

Trabalho de Conclusão de Curso

**Avaliação do nível de conhecimento de
leigos, de graduandos do curso de
odontologia e de dentistas sobre erosão
dental**

Ricardo Augusto Cunha



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
O PRESENTE TRABALHO FOI REALIZADO COM O APOIO
DO CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO
CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO – CNPq - BRASIL

Ricardo Augusto Cunha

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DE LEIGOS,
DE GRADUANDOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA E DE
DENTISTAS SOBRE EROSÃO DENTAL

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Sylvio Monteiro Júnior

Co-orientador: Prof. Dr. Luis Clóvis Cardoso Vieira

Florianópolis

2013

Cunha, Ricardo Augusto

Avaliação do nível de conhecimento de leigos, de graduandos do curso de odontologia e de dentistas sobre erosão dental / Ricardo Augusto Cunha ; orientador, Sylvio Monteiro Júnior ; co-orientador, Luis Clóvis Cardoso Vieira. - Florianópolis, SC, 2013.

90 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1.Odontologia. 2. Erosão dentária. 3. Estudos transversais. 4. Conhecimento. I. Monteiro Júnior, Sylvio. II. Cardoso Vieira, Luis Clóvis. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Odontologia. IV. Título.

Ricardo Augusto Cunha

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DE LEIGOS,
DE GRADUANDOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA E DE
DENTISTAS SOBRE EROSÃO DENTAL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 14 de maio de 2013.

Banca Examinadora:


Sylvio Monteiro Júnior
Prof. Dr. Sylvio Monteiro Júnior
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina


Jussara Karina Bernardon
Prof.^a Dr.^a Jussara Karina Bernardon
Universidade Federal de Santa Catarina


Daniel Baptista
Prof. Daniel Baptista
Universidade Federal de Santa Catarina

Aos meus professores, aos meus queridos amigos, à minha família e principalmente à minha mãe, que tornou tudo isso possível.

AGRADECIMENTOS

Sylvio Monteiro Júnior

Larissa Pottmaier

Talita Favero

Fernando Hellmann

Ione Schneider

Bruna Oliveira

Ana Paula Goes Agacci

Cláudia Sens

RESUMO

Com as mudanças nos hábitos alimentares, a atenção da Odontologia está se voltando para outros problemas que não a cárie: um deles é a erosão dental. Este trabalho tem por objetivo principal determinar qual é o grau de conhecimento de populações-alvo (leigos, graduandos de Odontologia e de dentistas) em relação à erosão dental. Foi feita uma pesquisa do tipo transversal e descritiva, de modo que foram aplicados questionários em diferentes populações-alvo com variadas faixas etárias (18-50 anos), sendo elas um grupo constituído de leigos, um grupo formado por graduandos do curso de Odontologia e outro grupo composto por cirurgiões dentistas já graduados, sendo que os questionários foram feitos no município de Florianópolis (SC). A pertinência do presente estudo é exposta no fato de que, por muitas vezes, existe certa negligência no diagnóstico clínico de erosão dental, podendo agravar o quadro clínico ao longo do tempo. Muitos participantes leigos ainda não possuem uma boa compreensão a respeito da erosão dental. Cirurgiões dentistas e estudantes de odontologia apresentam bom nível de conhecimento sobre o assunto.

Palavras chave: Conhecimento. Erosão dentária. Estudos transversais. Estudantes de Odontologia.

ABSTRACT

With the changes in eating habits, the attention is turning to different dental problems other than the tooth decay: one of them is the dental erosion. This study aims at determining the degree of knowledge of populations (lay, dentistry students and dentists) in relation to dental erosion. A transversal and descriptive research has been done so that surveys were applied in different populations with different ages (18 to 50 years old), constituting one group of lay people, a group of dentistry students and another group composed by dentists. The survey was made in Florianópolis (SC). The relevance of this study is exposed by the fact that, often, there is negligence in the clinical diagnosis of dental erosion, which can aggravate the clinical picture with time. Many of the lay participants still do not have a good comprehension about dental erosion. Dentists and dentistry students show a good degree of knowledge about the subject.

Keywords: Cross-Sectional studies. Knowledge. Students, Dental. Tooth erosion.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01.....	40
Quadro 02.....	41
Quadro 03.....	42
Quadro 04.....	43
Quadro 05.....	44
Quadro 06.....	45
Quadro 07.....	46
Quadro 08.....	47
Quadro 09.....	48
Quadro 10.....	49
Quadro 11.....	50
Quadro 12.....	51
Quadro 13.....	52
Quadro 14.....	53
Quadro 15.....	54
Quadro 16.....	55
Quadro 17.....	56
Quadro 18.....	57
Quadro 19.....	58
Quadro 20.....	59
Quadro 21.....	60
Quadro 22.....	61
Quadro 23.....	62
Quadro 24.....	63
Quadro 25.....	64
Quadro 26.....	65
Quadro 27.....	66
Quadro 28.....	67
Quadro 29.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE – Classificação de erosão clínica anterior (*anterior clinical erosive classification*).

BEWE – Exame Básico de Desgaste por Erosão Dental (basic erosive wear examination)

CIV – Cimento de ionômero de vidro

CPO-D – Índice de dentes cariados, perdidos e obturados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 DECLÍNIO DA PREVALÊNCIA DE CÁRIE	24
3.2 HÁBITOS DIETÉTICOS	25
3.3 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS	26
3.4 O DIAGNÓSTICO	31
3.5 A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO	34
4 METODOLOGIA	38
5 RESULTADOS	40
6 DISCUSSÃO.....	70
7 CONCLUSÃO.....	74
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE A - Questionário	88
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92

1 INTRODUÇÃO

Com as mudanças nos hábitos alimentares populacionais nos últimos anos, a atenção a outros problemas bucais está se direcionando para diversas áreas da Odontologia que não sejam a da doença cárie, cuja redução da prevalência se reflete em uma maior longevidade dos dentes, os quais permanecem por muito mais tempo em boca. Sendo assim, são submetidos a diversas intempéries bucais, fazendo com que estes se tornem muito mais passíveis de desenvolvimento de lesões como a erosão dental¹, que se dá através da perda progressiva e irreversível dos tecidos duros dentais em virtude de um processo químico que não envolve bactérias² e que tem crescido significativamente em crianças e adolescentes³. Sinais de erosão dental em estágio inicial que podem ser facilmente identificados incluem uma superfície dental com lisura e brilho aumentados, assim como o amarelamento dos dentes em virtude da diminuição da espessura do esmalte, o qual é translúcido, e uma subsequente evidência da dentina subjacente, com perda de tecido dental na superfície oclusal⁴.

O processo de erosão dental envolve causas endógenas, que consistem no desenvolvimento da lesão por meio de ácidos que provêm do próprio corpo do indivíduo – o ácido gástrico – em caso de distúrbios alimentares, como vômito excessivo e crônico^{5; 6} ou em parafunções do trato gastrointestinal, como no refluxo gastroesofágico, sendo que em ambos os distúrbios há regurgitação de líquidos ácidos para a cavidade oral^{7; 8; 9; 10}. A erosão causada por processos exógenos se baseia na dieta ingerida pelo indivíduo, sendo que os componentes ácidos da dieta estão concentrados em frutas, bebidas carbonadas (refrigerantes), produtos de higiene bucal e medicamentos com baixo pH¹¹. Também se verifica erosão em indivíduos que praticam esportes como natação, em virtude do cloro da água da piscina¹².

Durante muitos anos, esse tipo de lesão não obteve muito interesse da prática clínica e da saúde pública, visto que raramente se comprovava a existência de erosão dental na cavidade bucal¹³. O diagnóstico precoce é de suma importância para uma menor perda de tecido dental sadio, apesar de os profissionais terem certa tendência a negligenciar ou ignorar os estágios iniciais da lesão de erosão dental, por acreditarem ser uma perda tecidual normal e inevitável do dia a dia do indivíduo. Sendo assim, a aparência clínica é o fator mais importante para o diagnóstico da erosão dental, mesmo levando em consideração a dificuldade de se verificar a lesão logo em seu início e também de averiguar se a dentina está exposta na cavidade oral ou não¹³.

Um reconhecimento do início do desenvolvimento da lesão por erosão ajuda o profissional a ter certeza de que as estratégias preventivas podem ser implementadas para prevenir uma maior destruição da estrutura dental¹². A falta de conscientização da população sobre a erosão dental também se evidencia ao passo que alguns profissionais de Odontologia tendem a confundir seus sinais e sintomas com os da atrição ou da abfração¹³.

Faz-se necessário, desta forma, que se constate o nível de conhecimento de diversos tipos de população a respeito da erosão dental, uma vez que por ser um assunto relativamente novo, por várias vezes a erosão passa despercebida, tanto em consultas odontológicas como para os próprios pacientes. Assim, a estrutura dental fica sujeita aos hábitos do cotidiano, os quais somados a certa negligência do profissional, levam ao comprometimento do dente. Portanto, este estudo possui objetivos na linha de avaliação de conhecimentos, considerando-se essencial a intervenção do profissional neste tipo de lesão.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Determinar qual é o grau de conhecimento de uma população-alvo (leigos, graduandos de Odontologia e dentistas) em relação à erosão dental.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1- Avaliar a influência do nível de conhecimento em Odontologia de diferentes grupos populacionais na consciência a respeito de erosão dental;

2- Caracterizar as relações entre grau de escolaridade e noção de conceitos sobre erosão dental e seus efeitos na cavidade oral;

3- Analisar se o exercício profissional e a prática clínica influenciam no conhecimento em relação à erosão dental.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A erosão dental constitui uma área que sofreu grande expansão desde a década de 70 até os anos atuais, visto que nos anos 1970 eram publicados menos de cinco estudos por ano. Segundo a Biblioteca Nacional de Medicina Americana, em 2009 foram publicados 387 estudos, e em 2010 surgiram outros 143. Estudos estes que buscam entender melhor as causas e consequência das lesões de erosão, encontrar medidas preventivas e conhecer a incidência e a prevalência em diversos tipos populacionais e faixas etárias¹.

3.1 DECLÍNIO DA PREVALÊNCIA DE CÁRIE

Apesar da prevalência de cárie ter mostrado certa tendência à diminuição nas últimas três décadas do século XX e início do século XXI nos países desenvolvidos¹⁴, nota-se no interior desses mesmos países que há desproporções consideráveis na prevalência de cáries entre diferentes regiões e cidades e diferentes grupos de população^{15; 16; 17}.

Estudos comparativos entre os índices CPOD da década de 80 até 2003 analisaram a evolução da experiência de cárie dentária entre escolares brasileiros, como também determinaram a distribuição desta lesão no grupo e o acesso da população ao tratamento da doença. O índice CPOD em 1980 para a idade-índice de doze anos no Brasil era de 7,3; caindo para 6,7 em 1986; 4,8 em 1993; 3,1 em 1996 e atingindo os 2,8 em 2003¹⁸, sendo este último nível considerado moderado pela OMS¹⁴. Já em uma outra abordagem dos níveis CPOD segundo regiões brasileiras, na idade-índice de catorze anos de idade, observou-se declínio do índice em todas as regiões, sendo a região Centro-Oeste a que mais apresentou diferenças entre um período e outro – em 1986 o índice CPOD era de 8,5 e em 2003 caiu para 3,2. É importante ressaltar que as regiões Norte e Nordeste que em 1986 apresentavam índices um pouco distantes (Norte com 7,5 e Nordeste com 6,9), em 2003 não mostraram diferenças significativas (3,1 e 3,2, respectivamente)¹⁸.

Atribui-se a redução dos índices CPOD ao aumento da expansão do abastecimento de água fluoretada na rede de saneamento básico, mudanças no enfoque de programas de Odontologia e também à introdução de dentifrícios com flúor no mercado¹⁹. A expansão da fluoretação na água aconteceu em meados dos anos 1980, em virtude da decisão do governo de apoiar iniciativas deste cunho, levando água fluoretada a 65,5 milhões de pessoas, sendo que antes este número chegava apenas a 3,3 milhões de brasileiros²⁰. Diversos programas que antes procediam a tratamentos como restaurações e extrações dentárias

em escolas e já estavam estabelecidos em cidades foram modificados para utilizarem como referencial a Odontologia preventiva e a promoção de saúde¹⁹.

Há também a desigualdade nos índices de cárie em indivíduos de classes sociais diferenciadas: evidenciou-se que crianças de famílias que recebem até dois salários mínimos por mês têm 43,8% dos dentes com lesão, enquanto crianças de famílias com renda mensal acima de cinco salários mínimos, apresentam índice de cárie de 22,4%²¹.

3.2 HÁBITOS DIETÉTICOS

Diversas alterações na saúde bucal de crianças e adolescentes estão sendo relatadas no mundo todo em virtude das alterações nos hábitos alimentares. Há uma crescente evidência de que os alimentos e bebidas ácidas – como bebidas carbonadas - podem ter papel de grande influência na erosão dental. Apesar do declínio na prevalência de cáries sofrida nos últimos anos, a erosão dental vem tendo maior evidência nos problemas que acometem a cavidade oral²².

No Brasil, em 2010, foram vendidos mais de 16 bilhões de litros de refrigerantes²³. Um estudo conduzido no sul do país com crianças em idade escolar média de 13 anos mostrou que o consumo de bebidas carbonadas era quase unânime – 96,9% das crianças relataram consumi-las –, ao passo que uma parcela um pouco menor da população de estudo, 77,9% dos entrevistados, disse fazer consumo de bebidas com sabor de frutas. Testes estatísticos comprovaram a associação entre bebidas carbonadas com a evidência de erosão dental ao exame clínico. O consumo de gomas de mascar também teve sua relação com a erosão dental comprovada: quase 85% das crianças referiu fazer o uso do confeito²⁴.

Estudos *in vitro* e *in situ* sugeriram a existência de um alto potencial de desenvolvimento de erosão dental com a ingestão periódica de sucos de fruta natural e de bebidas com sabor de fruta²⁵. Alguns casos também evidenciam a falta de ingestão de alimentos após o ato de ingerir bebidas ácidas, falhando, então, na eliminação física do fluido ácido dos dentes do paciente, aumentando o desenvolvimento da erosão dental. Outro fator a ser citado é a higiene bucal do paciente como contribuinte para o problema, visto que a perda de esmalte dental através da abrasão pode ser aumentada devido à escovação imediatamente após a ingestão do alimento/líquido ácido, pois não há tempo suficiente para que ocorra a remineralização dos dentes²⁶. Hábitos inadequados na ingestão e na deglutição que aumentam o contato de comidas e bebidas ácidas com os dentes também podem aumentar o risco de ocorrência de erosão dental.

O fato de segurar a bebida na boca antes de engoli-la causa uma queda brusca no pH e aumenta a susceptibilidade ao processo erosivo²⁷. Autores salientam a necessidade de uso de canudos para direcionar as bebidas em direção à faringe²⁸, porém, esta técnica pode se mostrar maléfica ao indivíduo caso a posição do canudo no momento da ingestão esteja incorreta e direcionada aos dentes anteriores, causando assim um aumento na probabilidade de erosão dental²⁹.

3.3 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

O processo erosivo tem seu início através de fatores exógenos – advindos do ambiente – e de fatores endógenos, os quais são oriundos do próprio organismo do indivíduo, por meio de um processo químico em que não há o envolvimento de microrganismos. Este processo também pode ser modificado por outros aspectos que devem ser considerados, como os fatores comportamentais do indivíduo (higiene bucal do paciente) e pela predisposição biológica (influenciado pela composição da saliva).

Os fatores exógenos consistem em ácidos que provêm do meio ambiente, abrangendo medicamentos, bebidas e alimentos que contenham ácido cítrico, vinagres, chás, bebidas esportivas, energéticos, algumas vitaminas e doces¹². Estudos mostram que o potencial erosivo destas substâncias não dependem apenas do seu baixo pH, mas também são fortemente influenciados pela sua acidez titulável e pelo seu conteúdo mineral, de modo que a erosão será determinada pelas concentrações de íons cálcio, fosfato e flúor presentes na substância que entra em contato com os dentes.

As propriedades de quelação do ácido cítrico podem aumentar o potencial de erosão nos indivíduos que o ingerem através de alimentos ou bebidas por meio da sua interação com a saliva. Quanto maior a acidez titulável da substância, maior será o tempo necessário para a saliva neutralizar o ácido³⁰. Estudos comprovam que o potencial erosivo pode ser reduzido através da utilização de outros compostos ácidos como o ácido maleico, ao invés do uso do ácido cítrico nas bebidas³¹. Já o cálcio e o fosfato presentes em alimentos ou bebidas são de suma importância, pois influenciam no gradiente de concentração destes compostos na superfície dental. Um exemplo disso é o iogurte, que apesar do baixo pH (~4.0), dificilmente tem potencial erosivo: suas altas concentrações de cálcio e fosfato fazem dessa bebida um composto supersaturado em relação à apatita. Os produtos que contêm leite em sua composição se apresentam quase que em sua totalidade supersaturados em relação a ambos compostos – cálcio e fosfato – e não causam nenhum tipo de

amolecimento da superfície dental quando há contato entre esmalte e produto³⁰.

Lussi et al.³² observou uma relação inversa entre o conteúdo de flúor em diversas bebidas e o seu potencial erosivo. Porém, cita-se que não existem muitos efeitos benéficos e que esse composto não possui facilidade para dificultar o processo de erosão. Já tratamentos feitos com aplicação de verniz fluoretado por 24 horas e banhos de alta concentração de flúor durante 48 horas antes do teste ácido *in vitro* mostraram proteção contra a erosão. No estudo, concluiu-se que a proteção ocorre em virtude da precipitação de partículas semelhantes ao fluoreto de cálcio aderidas à superfície dental que acabavam por liberar flúor por certo tempo³³. Alguns autores citam que este composto poderia agir como uma barreira que oferece mineral adicional para que seja dissolvido antes do tecido dental natural durante um ataque ácido³⁴. Outro fator a ser considerado é o potencial de adesividade da substância ingerida, em conjunto com o seu deslocamento na cavidade oral (ambos baseados em suas propriedades termodinâmicas), os quais também podem influenciar no processo de erosão³⁵.

Outros fatores que também influenciam no processo de erosão dental envolvem as características da saliva, a estrutura dental, a película adquirida e os tecidos moles que rodeiam os tecidos dentais. A saliva vem sendo considerada um dos maiores influentes na erosão dental em virtude de possuir a capacidade de agir diretamente no agente erosivo de modo a limpar, diluir e neutralizar os ácidos, formando uma película de proteção. Essa membrana também auxilia na redução da desmineralização por prover à estrutura dental o fosfato, o flúor e o cálcio que estão sendo solubilizados durante o processo de erosão³⁶. Alguns autores também citam o processo de proteção exercido pela saliva antes mesmo de os ácidos do meio externo entrarem em contato com a boca, por meio do aumento do fluxo salivar devido a estímulos extraorais como odores e visão³⁷.

Um fluxo de saliva maior cria um ambiente mais favorável à prevenção do processo erosivo inicial por consequência do aumento dos componentes orgânicos e inorgânicos³⁶. Estudos mostram que fluxos de saliva com maiores concentrações de bicarbonato de hidrogênio podem aumentar a capacidade desta de neutralizar e titular ácidos³⁸, ao passo que regiões da boca que apresentam menor contato com a saliva são mais propensas ao desenvolvimento de erosão quando comparadas a sítios que possuem mais tempo de contato com os fluidos da cavidade oral^{39; 40}.

A película adquirida se forma logo após a sua remoção através da escovação com dentífrícios, de profilaxia ou também por dissolução

química, sendo uma camada constituída por proteínas detectável após alguns minutos na cavidade oral³⁶. Estudos *in vitro* mostraram que essa película atua na proteção do processo erosivo como uma barreira ou como uma membrana seletiva que interfere no contato dos ácidos com a superfície dental^{41; 42}, mas apesar de a película adquirida mostrar interferência no efeito dos ácidos na superfície dental, a sua espessura, sua composição e seu tempo de maturação irão definir significativamente o nível de proteção contra a erosão dental³⁶. Diferentes regiões da cavidade oral terão diferentes espessuras da película adquirida. Um estudo *in situ* mostra que as películas mais finas, com espessuras de 0,3 a 0,8 µm são formadas na face palatal dos dentes superiores, enquanto as camadas mais espessas da película adquirida se formam na face lingual dos dentes após uma hora da sua remoção⁴³.

O contato dos dentes com a saliva, com o flúor e produtos da dieta pode auxiliar no processo de remineralização, porque com a neutralização do agente erosivo, a deposição de cálcio e fosfato pode ajudar na remineralização do tecido dental amolecido^{44; 45}. O recente aumento da procura de pacientes para tratamento estético também teve suas desvantagens nos tecidos dentais investigadas: alguns géis clareadores podem influenciar na morfologia do esmalte dental⁴⁶, enquanto outros não mostraram as mesmas alterações em superfícies de esmalte e dentina⁴⁷. A concentração do agente clareador, o flúor presente e o seu pH são fatores que se mostram responsáveis pelas alterações no tecido dental⁴⁸.

Adicionado aos influentes do processo erosivo, também está o posicionamento dos dentes e sua relação com os tecidos moles da cavidade oral: as faces vestibulares dos incisivos superiores possuem maior susceptibilidade à erosão dental, enquanto as faces linguais dos incisivos inferiores apresentam menor susceptibilidade ao processo erosivo³⁶. Autores citam que a língua exerce um papel abrasivo em pacientes bulímicos, cuja erosão é provocada através do vômito, mostrando em um estudo *in vitro* que a língua é capaz de remover tecido dental amolecido⁴⁹.

Mesmo com a influência dos fatores biológicos – sejam eles saliva, película adquirida, substrato e anatomia dental, relação dos dentes com os tecidos da cavidade oral – outros determinantes no processo erosivo são os hábitos ocupacionais e a prática de esportes⁵⁰.

O contato frequente com ácidos no local de trabalho também pode ser responsável pelo desgaste erosivo dos dentes, de modo que um estudo comparou duas profissões diferentes na Nigéria, e a profissão que possuía contato com ácidos de bateria mostrou maiores níveis de erosão

dental comparada à que não entrava em contato com ácidos⁵¹. Autores de um estudo feito com trabalhadores de uma fábrica que eram expostos ao ácido sulfúrico concluíram que a erosão dental pode ser tomada como uma doença ocupacional⁵².

A prática de exercícios físicos aumenta a perda de líquidos corporais – e isso inclui a diminuição do fluxo de saliva –, também podendo levar à desidratação. Um estudo evidenciou que não há associação entre a ingestão de bebidas esportivas (como isotônicos e outros) e a erosão dental, tanto em quantidade como em frequência de consumo⁵³.

Lussi e Jaeggi⁵⁰ salientam que não existe a possibilidade de apenas a diminuição do fluxo salivar e a ingestão de bebidas esportivas serem responsáveis pela erosão dental, mas que para alguns pacientes isso deve ser considerado, pois pode ser um cofator no desenvolvimento ou no aumento do processo erosivo em conjunto com outros fatores já presentes.

Pacientes em tratamento com radioterápico, ou que utilizem medicamentos antidepressivos, antipsicóticos, antieméticos, antiparkinsonianos, anti-hipertensivos e anti-histamínicos também podem sofrer os efeitos progressivos da erosão dental, uma vez que a xerostomia ou a diminuição do fluxo salivar acomete esses indivíduos⁵⁴, eliminando os efeitos protetores da saliva. Esses pacientes passam, então, a ingerir líquidos com frequência para aliviar a sensação de boca seca, ou também consomem substâncias que atuam como saliva artificial, possuindo, porém, pH reduzido⁵⁵. A utilização do ácido ascórbico – a vitamina C –, o qual é por várias vezes usado como automedicação, colabora na ocorrência de lesões de erosão dental, visto que pastilhas mastigáveis de vitamina C podem causar uma diminuição do pH salivar para 2,0 durante a mastigação⁵⁶.

A erosão pode resultar do uso descontrolado de medicamentos para dor de cabeça, como a Aspirina. Alguns pacientes fazem uso desse medicamento de maneira sublingual ou até mesmo mastigam seus comprimidos. Um estudo evidenciou que os remanescentes do medicamento podem ser mantidos nos espaços proximais dos dentes, assim como nas fissuras, tendo como resultado uma ação mais duradoura do efeito erosivo⁵⁷.

Já nos fatores intrínsecos incluem-se a bulimia e a anorexia, doenças que terão papel fundamental no processo de desgaste e, uma vez que o ácido hidrocloreídrico estomacal atinge a cavidade oral através da regurgitação ou vômitos frequentes, considerando que a acidez do estômago pode atingir pH abaixo de 1, tem-se o agravamento do processo erosivo. Desta forma, o processo erosivo ocorre apenas como desgaste

inicial do esmalte, evoluindo até mesmo ao comprometimento da polpa dos dentes afetados. As conseqüências da erosão dental são por muitas vezes severas, sendo necessário o tratamento restaurador para que se reconstruam os elementos dentais que sofreram perda de estrutura⁵⁸ e a utilização de placas oclusais durante a noite¹².

Um dos problemas comuns a diversos pacientes é o refluxo gastroesofágico, o qual consiste na passagem retrógrada do ácido estomacal pelo esfíncter esofágiano. Essa condição também é associada a outras alterações patológicas, como as doenças alimentares - bulimia e anorexia -, a ruminação e o alcoolismo crônico. Estudos comprovam que a característica mais apresentada por esses indivíduos é o desgaste das faces palatais dos incisivos superiores^{38; 59}, porém, com a progressão da erosão dental as cúspides palatais e as superfícies oclusais de molares e pré-molares são afetadas, passando então para o desgaste generalizado de molares e faces vestibulares de todos os dentes⁵⁸.

Diversos fatores podem influenciar na ocorrência do refluxo gastroesofágico: a dieta incluindo alimentos apimentados, cebola, comidas gordurosas, chocolate, tomate, pepinos e café⁶⁰; assim como o alcoolismo crônico também tem papel na disfunção, de modo que atua reduzindo o tônus do esfíncter esofágico inferior, permitindo o retorno do conteúdo estomacal ao esôfago⁶¹; a postura do indivíduo durante o sono possibilita o refluxo do ácido devido à posição horizontal do seu corpo; e a obesidade pode facilitar o refluxo gastroesofágico por aumentar a pressão intragástrica, potencializando a possibilidade do refluxo ocorrer⁶². Estudos comprovam que há relação entre o refluxo gastroesofágico e a erosão dental - Jarvinen evidenciou que indivíduos com a disfunção possuem maior probabilidade de desenvolver o processo erosivo⁷.

Pacientes que apresentem a disfunção já podem estar em tratamento, evitando, assim, o consumo dos alimentos que podem causar refluxo. O conhecimento do problema se faz necessário porque pacientes que não saibam do seu próprio estado de saúde podem possuir a disfunção, dando continuidade aos hábitos prejudiciais e colaborando para o desenvolvimento da erosão dental⁵⁸. Alguns pacientes que desenvolveram o refluxo somente durante a infância mostram o desgaste erosivo apenas nas cúspides dos primeiros molares inferiores, considerando-se que esses dentes erupcionam mais cedo. Autores também citam a presença de erosão em apenas um lado da arcada, sendo uma perda de estrutura unilateral: indivíduos que sofrem de refluxo gastroesofágico e dormem apenas de um lado do corpo têm o ácido estomacal entrando em contato com apenas meia arcada dentária¹².

Pacientes que possuam algum tipo de transtorno alimentar como anorexia - a qual é definida como uma perda nervosa do apetite, que tem como principais causas a influência genética, ambiental e as relações interpessoais - é mais um fator a ser incluído na lista de potenciais determinantes da erosão dental. Já a bulimia se apresenta como um transtorno alimentar em que o indivíduo come descontroladamente uma grande quantidade de comida, e, visando evitar o ganho de massa corporal, passa a induzir o vômito. O diagnóstico dessa doença se consolida uma vez que se observa a alimentação descontrolada seguida de vômito induzido por pelo menos duas vezes por semana durante três meses⁶³.

Os aspectos dentais presentes em indivíduos que possuem algum tipo de transtorno alimentar são evidenciados pela erosão dental nas superfícies palatais dos dentes superiores anteriores⁶⁴, assim como nos dentes posteriores, sendo esta condição observada em praticamente todos os pacientes que apresentam doenças alimentares, contrariando as características dos pacientes que não induzem o vômito. Observou-se que o vômito induzido também causou diminuição do fluxo salivar⁶⁵, afetando inclusive a composição da saliva, uma vez que há mudanças no balanço eletrolítico corporal.

No alcoolismo crônico se encontra erosão em pacientes em virtude da regurgitação do ácido estomacal⁵⁸. Indivíduos alcoólatras também possuem maior tendência em ingerir alimentos e bebidas ácidas: um estudo⁶⁶ mostrou maior evidência de desgaste dental em alcoólatras, comparados a indivíduos do grupo controle.

Uma condição rara encontrada em pacientes é a ruminação. Esta desordem pode causar lesões severas de erosão, uma vez que os indivíduos regurgitam o alimento ingerido e passam a remastigá-lo, apenas então voltando a engolir. O padrão de desgaste dessa doença se mostra semelhante ao das outras desordens alimentares com origem intrínseca, podendo continuar a afetar outros dentes caso não obtenha tratamento correto⁵⁸.

3.4 O DIAGNÓSTICO

O primeiro passo de suma importância no diagnóstico da erosão é a diferenciação antecipada dos outros tipos de desgaste dental, como a abrasão, a atrição e a abfração, uma vez que estes tipos de lesão possuem tratamento e prevenção diferenciados.

É necessário identificar os pacientes que possuem risco de desenvolvimento da erosão dental, assim como avaliar os possíveis fatores etiológicos para cada paciente, dando início às medidas

preventivas para este tipo de lesão. Uma vez iniciada a perda de estrutura dental, é necessário que o problema seja diagnosticado, porém, não há um instrumento específico e de fácil uso clínico para tal reconhecimento inicial da erosão dental⁶⁷.

Um estudo mostrou que a avaliação da lesão em estágio inicial é difícil e não há como identificar corretamente se a lesão já atingiu o tecido dentinário ou não⁶⁸. Por muitas vezes os pacientes negligenciam a necessidade de tratamento, permitem que a lesão atinja um estágio avançado e apresente problemas estéticos ou sensibilidade dentinária.

Para o diagnóstico é necessário que todos os dentes e seus tecidos vizinhos sejam avaliados pelo profissional⁶⁹. O diagnóstico do cirurgião dentista é feito de modo visual, tendo menor utilização de instrumentais. Este método de avaliação é laborioso pois o diagnóstico se mostra subjetivo, uma vez que cofatores podem estar presentes – hábitos parafuncionais, hipossalivação, desgastes provenientes de mau posicionamento dentário, idade avançada, dieta inapropriada e técnicas de higiene bucal errôneas⁴. Como existe certa dificuldade em se diagnosticar desgastes de erosão iniciais, faz-se necessário que as superfícies dentárias estejam limpas, secas e bem iluminadas. Os sinais iniciais de erosão dental consistem na presença de dentes com brilho aumentado, de modo que em superfícies lisas, o desgaste se mostra de modo côncavo ou achatado, e, em casos avançados, há mudanças na morfologia dos dentes. Lesões iniciais se localizam coronalmente à junção amelocementária e também podem apresentar uma pequena borda de esmalte acompanhando o contorno gengival, o que ocorre em função da presença de placa bacteriana nesta área, que atua como uma barreira para o contato dos ácidos com a superfície dental. A progressão da lesão pode ocorrer de modo a arredondar as cúspides dentais e desenvolver ranhuras ou sulcos nestas mesmas regiões ou em bordas incisais. As restaurações com compósitos ou amálgama se apresentam mais evidentes, uma vez que não sofrem o desgaste erosivo⁷⁰.

As lesões de erosão devem ser diferenciadas das lesões de atrição: a atrição apresenta desgaste achatado e frequentemente também mostra compatibilidade de desgaste com o dente antagonista. Deste modo, o diagnóstico é feito considerando também o tipo de dieta do paciente, os hábitos diários, a saúde geral e o fluxo salivar.

Diversos índices de classificação da erosão dental foram propostos por vários autores, de modo que incluem critérios de avaliação para diferenciação do tipo de desgaste dental e para a quantificação da perda de tecido. A profundidade da lesão é estimada se utilizando a quantidade de dentina perdida. A existência de diversos tipos de

classificação impediu a utilização em larga escala internacional, e, não obstante, ainda existem alguns itens em discussão, como o critério morfológico utilizado para classificar o que, de fato, é lesão erosiva, assim como a validade do critério "dentina", já que existem variações na forma anatômica e na cor desta superfície⁷⁰.

Bartlett et al⁷¹ publicou um novo sistema de escores para a classificação das lesões de erosão dental, nomeado "Exame Básico de Desgaste por Erosão Dental" (BEWE), feito para utilização científica e em consultório odontológico. Com esta classificação, o autor teve como objetivo facilitar e simplificar uma ferramenta para uso geral, que também permitisse comparações científicas entre índices já existentes, assim como aumentar a consciência sobre erosão dental dos cirurgiões dentistas.

O índice BEWE elege o dente com a superfície mais afetada e o classifica com um escore de 0 a 4, sendo que o escore cumulativo para o indivíduo é calculado e associado com o risco desse paciente, o qual guia a decisão de tratamento em relação à condição específica.

Apesar da criação deste índice, que é utilizado para classificar lesões de erosão em todos os dentes da cavidade oral, alguns autores criaram o índice ACE, visando classificar desgaste erosivo apenas em dentes maxilares anteriores, onde a perda de tecido mineralizado pode ser facilmente avaliada. A classificação ACE avalia fatores como a exposição de dentina em áreas de contato, a manutenção das bordas incisais, o tamanho da coroa clínica remanescente, a presença de esmalte na face vestibular dos dentes e a vitalidade pulpar⁴.

Com o diagnóstico feito, é necessário que se inicie a avaliação do paciente requisitando um relatório alimentar, o qual apresentará detalhes sobre a dieta do paciente durante um determinado período, incluindo dias úteis e finais de semana. O relatório deverá então ser enviado ao dentista antes da próxima consulta para que este possa avaliar o potencial ácido da sua alimentação diária⁶⁷. É necessário que o profissional saiba que, juntamente com outros fatores de risco, quatro ou mais ingestões de ácido diárias estão associadas a um maior risco de desenvolvimento de lesões de erosão dental.

Durante a anamnese o cirurgião dentista deve questionar o paciente sobre os históricos médicos, a detecção relatada de lesões não cáries, a dieta, os problemas gástricos, a utilização de medicamentos ou drogas, o fluxo salivar, o tratamento radioterápico em região de cabeça e pescoço, os hábitos de higiene oral - incluindo técnica e produtos utilizados - e a exposição ocupacional a ambientes ácidos. Pode-se, inclusive, confeccionar moldagens, modelos de gesso e fotografias do

paciente para referenciar as consultas e a progressão ou estagnação das lesões⁶⁷.

O acompanhamento da progressão da lesão é outro fator importante, pois indica se as medidas preventivas foram, de fato, efetivas para o paciente. A progressão pode ser quantificada através da área, da profundidade ou do volume^{72; 73}. Deve-se atentar, porém, ao fato de que a avaliação clínica de perda de tecido dental é difícil, uma vez que os pontos de referência utilizados podem ser alterados com o passar do tempo. A existência de métodos ópticos de avaliação⁷⁴ ou também de mapeamento da superfície dental⁷⁵ do indivíduo apresentam boa acurácia e precisão, mas necessitam de equipamentos de alto valor. Schlueter et al⁷³ modificou uma técnica sugerida por Bartlett et al⁷², que propôs a utilização de marcações metálicas na superfície dos dentes, as quais serviram de referência e identificação para a mensuração do desgaste, sendo uma opção um pouco menos sensível, porém mais prática, comparada ao mapeamento de superfície dental.

3.5 A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO

Uma vez diagnosticada a presença de erosão dental na cavidade oral do indivíduo, deve-se dar início ao processo de prevenção do desgaste, a fim de se evitar a sua progressão. Entretanto, o diagnóstico deve ser feito de forma apropriada, identificando os diferentes fatores etiológicos, avaliando minuciosamente a necessidade de tratamento odontológico e/ou médico, para que se possa adotar medidas preventivas corretas e também prosseguir ao tratamento mais correto para cada tipo de paciente.

O cirurgião dentista deve informar aos pacientes sobre os fatores etiológicos, ensinando-os e promovendo o apoio e a motivação necessária em relação às medidas preventivas adequadas para diminuir a progressão da desordem ou até mesmo estagná-la.

A principal forma de diminuição do avanço das lesões por erosão é a redução da frequência e da severidade do contato de ácidos com a superfície dental. Em relação à mudança de hábitos dos pacientes, tanto na erosão dental causada por fatores extrínsecos como intrínsecos, é desejável que se reduza a quantidade de bebidas ou comidas ácidas ingeridas pelo paciente, e é apropriado que bebidas ácidas sejam ingeridas com canudo, sem que o líquido permaneça por muito tempo na boca⁷⁶. Outro fator importante é que se faça a ingestão dessas bebidas enquanto estiverem refrigeradas, pois o efeito erosivo é menor, uma vez que ocorre a desaceleração da reação química envolvida no processo erosivo⁷⁷. Com uma análise apropriada da dieta do paciente, podem ser feitas adaptações

quanto à frequência e a quantidade dos alimentos ou bebidas ácidas, assim como sugestões de substituição destes compostos.

Já os pacientes que possuem distúrbios do trato gastroesofágico como vômitos, refluxo e bulimia devem ser encaminhados ao tratamento médico, permanecendo, porém, em acompanhamento odontológico. O aconselhamento de pacientes de alto risco é feito no intuito de que evitem proceder à higiene bucal imediatamente após o ataque ácido, seja por fatores extrínsecos ou fatores intrínsecos, em virtude de a superfície dental estar mais susceptível à abrasão mecânica feita pelas cerdas da escova dental. Deve-se orientar o paciente, inclusive, a evitar a utilização de dentífrícios com partículas abrasivas ou agentes clareadores^{76; 78}. Já o fluxo salivar pode ser estimulado através da utilização de gomas de mascar contendo xilitol, as quais o paciente deverá mastigar por cinco minutos após cada refeição¹², acabando por aumentar a proteção em relação ao processo de erosão dental, visto que a saliva se mostrou efetiva no processo de remineralização de esmalte afetado na erosão⁷⁹.

A ação do flúor na prevenção do desgaste dental por erosão ainda se mostra controversa na literatura. Alguns autores sugerem que a camada de fluoreto de cálcio formada por este composto seria imediatamente dissolvida quando em contato com uma solução ácida, sendo improvável a prevenção do agente na prevenção da erosão⁸⁰. Já outros indicam que a camada de fluoreto de cálcio formada após a aplicação tópica agiria como uma barreira, provendo minerais para serem dissolvidos anteriormente à dissolução de minerais esmalte dental³⁴. Os dentífrícios fluoretados também agem como protetores do esmalte dental. Entretanto, esses agentes mostram possuir um baixo potencial de proteção contra a erosão dental, reduzindo o desgaste em somente 30%.

A remineralização de superfícies que sofreram erosão é indicada: utiliza-se vernizes fluoretados com aplicações trimestrais; fosfato de cálcio amorfo, com aplicações diárias, colocado em uma moldeira de clareamento; ingestão de comidas que possuem altas concentrações de cálcio e fosfato imediatamente após a ingestão de alimentos ou bebidas ácidas podem auxiliar na remineralização. Os pacientes podem ser instruídos a seguir alguns passos após o ataque ácido, como bochecho com água para redução da quantidade de ácido presente em contato com a boca, bochechos com uma solução de bicarbonato de sódio, para neutralizar o ácido remanescente e, por fim, bochechos com um enxaguante bucal que contenha flúor, para remineralizar a superfície dental desmineralizada¹².

Em casos mais severos de desgaste erosivo, dá-se preferência ao tratamento restaurador. Caso seja diagnosticada a presença de grandes

áreas de exposição de dentina, hipersensibilidade dental sem possibilidade de controle por outra técnica e riscos de fratura dental, recomenda-se esse tipo de tratamento, que provê ao dente a proteção do complexo dentina-polpa, a forma e a função adequadas, a diminuição de sensibilidade e também a prevenção de possível perda de mais estrutura dental⁸¹.

O tratamento restaurador pode variar desde a aplicação de cimento de ionômero de vidro (CIV) ou resina composta, até a reabilitação completa do dente afetado. Seguindo-se o princípio de uma restauração minimamente invasiva, é sugerido que a técnica seja realizada sem o preparo da cavidade. Em casos de pacientes com bulimia ou vômitos frequentes, deve-se aguardar que o médico gastroenterologista indique que a desordem alimentar está sob controle. Já as proteções noturnas devem ser utilizadas em pacientes com hábitos de bruxismo e apertamento, instruindo e indicando ao paciente a importância do uso durante o sono todas as noites¹². A endodontia eletiva dos dentes que sofreram desgaste erosivo também é uma conduta válida, sendo feita apenas em pacientes com lesões muito severas, extirpando o nervo do dente para cessar a sensibilidade dental intensa relatada⁸².

4 METODOLOGIA

Foi feita uma pesquisa do tipo transversal e descritiva, de modo que os dados foram analisados para se obter o resultado percentual da pesquisa. Foram aplicados questionários em diferentes populações-alvo com variadas faixas etárias (18 até 50 anos), sendo elas um grupo constituído por leigos, um grupo formado por graduandos do curso de Odontologia (de 1ª à 10ª fase) e outro grupo composto por cirurgiões dentistas já graduados, com os questionários feitos no município de Florianópolis (SC).

Para a coleta de dados, realizou-se um questionário autoaplicado, constituído por questões de múltipla escolha, aplicado pelo pesquisador no período de novembro de 2012 a janeiro de 2013. Foram abordados indivíduos de modo aleatório, questionando-se sobre o interesse em participar da pesquisa e foram entrevistados apenas os participantes que leram, assinaram e entenderam o termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário foi composto por nove questões que caracterizaram cada grupo como o grau de escolaridade em uma primeira parte, seguido de perguntas a respeito de conhecimentos sobre erosão dental, para se obter o nível de conhecimento de cada um dos grupos no assunto em questão. Foram gastos cerca de cinco a dez minutos entre abordagem, explicação, leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, realização do questionário e finalização.

A equipe da coleta de dados foi formada por apenas um pesquisador, aluno do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, que aplicou os questionários aos indivíduos selecionados de modo aleatório.

A análise dos dados em relação ao nível de conhecimento sobre erosão dental foi feita pela seleção destes grupos, tendo como parâmetro o grau de escolaridade (leigo, graduando ou profissional já formado) de cada indivíduo. Os dados foram tabulados através do programa Microsoft Excel para obtenção dos resultados percentuais de cada grupo.

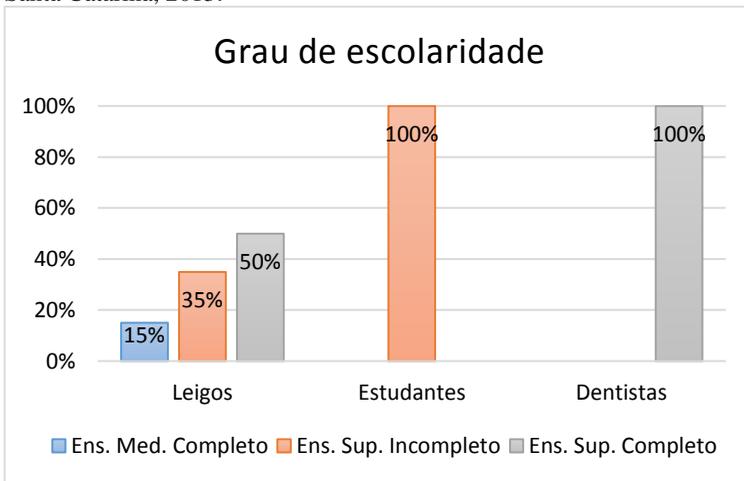
5 RESULTADOS

Durante o período de 12/12/2012 a 23/01/2013, o pesquisador aplicou os questionários no município de Florianópolis, localizado em Santa Catarina, desempenhando uma pesquisa que visou obter resultados em relação ao nível de conhecimento sobre erosão dental de determinados grupos.

A parcela de entrevistados correspondeu a três grupos de 20 pessoas cada, sendo um grupo constituído por entrevistados considerados leigos, sem contato acadêmico ou profissional com a área de Odontologia (1ª à 10ª fase); um grupo que incluiu estudantes de Odontologia de variados períodos e outro grupo formado por cirurgiões dentistas.

Com alternativas para indivíduos que nunca estudaram até para aqueles que finalizaram o ensino superior, a primeira questão do questionário era feita para determinar o grau de escolaridade de cada indivíduo que aceitou participar da pesquisa.

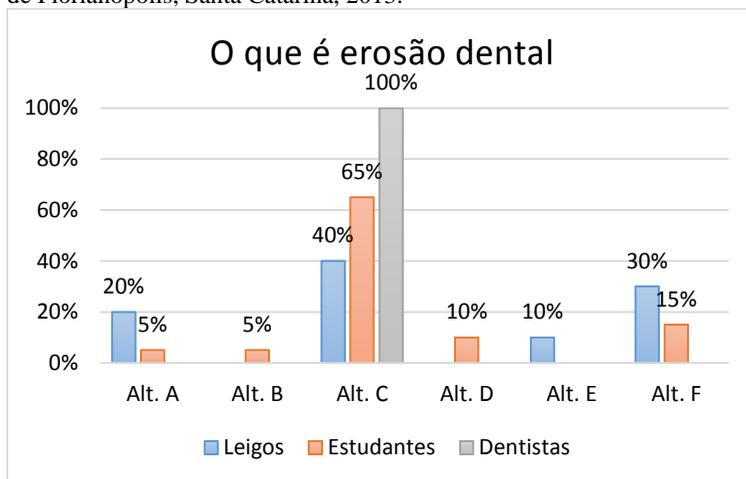
Quadro 1: grau de escolaridade dos entrevistados do município de Florianópolis, Santa Catarina, 2013.



Fonte: Questionário

Dentre o grupo de entrevistados leigos, obteve-se a maioria indivíduos com ensino superior completo, já no grupo dos estudantes do curso de Odontologia, a totalidade dos alunos respondeu possuir ensino superior incompleto e no grupo de dentistas, todo o grupo respondeu ter finalizado o ensino superior.

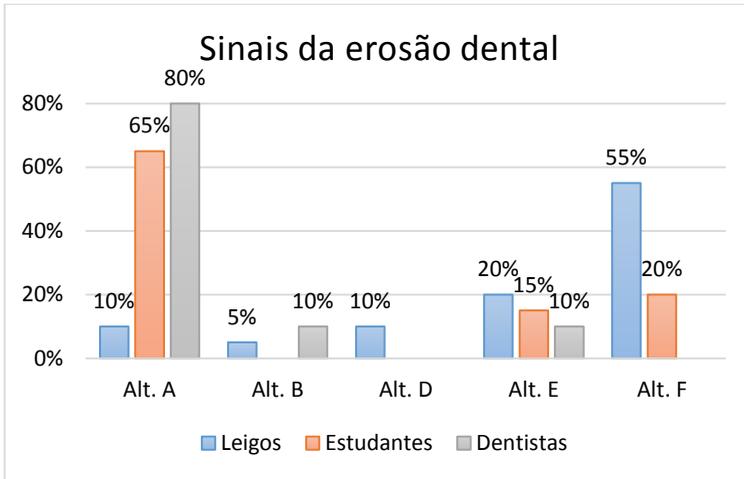
Quadro 2: respostas sobre o que é erosão dental dos entrevistados do município de Florianópolis, Santa Catarina, 2013.



Fonte: Questionário

A segunda questão da pesquisa passou ao âmbito específico, perguntando aos participantes se esses têm conhecimento do que é erosão dental. A grande maioria dos entrevistados selecionou a alternativa C, a qual dizia que erosão dental é a perda de estrutura dental devido à dissolução por ácidos que não são de origem bacteriana. Em sua totalidade, os profissionais de Odontologia responderam a questão corretamente, assim como a maioria dos estudantes (65%) e alguns dos indivíduos constituintes do grupo de leigos (40%). Alguns dos leigos e um dos estudantes assinalaram erosão dental como sendo a dissolução por ácidos de origem bacteriana (alternativa A). Em relação à mesma pergunta, um dos estudantes também respondeu que erosão dental é a perda de estrutura devido à traumas nos dentes (alternativa B), sendo que outros do mesmo grupo selecionaram a alternativa D como sendo a correta, que enfatizava erosão como a perda de estrutura devido à cáries nos dentes. Já alguns dos leigos assinalaram que erosão dental é a perda de estrutura dental em virtude do contato dos dentes com tecidos moles ou outros objetos introduzidos na boca (alternativa E), enquanto uma fração do grupo dos estudantes, juntamente com os leigos, disseram não saber do que se tratava o termo erosão dental (alternativa F).

Quadro 3: respostas sobre quais são os sinais da erosão dental dos entrevistados do município de Florianópolis, Santa Catarina, 2013.

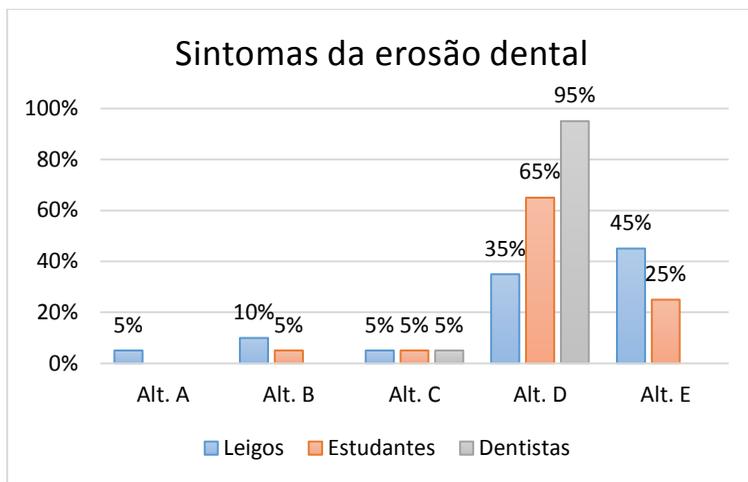


Fonte: Questionário

Seguindo à terceira questão do questionário, indagou-se a respeito do conhecimento de quais são os sinais da erosão dental: novamente a grande maioria dos indivíduos dos grupos de profissionais de Odontologia e de estudantes selecionou a alternativa correta (alternativa A), que explicitava os sinais da erosão como sendo o aumento do brilho e da lisura da superfície dos dentes, amarelamento, diminuição da espessura dos tecidos dentais, com desgaste côncavo e restaurações com aspecto proeminente. A maioria do grupo de leigos disse não saber quais são os sinais da erosão dental (alternativa F).

Pequenas frações dos grupos também selecionaram outras alternativas, como a B, cuja resposta era cavidades nos dentes e fraturas na superfície, com aumento do brilho; outros selecionaram a alternativa D, que tinha como sinais da erosão o mau posicionamento dos dentes, juntamente com a diminuição da espessura dos mesmos. Um número um pouco mais elevado de leigos (20%) respondeu que os sinais são o desgaste da borda incisal dos dentes, com aumento da lisura e presença de cavidades (alternativa E). Alguns dos participantes dos outros grupos (estudantes – 15% e dentistas – 10%) também selecionou esta última como resposta correta.

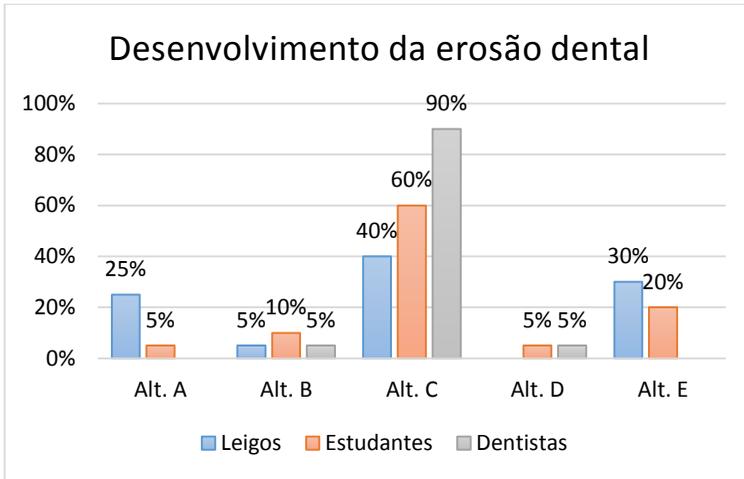
Quadro 4: respostas sobre os sintomas da erosão dental dos entrevistados no município de Florianópolis, Santa Catarina, 2013.



Fonte: Questionário

Na questão de número quatro, a maioria dos participantes do grupo de estudantes e de cirurgiões-dentistas respondeu corretamente, sendo os sintomas como a presença de dentes com aparência transparente, amarelamento, aumento do brilho, sensibilidade, aparência arredondada com desgastes, podendo também haver a presença de cavidades em casos mais severos (alternativa D). Grande parte do grupo de leigos e uma porção relativamente pequena do grupo de estudantes respondeu não saber quais são os sintomas da erosão dental (alternativa E). Foram constatadas outras respostas como a alternativa A (amarelamento dos dentes, manchamento, mau posicionamento e inflamação gengival, sensibilidade dental); alternativa B (dentes com aparência porosa, com manchamento e inflamação gengival); alternativa C (aumento da lisura, desgaste, aparência arredondada, sensibilidade dental, inflamação gengival e dores musculares).

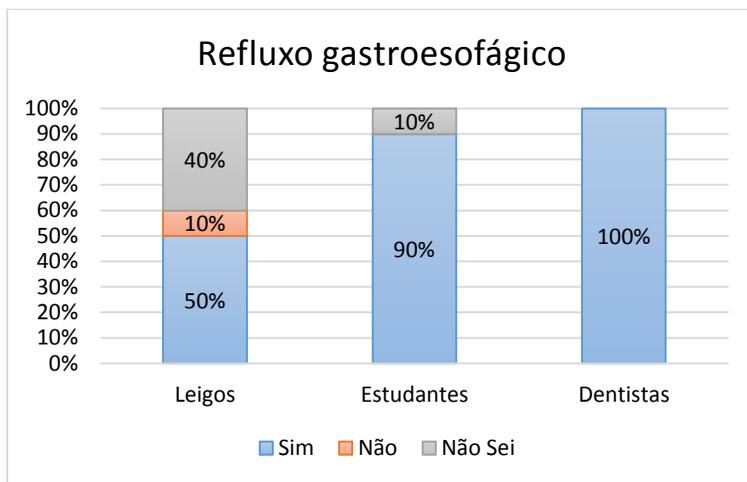
Quadro 5: respostas sobre o desenvolvimento da erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, Santa Catarina, 2013.



Fonte: Questionário

Os três grupos participantes da pesquisa responderam à quinta questão de modo correto, selecionando a alternativa C (a lesão de erosão começa como consequência da combinação de diversos fatores, como biológicos, comportamentais e químicos) como fator de desenvolvimento para a erosão dental. Uma pequena parcela do grupo de leigos e de estudantes disse não saber como a erosão dental tem início (alternativa E). Foram obtidas outras respostas para o desenvolvimento desse tipo de lesão, como a ingestão de alimentos açucarados (alternativa A, em que 25% dos leigos acredita ser o fator inicial); assim como outros participantes, que alegaram o contato com alimentos ácidos como exclusivo fator de desenvolvimento para erosão dental (5% dos leigos; 10% dos estudantes e 5% dos dentistas) – alternativa B; apenas um indivíduo do grupo de estudantes e um do grupo de dentistas disse que o desenvolvimento da erosão está ligado única e exclusivamente à predisposição biológica (alternativa D).

Quadro 6: respostas sobre a primeira alternativa da questão número seis, a respeito das populações de risco para desenvolvimento de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.

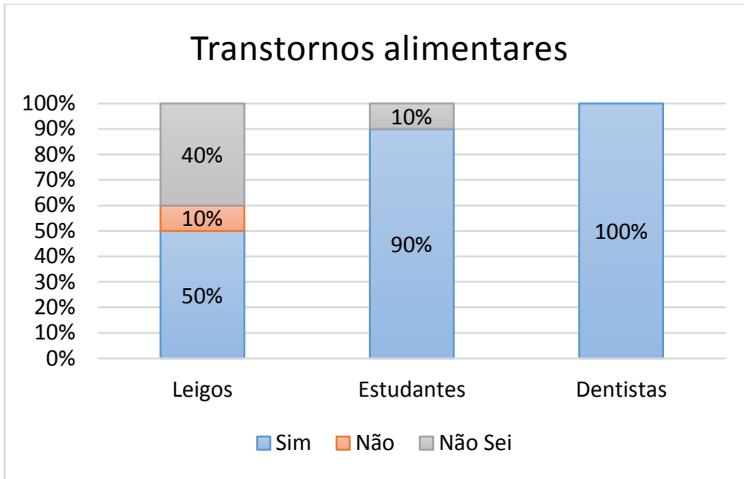


Fonte: Questionário

Na questão de número seis, o participante deveria responder a uma pergunta inicial sobre qual é o tipo de população de risco para o desenvolvimento de uma lesão erosiva nos dentes, sendo que essa possuía pequenas alternativas sobre cada tipo de população de risco e o indivíduo responderia apenas que sim, que não, ou que não sabia. A primeira alternativa indagou se indivíduos com refluxo gastroesofágico possuem risco de apresentar erosão dental.

No quadro, pode-se verificar que todos os profissionais de Odontologia assinalaram “sim”, para a alternativa que questionou sobre a influência do refluxo gastroesofágico. A maioria dos estudantes de Odontologia também seguiu o mesmo resultado, assinalando a resposta afirmativa. Já no grupo de leigos, houve uma divisão de resultados, em que 40% dos pesquisados disse não saber se o refluxo gastroesofágico tem papel no desenvolvimento da lesão. Por outro lado, 50% dos leigos assinalou a resposta afirmativa e outros 10% disseram não acreditar que indivíduos com refluxo constituam uma população de risco para o problema.

Quadro 7: respostas sobre a segunda alternativa da questão número seis, a respeito das populações de risco para desenvolvimento de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.

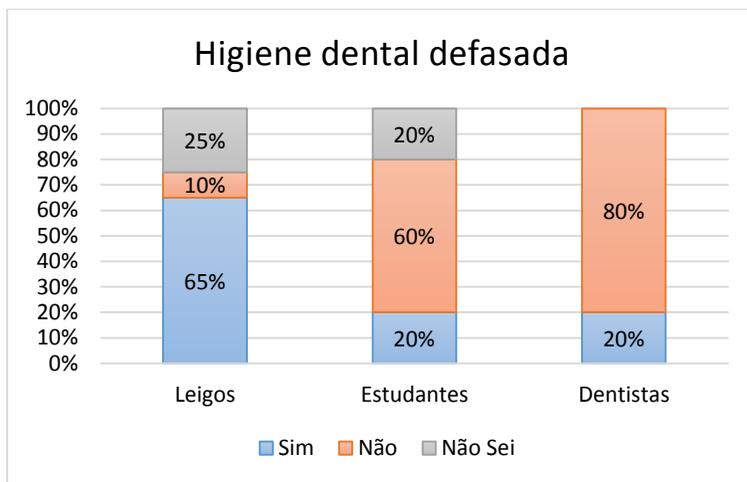


Fonte: Questionário

A segunda alternativa da questão seis questionou os participantes a respeito de indivíduos com transtornos alimentares, como bulimia e anorexia, constituírem uma população de risco para erosão dental.

Averiguou-se que os resultados da segunda alternativa coincidiram com os da primeira alternativa da mesma questão. Dentistas, em sua totalidade, responderam que sim, enquanto houveram resultados mesclados para o grupo de leigos. A maioria dos estudantes também respondeu à pergunta afirmando que indivíduos com transtornos alimentares são uma população de risco para desenvolvimento.

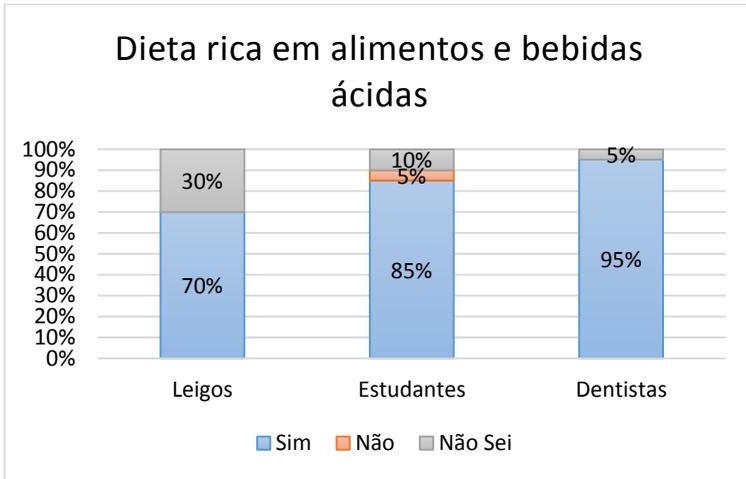
Quadro 8: respostas sobre a terceira alternativa da questão número seis, a respeito das populações de risco para desenvolvimento de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Passando-se à terceira alternativa da questão seis, foi perguntado aos participantes se indivíduos com higiene bucal defasada são população de risco para o desenvolvimento de erosão dental. 65% dos leigos responderam que sim, enquanto que 80% dos dentistas assinalaram “não” para esta alternativa. No grupo dos estudantes, 60% responderam que indivíduos que possuem higiene dental defasada não são grupo de risco, tendo, porém, indivíduos do mesmo grupo, assim como no grupo de leigos, que relataram não saber a resposta.

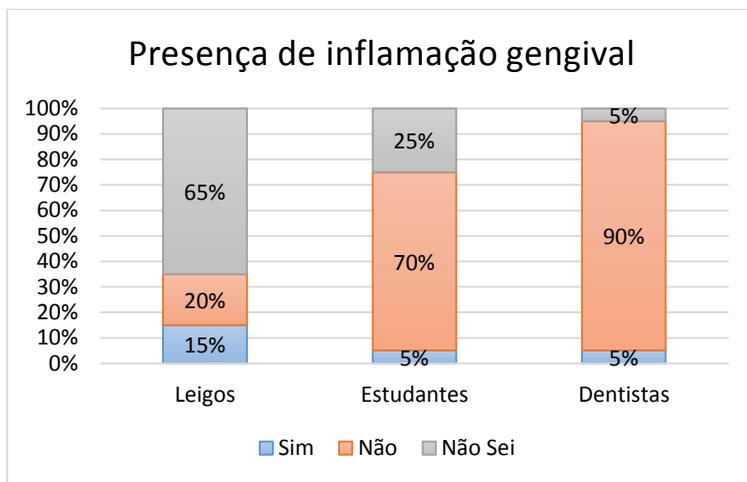
Quadro 9: respostas sobre a quarta alternativa da questão número seis, a respeito das populações de risco para desenvolvimento de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Dando seguimento ao questionário, na quarta alternativa da questão seis, a pergunta era em relação aos indivíduos que possuem dieta rica em alimentos processados e em bebidas ácidas. A grande maioria dos três grupos respondeu que os indivíduos com esse tipo de dieta são, sim, população de risco para o desenvolvimento de lesão erosiva nos dentes.

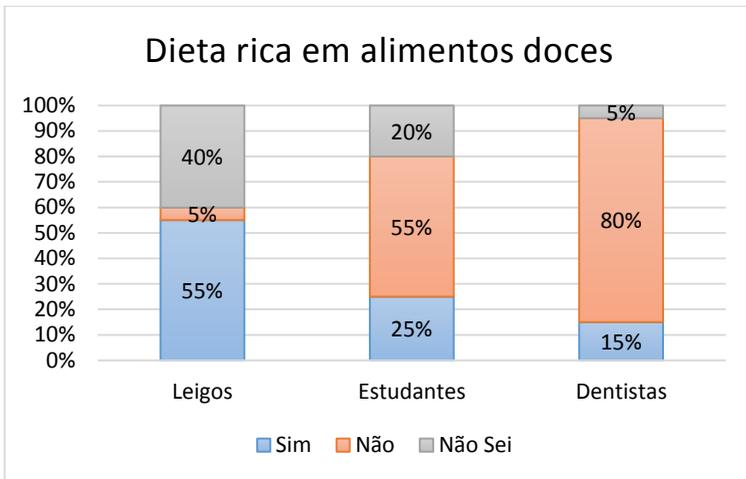
Quadro 10: respostas sobre a quinta alternativa da questão número seis, a respeito das populações de risco para desenvolvimento de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Com a quinta alternativa da questão seis, obtiveram-se resultados em relação aos indivíduos que possuem inflamação gengival. Grande parte do grupo de leigos (65%) disse não saber se pessoas com esse tipo de condição gengival fazem parte de uma população de risco. Porém, a maioria dos cirurgiões dentistas responderam que não acreditam que condições do periodonto influenciem no grupo de risco para a erosão dental. A parcela de estudantes entrevistados também não acredita na relação, enquanto que alguns relataram não saber se a inflamação gengival pode caracterizar risco.

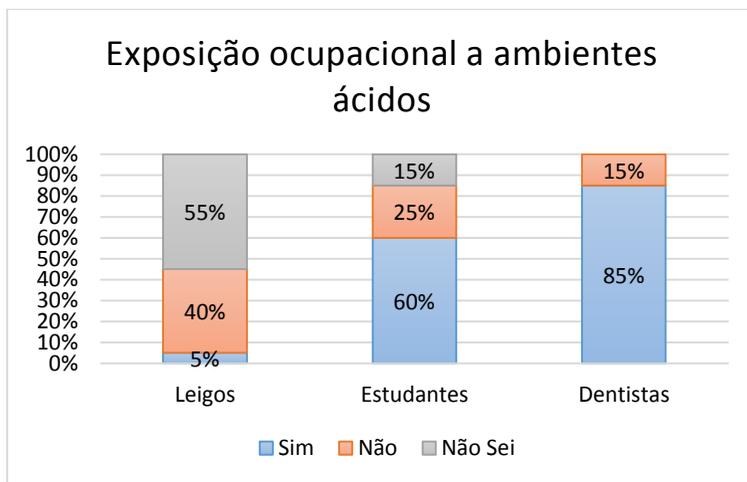
Quadro 11: respostas sobre a sexta alternativa da questão número seis, a respeito das populações de risco para desenvolvimento de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Já na sexta alternativa, questionou-se sobre a dieta rica em alimentos doces. 40% dos entrevistados leigos disse não saber se indivíduos com este tipo de dieta são parte do grupo de risco para desenvolvimento de lesões de erosão dental, ao passo que 55% deste mesmo grupo respondeu de modo afirmativo. Resultados mesclados foram encontrados para o grupo de estudantes de Odontologia. No grupo de dentistas, constatou-se que 80% dos participantes da pesquisa não acreditam que pessoas com uma dieta rica em alimentos doces possam constituir população de risco.

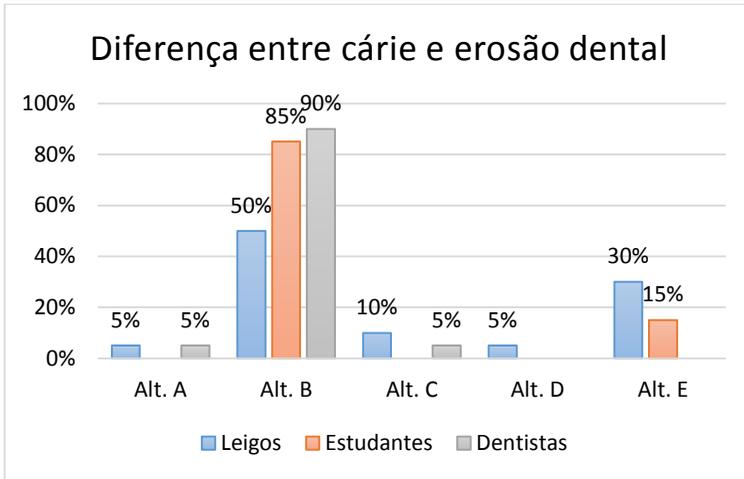
Quadro 12: respostas sobre a sétima alternativa da questão número seis, a respeito das populações de risco para desenvolvimento de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Para a sétima e última alternativa da questão de número seis do questionário, o tema abordado era a exposição ocupacional a ambientes de trabalho ácidos. Grande parte dos profissionais de Odontologia acreditam que indivíduos com exposição a ambientes de trabalho ácidos possam apresentar erosão dental com mais facilidade. 60% dos acadêmicos também responderam afirmativamente para a mesma pergunta, sendo encontrados, porém, alguns relatos de estudantes que não acreditavam nessa relação e outros que não souberam responder. O grupo de leigos em sua maioria não soube responder à este questionamento.

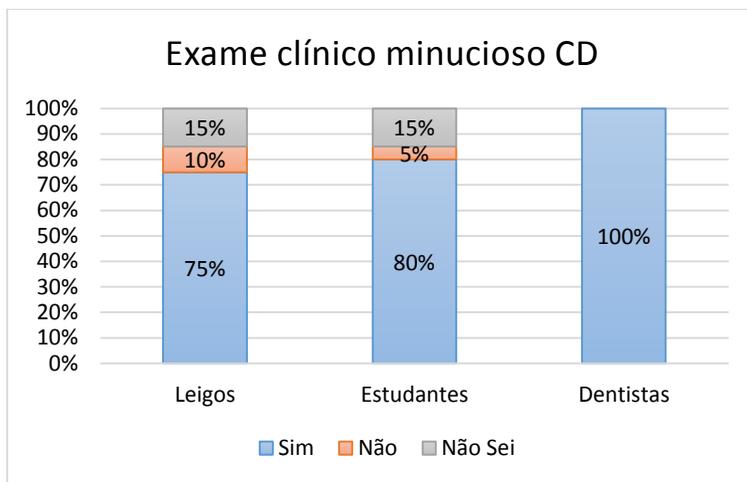
Quadro 13: respostas sobre a diferença entre lesões de cárie e de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Na sétima questão da pesquisa, o assunto foi quais são as diferenças entre as lesões de cárie e as de erosão dental: a maioria dos indivíduos dos três grupos assinalou a alternativa B, que explicitava que na erosão o desgaste dental é causado por fatores biológicos, químicos e comportamentais, sem o envolvimento de microrganismos. Obtiveram-se alguns resultados do grupo de leigos e de estudantes na alternativa E (assinalada pelos que não sabiam a resposta).

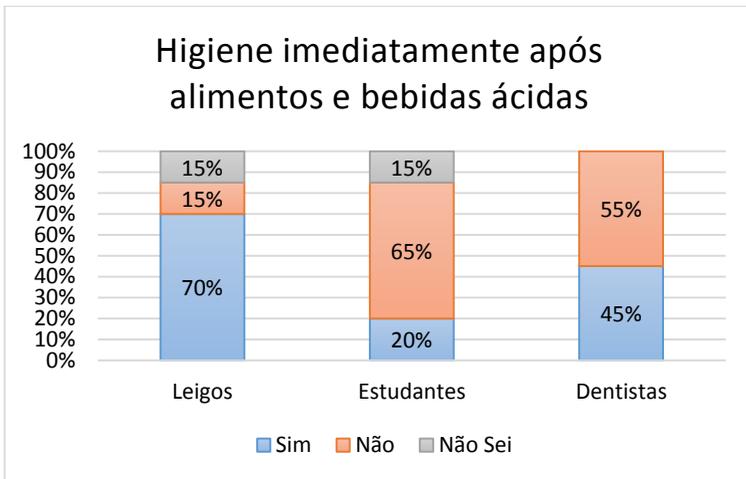
Quadro 14: respostas sobre a primeira alternativa da questão número oito, a respeito de como pode ser feita a prevenção do desenvolvimento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

A oitava pergunta do questionário foi semelhante à questão de número seis, em que os indivíduos deveriam assinalar apenas “sim”, “não” ou “não sei” para outras sete subperguntas, sendo que desta vez, indagou-se como pode ser feita a prevenção do desenvolvimento de uma lesão de erosão dental. A primeira subpergunta questionava sobre o exame clínico minucioso do cirurgião dentista para avaliar fatores etiológicos e a necessidade de tratamento médico. A grande maioria dos questionados respondeu que o exame clínico minucioso do profissional de Odontologia pode ser um tipo de prevenção dessa lesão.

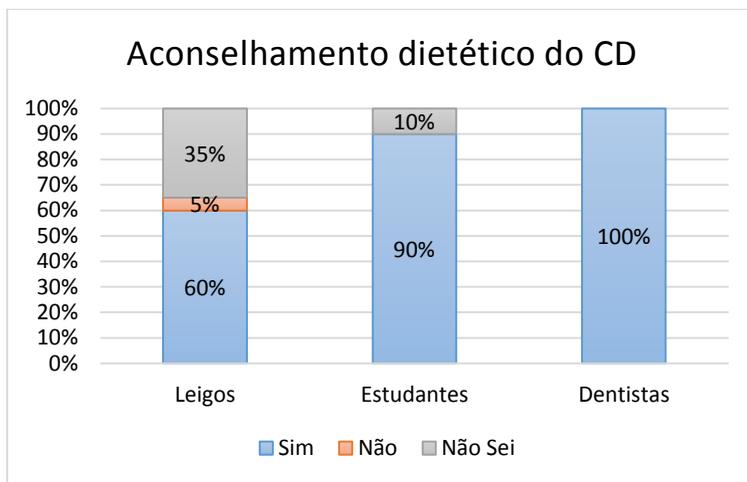
Quadro 15: respostas sobre a segunda alternativa da questão número oito, a respeito de como pode ser feita a prevenção do desenvolvimento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Na segunda alternativa, a dúvida foi se a higienização da cavidade oral imediatamente após a ingestão de alimentos e de bebidas ácidas pode ser um tipo de prevenção. Do grupo de cirurgiões dentistas, obteve-se a maioria das respostas do tipo “não”, da mesma maneira que responderam os estudantes. Encontrou-se, porém, resultados elevados (45%) no grupo de profissionais de Odontologia, ao passo que 70% dos leigos relatou que a higiene imediatamente após a ingestão de alimentos e de bebidas ácidas pode ser um tipo de prevenção para a erosão dental.

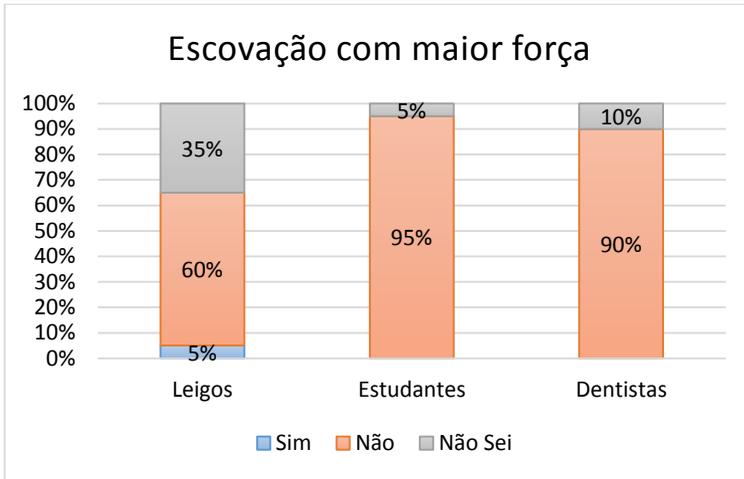
Quadro 16: respostas sobre a terceira alternativa da questão número oito, a respeito de como pode ser feita a prevenção do desenvolvimento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

A terceira alternativa da mesma questão indagou se o aconselhamento dietético do cirurgião dentista para diminuição da ingestão de alimentos e de bebidas ácidas pode ser um tipo de prevenção. Todos os dentistas concordaram que essa conduta é passível de ser considerada um tipo de prevenção para o desenvolvimento de lesões erosivas na superfície dos dentes. A grande maioria dos estudantes de Odontologia também respondeu de modo afirmativo, da mesma forma que o grupo de leigos, que apresentou, porém, alguns indivíduos que não souberam responder.

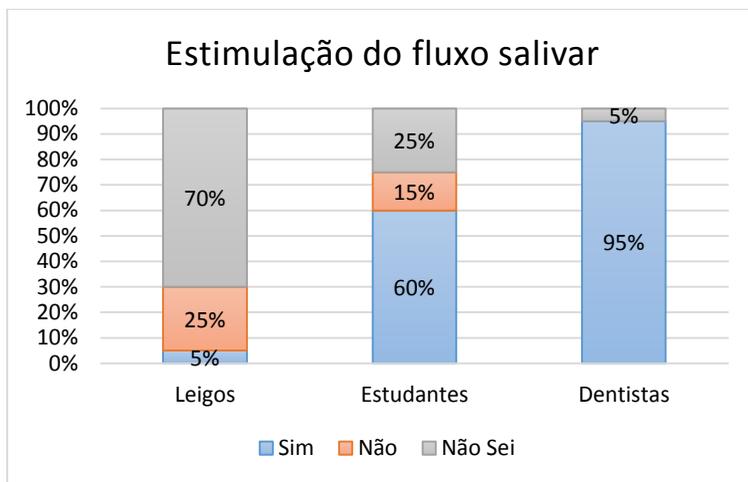
Quadro 17: respostas sobre a quarta alternativa da questão número oito, a respeito de como pode ser feita a prevenção do desenvolvimento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

O tema da quarta alternativa da questão de número oito foi a maior aplicação de força no momento da higiene bucal. Os três grupos discordaram que este tipo de procedimento possa prevenir a ocorrência de lesões de erosão dental. Uma pequena parcela do grupo de leigos disse não saber a resposta e apenas um participante desse mesmo grupo relatou acreditar que uma maior força na escovação irá ajudar na prevenção.

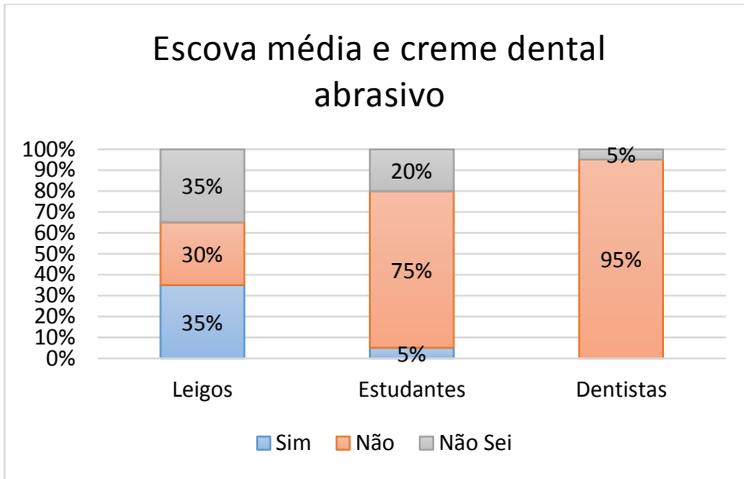
Quadro 18: respostas sobre a quinta alternativa da questão número oito, a respeito de como pode ser feita a prevenção do desenvolvimento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Em relação ao estímulo do fluxo salivar como sendo um fator preventivo para o aparecimento de erosão dental, na quinta alternativa da questão oito, os pesquisados do grupo de leigos em sua grande maioria disse não saber a resposta para a pergunta, enquanto que 60% do estudantes relatou acreditar que a estimulação do fluxo de saliva possa ser um fator de prevenção. Do grupo de cirurgiões dentistas, apenas um dos indivíduos respondeu negativamente à questão.

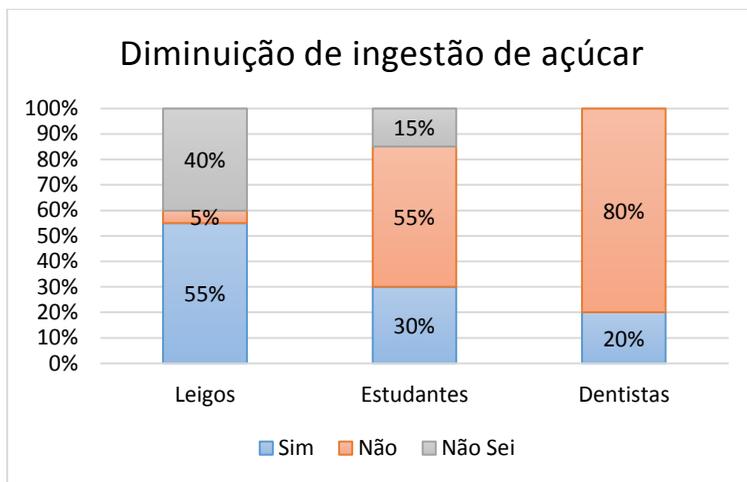
Quadro 19: respostas sobre a sexta alternativa da questão número oito, a respeito de como pode ser feita a prevenção do desenvolvimento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Já na sexta alternativa da oitava pergunta do questionário, o assunto abordado foi a utilização de escova dental com cerdas médias e de creme dental com agentes abrasivos, visando uma melhor higiene para prevenir o desenvolvimento de lesões erosivas. O grupo de cirurgiões dentistas, quase que em sua totalidade, relatou essa como uma conduta que não auxiliará na prevenção de lesões erosivas na cavidade oral, assim como grande parte do grupo de estudantes de Odontologia também assinalou “não” para esta subpergunta. No grupo de leigos se obtiveram resultados variados.

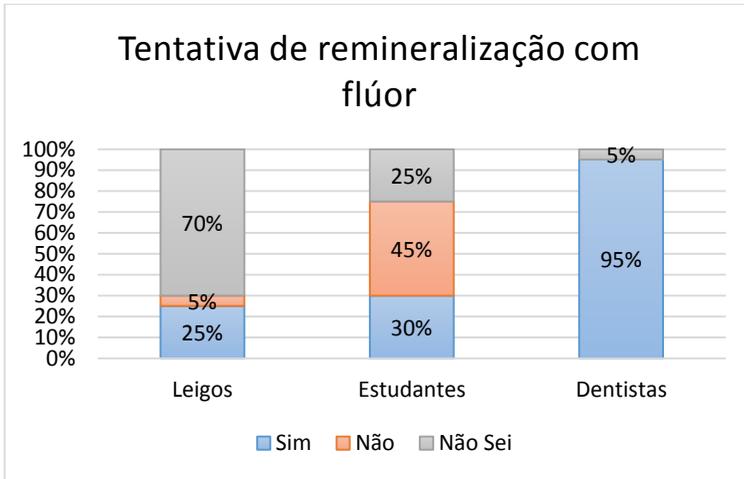
Quadro 20: respostas sobre a sétima alternativa da questão número oito, a respeito de como pode ser feita a prevenção do desenvolvimento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Na sétima alternativa da questão oito, indagou-se os participantes da pesquisa se a diminuição da ingestão de alimentos açucarados pode agir como fator preventivo para a erosão dental. A maioria dos entrevistados do grupo de leigos disse acreditar que a diminuição da ingestão de açúcar possa auxiliar na prevenção, ao passo que do mesmo grupo, 40% relatou não saber a resposta. Dos estudantes de Odontologia, 55% não concorda que essa conduta possa prevenir o desenvolvimento de lesões e a maioria dos entrevistados do grupo de cirurgiões dentistas segue discordando da alternativa.

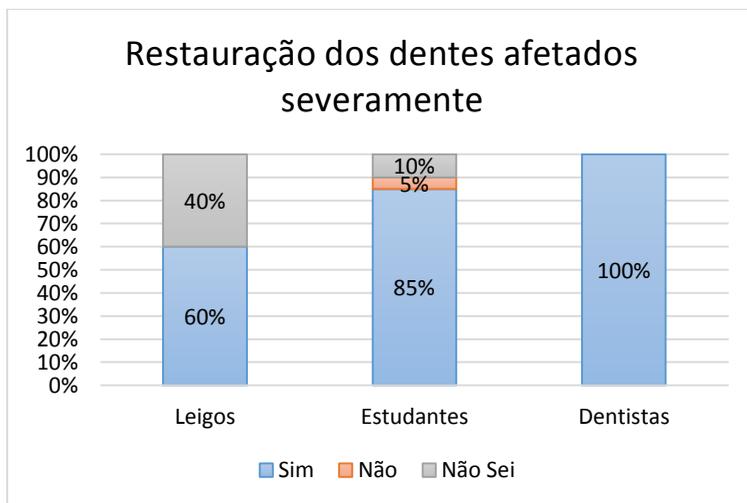
Quadro 21: respostas sobre a primeira alternativa da questão número nove, a respeito de como pode ser feito o tratamento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

A última pergunta feita aos grupos que aceitaram participar da pesquisa se referiu a qual tipo de tratamento é indicado para as lesões de erosão dental. Seguindo o mesmo estilo das questões número seis e oito, esta questão também possuía nove subperguntas. O primeiro questionamento foi feito a respeito da utilização de flúor para tentativa de remineralização das lesões erosivas. A maioria dos participantes do grupo de leigos disse não saber a resposta para esta pergunta. Já no grupo de estudantes, houve resultados mesclados, com predominância de integrantes que responderam não acharem que se deva utilizar o flúor para este tipo de lesão. O grupo de dentistas respondeu de modo afirmativo.

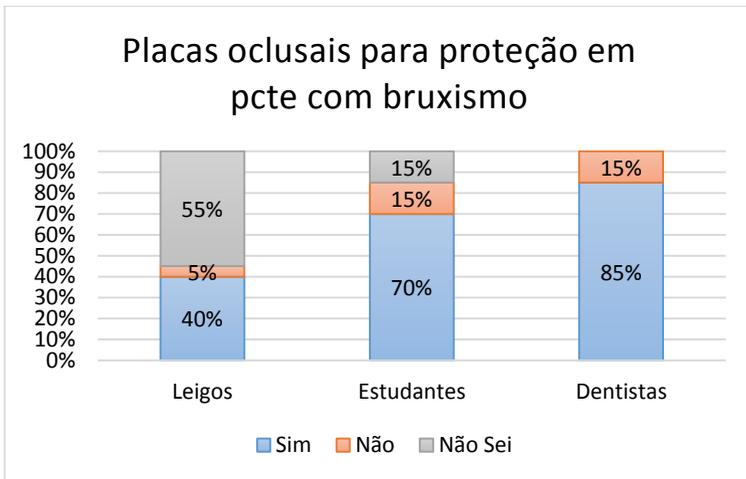
Quadro 22: respostas sobre a segunda alternativa da questão número nove, a respeito de como pode ser feito o tratamento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Quando interrogados se restaurações dos dentes com erosão severa devem ser usadas como tratamento, todo o grupo de dentistas respondeu afirmativamente. O grupo de leigos em sua maioria também assinalou “sim” como resposta, tendo, no entanto, a presença de alguns indivíduos que não souberam responder. Já no grupo de estudantes houve grande número de participantes que acreditam que esse seja um tratamento indicado.

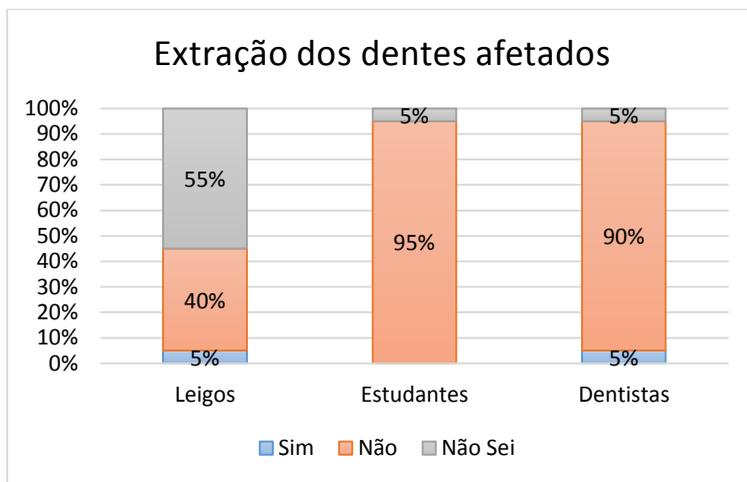
Quadro 23: respostas sobre a terceira alternativa da questão número nove, a respeito de como pode ser feito o tratamento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Seguindo à próxima alternativa desta mesma questão, o tema abordado foi a utilização de placas oclusais para pacientes com bruxismo para tratamento de lesões erosivas. Alguns dos dentistas responderam que este não é um tratamento indicado, enquanto que a grande maioria do mesmo grupo abordado disse acreditar na indicação de placas oclusais. Já no grupo de leigos, houve domínio de integrantes que disseram não saber a resposta para esta indagação. No conjunto de estudantes, uma grande parcela respondeu crer que esse tipo de tratamento é apropriado.

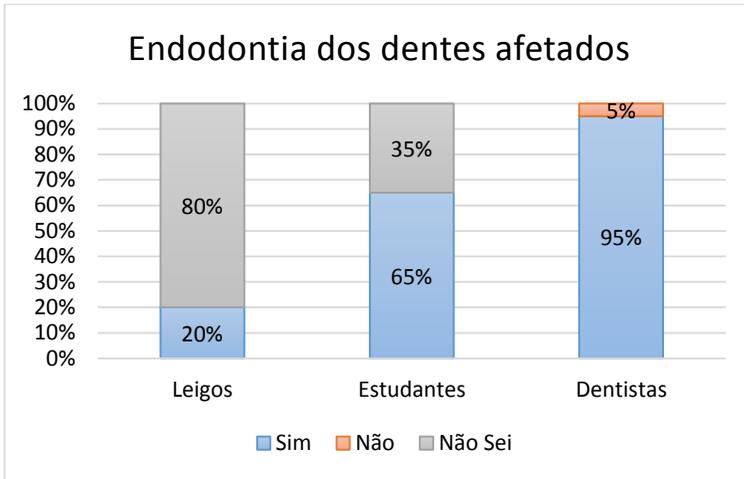
Quadro 24: respostas sobre a quarta alternativa da questão número nove, a respeito de como pode ser feito o tratamento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Com a quarta alternativa, os participantes deveriam assinalar respostas sobre a indicação de exodontias para os dentes afetados pela erosão dental. Apenas um cirurgião dentista respondeu afirmativamente, enquanto que a grande maioria restante do grupo respondeu que a exodontia não é uma conduta adequada. No grupo de estudantes de Odontologia, percebeu-se com o resultado que 95% do grupo também acredita que esse tipo de tratamento não é o correto. Já na parcela de leigos houve predominância de indivíduos que não souberam responder.

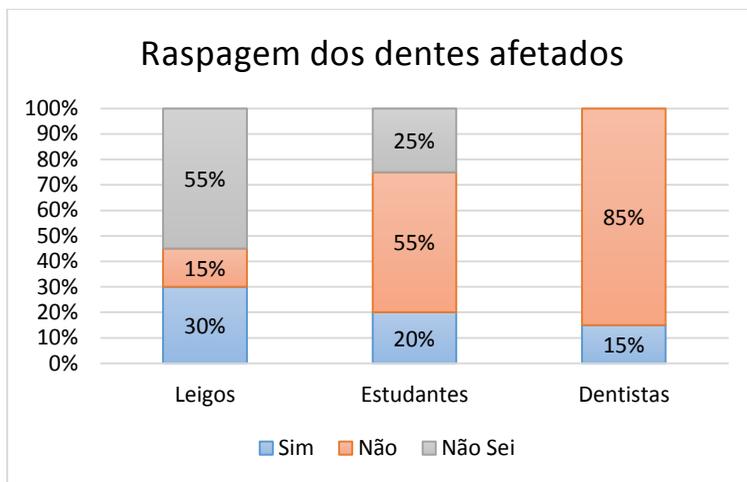
Quadro 25: respostas sobre a quinta alternativa da questão número nove, a respeito de como pode ser feito o tratamento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Seguindo à quinta alternativa da mesma questão número nove, questionou-se os integrantes de cada grupo sobre a necessidade de endodontia em dentes afetados severamente pela erosão. Novamente um grande número de entrevistados leigos não soube responder, enquanto que 95% dos dentistas participantes da pesquisa disse acreditar na endodontia de dentes severamente afetados como um tipo de tratamento adequado. No grupo de estudantes, 65% dos indivíduos concorda com essa conduta.

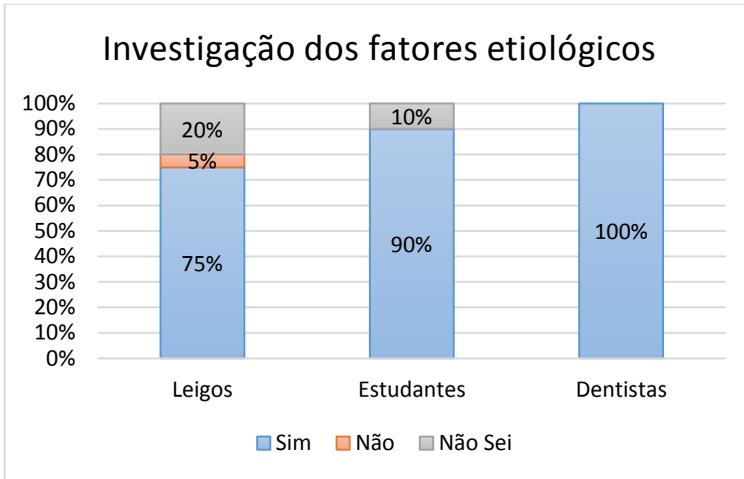
Quadro 26: respostas sobre a sexta alternativa da questão número nove, a respeito de como pode ser feito o tratamento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

A sexta alternativa da última questão da pesquisa se referiu à raspagem de dentes com lesões erosivas como um tipo de tratamento indicado, mas 85% dos cirurgiões dentistas relatou não acreditar nesta afirmação. A mesma discordância foi encontrada para os estudantes, sendo que 55% do grupo respondeu “não”. Já no grupo de leigos, a maioria relatou não saber a resposta.

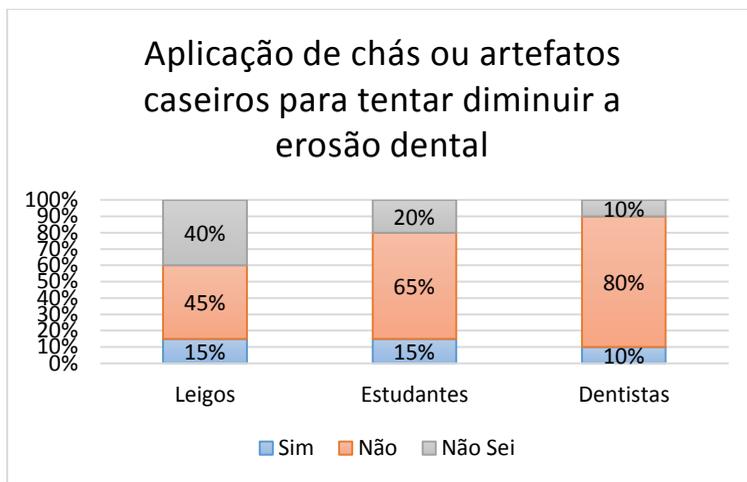
Quadro 27: respostas sobre a sétima alternativa da questão número nove, a respeito de como pode ser feito o tratamento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

A investigação dos fatores etiológicos das lesões erosivas foi o tema da sétima subpergunta da questão número nove, em que a maioria dos três grupos respondeu acreditar que esse tipo de conduta seja adequada para o tratamento da erosão dental.

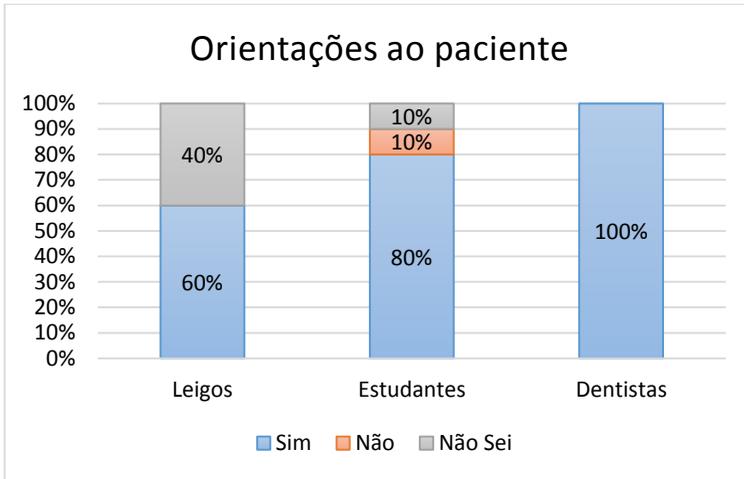
Quadro 28: respostas sobre a oitava alternativa da questão número nove, a respeito de como pode ser feito o tratamento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Na penúltima alternativa da pesquisa, questionou-se os participantes sobre a utilização de chás ou outros artefatos caseiros para o tratamento da erosão dental. Os resultados encontrados indicam que dos três grupos, grandes parcelas dos indivíduos responderam que esse tipo de ação não auxilia no tratamento dos pacientes com lesões erosivas.

Quadro 29: respostas sobre a nona alternativa da questão número nove, a respeito de como pode ser feito o tratamento de lesões de erosão dental dos participantes da pesquisa no município de Florianópolis, 2013.



Fonte: Questionário

Com a última indagação feita aos participantes, o objetivo foi registrar suas respostas sobre a orientação do dentista repassada ao paciente a respeito de alimentação e proteções no ambiente de trabalho como um tratamento adequado. Os três grupos responderam acreditar nesse tipo de conduta do profissional de Odontologia.

6 DISCUSSÃO

Esse estudo consistiu em uma pesquisa feita para avaliar os níveis de conhecimento de diversos grupos a respeito da erosão dental, sem mensurar a sua prevalência. Sabe-se que a erosão dental não obteve o devido interesse de profissionais de Odontologia por muito tempo, e, apesar de nos últimos anos o assunto ter ganhado maior notoriedade, não se conhece se o público leigo está advertido a respeito da importância da erosão ácida dos dentes, já que por muito tempo as lesões de erosão passaram despercebidas da prática clínica¹³.

A pesquisa encontrou que 100% dos dentistas definiu o que é erosão dental corretamente, assinalando a alternativa do questionário que evidenciava que esta lesão ocorre com a perda de estrutura progressiva e irreversível dos tecidos dentais através de um processo químico que não envolve bactérias². Apesar do que se encontra na literatura sobre o assunto, mais da metade dos leigos e alguns estudantes não soube responder a pergunta corretamente. Em outra questão, os entrevistados foram solicitados que diferenciassem a lesão de erosão da lesão de cárie, tendo 50% dos leigos, 85% do grupo de estudantes de Odontologia e 90% dos dentistas assinalado a resposta correta, a qual evidenciava que a lesão de erosão dental é causada pela combinação de fatores etiológicos comportamentais, biológicos e químicos sem o envolvimento de microrganismos^{12; 30; 36; 50}.

Grande parte dos grupos de estudantes e de cirurgiões dentistas (sinais – 65% e 80%; sintomas – 65% e 90%, respectivamente) soube responder corretamente, segundo o que se encontra na literatura, quais são os sinais e sintomas da erosão dental, afirmando que os sinais são o aumento do brilho e da lisura da superfície dos dentes, amarelamento, diminuição da espessura dos tecidos dentais, com desgaste côncavo e restaurações com aspecto proeminente. Já os sintomas, a presença de dentes com aparência transparente, amarelamento, aumento do brilho, sensibilidade, aparência arredondada com desgastes, podendo também haver a presença de cavidades em casos mais severos⁷⁰. Metade dos leigos disse não saber do que se tratavam as perguntas sobre sinais e sintomas da erosão dental.

Alguns indivíduos leigos e um dos integrantes do grupo de estudantes de Odontologia acreditam que o desenvolvimento inicial erosão dental está relacionado à ingestão de alimentos açucarados. Já 40% dos leigos e a grande maioria dos cirurgiões dentistas e dos estudantes de Odontologia alegaram que o desenvolvimento ocorre por meio da

combinação de fatores biológicos, comportamentais e químicos, o que se confirma na literatura^{12; 30; 36; 50}.

O refluxo gastroesofágico^{7; 38} e os transtornos alimentares^{63; 64} têm um papel importante no desenvolvimento das lesões de erosão dental. A grande maioria dos três grupos concorda com a afirmação que pode ser encontrada na literatura. A higiene dental defasada, a ingestão de alimentos açucarados e a presença de inflamação gengival não são fatores predisponentes para a erosão, já que não há o envolvimento de bactérias neste tipo de lesão², entretanto, 65% dos leigos ainda acredita que a higiene dental deficiente é um dos fatores predisponentes para a erosão dental. Indivíduos com dieta rica em alimentos ácidos (frutas, bebidas carbonadas, produtos de higiene bucal com baixo pH) também podem ser considerados parte de uma população de risco¹¹ e a grande maioria dos três grupos de entrevistados concorda com a afirmação.

Muitos dos leigos entrevistados (55%) não soube responder se a exposição ocupacional a ambientes ácidos pode causar erosão dental. Já 60% dos estudantes de Odontologia e 85% dos cirurgiões dentistas responderam corretamente, afirmando que esta exposição é um fator etiológico^{51; 52}.

Em relação à prevenção do desenvolvimento de uma lesão de erosão dental, a maioria dos indivíduos dos três grupos concorda que um exame clínico minucioso do cirurgião dentista é importante, como evidenciado na literatura⁶⁷. Enquanto 65% dos entrevistados leigos e, surpreendentemente, 45% dos cirurgiões dentistas ainda têm uma concepção errônea de que a escovação imediatamente após a ingestão de alguma bebida ou de alimentos ácidos poderia prevenir os efeitos danosos da erosão dental, a despeito do que é encontrado na literatura²⁶.

Todos os cirurgiões dentistas entrevistados, a grande maioria dos estudantes e muitos dos leigos acreditam que o aconselhamento dietético do profissional de Odontologia é benéfico para a prevenção da erosão dental, como exemplificado por Lussi (2006)⁶⁷. Quando questionados a respeito da escovação com maior aplicação de força, os três grupos responderam em sua maioria negativamente, o que é consolidado por Bamise et al. (2009).

70% do grupo de leigos disse não saber se a estimulação do fluxo salivar pode auxiliar na prevenção da erosão dental, sendo que apenas um dos leigos respondeu corretamente. Entretanto, 60% dos estudantes e 95% dos dentistas estão de acordo com o que foi encontrado na literatura, respondendo que um maior fluxo salivar pode, sim, prevenir o desenvolvimento de lesões erosivas nos dentes³⁶. Uma parcela significativa dos leigos não soube responder, enquanto que outros

responderam que sim quando perguntados se escova dental com cerdas mais duras e creme dental mais abrasivo auxiliam na prevenção da erosão. A informação correta confirmada pela literatura²⁶ e assinalada pela maioria dos dentistas e estudantes de Odontologia é que esse tipo de conduta não é indicada para prevenir esse tipo de lesão.

A diminuição da ingestão de alimentos açucarados não tem relação com a prevenção da erosão dental, visto que este processo não envolve microrganismos². Mesmo com essa informação, 55% dos leigos, 20% dos dentistas e 30% dos estudantes de Odontologia ainda responderam que esse tipo de prevenção é efetivo.

A utilização do flúor para tentativa de remineralização das lesões é um assunto um pouco controverso, uma vez que há resultados contraditórios na literatura^{32; 33; 70}. Apesar disso, a maioria dos dentistas entrevistados acredita na eficiência deste composto para o tratamento, ao passo que 45% dos estudantes disseram não crer no tratamento da erosão dental com o uso do flúor, enquanto que a parcela de leigos continua com pouca informação, não sabendo responder a esta pergunta. A maioria dos entrevistados de todos os grupos concorda que o tratamento restaurador e o uso de placas oclusais são indicados para casos de erosão dental severa, o que se confirma com a literatura^{12; 81}.

A maioria dos três grupos não crê na exodontia dos dentes afetados como conduta mais indicada para o tratamento. Já quando o assunto é a endodontia para os dentes que sofreram a erosão severa, a maioria dos grupos de estudantes de Odontologia e de cirurgiões dentistas concorda com a indicação desse tratamento, sendo essa opção a endodontia eletiva, feita em casos muito severos em que se escolhe por extirpar o nervo do dente com o intuito de cessar a sensibilidade dental⁸². Já o grupo de leigos disse não saber do que se tratava.

85% dos cirurgiões dentistas não acredita que a raspagem e alisamento dos dentes que sofreram ação erosiva possa ser um tratamento benéfico, uma vez que poderá ocorrer maior perda desmineralizada pelos ácidos. A maioria dos três grupos também não concorda que chás ou artefatos caseiros possam auxiliar no tratamento da erosão, apesar de 45% dos leigos ter relatado não saber a resposta.

Finalmente, o estudo provê informações sobre os três grupos de entrevistados, os quais têm a concepção correta de que é necessária a investigação dos fatores etiológicos para que se possa obter um tratamento correto para a erosão dental. Há unanimidade por parte dos dentistas, por grande maioria de estudantes de Odontologia e por leigos quando o assunto é a orientação ao paciente quanto a alimentação e

proteções no ambiente de trabalho, sendo que as duas informações se mostram consolidadas na literatura^{67; 69}.

7 CONCLUSÃO

Muitos entrevistados leigos ainda possuem a concepção errada de que a erosão dental é associada ao consumo de alimentos doces e à higiene dental defasada, e, apesar de alguns participantes do grupo de leigos definirem corretamente a erosão dental, esses ainda não têm consciência significativa da existência dessa doença. De modo geral os cirurgiões dentistas e estudantes de Odontologia possuem um bom nível de conhecimento a respeito do assunto. Assim, faz-se necessária a educação a respeito de Odontologia para que os indivíduos conheçam o que é a erosão dental e suas consequências danosas para os dentes.

REFERÊNCIAS

- 1 FRANÇA, S. **Erosão dentária exige diagnóstico para tratamento mais eficaz.** Revista da APCD. São Paulo. 65: 06-10 p. 2011.
- 2 PINDBORG, J. J. **Pathology of the dental hard tissues.** Philadelphia: Saunders, 1970.
- 3 CHADWICK, B. L. et al. Non-cariou tooth conditions in children in the UK, 2003. **Br Dent J**, v. 200, n. 7, p. 379-384, 2006. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.4813424> >.
- 4 VAILATI, F.; BELSER, U. C. Classification and Treatment of the Anterior Maxillary Dentition Affected by Dental Erosion: The ACE Classification. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 30, n. 6, p. 558-571, 2010. Disponível em: < <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=55403343&site=ehost-live> >.
- 5 HELLSTRÖM, I. Oral complications in anorexia nervosa. **European Journal of Oral Sciences**, v. 85, n. 1, p. 71-86, 1977. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0722.1977.tb00535.x> >.
- 6 HURST, P. S.; J.H., L.; CRISP, A. H. Teeth, vomiting and diet: a study of anorexia nervosa patients. **Postgraduate Medicine**, v. 53, p. 298-305, 1977.
- 7 JÄRVINEN, V. et al. Dental erosion and upper gastrointestinal disorders. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 65, n. 3, p. 298-303,

1988. Disponível em: <
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0030422088901132>>.
- 8 MEURMAN, J. H. et al. Oral and dental manifestations in gastroesophageal reflux disease. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 78, n. 5, p. 583-589, 1994. Disponível em: <
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0030422094901686>>.
- 9 GUDMUNDSSON, K. et al. Tooth erosion, gastroesophageal reflux, and salivary buffer capacity. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 79, n. 2, p. 185-89 Z, 1995. Disponível em: <
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S107921040580280X>>.
- 10 SCHROEDER, P. L. et al. Dental Erosion and Acid Reflux Disease. **Annals of Internal Medicine**, v. 122, n. 11, p. 809-815, June 1, 1995 1995. Disponível em: <
<http://www.annals.org/content/122/11/809.abstract>>.
- 11 HELLOWIG, E.; LUSSI, A. Oral hygiene products and acidic medicines. **Monogr Oral Sci**, v. 20, p. 112-118, 2006. Disponível em: <
<http://pubget.com/paper/16687890>>.
- 12 DONOVAN, T.; SWIFT JR, E. J. Dental erosion: Ask the experts. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 21, n. 6, p. 359-364, 2009. Disponível em: <
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-71749093059&partnerID=40&md5=5e36b45e9b96d794791b8a6847018c1e>>.

- 13 LUSI, A. Erosive tooth wear - a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. **Monogr Oral Sci**, v. 20, p. 1-8, 2006.
- 14 PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 31 Suppl 1, p. 3-23, Dec 2003.
- 15 JONES, C. M. et al. Water fluoridation, tooth decay in 5 year olds, and social deprivation measured by the Jarman score: analysis of data from British dental surveys. **BMJ**, v. 315, n. 7107, p. 514-517, 1997-08-30 00:00:00 1997.
- 16 VARGAS, C. M.; CRALL, J. J.; SCHNEIDER, D. A. Sociodemographic Distribution of Pediatric Dental Caries: NHANES III, 1988–1994. **The Journal of the American Dental Association**, v. 129, n. 9, p. 1229-1238, September 1, 1998 1998. Disponível em: < <http://jada.ada.org/content/129/9/1229.abstract> >.
- 17 ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C.; NUGENT, Z. J. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 32, n. 1, p. 41-48, 2004. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00125.x> >.
- 18 NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, p. 385-393, 2006. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&

[pid=S1020-49892006000600004&nrm=iso](#) >.

- 19 NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R. Declínio na Experiência de Cárie em Dentes Permanentes de Escolares Brasileiros no Final do Século XX. **Odontologia e Sociedade**, v. 1, n. 1/2, p. 25-29, 1999. Disponível em: <
<http://143.107.23.244/departamentos/social/legal/revista/5.pdf> >.
- 20 NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 381-392, 2000. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200011&nrm=iso >.
- 21 BRASIL, M. D. S., SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE, DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde: 137 p. 1988.
- 22 MARTHALER, T. M. Changes in Dental Caries 1953–2003. **Caries Research**, v. 38, n. 3, p. 173-181, 2004. Disponível em: <
<http://www.karger.com/DOI/10.1159/000077752> >.
- 23 ABIR. BNA Brasil Relatório 2011. **Associação Brasileira das Indústrias de Refrigerantes e Bebidas Não-Alcoólicas**, 2010.
- 24 WATERHOUSE, P. J. et al. Diet and dental erosion in young people in south-east Brazil. **International**

Journal of Paediatric Dentistry, v. 18, n. 5, p. 353-360, 2008. Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-263X.2008.00919.x> >.

25 WEST, N. X. et al. A method to measure clinical erosion: the effect of orange juice consumption on erosion of enamel. **Journal of Dentistry**, v. 26, n. 4, p. 329-335, 1998. Disponível em: <
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571297000250> >.

26 BAMISE, C. T.; DINYAIN, V. E.; KOLAWOLE, K. A. Dental erosion due to lime consumption; review of literature and case report. **East Afr J Public Health**, v. 6, n. 2, p. 141-3, Aug 2009.

27 JOHANSSON, A. K. et al. Influence of drinking method on tooth-surface pH in relation to dental erosion. **Eur J Oral Sci**, v. 112, n. 6, p. 484-9, Dec 2004.

28 EDWARDS, M. et al. A videofluoroscopic comparison of straw and cup drinking: the potential influence on dental erosion. **Br Dent J**, v. 185, n. 5, p. 244-9, Sep 12 1998.

29 MACKIE, I. C.; BLINKHORN, A. S. Unexplained losses of enamel on upper incisor teeth. **Dent Update**, v. 16, n. 9, p. 403-4, Nov 1989.

30 LUSSI, A.; JAEGGI, T. Chemical Factors. In: A, L. (Ed.). **Dental Erosion From Diagnosis to Therapy**. Basel, Switzerland: Karger, v.20, 2006. cap. 7.1.1, p.77-87.

31 GRENBY, T. H. Lessening dental erosive potential by

- product modification. **Eur J Oral Sci**, v. 104, n. 2 (Pt 2), p. 221-8, Apr 1996.
- 32 LUSI, A.; JAGGI, T.; SCHARER, S. The influence of different factors on in vitro enamel erosion. **Caries Res**, v. 27, n. 5, p. 387-93, 1993.
- 33 SORVARI, R. et al. Effect of fluoride varnish and solution on enamel erosion in vitro. **Caries Res**, v. 28, n. 4, p. 227-32, 1994.
- 34 GANSS, C. et al. Effectiveness of two fluoridation measures on erosion progression in human enamel and dentine in vitro. **Caries Res**, v. 35, n. 5, p. 325-30, Sep-Oct 2001.
- 35 IRELAND, A. J.; MCGUINNESS, N.; SHERRIFF, M. An investigation into the ability of soft drinks to adhere to enamel. **Caries Res**, v. 29, n. 6, p. 470-6, 1995.
- 36 HARA, A. T.; LUSI, A.; ZERO, D. T. Biological Factors. In: A. L. (Ed.). **Dental Erosion: From Diagnosis to Therapy**. Basel: Karger, v.20, 2006. cap. 7.1.2, p.88-99.
- 37 LEE, V. M.; LINDEN, R. W. An olfactory-submandibular salivary reflex in humans. **Exp Physiol**, v. 77, n. 1, p. 221-4, Jan 1992.
- 38 JARVINEN, V. K.; RYTOMAA, I.; HEINONEN, O. P. Risk factors in dental erosion. **J Dent Res**, v. 70, n. 6, p. 942-7, Jun 1991.
- 39 DAWES, C. Physiological factors affecting salivary flow rate, oral sugar clearance, and the sensation of dry

mouth in man. **J Dent Res**, v. 66 Spec No, p. 648-53, Feb 1987.

40 YOUNG, W. G.; KHAN, F. Sites of dental erosion are saliva-dependent. **J Oral Rehabil**, v. 29, n. 1, p. 35-43, Jan 2002.

41 ZAHRADNIK, R. T.; PROPAS, D.; MORENO, E. C. In vitro enamel demineralization by *Streptococcus mutans* in the presence of salivary pellicles. **J Dent Res**, v. 56, n. 9, p. 1107-10, Sep 1977.

42 _____. Effect of fluoride topical solutions on enamel demineralization by lactate buffers and *Streptococcus mutans* in vitro. **J Dent Res**, v. 57, n. 9-10, p. 940-6, Sep-Oct 1978.

43 AMAECHI, B. T. et al. Thickness of acquired salivary pellicle as a determinant of the sites of dental erosion. **J Dent Res**, v. 78, n. 12, p. 1821-8, Dec 1999.

44 FEAGIN, F.; KOULOURIDES, T.; PIGMAN, W. The characterization of enamel surface demineralization, remineralization, and associated hardness changes in human and bovine material. **Arch Oral Biol**, v. 14, n. 12, p. 1407-17, Dec 1969.

45 GEDALIA, I. et al. Enamel softening with Coca-Cola and rehardening with milk or saliva. **Am J Dent**, v. 4, n. 3, p. 120-2, Jun 1991.

46 ZALKIND, M. et al. Surface morphology changes in human enamel, dentin and cementum following bleaching: a scanning electron microscopy study. **Endod Dent Traumatol**, v. 12, n. 2, p. 82-8, Apr 1996.

- 47 ARCARI, G. M. et al. Influence of the duration of treatment using a 10% carbamide peroxide bleaching gel on dentin surface microhardness: an in situ study. **Quintessence Int**, v. 36, n. 1, p. 15-24, Jan 2005.
- 48 PRETTY, I. A.; EDGAR, W. M.; HIGHAM, S. M. The effect of bleaching on enamel susceptibility to acid erosion and demineralisation. **Br Dent J**, v. 198, n. 5, p. 285-90; discussion 280, Mar 12 2005.
- 49 GREGG, T. et al. A study in vitro of the abrasive effect of the tongue on enamel and dentine softened by acid erosion. **Caries Res**, v. 38, n. 6, p. 557-60, Nov-Dec 2004.
- 50 LUSSI, A.; JAEGGI, T. Occupation and Sports. In: A, L. (Ed.). **Dental Erosion From Diagnosis to Therapy**. Basel, Switzerland: Karger, v.20, 2006. cap. 7.2, p.106-111.
- 51 AROWOJOLU, M. O. Erosion of tooth enamel surfaces among battery chargers and automobile mechanics in Ibadan: a comparative study. **Afr J Med Med Sci**, v. 30, n. 1-2, p. 5-8, Mar-Jun 2001.
- 52 PETERSEN, P. E.; GORMSEN, C. Oral conditions among German battery factory workers. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 19, n. 2, p. 104-6, Apr 1991.
- 53 MATHEW, T.; CASAMASSIMO, P. S.; HAYES, J. R. Relationship between sports drinks and dental erosion in 304 university athletes in Columbus, Ohio, USA. **Caries Res**, v. 36, n. 4, p. 281-7, Jul-Aug 2002.

- 54 ATKINSON, J. C.; WU, A. J. Salivary gland dysfunction: causes, symptoms, treatment. **J Am Dent Assoc**, v. 125, n. 4, p. 409-16, Apr 1994.
- 55 MEYER-LUECKEL, H.; KIELBASSA, A. M. Use of saliva substitutes in patients with xerostomia. **Schweiz Monatsschr Zahnmed**, v. 112, n. 10, p. 1037-58, 2002.
- 56 GIUNTA, J. L. Dental erosion resulting from chewable vitamin C tablets. **J Am Dent Assoc**, v. 107, n. 2, p. 253-6, Aug 1983.
- 57 ROGALLA, K.; FINGER, W.; HANNIG, M. Influence of buffered and unbuffered acetylsalicylic acid on dental enamel and dentine in human teeth: an in vitro pilot study. **Methods Find Exp Clin Pharmacol**, v. 14, n. 5, p. 339-46, Jun 1992.
- 58 BARTLETT, D. W. Intrinsic Causes of Erosion. In: A, L. (Ed.). **Dental Erosion From Diagnosis to Therapy**. Basel, Switzerland: Karger, v.20, 2006. cap. 8, p.119-139.
- 59 SMITH, B. G.; KNIGHT, J. K. A comparison of patterns of tooth wear with aetiological factors. **Br Dent J**, v. 157, n. 1, p. 16-9, Jul 7 1984.
- 60 KITCHIN, L. I.; CASTELL, D. O. Rationale and efficacy of conservative therapy for gastroesophageal reflux disease. **Arch Intern Med**, v. 151, n. 3, p. 448-54, Mar 1991.
- 61 VITALE, G. C. et al. The effect of alcohol on nocturnal gastroesophageal reflux. **JAMA**, v. 258, n. 15, p. 2077-9, Oct 16 1987.

- 62 HIRSCH, D. P. et al. Effect of prolonged gastric distention on lower esophageal sphincter function and gastroesophageal reflux. **Am J Gastroenterol**, v. 98, n. 8, p. 1696-704, Aug 2003.
- 63 KLEIN, D. A.; WALSH, B. T. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. **Physiol Behav**, v. 81, n. 2, p. 359-74, Apr 2004.
- 64 ROBB, N. D.; SMITH, B. G.; GEIDRYS-LEEPER, E. The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders. **Br Dent J**, v. 178, n. 5, p. 171-5, Mar 11 1995.
- 65 RYTOMAA, I. et al. Bulimia and tooth erosion. **Acta Odontol Scand**, v. 56, n. 1, p. 36-40, Feb 1998.
- 66 ROBB, N. D.; SMITH, B. G. Prevalence of pathological tooth wear in patients with chronic alcoholism. **Br Dent J**, v. 169, n. 11, p. 367-9, Dec 8-22 1990.
- 67 LUSI, A.; HELLWIG, E. Risk assessment and preventive measures. **Monogr Oral Sci**, v. 20, p. 190-9, 2006.
- 68 GANSS, C.; KLIMEK, J.; LUSI, A. Accuracy and consistency of the visual diagnosis of exposed dentine on worn occlusal/incisal surfaces. **Caries Res**, v. 40, n. 3, p. 208-12, 2006.
- 69 KIDD, E.; MEJÀRE, I.; B, N. Clinical and radiographic diagnosis. In: FEJERSKOV, O. e EAM, K. (Ed.). **Dental Caries: The Disease and Its Clinical Management**. Copenhagen: Blackwell Munksgaard, 2003. p.111-128.

- 70 GANSS, C.; LUSI, A. Diagnosis of erosive tooth wear. **Monogr Oral Sci**, v. 20, p. 32-43, 2006.
- 71 BARTLETT, D.; GANSS, C.; LUSI, A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. **Clin Oral Investig**, v. 12 Suppl 1, p. S65-8, Mar 2008.
- 72 BARTLETT, D. W.; BLUNT, L.; SMITH, B. G. Measurement of tooth wear in patients with palatal erosion. **Br Dent J**, v. 182, n. 5, p. 179-84, Mar 8 1997.
- 73 SCHLUETER, N. et al. Evaluation of a profilometrical method for monitoring erosive tooth wear. **Eur J Oral Sci**, v. 113, n. 6, p. 505-11, Dec 2005.
- 74 MISTRY, M.; GRENBY, T. H. Erosion by soft drinks of rat molar teeth assessed by digital image analysis. **Caries Res**, v. 27, n. 1, p. 21-5, 1993.
- 75 PINTADO, M. R. et al. Variation in tooth wear in young adults over a two-year period. **J Prosthet Dent**, v. 77, n. 3, p. 313-20, Mar 1997.
- 76 AMAECHI, B. T.; HIGHAM, S. M. Dental erosion: possible approaches to prevention and control. **J Dent**, v. 33, n. 3, p. 243-52, Mar 2005.
- 77 WEST, N. X.; HUGHES, J. A.; ADDY, M. Erosion of dentine and enamel in vitro by dietary acids: the effect of temperature, acid character, concentration and exposure time. **J Oral Rehabil**, v. 27, n. 10, p. 875-80, Oct 2000.
- 78 MAGALHAES, A. C. et al. Insights into preventive

measures for dental erosion. **J Appl Oral Sci**, v. 17, n. 2, p. 75-86, Mar-Apr 2009.

- 79 AMAECHI, B. T.; HIGHAM, S. M. Eroded enamel lesion remineralization by saliva as a possible factor in the site-specificity of human dental erosion. **Arch Oral Biol**, v. 46, n. 8, p. 697-703, Aug 2001.
- 80 LARSEN, M. J.; RICHARDS, A. Fluoride is unable to reduce dental erosion from soft drinks. **Caries Res**, v. 36, n. 1, p. 75-80, Jan-Feb 2002.
- 81 JAEGGI, T.; GRUNINGER, A.; LUSSI, A. Restorative therapy of erosion. **Monogr Oral Sci**, v. 20, p. 200-14, 2006.
- 82 SIVASITHAMPARAM, K. et al. Endodontic sequelae of dental erosion. **Aust Dent J**, v. 48, n. 2, p. 97-101, Jun 2003.

APÊNDICE A - Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA – CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Número do entrevistado (identificação): _____

Data da entrevista: ____/____/____

As informações prestadas são de caráter sigiloso e o nome do entrevistado não será associado a qualquer uma das respostas.

1. Qual o seu grau de escolaridade?

- a) Ensino fundamental incompleto
- b) Ensino fundamental completo
- c) Ensino médio incompleto
- d) Ensino médio completo
- e) Ensino superior incompleto
- f) Ensino superior completo
- g) Nunca estudei

2. Você sabe o que é erosão dental?

- a) É a perda de estrutura dental devido à dissolução por ácidos de origem bacteriana
- b) É a perda de estrutura dental devido à traumas nos dentes
- c) É a perda de estrutura dental devido à dissolução por ácidos que não são de origem bacteriana
- d) É a perda de estrutura dental devido à cáries nos dentes
- e) É a perda de estrutura dental devido ao contato entre dentes e tecidos moles ou objetos introduzidos na boca
- f) Não sei

3. Você sabe quais são os sinais (percebidos pelo profissional) da erosão dental?

- a) Aumento do brilho e da lisura da superfície dos dentes, amarelamento, diminuição da espessura dos tecidos dentais, com desgaste côncavo e restaurações com aspecto elevado (proeminente)
- b) Cavidades (buracos) nos dentes e fraturas nas suas superfícies, com aumento do brilho

- c) Aumento do brilho e da lisura dos dentes e amarelamento
- d) Mau posicionamento dos dentes, juntamente com diminuição da espessura dos tecidos dentais
- e) Desgaste da borda incisal (ponta) dos dentes, com aumento de lisura e presença de cavidades
- f) Não sei

4. Você sabe quais são os sintomas (relatados pelo paciente) da erosão dental?

- a) Amarelamento dos dentes, manchamentos, mau posicionamento e inflamação gengival, sensibilidade dental
- b) Dentes com aparência porosa, com manchamento e inflamação gengival
- c) Aumento da lisura com desgaste dos dentes, deixando-os com aparência mais arredondada, sensibilidade dental (dor), inflamação gengival e dores musculares
- d) Dentes com aparência transparente, amarelamento, aumento do brilho, sensibilidade dental (dor), aparência arredondada com desgaste dos dentes, podendo haver presença de cavidades em casos mais severos
- e) Não sei

5. Como inicia o desenvolvimento da erosão dental?

- a) O processo erosivo tem início com a ingestão de alimentos açucarados
- b) A erosão dental se inicia exclusivamente através recorrente do contato dos dentes com alimentos ácidos
- c) A lesão de erosão começa como consequência da combinação de diversos fatores, incluindo fatores biológicos, comportamentais e químicos
- d) A predisposição biológica (como componentes químicos da saliva) está ligada exclusiva e diretamente ao desenvolvimento inicial da erosão dental
- e) Não sei

6. Qual é a população de risco para este tipo de lesão?

- Indivíduos que sofram de refluxo gastroesofágico (ácido do estômago retorna à boca) (1) Sim (2) Não (3) Não Sei
- Indivíduos com transtornos alimentares (bulimia, anorexia) (1) Sim (2) Não (3) Não Sei
- Indivíduos com higiene dental defasada

- Indivíduos que possuam dieta rica em alimentos processados e bebidas ácidas (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Indivíduos com presença de inflamação gengival (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Indivíduos que possuam dieta rica em alimentos doces (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Indivíduos que possuam exposição ocupacional a ambientes de trabalho ácidos (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- (1) Sim (2)Não (3) Não Sei

7. Qual a diferença entre uma lesão de cárie e a lesão de erosão dental?

- a) A lesão de erosão dental é causada por bactérias enquanto que o processo da cárie não envolve microorganismos
- b) Na erosão o desgaste dental é causado por fatores biológicos, químicos e comportamentais sem envolvimento de microorganismos
- c) A lesão de cárie terá sua progressão através de uma maior aplicação de força no momento da escovação enquanto a erosão irá progredir com o consumo de alimentos açucarados aliado a má higiene bucal
- d) No processo de cárie, as características visualizadas são o aumento do brilho dos dentes, juntamente com o seu amarelamento, em virtude da sua coloração castanho-escuro.
- e) Não sei

8. Como pode ser feita a prevenção do desenvolvimento de uma lesão de erosão dental?

- Através de um exame clínico minucioso do cirurgião dentista para avaliar os fatores etiológicos e a necessidade de tratamento médico (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Através da melhor higienização da cavidade oral imediatamente após a ingestão de alimentos e bebidas ácidas (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Através de aconselhamento dietético do profissional de odontologia para diminuição de ingestão de alimentos e bebidas ácidas (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Através de uma escovação dos dentes com maior aplicação de força (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Através da estimulação do fluxo salivar (1) Sim (2)Não (3) Não Sei

- Através do uso de escova com cerdas médias e creme dental com maior abrasividade, visando uma melhor higiene bucal (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Através da diminuição da ingestão de alimentos açucarados (1) Sim (2)Não (3) Não Sei

9. Qual é o tratamento indicado para a erosão dental?

- Tentativa de remineralização das lesões erosivas através do uso de flúor (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Restaurações dos dentes afetados em caso de erosão severa (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Placas oclusais de proteção para pacientes com bruxismo, evitando o apertamento dos dentes que sofreram ação dos ácidos (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Extração dos dentes afetados pela erosão
- Endodontia dos dentes com desgaste erosivo que já atingiu a polpa (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Limpeza e polimento dos dentes com erosão (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Investigação dos fatores que podem causar a lesão por erosão (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Aplicação de chás ou outros artefatos caseiros na tentativa de diminuir o desgaste e a possível sensibilidade (1) Sim (2)Não (3) Não Sei
- Orientações quanto à ingestão de alimentos e bebidas ácidas, assim como proteções no ambiente de trabalho (1) Sim (2)Não (3) Não Sei

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **Avaliação do nível de conhecimento de leigos, de graduandos do curso de Odontologia e de dentistas sobre erosão dental, Florianópolis, 2011**, cujos objetivos e justificativas são: avaliar a influência do nível de conhecimento sobre odontologia de diferentes grupos populacionais na consciência a respeito de erosão dental; caracterizar as relações entre grau de escolaridade e noção de conceitos sobre erosão dental e seus efeitos na cavidade oral e analisar se o exercício profissional e a prática clínica influenciam no conhecimento a respeito da erosão dental.

A minha participação no referido estudo será no sentido de ser entrevistado por um estudante do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina devidamente auxiliado pelo orientador e pelo co-orientador, os Profs. Sylvio Monteiro Júnior e Luiz Clovis Cardoso Vieira, respectivamente.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos decorrentes do estudo, levando-se em conta de que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são os Profs. Sylvio Monteiro Júnior e Luiz Clovis Cardoso Vieira e o aluno do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina: Ricardo Augusto Cunha.

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar.

Florianópolis, 2013.

(assinatura do pesquisado)

(assinatura do pesquisador responsável)