

# Diagnóstico e tratamento de lesões não cariosas: a visão do cirurgião-dentista do sistema público de saúde

## Diagnosis and treatment of non-cariou lesions: the vision of the dentist of the public health system

Vanessa Savastano de Cerqueira Rêgo Ribeiro<sup>1</sup> , Emanuel Lima de Almeida<sup>1</sup> , Isabelly de Carvalho Leal<sup>2</sup> , Davi Oliveira Bizerril<sup>3</sup> , Maria Vieira de Lima Saintrain<sup>3</sup> , Regina Glaucia Lucena Aguiar Ferreira<sup>4</sup> , Vanara Florêncio Passos<sup>5,6</sup> 

1. Graduado(a) em Odontologia, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil. 2. Mestranda em Odontologia pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil. 3. Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil. 4. Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil. 5. Docente do Curso de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil. 6. Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil.

### Resumo

**Introdução:** as lesões dentárias não cariosas apresentam etiologia multifatorial e, caracterizam-se por ocasionar desgastes irreversíveis na estrutura dentária, sem envolvimento de microrganismos, podendo ser diagnosticadas como erosão (de origem intrínseca ou extrínseca), abfração, atrição ou abrasão. **Objetivo:** analisar o conhecimento de cirurgiões-dentistas a respeito do diagnóstico e do tratamento dos diferentes tipos de lesões dentárias não cariosas. **Métodos:** realizou-se estudo observacional, descritivo, de natureza quantitativa, utilizando-se, como instrumento de coleta de informações, um questionário semiestruturado aplicado em cirurgiões-dentistas do município de Fortaleza-CE. Os resultados foram analisados de forma descritiva e foi utilizado o teste de Qui-Quadrado com nível de significância de 5%. **Resultados:** verificaram-se, entre os cirurgiões-dentistas, os seguintes percentuais de acerto referentes às lesões de abfração, abrasão, atrição, erosão de origem extrínseca, erosão de origem intrínseca e erosão de origem extrínseca associada à abrasão, respectivamente: 51,97%, 20,60%, 78,43%, 81,37%, 71,57% e 7,84%. Observou-se, também, associação estatisticamente significativa positiva entre o conhecimento dos profissionais a respeito de lesões de abfração e atrição e o tempo de formado. **Conclusão:** embora grande parte dos profissionais tenham sido capazes de identificar um plano de tratamento adequado para os casos propostos em questão, o diagnóstico das lesões não cariosas não foi preciso, exceto quando se tratou de erosão de origem intrínseca ou extrínseca e atrição que obtiveram percentual de acertos acima de 70%.

**Palavras-chave:** Abrasão Dentária. Erosão Dentária. Atrito Dentário.

### Abstract

**Introduction:** non-cariou dental lesions present multifatorial etiology, and are characterized by irreversible wear on the tooth structure, without the involvement of microorganisms, and can be diagnosed as erosion (intrinsic or extrinsic), abfraction, attrition or abrasion. **Objective:** to analyze the knowledge of dental surgeons regarding the diagnosis and treatment of different types of non-cariou dental lesions. **Methods:** a quantitative, observational, descriptive study was carried out using a semistructured questionnaire as a tool for collecting information applied to dentists in the city of Fortaleza-CE. The results were analyzed in a descriptive way and the chi-square test with significance level of 5% was used. **Results:** the following percentages were found for abfraction, abrasion, attrition, extrinsic erosion, intrinsic erosion, and extrinsic erosion associated with abrasion, respectively: 51.97%, 20.60%, 78.43%, 81.37%, 71.57% and 7.84%. It was also observed a statistically significant positive association between the professionals' knowledge regarding abfraction and attrition lesions and the time of formation. **Conclusion:** although many professionals were able to choose an adequate treatment plan for the proposed cases, the diagnosis of non-cariou lesions was not precise, except for intrinsic or extrinsic erosion, and attrition that obtained a percentage of right answers above 70%.

**Key words:** Tooth Abrasion. Tooth Erosion. Tooth Attrition.

### INTRODUÇÃO

As lesões cervicais não cariosas (LCNCs) são caracterizadas pela perda gradual de tecido mineralizado na região cervical do dente, de origem multifatorial, sem o envolvimento de bactérias<sup>1</sup>. Por envolverem fenômenos fisiológicos e patológicos, sua formação e progressão são de difícil diagnóstico<sup>2,3</sup>. De acordo com a sua forma, características peculiares e origem, essas lesões são classificadas em erosão por origem intrínseca ou extrínseca, abfração, atrição ou abrasão, bem como interações entre essas formas<sup>2,4</sup>.

Na erosão, o desgaste da estrutura dentária ocorre por meio da ação de ácidos, de origem não bacteriana, sendo, frequentemente, associada ao estilo de vida, à mudança de hábitos e à dieta<sup>5,6</sup>. O termo "biocorrosão" tem sido utilizado para indicar lesões por erosão, as quais decorrem da ação de ácidos exógenos ou de ação bioquímica endógena, oriunda de enzimas proteolíticas e também de efeitos piezoelétricos sobre a matriz orgânica da dentina<sup>3</sup>.

**Correspondente:** Dra. Vanara Florêncio Passos. Rua Monsenhor Furtado s/n, CEP 60430-350Fortaleza, CE Brasil. E-mail: vanarapassos@hotmail.com

**Conflito de interesse:** Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido 13Set 2019; Revisado: 5 Mar 2019; 19 Mar 2019; Aceito: 20 Mar 2019

A abfração é a perda de estrutura dental que acomete a região cervical dos dentes, causada pelo excesso de forças sobre a essa região<sup>7,8,9</sup>, enquanto, na atrição, a perda dental é ocasionada pelo contato interdental, devido a fatores funcionais ou parafuncionais, sendo observada, sobretudo, nas faces oclusais e incisais dos dentes<sup>10</sup>. Por outro lado, a perda de estrutura dental ocasionada pela ação mecânica excessiva proveniente de objetos ou substâncias externas denomina-se abrasão<sup>2</sup>.

Considerando a combinação de efeitos dos fatores etiológicos, o desgaste dentário pode contribuir para outros desconfortos ou alterações clínicas, como a hipersensibilidade dentinária e a recessão gengival, sendo importante a detecção precoce dessas lesões, haja vista que sua progressão é diretamente proporcional à idade do paciente<sup>11,12</sup>.

Entretanto, existem discordâncias entre os cirurgiões-dentistas quando se trata do diagnóstico e do tratamento de lesões não cariosas<sup>13,14</sup>, o que sugere a existência de lacunas de conhecimento relativas a essa temática. A falta de um diagnóstico preciso prejudica o tratamento, daí a necessidade de se utilizarem meios clínicos e diferenciados de diagnóstico, para uma correta conduta terapêutica. Assim, acredita-se na necessidade de pesquisas que descrevam e analisem o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o assunto, bem como no entendimento de fatores que possam influenciar em suas condutas. Dessa forma, realizou-se o presente estudo, cujo objetivo foi analisar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas (CD) da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza (CE) sobre o diagnóstico e o tratamento de lesões dentárias não cariosas.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, junto aos cirurgiões-dentistas (CD) inseridos na Estratégia Saúde da Família da cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, abrangendo todas as unidades das seis Secretarias Regionais de Saúde do município.

### Participantes

O protocolo de estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, mediante o Parecer Nº. 1.242.508. Após aprovação, deu-se início ao projeto, utilizando-se um questionário semiestruturado para a coleta das variáveis sociodemográficas e daquelas relacionadas ao conhecimento do profissional a respeito do diagnóstico de lesões não cariosas e conduta terapêutica. Os dados foram coletados nos meses de janeiro a junho do ano de 2016.

A população de estudo foi composta por cirurgiões-dentistas que aceitaram participar da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos do estudo os CDs que se encontravam afastados da unidade de saúde, por estarem em férias ou licença. O estudo trabalhou com uma amostra de conveniência, totalizando 102 cirurgiões-dentistas.

### Instrumento de Avaliação

O questionário utilizado foi dividido em três partes: perfil do profissional (gênero, idade, instituição de graduação, ano de formação, realização de pós-graduação, setor de trabalho (público ou também privado); conhecimento sobre o diagnóstico das lesões não cariosas (cinco situações problemas devidamente ilustradas com figuras representativas de diferentes tipos de lesões não cariosas (figura 1); e de conhecimento sobre o tratamento das lesões). Ao final do instrumento, verificou-se o grau de dificuldade que cada profissional apresentava quanto ao diagnóstico das diferentes lesões. Esse instrumento foi desenvolvido pelos pesquisadores, seguindo critérios de qualidade de um questionário<sup>15</sup>, tendo sido submetido a um pré-teste com cinco voluntários não envolvidos no estudo, para verificar possíveis dificuldades a serem observadas durante sua aplicação.

**Figura 1.** Exemplo de imagem e questionamento utilizados no instrumento de avaliação.



Fonte: Passos et al. (2013)<sup>18</sup>

Diante da imagem, sabendo que o paciente apresenta alta ingestão de limão e também apresentando o hábito de roer unhas, indaga-se: quais as prováveis causas do desgaste dentário?

### Análise estatística

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), por meio de frequências absolutas e relativas. A análise de cada um dos fatores independentes foi realizada utilizando-se o Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), com um nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ).

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 102 cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da cidade de Fortaleza. A idade média dos participantes foi de 41,27 anos, sendo a idade mínima 24 e a máxima 67 anos. O ano de formação variou de 1972 a 2014, sendo a moda de conclusão da graduação o ano de 2000.

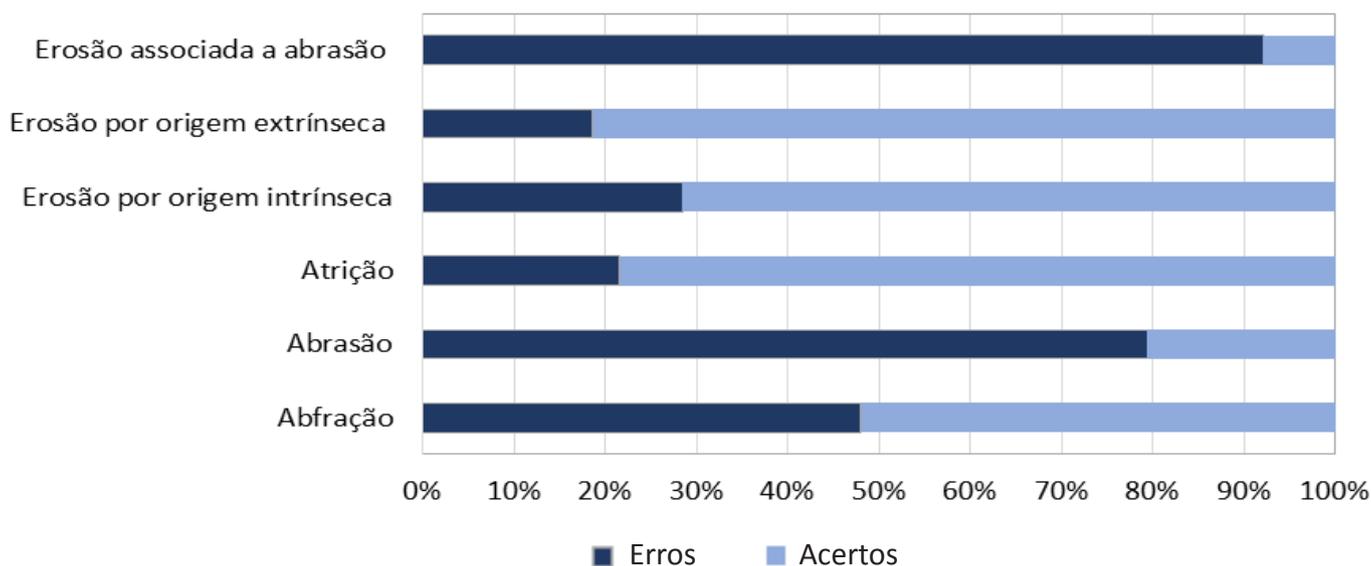
A maioria dos profissionais era do sexo feminino (67,64%) e graduados em universidade pública (66,66%). Entre os entrevistados, 53 (52%) haviam cursado a pós-graduação em qualquer nível, 34 (33%) dois, sete (7%) três e um (1%) quatro cursos. Apenas sete (7%) profissionais não eram pós-graduados. A pós-graduação de maior prevalência foi em Saúde Coletiva. Entre os que possuíam dois cursos de pós-graduação, prevaleceu o agregado entre saúde coletiva/prótese, seguido de saúde coletiva/ortodontia.

Observou-se, também, que, entre os respondentes, 44,1% atuavam, exclusivamente, no serviço público, e 55,9% trabalham

tanto no setor público, como no setor privado. Com relação ao nível de dificuldade dos profissionais no tocante ao diagnóstico/tratamento das lesões não cariosas, 38,23% relataram não ter dificuldade para detecção das lesões não cariosas, enquanto 61,76% mencionaram dificuldades.

A figura 2 demonstra a porcentagem de acertos e erros cometidos pelos cirurgiões-dentistas do Programa de Saúde da Família, no tocante ao diagnóstico/tratamento de lesões não cariosas. Consta-se considerável dificuldade no diagnóstico das lesões de abração e erosão (82,3%) e abração isoladamente (79,4%).

**Figura 2.** Distribuição de erros e acertos de cirurgiões-dentistas da Atenção Básica quanto ao diagnóstico de lesões não cariosas. Fortaleza (CE), 2016.



Quanto ao nível de dificuldade no diagnóstico de lesões não cariosas, os participantes reportaram notas de 0 (mínima dificuldade) a 10 (máxima dificuldade). Dessa forma, verificou-se que a maioria (34,92%) relatou ter tido nível de dificuldade mediano (5), seguido de nível 7 (19,04%).

Utilizando, como corte, a porcentagem de acertos a partir de 70%, constatou-se que não houve associação entre o conhecimento dos participantes e as seguintes variáveis: gênero, idade e pós-graduação. Verificou-se uma associação, estatisticamente, significativa entre o diagnóstico de abfração e atrição e a variável ano de formação, ou seja, quanto mais recente o ano de formação, maior o número de acertos (tabela 1).

A tabela 2 refere-se à associação significativa entre gênero, ano de formação e à autoavaliação quanto à dificuldade de diagnóstico e ao tratamento das lesões, ou seja, mulheres consideraram ter maior dificuldade quanto ao diagnóstico e tratamento, bem como os formados no período entre 1972 a 1982 e 1994 a 2014.

Além da análise do diagnóstico de lesões não cariosas, analisou-

se o conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto a opções de tratamento dessas lesões. Um dos itens de escolha quanto ao tratamento presente no questionário é a eliminação da causa. Dessa forma, hábitos ou distúrbios causadores de cada lesão devem ser o alvo do tratamento, uma vez que a não eliminação da origem do problema não permitirá a solução da progressão do desgaste dentário. Portanto, o cirurgião-dentista deve fazer um diagnóstico apropriado da causa do desgaste, e, conseqüentemente, educar o paciente quanto aos fatores que o deixam mais propensos a perda de estrutura dentária, objetivando mudanças de hábitos, ajuda médica especializada, conscientização quanto sua alimentação, entre outras necessidades, dependendo de cada tipo de lesão não cariada observada. No que concerne à abfração, verificou-se que o principal item de escolha como tratamento proposto foi o procedimento restaurador, o qual foi selecionado por 55 (53,92%) dos profissionais entrevistados. Entretanto, desses 55 profissionais que fizeram a opção por esse item, 7 (12,73%) deles também relataram a necessidade do ajuste oclusal; 6 (10,91%) associaram ainda a remoção da causa com a realização do procedimento restaurador; apenas 2 (3,64%) associaram o ajuste oclusal com o procedimento restaurador e remoção da causa.

**Tabela 1** Avaliação da associação entre gênero, pós-graduação e tempo de formação, em relação ao diagnóstico (abfração, abrasão, atrição, erosão de origem extrínseca, erosão de origem intrínseca e erosão associada à abrasão e) de lesões não cariosas.

Variáveis		Abfração				Abrasão				Atrição				Erosão de origem extrínseca				Erosão de origem intrínseca				Erosão associada à abrasão			
		Acertos		Erros		Acertos		Erros		Acertos		Erros		Acertos		Erros		Acertos		Erros		Acertos		ERROS	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gênero	Masculino	19	18,63	14	13,72	8	7,85	25	24,50	24	23,53	9	8,82	27	26,47	6	5,88	24	23,53	9	8,83	1	0,98	32	31,37
	Feminino	34	33,34	35	34,31	13	12,75	56	54,90	56	54,90	13	12,75	56	54,9	13	12,75	49	48,04	20	19,60	7	6,86	62	60,79
	$\chi^2$	0,61				0,39				0,93				0,006				0,032				1,56			
	p	0,43				0,52				0,37				0,936				0,85				0,21			
Pós-graduação	SIM	50	49,02	44	43,14	18	16,75	76	74,50	76	74,51	18	17,65	76	74,51	18	17,65	69	67,65	25	24,51	8	7,84	86	84,32
	NÃO	3	2,94	5	4,9	3	2,95	5	4,9	4	3,92	4	3,92	7	6,86	1	0,98	4	3,92	4	3,92	0	-	8	7,84
	$\chi^2$	0,72				1,51				4,14				0,215				1,98				0,73			
	p	0,39				0,21				0,42				0,64				0,15				0,39			
Ano de Formação	1972-1982	3	2,94	14	13,73	1	0,98	16	15,69	9	8,82	8	7,85	13	12,75	4	3,92	9	8,82	8	7,85	1	0,98	16	15,69
	1983-1993	6	5,88	9	8,82	3	2,94	12	11,76	12	11,76	3	2,94	11	10,78	4	3,92	9	8,82	6	5,88	1	0,98	14	13,74
	1994-2004	30	29,41	21	20,60	12	11,76	39	38,24	43	42,15	8	7,85	43	42,15	8	7,85	39	38,24	12	11,76	4	3,92	47	46,08
	2005-2014	14	13,72	5	4,9	5	4,90	14	13,73	16	15,69	3	2,94	16	15,69	3	2,94	16	15,69	3	2,94	2	1,97	17	16,66
	$\chi^2$	13,43				2,83				7,92				1,301				5,98				0,308			
	p	0,004				0,24				0,047				0,72				0,113				0,958			

**Tabela 2.** Associação entre gênero, ano de formação em relação à autoavaliação quanto ao nível de dificuldade de diagnosticar e de tratar as lesões.

Variáveis		Dificuldade		$\chi^2$	p
		Sim	Não		
Gênero	Masculino	14	19	7,72	0,005
	Feminino	49	20		
Ano de Formação	1972-1982	12	5	6,15	0,046
	1983-1993	5	10		
	1994-2004	32	19		
	2005-2014	14	5		

Ao se avaliar o tipo de tratamento realizado para erosão de origem intrínseca, obteve-se, como maior índice de resposta, a necessidade da eliminação da causa, correspondendo a 90 (88,24%) profissionais. No caso de erosão por origem intrínseca, o tratamento pode compreender a educação do paciente quanto à causa e ao encaminhamento a médicos especialistas para controle do contato das estruturas dentárias com ácido endógeno. Além da remoção da causa, 11 (12,22%) acharam prudente, também, realizar procedimento restaurador.

Assim como o tratamento proposto para a erosão de origem intrínseca, quando se apresentou aos cirurgiões-dentistas a questão sobre abrasão e erosão de origem extrínseca, 90 (88,24%) profissionais também indicaram a eliminação da causa (educação quanto a hábitos deletérios, evitar colocar de objetos na boca, orientação quanto a fatores relacionados à escovação que podem ocasionar desgastes cervicais) como principal escolha de tratamento para o paciente, entre eles 17 (18,89%) associaram a terapia restauradora estética à eliminação da causa. Analisando-se apenas o caso clínico de lesão do tipo abrasão, verificou-se que 90 (88,24%) profissionais definiram como melhor tratamento a eliminação da origem do problema; destes 20 (22,22%) associaram o procedimento restaurador estético à eliminação da causa.

Quanto ao caso de atrição, 70 (68,63%) profissionais indicaram, como tratamento ideal, a confecção de uma placa miorreaxante. A associação entre eliminação da causa (cirurgião-dentista deve diagnosticar a origem do distúrbio, que pode ser apenas odontológica ou associada com fatores além da odontologia que necessitam de encaminhamento para outras especialidades), procedimento restaurador estético e confecção de placa miorreaxante foi referida por seis (5,88%) profissionais; cinco (4,90%) participantes optaram pela associação entre eliminação da causa e a confecção da placa miorreaxante como a melhor forma de tratamento; e quatro (3,92%) profissionais indicaram como proposta de tratamento procedimento restaurador estético e placa miorreaxante.

Sobre a análise da situação abordando erosão de origem extrínseca, observou-se que 85 (83,33%) profissionais indicaram a eliminação da causa como a principal opção de tratamento; desses 15 (17,65%) associaram procedimento restaurador estético e eliminação da causa da lesão. Verificou-se, também, que apenas dois (1,96%) profissionais indicaram todas as propostas de tratamento descritas no questionário.

## DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com os profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família da cidade de Fortaleza, do estado do Ceará considerando que a Atenção Básica é a porta de entrada para o serviço de saúde. Dessa forma, a Atenção Básica é caracterizada por ter um grande volume populacional assistido por suas áreas de abrangência; assim, este estudo foi realizado na intenção de contribuir para a melhoria das condições de saúde bucal da população restrita aos territórios,

a partir do diagnóstico precoce e prevenção dessas lesões dentárias.

O maior índice de acerto foi referente ao diagnóstico de lesão erosiva de origem extrínseca (81,37%), indo ao encontro dos resultados obtidos por Santos-Daroz, (2007)<sup>13</sup>, provavelmente, pelo fato de esse tipo de lesão ter como característica clínica principal, o desgaste na face vestibular, sobretudo de elementos dentais anteriores, associado aos hábitos alimentares inadequados. No que concerne à erosão de origem intrínseca, o percentual de diagnósticos corretos foi considerado aceitável, correspondendo a 71,57%, sendo a principal terapia de escolha citada a eliminação da causa e do procedimento restaurador. O desgaste dentário é um processo irreversível, logo essa condição deve ser identificada por um profissional de saúde, determinando o principal fator etiológico, objetivando eliminá-lo, bem como realizar o monitoramento do paciente e, se necessário, realizar intervenções preventivas e restauradoras<sup>16</sup>. Desse modo, os casos clínicos apresentados para erosão de diferentes origens tinham, no enunciado, fatores esclarecedores do diagnóstico, usando, como exemplo, para o caso de erosão de origem extrínseca a ingestão em excesso de alimentos e/ou bebidas que possuíam baixo pH.

A segunda lesão com maior número de assertivas foi a atrição, apresentando 78,43% de diagnósticos corretos. Provavelmente, o elevado percentual de acertos relativos a este tipo de lesão, justifica-se pela situação clínica apresentar elevado desgaste das superfícies incisais de todos os dentes anteriores, sendo bastante esclarecedor para o diagnóstico.

A lesão de abrasão associada à erosão de origem extrínseca (Figura 2) obteve menor índice de acertos (7,84%). Esse elevado índice de erro, em comparação com as outras lesões já citadas, pode ter ocorrido devido à associação entre duas lesões. Semelhante à Modena, et al (2016)<sup>14</sup>, os profissionais apresentam dificuldade quanto à classificação devido ao caráter multifatorial dessas lesões. Deve-se, entretanto, levar em consideração que, quando associados, esses processos podem avançar rapidamente sobre a estrutura dental, o que torna essencial à realização de um rápido e correto diagnóstico, devido à agressividade dessas lesões quando associadas<sup>4,17</sup>. Com relação ao tratamento, observou-se uma ampla concordância entre os profissionais, que priorizaram a eliminação do fator causal para posterior procedimento restaurador estético<sup>18,19,20</sup>.

Da mesma forma, a lesão de abrasão, quando vista isoladamente, também apresentou um baixo índice de acertos (20,60%) quanto ao diagnóstico. Provavelmente, as características clínicas apresentadas na abrasão não são tão características da alteração, gerando dificuldades e dúvidas quanto a seu correto diagnóstico. Para o tratamento da lesão, as sugestões de procedimentos de tratamento foram adequadas, a exemplo da eliminação da causa, seguido de procedimento restaurador estético.

Observou-se que, quando a lesão era do tipo abfração, 51,96%

dos profissionais acertaram o diagnóstico, de acordo com as informações clínicas e imagem. Santos-Daroz (2007)<sup>13</sup>, obtiveram um índice de acertos bem próximo (58,9%), sendo considerado como um bom resultado. Quanto ao tipo de tratamento para o referido caso, o procedimento restaurador, seguido de ajustes de contatos oclusais, eliminação constante do contato dente a dente e aplicação de dessensibilizante foi o mais citado.

Na análise dos resultados, tomou-se, como parâmetro, a média de acertos de 70% para confirmar um aceitável nível dos profissionais quanto à identificação do diagnóstico e escolha adequada para o tratamento das lesões não cariosas. Dessa forma, observou-se um baixo índice de acertos, no tocante à associação de fatores (erosão de origem extrínseca associada à abrasão), bem como para lesões de abfração e abrasão como fatores predominantes. Os resultados observados foram compatíveis com aqueles observados por Santos-Daroz (2007)<sup>13</sup>, que analisaram o conhecimento de estudantes de graduação em Odontologia sobre essas lesões. Sugere-se que a causa para esse baixo índice de acertos esteja relacionada à formação acadêmica, que, de forma geral, não aplica um protocolo de diagnóstico rotineiro para reconhecimento e determinação das causas dessas lesões não cariosas.

Observando-se a relação entre o conhecimento e o gênero dos participantes, percebeu-se a ausência de associação estatística, demonstrando que profissionais homens e mulheres apresentam o mesmo grau de dificuldades e/ou facilidades, quando do diagnóstico e tratamento das lesões não cariosas. Entretanto, quando se leva em consideração a autopercepção da dificuldade pelos cirurgiões-dentistas entrevistados, verifica-se que as mulheres fizeram uma autoavaliação mais crítica, principalmente aquelas com faixa etária entre 34 a 36 anos, semelhante ao observado por outros autores<sup>21</sup>.

Para um tratamento eficaz desses tipos de lesões não cariosas, faz-se necessário agir no fator causal para que o problema seja sanado de forma correta sem que haja um reaparecimento das lesões<sup>19</sup>. Isso implica dizer que conhecer os fatores etiológicos para identificar as lesões e tratá-las é de fundamental importância; por outro lado, fazer restaurações e outros procedimentos sem tratar a real causa se torna ineficaz com o passar do tempo<sup>22</sup>.

Os cirurgiões-dentistas inseridos na Atenção Básica demonstraram conhecimento sobre o tratamento das lesões não cariosas, apresentando como cuidado principal identificar a causa e eliminá-la. Entretanto, com relação ao diagnóstico das lesões, eles mostraram resultados mais divergentes, sendo mais preciso para as lesões mais comuns (erosão e atrição). Dúvidas e questionamentos persistentes quanto ao tipo de lesão não cariiosa e os fatores envolvidos em sua etiologia podem levar o profissional a escolher um tratamento incorreto, gerando falhas posteriores e insucessos.

Os resultados deste estudo remetem à necessidade de se reforçar

essa temática, no âmbito da graduação e da pós-graduação, com ênfase em protocolos e práticas clínicas, possibilitando, assim, ao estudante de odontologia e ao cirurgião-dentista a aquisição de habilidades no tocante ao correto diagnóstico das lesões, e, conseqüentemente, à adoção de formas adequadas de tratamento.

Ênfase deve ser dada à prevenção e ao diagnóstico precoce das lesões não cariosas. Muitas vezes, a não identificação desses processos em tempo hábil pode ocasionar extensas perdas de estrutura dentária. A dieta excessivamente ácida, os hábitos parafuncionais, os comprometimentos sistêmicos do paciente e as más-oclusões podem afetar a estrutura dentária, ocasionando desgaste em esmalte e dentina, levando à sensibilidade dentinária. O simples hábito de escovar os dentes (sem a técnica adequada) pode resultar no aparecimento de lesões do tipo abrasão<sup>2</sup>.

Devido ao caráter comportamental associado ao aparecimento dessas lesões, em algumas situações, é necessária a interação de outros profissionais (interdisciplinaridade), como médicos psiquiatras, gastroenterologistas e psicólogos, para se lograr êxito no tratamento. Essa interdisciplinaridade é de fundamental importância para o tratamento da lesão diagnosticada como erosão intrínseca, pois ela diz respeito a distúrbios alimentares e a psicológicas, como anorexia e bulimia nervosa ou regurgitação de conteúdos gástricos resultante de anomalias do trato gastrointestinal, como refluxo gastroesofágico, úlceras pépticas e duodenais, enjoos matinais apresentados pelas gestantes, medicação de cujo efeito colateral pode gerar náuseas e vômitos e, até mesmo, o alcoolismo crônico<sup>23</sup>. De modo semelhante, nos casos de lesão de atrição, essa interdisciplinaridade se faz importante por estar relacionada àqueles pacientes que possuem hábitos parafuncionais, a exemplo do apertamento dentário ou bruxismo, como consequência de estresse emocional, refletindo na tonicidade muscular<sup>24</sup>.

Dessa forma, seria ideal a elaboração de um protocolo direcionado ao diagnóstico e tratamento correto de lesões não cariosas, que fosse de fácil utilização, rápido e prático, sendo aplicado desde a formação acadêmica até a prática clínica profissional diária.

## CONCLUSÃO

Embora grande parte dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família tenham sido capazes de identificar um plano de tratamento adequado para os casos de lesões não cariosas propostos na pesquisa, foram identificadas lacunas de conhecimento entre esses profissionais a respeito do diagnóstico de tais lesões, apresentando resultados divergentes, com exceção de lesões de erosão intrínseca e extrínseca, e a atrição, supondo, assim, a existência de dificuldades no reconhecimento das lesões não cariosas. Pôde-se constatar que a associação da ocorrência entre as lesões dificulta ainda mais o diagnóstico por parte do profissional, afetando negativamente a prevenção e o tratamento delas.

## REFERÊNCIAS

1. Eccles JD. Tooth surface loss from abrasion, attrition and erosion. *Dent Update*. 1982 Aug; 9(7): 373-374, 376-378, 380-381. PubMed PMID: 6958629.
2. Bartlett DW, Shah P. A critical review of non-cariious cervical (wear) lesions and the role of abfraction, erosion, and abrasion. *J Dent Res*. 2006; 85(4): 306-12. PubMed PMID: 16567549.
3. Grippo JO, Simring M, Coleman TA. Abfraction, abrasion, biocorrosion, and the enigma of noncariious cervical lesions: a 20-year perspective. *J Esthet Restor Dent*. 2012; 24(1): 10-23. doi: 10.1111/j.1708-8240.2011.00487.x. PubMed PMID: 22296690.
4. Shellis RP, Addy M. The interactions between attrition, abrasion and erosion in tooth wear. *Monogr Oral Sci*. 2014;25:32-45. doi: 10.1159/000359936. PMID: 24993256.
5. Bishop K, Kelleher M, Briggs P, Joshi R. Wear now? An update on the etiology of tooth wear. *Quintessence Inter*. 1997 May; 28(5): 305-13. PubMed PMID: 9452693.
6. Yoshizaki KT, Francisconi-Dos-Rios LF, Sobral MA, Aranha AC, Mendes FM, Scaramucci T. Clinical features and factors associated with non-cariious cervical lesions and dentin hypersensitivity. *J Oral Rehabil*. 2017; 44(2): 112-118. doi: 10.1111/joor.12469. PubMed PMID: 27973740.
7. Grippo JO. Abfractions: a new classification of hard tissue lesions of teeth. *J Esthet Dent*. 1991 Jan-Feb; 3(1): 14-9. PubMed PMID: 1873064.
8. Lee WC, Eakle WS. Possible role of tensile stress in the etiology of cervical erosive lesions of teeth. *J Prosthet Dent*. 1984 Sep; 52(3): 374-380. PMID: 6592336.
9. Lee WC, Eakle WS. Stress-induced cervical lesions: review of advances in the past 10 years. *J Prosthet Dent*. 1996 May; 75(5): 487-494. PMID: 8709012.
10. Imfeld T. Dental erosion. Definition classification and links. *Eur. J. Oral Sci*. 1996 Apr; 104(2): 151-5. PubMed PMID: 8804882.
11. Kolak V, Pešić D, Melih I, Lalović M, Nikitović A, Jakovljević A. Epidemiological investigation of non-cariious cervical lesions and possible etiological factors. *J Clin Exp Dent*. 2018; 10(7): e648-e656. PubMed PMID: 30057705.
12. Teixeira DNR, Zeola LF, Machado AC, Gomes RR, Souza PG, Mendes DC, et al. Relationship between noncariious cervical lesions, cervical dentin hypersensitivity, gingival recession, and associated risk factors: A cross-sectional study. *J Dent*. 2018; 76: 93-97. PubMed PMID: 29940290.
13. Santos-Daroz CB, Daroz LGD, Batitucci MHG, Batitucci G, Miranda MS. Classification and treatment of non-cariious dental lesions by under-graduate dental students. *UFES Rev Odontol*. 2007; 9(1):5-12.
14. Modena RA, Pires AFS, Tannure PN, Cavalcante LMA, Schneider LFJ. Conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico e o tratamento de lesões cervicais não cariosas: um estudo piloto em rede colaborativa. *RFO*. 2016 Maio-Ago; 21(2): 178-186.
15. Paiva SM, Perazzo MF, Ortiz FR, Pordeus IA, Martins PA Júnior. How to Select a Questionnaire with a Good Methodological Quality? *Braz Dent J*. 2018; 29(1): 3-6. PMID: 29267520.
16. Passos VF, Melo MAS, Park J, Strassler HE. Current Concepts and Best Evidence on Strategies to Prevent Dental Erosion. *Compend Contin Educ Dent*. 2019 Feb; 40(2): 80-86. PMID: 30767547.
17. Wegehaupt FJ, Hoegger VGM, Attin T. Abrasion of eroded and sound enamel by a dentifrice containing diamond abrasive particles. *Swiss Dent J*. 2017 Jul; 127(7-8): 634-639. PubMed PMID: 28911219.
18. Passos VF, de Souza AM, Rodrigues LK, Bombonatti JC, Santiago SL. A conservative treatment approach using direct composite resins for anterior teeth eroded by lemon sucking. *Gen Dent*. 2013 Aug; 61(5): e1-4. PubMed PMID: 23928446.
19. Dietchi D, Argente A. A comprehensive and conservative approach for the restoration of abrasion and erosion. Part 1: Concepts and clinical rationale for early intervention using adhesive techniques. *Eur J Esthet Dent*. 2011; 6(1): 20-33. PubMed PMID: 21403925.
20. Pini NP, De Marchi LM, Ramos AL, Pascotto RC. Minimally Invasive Adhesive Rehabilitation for a Patient With Tooth Erosion: Seven-year Follow-up. *Oper Dent*. 2019 Jan-Feb; 44(1): E45-E57. doi: 10.2341/17-181-T. PubMed PMID: 30142039.
21. Cooper KM, Krieg A, Brownell SE. Who perceives they are smarter? Exploring the influence of student characteristics on student academic self-concept in physiology. *Adv Physiol Educ*. 2018 Jun; 42(2): 200-208. doi: 10.1152/advan.00085.2017. PubMed PMID: 29616569.
22. Bader JD, Levitch LC, Shugars DA, Heymann HO, McClure F. How dentists classified and treated non-cariious cervical lesions. *J Am Dent Assoc*. 1993 May; 124(5): 46-54. PubMed PMID: 8482781.
23. Moazzez R, Bartlett D. Intrinsic causes of erosion. *Monogr Oral Sci*. 2014; 25:180-96. doi: 10.1159/000360369. PubMed PMID: 24993266.
24. Saulue P, Carra MC, Laluque JF, d'Incau E. Understanding bruxism in children and adolescents. *Int Orthod*. 2015 Dec; 13(4): 489-506. doi:10.1016/j.ortho.2015.09.001. PubMed PMID: 26608467.

## Como citar este artigo/How to cite this article:

Ribeiro VSCR, Almeida EL, Leal IC, Bizerril DO, Saintrain MVL, Ferreira RGLA, et al. Diagnóstico e tratamento de lesões não cariosas: a visão do cirurgião-dentista do sistema público de saúde. *J Health Biol Sci*. 2019 Abr-Jun; 7(2):204-210.