

Posição dos cirurgiões-dentistas em relação ao selamento da superfície oclusal

Cristiane B. C. SALES CUNHA¹
Luciana ARMADA¹
Luciane MONTE ALTO²

RESUMO

Investiga a conduta de cirurgiões-dentistas em frente ao uso do selante na superfície oclusal. Os profissionais foram visitados pelas autoras em consultórios dentários e clínicas situados no município do Rio de Janeiro e responderam a um questionário misto. A maioria (85,5%) dos entrevistados utiliza selantes, principalmente o resinoso (74%). Dentre os participantes, 15 (28,8%) são odontopediatras, e desses 63,3% utilizam o material ionomérico. Foi observada uma grande divergência de opiniões em relação à indicação, vantagens e desvantagens do uso do selante, visto que essa foi a primeira opção de tratamento para a maior parte dos participantes, antes de serem observados outros fatores relevantes.

Palavras-chave:

Odontopediatria, selantes de fósulas e fissuras, biofilme, prevenção.

Data de recebimento: 27-5-2002
Data de aceite: 28-6-2002

¹Especialista em Odontopediatria - Faculdade de Odontologia UNESA

²Professora assistente da Faculdade de Odontologia - UNIG-UNESA; Doutoranda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia - UFRJ

INTRODUÇÃO

Apesar da redução da incidência da cárie dental, essa doença continua acometendo grande parte da população (Bernardo et al., 2000). Diversas razões têm sido pontuadas a esse respeito, no entanto sabe-se que a anatomia da superfície oclusal favorece a colonização de microrganismos cariogênicos, tornando os elementos posteriores dignos de cuidados específicos (Araújo, 1994).

Na fase pré-eruptiva, o diagnóstico da lesão cariosa na superfície oclusal se torna difícil (Tostes, 1997), pois não é baseado apenas nos sinais clínicos, uma vez que são considerados os fatores de risco que produzem ou modulam a sua atividade (Vieira et al., 1996; Cardoso et al., 2001).

Para Ramires-Romito & Imparato (1999), apenas o tratamento sintomático da doença não interrompe a sua evolução. Seria interessante a realização de medidas preventivas, tais como, a observação e acompanhamento do paciente, o controle e tratamento com produtos fluoretados, antimicrobianos e orientação dietética, associados à motivação do paciente, principalmente para uma eficiente remoção do biofilme dental (Meiers & Jensen, 1984; Araújo, 1994; Vieira et al., 1996; Kramer et al., 1997).

A literatura relata que o controle e a remoção do biofilme dental por meio da escovação são fatores primordiais que visam à prevenção e ao controle da doença cárie (Carvalho et al., 1992; Dean & Hughes, 1995; Kramer et al., 1997).

No entanto, algumas vezes, mesmo após a instituição de medidas de observação e controle, o profissional não alcança o objeti-

vo pretendido, sendo necessário lançar mão de outras alternativas. Dentre essas, o selante oclusal pode ser destacado, uma vez que esse material preserva a superfície oclusal, pois escoia pelas fôssulas e fissuras, além de penetrar nas microporosidades do esmalte (Kramer et al., 1991; Myaki et al., 1998; Bernardo et al., 2000). O selante forma uma película fina, resistente e contínua, que atua como uma barreira mecânica e, quando corretamente inserido e aderido ao esmalte dental, proporciona vantagens para o paciente (Kramer et al., 1991; Bernardo et al., 2000). Porém, atualmente, a literatura demonstra que esse material deveria ser empregado de maneira restrita, devido às suas desvantagens e também ao sucesso de programas de educação e motivação para saúde bucal (Carvalho et al., 1991).

O objetivo do presente trabalho é investigar a conduta de cirurgiões-dentistas em frente ao uso dos selantes na superfície oclusal.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram entrevistados 90 cirurgiões-dentistas, por meio de um questionário com questões relativas à conduta em relação ao uso do selante. As autoras do estudo realizaram a pesquisa em consultórios dentários e clínicas odontológicas situados na Zona Norte e Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro. Todos os participantes consentiram no uso das informações obtidas, de acordo com o documento Consentimento Livre e Esclarecido. Após a obtenção dos dados, estes foram inseridos no programa estatístico Epi Info, versão 6, e utilizado o teste estatístico Qui-quadrado para a análise

dos resultados obtidos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estácio de Sá.

RESULTADOS

Do total de 90 entrevistados, 52 (58%) possuíam especialidade, sendo 15 (28,8%) odontopediatras. O selante é utilizado por 77 (85,5%) dos profissionais entrevistados, dos quais 13 (16,8%) são odontopediatras.

Dentre as justificativas citadas, as predominantes foram: prevenção de cárie em crianças (I) por 36 (46,7%) profissionais e sulcos profundos (A) por 31 (40,2%) dos entrevistados. A seguir foram mencionados: pacientes com má higiene (D), pacientes com alto índice de cárie (B), primeiros molares recém-erupcionados (G), selamento em casos de mancha branca ativa oclusal (E), selamento de todos os dentes permanentes (F), selamento em pacientes com baixo índice de cárie (L), profissionais que selam todos os dentes decíduos (C), dentes com sulcos pigmentados (J), primeiros molares permanentes (M) e adultos sem a doença cárie (H), o que pode ser visualizado e avaliado na Figura 1. A frequência do tipo de material utilizado pode ser observada na Figura 2.

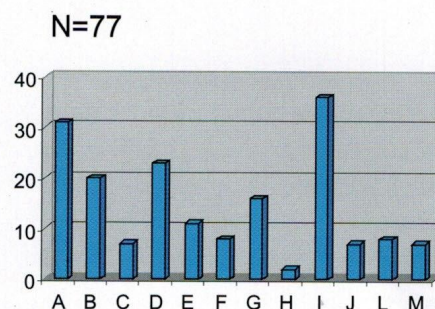


Figura 1- Situações nas quais o selamento foi indicado pelos entrevistados

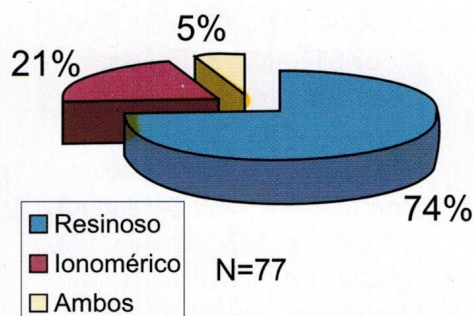


Figura 2 - Tipo de material utilizado pelos entrevistados

A maior parte dos profissionais, quando questionados sobre o motivo da escolha do material selador (Figura 3), alegaram que esse era o produto utilizado pela clínica nas quais trabalham (A). A liberação de flúor (E) e a boa adesão (I) também foram justificativas bastante citadas. Apenas alguns responderam: material é de fácil manipulação (F), razões estéticas (B), não existe razão especial (H), custo reduzido (C), utilização do material devido à propaganda (D), desconhece a existência de outro material (J), a utilização do material depende de cada paciente (G).

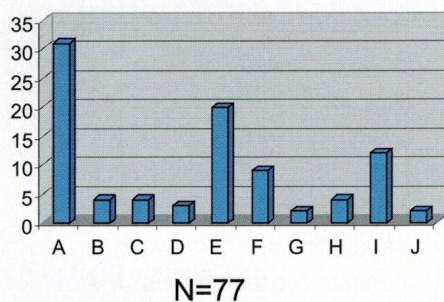


Figura 3 - Motivos de escolha do material selador

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, pode-se observar que o selamento oclusal ainda vem sendo realizado com frequência, como o principal método de prevenção, principalmente pelos profissionais

que não possuem especialidade, contrariando os trabalhos de Kramer et al. (1991), Pimenta & Pimenta (1996) e Tostes (1997) que verificaram que o selante só se torna eficaz quando associado a outros métodos preventivos.

Para Carvalho et al. (1991), a higiene bucal é a maneira mais eficaz de prevenir a doença, quando realizada de forma regular e adequada, associada ao uso de dentífrico fluoretado. Por outro lado, as consultas periódicas ao dentista oferecem a oportunidade de motivação e educação do paciente, remodelando a técnica de escovação adequada, com orientação sobre a dieta, dentre outros fatores de riscos presentes. Esses métodos preventivos exigem tempo, no entanto são de baixo custo (Carvalho et al., 1991; Kramer et al., 1997). Conforme Cardoso et al. (2001), o grande uso do selante oclusal acontece devido a uma sensação de proteção aos pacientes e/ou responsáveis, mesmo nos casos em que a doença se encontra presente.

Sobre as justificativas em relação à decisão do selamento oclusal, pode-se observar que não estão de acordo com as encontradas na literatura. Segundo Haas et al. (2001), o selamento deve ser utilizado quando outros métodos preventivos não obtiveram sucesso, como nos casos dos pais ou pacientes pouco motivados, em pacientes diabéticos e em portadores de deficiências motoras, que fazem uso de medicamentos que causam xerostomia, apresentam dieta descontrolada, dificuldade de higienização ou doenças que comprometem as glândulas salivares. O profissional, quando opta por realizar o selamento oclusal resinoso e não há uma correta indicação, estará

desenvolvendo um sobretratamento, podendo causar danos futuros para o paciente, no sentido de criar um nicho de retenção alimentar (Haas et al., 2001).

Os resultados deste estudo demonstram que os entrevistados estão desatualizados em relação as vantagens e desvantagens do selamento da superfície oclusal e muitos, inclusive, contrariam Kramer et al. (1997) ao indicar e realizar o selante como tratamento de primeira escolha na prevenção de lesões cáries. Esse fato ocorre mesmo com a vasta literatura que restringe cada vez mais o uso do selante (Carvalho et al., 1991).

Foi claramente observado que o selante resinoso é o material mais utilizado, sendo indicado por 57 (74%) dos entrevistados, enquanto 16 (21%) optam pelo ionomérico e apenas 4 (5%) utilizam ambos. Dentre os profissionais que utilizam o selante ionomérico, 8 (50%) são odontopediatras.

Apenas 13 (14,4%) profissionais relataram não realizar o selamento das superfícies oclusais, alegando experiências negativas. Desse total, 11 (84,6%) não atendem crianças e 2 (15,3%) são odontopediatras.

Do total de 15 odontopediatras, 13 (86,6%) realizam o selamento oclusal, 8 (63,3%) utilizam o selante ionomérico e 7 (36,7%), o resinoso. As justificativas foram diversas. No caso do resinoso, a opção "este é o material utilizado pela clínica onde trabalho" foi a mais freqüente, enquanto no ionomérico a "liberação de flúor" foi a justificativa mais encontrada.

Pode-se constatar que os entrevistados tiveram preferência pelo selante resinoso alegando baixo custo, boa adesividade e fácil manipulação. No entanto,

essas vantagens visam ao favorecimento do profissional, desconsiderando, assim, as necessidades do paciente. Os selantes resinosos realmente possuem uma melhor retenção, porém, segundo Neurman & Thylstrup (1994) e Toledo (1994), quando fraturados, demonstram maior incidência da doença. Já os ionoméricos, mesmo após terem sofrido desgaste, continuam a promover uma liberação constante de flúor, por meio de ilhotas de ionômero retidas no fundo das fôssulas e fissuras (Mejäre & Mjör, 1990).

É importante ressaltar que a utilização dos selantes está restrita à superfície oclusal, sendo necessárias medidas de prevenção de saúde bucal individualizadas para que haja também a proteção das outras superfícies dentárias e o controle do indivíduo (Kramer et al., 1991; Cardoso et al., 2001).

CONCLUSÕES

Concluiu-se que

- o selante ainda é o tratamento de primeira escolha, realizado pela maioria dos profissionais entrevistados;
- o selante resinoso foi o material mais utilizado;
- os profissionais desconhecem a indicação atual do selante oclusal;
- não houve diferença estatisticamente significativa entre o uso do selante ionomérico e do resinoso por parte dos odontopediatras.

ABSTRACT

DENTISTS POSITION ABOUT OCCLUSAL SURFACES SEALANT

The aim of this study was to evaluate the dentists' position about occlusal sealant. The subjects were dental clinics and doctor's offices, in the city of Rio de Janeiro, to whom a questionnaire was applied. The results of the survey indicated that 85,5% of interviewed use sealant, and resin sealants is the most used (74%). Pediatric dentistry represent 28,8% (15 individuals) of this research, and 63,3% of this group use ionomer sealants. The majority of the interview have great divergent point of view about indications and the advantages and disadvantages of this material's usage.

Keywords: Pit and fissure sealants, dental plaque, prevention, pediatric dentistry.

REFERÊNCIAS

- 1 ARAÚJO, F. B. Dente erupcionado deve ser selado? In: **Atualização na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 1994. p.197-203.
- 2 BERNARDO, P. C. et al. Avaliação clínica de um cimento de ionômero de vidro utilizado como selante oclusal. **Pesq. Odont. Bras.**, v. 14, n. 1, p. 53-57, jan./mar. 2000.
- 3 CARDOSO, M. C.; BARATIERI, L. N.; RITTER, A. V. Does clinical experience affect occlusal caries diagnosis and sealant recommendation? An in vitro study. **J. Dent. Child.**, v. 68, n. 4, p. 250-254, Jul./Aug. 2001.
- 4 CARVALHO, J. C.; THYLSTRUP, A., EKSTRAND, K. R. Result after 1 year of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 19, n. 1, p. 23-28, Feb. 1991.
- 5 CARVALHO, J. C.; THYLSTRUP, A.; EKSTRAND, K. R. Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 20, n. 4, p. 187-192, Aug. 1992.
- 6 DEAN, J. A.; HUGHES, C. V. Métodos mecânicos e quimiorretapêuticos caseiros de higiene oral. In: McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 176-194.
- 7 HAAS, N. A. T.; ALVES, M. U.; VALENÇA, A. M. G. Selantes: uma retrospectiva a respeito de sua utilização desde o surgimento até os dias atuais. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 58, n. 2, mar./abr. 2001.
- 8 KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; ROMANO, A. R. Tratamento não invasivo. In: KRAMER, F. P.; FELDENS, A. C.; ROMANO, R. A. **Promoção de saúde bucal em odontopediatria diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie dental**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 91-125.
- 9 KRAMER, P. F. et al. Selantes oclusais revisão da literatura. **Rev. A. P. C. D.**, v. 45, n. 3, p. 473-477, maio/jun. 1991.
- 10 MEIERS, J. C.; JENSEN, M. E. Management of the questionable carious fissure: invasive x noninvasive techniques. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 108, n. 1, p. 64-68, Jan. 1984.
- 11 MEJÅRE, I.; MJÖR, I. A. Glass ionomer and resin-based fissure sealants: a clinical study. **Scand. J. Dent. Res.**, v. 98, n. 4, p. 345-350, Aug. 1990.
- 12 MYAKI, S. I.; BRUNETTI, H. L. L. A.; CORRÊA, M. S. N. P. Selantes de fôssulas e fissuras.0 In: CORRÊA, P. N. S. M. **Odontopediatria na primeira**

- infância.** São Paulo: Santos, 1998. p. 343-354.
- 13 NEURMAN, J. H.; THYLSTRUP, A. Selantes de fissuras e a cárie dentária. In: THYLSTRUPA.; FEJERSKOV, O. **Cariologia clínica.** 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994. p. 327-330.
- 14 PIMENTA, I. C.; PIMENTA, L. A. F. Selantes: prevenção ou tratamento? **Rev. ABO Nac.**, v. 4, n. 5, p. 298-302, out./nov. 1996.
- 15 RAMIRES-ROMITO, A. C. D.; IMPARATO, J. C. P. Selamento oclusal como proposta não terapêutica: relato de um caso clínico **J. B. P.**, v. 2, n. 6, p. 119-125, mar./abr. 1999.
- 16 TOLEDO, O. A. **Odontopediatria:** fundamentos para a prática odontológica. 2. ed., São Paulo: Premier, 1996.
- 17 TOSTES, M. Quando selar dentes posteriores? **Rev. Flum. Odontol.**, ano 3, n. 5, p. 30-34, jan./jun. 1997.
- 18 VIEIRA, A. R.; MODESTO, A.; GLEIZER, R. Estágio atual do diagnóstico de cárie oclusal. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 53, n. 2, p. 47-49, mar./abr. 1996.

Correspondência para / Reprint requests to:

Cristiane Beatriz Costa Sales Cunha

Rua Barão de Icaraí, n.º25/ aptº503

Bairro: Flamengo Rio de Janeiro - RJ

Tel.:(21) 32373132 CEP: 22250-110

e-mail: ccscunha@terra.com.br

Luciana Armada Dias

Rua Campos Sales, n.º 25 /aptº402

Bairro: Tijuca Rio de Janeiro - RJ

Tel.:0(21)22546729 CEP: 20270-210

e-mail: luadiaz@hotmail.com