



MANUTENÇÃO DA HIGIENE ORAL EM PACIENTES EM TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Introdução

O tratamento ortodôntico não só corrige problemas estéticos, como também problemas de fala, respiração e permite uma oclusão correta e funcional. Este tratamento ajuda também na prevenção de problemas periodontais a longo prazo, pois modifica a posição dentária dando mais acessibilidade a uma higiene oral mais eficaz. A ortodontia consegue corrigir muitos problemas encontrados diariamente na prática clínica, dos quais o apinhamento dentário, dentes rodados, mordida aberta, *overbite* aumentado e mordida cruzada são os mais comumente encontrados (Matic et al. (2010).

Segundo Y. Berlin-Broner, et al. (2012), Clifford (1994) e Willmot (1994), o tratamento ortodôntico dificulta a higiene oral, o que leva a uma maior presença de placa bacteriana. A presença aumentada de placa bacteriana leva a um aumento do risco de cáries, desmineralizações, recessões gengivais e gengivite.

É fundamental consciencializar, partilhar conhecimentos e divulgar a importância da saúde periodontal entre profissionais de saúde oral e entre o profissional e o paciente, pois ainda se verifica algum descuido por parte dos profissionais em relação a esta temática (Bortoluzzi et al. 2013).

Antes da colocação do aparelho ortodôntico, o médico-dentista e/ou higienista oral tem a responsabilidade de diagnosticar se há presença de doenças periodontais e esperar até existir uma boa saúde oral para se dar início ao tratamento ortodôntico (Kumar et al., 2017).

Para um melhor acompanhamento do caso clínico do paciente, o ortodontista e o higienista oral devem acompanhar o caso clínico em conjunto e definir o melhor plano de tratamento possível (Migliorati et al., 2014, Kumar et al., 2017).

Atualmente existem múltiplos recursos de motivação de higiene oral que o profissional de saúde oral pode utilizar para motivar os pacientes. Tem-se como exemplos de motivação o reforço positivo, recursos audiovisuais, observação do método utilizado pelo paciente na escovagem e dar indicações de higiene oral e de dieta, e o próprio controlo de saúde oral (Olympio et al., 2006).

Para Buzalaf et al. (2011), a motivação quanto aos cuidados de saúde oral deve ser realizada antes e durante do tratamento ortodôntico, para uma boa promoção de uma boa saúde oral e prevenção de doenças orais. Apesar de existirem pacientes com uma higiene oral bem controlada, na falha de reforço dos cuidados de higiene oral, os níveis de cooperação diminuem significativamente.

O tratamento ortodôntico não deve ter como único objetivo a melhoria da estética e oclusão funcional, mas sim conseguir estabelecer uma boa relação entre ortodontista-paciente e, com esta, motivar o paciente a realizar mudanças no seu comportamento que o levam a escolhas mais saudáveis (Olympio et al., 2006).

Este artigo tem como objetivo realizar uma revisão biblio-

gráfica sobre o conhecimento da importância da manutenção da higiene oral em pacientes em tratamento ortodôntico, métodos de higiene oral em ortodontia, problemas comumente encontrados nestes pacientes, procedimento clínico de manutenção, utensílios de higiene oral (mecânicos e químicos) recomendados e recursos de motivação que se podem utilizar em consulta.

1. Antes de iniciar tratamento ortodôntico

• Anamnese

É indispensável, recolher informação detalhada da história clínica do paciente.

Como tal, antes do início do tratamento ortodôntico, existem informações-chave que levam a que o higienista/médico-dentista fiquem mais atentos a certos problemas de saúde oral. O paciente deve responder a algumas perguntas, tais como: a ocorrência anterior de algum problema de saúde oral, a medicação que toma e se tem doenças sistémicas ou fisiológicas (Pradesh et al., 2017).

A posição dentária e os hábitos parafuncionais são fatores de risco para a saúde periodontal. Temos como exemplos: apinhamento dentário, índice de placa devido à incorreta posição dentária, o que dificulta a higiene oral dos pacientes, carga oclusal, a relação coroa/raiz, o bruxismo e o estado das restaurações (Ortiz et al., 2013).

O tempo entre o momento em que o paciente inicia o tratamento periodontal e/ou dentário e o início do tratamento ortodôntico depende da presença de fatores de risco, da severidade da doença e principalmente do grau de controlo de formação da placa bacteriana (Ortiz et al., 2013).

• Consentimento informado

O paciente tem o direito a um consentimento informado, onde estão explicados os riscos durante o tratamento ortodôntico e a responsabilidade do médico dentista e/ou higienista oral bem como do paciente ao longo do tratamento (Pradesh et al., 2017).

• Planos de tratamento concluídos

Todos os planos de tratamento que envolvem o trata-

Medicamentos que interferem no tratamento ortodôntico	
Anti-inflamatórios Não Esteróides (AINES)	Analgésicos
Antidepressivos tricíclicos (Doxepin, Amitriptilina, Imipramina)	Antiarrítmicos (Procaína)
Antimaláricos (Quinina, Quidina, Cloroquina)	Metilxantinas
Anticonvulsivantes (Fenitoína)	Tetraciclina (Doxiciclina)
Bifosfonatos utilizados no tratamento da osteoporose (Alendronato ou Risedronato)	Indometacina (utilizada no tratamento da artrite)

Tabela 1.

Cabe ao profissional de saúde oral ter conhecimento sobre a medicação que pode influenciar o movimento ortodôntico e alertar o paciente para o risco do mesmo.

Na tabela 1 acima indicada, podem observar-se os medicamentos que influenciam o tratamento ortodôntico (Ortiz et al., 2013).

Os analgésicos mais comuns, como o ibuprofeno e o ácido acetilsalicílico, não demonstram grande interferência no movimento dentário durante o tratamento ortodôntico (Ortiz et al., 2013).

• Diagnóstico

O Higienista Oral deve realizar um diagnóstico inicial do estado de saúde oral, após a recolha de dados (medição de bolsas e recessões periodontais, fotografias e radiografias) e definir um plano de tratamento caso o paciente apresente uma doença oral (Pradesh et al., 2017).

mento de cáries, controlo de inflamação gengival e redução de bolsas devem ser realizados antes do tratamento ortodôntico (Pradesh et al., 2017).

2. Durante o tratamento ortodôntico

• Ensinos Teórico-Práticos ao paciente sobre Higiene Oral

Segundo Buzalaf et al. (2011), muitas das vezes os pacientes que estão em tratamento ortodôntico apresentam menor índice de hemorragia e de presença de placa bacteriana pois são acompanhados regularmente com ensinos de higiene oral.

Para Freitas et al. (2004), a manutenção da saúde oral dos pacientes durante o tratamento ortodôntico tornou-se indispensável pois não só aparecem em ambiente clínico pacientes saudáveis, como também pacientes diabéticos, transplantados, imunodeprimidos ou com outras doenças que requerem um cuidado redobrado.



Imagem 1. Escova manual adaptada para tratamento ortodôntico.



Imagem 2. Cabeças de escovas elétricas adaptadas para tratamento ortodôntico.

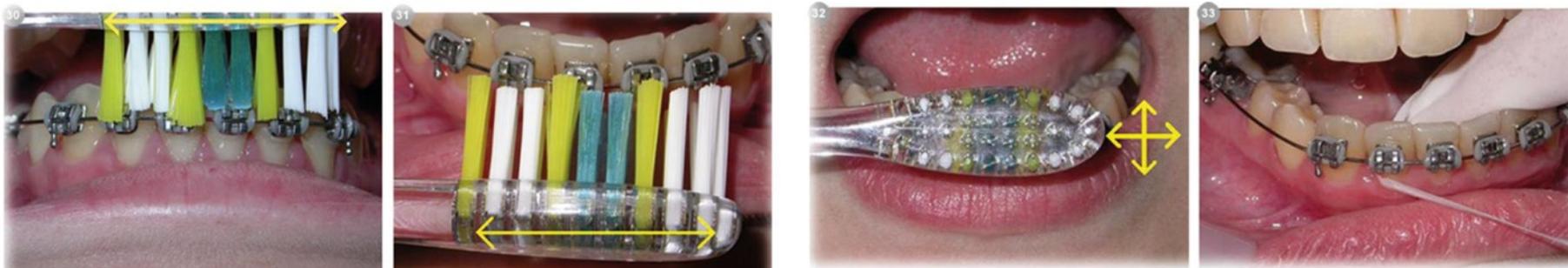


Imagem 3. Técnica de escovagem com a presença de *brackets*.

Na consulta de controlo de Higiene Oral, existem quatro tópicos fundamentais que devem ser abordados em todas as consultas de controlo, afim de controlar ou modificar hábitos incorretos dos pacientes.

- Escovagem

O primeiro tópico e o mais importante é o método de remoção mecânica de placa bacteriana pela escovagem (Costa et al., 2004). Se necessário, o profissional deve aconselhar outros métodos complementares de higiene oral (Pradesh et al., 2017).

Pode utilizar-se uma escova manual ou elétrica, existindo escovas adaptadas especialmente para o tratamento ortodôntico (Ramos, 2005).

Deve escovar-se os dentes duas a três vezes por dia com o método de Bass e a escovagem deve demorar pelo menos 2 minutos (Olympio et al., 2006).

Segundo Buzalaf et al. (2011), é crucial a utilização contínua de pastas fluoretadas. Afim de evitar a proliferação bacteriana, é igualmente importante, a substituição das escovas trimestralmente.

- Controlo químico

Um dos produtos químicos mais importantes é o flúor. Não só previne a cárie dentária, como ajuda na remineralização do esmalte (Heintze, 1996).

Para Stefanovska et al. (2014), a profilaxia com flúor tópico deveria ser implementada, não apenas nas pastas dentífricas, como em verniz, bochechos e gel durante e após o tratamento ortodôntico especialmente em pacientes com alto risco de cárie.

Bortoluzzi et al (2013), defende que podem ser utilizados colutórios em coadjuvante da escovagem, desde que apresentem substantividade e não produzam nenhum dano na mucosa oral ou tecidos dentários. Um estudo realizado por Costa et al. (2004), demonstrou que não há diferenças significativas entre os pacientes que realizam só remoção mecânica de placa e os pacientes que utilizam os colutórios como coadjuvante da escovagem.

Segundo Olympio et al. (2006), a clorhexidina comprovou o seu efeito no controlo da inflamação gengival e diminuição da formação de placa bacteriana. O Cloreto de Cetilpiridínio é também um componente químico que controla a formação de placa bacteriana e gengivite.

A clorhexidina demonstra ser mais eficaz contra a formação da placa bacteriana quando comparada aos óleos essenciais, mas apresenta dois grandes problemas como a formação da pigmentação dentária e ajuda na formação de cálculo (Bortoluzzi et al., 2013).

Ramos (2005) constatou que o Triclosan também pode ser utilizado no combate da gengivite.

- Dieta

O consumo de hidratos de carbono e açúcar são uma das causas mais comuns do aparecimento de cárie dentária nos pacientes em tratamento ortodôntico. Cabe ao higienista oral ou médico dentista, realizar a avaliação dietética dos pacientes, de modo a perceber se o consumo de alimentos cariogénicos é ou não elevado e ajudar na mudança de hábitos, caso seja necessário (Olympio et al., 2006).

Segundo Gama-teixeira et al. (2000), as pessoas que consomem diariamente mais de duas vezes por dia frutas cítricas, apresentam um risco superior de sofrer lesões erosivas dentárias. Semelhante a estes alimentos temos como exemplos: o vinagre de maçã e as bebidas gaseificadas ou energéticas e vinho.

Quando os pacientes não atingiram ainda a maioria da idade, deve explicar-se aos pais a importância de uma dieta variada e lembrar que não é só a saúde oral que fica prejudicada, mas também a saúde geral (Olympio et al., 2006).

- Higiene interproximal

Segundo Olympio et al. (2006), enquanto que as áreas mais difíceis de higienizar em dentes com bandas é a zona cervical, nos dentes com *brackets* as zonas mais complicadas de higienizar são as faces mesiais e distais dos dentes que



Imagem 4. Escovagem com escovilhão e Super-floss.



Imagem 5. Unitufo.



Imagem 6. Modelo para explicar método de escovagem.

estão localizadas por baixo do arco e em que as cerdas da escova não chegam. Como tal, existem diversos métodos de higiene interdentária como o Super-Floss, escovilhões, passa-fio e escovas unitufos (Costa et al., 2004).

• Tratamentos realizados na consulta de higiene oral

Para Olympio et al. (2006), em todas as consultas de controlo deve ter-se em conta o risco de periodontite, risco de cárie dentária, a motivação do paciente e o plano de tratamento do paciente para que não apareçam lesões no esmalte ou problemas periodontais.

As consultas de controlo de higiene oral com pacientes em tratamento ortodôntico devem ser no máximo de quatro em quatro meses. Quando há dificuldade no controlo de placa bacteriana as consultas de controlo podem ter intervalos mais curtos, podendo ter que ser necessário o paciente ter consultas mensais (Olympio et al., 2006).

Para além da aplicação do destararizador para remover os cálculos presentes na cavidade oral, é também necessário a aplicação de uma pasta profilática no polimento feito com uma escova ou cúpula. Outro método de remoção de resíduos que pode ser utilizada na consulta rápida e eficaz é a utilização do Prophy-Jet (Olympio et al., 2006).

Como já foi dito anteriormente, pacientes em tratamento ortodôntico têm uma higiene oral mais dificultada e a placa bacteriana é um fator de risco para a cárie dentária. Como tal, não é suficiente o uso diário de pastas fluoretadas pelos pacientes. Deve aplicar-se em ambiente clínico o flúor em gel ou verniz de flúor pois a concentração é muito superior ao que é vendido comercialmente (Berlin-Broner et al., 2012).

• Registrar no processo clínico dos pacientes o estado de saúde oral

Registrar nas notas clínicas a diminuição ou não da formação de placa bacteriana (Pradesh et al., 2017).

• Recursos de motivação

Para Costa et al. (2004), a instrução e a motivação dos pacientes são o principal recurso de prevenção de doenças orais, a escovagem deve ser vista como um método auxiliar.

Para uma melhor compreensão por parte do paciente pode utilizar-se um modelo, ilustrações ou vídeo educativo

da forma correta de higienização dentária. Em contrapartida, o método que parece mais eficiente para o paciente compreender é a escovagem supervisionada pelo profissional de saúde complementada com indicações verbais simultaneamente (Malesevíc et al., 2012).

Pode fazer toda a diferença demonstrar os problemas orais aos pacientes com um espelho ajudando na sua auto-percepção (Buzalaf et al., 2011).

• Abordagem do Higienista Oral/Médico Dentista com o paciente

O higienista oral/médico dentista deve utilizar um reforço positivo ao paciente e evitar criticar os seus comportamentos. Outra abordagem eficaz é realizar perguntas ambivalentes facilitando a resposta do paciente em relação à sua dificuldade de alterar os seus hábitos/comportamentos. Apesar da dificuldade sentida pelo profissional de saúde, deve prevalecer a persistência e encontrar novas formas de demonstrar a importância de mudanças de hábitos aos seus pacientes (Malesevíc et al., 2012).

Caso não surjam melhorias na higiene oral deve-se: reduzir o intervalo entre consultas de higiene oral para consultas mensais, com mais tempo de consulta para que sejam feitos novos ou reforçar ensinamentos de higiene oral (Pradesh et al., 2017).

3. Após o tratamento ortodôntico

Reforçar necessidade de manter bons cuidados de higiene oral em casa e manter consultas de controlo com o Higienista Oral/Médico Dentista (Pradesh et al., 2017).

Conclusão

Atualmente, é indispensável que o paciente seja tratado de forma integral. A promoção de saúde e prevenção de doenças orais são o principal objetivo dos ortodontistas e higienistas orais no plano de tratamento dos seus pacientes.

Os pacientes têm o direito de ser orientados e motivados nos cuidados a ter com a sua saúde oral, antes durante e após o tratamento ortodôntico.

Embora o tratamento ortodôntico possa aumentar a acumulação de placa bacteriana e, consecutivamente, ocorram problemas orais, os mesmos podem ser evitados se existir uma correta manutenção da higiene oral.

O tratamento ortodôntico pode e deverá ser um meio de ajuda a criar bons hábitos de higiene oral, evitando assim problemas orais a longo prazo. ■

* Higienista Oral na Clínica Infante Sagres do Prof. Doutor Fernando Almeida.

** Prof. Dr. Fernando Almeida conta com mais de 30 anos de experiência na área de Medicina Dentária; Phd 2006 FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Administrador da Clínica Dentária Infante Sagres, Clínica Dentária dos Carvalhos e da Labdent - Laboratório de Prótese Dentária; Orador Convidado de várias Conferências Nacionais e Internacionais; Autor de vários Artigos Científicos publicados em revistas Nacionais e Internacionais; Coordenador do Curso Privado em Implantologia, no Porto e Lisboa; Consultor Científico de vários produtos de Implantologia.

Bibliografia

Berlin-Broner, Y, Levin, L & Ashkenazi, M. (2012). Awareness of orthodontists regarding oral hygiene performance during active orthodontic treatment. *European Journal of paediatric dentistry*, vol. 13/3.

Bortoluzzi, GS., Ortiz, JS, Lazzaretti, DN & Silva, CPC. (2013). Mecânica Ortodôntica para pacientes comprometidos periodontalmente. *J Oral Invest*, 2(1), p.17- 25.

Buzalaf, MAR., Bardal, PAP, Bastos, JRM, Henriques, JFC & Olympio, KPK (2011). Educação e motivação em saúde bucal-prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico. *Dental Press J Orthod*, p.95-102.

Freitas, PZ, Martins-Ortiz, MF., Nelson-Filho, P & Consolaro, A. (2004). Porque se preocupar com a higienização dos aparelhos?. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, vol.9, n.1, p.30-32.

Heintze, S.D, Jost-Brinkmann, PG, Finke, C & Miethke, RR. (1999). *Oral Health for the Orthodontic Patient*. Quintessence, Chicago, p.66-70.

Kumar, V, Yadav, V, Dwivedi, M, Agarwal, K.I & Asrar, SA. (2017). Periodontal considerations in orthodontic treatment. *Indian Journal of Orthodontics and Dentofacial Research*, 3(1), p.18-22. DOI: 10.18231/2455-6785.2017.00004.

Malesevíc, D, Lalic, M, Aleksic, E, Gajic, M. & Milic, J. (2012). *European Journal of paediatric dentistry*, vol. 13/3.

Matić, S., Ivanović, M & Nikolić, P. (2010). Effect of Oral Hygiene Training on the Plaque Control in Patients Undergoing Treatment with Fixed Orthodontic Appliances. *Serbian Dental Journal*, vol.57, n.1. DOI: 10.2298/SGS1001007M.

Migliorati, M, Isaia, L, Cassaro, A, Rivetti, A, Silvestrini-Biavati, F, Gastaldo, L, Piccardo, I, Dalessandri, D & Silvestrini-Biavati, A. (2014). Efficacy of professional hygiene and prophylaxis on preventing plaque increase in orthodontic patients with multibracket appliances: a systematic review. *European Journal of Orthodontics*, p.1- 11. DOI: 10.1093/ejo/cju044.

Olympio, K.P.K, Bardal, P.A.P, Henriques, J.F.C & Bastos, J.R.M. (2006). *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, vol.11, n.2, p.110-119.

Sobral, M.A.P, Luz, M.A.A.C., Gama-Teixeira, A. & Netto, N.G. (2000). Influência da dieta líquida ácida no desenvolvimento de erosão dental. *Pesqui odontol bras*, v.14, n.4, p.406-410.

Stefanovska, E, Kapusevska, B, Popovska, L. & Zabokova-Bilbilova, E. (2014). White Spot Lesions: Prevention and management during the orthodontic treatment. UDC: 616.314-089.23-084.

Willmot, D.R. (1994). The oral hygiene assessment and care of orthodontic patients. *Dental Health*, vol 33, n.2.