAWA, H. Oral health information systems - towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. **Bulletin of the World Health Organization**, v.83, n.9, p.686-693, 2005.

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

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

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

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

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: MINAYO, M.C.S.; CAMPOS, G.W.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Eds.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ; 2006. p. 635-667.

GLICKMAN, I. **Periodontia clínica**: prevenção e diagnóstico e tratamento da doença periodontal na prática da odontologia geral. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

MOYSÉS, T., KRIGER, L., MOYSÉS S.J. **Saúde Bucal das Famílias**. Trabalhando com Evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

TOMMASI, A.F. **Diagnóstico em patologia bucal**. São Paulo. 3. ed. Pancast, 2002.

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

DEFINIÇÕES E NOTAS EXPLICATIVAS

1. Mucosa – Epitélio de revestimento, camada que reveste a parte interna da boca.
2. Feixe vaso-nervoso – Conjunto de veias, artérias e nervos.
3. Polpa dentária – Nervo do dente.
4. Odontoblasto – Célula responsável pela formação dos dentes.
5. Canalículo – Tubo muito fino.
6. Colágeno – Substância que compõe as fibras do nosso organismo.
7. Cristais de Apatita – Unidades cristalinas, formadas principalmente de cálcio, fósforo e potássio, que formam a porção inorgânica de ossos e dentes.
8. Alterações patológicas – Mudanças que causam doenças.
9. Microrganismos – Bactérias.
10. Cariogênicos – Produtores de cárie.
11. Vulnerabilidade – Conjunto de fatores, não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que podem aumentar ou diminuir a probabilidade de exposição a uma doença e a disponibilidade de recursos de todas as ordens para dela proteger-se. (AYRES *et al.*, 1999)
12. Equidade – Condição em que todos devem ter justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem, se isso puder ser evitado. (HEIDEMANN *et al.*, 2006)
13. Sustentabilidade – O que pode ser sustentado, mantido, uma ação de promoção de saúde sustentável precisa ser: ecologicamente correta, reconhecendo a relação do ser humano com seu ambiente; economicamente viável, pelo uso apropriado dos recursos disponíveis; socialmente justa, priorizando pessoas e grupos mais vulneráveis; culturalmente aceita, quando valoriza as diferenças e dá oportunidade para a participação de todos; e psicologicamente saudável, favorecendo a construção da autonomia. (UN, 2002)
14. Participação – Um processo pelo qual diferentes grupos participam na identificação das necessidades ou dos problemas de saúde e atuam como corresponsáveis no planejamento e execução de soluções adequadas. (BRASIL, 2006)
15. Empoderamento – Processo que permite que as pessoas adquiram maior controle sobre as decisões e as ações que afetam a sua saúde, pela consciência crítica, respeito, participação solidária e o cuidado do grupo. (CARVALHO, 2004)

16. Autonomia – Desenvolvimento pessoal das capacidades que permitem que as pessoas possam decidir livremente sobre suas próprias ações e as possibilidades de construir sua própria vida e saúde. (WESTPHAL, 2006)
17. Iniquidades – Diferenças injustas.
18. Câncer – Considerada uma doença degenerativa, todos os tipos, incluindo o de boca – bucal. (tumor maligno)
19. Doença crônico-degenerativa – De curso longo, progressivo relativo ao processo do envelhecer, alterar as qualidades do que foi gerado.
20. Incremento – Relativo a aumentar.
21. Prevalência – Relativo a número de casos.
22. WHO – Sigla em inglês de OMS (Organização Mundial da Saúde).
23. INCA – Instituto Nacional do Câncer – Que estuda e documenta os casos de câncer no Brasil.
24. Neoplasia – Nova formação tumoral; se maligno, sinônimo de (tumor maligno).
25. Melanoma – Câncer, tumor maligno de pele.
26. Etiologia – Relativo a causa, o que forma.
27. Multifatorial – Relativo a vários fatores que se interam.
28. Vírus HPV – Vírus Papiloma Humano, maior precursor do câncer de colo de útero, com aparecimento em boca.
29. Fatores de risco – Fator relacionado ao aumento da probabilidade de desenvolver a doença.
30. Tabagismo – Ato de fumar.
31. Etilismo – Ato de beber bebida alcoólica.
32. Sedentarismo – Mau hábito relativo à atividade física.
33. Critério – Norma para decidir ou proceder.
34. Proservação – Controle, acompanhamento ao longo do tempo.
35. Regiões peribucais – Regiões ao redor da boca.
36. Grupo de risco – Indivíduos com maior chance de acometer, desenvolver a doença.
37. Sinal – O que se observa (alteração de cor, volume, consistência).
38. Sintoma – É subjetivo, o que o paciente sente e informa.
39. Auto exame – Auto, relativo a si próprio, ato de se observar; realizar exame em si mesmo.
40. Sustentabilidade – O que pode ser sustentado, mantido.
41. Sistêmico – Relacionado ao geral, de maneira genérica.
42. Antioxidantes – Substâncias presentes nos alimentos que ajudam no processo de manutenção de saúde, ajudando o metabolismo e prevenindo o envelhecimento precoce celular.

43. Perspectiva – Aspecto sob o qual algo se apresenta.
44. Hipertensão – Pressão alta.
45. Diabetes – Distúrbio no metabolismo dos açúcares, caracterizado por hiperglicemia.
46. Distúrbios Cardiovasculares – Alterações do coração.
47. Menopausa – Climatério.
48. Risco ocupacional – Trabalho em local ou com substâncias que tragam danos à saúde.
49. Imunossupressão – Diminuição das reações de defesa do organismo.

