

# Protocolo clínico para avaliação e controle do processo saúde-doença cárie

*Clinical protocol to evaluate and control the health-carries disease process*

## Inger Campos Tuñas

Doutora em Clínica Odontológica, Área de Concentração Dentística, pela Unicamp  
Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFRJ

## Katlin Darlin Maia

Doutora em Odontologia Social pela UFF  
Professora Adjunta da FO/Uerj

## Mariana Passos

Mestre em Odontopediatria pela UFRJ  
Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFRJ

## Rodrigo Jan Arkader

Mestre em Odontopediatria pela UERJ  
Professor da FO/Unesa

## Sérgio Weyne

Doutor em Odontologia pela UFRJ  
Professor Titular da FO/Unesa  
Professor Adjunto IV da UFF

## RESUMO

O modelo cirúrgico-restaurador, que resulta no ciclo restaurador repetitivo e culmina com a perda dos elementos dentais, ainda é praticado por grande parte dos profissionais e estudantes de Odontologia. Apesar de alguns aconselhamentos sobre higiene bucal serem realizados mecanicamente, o fato é que a prática se distancia dos conceitos. A inexistência de protocolos clínicos voltados para o controle do processo saúde-doença e ainda a multifatorialidade da mesma talvez expliquem esta constatação. Por este motivo, o objetivo deste trabalho é sugerir um modelo de protocolo clínico que auxiliará na sistematização e padronização do atendimento, visando avaliar e controlar o processo saúde-doença cárie.

Palavras-chave: protocolo; doença; cárie.

## ABSTRACT

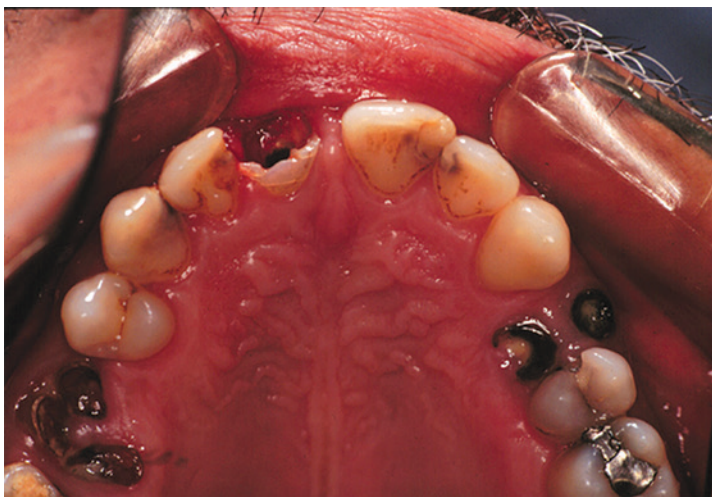
The surgical-restorative model, which results in repetitive restorative cycle and culminates with the loss of dental elements, is still practiced by many professionals and dental students. Although some advices on oral hygiene are performed mechanically, the fact is that the practice is really distant from the concepts. The lack of focused clinical protocols for the control of the health-disease process and still its multifactorial characteristics may explain this finding. For this reason, the aim of this work is to suggest a model of clinical protocol that will help the systematization and standardization of care to evaluate and control health-carries disease process.

Keywords: protocol; disease; caries.

## Introdução

Apesar da movimentação acadêmica voltada para conceituar e tentar controlar a doença cárie, percebe-se um distanciamento entre o que é dito em congressos e salas de aula e o que de fato acontece nas clínicas das universidades (com modelos retrógrados voltados para a produção de um número x de restaurações, exodontias, endodontias e próteses) e nos consultórios (1). O modelo cirúrgico-restaurador, no qual o dentista conta as lesões e semanalmente as restaura, ainda é praticado pela maior parte dos profissionais. É provável que alguns aconselhamentos sobre higiene bucal sejam feitos mecanicamente, mas o fato é que a prática se afasta dos conceitos. Talvez isto possa ser explicado pela inexistência de protocolos e guias clínicos organizados que orientem o dentista sobre como de fato lidar com a doença cárie (2). Outra hipótese seria a multifatorialidade da doença que dificulta a identificação e abordagem dos fatores causais. Com este impasse, percebe-se uma parcela considerável da população, de nossos clientes de consultório, ainda com atividade de doença, com manifestações clínicas nas mais diferentes fases de desenvolvimento da lesão muitas vezes já mutilados e inseridos no ciclo restaurador repetitivo (3).

Desta forma, como colocar em prática um modelo de diagnóstico, de controle do processo saúde x doença, tratamento e acompanhamento da doença cárie, considerando seus múltiplos aspectos? Uma das sugestões seria a implantação de um protocolo clínico, que auxiliará na sistematização e padronização do atendimento. Assim sendo, o objetivo deste trabalho é sugerir um modelo de protocolo clínico que auxiliará na sistematização e padronização do atendimento, visando avaliar e controlar o processo saúde-doença cárie.



**Figura 1.** Cliente com atividade de doença cárie e com lesões em diferentes níveis de perda mineral

## Protocolo

O primeiro passo do protocolo para a correta abordagem da doença cárie é o diagnóstico detalhado, que tem início com adequada anamnese, exame clínico e inclui exame radiográfico. Mas o que abordar na anamnese que

apresente influência direta no processo saúde x doença? E, em se falando deste processo, como diferenciá-lo entre o que é fisiológico (já que a relação entre desmineralização (DES) e remineralização (RE) acontece o tempo todo na cavidade bucal) e o que é patológico (quando a DES supera a RE)? Este desafio pode ser simplificado quando entendemos que não apenas um fator pode estar promovendo a perda da homeostasia dos biofilmes dentais e compreendemos também que o controle não pode ser obtido com uma medida específica. Para controlar a atividade da doença cárie, é necessário naturalmente manter em equilíbrio os principais fatores causais da doença (4).

Alguns aspectos devem ser levados em consideração: O cliente consome medicamentos que reduzem o fluxo salivar? Possui alguma doença sistêmica que interfira na saliva? Sabe-se que algumas doenças sistêmicas como Síndrome de Jögren, artrite reumatoide, diabetes, doenças hormonais e AIDS, assim como alguns medicamentos – antidepressivos, anorexígenos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, diuréticos, anti-hipertensivos –, podem comprometer o fluxo salivar propiciando maior retenção dos alimentos, facilitando o acúmulo de biofilme sobre as superfícies dentais, favorecendo a sucessão e dominância de micro-organismos cariogênicos e dificultando o processo de remineralização das lesões cariosas (5, 6). Para avaliar a quantidade de saliva, o teste de fluxo salivar estimulado é recomendado. Para a realização deste teste, o cliente mastiga parafina ou um pedaço de lençol de borracha por 1-2 minutos e esta saliva formada no primeiro momento é deglutida. Em seguida, por 3 a 5 minutos o cliente expectora a saliva em um recipiente graduado. São considerados normais fluxos salivares de 1-3 ml de saliva/minuto. Valores abaixo de 0,7 ml de saliva/minuto são sinais de hipossalivação. Cabe a reflexão: uma medida barata, simples, mas quantos são os dentistas que realmente fazem o teste de fluxo salivar? Quantos convênios permitem que sejam feitos, sem glosas ou justificativas?

Outro fator determinante para o acometimento da doença cárie está diretamente relacionado ao substrato. Portanto, é fundamental avaliar: como é a dieta do indivíduo? Esta pergunta é bastante ampla e na maioria das vezes o cliente responde o que acha que o dentista quer ouvir. Entretanto, como leigo, não percebe que as inúmeras guloseimas açucaradas são desafios cariogênicos constantes em sua cavidade bucal, assim como os vários cafezinhos adoçados com sacarose. Para avaliar objetivamente este fator, diários de dieta são interessantes ferramentas para acessar a rotina de convívio com sacarose do cliente. São anotados todos os alimentos consumidos por três dias consecutivos (sem incluir dias do final de semana). Desta forma consegue-se perceber consistência, quantidade e frequência dos alimentos com açúcar ingeridos normalmente em sua dieta revelando informações importantes que devem ser consideradas na avaliação da atividade cariogênica (7). É possível sugerir ao cliente trocas interessantes como biscoito recheado por pipoca salgada, substituir chicletes e balas por outros sem

sacarose e concentrar o consumo de alimentos cariogênicos após o almoço, quando o fluxo salivar está bem estimulado. Deve-se salientar que nas últimas horas da noite o consumo de sacarose deve ser evitado porque apesar da escovação, moléculas permanecem na cavidade bucal e durante o sono ocorre diminuição do fluxo salivar, o que intensifica o desafio cariogênico (8). Chicletes contendo xylitol também são uma boa opção. A substituição da sacarose por adoçantes pode ser sugerida caso seja avaliada na dieta do indivíduo sua presença constante.

Devido à característica de biofilme-dependência da doença cárie, sua desorganização rotineira é essencial para a reversão do quadro (9, 10). Logo, é fundamental avaliar que hábitos o cliente tem para sua higiene bucal. É notório, na prática clínica, a percepção da desvalorização do uso de fio/fita dental pelos clientes que se desmotivam pela dificuldade técnica e também por sangramentos e simplesmente não realizam a limpeza dos espaços interproximais (11). Negligência semelhante ocorre com a higiene da língua normalmente por desconhecimento da importância da remoção da saburra lingual (biofilme lingual), responsável quando espessa, pela produção de compostos derivados de aminoácidos contendo enxofre, causadores da halitose.

Outra reflexão: quantos dentistas ensinam ou aprimoram a maneira de escovar de seus clientes? Vários modelos enfeitam consultórios e são utilizados para fazer instrução de higiene oral, entretanto, olhar uma boca fora do corpo em tamanho gigante não reproduz o dia-a-dia do cliente. Assim sendo, a instrução de higiene oral deve ser feita em todas as consultas, na própria cadeira, com o cliente acompanhando com um espelho de mão, pois precisa saber como se autocuidar. Para conseguirmos isto, não é necessário inutilizar o que já é feito. Deve-se “adaptar” a forma de escovar ao que o cliente precisa, uma individualização de escovação, de forma a não impor uma técnica específica, mas aprimorando àquela que ele já realiza habitualmente. Os progressos precisam ser reforçados positivamente para que novos avanços sejam propostos. O cliente deve trazer todos os instrumentos utilizados rotineiramente em sua higiene bucal a fim de avaliarmos os cuidados com os mesmos.

Que importância o cliente dá à sua saúde bucal? Relata-se que o nível socioeconômico se relaciona com o aparecimento de lesões cariosas. Como a sacarose é uma fonte de energia barata, seu consumo é mais alto e frequente em populações de menor renda. Desta forma, educar no intuito de se promover saúde é fundamental para que os clientes entendam o que é a doença e como controlá-la. Cabe ao profissional estimular mudanças de hábitos que impliquem em autocuidados em cada consulta e monitorá-los sempre. Ressalta-se que os clientes não têm alta definitividade, mas uma alta provisória, com intervalos customizados às necessidades individuais, de acordo com a capacidade de se autocuidar (12).

Após anamnese, tem início o exame clínico, com a avaliação de biofilme visível presente e de sangramento gengival (13). Estes indicadores refletem a frequência e qualidade dos

autocuidados do cliente. Não raro atendemos pessoas com pouquíssima quantidade de biofilme visível, entretanto com elevado sangramento gengival o que ilustra sua preocupação em higienizar adequadamente antes da consulta, sem que esta seja sua verdadeira rotina.

Deve-se avaliar a Pressão Arterial (PA) como rotina, especialmente naqueles acima de 35 anos, bem como sua glicemia capilar para verificação e acompanhamento de eventuais alterações sistêmicas.

Outra situação que vem sendo percebida como uma preocupação social importante parte dos clientes é quanto à avaliação de possibilidade de existência de halitose. Para esta informação podemos utilizar o índice de Biofilme Lingual simplificado adaptado por WINKEL *et al.* (14), associado ao exame organoléptico, considerando-se a percepção de halitose dentro da distância de trabalho clínico (mais ou menos 15 centímetros). Esta medida tem por base o Índice de Biofilme Lingual sugerido por WINKEL *et al.* (14), no qual a língua é fotografada e dividida em sextantes, considerando a presença de biofilme espesso nas regiões marcadas. Considera-se como o escore 1 a presença de biofilme nas cinco regiões menos críticas e como 2 na região mais crítica (posterior central da língua). Dessa forma, o índice máximo seria 7. Como já foi dito, é importante a considerar na avaliação a percepção de odor na distância clínica de 15 cm de distância (organoléptico). Com a utilização deste teste torna-se concreta a observação do cliente quanto à necessidade de se higienizar esta região, o que permitirá no futuro, avaliar a evolução dessa condição clínica.

Note-se que, apesar da abordagem de diagnóstico constar na discussão já feita há alguns parágrafos, é apenas neste momento que se inicia a inspeção dos elementos dentários, o que reforça a necessidade de conhecermos o indivíduo, seus hábitos e rotinas para estabelecimento das causas que levaram aos possíveis achados. Para examinarmos as estruturas dentais propriamente ditas é importantíssimo que estejam livres de biofilme visível. Desta maneira, deve ser realizada adequada profilaxia (com complementação do uso de fio dental) previamente ao exame para que sulcos, fissuras e demais superfícies sejam observadas detalhadamente, com o campo bem iluminado e seco e com isolamento relativo das áreas examinadas. O exame CPOS ampliado segue uma sequência lógica começando pelo 18 até o 28 e do 38 até o 48, sendo observadas as faces de cada elemento. O uso de sonda exploradora com ponta afiada para inspecionar sulcos e fissuras é desaconselhado, pois o atrito mecânico da face pontiaguda com uma superfície desmineralizada ainda não cavitada e, portanto reversível, poderá produzir uma cavitação. Também se deve ressaltar que presumivelmente a sonda exploradora pode transmitir micro-organismos de uma região para outra, além de não aumentar a fidelidade do diagnóstico. A sonda (desde que com a ponta arredondada) pode ser deslizada suavemente sobre desmineralizações de aspecto branco a fim de que se verifique sua textura, rugosa (quando ativa - MBA) e lisa (quando inativa - MBI), bem como, para avaliar a existência de sobrecontornos de restaurações (15, 16). Em se tratando de manchas brancas, primeiro sinal visível da perda mineral ativa, é esclarecedor entender que são resultado de um efeito ótico, em consequência da diferença de índices de refração. Quando ocorre perda mineral, o espaço intercrystalino aumenta e onde normalmente é preenchido com água, passa a haver ar. Devido às diferenças entre os índices de refração do ar (1,0) e da água (1,33), quando comparados com o da hidroxiapatita (1,62), o que era visto como uma estrutura contínua se torna esbranquiçado. Desta forma, recomenda-se intensa secagem da estrutura dental antes do exame para que mesmo áreas com pequenas perdas minerais se tornem evidentes. Tão importante quanto identificar as manchas brancas é diferenciá-las de outras manchas que também podem se apresentar com aspecto esbranquiçado como fluorose leve que acomete grupos de dentes, atingindo da cervical até a incisal - e as hipoplasias de esmalte - normalmente resultado de traumas dos dentes decíduos que afetam os permanentes, redondas ou ovais, sendo mais comuns no terço médio e incisal (17, 18, 19).



**Figuras 2.** Fluorose. Perceba o aspecto horizontal das manchas fluoróticas



Atenção especial deve ser dada aos sulcos e fissuras pigmentados, que no passado eram invariavelmente invadidos por serem considerados como lesões. Sabe-se que sulcos pigmentados são resultados de “selamentos biológicos”, incorporação de minerais juntamente com corantes, na fase de remineralização. Os clientes também apresentam dúvidas quanto a estas pigmentações e devem ser esclarecidos de que se tratam de “cicatrices” sem nenhum processo patológico (20).



**Figura 3.** Pré-molares com selamento biológico no sulco oclusal. Presença de lesão cariosa em dentina na distal do primeiro molar

Porém, atenção deve ser dispensada para que as lesões chamadas ocultas (*hidden caries*) não sejam subestimadas. Estas lesões também apresentam aspecto pigmentado, normalmente com um halo cinza ou marrom sob o esmalte que se encontra hígido, entretanto há extensa lesão cariosa em dentina subjacente. Para que o diagnóstico se torne seguro e o dentista possa realmente decidir quando restaurar ou não, radiografias interproximais são essenciais. Verificadas as radiografias, merece destaque o fato de que lesões com aspecto radiolúcido em esmalte, devem ser preservadas, já que, por ser predominantemente mineral, esta estrutura é passível de remineralização. Em dentina, lesões que se encontrem em sua metade externa e não apresentem cavitação, podem ser mantidas em observação vigilante. Nas outras situações a conduta deve ser restauradora (21, 22, 23).

Para as superfícies proximais, onde o diagnóstico clínico é dificultado pela presença do elemento vizinho, afastamentos interdentais de 24 a 48 horas – mediatos – são viáveis e permitem facilitar tanto o diagnóstico como eventuais procedimentos restauradores. Para este tipo de afastamento podem ser usados elásticos ou borrachas ortodônticos. Na impossibilidade deste tipo de afastamento, afastadores imediatos como cunhas ou afastadores de “Elliot” podem ser empregados.

A decisão restauradora deve ser responsabilmente tomada, a premissa “na dúvida, restaure” há muito foi substituída por “na dúvida, observe”. Quando necessário restaurar, os preparos devem ser minimamente invasivos, diminuindo o desgaste de estrutura dental sadia, aumentando a longevidade dos dentes, sua resistência, são preparos menos dolorosos, menos agressivos e mais baratos. São exemplos de preparos conservativos o acesso direto, slot horizontal, slot vertical (bastante usado no dia a dia). Destaca-se que o preparo em túnel não deve ser realizado já que a ocorrência de “re-restaurações” em função de fraturas de crista marginal tornaram-no incompatível com preservação de estrutura dental (24, 25). Tratava-se de um preparo com elevada dificuldade técnica. Além do diagnóstico de estrutura dental, avaliar restaurações na lógica da mínima invasão tecidual também é fundamental. Não é incomum a opção por substituição de restaurações pelos profissionais que não foram executadas por si próprios, por apresentarem-se escurecidas ou muitas vezes sem critério ou razão concreta. Estima-se que 70% dos procedimentos em Dentística sejam destinados às substituições de restaurações, que também implicam em desgaste de estrutura dental e reforçam o ciclo restaurador repetitivo. Como alternativa às substituições, procedimentos de reparos, recontornos e repolimentos devem ser estimulados já que implicam em preservação de estrutura dental, têm menor custo. Para restaurações em amálgama a sequência de recontornos e repolimentos envolve o uso de brocas multilaminadas, taças e pontas abrasivas na sequência marrom, verde e azul e tiras de lixa nas proximais. Para restaurações em resina há disponíveis no mercado variados sistemas de pontas e discos que podem ser usados respeitando-se a sequência proposta pelo fabricante, sempre da maior para a menor granulação (2, 20).

Uma vez diagnosticada a situação do paciente, segue-se à próxima etapa do protocolo de promoção de saúde: o CONTROLE DO PROCESSO SAÚDE x DOENÇA, que significa reequilibrar o meio ambiente bucal caso haja atividade de doença, restaurar a homeostasia, uma vez identificados os fatores que estejam levando ao desequilíbrio deste processo. Especial atenção deve ser dada à educação e saúde, percebida como uma tarefa que deve ser trabalhada concomitantemente

aos procedimentos clínicos em todas as consultas. Esta é a verdadeira ferramenta para se alcançar mudanças favoráveis à manutenção da saúde. Os temas a serem abordados variam para cada cliente, pois devem ser adequados aos casos e às necessidades individuais. Temas, tais como, a instrução de higiene oral, uso de fluoretos, controle da dieta, etiopatogenia das doenças bucais, estímulo à salivagem e etc. são os mais comumente trabalhados.

Nesta fase realizamos basicamente os procedimentos destinados à remoção dos fatores retentivos de biofilme tais como cálculos supragengivais (que devem ser raspados), restos radiculares (extraídos), dentes com envolvimento endodôntico (acesso), restaurações deficientes (reparos provisórios), remoção de excessos em próteses desadaptadas, fechamento provisório das cavidades abertas, recontornos e repolimentos de restaurações diretas. O reequilíbrio do meio bucal, anteriormente chamado de adequação do meio bucal, deve ser feito no início do tratamento clínico, com a finalidade de evitar a progressão das lesões, diminuir a virulência dos processos infecciosos. Só então, terminada esta etapa o cliente será capaz de se autocuidar e diminuir seus índices de biofilme visível, sangramento gengival e as manchas brancas ativas tornar-se-ão inativas. Esta diminuição nos indicadores do processo saúde/doença deverá ser devidamente aferida com a realização de novos exames, em fases posteriores. A etapa de restabelecimento da forma, função e estética, dita REABILITADORA, pode ser iniciada. Nesta fase, preparos conservadores, sejam em restaurações diretas ou indiretas, devem ser preferidos, assim como técnicas não ou pouco invasivas. A Dentística atual conta com um sem número de procedimentos com grande impacto estético sem desgaste de estrutura dental (clareamento, transformação de dentes) ou com pequeno desgaste (microabrasão, facetas diretas, onlays, etc.) (20).



**Figura 4.** Clareamento dental caseiro, arcada superior clareada, inferior não clareada

Entretanto, a fase de controle do processo DES x RE não termina dado ao dinamismo da doença. Sendo assim, o cliente permanece em MANUTENÇÃO PERIÓDICA PROGRAMADA, retornando ao consultório em intervalos customizados, que têm por objetivo avaliar a capacidade de autocuidado do paciente, monitorar a saúde bucal ao longo de toda sua vida, evitando novos episódios da doença ou diagnosticando precocemente novos desequilíbrios.

### Conclusão

Desta forma, seguindo um protocolo sistematizado e organizado, cumpre-se nosso essencial papel de profissionais de saúde, contribuindo para a manutenção do desejado equilíbrio do processo saúde-doença.

Abaixo, segue o protocolo de avaliação e controle do processo saúde X doença cárie, didaticamente elaborado pelos autores para que possa se constituir em um direcionamento para estudantes e clínicos. Este protocolo é utilizado como rotina nas disciplinas de Saúde Bucal e Sociedade, Dentística e Clínicas Integradas da Universidade Estácio de Sá, RJ.



Ass.: aluno/profissional: \_\_\_\_\_

### Fatores Retentivos de Biofilme – FRB

FRP	Elementos/faces
Restos radiculares	
Cavidades cariosas abertas	
Restaurações deficientes	
Próteses mal-adaptadas	
Cálculo supra-gengival	
Aparelho ortodôntico	( ) sim ( ) não
Outros	

Data:     /     /     .Ass.: Prof.:     .Ass.: Aluno:     .

**SOMENTE APÓS PROFILAXIA E USO DE FIO DENTAL**

## CPOS ampliado

[illegible]

**Data:** \_\_/\_\_/\_\_. **Ass.: aluno/profissional:**\_\_\_\_\_.

### LEGENDA:

Dentes ausentes- X

MBA- Mancha Branca Ativa

MBI- Mancha Branca Inativa

FL- fluorose

HIP- Hipoplasia de esmalte

### LC1- Lesão Cariosa Cavitada Ativa em Esmalte

## LC2- Lesão Cariosa Cavitada Ativa em Dentina

### LC3- Lesão Cariosa Cavitada Atingindo Polpa

## PI- Selamento Biológico

RS- Restauração Satisfatória

RS\*- Restauração Satisfatória Necessitando de Recontorno e Repolimento  
 RD- Restauração Deficiente Necessitando Substituição  
 TRI- Tratamento Restaurador Indicado  
 TEI- Tratamento Endodôntico Indicado  
 TPI- Tratamento Protético Indicado  
 TPS- Tratamento Protético Satisfatório  
 RR- Resto Radicular

## Avaliação Radiográfica

Radiografias avaliadas: (anotar a data da mais recente)

- ( ) panorâmica – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ( ) periapical – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ( ) bite-wing – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Radiografias solicitadas:

- ( ) panorâmica Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ( ) periapical Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ( ) bite-wing Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Plano de tratamento – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Dentes/faces	Fase de reequilíbrio do meio bucal	Data/ assinatura
	Exposição do caso ao cliente	
	Educação e saúde / Atividades educativas	
	Temas:	
	Aplicação de flúor	
	( ) Terapêutico ( ) Reposição	
	Estimativa do número de aplicações:	
	Remoção dos fatores retentivos de biofilme através de: Retirada de fatores que acumulam biofilme	
	Raspagem supragengival (e/ou sub)	
	Fechamento provisório das cavidades abertas	
	Tratamentos endodônticos	
	Exodontias /Extrações	
	Recontornos, repolimentos, reparos	
	Selantes de cicatrículas e fissuras em lesões já cavitadas	
	Reavaliação dos índices IBV, ISG e MBA's, IBL, fluxo salivar/ Reavaliação dos índices de higiene	
	Houve controle da atividade de doença?	
	( )sim ( ) não Melhorou o estado de saúde bucal?	
	Fase reabilitadora / Fase de recuperação da forma, função e estética	
	Encaminhamentos / Especialidades	
	Manutenção periódica programada em meses / Revisões	



# Protocolo de avaliação e controle do processo saúde-doença cárie Reavaliações/Revisões

Cliente: \_\_\_\_\_

Aluno ou Profissional: \_\_\_\_\_

## Índice de Biofilme Visível – IBV

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
								/M								
								/D								
					--	--	--		--	--	--					
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
								/D								
								/M								
					--	--	--		--	--	--					

Faces com biofilme =1 Faces sem biofilme visível=0 Dentes ausentes=X

Resultado em %=\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_.

Ass.: aluno/profissional: \_\_\_\_\_

## Índice de Sangramento Gingival – ISG

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
								/M								
								/D								
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
								/D								
								/M								

Áreas com sangramento gengival=1 Áreas sem sangramento gengival=0

Dentes ausentes=X Resultado em %=\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Ass.: aluno/profissional:\_\_\_\_\_.

IBL: \_\_\_\_\_ Organoléptico: positivo ( ) negativo ( )

Fluxo Salivar: \_\_\_\_\_ mL/min

Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dL

PA: \_\_\_\_\_ mm/HG

Cliente apresenta atividade de doença cárie?

( ) sim ( ) não

Está havendo inativação das MBAs? Em caso positivo, indique o (s) dente (s) e face (s)

( ) sim ( ) não

Cliente apresenta gengivite?

( ) sim ( ) não

Houve consultas de reforço?

( ) sim ( ) não

Resultado:\_\_\_\_\_

## Diário de Dieta

Anote tudo que ingeriu durante três dias, incluindo água e medicamentos. Se necessário, use folhas extras.

Café da manhã:

Entre o café e o almoço:

Almoço:

Entre o almoço e o lanche:

Lanche:

Entre o lanche e o jantar:

Jantar:

Após o jantar:

## Referências ::

1. KIDD, E, FEJERSKOV, O. Changing concepts in cariology: forty years on. *Dent Update*. 2013; 40 (4): 277-8,280-2,285-6.
2. KIDD, E. The implications of the new paradigm of dental caries. *J Dent* 2011; 39Suppl 2:S3-8.
3. ANUSAVICE, KJ. Present and Future Approaches for the Control of Caries. *Dent Educ* 2005;69(5):538-54.
4. KIDD, EAM, FEJERSKOV, O. What constitutes dental caries? histopathology of carious enamel and dentin related to the action of cariogenic biofilms. *Dent Res* 2004, 83(Spec Iss C): C35-C38.
5. ANIMIREDDY, D, REDDY, BEKKEM, VT, et al. Evaluation of pH, buffering capacity, viscosity and flow rate levels of saliva in caries-free, minimal caries and nursing caries children: an in vivo study. *Contemp Clin Dent* 2014; 5(3): 324-8.
6. TENOVUO, J. Salivary parameters of relevance for assessing caries activity in individuals and populations. *Dent Update* 2013;40(4):277-8,280-2, 285-6.
7. HASSELKVIST, A, JOHANSSON, A, JOHANSSON, AK. Association between soft drink consumption, oral health and some lifestyle factors in Swedish adolescents. *J Int Soc Prev Community Dent* 2014;4(1):52-5.
8. EDGAR, WM, HIGHAM, SM, MANNING, RH. Saliva stimulation and caries prevention. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25(1):82-6.
9. INGLE, NA, DUBEY, HV, KAUR, N, et al. Prevalence of dental caries among school children of Bharatpur city. *Adv Dent Res* 1994;8(2):239-45.
10. SCHEIE, AA, PETERSEN, FC. The biofilm concept: consequences for future prophylaxis of oral diseases? *Crit. Rev Oral Biol Med* 2004;15(1):4-12.
11. HALA, LA, MELLO, JB, CARVALHO, PL. Evaluation of the effectiveness of clinical and radiographic analysis for the diagnosis of proximal caries for different clinical experience levels: comparing lesion depth through histological analysis. *Braz. J. Oral Sci.* 2006; 5(17):1012-7.
12. RICKETTS, D, LAMONT, T, INNES, NP, et al. Operative caries management in adults and children. *J Dent* 2011; 39Suppl 2:S3-8.
13. AINAMO, J, BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975;25(4):229-35.
14. WINKEL, EG, ROLDÁN, S, VAN WINKELHOFF, AJ, et al. Clinical effects of a new mouthrinse containing chlorhexidine, cetylpyridinium chloride and zinc-lactate on oral halitosis: a dual-center, double-blind placebo-controlled study. *J Clin Periodontol* 2003;30(4):300-6.
15. ZHENG, L, HILTON, JF, HABELITZ, S, et al. Dentin caries activity status related to hardness and elasticity. *Eur J Oral Sci* 2003;111:243-52.
16. QUAGLIO, JM, SOUSA, MB, ARDENGHI, TM, et al. Association between clinical parameters and the presence of active caries lesions in first permanent molars. *Braz Oral Res* 2006;20(4).
17. CROLL, TP. Caries control with glass-ionomer materials. *Dental Interactive*. [Periódico online]. Disponível em: <http://www.contemporaryes-theticsonline.com>.
18. GRIFFIN, SO, OONG, E, KOHN, W, et al. The effectiveness of sealants in managing caries lesions. *J Dent Res* 2008;87(2):169-74.
19. KHALAF, K. Factors affecting the formation, severity and location of white spot lesions during orthodontic treatment with fixed appliances. *J Oral Maxillofacial Res* 2014;5(1):e4.
20. MURDOCH-KINCH, CA, MCLEAN, ME. Minimally invasive dentistry. *J Am Dent Assoc* 2003;134(1):87-95.
21. MATTOUSCH, TJH, VAN DER VEEN, MH, ZENTNER, A. Caries lesions after orthodontic treatment followed by quantitative light-induced fluorescence: a 2-year follow-up. *European Journal of Orthodontics* 2007;29: 294-8.
22. CHHOUR, KL, NADKARNI, MA, BYUN, R, et al. Molecular analysis of microbial diversity in advanced caries. *Journal of Clinical Microbiology* 2005; 43(2):843-9.
23. NYVAD, B, MACHIULSKIENE, V, BAELUM, V. Construct and predictive validity of clinical caries diagnostic criteria assessing lesion activity. *J Dent Res* 2003; 82(2):117-22.
24. OONG, EM, GRIFFIN, SO, KOHN, WG, et al. The Effect of Dental Sealants on Bacteria Levels in Caries Lesions: A Review of the Evidence. *J Am Dent Assoc* 2008;139(3):271-8.
25. PARIS, S, MEYER-LUECKEL, H, KIELBASSA, AM. Resin Infiltration of Natural Caries Lesions. *J Dent Res* 2007;86(7):662-6.

Recebido em: 28/07/2014 / Aprovado em: 29/08/2014

**Inger Tuñas**

Avenida Oswaldo Cruz, 81/1302 – Flamengo

Rio de Janeiro/RJ, Brasil – CEP: 22250-060

E-mail: [inger@plugue.com.br](mailto:inger@plugue.com.br)