



CURSO DE ODONTOLOGIA

EDUARDO BITTENCOURT

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM ZONA RURAL

SINOP-MT

2024

CURSO DE ODONTOLOGIA

EDUARDO BITTENCOURT

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM ZONA RURAL

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia do Centro Universitário Fasipe – UNIFASIPE, como requisito parcial para aprovação na disciplina de TCC II
Orientador: Prof^o Hiago Moacyr Piris Leme Moreli.

**SINOP-MT
2024**

EDUARDO BITTENCOURT

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM ZONA RURAL

Trabalho de conclusão de Curso II apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia – UNIFASIPE, Faculdade de Sinop como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em __/__/____

HIAGO MOACYR PIRES LEME MORELI

Professor Orientador

Departamento de Odontologia – UNIFASIPE

RAFAEL ALVES SCHWINGEL

Professor(a) Avaliador(a)

Departamento de Odontologia – UNIFASIPE

ADRIANO BARBOSA BATISTA

Professor(a) Avaliador(a)

Departamento de Odontologia – UNIFASIPE

ADRIANO BARBOSA BATISA

Coordenador do Curso

Departamento de Odontologia – UNIFASIPE

SINOP-MT

2024

RESUMO

O acesso ao atendimento odontológico em zonas rurais é essencial para promover a saúde bucal e o bem-estar das comunidades agrícolas. O objetivo geral deste estudo é identificar as principais barreiras e oportunidades associadas ao atendimento odontológico em áreas rurais. Para alcançar esse objetivo, os objetivos específicos são os seguintes: avaliar as políticas públicas existentes voltadas para a promoção do bem-estar bucal em zonas rurais e identificar possíveis lacunas ou áreas de melhoria; documentar e analisar os casos clínicos mais frequentemente encontrados em áreas rurais, com especial atenção às doenças prevalentes e aos desafios de tratamento; e investigar a eficácia e o impacto do uso do odontomóvel e Unidades Básicas de Saúde Fluvial como meio de fornecer atendimento odontológico em comunidades rurais. O presente trabalho trata-se de uma análise literária narrativa, buscados em bases de dados online. O resultado deste trabalho destacou as principais barreiras e oportunidades relacionadas ao atendimento odontológico em áreas rurais. Além disso, identificou lacunas nas políticas públicas, analisou casos clínicos frequentes nessas regiões e investigou a eficácia de diferentes abordagens, como o uso de odontomóveis e Unidades Básicas de Saúde Fluvial. Essas descobertas fornecem insights cruciais para o aprimoramento de políticas e programas de saúde bucal em comunidades rurais, visando melhorar o acesso e a qualidade do atendimento odontológico. O atendimento odontológico em zonas rurais é essencial para a saúde bucal das comunidades locais, porém enfrenta desafios como escassez de profissionais e infraestrutura limitada. É crucial implementar programas de saúde bucal comunitária e parcerias para superar esses obstáculos. Investir na formação de profissionais e adaptar os serviços às necessidades locais são passos importantes para garantir acesso equitativo ao cuidado odontológico, promovendo tanto a saúde individual quanto a qualidade de vida das comunidades rurais.

Palavras-chaves: Atendimento odontológico; Saúde bucal; Zonas rurais.

ABSTRACT

Access to dental care in rural areas is essential to promoting oral health and well-being in farming communities. The general objective of this study is to identify the main barriers and opportunities associated with dental care in rural areas. To achieve this objective, the specific objectives are the following: evaluate existing public policies aimed at promoting oral well-being in rural areas and identify possible gaps or areas for improvement; document and analyze clinical cases most frequently found in rural areas, with special attention to prevalent diseases and treatment challenges; and investigate the effectiveness and impact of using dental mobiles and Basic River Health Units as a means of providing dental care in rural communities. This work is a narrative literary analysis, searched in online databases. The result of this work highlighted the main barriers and opportunities related to dental care in rural areas. Furthermore, it identified gaps in public policies, analyzed frequent clinical cases in these regions and investigated the effectiveness of different approaches, such as the use of dental mobiles and Basic River Health Units. These findings provide crucial insights for improving oral health policies and programs in rural communities to improve access and quality of dental care. Dental care in rural areas is essential for the oral health of local communities, but faces challenges such as a shortage of professionals and limited infrastructure. It is crucial to implement community oral health programs and partnerships to overcome these obstacles. Investing in training professionals and adapting services to local needs are important steps to guarantee equitable access to dental care, promoting both individual health and the quality of life of rural communities.

Keywords: Dental care; Rural areas; Oral health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 Justificativa	6
1.2 Problematização	7
1.3 Objetivos.....	8
1.3.1 Objetivo geral	8
1.3.2 Objetivos específicos.....	8
1.4 Metodologia.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 Conceitos de Saúde Básica e Saúde Coletiva	10
2.2 Políticas Públicas em Zona Rural.....	12
2.3 Casos Clínicos Mais Comuns (Doenças Prevalentes).....	14
2.3.1 Queilite actínica.....	16
2.3.2 Edentulismo.....	23
2.3.3 Concentração de prótese dentaria em população rural.....	30
2.4 Paracoccidiodomicose (PCM)	31
2.5 Odontomóvel.....	35
2.6 Unidades básica de saúde fluviais (UBSF)	37
3 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

Em regiões rurais, o acesso a cuidados odontológicos de qualidade continua sendo um desafio significativo. As comunidades que residem nestas áreas frequentemente enfrentam barreiras geográficas, econômicas e culturais que dificultam o acesso a serviços essenciais. A disparidade entre a demanda por cuidados e a disponibilidade de profissionais qualificados nestas regiões é evidente (TOLEDO; BRITO, 2023).

A infraestrutura inadequada, aliada à falta de clínicas e de especialistas dispostos a trabalhar em locais remotos, exacerbam as dificuldades enfrentadas por essas populações. Adicionalmente, muitas destas populações rurais têm limitada consciência sobre a importância da saúde bucal, contribuindo para a prevalência de doenças orais (PEDRO et al. 2019).

Entretanto, várias soluções inovadoras têm surgido para abordar esses desafios. A teledentistry, por exemplo, permite que profissionais da área ofereçam consultas e orientações remotamente, utilizando tecnologias de comunicação digital. Este modelo tem se mostrado promissor, especialmente quando se trata de triagem e orientação inicial. Além disso, programas de capacitação voltados para comunidades locais podem ser estabelecidos, permitindo que residentes dessas áreas adquiram habilidades básicas em cuidados. Estes indivíduos, embora não substituam os dentistas, podem desempenhar um papel crucial na promoção da saúde bucal e na identificação precoce de problemas (CACONDA et al. 2022).

1.1 Justificativa

A pesquisa é importante porque destaca a necessidade vital de expandir e melhorar os cuidados nessas áreas, um tema que tem implicações significativas para a saúde pública, o

bemestar da população e a equidade. A atenção adequada não só promove melhor qualidade de vida, mas também pode prevenir complicações mais graves e onerosas para a sociedade.

Apesar da crescente conscientização sobre a importância do bem-estar bucal, existem lacunas na literatura que abordam as particularidades e desafios enfrentados em zonas rurais. Esta pesquisa pretende preencher essas lacunas, fornecendo uma análise abrangente das políticas públicas, práticas inovadoras e os casos clínicos mais comuns encontrados nestas regiões.

Este estudo também tem o potencial de informar políticas e estratégias para melhorar a provisão de serviços odontológicos em áreas rurais, beneficiando tanto os profissionais quanto as comunidades atendidas. Ao lançar luz sobre as melhores práticas e desafios específicos, pode-se contribuir para a criação de soluções mais eficazes e contextualizadas para essas comunidades, e fornecerá uma base sólida para futuras pesquisas.

1.2 Problematização

O acesso à saúde odontológica em áreas rurais emerge como uma preocupação significativa no panorama da saúde pública global. Diversas barreiras, como a escassez de recursos, a dificuldade de acesso a serviços especializados, e a falta de profissionais qualificados, constituem obstáculos reais à manutenção da saúde bucal das populações mais afastadas dos centros urbanos. A discrepância entre a oferta de serviços odontológicos em áreas urbanas e rurais não apenas reflete desigualdades sociais, mas também pode conduzir a um aumento da prevalência de doenças bucais, comprometendo a qualidade de vida e a saúde geral dos indivíduos nessas comunidades (CACONDA et al. 2022).

Ao mesmo tempo, o reconhecimento desses desafios abre caminho para a exploração de oportunidades únicas e inovadoras. O conceito de odontomóvel, uma clínica odontológica móvel, por exemplo, tem o potencial de mitigar algumas das dificuldades encontradas, fornecendo atendimento odontológico direto às comunidades carentes. No entanto, para maximizar a eficácia dessas soluções, é essencial compreender a efetividade das políticas públicas existentes e identificar as lacunas onde intervenções podem ser mais impactantes. A pesquisa se propõe, portanto, a analisar o cenário multifacetado do atendimento odontológico em áreas rurais, com foco na interseção entre a disponibilidade de serviços, as necessidades específicas de saúde bucal dessas populações, e a aplicação de soluções inovadoras para superar as barreiras existentes (PAULA, 2022)

Mediante ao exposto, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais são os principais desafios e oportunidades associados ao atendimento odontológico em áreas rurais,

considerando as nuances entre saúde básica e coletiva, a eficácia das políticas públicas, a prevalência de doenças bucais específicas e o impacto de soluções móveis como o odontomóvel?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Identificar as principais barreiras e oportunidades associadas ao atendimento odontológico em áreas rurais.

1.3.2 Objetivos específicos

- Avaliar as políticas públicas existentes voltadas para a promoção do bem-estar bucal em zonas rurais e identificar possíveis lacunas ou áreas de melhoria;
- Documentar e analisar os casos clínicos mais frequentemente encontrados em áreas rurais, dando especial atenção às doenças prevalentes e aos desafios de tratamento;
- Investigar a eficácia e o impacto do uso do odontomóvel e Unidades Básicas de Saúde Fluvial como meio de fornecer atendimento odontológico em comunidades rurais;

1.4 Metodologia

Neste estudo, o método empregado será uma análise literária narrativa, envolvendo um exame detalhado de publicações relacionadas ao tópico em discussão. A coleta de dados será feita, de Agosto/2023 a Junho/2024, consultando bancos de dados acadêmicos renomados, como Scientific Electronic Library Online (*Scielo*), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (*Capes*) e Google Acadêmico, além de livros e revistas científicas de importância. Também serão incluídos trabalhos escritos em português, inglês e espanhol.

De acordo com Dourado e Ribeiro (2023), esse tipo de revisão literária é uma fonte sólida e confiável de informações, já que compila conhecimentos de várias publicações selecionadas, facilitando a identificação de brechas na pesquisa existente.

Para construir a bibliografia, será feita uma avaliação crítica dos títulos e um escaneamento rápido dos resumos de cada artigo. A temporalidade dos materiais será estabelecida com foco nos últimos cinco anos, embora exceções possam ser feitas para trabalhos

considerados clássicos. Essa abordagem permitirá uma compreensão abrangente e atualizada do tópico, fornecendo um fundamento robusto para as conclusões do estudo e contribuindo para a literatura científica sobre o tema.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceitos de Saúde Básica e Saúde Coletiva

A Saúde Básica, muitas vezes referida como atenção primária à saúde, constitui-se como a primeira linha de contato entre a população e o sistema. Ela se caracteriza pela prestação de cuidados gerais e preventivos, desempenhando um papel crucial na promoção, prevenção e reabilitação do bem-estar dos indivíduos. É nessa esfera que os profissionais, muitas vezes, identificam e tratam problemas comuns, orientando e educando os indivíduos sobre práticas saudáveis (FONSECA, 2022).

Dentro de sua abrangência, ela visa garantir um acesso equitativo e universal aos serviços, sendo, assim, essencial para a eficácia de todo o sistema. Os serviços neste nível tendem a ser generalistas, centrados na pessoa e orientados para a comunidade. É imperativo reconhecer a importância de uma abordagem holística, onde o indivíduo não é visto apenas como um paciente, mas como parte integrante de uma comunidade com suas peculiaridades e necessidades (CACONDA et al. 2022).

A abrangência vai além da mera oferta de tratamentos e procedimentos. Ela engloba uma compreensão ampla das necessidades da população, incluindo fatores sociais, econômicos e culturais que podem influenciar o bem-estar dos indivíduos. Essa perspectiva ampliada permite uma intervenção mais assertiva e eficaz, com foco não apenas na terapia, mas, sobretudo, na prevenção de doenças e na promoção da saúde (OLIVEIRA, 2021).

A Saúde Coletiva abraça uma dimensão mais ampla do cuidado, ultrapassando os limites do individual e adentrando o território do coletivo e das populações. Enquanto a primeira muitas vezes focaliza a atenção individual, esta busca compreender e abordar os determinantes sociais, culturais, econômicos e ambientais que influenciam o estado das comunidades (PRYJMA et al.

2022).

Uma das características primordiais dela é a sua interdisciplinaridade. Esta área integra conhecimentos de diversas ciências, como sociologia, antropologia, epidemiologia e saúde pública, para desenvolver estratégias que atendam às necessidades específicas de grupos populacionais. O foco aqui é menos no tratamento de doenças individuais e mais na identificação e no enfrentamento das causas subjacentes que afetam a saúde de grandes grupos (CARDOSO et al. 2020).

A prevenção ocupa um lugar de destaque na área. Ao analisar padrões e tendências, os profissionais podem desenvolver campanhas de prevenção e promoção da saúde adaptadas para atender a necessidades específicas da população. Por exemplo, uma campanha de vacinação em massa ou programas educativos sobre nutrição em comunidades carentes são exemplos típicos de intervenções (PAULA, 2022).

Reconhecendo que as soluções mais eficazes muitas vezes vêm daqueles que vivenciam diretamente os desafios, ela valoriza o envolvimento da população no planejamento, execução e avaliação das intervenções. Esta abordagem permite que os programas sejam culturalmente apropriados e mais receptivos às necessidades e aos valores das comunidades atendidas (SILVA et al. 2020).

No ambiente rural, as nuances tornam-se particularmente evidentes, cada uma com suas peculiaridades e focos estratégicos. Em territórios onde os recursos podem ser limitados e as comunidades frequentemente dispersas, compreender a distinção entre essas duas esferas de atendimento é crucial para uma intervenção de saúde eficaz (TEIXEIRA et al. 2019).

A Saúde Básica, em sua essência, volta-se para o cuidado primário e individualizado, sendo muitas vezes o primeiro ponto de contato entre o indivíduo e os profissionais. Em áreas rurais, essa atenção pode assumir formas diversas, desde consultas em postos até visitas domiciliares, centrando-se em tratamentos, prevenção e aconselhamento. É neste nível que condições comuns são identificadas, tratadas e monitoradas, garantindo que os residentes rurais tenham suas necessidades básicas de bem-estar atendidas (MUSTAFA; MOURA, 2018).

Por outro lado, a Saúde Coletiva engloba uma perspectiva mais ampla, almejando impactar toda a comunidade ou população. No contexto rural, isso pode envolver iniciativas como programas de saneamento para prevenir doenças de origem hídrica, campanhas de educação sobre práticas agrícolas seguras ou programas de nutrição para combater a desnutrição. A Saúde Coletiva, neste cenário, é menos sobre o atendimento individual e mais sobre a identificação e o combate a desafios do bem-estar que afetam coletivamente as populações rurais (TOLEDO; BRITO, 2023).

A topografia do ambiente rural e a distribuição esparsa das populações também acentuam as diferenças entre estas duas esferas. Enquanto a primeira pode enfrentar desafios logísticos de acesso a populações remotas, a outra procura desenvolver estratégias que beneficiem o máximo de pessoas, considerando as características e necessidades únicas dessas comunidades. A integração entre elas tem potencial para transformar significativamente a saúde das populações, especialmente quando essas duas esferas de atendimento convergem de maneira harmoniosa em suas ações. Em muitas sociedades, ela ainda é frequentemente vista de forma isolada do bem-estar geral, uma percepção que esta integração procura desafiar e remodelar (CIPRIANO, 2019).

Através da Saúde Básica, os indivíduos recebem cuidados diretos e personalizados, desde check-ups regulares até tratamentos mais complexos. Esta proximidade permite uma relação contínua com os profissionais, possibilitando a identificação precoce de problemas e a implementação de tratamentos oportunos. Além disso, o atendimento básico oferece uma plataforma para a educação em saúde bucal, onde os indivíduos são orientados sobre práticas de higiene oral adequadas, prevenção de cáries e importância de uma dieta equilibrada (ALBACH et al. 2020).

Esta lança uma rede mais ampla, mirando determinantes sociais que vão além do indivíduo. Isso pode envolver campanhas de sensibilização sobre os perigos do consumo excessivo de açúcar, acesso a água fluoretada ou programas escolares que promovem a higiene oral entre estudantes. Neste contexto, a ênfase é colocada na prevenção, buscando reduzir a incidência de problemas dentários em escala comunitária (PRYJMA et al. 2022).

2.2 Políticas Públicas em Zona Rural

No panorama global das políticas, a saúde bucal em áreas rurais frequentemente encontrou-se à margem das prioridades centrais, mas ao longo das décadas, o reconhecimento de sua importância cresceu, levando a uma evolução notável nas abordagens políticas (TOLEDO; BRITO, 2023).

Em tempos anteriores, os esforços eram esporádicos e, muitas vezes, limitados a intervenções isoladas. Estas ações iniciais, embora bem-intencionadas, careciam de uma estruturação sistemática e de uma visão holística, resultando em impactos limitados no panorama geral. Foi somente com o passar do tempo e o amadurecimento do entendimento sobre as peculiaridades dessas regiões que surgiram políticas mais direcionadas (CARDOSO et al. 2020).

A partir do final do século XX, observou-se uma mudança significativa, com a criação de programas mais integrados, que buscavam não apenas tratar, mas também prevenir doenças em áreas rurais. Estes programas reconheceram as barreiras únicas enfrentadas pelos habitantes rurais, como a falta de acesso a clínicas, a escassez de profissionais treinados e os desafios educacionais relacionados à saúde bucal (FONSECA, 2022).

Concomitantemente, a colaboração entre governos, organizações não governamentais e instituições acadêmicas intensificou-se, resultando em estratégias mais robustas e programas de formação, voltados especificamente para as necessidades rurais. Estes programas frequentemente enfatizaram a prevenção, a educação e o estabelecimento de clínicas móveis ou unidades que poderiam alcançar áreas remotas (MUSTAFA; MOURA, 2018).

Na trajetória de construção e aplicação dessas políticas, especialmente nas zonas rurais, surgem obstáculos e desafios intrincados que demandam soluções inovadoras e adaptativas. A complexidade da implementação efetiva dessas políticas não pode ser subestimada (CHANDLER; SILVA-JUNIOR, 2022).

As distâncias extensas entre as comunidades e a infraestrutura limitada podem tornar o acesso regular a cuidados um desafio monumental. Tais barreiras geográficas exigem soluções como clínicas móveis ou telessaúde, mas estas, por sua vez, requerem investimentos significativos e uma infraestrutura de apoio robusta. Paralelamente, a escassez de profissionais intensifica o problema. A atração e retenção de especialistas qualificados é uma tarefa árdua, dadas as limitações em termos de oportunidades de formação contínua, remuneração e crescimento (CACONDA et al. 2022).

Adicionalmente, aspectos culturais e educacionais desempenham um papel crítico. A promoção dela exige uma abordagem que respeite e integre os valores e tradições locais, evitando a imposição de práticas que podem não ser culturalmente aceitáveis. Ao longo das décadas, diversas regiões ao redor do mundo têm demonstrado avanços notáveis na promoção da saúde bucal, através de políticas e programas inovadores. A compreensão e a análise destas abordagens vitoriosas podem servir de modelo e inspiração para outros territórios em busca de soluções eficazes (PUCCIARELLI, 2018).

Em algumas regiões da Ásia, a integração de profissionais em equipes multidisciplinares tem provado ser uma estratégia benéfica. Essa abordagem holística permite não apenas tratar, mas também prevenir problemas, associando-os a questões de saúde geral e bem-estar, ampliando o escopo de cuidados e facilitando o acesso da comunidade (CAMERINI et al. 2020).

Em certas localidades da América Latina, o envolvimento comunitário tem sido a chave para o sucesso. A capacitação de agentes comunitários de saúde, que já possuem a confiança da população local, para desempenhar tarefas básicas de saúde bucal e educação, ampliou significativamente o alcance e a aceitação das intervenções (EIDELWEIN et al. 2020).

Na Europa, em regiões com populações dispersas, a telessaúde tem emergido como uma solução promissora. Utilizando tecnologia de ponta, profissionais podem realizar consultas e monitoramentos à distância, garantindo que mesmo aqueles em locais remotos recebam atendimento e orientações de qualidade (GONDIM; SILVA; SILVA, 2021).

Em partes da África, parcerias público-privadas têm facilitado a implementação de clínicas móveis, equipadas com tecnologia avançada. Estas unidades itinerantes viajam por áreas rurais, oferecendo tanto procedimentos básicos quanto mais complexos, minimizando as barreiras geográficas que anteriormente impediam o acesso a cuidados odontológicos de qualidade (ALBACH et al. 2020).

2.3 Casos Clínicos Mais Comuns (Doenças Prevalentes)

Ao analisar a situação, observa-se um panorama epidemiológico distinto das zonas urbanas. A distribuição, frequência e determinantes das doenças bucais nesses territórios proporcionam informes cruciais para o planejamento e implementação de intervenções adequadas (SILVA et al. 2020).

As populações rurais enfrentam uma combinação única de fatores de risco. Estes podem incluir acesso limitado a serviços de saúde, menor exposição a programas educacionais sobre higiene oral e, em algumas regiões, a falta de água potável fluorada. Além disso, as dietas tradicionais, muitas vezes ricas em carboidratos fermentáveis, podem aumentar a predisposição a problemas dentários. A cárie, por exemplo, continua sendo uma das afecções mais prevalentes. Em muitas dessas regiões, sua incidência pode ser elevada, especialmente entre crianças e adolescentes. A falta de tratamento precoce e a escassez de programas preventivos podem resultar em complicações, como abscessos e perda prematura de dentes (PEDRO et al. 2019).

Já as doenças periodontais, associadas a fatores como higiene inadequada e uso de tabaco, também têm relevância nestes territórios. Sem intervenções apropriadas, essas condições podem evoluir para quadros mais severos, afetando não apenas a saúde bucal, mas tendo implicações sistêmicas. Outro ponto digno de nota é a incidência de lesões orais associadas a práticas culturais ou ocupacionais. Em algumas comunidades, o uso de produtos à

base de tabaco ou a exposição a agentes químicos na agricultura podem ser fatores de risco significativos (PEDRO et al. 2019).

Estes determinantes, variando em grau e natureza, influenciam diretamente a saúde bucal de indivíduos e comunidades. Um dos principais fatores é a dieta. Alimentos ricos em açúcares e carboidratos fermentáveis têm sido fortemente correlacionados com o desenvolvimento de cáries. A frequência de consumo destes alimentos, mais do que a quantidade, pode desempenhar um papel significativo no desenvolvimento de lesões cariosas. Por outro lado, a deficiência de nutrientes essenciais, muitas vezes comum em áreas empobrecidas, pode afetar a integridade do tecido oral e a capacidade de resistência a infecções (PUCCIARELLI, 2018).

A higiene inadequada, marcada pela falta de escovação regular e uso insuficiente de fio dental, eleva o risco de doenças. A acumulação de placa bacteriana e tártaro pode levar a condições como gengivite e, eventualmente, periodontite mais avançada. Hábitos, como o consumo de tabaco e álcool, também são determinantes críticos. Estes não só aumentam o risco de câncer oral e doenças periodontais, mas também podem influenciar a progressão e gravidade das condições existentes. Além disso, o uso contínuo de determinados medicamentos, que causam boca seca como efeito colateral, pode reduzir a capacidade natural da boca de combater bactérias, aumentando o risco de doenças (CAMERINI et al. 2020).

Condições sistêmicas, como diabetes e doenças cardiovasculares, demonstram uma relação bidirecional com o bem-estar oral. Por exemplo, pacientes diabéticos são mais susceptíveis a infecções bucais, enquanto problemas periodontais podem exacerbam certas condições sistêmicas (MIRANDA et al. 2020).

Ao considerar o vasto campo da saúde bucal, identificar e aplicar intervenções e tratamentos adequados para as condições mais prevalentes é fundamental para assegurar a recuperação e prevenção de complicações. Neste contexto, diversos métodos têm demonstrado eficácia comprovada (OLIVEIRA, 2021).

Para o tratamento de cáries, as restaurações dentárias, frequentemente chamadas de "obturações", têm sido a abordagem padrão. Utilizando materiais como a resina composta ou amálgama, estas intervenções não só eliminam a decomposição, mas também reconstituem a forma e função do dente afetado. Em situações mais avançadas, onde a polpa é comprometida, o tratamento de canal emerge como solução viável, preservando o dente e prevenindo infecções futuras (GONDIM; SILVA; SILVA, 2021).

No domínio das doenças periodontais, procedimentos como a raspagem e alisamento radicular são essenciais para remover a placa bacteriana e tártaro abaixo da linha da gengiva.

Em estágios mais avançados, cirurgias periodontais podem ser necessárias para restaurar a saúde do tecido gengival e osso subjacente. Quando se trata de perda dentária, os implantes têm revolucionado a área. Não só oferecem uma solução estética, mas também garantem a funcionalidade, replicando a raiz natural do dente e fornecendo suporte estável para coroas ou próteses (CHANDLER; SILVA-JUNIOR, 2022).

No contexto de condições orais mais severas, como o câncer bucal, a detecção precoce é crucial. Biópsias e outros métodos diagnósticos são fundamentais para a identificação oportuna, seguidas por tratamentos que podem incluir cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, dependendo da localização e estágio da doença (SILVA, 2023).

2.3.1 Queilite actínica

A predominância em homens de pele clara pode ser explicada pelo maior tempo gasto em atividades ao ar livre, combinada com uma menor quantidade de melanina, que serve como uma camada de proteção contra os raios UV. Fatores de risco para a malignização incluem hábitos contratados como o consumo de tabaco e álcool. A QA se manifesta em duas formas principais: aguda e crônica. A forma aguda é mais frequente e pode afetar indivíduos mais jovens que ficam expostos ao sol, resultando em uma recuperação que pode ser relativamente rápida, mas que frequentemente recidiva (KAUGARS, 1999).

A forma crônica de QA, em contraste, é caracterizada por sinais clínicos mais graves, como edema persistente, eritema intenso, descamação contínua, ulceração, sangramento, e o desenvolvimento de áreas leucoplásicas e eritoplásicas, crostas e atrofia labial significativa, todos os sinais de degeneração mais profunda dos tecidos labiais como pode se observar na Figura 1(imagens A e C) (CAMERINI et al. 2020). O diagnóstico precoce é vital para mitigar o risco de progressão do carcinoma de células escamosas, comum nesta condição, especialmente em homens entre quarenta e oitenta anos que têm ocupações expostas ao sol. A apresentação clínica pode ser sutil, e o tratamento precoce é crucial para prevenir a malignização (PICASCIA & ROBINSON, 1997).

A QA apresenta uma variedade de manifestações, dependendo do estágio da doença. Na forma aguda, ocorrem episódios de vesículas e ulcerações, enquanto na subaguda e crônica, observa-se um espessamento do epitélio com hiperqueratose. Na crônica, a condição é muitas vezes subestimada devido à falta de sintomas de fase, mas pode ser um precursor do carcinoma de células escamosas orais, especialmente se as lesões não foram tratadas e continuam a ser expostas ao sol. Estima-se que uma grande porcentagem de cânceres labiais se origina dessa condição (AWDE et al. 1996).

Finalmente, a necessidade de biópsia em controle de qualidade é frequentemente debatida. Enquanto alguns especialistas recomendam a biópsia apenas para casos clinicamente moderados a severos, outros defendem a biópsia em todos os casos devido à alta taxa de malignização observada em estudos, onde formas aparentemente benignas revelaram-se carcinomas em um número significativo de casos (MANGANARO; WILL & POULOS, 1997).

Diversas pesquisas foram desenvolvidas significativamente para a compreensão da QA. Um estudo realizado na Clínica de Estomatologia da PUCPR analisou 2.432 prontuários e acordos onze casos de QA, com a maioria dos pacientes relatando intensa exposição solar (CORSO et al. 2006). Em outra investigação envolvendo cento e onze pescadores, quarenta e oito foram divulgados com QA, correlacionando a condição com o tempo prolongado de exposição ao sol (SILVA et al. 2006). Uma pesquisa adicional com vinte e nove pacientes informados com QA indicou uma predominância da doença em homens brancos, apresentando sintomas como ressecamento, atrofia, descamação, edema e ulceração. Por fim, um estudo que avaliou 420 indivíduos encontrou uma prevalência de 18,1% de QA, novamente com maior incidência entre homens e pessoas de pele branca (ZANETTI et al. 2007).

O CEC oral, conhecido como carcinoma escamocelular, representa aproximadamente 90% das neoplasias que afetam a cavidade oral e a orofaringe, ganhando destaque devido à sua relevância crescente em todo o mundo nos últimos anos. Sua incidência está ligada a hábitos de vida não saudáveis, como tabagismo e consumo de álcool, frequentemente associados a Lesões Potencialmente Malignas (LPM) (DEWAN et al. 2014).

Embora fatores como tempo de exposição, uso de proteção solar, etilismo e tempo de trabalho não tenham sido significantes neste estudo, em pesquisas anteriores, essas variáveis foram fundamentais para o desenvolvimento e progressão da patologia. Esses fatores estão relacionados ao tempo de exposição desprotegida à radiação solar e a questões socioeconômicas que afetam o acesso à informação, destacando uma lacuna na comunicação entre os serviços de saúde básica e os usuários. É crucial que os gestores municipais direcionem mais atenção à zona rural de, implementando políticas públicas para reduzir a alta prevalência da queilite actínica, com investimento em ações educativas que conscientizem os indivíduos sobre a importância do uso de equipamentos de proteção solar (TEIXEIRA et al. 2019).

O diagnóstico da QA é geralmente estabelecido com base nas características clínicas, mas a biópsia é recomendada em casos de lesões extensas, pruriginosas, sangrantes, eritematosas e endurecidas, visando excluir comprometimento profundo (FU & COCKERELL, 2003). O diagnóstico e tratamento das lesões pré-malignas e do CE dependem de aspectos histopatológicos, localização e estágio da doença, com avanços esperados em diagnóstico

molecular para orientar o tratamento. A avaliação mucosa inclui a identificação de comportamento de risco e avaliação individual de risco, enquanto exames clínicos abrangem a inspeção completa da cabeça e pescoço, exame intraoral e linfonodos cervicais. A interpretação histológica, sujeita a variações entre patologistas, pode influenciar o diagnóstico e tratamento adequados, destacando a importância da precisão diagnóstica (EPSTEIN et al. 2002).

No diagnóstico diferencial, a QA aguda deve ser distinguida do herpes simples, embora ambos possam ser desencadeados pela exposição solar. A QA crônica pode ser diferenciada do lúpus eritematoso, líquen plano e queilites de contato (JUCHEN et al. 1998). Dentre as múltiplas dermatoses neoplásicas benignas e malignas, o diagnóstico diferencial é crucial. Técnicas laboratoriais sensíveis e específicas, como coloração, microscopia eletrônica e biologia molecular, podem aprimorar a eficiência diagnóstica, permitindo a detecção precoce de sinais de transformação em lesões pré-cancerígenas. A remoção precoce é indicada para lesões com potencial de transformação maligna, enquanto outras requerem monitoramento contínuo para detectar sinais precoces de transformação (NASCIMENTO, 2003).

A estreita relação entre as QA e a exposição solar, destacando a importância dos aspectos climáticos e socioeconômicos do país, bem como o risco de evolução para neoplasias malignas, muitas vezes negligenciado. Os objetivos do estudo incluíram a investigação imunohistoquímica de marcadores como proteína, TGF α , atividade proliferativa por marcação de PCNA e densidade vascular por meio do anticorpo CD, além da mensuração do conteúdo de DNA nuclear por citometria estática. Foram selecionados treze casos de CEC, treze de QA, doze de leucoplasias e nove casos de lesões não neoplásicas. As QA e leucoplasias foram classificadas como lesões potencialmente cancerígenas, mas determinar o risco real de transformação neoplásica exigiu dados sobre danos genéticos e moleculares. Identificar as alterações cruciais na carcinogênese e os melhores marcadores de prognóstico são objetivos-chave da biologia contemporânea. O propósito final é estabelecer o risco de transformação maligna precocemente para iniciar uma terapia específica que aborde tanto a cura e restauração quanto a prevenção (MELO, 1999).

O tratamento do pré-câncer oral se fundamenta amplamente na avaliação histológica da displasia epitelial, complementada pelas características clínicas. Em muitos casos, o tratamento ideal para a QA seria evitar a exposição excessiva e prolongada ao sol. No entanto, isso é difícil de alcançar, especialmente para certas ocupações. Por isso, medidas profiláticas como o uso de chapéus de abas largas e aplicação de protetor labial com fator de proteção solar (FPS) são recomendadas para minimizar a exposição aos raios solares nos lábios e no rosto, especialmente para pessoas com fotossensibilidade e histórico de câncer labial. Devido à natureza difusa da

QA, todo o lábio inferior é suscetível ao desenvolvimento de câncer. A eficácia dos protetores solares está diretamente relacionada ao FPS, que varia de acordo com a proteção oferecida, desde um mínimo de proteção até bloqueadores solares recomendados para pessoas com pele pré-cancerosa (TEREZHALMY & NAYLOR, 1993).

Em estágios iniciais sem alteração ou displasia leve, o tratamento inicial envolve o uso de protetor solar. Existem dois tipos principais de protetores solares: os químicos, que absorvem a radiação ultravioleta, e os físicos, como o óxido de zinco e o dióxido de titânio, que funcionam refletindo e dispersando os raios UV (BRUZZONE et al. 1996).

O reconhecimento do alto risco de desenvolvimento de CEC e recorrente herpes labial é baseado em fatores como sexo, padrão de comportamento, aparência clínica dos lábios e tipo de pele. Os clínicos devem conscientizar os pacientes sobre esses riscos e recomendar o uso de protetores solares com FPS mínimo de 15, além de identificar indivíduos com alto risco de desenvolver displasia solar nos lábios e orientá-los sobre o uso de protetores solares adequados (LUNDEEN et al. 1985).

O tratamento da QA pode envolver medidas simples, como o uso de protetores solares, hidratantes e tretinoína tópica, para aliviar os sintomas. Em casos mais avançados, podem ser realizados tratamentos como quimioterapia local, vermelhectomia, laser de CO₂ e criocirurgia. Cada abordagem tem suas vantagens e desvantagens, e o tratamento deve ser personalizado de acordo com a gravidade da condição. Em última análise, o objetivo do tratamento é prevenir a progressão da QA para carcinoma espinocelular, melhorar a estética do paciente e aliviar os sintomas clínicos associados à condição (DUFRESNE & CURLIN, 1997).

O Carcinoma Espinocelular (CEC) oral, também conhecido como carcinoma de células escamosas, representa cerca de 90% das neoplasias que afetam a cavidade oral e a orofaringe, ganhando destaque devido ao seu aumento global nos últimos anos. Sua incidência está associada a hábitos de vida prejudiciais, como tabagismo e consumo de álcool, frequentemente ligados a Lesões Potencialmente Malignas (LPM) (GAZOLA, 2011).

As LPM são alterações teciduais benignas que, morfológicamente modificadas, indicam um risco maior de transformação maligna, incluindo leucoplasia, eritroplasia, líquen plano e queilite actínica (QA). Embora nem sempre evoluam para câncer oral, são cruciais devido à sua ligação com o diagnóstico precoce do câncer e suas complicações (MARTINS, 2008, NEVILLE et al. 2009).

Entre as LPM, a QA se destaca, afetando principalmente o lábio inferior (Figura 1, imagem B) devido à exposição crônica e excessiva aos raios solares ultravioleta. É mais comum em homens, geralmente acima dos quarenta anos, especialmente trabalhadores expostos ao sol,

como marinheiros, pescadores, construtores e agricultores. Pesquisas no Brasil demonstraram uma incidência significativa de QA. Por exemplo, um estudo identificou QA em 15% dos trabalhadores em praias de uma cidade do Nordeste. Outra pesquisa entre trabalhadores rurais em São Paulo constatou que 35,5% da população apresentava QA (CINTRA et al. 2013; GIBSON & PERRY, 1985; LUCENA et al. 2012).

Uma avaliação de lesões foi realizada, com a concordância intraexaminador, adotando o coeficiente de Kappa, obtendo um nível de concordância superior a 0,71. Após 30 dias, reexaminamos aleatoriamente 5% da amostra para verificar a manutenção da concordância entre os examinadores. Após a entrevista, realizamos o exame clínico com uma equipe composta por um examinador treinado (graduando de Odontologia) e pelo professor responsável, que supervisionou o graduando na identificação clínica de QA. Os lábios dos participantes foram avaliados para determinar a presença ou ausência de QA (TEIXEIRA et al. 2019).

Os exames seguiram um protocolo estabelecido pela direção da Unidade de Saúde da Família, com total observância das normas de biossegurança. Durante a coleta, toda a equipe utilizou Equipamentos de Proteção Individual (EPI), incluindo máscaras, gorros, luvas, aventais descartáveis e óculos de proteção. Os exames foram realizados na própria unidade de saúde ou em local próximo, quando necessário. Os pacientes foram posicionados em cadeiras comuns, de frente para o examinador, enquanto fichas específicas foram usadas para registrar as alterações detectadas (TEIXEIRA et al. 2019).

O examinador e o anotador ficaram posicionados de forma a garantir uma boa visualização, com o exame sendo realizado próximo às janelas para aproveitar a luz natural ou, em caso de luminosidade insuficiente, foi utilizada luz artificial. Além da apresentação de cartazes sobre prevenção do câncer de boca, distribuímos protetores labiais com filtro solar e folhetos explicativos sobre o uso de protetores solares e autoexame, incluindo alertas sobre outros fatores de risco. Pacientes que necessitaram de acompanhamento foram encaminhados à Faculdade Maria Milza para avaliação da lesão por um profissional estomatologista e, se necessário, realização de biópsia (TEIXEIRA et al. 2019).

A amostra foi selecionada de forma aleatória estratificada, com a variável dependente sendo a presença de queilite actínica e as variáveis independentes consistindo em fatores socioeconômicos e socioambientais. O cálculo amostral foi efetuado utilizando o programa Statdisk12.0.2. Os dados foram processados com o Microsoft Office Excel e analisados estatisticamente com os softwares BioEstat 5.3 e SPSS versão 22.0. Para analisar a relação entre as variáveis, utilizamos a regressão logística múltipla não condicional, adotando o critério de

inclusão das variáveis no modelo com nível de significância descritivo $p < 0,20$ na análise bivariada (TEIXEIRA et al. 2019).

A pesquisa envolveu 223 trabalhadores rurais, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), provenientes de cinco Unidades de Saúde da Família na zona rural de Governador Mangabeira, com idades entre 18 e 91 anos. Dentre os participantes, 166 (74,4%) eram mulheres e 57 (25,6%) homens. Em termos de cor/raça, 121 (54,3%) eram melanodermas, 75 (33,6%) faiodermas e 27 (12,1%) leucodermas. No que tange ao estado civil, 118 (52,9%) eram casados, 71 (31,8%) solteiros, 23 (10,3%) viviam em união estável, 11 (4,9%) eram divorciados e 01 (0,1%) viúvo. Com relação ao tabagismo, 181 (81,2%) não fumavam, 23 (10,3%) eram fumantes e 19 (8,5%) haviam deixado de fumar. Quanto ao consumo de álcool, 167 (74,9%) não consumiam, 53 (23,8%) bebiam regularmente e 03 (1,3%) haviam parado. Em relação à prática de atividade física, 127 (57,0%) não praticavam e 96 (43,0%) mantinham uma rotina de exercícios. Sobre a última visita ao dentista, 78 (35,0%) haviam ido há seis meses, 72 (32,3%) não visitavam há mais de dois anos, 50 (22,0%) haviam ido há um ano, 22 (9,9%) entre um e dois anos, e 1 (0,4%) nunca havia ido (TEIXEIRA et al. 2019).

Em termos de profissão, 174 (78,0%) se declararam trabalhadores rurais ativos e 49 (22,0%) lavradores aposentados. Entre esses, 119 (53,4%) possuíam renda inferior a um salário mínimo, 91 (40,8%) recebiam um salário e 13 (5,8%) tinham renda igual ou superior a dois salários. Quanto ao tempo de serviço, 29 (13,0%) trabalharam entre 01 e 10 anos, 120 (53,9%) entre 11 e 30 anos, e 74 (33,1%) por mais de 30 anos. No que diz respeito à jornada diária, 155 (69,5%) trabalhavam entre 05 a 08 horas por dia, 53 (25,7%) entre 02 a 04 horas e 15 (6,7%) entre 09 e 12 horas diárias. Em relação aos hábitos de proteção solar, nenhum participante utilizava protetor labial, preferindo em sua maioria chapéu ou boné. Estudos anteriores apontam que a exposição prolongada ao sol é um fator significativo no desenvolvimento da queilite actínica (QA) (TEIXEIRA et al. 2019).

A pesquisa revelou que 31,84% dos trabalhadores rurais apresentavam características clínicas de QA. Essa prevalência varia em estudos anteriores, indicando a influência da amostragem e dos métodos de classificação da QA. A QA é mais comum em homens de meia-idade devido à exposição solar. No presente estudo, a maioria dos participantes do sexo feminino pode ser explicada pelas demandas da monocultura local, embora ambos os sexos tenham uma exposição solar diária similar (TEIXEIRA et al. 2019).

Em uma pesquisa, 75% dos casos de queilite actínica (QA) foram identificados em homens, com o número de indivíduos masculinos sendo três vezes maior que o das mulheres, o que influenciou os resultados. Conforme mostrado no gráfico, 43,60% dos casos de QA foram

diagnosticados em pessoas de pele faioderma, seguidas por 39,50% de melanodermas e 16,90% de leucodermas. Nesse estudo, a amostra consistiu de 54,23% de melanodermas, 33,63% de faiodermas e 12,11% de leucodermas, indicando uma maior propensão em melanodermas. Observa-se a distribuição das características clínicas da QA na região labial, onde o apagamento da linha mucocutânea foi a característica mais comum (67,41%) entre os trabalhadores rurais (TEIXEIRA et al. 2019).

Estudos similares demonstram a consistência desses achados. Outras variáveis, como descamação e presença de áreas vermelhas, também mostraram alta prevalência. Variáveis como edema e áreas brancas apresentaram resultados comparáveis. Características clínicas como eritema, erosão, crostas e regiões leucoplásicas na QA tiveram valores inferiores a 2,0%. Neste estudo, fatores como cor, tabagismo e visitas ao dentista mostraram relevância significativa como influenciadores da QA. Diversos estudos anteriores também ressaltam a influência da cor da pele no desenvolvimento da QA. No presente estudo, embora a variável cor não tenha mostrado significância estatística, é importante considerar que a região estudada possui uma força de trabalho predominantemente melanoderma e faioderma, o que influencia a prevalência da QA nesses grupos (TEIXEIRA et al. 2019).

Figura 1 manifestações clínicas da Queilite Actínica



Imagem a. QA grau I -fissura e descamação.
Fonte: MATOS, 2023



Imagem b. Lábio inferior com manchas avermelhadas, sem elasticidade e desidratado, com lesões necrosadas. Fonte: Google Imagens



Imagem c. ressecamento labial, alteração na linha de transição entre vermelhão e pele, edema e elastose labial, crostas, áreas eritematosas, ulceração, adelgaçamento do vermelhão e algumas áreas leucoplásicas. Fonte: PACCA, 2009

2.3.2 Edentulismo

O edentulismo na terceira idade é uma condição que afeta significativamente a qualidade de vida e a saúde bucal de indivíduos idosos em todo o mundo. Essa condição é caracterizada pela perda completa de todos os dentes em uma ou ambas as arcadas dentárias, resultando em desafios significativos no que diz respeito à mastigação, fala e estética facial (MACIA, 2015).

Para entender essa condição de forma abrangente, é necessário definir e classificar o edentulismo na população idosa. O edentulismo pode ser dividido em dois tipos principais: edentulismo total e edentulismo parcial. O edentulismo total refere-se à perda de todos os dentes na boca, enquanto o edentulismo parcial envolve a perda de alguns, mas não de todos os dentes (VILELA et al. 2014).

Sendo assim, concentramos nossa análise no edentulismo total, pois ele representa o estágio mais severo dessa condição, afetando não apenas a funcionalidade mastigatória, mas

também a estética facial, a capacidade de fala e a qualidade de vida em geral. A prevalência do edentulismo na terceira idade não é uniforme e varia substancialmente em diferentes regiões e entre diferentes grupos demográficos. Fatores como o acesso a cuidados odontológicos, hábitos de higiene bucal, condições socioeconômicas e culturais desempenham um papel crucial na determinação da prevalência dessa condição (BOECKSTAENS et al. 2016; LUZ, 2018).

Em áreas onde o acesso a cuidados odontológicos é limitado, a prevalência do edentulismo pode ser significativamente alta. Em contraste, em regiões com melhores recursos de saúde e conscientização sobre saúde bucal, a prevalência tende a ser menor. Contudo, o edentulismo na terceira idade afeta diferentes grupos demográficos de maneira desigual. Estudos indicam que as mulheres idosas podem apresentar uma maior prevalência de edentulismo em comparação com os homens. Além disso, diferenças étnicas e culturais desempenham um papel importante na prevalência do edentulismo, uma vez que práticas de cuidados bucais e hábitos alimentares variam entre grupos (ALMEIDA, 2022; BOSCATO et al. 2014).

O edentulismo na terceira idade é um problema complexo e multifacetado, que pode ser atribuído a uma série de causas subjacentes. Este texto em terceira pessoa explora detalhadamente as causas do edentulismo em idosos, incluindo os principais fatores contribuintes, como cáries, doença periodontal, trauma dentário, entre outros, e analisa estatísticas e tendências relacionadas a essas causas específicas (SACHETTI, 2019).

A cárie dentária representa uma das principais causas de edentulismo em idosos. Com o passar dos anos, a exposição contínua aos ácidos provenientes de alimentos e bebidas pode corroer o esmalte dentário, levando ao desenvolvimento de cáries. Se não forem tratadas adequadamente, essas cáries podem evoluir para infecções severas e, em última instância, resultar na extração dos dentes afetados. Além disso, problemas na higiene bucal, como escovação inadequada e falta de uso do fio dental, podem contribuir para o acúmulo de placa bacteriana, aumentando o risco de cáries (LAJNERT et al. 2018).

A doença periodontal, também conhecida como doença gengival, é outro fator significativo que contribui para o edentulismo em idosos. Esta condição é caracterizada pela inflamação das gengivas, resultando em danos progressivos aos tecidos de suporte dos dentes. A periodontite, estágio avançado da doença periodontal, pode levar à reabsorção óssea e à perda de dentes. O risco de doença periodontal aumenta com a idade e pode ser exacerbado por fatores como tabagismo, má nutrição e presença de diabetes (STRAJNIĆ et al. 2017).

O trauma dentário, embora menos comum, também desempenha um papel nas causas do edentulismo em idosos. Acidentes, quedas e impactos diretos nos dentes podem resultar em

fraturas ou danos irreparáveis, exigindo, por vezes, a extração dos dentes afetados. Além das causas mencionadas, outros fatores que podem contribuir para o edentulismo em idosos incluem a genética, condições médicas subjacentes, uso de medicamentos que afetam a saúde bucal, e a falta de acesso a cuidados odontológicos regulares (MACIA, 2015; AZEVEDO, 2017).

Quando se observam as estatísticas e tendências, verifica-se que a prevalência das diferentes causas do edentulismo pode variar em diferentes grupos demográficos e regiões. Estudos mostram que a cárie dentária e a doença periodontal continuam sendo as principais causas do edentulismo entre os idosos, embora os padrões possam diferir dependendo do acesso a cuidados odontológicos e de fatores socioeconômicos (VILELA et al. 2014).

O edentulismo na terceira idade é um problema de saúde bucal que está intrinsecamente ligado a diversos fatores de risco. Este texto em terceira pessoa explora detalhadamente esses fatores, incluindo hábitos de higiene bucal e práticas de cuidados odontológicos em idosos, influências socioeconômicas na incidência do edentulismo e o acesso a cuidados odontológicos, bem como a disponibilidade de serviços para a população idosa (LUZ, 2018).

Hábitos de higiene bucal e práticas de cuidados odontológicos desempenham um papel crucial na determinação do risco de edentulismo em idosos. Indivíduos que mantêm uma rotina consistente de escovação, uso de fio dental e enxaguatório bucal geralmente têm menor probabilidade de desenvolver cáries e doença periodontal, que são causas comuns do edentulismo. Entretanto, idosos que negligenciam sua saúde bucal ou têm dificuldade em manter uma boa higiene bucal, devido a problemas de destreza ou cognitivos, podem estar em maior risco (ALMOZNINO et al. 2015).

Por consoante, os fatores socioeconômicos exercem uma influência significativa na incidência do edentulismo em idosos. A disponibilidade de recursos financeiros para cuidados odontológicos, acesso a informações sobre saúde bucal e educação são determinantes importantes. Pessoas de baixa renda ou com níveis de escolaridade mais baixos podem ter menos acesso a cuidados odontológicos preventivos e, assim, enfrentam maior risco de edentulismo (BOECKSTAENS et al. 2016).

O acesso a cuidados odontológicos regulares e a disponibilidade de serviços odontológicos adequados são fatores críticos na prevenção do edentulismo. Idosos que vivem em áreas com acesso limitado a profissionais de saúde bucal e clínicas odontológicas podem enfrentar dificuldades em obter tratamento preventivo e cuidados regulares, aumentando a probabilidade de desenvolver problemas bucais que levam ao edentulismo (BOSCATO et al. 2014).

Desta forma, a presença de seguro odontológico ou a existência de programas governamentais que atendam especificamente às necessidades odontológicas da população idosa desempenham um papel importante na promoção da saúde bucal. A falta de cobertura de seguro ou programas de assistência pode representar um obstáculo significativo para idosos que desejam acessar serviços odontológicos (ALMEIDA, 2022).

O edentulismo na terceira idade representa uma condição de saúde bucal que vai muito além da simples perda de dentes. Neste texto em terceira pessoa, vamos explorar de forma detalhada os impactos do edentulismo na qualidade de vida dos idosos, destacando como a perda de dentes afeta a capacidade de mastigar, falar e sorrir, bem como seus efeitos na saúde mental, autoestima e bem-estar emocional (SACHETTI, 2019).

A perda de dentes tem um impacto significativo na capacidade de mastigar alimentos adequadamente. A mastigação eficaz é essencial para a digestão adequada e a absorção de nutrientes, e sua dificuldade devido à ausência de dentes pode resultar em problemas nutricionais. Isso pode levar a deficiências de vitaminas e minerais, afetando a saúde geral dos idosos. Além disso, a capacidade de desfrutar de alimentos pode ser reduzida, o que pode levar a uma diminuição no prazer associado à alimentação (LAJNERT et al. 2018).

A fala é outra área afetada pelo edentulismo. A ausência de dentes pode resultar em dificuldades de articulação, levando a problemas de pronúncia e compreensão da linguagem. Isso pode causar constrangimento e isolamento social, à medida que os idosos podem se sentir inibidos em se comunicar eficazmente. O impacto na qualidade de vida é agravado quando a dificuldade na fala afeta a comunicação com familiares e amigos (STRAJNIC' et al. 2017).

Por conseguinte, a perda de dentes tem um impacto direto na estética facial e na capacidade de sorrir. O sorriso desempenha um papel crucial na expressão emocional e na interação social. A vergonha de exibir um sorriso desdentado pode levar a uma diminuição na autoestima e autoconfiança. Os idosos podem se sentir menos à vontade em situações sociais, evitando eventos sociais e interações públicas devido à insegurança em relação à sua aparência (AZEVEDO, 2017).

Os impactos do edentulismo não estão limitados apenas às questões físicas; eles também afetam a saúde mental e o bem-estar emocional dos idosos. A perda de dentes pode levar a sentimentos de tristeza, isolamento e depressão. A deterioração da autoestima devido à alteração na aparência e nas dificuldades na comunicação pode impactar significativamente a qualidade de vida. Além disso, o edentulismo pode gerar ansiedade em relação a situações sociais, o que pode resultar em um menor envolvimento em atividades sociais e recreativas (MACIA, 2015).

A prevenção do edentulismo na população idosa é de fundamental importância para promover uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Neste texto em terceira pessoa, serão exploradas as estratégias de prevenção do edentulismo, com ênfase na educação em saúde bucal e na promoção de práticas de higiene adequadas. A educação em saúde bucal é uma ferramenta valiosa na prevenção do edentulismo entre os idosos. Essa abordagem envolve a conscientização sobre a importância de manter a saúde bucal ao longo da vida e o conhecimento de práticas adequadas de higiene oral. Campanhas de educação podem ser realizadas em instituições para idosos, centros de saúde e em comunidades, visando informar e empoderar os idosos sobre os cuidados com a boca (LUZ, 2018; VILELA et al. 2014).

Essas campanhas educativas geralmente abrangem tópicos como escovação adequada, uso de fio dental, enxaguatórios bucais e dieta equilibrada. Os idosos são instruídos sobre a importância de escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia e de usar o fio dental diariamente para remover placa bacteriana e partículas de alimentos. A instrução sobre o uso de enxaguatórios bucais adequados pode complementar a higiene bucal e reduzir o risco de cáries e doença periodontal. Além disso, a orientação sobre uma dieta equilibrada e a redução do consumo de açúcar são estratégias eficazes na prevenção de cáries (ALMOZNINO et al. 2015).

A expressão "saúde bucal coletiva" (SBC) emergiu no Brasil nos anos 1980, distinguindo-se das práticas odontológicas alternativas como sanitárias, preventivas, sociais e simplificadas. Essas práticas, inovadoras nos serviços públicos, focam nos determinantes sociais da saúde (SOARES et al. 2017). Problemas de saúde bucal afetam significativamente a qualidade de vida das pessoas, causando dor, desconforto, problemas sociais e psicológicos, destacando a importância do acesso aos serviços odontológicos como parte essencial dos cuidados de saúde prestados pelo SUS (MARTINS et al. 2019).

Para garantir que os serviços odontológicos desempenhem um papel crucial na saúde bucal coletiva, é vital que as clínicas sejam alinhadas tanto com as necessidades percebidas pela população quanto com os padrões estabelecidos pela ciência odontológica (SOARES et al. 2017). As condições bucais mais frequentes incluem cárie, má oclusão, câncer bucal, entre outras, necessitando de uma abordagem integrada e abrangente para tratamento e prevenção (MIOTTO; ALMEIDA; BARCELLOS, 2014).

Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – foi lançada, expandindo as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família e melhorando o financiamento e as ações de saúde bucal nos municípios. Esta política fortaleceu a rede de atenção odontológica, incluindo a reabilitação protética e a fluoretação da água, integrando

plenamente a saúde bucal às prioridades do SUS, enfatizando a universalidade, descentralização, equidade, integralidade e controle social (MARTINS et al. 2019).

Além disso, a falta de acesso aos cuidados odontológicos é um problema significativo de saúde pública, especialmente em ambientes de baixa renda ou em áreas remotas. Isso pode levar ao aumento de doenças bucais, como cáries e periodontite, que sem tratamento adequado podem evoluir para condições mais graves, impactando a saúde geral e podendo contribuir para doenças sistêmicas (ALMOZNINO et al. 2015).

Além disso, a falta de acesso a cuidados odontológicos também está diretamente ligada à qualidade de vida das pessoas. Problemas bucais não tratados podem causar dor, desconforto ao comer e falar, dificuldades na mastigação e até mesmo impactar a autoestima e a capacidade de socialização (ALMEIDA, 2022).

Outro aspecto relevante é o custo elevado dos tratamentos odontológicos, o que muitas vezes impede que pessoas de baixa renda tenham acesso a procedimentos básicos, como consultas de rotina, limpezas e tratamentos preventivos. Esse cenário contribui para o agravamento das condições bucais e para o aumento das desigualdades em saúde (MARTINS et al. 2019).

Para enfrentar o problema da falta de acesso a cuidados odontológicos, é fundamental que sejam adotadas medidas que promovam a universalização dos serviços odontológicos, como a ampliação da oferta de atendimento gratuito ou de baixo custo em áreas carentes, a capacitação de profissionais para atuar em regiões remotas e o estímulo à prevenção e educação em saúde bucal desde a infância (BOSCATO et al. 2014).

Além disso, políticas públicas eficientes e programas de incentivo à saúde bucal podem contribuir para reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados odontológicos, garantindo que todas as pessoas tenham o direito fundamental de cuidar da saúde de sua boca e dentes, promovendo assim uma melhor qualidade de vida e bem-estar para toda a população (BOECKSTAENS et al. 2016).

As doenças crônicas desempenham um papel significativo na relação com o edentulismo, especialmente na população idosa. Essa relação complexa está associada a uma série de fatores que afetam tanto a saúde bucal quanto a saúde geral dos indivíduos (MIOTTO; ALMEIDA; BARCELLOS, 2014).

Uma das principais doenças crônicas que se relacionam com o edentulismo é a diabetes. Pacientes diabéticos têm uma maior predisposição a problemas bucais, como gengivite e periodontite, devido ao descontrole dos níveis de glicose no sangue. Essas condições

inflamatórias podem levar à perda de suporte ósseo e, conseqüentemente, à perda dentária em longo prazo (MARTINS et al. 2019).

Outra doença crônica relevante nesse contexto é a hipertensão arterial. Estudos indicam que a pressão arterial elevada está associada a um aumento do risco de perda dentária, possivelmente devido aos efeitos adversos que a hipertensão pode causar nos tecidos periodontais e na circulação sanguínea oral (ALMOZNINO et al. 2015).

Além disso, outras condições como osteoporose e artrite reumatoide também podem contribuir para o edentulismo, uma vez que afetam a densidade óssea e a integridade das estruturas de suporte dos dentes. É importante ressaltar que a relação entre doenças crônicas e edentulismo não é unidirecional. Ou seja, o edentulismo não apenas pode ser uma consequência dessas condições de saúde, mas também pode contribuir para o agravamento das mesmas. A perda dentária pode impactar a qualidade de vida dos pacientes, dificultando a mastigação, a fala e até mesmo a autoestima, o que por sua vez pode influenciar negativamente o controle das doenças crônicas (ALMEIDA, 2022).

A promoção de práticas de higiene oral adequadas é essencial para a prevenção do edentulismo. Muitos idosos podem enfrentar desafios de mobilidade ou destreza, tornando difícil a manutenção de uma boa higiene oral. Portanto, os profissionais de saúde bucal e cuidadores desempenham um papel importante ao fornecer orientações práticas e suporte para garantir que os idosos possam manter rotinas de higiene bucal eficazes (BOECKSTAENS et al. 2016).

Sendo assim, a realização de exames odontológicos regulares é uma estratégia-chave de prevenção. Os idosos devem ser incentivados a consultar regularmente um dentista, permitindo a detecção precoce de problemas bucais, como cáries e doença periodontal. Essas consultas de rotina também podem incluir a avaliação da necessidade de próteses dentárias e o planejamento de intervenções odontológicas quando necessário (BOSCATO et al. 2014).

Para uma prevenção eficaz do edentulismo na população idosa, a educação em saúde bucal e a promoção de práticas de higiene adequadas devem ser contínuas. É essencial criar uma consciência duradoura e incentivar a manutenção de hábitos de higiene bucal saudáveis ao longo da vida. Ao fazê-lo, é possível reduzir significativamente a incidência do edentulismo e melhorar a qualidade de vida dos idosos, permitindo-lhes desfrutar de uma saúde bucal duradoura e funcional (ALMEIDA, 2022).

2.3.3 Concentração de prótese dentária em população rural

O edentulismo, caracterizado pela falta completa de dentes, é uma condição prevalente em áreas rurais devido à falta de acesso aos cuidados odontológicos. Esta realidade é influenciada por diversos fatores, como a escassez de serviços de saúde bucal, condições socioeconômicas desfavoráveis e hábitos de higiene oral inadequados. Em consequência, o edentulismo tem um impacto significativo na qualidade de vida dos afetados, resultando em dificuldades na mastigação, fala comprometida e problemas psicológicos, como baixa autoestima (MACIA, 2015).

A reabilitação protética, por meio de próteses dentárias, desempenha um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida de pessoas edêntulas em áreas rurais. Além de restaurar a função mastigatória e a fala, as próteses dentárias contribuem para a estética do sorriso, aumentando a autoconfiança e facilitando a integração social. No entanto, garantir o acesso adequado a próteses dentárias em áreas rurais enfrenta diversos desafios (MARTINS et al. 2019).

Entre os principais obstáculos estão a escassez de profissionais qualificados em saúde bucal nessas áreas, a infraestrutura limitada de saúde, os custos elevados dos tratamentos odontológicos e a falta de conscientização sobre os serviços disponíveis. Além disso, as barreiras geográficas e o difícil acesso a serviços de saúde dificultam a entrega eficaz de próteses dentárias em áreas rurais remotas (MIOTTO; ALMEIDA; BARCELLOS, 2014).

Para superar esses desafios, são necessárias abordagens multifacetadas que visem melhorar o acesso a próteses dentárias em populações rurais. Isso inclui a implementação de programas de conscientização sobre saúde bucal, o treinamento de profissionais de saúde bucal locais, o estabelecimento de clínicas móveis para fornecer serviços odontológicos básicos e parcerias entre organizações governamentais, não governamentais e o setor privado para subsidiar o custo das próteses dentárias para pessoas de baixa renda em áreas rurais (SACHETTI, 2019).

O edentulismo é uma condição comum em áreas rurais devido à falta de acesso aos cuidados odontológicos. Esta situação é influenciada por diversos fatores, como a escassez de serviços de saúde bucal, condições socioeconômicas desfavoráveis e práticas de higiene oral inadequadas. As próteses dentárias desempenham um papel essencial na reabilitação protética, melhorando a qualidade de vida de pessoas edêntulas em áreas rurais ao restaurar a função mastigatória, fala e estética do sorriso, além de aumentar a autoconfiança e facilitar a integração social (SOARES et al. 2017).

No entanto, fornecer acesso adequado a próteses dentárias em áreas rurais enfrenta desafios significativos. Entre os principais obstáculos estão a falta de profissionais qualificados em saúde bucal nessas regiões, a infraestrutura limitada de saúde, os altos custos dos tratamentos odontológicos e a falta de conscientização sobre os serviços disponíveis. Além disso, as barreiras geográficas e o difícil acesso a serviços de saúde complicam a entrega eficaz de próteses dentárias em áreas rurais remotas (STRAJNIC et al. 2017).

Para superar esses desafios, são necessárias abordagens abrangentes que visem aprimorar o acesso a próteses dentárias em populações rurais. Isso inclui a implementação de programas educacionais sobre saúde bucal, o treinamento de profissionais de saúde bucal locais, a criação de clínicas móveis para oferecer serviços odontológicos básicos e parcerias entre organizações governamentais, não governamentais e o setor privado para subsidiar o custo das próteses dentárias para pessoas de baixa renda em áreas rurais (VILELA et al. 2014).

2.4 Paracoccidioidomicose (PCM)

A paracoccidioidomicose (PCM) é considerada a micose mais prevalente na população brasileira., sendo a mesma, uma das dez principais causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias, crônicas e recorrentes, no país sendo causada por um fungo termodimórfico, do gênero *Paracoccidioides spp.*, principalmente duas espécies patogênicas: *Paracoccidioides brasiliensis* (*P. brasiliensis*) e *Paracoccidioides lutzii* (*P. lutzii*). Estes fungos encontram-se espalhados pelo meio ambiente. Sua propagação ocorre através da exposição ao fungo, estando associada a manipulação do solo contaminado, como em atividades agrícolas, movimentação de terra, preparação de solo, práticas de jardinagem, transporte de produtos vegetais, e demais situações. A maioria das pessoas que adoeceram com a PCM tem uma história de envolvimento na atividade agrícola durante os primeiros vinte anos de vida. Além disso, o hábito de fumar e consumir álcool também são fatores de risco frequentemente relacionados à infecção fúngica e ao agravamento dos sintomas clínicos. (BRASIL, 2023)

Como mencionado anteriormente, os fungos *Paracoccidioides brasiliensis* e *P. lutzii* estão associados à ocorrência da PCM. Estes são fungos dimórficos que podem apresentar-se em duas formas: como micélio, que é mais resistente e viável em temperaturas entre 22°C e 28°C, e como levedura, mais patogênica, que se desenvolve em temperaturas acima de 36°C. Na forma humana, esses fungos são esféricos e podem ter de 2 a 30 micrômetros de diâmetro, com parede duplamente refringente, característica que lhes dá uma aparência de "roda de leme" ou "timão" quando em esporulação (GOÉS et al. 2014).

O *Paracoccidioides spp.* é o agente etiológico da PCM, uma micose granulomatosa crônica prevalente na América Latina, especialmente no Brasil, Colômbia, Venezuela e Argentina. Pertence ao filo Ascomycota, classe Euromycetes, ordem Onygenales e família Ajellomycetae. A natureza termodimórfica desses fungos permite que alterem sua morfologia em resposta às condições de temperatura, influenciando diretamente sua capacidade de infecção e virulência (RICCI et al. 2018).

O *Paracoccidioides brasiliensis* prolifera em solo úmido e rico em matéria orgânica, onde forma micélios e conídios que podem sobreviver por meses, facilitando a dispersão. Esses conídios, quando inalados, atingem os alvéolos pulmonares e, sob a temperatura corporal, transformam-se na forma leveduriforme, mais infecciosa. Estes fungos possuem na sua membrana citoplasmática receptores de β -estradiol, o que sugere que hormônios femininos como o estrógeno possam modificar a dinâmica da infecção, conferindo às mulheres uma proteção relativa contra a forma leveduriforme dos conídios. Apesar de ser uma infecção predominantemente humana, casos esporádicos foram observados em animais, particularmente em tatus (FRANZ et al. 2022).

Trabalhadores rurais são os principais grupos de risco afetados pela PCM, visto que têm contato direto e contínuo com o solo. Após a infecção por *Paracoccidioides*, o fungo pode ser eliminado, moderado ou sobreviver por um longo período latente. A PCM se manifesta em indivíduos que frequentemente entram em contato direto com vegetais e terra, decorrente de suas atividades profissionais, especialmente trabalhadores rurais que têm o costume de mascar folhas de vegetais, usar talos e gravetos para limpar os dentes com as mãos sujas de terra, apresentando sintomas da doença (VALE et al. 2022).

O mecanismo de ação da PCM ocorre por meio da via aérea superior, através da inalação de formas fúngicas chamadas conídios. À medida que são inalados e expostos à temperatura corporal do hospedeiro, os sistemas enzimáticos do patógeno são ativados, facilitando a transformação da forma infectante para parasitária (VALE et al. 2022). Trata-se de uma infecção fúngica sistêmica com potencial de propagação por via hematogênica ou linfática, proveniente de um fungo saprófito presente em solos e plantas, predominante nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, desenvolvendo-se principalmente em zona rural e sendo endêmica, com estrutura granulomatosa e evolução insidiosa. A falta de informação e as dificuldades no acesso à saúde desses indivíduos podem retardar o diagnóstico (PEDROSO et al. 2018). Os fungos do gênero *Paracoccidioides*, ao infectarem o homem, dão origem à micose sistêmica, gerando lesões granulomatosas cuja evolução está diretamente ligada à imunidade celular do paciente, ao contágio e à disposição geográfica dos infectados (FRANZ et al. 2022).

A transmissão do fungo *Paracoccidioides spp.* entre seres humanos não ocorre, assim como não há transmissão do fungo de animais para o homem. No entanto, as pessoas correm o risco de exposição ao fungo ao inalarem suas partículas infectantes dispersas no solo. A forma mais comum de entrada do fungo no organismo é pela respiração. Os órgãos mais frequentemente afetados são os pulmões (50%-100%), seguidos pela pele, mucosas, linfonodos, adrenais, sistema nervoso central, fígado e ossos (BRASIL. 2023)

O diagnóstico precoce da PCM é vital para reduzir as complicações da doença e minimizar o dano pulmonar. Um diagnóstico antecipado facilita o início do tratamento, diminuindo a extensão do comprometimento pulmonar. Os sintomas incluem tosse, dispneia, expectoração de escarro, e fibrose pulmonar, esta última exacerbada pela ativação de neutrófilos e pelo acúmulo de colágeno nas regiões hilares dos pulmões (FONSECA et al. 2023).

A identificação precoce de lesões na cavidade oral causadas pela paracoccidioidomicose (PCM) é crucial para o cirurgião-dentista, uma vez que pode reduzir comorbidades e mortalidade associadas à doença. O diagnóstico precoce e o acompanhamento durante e após o tratamento são essenciais para prevenir recidivas (BARROS et al. 2018; OLIVEIRA et al. 2019).

Sendo assim, a PCM é diagnosticada através de manifestações clínicas, principalmente complicações pulmonares e lesões bucais, como úlceras moriformes que afetam mucosa alveolar, palato, gengiva, lábios, língua, orofaringe e mucosa jugal como pode se observar na Figura 2 imagens A, B, C, D e E (ARMELIM et al. 2018; OLIVEIRA et al. 2019). As lesões orais, geralmente crônicas e com aspecto moriforme, são comuns em língua, palato, mucosa bucal e gengiva, sendo o diagnóstico cuidadoso necessário para diferenciá-las de outras doenças com sintomas semelhantes (VALE et al. 2022).

As lesões bucais são frequentemente as primeiras a aparecer, exigindo que o cirurgião-dentista participe do diagnóstico e controle do tratamento, dado que a cavidade bucal é frequentemente afetada inicialmente (JÚNIOR; MONTI; GAETTI-JARDIM, 2016). As lesões são dolorosas, dificultando a higiene oral e podendo causar microstomia. Sua presença facilita o diagnóstico da PCM, destacando a importância da colaboração do dentista para diagnóstico e tratamento (DE ALBUQUERQUE ARAÚJO, 2020; SILVA et al. 2020).

O diagnóstico clínico é feito por meio de exames citológicos, análise de escarro, exsudato de linfonodos e biópsias (VALE et al. 2022). O tratamento eficaz envolve medicamentos antifúngicos, como sulfametoxazol-trimetoprina, anfotericina B, sulfas e azólicos, além de suporte nutricional e manejo de comorbidades (SANABRIA et al. 2018; BARROS et al. 2018).

Portanto, a odontologia é indispensável para o diagnóstico precoce, uma vez que a doença pode levar à morte caso o tratamento não seja identificado a tempo. No exame externo, é possível observar macroqueilia, palidez facial e linfadenopatia cervical. As lesões bucais apresentam placas brancas, que podem estar ulceradas em alguns casos, com uma base granular eritematosa, salpicada por pontos hemorrágicos. Essas lesões são chamadas de estomatite moriforme e podem ser encontradas em qualquer parte da boca, como lábios, mucosa jugal, palato, língua, assoalho bucal, mucosa gengival e alveolar. Apesar de a aparência clínica da lesão ser bastante sugestiva, é necessário realizar uma biópsia para confirmar o diagnóstico e encaminhar o paciente para o tratamento adequado. Vale ressaltar que a área escolhida para a realização da biópsia deve conter pontos salpicados e eritematosos, onde provavelmente o fungo será encontrado com mais facilidade. (GOMEZ, 2023).

Figura 2 Diagnóstico, exame clínico (PCM)



imagem a. Macroqueilia causada por PCM. Fonte: ARMELIN et al. 2019



Imagem b. Estomatite moriforme em palato causada por PCM. Fonte: MARQUES, 2012



Imagem c. Estomatite Moriforme em lábio causada por PCM. Fonte: Google Imagens



Imagem d. Ulceração gengival causada por PCM. Fonte: <http://estomatologiaonlinepb.blogspot.com>. Acessado em: 01/11/2023



Imagem e. Radiografia pulmonar; Órgão colonizado pelo fungo da PCM. Fonte: Google Imagens

Ainda não há nenhuma medida de controle disponível para a micose no momento. É importante tratar adequadamente e precocemente os indivíduos doentes a fim de evitar a progressão da doença e suas complicações. Não existem ainda vacinas disponíveis para a prevenção da PCM. Recomenda-se tanto em áreas rurais quanto periurbanas evitar a exposição à poeira proveniente de escavação do solo, terraplanagem e manipulação de vegetais. (BRASIL, 2023). Contudo, a terapia com Itraconazol é recomendada para casos leves a moderados, enquanto casos graves podem exigir anfotericina B administrada em ambiente hospitalar (SANABRIA et al. 2018; SHIKANAI-YASUDA et al. 2018). O sucesso do tratamento depende de acompanhamento contínuo, avaliações clínicas frequentes e adesão ao regime medicamentoso, com consultas regulares durante e após o tratamento (ZAMBIASI, 2015).

2.5 Odontomóvel

Ao longo da história da área, a necessidade de levar cuidados a locais de difícil acesso sempre foi uma preocupação premente. Surge, assim, a ideia de um consultório móvel, popularmente conhecido como odontomóvel. Esse conceito inovador visava à expansão dos serviços, transcendendo os limites físicos das clínicas tradicionais e chegando a regiões remotas (PAULA, 2022).

Os primeiros registros de unidades móveis datam do início do século XX, quando dentistas, reconhecendo a inacessibilidade de muitas populações ao atendimento regular, decidiram adaptar veículos para servir como consultórios itinerantes. Essas primeiras unidades, ainda rudimentares, eram dotadas de equipamentos básicos e tinham como objetivo primordial oferecer serviços de prevenção e educação (PAULA, 2022).

Com o passar das décadas e o avanço da tecnologia, começaram a incorporar equipamentos mais sofisticados e a oferecer uma gama mais ampla de serviços, desde procedimentos preventivos até tratamentos restauradores e cirúrgicos. Eles se tornaram, assim, uma ferramenta valiosa, especialmente para programas governamentais e organizações não governamentais em missões de saúde pública (SOARES et al. 2022).

No contexto contemporâneo, se consolidou como uma solução estratégica para enfrentar desafios de acesso à saúde bucal, especialmente em áreas rurais, comunidades isoladas e em emergências. Ademais, essas unidades também têm sido utilizadas em eventos comunitários e escolas, ampliando a conscientização sobre a importância do bem-estar e proporcionando cuidados imediatos. O advento das unidades móveis de atendimento trouxe consigo uma série de vantagens inovadoras, bem como desafios intrínsecos ao seu modelo operacional. Estes

veículos adaptados, ao oferecerem serviços, têm impactado positivamente comunidades e profissionais de maneiras distintas (EIDELWEIN et al. 2020).

Com a capacidade de se deslocar para áreas remotas ou de difícil acesso, elas conseguem alcançar populações anteriormente desassistidas, oferecendo não apenas tratamentos, mas também ações educativas e preventivas. Esta mobilidade amplia o alcance da saúde bucal, desafiando a noção tradicional de que um paciente deve se deslocar até uma clínica fixa (MIRANDA et al. 2020).

Entretanto, a logística necessária para garantir que os veículos estejam adequadamente equipados e que possam operar em diversos terrenos e condições climáticas é um desafio constante. O armazenamento e a gestão de suprimentos, bem como a manutenção dos equipamentos em espaços compactos, requerem planejamento meticuloso (TEIXEIRA et al. 2019).

Outra vantagem é a capacidade de resposta rápida a situações emergenciais. Em catástrofes naturais ou situações de crise, eles podem ser rapidamente mobilizados para prestar atendimento imediato, atuando em conjunto com outras unidades de saúde móveis e ajudando a aliviar sistemas sobrecarregados. O uso em comunidades rurais revela uma tapeçaria rica de experiências, demonstrando tanto triunfos quanto desafios únicos em cada contexto. O exame de casos específicos proporciona determinantes sobre o impacto direto destas unidades móveis nas vidas das pessoas e na saúde bucal das populações (CIPRIANO, 2019).

Um estudo em uma região montanhosa do interior evidenciou a transformação da percepção comunitária sobre seus cuidados. Antes da chegada do odontomóvel, muitos habitantes viam o tratamento dental como um luxo inacessível. No entanto, após meses de presença regular e campanhas educativas, houve não apenas um aumento na procura por serviços, mas também uma elevação na conscientização sobre práticas de higiene (SOARES et al. 2022).

Em contraste, uma comunidade situada nas planícies áridas apresentou desafios logísticos distintos. A escassez de água nesta região levou a equipe a adaptar suas práticas e equipamentos, garantindo a eficiência no uso dos recursos. Apesar das adversidades, o projeto se destacou pela redução de casos de cáries em crianças, indicando a eficácia das intervenções (PEDRO et al. 2019).

Figura 3 Exemplos fotográficos de Odontomóveis



Imagem a. Odontomóvel atendendo população rural no município de Vitória da Conquista-BA
Fonte: Prefeitura de Vitória da Conquista-BA



Imagem b. Odontomóvel atendendo comunidade rural. Fonte: Google Imagens



Imagem c. Odontomóvel atendendo pacientes na praça da Bandeira em Itatiba-SP. Fonte: Prefeitura de Itatiba-SP



Imagem d. Odontomóvel de João Pessoa-PB. Fonte: Prefeitura de João Pessoa-PB

2.6 Unidades básica de saúde fluviais (UBSF)

Em locais onde podemos encontrar populações ribeirinhas como Pantanal e Amazônia, embora não sejam considerados comunidades rurais, tem as suas características de atendimento público em saúde parecidas dada sua localização longe do perímetro urbano como são as comunidades rurais. (KADRI et al. 2019)

Nessas localidades podemos encontrar algumas unidades básicas de saúde em embarcações chamadas de Unidades Básicas de Saúde fluviais (UBSF) que se deslocam de comunidade em comunidade atendendo a população situada na região de ancoragem momentânea. Suas viagens duram em média 20 dias em seu percurso pelos rios dependendo da extensão do rio e a sazonalidade seca e cheias. (KADRI et al. 2019)

A equipe que compõe as embarcações inclui médicos, enfermeiros e dentistas, com consultórios dedicados a cada profissional. Além dos profissionais de saúde se encontram os tripulantes entre marinheiros, comandante, serviços gerais entre outros profissionais. (KADRI et al. 2019)

Figura 4 Unidades Básicas de Saúde Fluvial



Imagem a Unidade Básica de Saúde Fluvial e seus consultórios odontológicos. Fonte: Google Imagens



Imagem b Unidade Básica de Saúde Fluvial Igarapu, Manaus-AM. Fonte: Google Imagens

3. CONCLUSÃO

O atendimento odontológico em zonas rurais representa um desafio significativo, mas essencial, para garantir a saúde bucal das comunidades que residem nessas áreas. Ao longo das últimas décadas, houve uma conscientização crescente sobre a importância do acesso à saúde bucal, não apenas como um componente vital da saúde geral, mas também como um direito básico de todos os cidadãos, independentemente de sua localização geográfica.

No entanto, apesar dos avanços na odontologia e na tecnologia médica, muitas regiões rurais continuam enfrentando obstáculos significativos no acesso a serviços odontológicos adequados. A escassez de profissionais qualificados, a falta de infraestrutura adequada e as dificuldades logísticas são apenas algumas das barreiras que impedem o fornecimento eficaz de cuidados odontológicos nessas áreas.

Apesar desses desafios, é imperativo que sejam tomadas medidas para melhorar o acesso ao atendimento odontológico em zonas rurais. Isso não apenas beneficia a saúde bucal individual, mas também contribui para a melhoria da saúde geral e qualidade de vida das comunidades rurais como um todo.

Programas de saúde bucal comunitária, parcerias entre instituições de saúde e organizações não governamentais, e iniciativas de telessaúde são algumas das estratégias que podem ser implementadas para superar esses obstáculos. Além disso, é fundamental investir na formação e capacitação de profissionais de odontologia que estejam dispostos a trabalhar nessas áreas e adaptar os serviços de acordo com as necessidades específicas das comunidades rurais.

Em última análise, o acesso equitativo ao atendimento odontológico em zonas rurais não é apenas uma questão de saúde, mas também de justiça social. Todos os indivíduos, independentemente de onde vivam, têm o direito fundamental de receber cuidados odontológicos de qualidade e devem ser apoiados em sua jornada em direção a uma vida mais saudável e feliz.

REFERÊNCIAS

- ALBACH, T. et al. Condição de saúde bucal de idosos residentes na zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2093-2102, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wzbYR5sTqsHNYMgvrkbfmZb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio. 2025.
- ALMEIDA, D. **Prevalência e fatores associados às doenças periodontais em comunidade quilombolas de diferentes regiões Brasileiras: uma revisão integrativa**. Tese (Monografia) – Bacharel em odontologia, Universidade Maria Milza, Governador Manganeira, f. 47, 2022.
- ALMOZNINO, G. et al. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. **Journal of Oral Facial Pain Headache**. [online], v. 29, n. 3, p. 231-241, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26244431/>. Acesso em: 10 maio. 2025.
- ARMELIN, A.M.L. *et al.* Manifestações bucais da paracoccidiodomicose favorecendo diagnóstico. **UNIFUNEC Ciências da Saúde e Biológicas**, v. 2, n. 4, 2018. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfce/article/view/3311/3011>. Acesso em: 10 maio. 2025.
- AWDE, J. D.; KOGON, S. L.; MORIN, R. J. Lip cancer: a review. **J Can Dent Assoc**, v. 62, n. 8, p. 634-6, Aug. 1996.
- AZEVEDO, J. Needs for dental prostheses and their use in elderly Brazilians according to the National Oral Health Survey (SB Brazil 2010): prevalence rates and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**. [online], v. 33, n. 8, p. 155-172, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28832778/>. Acesso em: 10 maio. 2025.
- BAGATIN, M.C. *et al.* Targeting the homoserine dehydrogenase of *Paracoccidioides* species for treatment of systemic fungal infections. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy**, v. 61, n. 9, p. e00165-17, 2017. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/abs/10.1128/aac.00165-17>. Acesso em: 10 maio. 2025.
- BOECKSTAENS, P. et al. A high sense of coherence as protection against adverse health outcomes in patients aged 80 years and older. **Annals of Family Medicine**. [online], v. 14, n. 4, p. 337–343, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27401421/>. Acesso em: 10 maio. 2025.
- BOSCATO, N. et al. Influence of anxiety on temporomandibular disorders--an epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. **Journal of Oral Rehabilitation**. [online], v. 40, n. 9, p. 643-9, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23782389/>. Acesso em: 10 maio. 2025.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Paracoccidiodomicose. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pcm>. Acessado em: 10 maio. 2024.
- BRUZZONE, R.; VANZULLI, S. L.; MEISS, R.P. Queilitis actínica crônica: caso clínico. **Circulo Argentino de Odontologia**, v. 25, n. 178, p. 25-7, 1996.

CACONDA, L. et al. Condição de saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos atendidos em um hospital municipal da área rural de Benguela, Angola. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/9V85BnQXSgYpFHR8zgFrNCC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio. 2025.

CAMERINI, A. et al. Atendimento odontológico regular em pré-escolares da área rural do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/9gFjGStBDPn9ryxDNndLWrN/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio. 2025.

CARDOSO, S. et al. Atendimento Odontológico na Zona Rural do Piauí: A extensão colaborando com a experiência acadêmica. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/9897/9019/138649>. Acesso em: 10 maio. 2025.

CAVALCANTE, L. Aplicação das técnicas de diagnóstico da paracoccidiodomicose no brasil: revisão sistemática. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, v. 6, n. 2, p. 762-775, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/3130> Acesso em: 08 maio. 2024.

CHANDLER, C.; SILVA-JUNIOR, M. Atendimento odontológico hospitalar de paciente pediátrico com tetralogia de Fallot: relato de caso. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 70, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/cwFYv7HcjLH9ZvsqtFZGNjG/?format=pdf>. Acesso em: 08 maio. 2024.

CIPRIANO, O. **Odontologia para pacientes especiais: análise da composição curricular das instituições públicas do Brasil**. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338426300_Odontologia_para_pacientes_especiais_analise_da_composicao_curricular_das_instituicoes_publicas_do_Brasil. Acesso em: 08 maio. 2024.

CORSO, F. M. et al. Queilite Actínica: prevalência na clínica estomatológica da PUCPR. Curitiba, Brasil. **Clin. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 227-281, abr./jun. 2006.

COSTA, B. C. A. QUEILITE ACTÍNICA: ÍNDICE DE ANÁLISE CLÍNICA. 2016. 31 f. **TCC (Graduação) - Curso de Odontologia**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rn, 2016. Disponível em: <<https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/3002>>. Acesso em: 1 mai. 2024.

DA SILVA, G.K. *et al.* Paracoccidiodomicose: uma revisão clínico-epidemiológica de casos com lesões orais em 24 anos. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilof**, v. 61, p. 122-127, 2020. Disponível em: http://administracao.spemd.pt/app/assets/images/files_img/1_19_5fb6eb282c05b.pdf. Acesso em: 08 maio. 2024.

- DE ALBUQUERQUE ARAÚJO, I.G. *et al.* Paracoccidiodomicose e a odontologia: uma revisão de literatura. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 8, n. 1, 2020. Disponível em: <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/222>. Acesso em: 08 maio. 2024.
- DE BARROS, L. *et al.* Paracoccidiodomicose na mucosa oral: relato de caso. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Detaria e Cirurgia Maxilofacial**, v. 59, n. 3, p. 174-179, 2018. Disponível em: http://administracao.spemd.pt/app/assets/images/files_img/1_19_5c12f0892c642.pdf. Acesso em: 08 maio. 2024.
- DE GÓES, A.M. *et al.* Etiologia, epidemiologia e patogênese. **Rev méd Minas Gerais**, v. 24, n. 1, p. 61-66, 2014. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/603/v24n1a10.pdf>. Acesso em: 08 maio. 2024.
- DE QUEIROZ-TELLES, F. *et al.* New insights on pulmonary paracoccidiodomycosis. In: **Seminars in respiratory and critical care medicine**. Thieme Medical Publishers, 2020. p. 053-068. Disponível em <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0039-3400544>. Acesso em: 08 maio. 2024.
- DE SOUZA TOLENTINO, E. *et al.* Manifestações bucais da paracoccidiodomicose—considerações gerais e relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/1020/575>. Acesso em: 08 maio. 2024.
- DE SOUZA, C.M. *et al.* Manifestações clínicas bucais da paracoccidiodomicose: um relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Odontológico**, v. 3, p. e5893-e5893, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/odontologico/article/view/5893/3754>. Acesso em: 08 maio. 2024.
- DOS SANTOS, R.L.O. *et al.* Paracoccidiodomicose com repercussão oral: relato de caso em zona urbana. **RFO UPF**, p. 225-228, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/948132/8090-rennan-luiz-oliveira-dos-santos.pdf>. Acesso em: 08 maio. 2024.
- DOURADO, S.; RIBEIRO, E. **Metodologia qualitativa e quantitativa**. Editora chefe Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira Editora executiva Natalia Oliveira Assistente editorial, p. 12, 2023. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/download-file/6097>. Acesso em: 08 maio. 2024.
- DUFRESNE, R.G.; CURLIN, M.U. Actinic cheilitis: a treatment review. **Dermatol Surg**, v. 23, n. 1, p. 15-21, Jan. 1997.
- EIDELWEIN, C. *et al.* **Inserção dos estudantes no atendimento odontológico em escolas do campo no município de Teutônia-RS. Práticas acadêmicas e atenção à saúde**. 2020. Disponível em: https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/252/pdf_252.pdf. Acesso em: 08 maio. 2024.
- EPSTEIN, J. B., ZHANG, L.; ROSIN, M. Advances in the diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. **J Can Dent Assoc**, v. 68, n. 10, p. 617-1, 2002.

FARFÁN GUTIÉRREZ, C. *et al.* Paracoccidiodomicosis con afectación mucocutánea. **Reporte de un caso**. Disponível em: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/1609-8617_85c87d52da974fcbcedee24b3845383e. Acesso em: 05 maio. 2024.

FONSECA, C.C.J. *et al.* Comprometimento pulmonar pelo paracoccidiodomicose brasileira. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e9112340562-e9112340562, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40562>. Acesso em: 05 maio. 2024.

FONSECA, K. **Acessibilidade de moradores rurais aos serviços odontológicos e impacto sobre a saúde bucal**. 2022. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/3515>. Acesso em: 05 maio. 2024.

FRANZ, A.P.G. *et al.* Paracoccidiodomicose: perfil clínico e epidemiológico de pacientes internados em Passo Fundo-RS. **Revista de Medicina**, v. 101, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/194149>. Acesso em: 05 maio. 2024.

FU, W.B.A.; COCKERELL, C. J. The actinic (solar) keratosis: a 21st century perspective. **Arch Dermatol**, v. 139, n. 1, p. 66-70, Jan. 2003.

GAZOLA, M. F. Lesões brancas bucais: Uma revisão de literatura. 2011. 50 f. **TCC (Graduação) - Curso de Odontologia**, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Sc, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/103613>>. Acesso em: 20/04/2024.

GIBSON, L. E; PERRY, H. O. Skin lesions from sun exposure: a treatment guide. **Geriatrics**. v. 40, n. 5, May 1985.

GOMEZ, Ricardo Santiago. **Paracoccidiodomicose**. Disponível em: <https://patologiabucal.com.br/portfolio-item/paracoccidiodomicose>. Acessado em: 05 maio. 2024.

GONDIM, G.; SILVA, F.; SILVA, C. Acesso e uso de serviços odontológicos por habitantes da África Subsaariana. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/33199>. Acesso em: 05 maio. 2024.

HAHN, R.C. *et al.* Paracoccidiodomicose: estado atual e tendências futuras. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 35, n. 4, pág. e00233-21, 2022. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36074014/> Acesso em: 05 maio. 2024.

HARTMANN, C. **Uso de serviços odontológicos por idosos participantes de uma coorte da área rural da cidade de Rio Grande-RS**. 2020. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/FURG_aa10c1d0c1fbef0168ee6df74e4600a. acesso em: 05 maio. 2024.

JUCHEN, P.P. *et al.* Riscos à saúde da radiação ultra violeta. **Rev. Soc. Bras. Cirurgia Plást.**, v.13, n.2, 1998.

JÚNIOR, E.G.-J.; MONTI, L.M.; GAETTI-JARDIM, E.C. Etiologia, epidemiologia e manifestações clínicas da paracoccidiodomicose. **Archives of health investigation**, v. 5, n. 2, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Lira-Monti/publication/303094321_Etiologia_epidemiologia_e_manifestacoes_clinicas_da_paracoccidiodomicose/links/5919f2b2a6fdccb149f379ee/Etiologia-epidemiologia-e-manifestacoes-clinicas-da-paracoccidiodomicose.pdf. Acesso em: 05 maio. 2024.

KADRI, M. et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jWLYMsndVmG3N9BTc5M4GG>. Acesso em: 05 maio. 2024.

LAJNERT, V. et al. Smile Aesthetics Satisfaction Scale: development and validation of a new brief five-item measure of satisfaction with smile aesthetics in adults and the elderly. **International Dental Journal**. [online], v. 68, n. 3, p. 162-170, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29417573/>. Acesso em: 05 maio. 2024.

LUCENA, E. E. S. et al. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. **Oral Diseases**, [s.l.], v. 18, n. 6, p.575-579, 15 fev. 2012. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-0825.2012.01910.x>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22335283>>. Acesso em: 30 abr. 2024.

LUNDEEN, R. C.; LANGLAIS, R. P.; TEREZHALMY, G. T. Preventive dentistry may be the best treatment for sun-related diseases of the lips. Sunscreen protection for lip mucosa: a review and update. **J Am Dent Assoc**, v. 111, p. 617-22, Oct. 1985.

LUZ, F. **Qualidade de vida em idosos e fatores associados**. Tese (Dissertação) – Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, f. 111, 2018.

MACIA, E. The paradox of impossible beauty: body changes and beauty practices in aging women. **Journal of Women & Aging**. [online], v. 27, n. 2, p. 174-187, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25607587/>. Acesso em: 05 maio. 2024.

MANÇANO, A.S.F.; DELLA COLETTA, A.M. Dificuldade no diagnóstico da paracoccidiodomicose. **Ensaio USF**, v. 5, n. 1, 2021. Disponível em: <http://ensaios.usf.edu.br/ensaios/article/view/212> Acesso em: 05 maio. 2024.

MANGANARO, A. M.; WILL, M. J.; POULOS, E. Actinic Cheilitis: a premalignant condition. **Oral Med.**, v. 12, p. 54- 59, 1997., G. E. et al. Actinic cheilitis: a review of 152 cases. **Oral Maxillofac Pathol**, v. 88, n. 2, p. 181-6, Aug. 1999.

MARIACA FLÓREZ, C.J.; CARDONA CASTRO, N. Paracoccidiodomicosis. **Medicina UPB**, v. 34, n. 2, 2015. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=01204874&AN=118567411&h=WbATzpWcEP51t8rzMhODN2lmk0dzbg3zTHTJudDU8x7MDzkH1hwwBeRRk%2BDimBhYOzNL276NOfWE4y%2Bm%2Bp3Acg%3D%3D&crl=c>. Acesso em: 05 maio. 2024.

MARIO, D.N. *et al.* Paracoccidioidomycosis in the northern region of Rio Grande do Sul. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 10, n. 4, p. 414-419, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5704/570469752009/570469752009.pdf>. Acesso em: 05 maio. 2024.

MARTINS, F. et al. **O impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Orientador:** Romero Meireles Brandão. Teses (Monografia) – Graduação em Odontologia, UNIVALE. 16 p. 2019.

MARTINS; R. B. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. **RevInstCiênc Saúde**, São Paulo, v. 26, n.4, 2008, p.467-476. Disponível em: <<files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2008/v26n4/a1748.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MELO, N. S. Fatores de prognóstico da queilite actínica, analisados pela imuno-histoquímica e citometria estática. Estudo comparativo com leucoplasias associadas a displasias e carcinomas espinocelulares. Dissertação (Doutorado em Odontologia) - **Faculdade de Odontologia de Bauru**, Universidade de São Paulo, 1999, 104 f.

MILLINGTON, M.A. *et al.* Paracoccidioidomicose: abordagem histórica e perspectivas de implantação da vigilância e controle. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e0500002, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2018.v27nspe/e0500002>. Acesso em: 05 maio. 2024.

MIOTTO, M.; ALMEIDA, C.; BARCELLOS, L. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3931-3940, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8VGybkZ9SG7wLQ97zMvHPwf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 maio. 2024.

MIRANDA, L. et al. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/9Kh9YPZ6NTwmzblJJdbMpgr/?lang=pt>. Acesso em: 02 maio. 2024.

MOREIRA, A.P.V. Paracoccidioidomicose: histórico, etiologia, epidemiologia, patogênese, formas clínicas, diagnóstico laboratorial e antígenos. **Bol Epidemiol Paul**, v. 5, n. 51, p. 1-17, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net> Acesso em: 02 maio. 2024.

MUSTAFA, A.; MOURA, L. Pré-natal odontológico: Fatores determinantes do acesso na Atenção Primária à Saúde. **Cadernos ESP**, v. 12, n. 2, 2018. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/144>. Acesso em: 02 maio. 2024.

NASCIMENTO, L. V. Pseudocâncer: lesões pré cancerosas. Carcinoma in situ. **An Bras Dermatol**, v. 78, n. 4, p. 389-91, jul./ago. 2003.

NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p et al. Queiliteactínica: um estudo retrospectivo das características clínicas e histopatológicas. **ArqMedHosp Fac. Cienc.Med.** Santa Casa São Paulo. 2017; v.62, n1, p.7-11. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2017/AO-108.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2024.

OLIVEIRA, M. **Odontologia militar na Amazônia**. 2021. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/9722/1/MONO_MAISE%20CRISTINA%20DE%20OLIVEIRA_CFO.pdf. Acesso em: 02 maio. 2024.

OLIVEIRAA, L.K. *et al.* **Paracoccidiodomicose: Lesão secundária em cavidade oral**. 2019. Disponível em: http://administracao.spemd.pt/app/assets/imagens/files_img/1_19_5dc3efe134fa8.pdf. Acesso em: 02 maio. 2024.

PAULA, Y. **Atendimento odontológico humanizado para criança: importância do letramento oral em saúde bucal**. 2022. Disponível em: <https://bibliotecadigital.faminas.edu.br/jspui/bitstream/123456789/229/1/TCC%20YASMIN%20NETTO%20DE%20PAULA.pdf>. Acesso em: 02 maio. 2024.

PEÇANHA-PIETROBOM, P.M. *et al.* Diagnóstico e Tratamento da Coccidiodomicose Pulmonar e da Paracoccidiodomicose. **Journal of Fungi**, v. 9, n. 2, pág. 218, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36836333/>. Acesso em: 02 maio. 2024.

PEDRO, R. *et al.* Características de autocuidado em saúde oral, hábitos e acesso a serviço odontológico por idosos rurais e urbanos. **Revista Kairós Gerontologia**, 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50891>. Acesso em: 02 maio. 2024.

PEDROSO, R.K. REINHEIMER, S.K.Y. Paracoccidiodomicose com evolução fatal em adolescente do Pantanal Sul-mato-grossense: **Relato de caso**. Disponível em: <http://residenciapediatrica.com.br/exportar-pdf/325/aop291.pdf>. Acesso em: 02 maio. 2024.

PEREIRA MACEDO, M. *et al.* Paracoccidiodomicose na cavidade bucal-relato de caso. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 15, n. 1, p. 1-4, 2016. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v15n1/a10v15n1.pdf>. Acesso em: 02 maio. 2024.

PEREIRA, P.M.R. *et al.* Paracoccidiodomicose sistêmica multifocal: desafio diagnóstico por manifestação cutânea tardia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, p. 149-152, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/PVP3kqsnXKG9QHn7ZzBNDnK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 maio. 2024.

PICASCIA, D. D.; ROBINSON, J. K. Actinic cheilitis: a review of the etiology differential diagnosis and treatment. **J Am Academy Dermatol**, v. 17, n. 2, p. 255-64, 1997.

PINHEIRO, B.G. *et al.* Ferramentas moleculares para detecção e identificação de espécies de Paracoccidiodoides: Situação atual e perspectivas futuras. **Journal of fungi**, v. 6, n. 4, pág. 293, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33217898/> Acesso em: 02 maio. 2024.

PRYJMA, W. *et al.* Sentidos e significados atribuídos por estudantes de Odontologia ao Estágio Rural em Saúde Coletiva. **Revista Sustinere**, v. 10, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/51443>. Acesso em: 02 maio. 2024.

PUCCIARELLI, M. **Estratégia Saúde da Família em áreas rurais ribeirinhas amazônicas: estudo de caso sobre a organização do trabalho em uma Unidade Básica de Saúde Fluvial de Manaus**. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47860>. Acesso em: 02 maio. 2024.

QUEIROZ, L. R. Queiliteactínica em trabalhadores da construção civil do município de Feira de Santana, Bahia. 2016. 73 f. **Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana**, Feira de Santana, 2016. Disponível em: <<http://tede2.uefs.br:8080/handle/tede/456>>. Acesso em: 03 fev. 2024.

RICCI, C.D. *et al.* Paracoccidioidomocose: forma crônica cutânea. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 1, p. 51-54, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/29365/pdf>. Acesso em: 02 maio. 2024.

SACHETTI, D. **Autopercepção de estética dental e fatores associados em idosos de uma cidade do sul do Brasil: um estudo transversal**. Tese (Dissertação) – Graduação em odontologia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, f. 63, 2019.

SANABRIA PEÑA, C.L. *et al.* Paracoccidioidomocosis. Una enfermedad multisistémica. **Acta Medica Colombiana**, v. 43, n. 2, p. 111-114, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482018000200111. Acesso em: 02 maio. 2024.

SANTOS, L.A. *et al.* Fatores de virulência de Paracoccidioides brasiliensis como alvos terapêuticos: uma revisão. **Antonie van Leeuwenhoek** 113 , 593–604 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10482-019-01382-5> Acesso em: 02 maio. 2024.

SHIKANAI-YASUDA, M.A. *et al.* II consenso brasileiro em paracoccidioidomocose-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/FzK9ZYXzYzk5bW7PCcrKH3t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 abril. 2024.

SILVA, C. *et al.* Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CX5kBKsHT8DmZckSvqThqBw/>. Acesso em: 30 abril. 2024.

SILVA, F. D. *et al.* Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. **Revista Odonto Ciência**, v. 21, n. 51, jan./mar. 2006.

SILVA, M.J.A. *et al.* Ecoepidemiologia da paracoccidioidomocose: Uma revisão narrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e31810918182-e31810918182, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18182/16188>. Acesso em: 30 abril. 2024.

SILVA, T. **O impacto da pandemia de COVID-19 na produção ambulatorial em saúde bucal na atenção primária à saúde da área rural do município de Manaus, Amazonas**. 2023. Disponível em: <https://www.redenorte.ufam.edu.br/Record/oai:localhost:prefix-7022/Details>. Acesso em: 30 abril. 2024.

SOARES, A. et al. Ação odontológica de extensão universitária em terras quilombolas: relato de experiência. **Saúde em Redes**, v. 8, n. sup2, 2022. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3569>. Acesso em: 30 abril. 2024.

SOARES, C. et al. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 6, p. 1805-1816, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.22972016>. Acesso em: 30 abril. 2024.

SOARES, J. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida relacionada a saúde bucal de adultos. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 17, n. 2, p. 158-163, maio/jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/24734>. Acesso em: 30 abril. 2024.

SORTE, A.J.B, *et al.* Avaliação da citologia esfoliativa com koh no diagnóstico de lesões orais de paracoccidiodomicose. **Revista Eletrônica FACIMEDIT**, v. 6, p. n2, 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/335080317.pdf> Acesso em: 30 abril. 2024.

SOUSA, J.A.B.; SÁ, R.S.; PEREIRA, E.M. Consequências do diagnóstico tardio de paracoccidiodomicose: relato de caso. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 57, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/DnBFRQcrVML3kchDQdG9xvj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 abril. 2024.

SOUZA, E.M.DE.; SILVA, D.P.P.; BARROS, A.S.DE. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1355-1368, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gKNHyg95H4SQgKQ3hxnzNZx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 abril. 2024.

STRAJNIC, L. et al. Self-perception and satisfaction with dental appearance and aesthetics with respect to patients' age, gender, and level of education. **Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo**. [online], v. 114, n. 12, p. 580-589, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29659216/>. Acesso em: 30 abril. 2024.

TEIXEIRA, A. et al. Presença de queilite actínica em trabalhadores da zona rural de governador mangabeira atendidos nas unidades básicas de saúde. **Textura**, v. 13, n. 22, 2019. Disponível em: <https://textura.emnuvens.com.br/textura/article/view/413>. Acesso em: 30 abril. 2024.

TEREZHALMY, G. T.; NAYLOR, G. D. Actinic cheilitis. **J Indiana Dent Assoc**, v. 72, n. 4, p. 12-5, July/aug. 1993.

TOLEDO, L.; BRITO, G. Tratamento odontopediátrico em crianças entre 0 e 5 anos: estudo em um município no interior do Estado de São Paulo. **Revista Ciência e Saúde On-line**, v. 8, n. 2, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n3h8vPzYv6prWyf4dhysVbc/?format=pdf>. Acesso em: 30 abril. 2024.

VALE, D.S. *et al.* Paracoccidiodomicose afetando a mucosa bucal: relato de caso. Disponível em: <https://www.revistacirurgiabmf.com/2022/01/Artigos/05ArtclinicoParacoccidiodomicoseafetandoamucosabucal.pdf>. Acesso em: 30 abril. 2024.

VILELA, E. et al. Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians. **Brazilian Oral Research**. [online], v. 27, n. 3, p. 203-210, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/FVtF6tbQwQV7FS5JY3rTvSq/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 30 abril. 2024.

VILELA, R. *et al.* A taxonomic review of the genus *Paracoccidioides*, with focus on the uncultivable species. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 17, n. 4, p. e0011220, 2023. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0011220>. Acesso em: 30 abril. 2024.

VISSCHER, J. G.; VAN DER WALL, I. Etiology of cancer of the lip: a review. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 27, n. 3, p. 199-203, June 1998.

VOLPATO, M.C.P.F. *et al.* Distribuição espacial dos casos de paracoccidioidomicose com manifestações bucais no estado de Mato Grosso, Brasil. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 25, n. 73, 2016. Disponível em: <http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1055> Acesso em: 30 abril. 2024.

ZAMBIASI, S.T.C. Relevância do Diagnóstico Diferencial da Paracoccidioidomicose. Disponível em: https://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/biblioteca-digital/microbiologia/avaliacoes_especificas/4-RELE.pdf Acesso em: 30 abril. 2024.

ZANCANARO, V.; ALMEIDA, A.A. Manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial e tratamento da paracoccidioidomicose: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v. 14, n. 1, p. 46-58, 2022. Disponível em: <https://desafioonline.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/13261>. Acesso em: 30 abril. 2024.

ZANETTI, R. et al. Prevalence of actinic cheilitis in an oral health campaign in the city of Campinas, **SP. J. of Applied Oral Science**, v. 15, p. 4, jul./ago. 2007.