

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SUA RELAÇÃO COM OS PRINCÍPIOS DO SUS E AGRAVAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DE GRANDE PREVALÊNCIA NA SOCIEDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Renata de Paula Vargas¹

Resumo: Desde a sua origem o modelo atual de sistema de saúde, chamado Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe uma transformação na vida de muitos brasileiros, a partir da seguridade de serviços prestados a toda população com acesso de forma universal, integral e com equidade, contando com a participação da comunidade e com organização descentralizada. Constantes transformações foram marcadas desde a sua instauração, inclusive na concepção dos governantes desse modelo de sistema, no intuito de garantir a plena saúde da sua população considerando os Determinantes Sociais de Saúde (DDS), ampliou ainda mais a visão não somente dos dirigentes, mas também da própria comunidade, reconhecendo o indivíduo como ser biopsicossocial. Arelado aos diferentes programas de incentivos da equipe multidisciplinar houveram avanços consideráveis no entendimento da comunidade acerca de correlações de diferentes doenças. Nesse contexto, esse trabalho têm por objetivo explanar brevemente o contexto histórico do SUS, relatar alguns fatos marcantes desse processo até a atualidade, ressaltando a importância da atuação do cirurgião-dentista em serviços públicos compondo a equipe Saúde da Família, correlacionando doenças de grande impacto na sociedade, tais como: Diabetes Mellitus, Síndrome de Down, AIDS, Partos prematuros e Doenças emocionais, com quadros de melhorias combinado o tratamento das patologias de acordo com as particularidades de cada doença e tratamento odontológico.

Palavras-Chave: Educação em saúde. Promoção da saúde. Saúde bucal. Saúde coletiva. Serviços de saúde bucal.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal através dos artigos 196 a 200 se retratou à Saúde no ano de 1988 (BRASIL, [2016]). Dando origem ao modelo atual de Sistema Único de Saúde (SUS), com diretrizes específicas alterou a concepção dos governantes frente ao cenário de bem-estar da população da época. Uma vez que a saúde se tornou direitos de todos os indivíduos e dever do Estado garantido por meio de ações públicas de redução do risco ou o agravo de doença, com acesso universal e igualitário visando a promoção, proteção e recuperação de enfermidades (BRASIL, [1990]), organizada de forma: descentralizada, com participação popular e atendimento integral (BRASIL, [1990]). Além disso, com o advento das leis: 8080/90 e 8.142/90, houveram não somente a implantação de um novo modelo de saúde, mas também a solidificação do que vivemos atualmente no Brasil.

¹ Especialização em Saúde Coletiva da Faculdade Martins (Famart), Itaúna, Minas Gerais, Brasil.
Endereço: Avenida Luciano Fonseca, 769, Luizote de Freitas III, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, CEP: 38414-321
Telefone: (+ 55 34) 98823-3430
E-mail: renatavargas.ufu@outlook.com

Em 1940, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 2006). Em 2008, teve a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde, para promover em âmbito internacional uma maior constatação da relevância desse assunto no debate fomentado pela OMS (WHO, 2008). Em concordância a temática, o governo brasileiro também criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) trazendo esse debate para o nível nacional, resultando em um relatório nacional (CNDSS, 2008). Esses eventos mostravam que a saúde é um evento muito complexo que envolve uma série de fatores e a ausência de doença realmente nunca significou a plenitude nesse quesito.

Quanto aos Determinantes Sociais de Saúde (DDS), há um modelo preconizado pelo por Dahlgren e Whitehead (Figura 1) com uma exemplificação simples e abrangente, dividida por diferentes camadas. No qual o primeiro nível (base do modelo) são denominados como fatores determinantes proximais, relacionado a herança genética individual, que incluem: idade, sexo e fatores genéticos, que exercem influência sobre o seu potencial e suas condições de saúde. Em uma camada acima estão situados os fatores individuais e os DSS, que são elucidados pelos: o comportamento e os estilos de vida individuais. A camada seguinte é representada pelas redes sociais e comunitárias, com referência a coesão social. Na camada subjacente estão os determinantes intermediários, se refere aos fatores relacionados às condições de vida e de trabalho e a disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde. O último nível apresenta fatores macrodeterminantes por se relacionar com as condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade (CNDSS, 2008). Diante ao modelo, apresentado é possível identificar tamanha a dimensão do conceito saúde e suas relações, bem como justificativa para a região norte e nordeste serem sempre alvos de piores quadros de saúde, principalmente na área bucal relatado em algumas pesquisas, justificados pelos maiores níveis de desigualdades sociais (PROJETO SB BRASIL, 2010).

Figura 1 - Modelo de determinantes sociais proposto por Dahlgren e Whitehead



Fonte: CNDSS, 2008.

Neste contexto, muitos pesquisadores relataram as condições básicas de saúde dentro das suas concepções. E em contrapartida, o governo brasileiro adotou uma série de medidas e financiamentos em 3 esferas (união, estado e município) para que todos os indivíduos pudessem se valer desse direito. Associado a isso, a ideia de saúde coletiva e saúde pública se tornou um assunto muito evidente e estudado. Houveram várias tentativas para diferenciação desses termos e suas definições, mas o objetivo principal de ambas é atuar na prevenção de doenças de uma dada população.

Em 1994, com o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), representada pelo Programa da Saúde da Família (PSF) dentro das Unidades Básicas da Saúde (UBS), trouxe maior dinamismo ao SUS, com resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2010). As modalidades de equipes são compostas por: 1 Médico de família; 1 Enfermeiro; 1 Auxiliar de Enfermagem; 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e quando ampliada conta com a participação de 1 Dentista; 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e 1 Técnico de Saúde Bucal (Brasil, 2010). Com uma visão interdisciplinar, entendendo o indivíduo como um todo (Junqueira, 2008), apresentam um papel fundamental da saúde da população brasileira. Atualmente já é uma realidade ter também a presença de fisioterapeutas, profissionais de educação física, psicólogos, entre outros compondo a equipe de saúde básica.

A terminologia Saúde Bucal Coletiva (SBC) é uma das diversas nomenclaturas utilizadas para se referir a práticas de odontológicas (FIGUEIREDO, 2002), juntamente com os recursos disponíveis do SUS aos cuidados bucais. A saúde coletiva é destinada ao curso nos serviços públicos odontológicos e propõe tratar a saúde bucal na perspectiva dos determinantes sociais da saúde (SOARES, 2007).

Um fato marcante para o reconhecimento da importância dessa área foi o relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB (BRASÍLIA, 2004), documento esse que contou com a participação de cerca de 90 mil pessoas em todo o País, assinalaram que "as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social [e que] o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo" (BRASÍLIA, 2004).

A odontologia como uma das áreas com ênfase em saúde coletiva, é uma especialidade que estuda os acometimentos relacionados ao sistema estomatognático (crânio, face, pescoço e cavidade bucal, abrangendo ossos, musculatura mastigatória, articulações, dentes e tecidos). Inclusive está relacionada com outras manifestações sistêmicas (VIEIRA, 2010) que serão abordadas brevemente nesse artigo. Desta forma, essa revisão de literatura têm por objetivo ressaltar a importância do cirurgião-dentista na promoção da saúde humana como um todo, uma vez que está associada ao controle de tratamento de doenças com grande impacto na sociedade, tais como: Diabetes Mellitus, Síndrome de Down, AIDS, Partos prematuros, Doenças emocionais e outros.

2 DIABETES MELLITUS E ODONTOLOGIA

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença ocasionada por distúrbios metabólicos gerando hiperglicemia (aumento expressivo da concentração de glicose sanguínea). Podem ocorrer a diminuição da secreção de insulina ou redução da

utilização da glicose pelo organismo, gerando o aumento da mesma. (HARRISON, 2002). Alguns sintomas observados são poliúria, polidipsia e polifagia (OLIVEIRA, 2019), manifestações bucais também são encontrados, como por exemplo: diminuição do fluxo salivar- podendo levar a uma maior ocorrência de cárie-, varicosidade lingual, candidíase eritematosa, queilite angular, úlceração traumática, língua fissurada, crescimento de tecido gengival, mucocele, hiperqueratose e/ou atrofia das papilas linguais (Vasconcelos, 2012). Para alguns pesquisadores pacientes com diabetes Mellitus independente da tipologia, existe até uma relação direta para pacientes descompensados e os resultados desfavoráveis nos índices CPO-D, correspondente ao número de dentes: cariados, perdidos e obturados. (ALVES, 2006).

Com relação a Doença Periodontal (DP), que é uma manifestação que afeta desde a gengiva até o osso que envolve e suporta o seu dente. Os estudos apontam para ser a 6^a maior causa de complicações do DM. Segundo Sousa (2003) cerca de 75% dos pacientes diabéticos não controlados possuem manifestação da DP de diferentes graus (desde a inflamação gengival até perda óssea acentuada). Dados afirmam haver uma maior prevalência da DP em pessoas diabéticos do que comparado a pessoas não diabéticas. Quanto a progressão da DP, os indivíduos diabéticos também apresentam maiores complicações sistêmicas como, por exemplo, abscessos quando comparados a pacientes não portadores da doença (Sousa, 2003; Costa, 2016).

Diante as relações da DM com alterações bucais, inclusive quadros de pioras de algumas manifestações bucais. Evidenciam ainda mais a importância de ter um dentista compondo a equipe que presta serviços públicos e gratuitos, com medidas socioeducativas e intervencionais (profilaxia, raspagem dentária e remoção de cárie) quando necessárias.

3 SÍNDROME DE DOWN E ODONTOLOGIA

A Síndrome de Down é uma alteração genética, resultado de uma divisão celular anormal, no qual recebe um material genético extra do cromossomo extra 21. A síndrome de Down provoca uma aparência facial distinta, deficiência mental, atrasos no desenvolvimento e pode ser associada a doença cardíaca ou da tireoide, e além disso os indivíduos apresentam manifestações orais: anormalidades dentárias, macroglossia, língua fissurada, palato ogival e a maloclusão, maior prevalência de cáries dentárias (López-Pérez 2002). Além disso maior suscetibilidade à doença periodontal de forma agressiva (DOW, 1951; COHEN, 1961).

A maior prevalência de carie e doença periodontal são justificadas pela dificuldade motora desses indivíduos em realizar a higienização adequada para remoção de placa bacteriana. E no caso da doença periodontal, a associação da deficiência imunológica são comprovados na literatura (BAGIĆ, 2003). Sendo assim, são necessários que esses pacientes tenham que realizar consultas odontológicas com maior periodicidade, medidas de prevenção de doenças periodontais pois podem estar relacionadas com o agravamento de outras manifestações como por exemplo cardíacos e educação familiar, pois a família precisa reconhecer a interação dos profissionais da equipe multidisciplinar e sua atuação particular.

4 AIDS E ODONTOLOGIA

A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) é definida como uma entidade patológica causada pela infecção por retrovírus – o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) (PATTON, 1999). O indivíduo soro positivo para o HIV além de estar

mais propenso a infecções, apresentam podem apresentar manifestações orais, como por exemplo: periodontopatias, eritema gengival linear, gengivite ulcerativa necrosante, periodontite ulcerativa necrosante e outros (Toledo, 1997). E quadros de gengivite e periodontite podem ter evolução mais rápida comparado a indivíduos soro negativos para HIV (SOUZA, 2000), se não tratada pode comprometer ainda mais o sistema imune (Toledo, 1997).

Por conseguinte, o acompanhamento do dentista é de muito valia, tanto para identificações de lesões patológicas, quanto para tratamentos periodontais rotineiras.

5 PARTOS PREMATUROS E ODONTOLOGIA

O parto prematuro é um dos grandes problemas em saúde pública e entender o processo e a associação com a odontologia necessita de maiores esclarecidos para a toda comunidade (BRAGION, 2012). A Doença Periodontal (DP) tem sido associada por muitas pesquisas a partos prematuros e nascimento de crianças de baixo peso (JEFFCOAT, 2001; LOPEZ, 2002). Uma série de estudos apontam a uma maior prevalência das mães acometidas por doenças periodontais ao parto prematuro (JEFFCOAT, 2001; LOPEZ, 2002). A colonização bacteriana do periodonto que induz os mediadores inflamatórios que gera elevadas concentrações de prostaglandina (PGE2) e fatores de necrose tumoral alfa (TNF- α), elementos esses que induzem a ruptura da membrana adiantando o trabalho de parto. Além disso pode ocorrer a translocação de bactérias da periodonto por via hematogênica para a unidade feto-placentária (CAMATA, 2007). Por isso é muito importante que a grávida durante todo o período gestacional, seja assistida pelo dentista (BRAGION, 2012).

6 DOENÇAS EMOCIONAIS E TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Alterações emocionais estão relacionadas à sintomas de modificações no apetite ou peso, sono ou atividade motora, sentimentos alterados, planos ou tentativas de suicídio, dentre outros (APA, 1994). Atrelado aos sintomas característicos de quadros psicológicos alterados, vários estudos correlacionaram os fatores emocionais, tais como estresse, depressão, ansiedade e angústia a uma maior prevalência de doença periodontal (PERUZZO, 2007; DUMITRESCU, 2010), e até a perda dentária (Alkan, 2015). Além disso alguns estudos ainda também fazem associam da depressão com disfunção temporomandibular (DTM), como por exemplo o estudo de Toledo (TOLEDO 2008). Sabe-se que a DTM que é uma condição de desordem patológica de origem multifatorial, envolvendo estruturas e função do sistema mastigatório (Maciel, 2003), os sinais e sintomas mais encontrados são: ruídos articulares, dores musculares, dores na mastigação, limitação de movimentos maxilomandibulares, dores na face, dores de cabeça e/ou nas ATMs (OKESON, 1998).

A relação com alterações periodontais, é baseada no seguinte princípio: O processo emocional induz a uma diminuição da resposta do sistema imunológico, como resultado aumentaria as chances do indivíduo possuir infecções patogênicas com destruição tecidual ao periodonto (tecidos de revestimento e sustentação que envolvem o dente (WARREN, 2014). Estudos baseados cientificamente respondem essa afirmação através do cortisol salivar e de marcadores pró-inflamatórios (GOYAL, 2011) de pacientes com transtornos emocionais. Situação essa agravada por pacientes fumantes em relação aos não fumantes (JOHANNSEN, 2005). Sendo assim, acreditam-se veemente que as alterações de comportamento, o tabagismo, a diminuição ou

deficiência da higiene bucal e baixa adesão ao tratamento odontológico podem influenciar negativamente para o aparecimento da periodontite (DOMINGOS, 2006).

A relação de DTM, é baseada no seguinte princípio: Perceberam que grande parte dos pacientes acometidos de desordens maxilomandibulares não apresentavam somente alterações oclusais, mas também alguma alteração emocional associada (MAIA, 2001; TOLEDO, 2008). Desta forma, a ansiedade, depressão e estresse são uma das causas de maior atividade da musculatura mastigatória, gerando quadros dolorosos por presença de DTM (CONTI, 2006; TOSATO, 2006).

Pacientes acometidos por doenças emocionais e DTM, necessitam de acompanhamento da equipe multidisciplinar envolvendo: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, educadores físicos e outros. O tratamento vai desde o diagnóstico da origem da dor realizado entre médicos e dentistas, sessões de fisioterapia, tratamentos odontológicos (placas mio-relaxantes, ajustes oclusais ou cirurgias), terapias com psicólogos, exercícios físicos na presença do educador físico, acompanhamento pelo enfermeiro e a presença dos agentes comunitários de saúde com visita domiciliar para coletar informações não somente do paciente, mas também de todo o núcleo familiar e levar essas informações coletadas até a equipe de saúde da família.

7 CONCLUSÕES

Os indivíduos são seres biopsicossociais, pois apresentam a junção de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Portanto, muitas manifestações de doenças ou alterações do quadro de saúde podem estar relacionadas com associação a diversos fatores. Sendo assim, conclui-se que tratar os indivíduos de forma integrada com a equipe multidisciplinar é uma prática que pode trazer bons resultados. Embora o artigo tenha relacionado a atuação de odontólogos de forma benéfica no tratamento de outras doenças, é possível relacionar diversas doenças com outras áreas da saúde. É válido ressaltar que essa atenção de forma integralizada é um dos princípios do SUS, o modelo que consideramos ideal para a garantia dos direitos de saúde dos brasileiros.

REFERÊNCIAS

ALKAN A.; CAKMAK O.; YILMAZ S.; CEBI, T.; GURGAN, C. **Relationship Between Psychological Factors and Oral Health Status and Behaviours**. Oral Health Prev Dent. 2015; 13(4):331-9.

ALVES, C.; BRANDÃO, M.; ANDION, J; MENEZES; R.; CARVALHO, F. **Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito**: recomendações para a prática clínica. Ci. Med. Biol. 2006; 5(2):97-110.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1994) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th edition. Washington (Dc).

BAGIĆ, I.; VERZAK, Z.; CUKOVIĆ-CAVKA, S.; BRKIĆ, H., SUSIĆ, M. **Periodontal conditions in individuals with Down's syndrome**. Coll Antropol 2003;27:75-82.

BRAGION, D. B.; COSTA, S. R. G.; ZAFFALON, G. T.; TOGNETTI, V. M., GARCIA, M. B. O. **Doença periodontal e parto prematuro: há uma relação de risco?** Braz J Health. 2015;3(2):1-10.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 11 jun. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília/ Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf Acesso em 11 junho.2020.> 11 jun. 2020.

BRASÍLIA. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 2004. Brasília, BR. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

CAMATA; B. C.; MACEDO A. F.; DUARTE D. A. **O impacto do processo saúde-doença periodontal em gestantes em relação ao parto prematuro**. Porto Alegre: RGO, jul/set.2007. v.55, n.3, p. 267-270.

CHAVES, M. M. **Manual de odontologia sanitária**. Tomo I. São Paulo: Massao Ohno-USP; 1960.

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CONTI, P. C. R., FERREIRA, P. M., PEGORARO, L. F., CONTI, J. V., Salvador MCG. **Disfunção temporomandibular (DCM)**. Parte II - Aspectos psicológicos e hiperatividade muscular. Rev ABO Nac. 1996 abr./mai.;4(2):103-6.

COSTA, R. M. **Pacientes diabéticos na clínica odontológica: diretrizes para o acolhimento e atendimento**. Brasileira de Ciências da Saúde. 2016; 20(4):333-340.

DOMINGOS, L. **A influência do estresse psicológico na doença periodontal: uma revisão de literatura**. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/170318>. Acesso em: 13 jun. 2020.

DUMITRESCU, A. L. **Kawamura M. Involvement of psychosocial factors in the association of obesity with periodontitis**. J Oral Sci. 2010 Mar; 52(1):115-24.

FIGUEIREDO, G. de O. **Do fetichismo odontológico à utopia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

JEFFCOAT, M. K. **Periodontal infection and preterm birth:** results of a prospective study. J Ann Dent Assoc 2001(a); 12:875-80.

JOHANNSEN, A. **Anxiety, gingival inflammation and periodontal disease in non-smokers and smokers - an epidemiological study.** J Clin Periodontol. 2005 Mai; 32(5):488-91.

JUNQUEIRA, S. R. **Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe.** Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde da Família. UNA-SUS. UNIFESP. 2008

LOPEZ, N. J.; SMITH, P. C.; GUTIERREZ, J. **Periodontal therapy may re-duce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease:** a randomized controlled trial. J Periodontol 2002; 73(8):911-24.

MACIEL, R. N. **ATM e dores craniofaciais.** São Paulo: Ed. Santos; 2003.

MAIA, E. V., VASCONCELOS, L. M. R; SILVA, A. S. **Prevalência das desordens têmporo-mandibulares:** uma abordagem sobre a influência do estresse. Rev ABO Nac. 2001 ago./set.;9(4):228-32.

OLIVEIRA, M. F., DAMO, N. G.; RAITZ, I. W.; VEIGA, M. L.; PEREIRA, L. **Cuidados Odontológicos em Pacientes Diabéticos.** Arq. Catarin Med. 2019 jul.-set.; 48(3):158-170.

Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>

PATTON, L. L. C. **Oral infections and other manifestations of HIV disease.** Infect Dis Clin North Am 1999;13:879-900.

PERUZZO, D. C. et al. **A systematic review of stress and psychological factors as possible risk factors for periodontal disease.** J Periodontol. 2007;78(8):1491-1504. doi:10.1902/jop.2007.060371

Projeto SB Brasil 2010: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

SOARES, C. L. M. et al. **O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2017, vol.22, n.6, pp.1805-1816. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.22972016>. Acesso em: 13 jun. 2020.

SOUZA, L. B. et al. **Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira.** Pesq Odont Bras, v. 14, n. 1, p. 79-85, jan./mar. 2000

TOLEDO, B. A. S.; CAPOTE, T. S. O.; CAMPOS, J. A. D. B. **Associação entre disfunção temporomandibular e depressão.** Ciências Odontologia Bras. 2008;11:75-9.

TOLEDO, B. E., MENDES, M.M.; MOREIRA NETO, J. J. **Alterações sistêmicas relacionadas com periodontites de estabelecimento precoce.** Rev Periodontia SOBRAPE 1997;6:31-34.

TOSATO, J. P., CARIA, P. H. F. **Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias.** RGO. 2006 jul./set.;54(3):221-4.

VASCONCELOS, R. G. et al. **Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança.** Bras. Odontol. 2012; 69(1):120-124.

VIEIRA, T. R., PÉRET, A. C. A., PÉRET-FILHO, L. A. **Alterações periodontais associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes.** Revista Paulista de Pediatria, 2010; 28(2): 237-243.

WARREN, K. R. **Role of chronic stress and depression in periodontal diseases.** Periodontol 2000. 2014 Fev; 64(1):127-38.

WHO - World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva, 2008.

YOSHIHARA, T. et al. **Effect of periodic preventive care on the progression of periodontal disease in young adults with Down's syndrome.** J Clin Periodontol 2005;32:556-60