

REVISTA CIENTÍFICA



ESFERA ACADÊMICA
SAÚDE

FACULDADE
MULTIVIX

VITÓRIA

ISSN 2526-1304

REVISTA ESFERA ACADÊMICA SAÚDE

Volume 3, número 1

**Vitória
2018**

EXPEDIENTE

Publicação Semestral

ISSN 2526-1304

Temática: Saúde

Revisão Português

José Renato Siqueira Campos

Capa

Marketing Faculdade Brasileira Multivix- Vitória

Elaborada pela Bibliotecária Alexandra B. Oliveira CRB06/396

Revista Esfera Acadêmica Saúde/ Faculdade Brasileira. – Vitória, ES:
Multivix, 2018.

Semestral
ISSN **2526-1304**

1. Ciências da Saúde- Produção científica I. Faculdade
Brasileira/Multivix.

CDD.610

*Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente,
os pensamentos dos editores.*

Correspondências

Coordenação de Pesquisa e Extensão Faculdade Brasileira Multivix- Vitória

Rua José Alves, 135, Goiabeiras, Vitória/ES | 29075-080

E-mail: pesquisa.vitoria@multivix.edu.br

FACULDADE BRASILEIRA MULTIVIX- VITÓRIA

DIRETOR GERAL

Leila Alves Côrtes Matos

COORDENAÇÃO ACADÊMICA

Michelle Oliveira Menezes Moreira

COORDENADOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Hêmyle Rocha Ribeiro Maia

CONSELHO EDITORIAL

Alexandra Barbosa Oliveira

Caroline de Queiroz Costa Vitorino

Karine Lourenzone de Araujo Dasilio

Michelle Moreira

Patricia de Oliveira Penina

ASSESSORIA EDITORIAL

Karine Lourenzone de Araujo Dasilio

Leandro Siqueira Lima

Vinicius Santana Nunes

Patricia de Oliveira Penina

ASSESSORIA CIENTÍFICA

Helber Barcellos da Costa

José Guilherme Pinheiro Pires

Júlia Miranda Falcão

Ketene W. Saick Corti

Mario Sergio Zen

Maycon Carvalho

Mauricio da Silva Mattar

Michelli dos Santos Silva

Nelson Elias

Patricia de Oliveira Penina

Tania Mara Machado

Vinicius Mengal

Vinicius Santana Nunes

APRESENTAÇÃO

Na contemporaneidade das redes sociais e das notícias “fake”, faz-se necessário fontes confiáveis para captação e atualização de informação. Nesse contexto, a Faculdade Multivix apresenta o terceiro volume da Revista Científica Esfera Acadêmica Saúde, onde é possível encontrar conteúdo científico sobre assuntos da área da saúde.

No atual volume da Esfera Acadêmica Saúde, destacam-se os primeiros resultados de projetos desenvolvidos por alunos e professores da área de odontologia da Faculdade Brasileira Multivix Vitória.

Nosso agradecimento especial aos alunos e professores do curso de Odontologia que foram protagonistas dos diversos trabalhos apresentados nesse volume da Esfera Acadêmica Saúde.

Boa leitura!

SUMÁRIO

RELATO DE CASO: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO, ESTRATÉGIAS INTRA-OPERATÓRIAS.....	06
Heidi Shiho Nagatani Feitoza; Izabella D. Correia Passamani; João F. Correia Passamani; Lara Cossetti Antoniazzi; Samuel Miranda Coelho	
ALTERAÇÕES BUCAIS PRESENTES EM USUÁRIOS DE DROGAS.....	10
Isabela da Silva Maia; Isabela Moreira Pacheco; Jamilly Vargas Vieira Monteiro; Julia Coutinho Casagrande; Flávio Xavier de Almeida; Karla Firme Leão Borges; Valéria da Penha Freitas	
ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL.....	18
Haminson de Paula Rodrigues; Hugo Piske Plantikow; Katlheem Karine Barbosa Rodrigues; Sabrina Boldrini Ximenes; Valéria da Penha Freitas; Patrícia de Oliveira Penina; Karla Firme Leão Borges	
MUDANDO UM SORRISO COM TÉCNICAS NÃO INVASIVAS.....	26
Valéria da Penha Freitas; Denise Carvalho Roxo; Patrícia de Oliveira Penina; Karla Firme Leão Borges, Flávio Xavier de Almeida, Lenize Werneck Poubel Henriques	
COLONIZAÇÃO FÚNGICA E BACTERIANA DE PRÓTESE DENTÁRIAS REMOVÍVEIS E MÉTODOS DE HIGIENIZAÇÃO.....	30
Camila Aguiar de Paula Mota; Laiza Santana Luppi; Lorraine Lamas de Almeida; Vittoria Polli Sciortino; Karla Firme Leão Borges; Valéria da Penha Freitas; Lucas Campagnaro Maciel	
EFEITOS DA MUSICOTERAPIA APLICADA A ODONTOLOGIA.....	37
Gabriela Marçal Lisboa; João Pedro de Azevedo Xavier; Lucas Falcão Paulo; Nathalia Toscano Luppi de Souza, Karla Firme Leão Borges; Lenize Werneck Poubel Henriques	
USO DE PLACAS ESTABILIZADORAS EM PACIENTES PORTADORES DE DTM: REVISÃO DE LITERATURA.....	44
Lara Weinert de Freitas; Matheus Murillo Ferreira Vital; Paula de Souza Stinghel; Rafaella Gasparini Oliveira Gomes; Darlon Oliveira; Karla Firme Leão Borges; Valéria da Penha Freitas	
REMOÇÃO PARCIAL DO TECIDO CARIADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	52
Ana Gabriela Petri; Franciane Gomes; Jéssica Lisboa; Tatielly Miranda; Valéria da Penha Freitas; Patrícia de Oliveira Penina; Karla Firme Leão Borges	
RESPONSABILIDADE CIVIL DO CIRURGIÃO DENTISTA.....	60
Aline Gomes Spandio; Cristiane Ferreira Camargo Bazan; Kamilla Pessanha Kunsch; Samir de Moraes Ramos; Caio Simão de Lima; Karla Firme Leão Borges ; Valéria da Penha Freitas; Patrícia de Oliveira Penina	

RELATO DE CASO: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO, ESTRATÉGIAS INTRA-OPERATÓRIAS

Heidi Shiho Nagatani Feitoza¹; Izabella D. Correia Passamani²; João F. Correia Passamani³; Lara Cossetti Antoniazzi²; Samuel Miranda Coelho²

1.Cirurgiã vascular com formação no HEJSN.

2.Acadêmicos de medicina na Faculdade Brasileira – MULTIVIX-Vitória.

3.Cirurgião vascular do HEJSN.

RESUMO

Mulher de 82 anos, hipertensa, iniciou quadro de afasia e dor em fossa ilíaca direita e flanco direito com piora progressiva dos sintomas. Foi solicitado tomografia computadorizada de abdome e pelve, que evidenciou dilatação aneurismática fusiforme justa renal, de maior diâmetro 8,5 cm, que se estende até bifurcação de aorta. Foi feita a tentativa de bypass aorto-bifemoral sem sucesso, sendo então realizado bypass axilo-bifemoral com ligadura de aorta infrarrenal. Após 30 minutos do término do procedimento, paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso e óbito.

Palavras-chave: aneurisma roto, aorta abdominal, cirurgia.

ABSTRACT

An 82-year-old female patient, hypertensive, was admitted with aphasia and progressive abdominal pain in the right iliac region and right flank. It was required computed tomography of the abdomen and pelvis, which showed an aneurysmal fusiform dilatation, largest diameter 8,5 cm, close to renal arteries extending to the aorta artery's bifurcation. An aorto-bifemoral bypass was attempted without success, followed by an axillary-bifemoral bypass with infrarenal aortic ligation. 30 minutes after the end of the procedure, patient developed cardiorespiratory arrest in pulseless electrical activity and death.

Keywords: Ruptured aneurysm, abdominal aorta artery, surgery.

INTRODUÇÃO

Os aneurismas são definidos como uma dilatação focal maior que 50% do diâmetro esperado de uma artéria normal. Aproximadamente todos os aneurismas de aorta abdominal (AAAs) envolvem a aorta infrarrenal, no entanto, 5 a 15% dos AAAs que são submetidos à cirurgia aberta de reparo também envolvem a aorta suprarrenal. Os AAAs afetam primariamente a população com idade maior do que 50 anos, é seis vezes mais comum em homens do que em mulheres e de duas a três vezes mais em homens brancos do que em homens negros.

A incidência reportada de ruptura de AAA varia de 1 a 21 por 100.000 pessoas por ano. Para pacientes acima dos 50 anos, a incidência de ruptura de AAA é muito maior porque há um aumento drástico com a idade. A prevalência de AAAs em uma certa população depende da presença de fatores de riscos associados, como: idade avançada, gênero masculino, raça branca, presença de histórico familiar, tabagismo, hipertensão, hipercolesterolemia, doença arterial obstrutiva periférica e doenças de artérias coronárias (CRONENWETT, 2014).

Até agora, o tamanho do AAA foi considerado o fator mais importante na determinação do risco de ruptura (INZOLI, 1993). Exames de imagem, como a tomografia computadorizada,

podem ajudar no diagnóstico, fornecendo mais acurácia das medidas do diâmetro da artéria (CRONENWETT, 2014).

O único tratamento para aneurisma de aorta abdominal roto (AAAR) é a cirurgia de emergência, que possui uma alta taxa de mortalidade operatória (BOWN, 2002). Por mais de 50 anos, os aneurismas da aorta foram tratados com reparação cirúrgica aberta profilática, no entanto, essa técnica tem uma mortalidade em 30 dias de 4 % a 12%. A correção de aneurisma por meio de intervenção endovascular é uma nova tecnologia para o tratamento de pacientes com AAA (GREENHALGH, 2004).

Sabe-se que o AAAR é um dos mais significantes desafios para os serviços de saúde (BOWN, 2002). A taxa de mortalidade do AAAR varia entre 85% e 95%. A maioria dos pacientes morre sem nunca chegar ao hospital, e, daqueles que chegam, 30% a 70% sobrevivem (KNIEMEYER, 2000).

OBJETIVOS

Relatar um caso de aneurisma de aorta abdominal roto, sua apresentação clínica, diagnóstico e breve revisão da literatura.

MÉTODO

As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido, e revisão da literatura. O prontuário do paciente foi escolhido por meio da relevância e importância do caso em um hospital estadual de referência no Espírito Santo.

RESULTADOS

Paciente do sexo feminino, 82 anos, com hipertensão arterial sistêmica (HAS), iniciou quadro de afasia e dor em fossa ilíaca direita (FID) e flanco direito há 12 horas, com piora progressiva. Ao exame físico, apresentava-se hipocorada $+/4$, desidratada $++/4$, pressão arterial (PA) 150/80, abdome com paredes flácidas, dor abdominal a palpção de FID, Blumberg negativo, massa abdominal pulsátil palpável desde epigástrio até hipogástrio. Foi solicitado tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve, que evidenciou aorta com calibre de 3,6 cm em região supracelíaca e dilatação aneurismática fusiforme justa renal que se estende até bifurcação de aorta, diâmetro máximo de 8,5 cm. A paciente apresentava-se em uso de Losartana e Atenolol. A paciente foi submetida à intervenção cirúrgica, sob anestesia geral. Foi realizada incisão mediana xifo-púbica, seguida de disseção por planos até a cavidade abdominal. No inventário de cavidade abdominal, havia presença de cerca de 500ml de sangue livre em cavidade e hematoma em retroperitônio (zona 1) sem sinais de expansão. Foi feita, sem sucesso, a tentativa de bypass aorto-bifemoral, devido a sangramento e frialdade intensa de parede de aorta toraco-abdominal em toda sua extensão por acometimento de aterosclerose avançada. Realizado bypass axilo-bifemoral com ligadura de aorta infrarrenal. Paciente apresentou sangramento volumoso durante ato operatório, recebendo no total oito concentrados de hemácias e oito bolsas de plasma fresco, além de plaquetas, pois apresentava contagem de plaquetas de 23.000/mm³. Após 30 minutos do término do procedimento, paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória (PCR) ematividade

elétrica sem pulso (AESP), tendo sido realizadas manobras de ressuscitação cárdio pulmonar (RCP) segundo protocolo de Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS), no entanto, sem sucesso.

CONCLUSÃO

Uma das principais estratégias operatórias é a cirurgia aberta de reparo, tendo a aproximação transperitoneal como exemplo. A cirurgia transperitoneal tem sido designada para tratamento de AAA roto (AAAR), permitindo proteção, rapidez e controle efetivo da aorta proximal. A incisão medial permite que haja uma exposição da aorta abdominal e o rápido controle das artérias supracelíaca, infrarrenal e ilíaca, se necessário.

Durante o reparo do AAAR aberto, uma vez realizado o controle proximal, deve-se permitir que a equipe de anestesia realize ressuscitação antes da exposição e abertura do saco de aneurisma. A ligação ou clamp da artéria lombar antes da abertura do saco do aneurisma também ajuda a limitar a perda excessiva de sangue. Assim que há a abertura do saco do aneurisma, o sangue retrógrado da mesentérica inferior e das artérias lombares residuais é controlado por um ligamento de sutura.

A anastomose proximal termino-terminal para a reconstrução aortofemoral pode ser iniciada com a colocação do clamp cruzado na aorta infrarrenal em uma direção anteroposterior o mais perto possível da origem das artérias renais. A aorta é grampeada ou ocluída por um clamp secundário próximo da origem da artéria mesentérica inferior. Após a excisão de um pequeno segmento aórtico, deve-se executar uma tromboendarterectomia completa. Um breve controle com compressão digital ou clamp da aorta justarrenal pode ser necessário para completar a tromboendarterectomia. Essa técnica permite que o enxerto deite contra a coluna vertebral e resulte em menor turbulência do fluxo.

O bypass axilofemoral depende da disponibilidade de uma artéria axilar saudável para levar sangue do braço ipsilateral para uma ou ambas as pernas. Esse bypass, assim como qualquer outro método de intervenção primária ou secundária de doença aorto-ilíaca infrarrenal, deve ser comparado com o bypass femoral. Recentes estudos demonstram que o bypass axilofemoral é uma alternativa excelente para pacientes frágeis, idosos com presença de doença da artéria ilíaca bilateral e para aqueles com outras comorbidades. No entanto, a escolha entre o bypass aortofemoral e axilofemoral é pouco clara. A definição “auto risco” é muito subjetiva e o limite para escolha do bypass axilofemoral sobre o aortofemoral é bastante variável entre os cirurgiões (CRONENWETT, 2014).

Por se tratar de um dos mais significantes desafios para o serviço de saúde, devido à alta taxa de mortalidade, o AAA deve ser abordado de forma minuciosa pelos cirurgiões, que devem ter conhecimento das diversas estratégias intraoperatórias, inclusive as extra-anatômicas, que podem ser utilizadas para a estabilização do doente, deixando para um segundo tempo o tratamento definitivo. O cirurgião deve estar apto a reconhecer a melhor técnica para cada caso e oferecer o tratamento mais eficaz, de forma que, em casos instáveis, deve-se realizar o controle do sangramento e estabilização clínica intraoperatória, com auxílio da equipe de anestesiologia. Além disso, é importante que o atendimento seja realizado em centros referenciados e com serviço de hemodinâmica quando possível.

REFERÊNCIAS

BOWN, M. J. et al. A meta-analysis of 50 years of ruptured abdominal aortic aneurysm repair. **British Journal of Surgery**, v. 89, n. 6, p. 714-730, 2002.

CRONENWETT, Jack L.; JOHNSTON, K. Wayne. **Rutherford's vascular surgery**. Elsevier Health Sciences, 2014.

FILLINGER, Mark F. et al. In vivo analysis of mechanical wall stress and abdominal aortic aneurysm rupture risk. **Journal of vascular surgery**, v. 36, n. 3, p. 589-597, 2002.

FILLINGER, Mark F. et al. Prediction of rupture risk in abdominal aortic aneurysm during observation: wall stress versus diameter. **Journal of vascular surgery**, v. 37, n. 4, p. 724-732, 2003.

GREENHALGH, R. M.; THE, E. V. A. R. Comparison of endovascular aneurysm repair with open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1), 30-day operative mortality results: randomized controlled trial. **The Lancet**, v. 364, n. 9437, p. 843-848, 2004.

INZOLI, Fabio et al. Biomechanical factors in abdominal aortic aneurysm rupture. **European journal of vascular surgery**, v. 7, n. 6, p. 667-674, 1993.

KNIEMEYER, H. W. et al. Treatment of ruptured abdominal aortic aneurysm, a permanent challenge or a waste of resources? Prediction of outcome using a multi-organ-dysfunction score. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, v. 19, n. 2, p. 190-196, 2000.

ALTERAÇÕES BUCAIS PRESENTES EM USUÁRIOS DE DROGAS

Isabela da Silva Maia¹; Isabela Moreira Pacheco¹; Jamilly Vargas Vieira Monteiro¹; Julia Coutinho Casagrande¹; Flávio Xavier de Almeida²; Karla Firme Leão Borges²; Valéria da Penha Freitas²

1. Acadêmicos do curso de Odontologia da Faculdade MULTIVIX – Vitória ES.

2. Professores Titulares do curso de Odontologia da Faculdade MULTIVIX – Vitória ES.

RESUMO

Atualmente, o número de usuários de drogas vem aumentando significativamente devido ao fácil acesso, o que torna esse consumo excessivo um grave problema de saúde pública. As drogas existentes afetam a percepção do indivíduo, causando mudanças comportamentais e, conseqüentemente, leva ao descuido com a saúde geral e bucal. Neste artigo, serão enfatizadas informações sobre a saúde bucal de dependentes químicos e as lesões causadas por essas substâncias na cavidade bucal, como por exemplo: xerostomia, experiência de cárie elevada, redução do fluxo salivar e capacidade tampão, bruxismo, perdas dentais, doença periodontal, halitose, quelite angular e estomatite.

Juntamente, este estudo destaca a importância do trabalho em conjunto do cirurgião-dentista com uma equipe multidisciplinar, pois além de aliviar a dor, a parceria pode contribuir significativamente para a reabilitação psicossocial desses indivíduos, auxiliando no desenvolvimento da autoestima e ampliando a sua interação social.

Palavras-chave: Dependentes químicos; Saúde bucal; Alterações bucais em dependentes químicos; Drogas ilícitas.

INTRODUÇÃO

O uso abusivo de substâncias ilícitas ou lícitas possui efeitos negativos para a saúde bucal, podendo comprometer os tecidos moles envolvidos, causar o desgaste dentário, bruxismo, doença periodontal, alterar o pH da saliva e também elevar o índice de cárie. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define uma droga psicoativa como um produto químico, natural ou sintético, que quando ingerido por qualquer via (inalação, ingestão, intramuscular, intravenosa), age sobre o sistema nervoso central, produzindo alterações físicas e/ou psiquiátricas, gerando variações ou modificando o estado psicológico, ou seja, modificando o comportamento do indivíduo. A droga mais utilizada pela população é o álcool, em seguida a maconha, cocaína, crack e fármacos psicotrópicos.

O aumento do número de dependentes químicos vem crescendo significativamente, tornando-se um dos grandes problemas de saúde pública. Diante disso, é indispensável o aprofundamento e um maior conhecimento dos profissionais da área odontológica, pois são esses profissionais que irão diagnosticar alterações bucais provocadas pelo consumo de drogas. Portanto, é preciso que a educação, prevenção e tratamento da saúde bucal estejam integrados à saúde geral, permitindo o acesso a serviços de cuidados para os dependentes químicos.

O objetivo deste artigo é informar sobre a existência de danos e lesões em tecidos moles, bem como a condição de saúde bucal em geral de dependentes químicos presentes na literatura. Nesse estudo, realizou-se uma revisão de literatura de 20 artigos publicados a

respeito das alterações bucais causadas pelo uso excessivo de drogas, os quais relatam as drogas mais utilizadas pela população, seus principais efeitos negativos em relação à cavidade oral observadas e a importância do tratamento odontológico na reabilitação desses indivíduos, sobretudo por meio dos bancos de dados Embase, Scopus, Pubmed e Scielo, artigos publicados entre 2011 e 2016.

DESENVOLVIMENTO

A dependência de entorpecentes é caracterizada por uma busca implacável e incontrolável de saciar um vício incomum, podendo ser física ou psicológica. Seu uso persistente provoca consequências nocivas à saúde local/sistêmica e pode levar ao descontrole, caracterizado pela síndrome da abstinência.

Para Marques et al. (2015, p. 26), o abuso de drogas é um dos principais problemas sociais e de saúde pública do mundo. Entretanto, as drogas envolvem várias questões que vão além da saúde, como por exemplo: o tráfico, violência, aspectos morais, entre outros.

O consumo de álcool, tabaco e outras drogas são considerados fatores de risco também para a saúde bucal e estão associados a condições e patologias orais características (FALCÃO et al., 2015).

Os dependentes em geral exibem uma condição de higiene bucal precária devido a vários fatores, incluindo a perda da autoestima, o estilo de vida e a marginalização social (FALCÃO et al., 2015). De acordo com Casotti et al. (2016, p. 632), a dependência em drogas é uma doença complexa, incurável, sendo que seu uso persiste mesmo diante de consequências extremamente negativas.

Estudos revelam que o uso de drogas, tanto lícita como ilícita, associado a deficiências nutricionais e a negligência com a higiene pessoal, resultam em efeitos prejudiciais à saúde bucal, aumentando o número de dentes cariados, perdidos, obturados e com extração indicada.

Ainda que o cirurgião-dentista se depare com muitas das manifestações da dependência das drogas na cavidade bucal, esses profissionais, geralmente, desconhecem as profundas consequências do uso, como o aumento da susceptibilidade a infecções, xerostomia e hemorragias pós-operatórias, o que pode comprometer os resultados do tratamento odontológico instituído, expondo, desnecessariamente, o paciente a riscos. Além disso, os usuários de drogas apresentam maior risco de ter a saúde bucal comprometida devido ao descuido em geral e, também, por não buscarem cuidados odontológicos, apresentarem dieta não balanceada e hábitos deficientes de higiene oral. (CASOTTI et al., 2016, p. 632)

As principais alterações bucais encontradas em usuários de cocaína e seus derivados, como o óxi ou o crack, é a gengivite ulcerativa necrosante aguda, laceração gengival, periodontite avançada e, principalmente, lesões na gengiva semelhantes a queimaduras, alto índice de cáries e perdas dentárias, candidíase e bruxismo. Esses efeitos ocorrem devido a alguns contaminantes do produto final substâncias corrosivas/irritantes, como o ácido clorídrico e a gasolina.

Outro fator que deve ser ressaltado é que, ao ser aspirada, a cocaína expõe seus efeitos vasoconstritores, fazendo com que o uso prolongado ocasione em necrose e perfuração do

septo nasal. Esse efeito vasoconstrictor gera irritação da mucosa do palato, que pode progredir para perfuração nasal e destruição dos ossos maxilares, pois o seu consumo é feito por aspiração.

A Tabela 1 abaixo apresenta as principais lesões bucais segundo a forma de administração

Tabela 1 – Principais lesões segundo a forma de administração da cocaína

Forma de administração	Principais Lesões
Fricção na gengiva	Recessões gengivais Erosão dental Perda óssea avançada Dor aguda na gengiva Xerostomia e/ou redução no fluxo salivar
Inalação	Erosão do septo nasal
Fumo	Queilite angular Ulceração Necrose na mucosa e gengiva Candidose pseudomembranosa

da cocaína (MELO et al., 2017).

O crack causa modificações nas condições bucais, já que os usuários têm maior ocorrência de cárie, erosão dentárias, doença periodontal, úlceras, candidíase oral e alterações nas células epiteliais. Esses problemas bucais ocorrem nos usuários dessa droga devido às alterações que a mesma causa no sistema imune, associado ao seu contato local e a redução do fluxo salivar (MELO et al., 2017).

A anfetamina é classificada como uma droga sintética, ou seja, fabricada em laboratório e que tem o poder de estimular o Sistema Nervoso Central, fazendo com que o cérebro trabalhe muito e mais rápido que o normal. Isso faz com que os usuários fiquem hiperativos e sem sono, apresentando efeitos semelhantes aos da cocaína (MARQUES et al., 2015). Os indivíduos que fazem o uso dessa droga apresentam xerostomia, doença periodontal, cáries rampantes e bruxismo.

A maconha, após o álcool, é a droga mais consumida no mundo inteiro (ALMEIDA et al., 2008), tendo como constituinte químico majoritário o *cannibidiol*, responsável pelos efeitos no Sistema Nervoso Central. Os pacientes que fazem o uso constante da maconha podem apresentar cárie, doenças periodontais, xerostomia, estomatite canábica e candidose.

O hábito de fumar maconha afeta a composição da microbiota bucal que, devido à diminuição na tensão de oxigênio nas bolsas periodontais, pode levar a uma seleção de bactérias anaeróbicas. Também pode afetar a capacidade de resposta das células imunológicas e, com isso, alterar a genética celular para a susceptibilidade à doença periodontal (MELO et al., 2017).

O tetra-hidro-canabinol (THC) é princípio ativo da maconha, este prejudica a produção de células de defesa do organismo e deixa o usuário sujeito às infecções em virtude da imunossupressão. Assim uma doença oportunista como a candidíase, torna-se uma manifestação que pode ser observada nesses casos. Devido à sua ação parassimpática ocorre uma redução do fluxo salivar dos dependentes. Esse e outros fatores etiológicos embasam a verificação da alta prevalência de cárie e doença periodontal em indivíduos dependentes dessa substância.

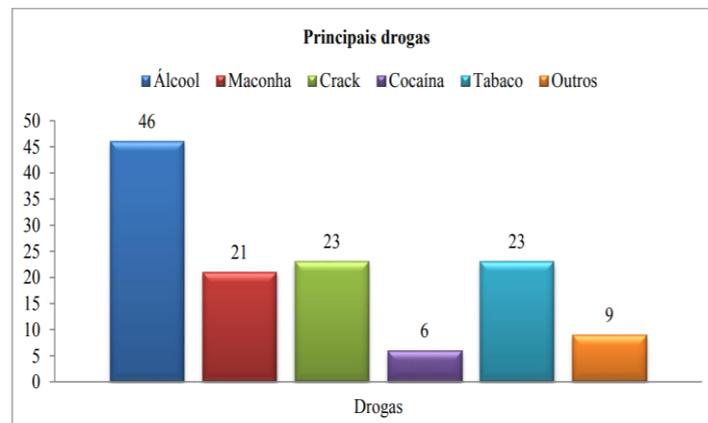
Também é indispensável ressaltar que a fumaça da maconha contém um potencial cancerígeno, sendo frequente o surgimento de leucoplasia e eritroplasia, além de ocasionar alterações no Sistema Nervoso Parassimpático, que, quando associado ao uso dos anestésicos locais com vasoconstrictores utilizados na clínica odontológica, pode levar a taquicardia no paciente.

Já quando se trata de drogas lícitas, uma delas é a nicotina. Ela age diretamente, diminuindo a resposta imunológica dos usuários, os deixando propensos à doenças sistêmicas e orais (MARQUES et al., 2015, p. 29). As principais manifestações bucais são: gengivite, periodontite com formação de bolsas periodontais, cáries, perdas dentárias e halitose. Há também um grande risco de desenvolvimento de lesões com potencial maligno. O consumo de álcool é um fator de risco para o desenvolvimento de carcinoma espinocelular, que é o tipo de câncer mais comum na cavidade oral. Quando há associação com o hábito de fumar, essa relação é ainda mais evidente, sendo observada na maioria dos indivíduos (FALCÃO et al., 2015).

Então, com base nos dados obtidos, observou-se que a principal droga mencionada foi o álcool, com 90,2% (em treze casos seu uso era isolado). Nota-se também que a cocaína foi a menos empregada, com apenas 11,8%. Constatou-se que 60,78% faziam associação de duas ou mais drogas durante o consumo (FALCÃO et al., 2015).

O gráfico 1 apresenta as principais drogas utilizadas (FALCÃO et al., 2015).

**Gráfico 1 –
Drogas**



Principais

Após a análise dos dados, pode-se observar que o gênero masculino corresponde a 92,2% dos sujeitos da pesquisa, adultos (90,2%) incluídos na faixa etária entre 20 a 60 anos. (FALCÃO et al., 2015).

A tabela 2 apresenta Índice CPO-D geral e individualizado por gênero (FALCÃO et al., 2015).

Tabela 2 - Índice CPO-D geral e individualizado por gênero

Gênero	N	%	Índice CPO D
Masculino	47	92,2	13,85
Feminino	4	7,8	11,25
Masculino + feminino	51	100	13,65

Para Côrrea e Cima (2014), é possível afirmar que vem sendo constatado diariamente um aumento significativo de indivíduos dependentes químicos, e também a falta de aprofundamento nesse assunto por parte da odontologia. Logo, devido ao consumo de drogas cada vez mais frequente, é de suma importância que os profissionais da saúde obtenham conhecimento sobre os químicos e seus efeitos, sejam eles diretos ou promovidos por interações farmacológicas.

Costa et al. (2011) mostraram no seu estudo que quanto maior o tempo de dependência pior é a saúde bucal do usuário. De modo que 78,7% das pessoas que são dependentes há mais de cinco anos tem a saúde bucal deficiente, enquanto 50% que são dependentes há menos de um ano possuem saúde bucal categorizada como boa, existindo diferença significativa ($p < 0,05$).

Tabela I - Distribuição dos dependentes químicos segundo os hábitos de higiene bucal e de acordo com a saúde bucal.

Período de Dependência	Saúde Bucal						Total	p - valor	
	Deficiente		Regular		Boa				
	n	%	n	%	n	%			
De 6 meses a 1 ano	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	100,0	0,002
Entre 1 e 5 anos	4	66,7	2	33,3	0	0,0	6	100,0	
Mais de 5 anos	48	78,7	12	19,7	1	1,6	61	100,0	
Total	53	76,8	14	20,3	2	2,9	69	100,0	

Diante dos resultados, é possível afirmar que quanto maior for o período de dependência química mais precária será a saúde bucal do usuário, e que essa precariedade está diretamente relacionada aos hábitos de higiene bucal dos dependentes químicos.

Costa et al. (2011) observaram a necessidade da inserção do cirurgião-dentista nos projetos de recuperação oferecidos aos pacientes droga-dependentes e da realização de programas de promoção e de recuperação da saúde bucal. Ressalta-se que deve ser considerada a problemática biopsicossocial inerente à realidade dos dependentes químicos, os quais devem estar integrados aos programas de recuperação e reintegração desses à sociedade.

Corrêa e Cima (2014) realizaram um estudo com 40 indivíduos que se encontravam em recuperação de dependência química no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Passo Fundo, no período de maio a julho de 2014. Nesse estudo foi mostrado que no total de 40 entrevistados, 20 eram mulheres e 20 eram homens (figura I). Mais da metade dos indivíduos (58%) relatou fazer o uso do fio, pasta e escova dental; o restante (42%) relatou não realizar nenhum tipo de higiene com esses componentes (figura II). A motivação que levou ao início do uso de drogas de 50% dos pacientes foi a curiosidade, 45% para relaxar e 5% por influência (figura III), sendo que 61% foram influenciados por amigos, 22% por traficantes e 17% pelo irmão (figura IV). As drogas mais utilizadas pelos dependentes são o crack (25%), cocaína (25%) e maconha (25%), em seguida o álcool (22%) e por último a cola (3%). 80% dos usuários faz o uso da droga pelo menos quatro vezes ao dia e o restante fez o uso pelo menos duas vezes por semana (figura V). 95% dos usuários apresentaram cárie e doença periodontal e 5% apresentaram lesões em mucosa (figura VI).

Figura 1: Gênero

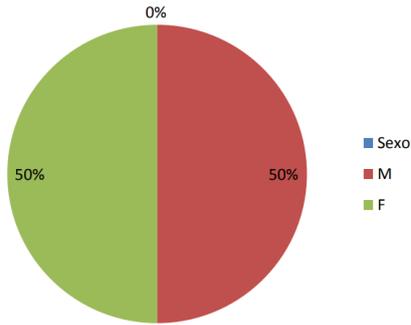


Figura 2 – Faz uso de fio dental, pasta dental e escova de dentes.

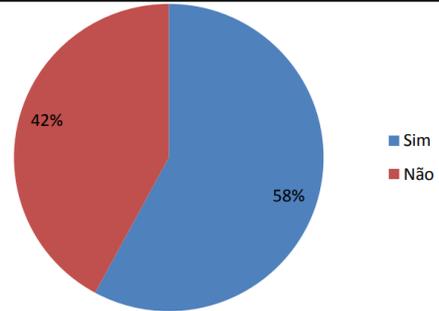


Figura 3 – Motivação que levou ao início do uso de drogas.

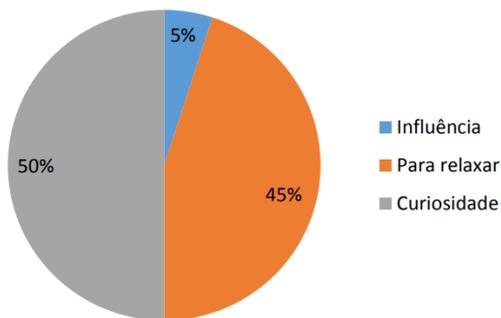


Figura 4 – Influência de pessoas para a obtenção da droga.

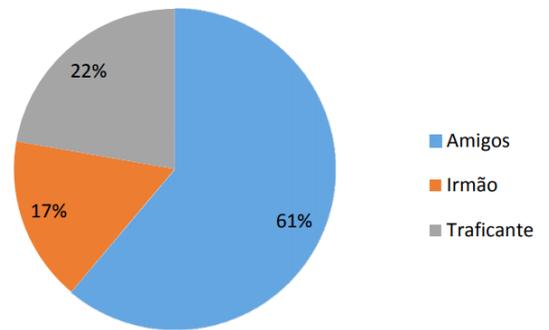


Figura 5 – Com que frequência fez uso de drogas.

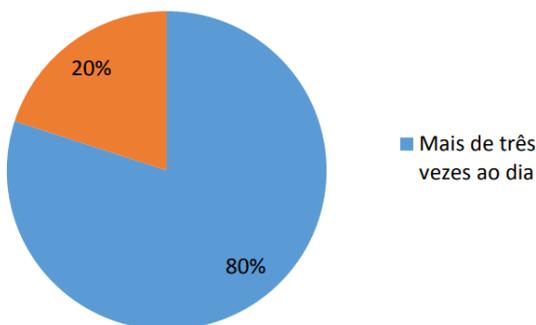


Figura 6 – Doenças acometidas por drogas.



Com base nessas figuras, podemos confirmar com os estudos de KIDD. et al. MIERS, D.R et al. que os dependentes químicos que associam as demais drogas com o álcool tendem a ter perda dental excessiva. Isso ocorre porque o álcool tem atuação direta no periodonto de sustentação dos dentes, já que existe um efeito tóxico direto entre o álcool e o periodonto, resultando em doença periodontal. Ocorrem modificações no metabolismo proteico das células, desencadeando numa interferência no processo de osteogênese e consequente reabsorção da crista óssea alveolar.

A Odontologia pode contribuir para a reabilitação desses usuários, aliviando a dor e auxiliando na interação social, tendo em vista que a recuperação implica o resgatar do ser humano em todos os aspectos, eliminando o significado psicológico das drogas (FALCÃO et al., 2015). Os indivíduos dependentes químicos necessitam de uma atenção especial do cirurgião-dentista durante o seu atendimento, pois na maioria dos casos serão os profissionais dessa área os primeiros a terem a oportunidade de diagnosticar o surgimento de possíveis alterações ocorridas devido ao uso abusivo de drogas.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo evidenciou que os indivíduos dependentes químicos, pertencentes ao grupo estudado, apresentam diversas alterações bucais que comprometem significativamente a saúde bucal e, conseqüentemente, o tratamento/recuperação desse paciente. Saliencia-se a necessidade de se elaborar e efetuar um tratamento odontológico em conjunto com uma equipe, tendo em vista que a dependência química, juntamente com a higiene bucal precária, possui causa multifatorial.

Diante disso, destaca-se que é de suma importância a interação entre o cirurgião-dentista e os demais profissionais, já que, para Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se saudável aquele que apresentar bem-estar físico, mental e social. Dessa forma, não só a saúde bucal do paciente será beneficiada, mas também a sua reabilitação total.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. D.; NAI, A. G; PARIZI, S. L. J. Avaliação da ação do uso de drogas na saúde bucal de dependentes químicos. **Colloquium Vitae**. São Paulo v. 5, n. 1, p. 40-58, 2013.
- AMARAL. A. S ; GUIMARÃES. M. I. Manifestações orais do uso de metanfetaminas. Revista **Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. Portugal v. 53, n. 3, p. 175-180, July–September 2012.
- ANTONIAZZI, R. P.; et al. Efeito do crack nas condições bucais: revisão de literatura. **Braz J Periodontol**. Rio Grande do Sul v. 23, n. 1, p. 13-18, Março 2013.
- CIMA, T.; CORRÊA, K. Alterações bucais em dependentes químicos. **J Oral Invest**. Rio Grande do Sul v.3, n.1, p. 8-12, 2014.
- COSTA, S. K. P.; et al. Fatores Sociodemográficos e Condições de Saúde Bucal em Droga Dependentes. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. João Pessoa v.11, n.3, p. 99-104, Jan./mar. 2011.
- FALCÃO, C. A. M.; et al. Saúde bucal em dependentes químicos. Revista **Interdisciplinar Ciências e Saúde**. Piauí v. 2, n. 3, p. 112-121, ago-out 2015.
- GUPTA, T.; et al. Oral health status of a group of illicit drug users in Delhi. **Community Dental Health**. Índia v. 29, n. 1, p. 49–54, 2012.
- HANIOKA T. et al., Uso do Tabaco e Saúde Bucal. **BMC Public Health**, p. 11-221, 2011.

MARQUES, L. A. R. V.; et al. Abuso de drogas e suas consequências na saúde oral: uma revisão de literatura. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**. Ceará v.11, n.1, 2015.

MELO, C. F. D.; et al. Manifestações orais de usuários de drogas ilícitas: uma revisão de literatura narrativa. **Revista Ceuma Perspectivas**. Maranhão v. 29, n. 1, p. 98-105, 2017.

OLIVEIRA, M. F. N; et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento em usuários de drogas institucionalizados. **Rev. Saúde**. Bahia v.12, n. 3, p. 631-637, 2016.

PRABHAT, C. K; GUPTA, D. N; SAINI, K .G. Drug addiction and periodontal diseases. **J Indian Soc Periodontol**. India v. 17, n. 5, p.587-591, 2013.

PORTINHO, C. P.; et al. Reconstrução palatina com retalho livre antebraquial em um paciente com destruição do terço médio da face por abuso de cocaína (Síndrome da Lesão Destrutiva Induzida por Cocaína): Relato de caso e revisão da literatura. **Rev. Bras. Cir. Cabeça e pescoço**. V. 44, n. 1, p. 21-23 Janeiro/Fevereiro/Março 2015

ROMÃO, D. A.; et al. Experiência de cárie dentária em usuários de drogas psicoativas. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória v. 8, n. 3, p. 137-143, jul-set, 2016.

ROSENBAUM, C. H.; et al. Dental precautions in treating drug addicts: A hidden problem among teens and preteens. **The American Academy of Pedodontics**. Vol.2, N.2, p. 94-96, 1979.

SANTOS, B. F. E.; et al. Drug addiction: self-perception of oral health. **Rev Bras Promoção de Saúde. Fortaleza** v.28, n. 4, p. 479-486, out./dez 2015.

SHEKARCHIZADE, H.; et al. Saúde bucal de usuários de drogas: uma revisão dos efeitos sobre a saúde e Cuidado. **J Publ Health**. Irã v. 42, n.1, p. 929-940, 2013.

SORDI, M. B.; et al. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine/crack substances. **Original Research Social/Community Dentistry**. Santa Catarina v. 31, n. 31, p. 1-11, Oct 10, 2017.

VIRTANEN, J. I.; et al. Saúde oral de abusadores de drogas: uma revisão dos efeitos e cuidados da saúde. **Iranian public health association & tehran university of medical sciences**. Iran v.42 , n. 1, p.929-940 ,2013.

ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Haminson de Paula Rodrigues¹; Hugo Piske Plantikow¹; Kattheem Karine Barbosa Rodrigues¹; Sabrina Boldrini Ximenes¹; Valéria da Penha Freitas²; Patrícia de Oliveira Penina²; Karla Firme Leão Borges².

1. Acadêmico de Odontologia na Faculdade Brasileira- Multivix Vitória
2. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira- Multivix Vitória.

RESUMO

A Odontologia no Brasil teve um crescimento no que se refere ao seu acesso nas unidades de saúde das diferentes regiões do país, incluindo as áreas rurais. Esta revisão de literatura teve como finalidade analisar as políticas públicas de saúde bucal desde a sua inclusão no sistema único de saúde, avaliando os objetivos dessas políticas na teoria e contrastando com dados provenientes de diversas pesquisas quantitativas e avaliações qualitativas dos indivíduos envolvidos. Artigos científicos publicados a partir de 2010 foram pesquisados nos portais MedLine, Lilacs e SciELO. Apesar de ser um ótimo projeto e ter conseguido expandir os cuidados para com a saúde bucal, foram observadas muitas dificuldades ainda enfrentadas. Índices de cárie e perda de elementos dentais diminuíram consideravelmente após a implementação do programa, no entanto, um grande número de pessoas busca atendimento privado mesmo com o atendimento universal que o SUS oferece e isso se dá, principalmente, devido às dificuldades como a marcação de consultas, grandes filas e horários restritos.

Palavras-chave: Política Pública, Saúde Bucal, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This review purposed to analyze the oral health public policies since its beginnings, evaluating the objectives of these policies in theory and contrasting with data from several quantitative researches and qualitative evaluations of the individuals involved. Scientific articles published since 2010 were searched in the portals MedLine, Lilacs and SciELO. It's possible to observe that despite this to be a great project, many difficulties are still faced. The caries indices and loss of dental elements have decreased considerably after the implementation of the program, however a large number of people seek private care even with the universal care that the SUS offers and this happen, mainly, because of the difficulties of marking appointments, large queues and restricted hours, for example.

Keywords: Public Policy, Oral Health, Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A Odontologia no setor público evoluiu de modo que o dentista deixou a atuação individual e padrão mutilante e aderiu a um sistema de atenção à saúde bucal (PUCCA JUNIOR et al., 2015). O acesso dos brasileiros à saúde bucal durante anos foi extremamente difícil e limitado, fazendo com que o principal tratamento oferecido fosse a exodontia, que perpetuou a visão da Odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica (SPEZZIA; CARVALHEIRO; TRINDADE, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao conceituar “saúde bucal”, destaca que esta corresponde a muito mais do que ter bons dentes, abrangendo o denominado complexo craniofacial, constituído pelas estruturas e tecidos dentários, bucais, faciais e do crânio. Para a OMS, a saúde bucal é parte da saúde geral, essencial para o bem-estar das pessoas (NARVAI, 2011).

A bioética visa proteger a qualidade da vida humana, sendo a saúde um dos fatores para essa qualidade. A integridade dos serviços de saúde bucal, principalmente para aqueles em estado vulnerável, é vista como medida protetora do Estado. A bioética da proteção é uma excelente proposta no que se refere à análise da ética das políticas públicas e às diretrizes do PNSB, pois ambas visam cumprir as expectativas do dever protetor do Estado em suprir as necessidades da população (COSTA et al., 2012).

O dever protetor do Estado é definido constitucionalmente como garantia do direito universal a saúde, incluindo a saúde bucal. Os serviços oferecidos pelo Estado devem sanar as necessidades essenciais dos indivíduos com direito a saúde bucal e proteção dos determinantes de saúde em ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação (COSTA et al., 2012).

A saúde pública odontológica desenvolvida a partir de 1950 foi uma das precursoras das práticas coletivas de saúde bucal e esta foi dividida em duas fases: a preventiva, com a introdução de colutórios fluoretados e flúor tópico, e a curativa, destinada a crianças entre 6 e 14 anos dentro do ambiente escolar (SOARES, 2012).

A Odontologia Preventiva e Social teve grande influência em três políticas estatais de grande amplitude: (1) fluoretação de água de abastecimento público; (2) fluoretação de dentifrícios e criação de outras tecnologias como os selantes e flúor tópico; (3) o primeiro levantamento epidemiológico visando avaliar a saúde bucal da população brasileira (SOARES, 2012). Segundo Chaves (2012), a principal crítica do modelo de saúde pública é o foco em grupos prioritários (crianças e gestantes) e a incapacidade de abordar questões estruturais, como as desigualdades.

Visando ampliar o atendimento odontológico público para além do tradicional grupo materno-infantil, foi proposto o atendimento de crianças, gestantes e urgência odontológica nas unidades básicas de saúde, a incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e o estabelecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (ANTUNES; NARVAI, 2010).

O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, deu início à oferta do atendimento odontológico na rede pública. Antes desse período, as ações oferecidas pelo Ministério da Saúde limitavam-se apenas à fluoretação das águas de abastecimento (GIGANTE; GUIMARÃES, 2013).

O Brasil possui um sistema de saúde universal, financiado pelo setor público, que evolui de tal forma a possibilitar assistência médica a todos os brasileiros, com enfoque na atenção primária. Esse sistema enfrenta desafios devido à dificuldade de indivíduos de baixa renda acessarem serviços de saúde bucal. Inicialmente, os cuidados com saúde bucal possuíam alcance muito limitado, no entanto, após 2004, esse setor passou a ser uma dentre as quatro prioridades do SUS com a implantação do Programa Nacional de Saúde Bucal (PUCCA JUNIOR et al., 2015).

Algumas das estratégias de redução das desigualdades sociais em saúde bucal são da Saúde da Família, adição de flúor nas águas de abastecimento, além do acesso a tratamentos especializados e investigações desses investimentos. A coleta sistemática de dados de qualidade e a construção de bancos nacionais, com informações sobre a saúde no Brasil, permitem esse monitoramento e contribuem para a construção e aperfeiçoamento do SUS (PERES et al., 2012).

O Programa Saúde da Família mudou o foco do modelo assistencial brasileiro, mas a necessidade de atenção à saúde bucal da população brasileira só foi contemplada com o acréscimo das Equipes de Saúde Bucal às Equipes do PSF já existentes. O Projeto Brasil Sorridente apresentou algumas falhas, mas se manteve empenhado - e já demonstra isso pelos resultados do Projeto SB Brasil 2010 - em realmente melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira (GIGANTE; GUIMARÃES, 2013).

A Pesquisa Nacional de Epidemiologia sobre Saúde Bucal publicada em 2003, pelo Ministério da Saúde, avaliou a situação bucal da população brasileira e demonstrou que havia grande experiência de cárie em crianças e adolescentes e muita perda de elemento dentário em adultos e idosos. Nas regiões Norte e Nordeste, por exemplo, apenas 10% dos idosos tinham 20 ou mais dentes, 75% não apresentavam nenhum dente funcional e 36% não possuíam prótese (PUCCA JUNIOR; LUCENA; CAWAHISA, 2010).

Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde entre 2002 e 2003 relata que 13% dos adolescentes nunca havia ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente. Para mudança de um quadro drástico, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal junto do Programa Brasil Sorridente, cujo objetivo era garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, buscando aprimorar a qualidade de vida da população. Tal atitude teve como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde no âmbito da saúde bucal (SPEZZIA; CARVALHEIRO; TRINDADE, 2015).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) abrange a organização de atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção, priorizando a capacitação de profissionais, a inclusão de procedimentos complexos na atenção básica, a reorganização do atendimento especializado, inclusão da saúde bucal nos ambientes hospitalares, o acesso a serviços de saúde bucal, segundo linhas de atenção ou condições de vida, e a ampliação do acesso à água de abastecimento fluoretada (SOARES, 2012).

Segundo Scarparo et al. (2015), o Programa Brasil Sorridente tem como principal objetivo a reorganização da prática, bem como a qualificação das ações e serviços ofertados com ampliação do acesso ao tratamento odontológico por meio SUS. Suas principais linhas, segundo Gigante e Guimarães (2013), envolviam a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal por meio do PSF, a ampliação e qualificação da Atenção Especializada por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Dentre as ações do Brasil Sorridente está a fluoretação da água, que segundo o Ministério da Saúde já atendia 63,7% da população em 2013. No entanto, foi observado o aumento da prevalência de doença periodontal moderada e severa e a associaram com a diminuição da perda de elementos dentários. (PUCCA JUNIOR et al., 2015).

Segundo dados apresentados por Chaves (2012), oriundos de uma pesquisa nacional de 2010, o índice CPOD de crianças de 12 anos caiu 25% de 2003 a 2010 (de 2,8% a 2,1%). Nesse mesmo período, a porcentagem de crianças livres de cárie aumentou de 31% para 44%, e ao observarmos crianças de até 5 anos, 44% apresentam CPOD=0, contra os 40,6% da pesquisa de 2003. Uma das prováveis explicações para essa redução se deve principalmente a fluoretação das águas de abastecimento público, dentifrício fluoretado e atividades de prevenção comunitária. Os indicadores para a população adulta demonstraram pouco progresso, visto que as melhorias foram na idade escolar e apenas irão refletir na população adulta a longo prazo.

Durante seus 10 primeiros anos, mais de US\$2,6 bilhões foram investidos em diversas áreas que incluem estudos científicos e capacitação de membros da equipe de saúde bucal. O Programa Brasil Sorridente elevou em 50% o número de dentistas trabalhando no SUS, e estima-se que até 2020 haja 30 000 profissionais da saúde bucal (dentre dentistas, técnicos e assistentes) trabalhando no sistema. (PUCCA JUNIOR et al., 2015).

Em 10 anos, a quantidade de equipes de saúde bucal cresceu 445%, e juntamente com a equipe de saúde da família atuam em todo o território nacional. Há pelo menos uma equipe de saúde bucal em 89,5% das cidades brasileiras, que atuam tanto clinicamente como também em ações comunitárias (educação em saúde, aplicação de flúor, escovação supervisionada). Além disso, a criação das clínicas de especialidades odontológicas (CEO) garantiu uma linha completa de cuidados odontológicos ao oferecer os serviços de atenção secundária (PUCCA JUNIOR et al., 2015).

A forma com que a incorporação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família tem se expandido em todo o país tornou-se um importante instrumento da nova organização de recursos físicos, humanos e tecnológicos, assim como afirmação de resposta efetiva às reais necessidades de saúde bucal da população (BORDIN et al., 2016).

Enquanto alguns países focaram o atendimento em pacientes de grupos vulneráveis e de alto risco, no Brasil, as políticas são a nível populacional. Esses modelos populacionais reconhecem que a saúde bucal está associada com fatores ambientais e sociais e necessitam de estratégias apropriadas, no entanto, estes apresentam limitações, como o custo elevado, que muitas vezes dificulta sua implementação. Publicações mostram que, apesar da efetividade do programa com relação ao acesso e aos cuidados de saúde bucal, continua-se tendo dificuldade de implementação de alguns princípios da política (HARNAGEA et al., 2018). Para que a PNSB possa continuar avançando na busca da integralidade da atenção e a realizar seu objetivo estratégico de mudar o modelo de atenção à saúde bucal, é preciso ir além e operar, produzindo transformações nos serviços de saúde, nas relações que concretamente se estabelece entre profissionais de saúde, nos usuários do SUS, nas políticas públicas e nas três esferas de governo (NARVAI, 2011).

ACESSIBILIDADE

Uma enorme dificuldade encontrada pela rede pública é proporcionar a expansão do atendimento odontológico para além do grupo materno-infantil, pois os meios destinados para essa finalidade, apesar de crescentes, não são suficientes para atender prontamente todas as potenciais necessidades da população (SPEZZIA; CARVALHEIRO; TRINDADE, 2015).

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 e 2008, realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram comparados com os de 1998 para a investigação do acesso e uso de serviços odontológicos. O número de pessoas que nunca consultou o dentista diminuiu, sendo 18,7%, em 1998, 15,9%, em 2003, e 11,7%, em 2008. Observou-se redução na diferença absoluta da não utilização do serviço odontológico a partir dos nove anos, diminuindo para cerca da metade aos 15 e aos 19 anos (PERES et al., 2012).

Recentemente, Castro et al. (2016) buscaram avaliar a acessibilidade e qualidade dos serviços públicos de saúde bucal da perspectiva do paciente por meio de um questionário aplicado entre agosto de 2012 e dezembro de 2013, em João Pessoa, na Paraíba. A maioria dos participantes avaliaram favoravelmente os serviços. Aqueles que avaliaram de modo negativo, justificaram com base na dificuldade em conseguir cuidados dentais especializados pela dificuldade em marcar consultas, falta de remédios, horários de atendimento restritos e infraestrutura deficiente. Com relação à natureza resolutiva, a maioria dos indivíduos classificou positivamente e se demonstrou satisfeita. Os insatisfeitos com os serviços alegaram que a dificuldade de acesso aos locais de atendimento, a existência de filas, além da falta de material e equipamento, causa a referida insatisfação.

Bordin et al. (2016) realizaram uma pesquisa junto a usuários do serviço odontológico, profissionais da saúde bucal e agentes comunitários da saúde do município de Ponta Grossa, no Paraná. Os resultados mostram a necessidade das seguintes melhorias: estrutura física, sistema de agendamento de consultas, tempo de espera e filas para o atendimento e número de atendimentos diários. Observou-se também a falta de humanização, de acolhimento e a baixa cobertura da atenção odontológica. Profissionais da ESB expuseram necessidades de melhorias relacionadas às suas condições de trabalho, como a ampliação do espaço e melhora na ventilação. Os ACS apontaram as deficiências do binômio profissional-paciente, visando o conforto e a maior disponibilidade de equipamentos adequados. Os usuários enfatizaram melhorias nos recursos primordiais ao atendimento, como na qualidade e quantidade de insumos e equipamentos odontológicos (BORDIN et al., 2016).

COMPARAÇÃO COM OUTROS SISTEMAS DE SAÚDE MUNDIAIS

Neumann e Quiñonez (2014) compararam o sistema de saúde no Brasil com o de países como Estados Unidos (EUA), Reino Unido, França e Canadá. Segundo eles, no Brasil, mesmo após a implantação do Programa Brasil Sorridente, os serviços bucais são financiados principalmente pela iniciativa privada, sendo sugerido que apenas 10,4% dos gastos sejam financiados por recursos públicos. Isso também ocorre nos EUA, cujos serviços odontológicos são prestados principalmente pela iniciativa privada, sendo apenas 9,3% por recurso público. No Canadá, apesar do sistema de saúde ser predominantemente público, a saúde bucal é praticamente toda financiada pela iniciativa privada. Uma pesquisa realizada entre 2007 e 2009 relatou que apenas 5,5% da população canadense tem acesso aos serviços públicos de

saúde bucal. Já o Reino Unido tem acesso imediato a serviços orais urgentes, além de ter direito a todos os tratamentos clínicos necessários, sujeito a um co-pagamento (46% dos gastos odontológicos são financiados pelo governo). Na França não há um verdadeiro serviço odontológico público, porém todos têm direito a cuidados bucais, sendo que normalmente os pacientes pagam ao dentista pelo tratamento e depois solicitam o reembolso de parte do custo (NEUMANN; QUIÑONEZ, 2014).

IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS

Navarro, Modena e Bresciani (2012) salientaram sobre a importância da saúde bucal e do cuidado odontológico para crianças, visto que boas funções orais são fundamentais para uma alimentação adequada, desenvolvimento da fala e formação de uma autoimagem positiva. Uma associação significativa entre cáries e baixo índice de massa corporal (IMC) em crianças filipinas de 12 anos foi observada particularmente entre infecções cariosas com comprometimento pulpar. Sugeriu-se, então, que a saúde bucal fosse incluída na atenção primária para crianças, como forma de melhorar seu crescimento e bem-estar. No Brasil, essa associação também foi observada por pesquisadores. Segundo estudo realizado com crianças entre 12 e 59 meses, aquelas que estavam abaixo do peso apresentavam 5,58 vezes mais chances de apresentarem cárie precoce do que aquelas com peso e estatura normal (NAVARRO; MODENA; BRESCIANI, 2012).

SAÚDE PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Freitas et al. (2011) destacam a trajetória dos quilombolas durante a história do Brasil, e relata que a escravidão foi precursora para o início de um processo de exclusão, desigualdade e racismo, sendo necessário que as políticas públicas proporcionem uma maior inclusão social e, principalmente, um maior acesso aos serviços de saúde para tal população. Vale ressaltar que o acesso à saúde no Brasil é ainda uma questão muito polêmica desde a criação do SUS, que apresentou falhas na inclusão de pessoas marginalizadas. Para os autores, as políticas públicas em saúde devem buscar a equidade por meio da atenção inclusiva a grupos especiais, de maneira especial a comunidades quilombolas brasileiras, visando promover um crescimento humano e social.

SAÚDE DO TRABALHADOR

Compreendendo que a saúde bucal não pode ser dissociada da saúde geral, é importante discutir a inclusão do cirurgião-dentista do trabalho na meta das políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador. Infelizmente, os achados ainda apontam para uma Odontologia Ocupacional, que envolve uma atuação assistencialista do cirurgião-dentista. O papel do cirurgião-dentista do trabalho deve ser pautado na identificação, na avaliação e na vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal do trabalhador. O trabalho deve ser também considerado como um dos determinantes no processo saúde-doença (DANTAS et al., 2015).

FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Apesar da aproximação da Odontologia aos conhecimentos e práticas que integram um conjunto mais amplo, denominado como Saúde Coletiva, a profissão permanece centrada em uma prática tecnicista, dando foco na assistência odontológica ao indivíduo doente e realizada quase com exclusividade por um sujeito individual em um ambiente restrito. Segundo o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB7, esta permanece como fator de exclusão social e seu enfrentamento exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes, sendo necessárias políticas intersetoriais, que visam a promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, principalmente, compromisso do Estado em suas três esferas de governo. Na Odontologia, a educação tem sido historicamente influenciada por uma visão fragmentada e reducionista da saúde, acarretando em um fracionamento do conhecimento e causando uma deficiência na formação de profissionais generalistas com perfil adequado para trabalhar com enfoque no coletivo (ALMEIDA; ALVES; LEITE, 2010).

CONCLUSÃO

Por meio de tais análises, foi possível revelar uma diversidade de abordagens sobre o acesso na formulação e implementação de políticas públicas, e na sua capacidade para mudanças na organização do sistema de saúde. Foram observados avanços na diminuição das iniquidades e na ampliação do acesso na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que tange a atenção básica. Foi visto também limites relacionados a acessibilidade, fragmentação, descentralização e regionalização da rede de assistência, com inadequação no processo de acolhimento e da atenção a grupos específicos, além das assimetrias regionais. A simples existência e disponibilidade do serviço não garantem acessibilidade. A dificuldade de marcar consultas e presença de longas filas indicam a fragilidade desse sistema. Observa-se, portanto, a necessidade no Brasil de se aumentar a cobertura pública de cuidados bucais alocando mais recursos para este fim.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G.. Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único de saúde, **Revista de APS**, n. 1, v. 13, p. 126-132, 2010.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde, **Re. Saúde pública**, v. 44, n. 2, p.360-365, 2010.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise, **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 11, v. 17, p. 2865- 2875, 2012.
- BORDIN, D. et al. Considerações de profissionais e usuários sobre o serviço público odontológico: um aporte para o planejamento em saúde, **Rev. APS**, n. 2, v. 19, p. 221-229, 2016.
- CASTRO, R. D. et al. Accessibility to Specialized Public Oral Health Services from the Perspective of Brazilian Users, **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n.10, p. 1026, 2016
- CHAVES, S. C. L. Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models. **Brazilian Oral Research**, v. 26, n. 1, p. 71-81, 2012.

- COSTA, S. M. et al. Política nacional de saúde bucal e bioética da proteção na assistência integral, **Rev. Bioética**, v. 20, n. 2, p. 342-348, 2012.
- DANTAS, J. P. et al. O papel do cirurgião-dentista do trabalho no contexto das políticas públicas em saúde do trabalhador: artigo de revisão, **Rev RFO**, v. 20, n. 1, p. 115-121, 2015.
- FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidade quilombolas: uma revisão da literatura, **Rev CEFAC**, n. 5, v. 13, p. 937-943, 2011.
- GIGANTE, E. C.; GUIMARÃES, J. P. A trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS, **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, n. 3, v. 2, p. 66-77, 2013.
- HARNAGEA, H. et al. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. **BMC Oral Health**, n. 23, v. 18, 2018.
- NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, n. 3, v. 5, p. 21-34, 2011.
- NAVARRO, M. F. L.; MODENA, K. C. S.; BRESCIANI, E. Social disparity and oral health. **Brazilian Oral Research**, v. 26, n. 1, p. 17-24, 2012.
- NEUMANN, D. G.; QUIÑONEZ, C. A comparative analysis of oral health care systems in the United States, United Kingdom, France, Canada, and Brazil. **Network for Canadian Oral Health Research**, v. 1, n. 2, 2014.
- PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev Saúde Pública**, n. 2 v. 46, p. 250-258, 2012.
- PUCCA JUNIOR, G. A. et al. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **Journal of dental research**, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.
- PUCCA JUNIOR, G. A. et al. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. **Brazilian Oral Research**, v. 24, n.1, p. 26-32, 2010.
- SCARPARO, A. et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 409-415, 2015.
- SOARES, C. L. M. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. **Brazilian Oral Research**, v. 26, n. 1, p. 94-102, 2012.
- SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E. M.; TRINDADE, L. L. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 72, n. 1/2, p. 109-113, 2015.

MUDANDO UM SORRISO COM TÉCNICAS NÃO INVASIVAS

Valéria da Penha Freitas¹; Denise Carvalho Roxo²; Patrícia de Oliveira Penina³; Karla Firme Leão Borges⁴, Flávio Xavier de Almeida⁵, Lenize Werneck Poubel Henriques⁶

1. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira- Multivix Vitória, Especialista em Prótese Dentária, Mestre em Clínica Odontológica/UFES e Doutora em Clínica Odontológica Faculdade São Leopoldo Mandic/ SP.
2. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira- Multivix Vitória; Especialista e Mestre em Dentística Restauradora; Doutora em Odontologia
3. Docente e Coordenadora do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira- Multivix Vitória, Doutora em Endodontia Faculdade São Leopoldo Mandic
4. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira- Multivix Vitória, Especialista em Radiologia Puccamp-SP, Especialista em Estomatologia Faculdade São Leopoldo Mandic, Mestre em Radiologia Faculdade São Leopoldo Mandic/SP.
5. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira- Multivix Vitória, Especialista em Periodontia Unesp/ Araraquara, Mestre em Odontologia Faculdade São Leopoldo Mandic.
6. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira- Multivix Vitória, Especialista em Implantodontia Faculdade Ciodonto, Mestre em Odontologia Faculdade São Leopoldo Mandic.

RESUMO

A odontologia estética tende a agregar procedimentos invasivos e, muitas vezes, de alto custo para a transformação do sorriso. Há pacientes que ainda apresentam a resistência de permitir desgastes dentários para mudanças estéticas e, em outros casos, por conta dos custos de um tratamento estético, envolvendo etapa laboratorial, deixam de realizar o tratamento. Buscar um resultado estético favorável às expectativas da paciente por meio de técnicas conservadoras. Foram realizadas técnicas de clareamento externo, caseira e ambulatorial. O elemento 12 escurecido, com tratamento endodôntico, também foi submetido ao clareamento externo. Após duas semanas do tratamento clareador, foram realizadas as substituições das restaurações anteriores e o fechamento do diastema com resina composta. O elemento 12 apresentou uma resposta ao tratamento clareador bastante favorável, o que permitiu realizar as restaurações de resinas compostas de forma harmônica. O resultado foi considerado satisfatório esteticamente e conservador, uma vez que não ocorreu a realização de preparos dentais.

Palavras-chave: estética dental, clareadores, resinas compostas.

ABSTRACT

Introduction: Aesthetic dentistry tends to aggregate invasive and often costly procedures for the change of the smile. There are patients who still have the resistance to allow dental wear for aesthetic changes and, in other cases, because of the costs of an esthetic treatment by prosthesis, they do not perform the treatment. Achieve an aesthetic result favorable to the patient's expectations, through conservative techniques. External bleaching techniques, at home and in office. The darkened element 12, with endodontic treatment, was also submitted to external bleaching. After two weeks of the bleaching treatment, replacements of the previous restorations and closure of the diastema with composite resin were performed. The element 12 presented a very favorable response to the whitening treatment that allowed the restoration of composites in a harmonic way. The result was considered aesthetically and conservatively satisfactory, since the preparation of dental preparations did not occur.

Keywords: dental esthetics, bleaching agents, composite resins

INTRODUÇÃO

A odontologia restauradora atual é amplamente representada por mudanças estéticas em um sorriso. Muitas são as alternativas possíveis para se alcançar a beleza do sorriso. Algumas técnicas irão simplesmente restabelecer de forma biológica e funcionalmente o elemento no meio bucal, outras irão transformar a forma, tamanho, disposição e cor dos elementos, tornando-os mais agradáveis esteticamente em um sorriso. As técnicas podem ser do tipo invasivas ou não invasivas, dependendo da condição e necessidade do caso. São consideradas invasivas aquelas que requerem pouco ou amplo desgaste nos elementos dentais e as não invasivas são as que mantêm a estrutura dental remanescente sem desgastes realizados por preparos cavitários amplos. Os planejamentos para mudança estética são feitos de acordo com a condição clínica, necessidade e expectativas do paciente e capacitação do cirurgião-dentista. Várias são as opções para a realização de tratamentos estéticos conservadores em razão dos materiais disponíveis e das técnicas atuais. Isso permite com que o profissional individualize o tratamento dentro da realidade de cada paciente. Desde 1987, Heymann já havia comentado que o cirurgião-dentista deveria empregar técnicas que modificasse de forma natural e conservadora um sorriso. Sabe-se que a resistência do dente está relacionada diretamente com a quantidade de dentina (TJAN; WHANG, 1985; SEDGLEY; MESSER, 1992). Assim, quanto mais invasivo um desgaste, maior perda estrutural do elemento. Os materiais restauradores substituem estruturas perdidas do dente, mas não apresentam propriedades mecânicas idênticas às estruturas dentárias (ANUSAVICE, 1998).

O clareamento dental é bastante aplicado na clínica odontológica e considerado uma técnica conservadora da dentística (KHOROUSHI; AGHELINEJAD, 2011; MARTINELLI, 2004). A aplicação de resina composta para a restauração de dentes também é considerada conservadora, apresentando a vantagem de ser facilmente reparada, dispensando a etapa laboratorial e tendo um menor custo (BARATIERI, 2017). O caso a ser relatado foi planejado de acordo com as expectativas da paciente, que desejava mudança estética sem comprometimento estrutural dos elementos dentários.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, gênero feminino, idade 46 anos, compareceu à clínica relatando insatisfação com os dentes escurecidos. A paciente apresentava insatisfação, principalmente com a cor do elemento 12, que possuía tratamento endodôntico (Figura 1). A mesma desejava melhoria estética sem desgastes dentários para tal condição. O mais importante para ela era manter a estrutura dos elementos dentais sem desgaste. Mesmo sendo informada que o resultado estético seria limitado, devido à alteração de coloração do elemento 12, a paciente preferiu fazer a tentativa do tratamento estético conservador. O planejamento foi desenvolvido de acordo com as expectativas da paciente, ou seja, sem a realização de preparos dentários. Foi proposto realizar a técnica de clareamento total caseiro conjugada à técnica de clareamento de consultório, substituição de todas as restaurações anteriores, fechamento de diastema entre o 11 e 21 e colocação de um pino de fibra de vidro com núcleo de resina composta no elemento 12. A paciente estava bem conscientizada de que a resposta do tratamento clareador do elemento 12 seria limitada. Após concordar com o planejamento proposto, o tratamento foi iniciado pelo processo de clareamento caseiro utilizando peróxido de carbamida 15% (Opalescence/ Ultradent) em moldeiras de silicone, confeccionadas a vácuo sobre os modelos superior e inferior da paciente. Após quatro semanas de uso desse produto, foi aplicado o gel peróxido de carbamida 20% (Opalescence/ Ultradent) em moldeira de silicone,

na região referente ao elemento 12, por três semanas. Após isso, foram realizadas duas sessões de clareamento externo ambulatorial no elemento 12, utilizando peróxido de hidrogênio 37,5% (Pola Office/ SDI). Após duas semanas de conclusão da etapa do tratamento clareador, foram substituídas todas as restaurações anteriores e fechamento de diastema entre o 11 e 21, utilizando resina IPS Empress direct (Ivoclar Vivadent) nas cores A1 e A2 esmalte, A2 e A3 dentina (Figura 2). Já no elemento 12, foi cimentado um pino de fibra de vidro (FGM nº. 0,5), com RelyX ARC (3M ESPE) e Single Bond 2 (3M ESPE), e realizado um preenchimento da cavidade palatina com resina composta Z250 corA3 (3M ESPE). O acabamento das restaurações foi realizado com discos Super Snap (Shofu) e pontas de silicone flexíveis impregnadas com óxido de alumínio (Enhance/Dentsply). Em seguida, foi feito o polimento com feltro e pasta diamantada Diamond Excel (FGM). O resultado final foi considerado bastante satisfatório para a paciente, tendo a grande vantagem da preservação das estruturas dentárias (Figura 3).



Figura 1- Condição estética inicial.



Figura 2- Fechamento de diastema.



Figura 3- Condição estética final.

DISCUSSÃO

Na prática clínica, os procedimentos restauradores são constantemente realizados para favorecer a estética e a função. Mudanças estéticas têm sido cada vez mais solicitadas dentro dos consultórios odontológicos. Grandes resultados são alcançados com técnicas invasivas de preparo dental, onde são realizadas as instalações de peças protéticas. Essas, por sua vez, resultam em alto custo e desgaste do elemento. As técnicas diretas, por meio da

aplicação das resinas compostas, são mais conservadoras para a estrutura dental, pois não necessitam da realização de preparos para fornecer espaço para o material restaurador indireto. Além disso, as resinas compostas são materiais que possibilitam resultados estéticos satisfatórios - desde que corretamente indicadas - e têm a vantagem de fácil reparação, quando necessário. É claro que a aplicação dessa técnica necessita de uma maior habilidade do cirurgião-dentista e do conhecimento das características dos materiais compósitos para proporcionar função e estética na união dente-restauração direta.

No caso apresentado, a técnica clareadora foi apenas externa, com o objetivo de se evitar os possíveis riscos de uma técnica de clareamento interno, mesmo que, atualmente, sejam raros os relatos de reabsorção externa (BARATIERI, 2017). Esperou-se duas semanas, após o clareamento dental, para evitar a interferência dos agentes clareadores na adesividade dos materiais restauradores aos elementos dentários (VAN DER VYVER; LEWIS; MARAIS, 1997). Em um tratamento estético, é necessário considerar o desejo do paciente para evitar o sobretratamento, ou seja, a aplicação em excesso dos recursos para o tratamento. O importante é a associação da saúde, da estética e do conforto, na tentativa de se alcançar as expectativas do paciente.

CONCLUSÃO

Para o sucesso de um tratamento restaurador é necessário associar técnicas, materiais e a expectativa do paciente. Os tratamentos estéticos conservadores deveriam ser a primeira escolha, pois tendem preservar a estrutura dental remanescente. Além disso, com o passar do tempo, os materiais restauradores deverão ser substituídos. A substituição de restaurações diretas gera menor custo comparada às restaurações que necessitam de procedimentos laboratoriais.

REFERÊNCIAS

- ANUSAVICE K. J. **Materiais dentários**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- BARATIERI, L. N; et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2017. P. 731-750.
- HEYMANN, H. O. The artistry of conservative esthetic dentistry. **J Am Dent Assoc**. Spec 14E-23E. 1987.
- KHOROUSHI, M.; AGHELINJAD, S. Effect of postbleaching application of an antioxidant on enamel bond strength of three different adhesives. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.16, n. 7, p. 990-6. 2011.
- MARTINELLI, F. R. **Clareamento de dentes vitais: revisão bibliográfica**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Dentística. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.
- SEDGLEY, C. M.; MESSER, H. H. Are endodontically treated teeth more brittle? **J Endod**, v. 18, n. 7, p. 332-35. 1992.
- TJAN, A. H.; WHANG, S. B. Resistance to root fracture of dowel channels with various thicknesses of buccal dentin walls. **J Prosthet Dent**, v. 53, n. 4, p. 496-500. 1985.

VAN DER VYVER, P. J.; LEWIS, S. B.; MARAIS, J. T. The effect of bleaching agent on composite/enamel bonding. **J Dent Assoc S Afr**, v. 52, n. 10, p. 601-603. 1997.

COLONIZAÇÃO FÚNGICA E BACTERIANA DE PRÓTESE DENTÁRIAS REMOVÍVEIS E MÉTODOS DE HIGIENIZAÇÃO

Camila Aguiar de Paula Mota¹; Laiza Santana Luppi¹; Lorraine Lamas de Almeida¹; Vittoria Polli Sciortino¹; Karla Firme Leão Borges²; Valéria da Penha Freitas²; Lucas Campagnaro Maciel².

¹Acadêmicas do Curso de odontologia da Faculdade Brasileira MULTIVIX – Vitória ES

² Docentes do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira MULTIVIX – Vitória ES

RESUMO

Apesar dos avanços no campo odontológico, as próteses removíveis ainda são muito presentes no cotidiano de um consultório, isso se deve a fatores econômicos e sistêmicos. Grande parte dos pacientes portadores de prótese dentária não recebe informações de como e qual é a importância de realizar uma boa higienização. O período para a troca da prótese também é desconhecido pela maioria. Sendo aconselhável a troca em um período de no máximo 10 anos. Dentre os microrganismos encontrados na cavidade oral de pacientes edêntulos estão espécies de *Lactobacillus*, *Propionibacterium*, *Actinomyces*, *Streptococcus mutans* e outras bactérias pertencentes à família e gênero de *Olsenella*, *Bacillus*, *Citrobacter*, *Enterobacteriaceae*, *Pantoe*, *Peptoniphilus*, *Klebsiella* e *Pseudomonas*. Fungos como *Candida Albicans*, *Candida Tropicalis* e *Candida Glabrata* também são encontrados na cavidade oral. Os métodos de higienização são mecânicos, químicos e uma associação dos dois, sendo de responsabilidade do cirurgião-dentista avaliar e orientar caso a caso. O hipoclorito de sódio a 2% e a 0,05% associado ao sabão de coco, apresentou eficácia da higienização da prótese e é uma alternativa mais econômica para pacientes de baixa renda. O bicarbonato de sódio só se faz eficaz na concentração de 5%. Dos colutórios analisados, Periogard foi o que obteve melhor performance sobre as bactérias. Na diminuição das colônias de cândidas, o resultado mais expressivo foi o de hipoclorito de sódio. Deve-se utilizar escovas macias e ter cautela com os agentes químicos de limpeza, pois os mesmos podem danificar a resina acrílica, propiciando um maior acúmulo de biofilme.

Palavras-chave: Prótese total, prótese parcial removível, placa dentária.

ABSTRACT

Despite advances in the dental field, removable dentures are still very much present in the daily routine of an office, this is due to economic and systemic factors. Most patients with dental prosthesis did not receive information on how and how important it is to perform a good hygiene. The period for replacement of the prosthesis is also unknown by most. It is advisable to change it within a maximum period of 10 years. Among the microorganisms found in the oral cavity of edentulous patients are *Lactobacillus*, *Propionibacterium*, *Actinomyces*, *Streptococcus mutans* and other bacteria belonging to the family and genus *Olsenella*, *Bacillus*, *Citrobacter*, *Enterobacteriaceae*, *Pantoe*, *Peptoniphilus*, *Klebsiella* and *Pseudomonas*. Fungi like *Candida albicans*, *Candida tropicalis* and *Candida glabrata* are found in the oral cavity. The methods of hygiene are mechanical, chemical and an association of the two, and it is the responsibility of the dental surgeon to evaluate and guide case by case. The 2% sodium hypochlorite and 0.05% sodium hypochlorite associated with coconut soap showed hygienization efficiency of the prosthesis and is a low short-term alternative for low-income patients. Sodium bicarbonate is only effective at 5% concentration. Of the mouthwashes analyzed, Periogard wire yielded the best performance on bacteria. In the decrease of the candida colonies, the most significant result was sodium hypochlorite. Soft brushes should be used and caution should be exercised with chemical cleaning agents, as they may damage the acrylic resin, leading to a greater accumulation of biofilm.

Keywords: Complete denture, partial removable denture, dental plaque.

INTRODUÇÃO

A prótese dentária visa restabelecer o sistema estomatognático após a perda de elementos dentários e proporcionar o bem-estar físico e psicológico ao paciente. É importante que a prótese esteja bem adaptada e o paciente ciente das técnicas de higienização e do tempo de troca da mesma (NÓBREGA et al., 2016). Em um estudo clínico, Cakan et al. (2015) afirmaram que 30,3% dos pacientes utilizavam a prótese por mais de 10 anos. Após a confecção e instalação das próteses dentárias, seja ela parcial ou total, deve-se tomar alguns cuidados ao passar informação para o paciente, pois o mesmo pode achar que o desconforto faz parte do processo de adaptação, podendo gerar lesões na cavidade oral (PARAGUASSÚ et al., 2011). Pacientes idosos, que apresentam comprometimento sistêmicos como hipertensão ou diabetes, geralmente são acometidos por hipossalivação e, conseqüentemente, apresentam uma queda do pH bucal, deixando a cavidade oral mais propícia para o aparecimento de lesões ou de doenças que se aproveitam dessas condições para se instalarem. Alguns pacientes também podem apresentar algum comprometimento motor que dificulta a higienização adequada de uma prótese removível ou fixa.

A higiene inadequada da prótese pode contribuir para o acúmulo de biofilme e colonização da superfície protética por microrganismos patógenos que geram infecções orais oportunistas (CAKAN et al., 2015). Aproximadamente 500 a 700 espécies de microrganismos habitam a superfície dos dentes, sulco gengival, língua, mucosa bucal e a superfície de próteses (TAKEUCHI, 2012). A falta de higienização em conjunto com as alterações fisiológicas culmina em efeitos negativos a saúde do paciente, como endocardite bacteriana, pneumonia por aspiração, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras doenças (DUYCK et al., 2013 e GONÇALVES et al., 2011)

Existem poucos estudos sobre a microbiota de pacientes edêntulos que fazem o uso de prótese dentária. Sendo identificadas espécies de *Lactobacillus*, *Propionibacterium*, *Actinomyces*, *Streptococcus mutans* e outras bactérias pertencentes à família e gênero de *Olsenella*, *Bacillus*, *Citrobacter*, *Enterobacteriaceae*, *Pantoe*, *Peptoniphilus*, *Klebsiella* e *Pseudomonas*. Fungos como *Cândida albicans* são encontrados na cavidade oral, podendo ou não estar associado a estomatite protética (MORAIS et al., 2014 e VALENTINI et al., 2013). A higiene da prótese e a higiene bucal são essenciais para manter a saúde dos tecidos, prevenindo o desenvolvimento de tais patologias, e, por conseqüência, acaba aumentando a longevidade de uma reabilitação oral com prótese removível. A remoção do biofilme diminui a população dos microrganismos patógenos. Instruções como retirar a prótese para dormir, utilizar escovas e produtos específicos para sua higienização devem ser passadas ao paciente (NÓBREGA et al, 2016; MORAIS et al., 2014; DUYCK et al, 2016; BASTOS et al., 2015 e DUYCK et al., 2013).

Esta revisão da literatura consiste em avaliar métodos de higienização das próteses removíveis para a remoção do biofilme e colonização microbiana. Foram utilizados artigos no período de 2010 a 2018 pesquisados no banco de dados da PubMed e Scielo.

REVISÃO DA LITERATURA

Colonização Bacteriana

Takeuchi et al. (2012) identificaram em um estudo que várias espécies e gêneros de bactérias podem estar presentes na base das próteses de resina acrílica e, também, em seu interior.

Os metabólitos dos microrganismos na resina acrílica causam odor e infecção na cavidade bucal e/ou infecção respiratória. Os autores relataram que a prótese confeccionada por resina acrílica é mais favorável à colonização microbiana devido a sua porosidade, e quando associada a um trauma por má adaptação ou má higienização pode levar ao aparecimento de doenças orais.

Em um estudo Cakan et al. (2015) demonstraram que mulheres higienizam suas próteses com maior frequência em relação aos homens, obtendo uma quantidade significativamente menor de microrganismos. Porém Peragassú et al. (2011) e Arnaud et al. (2012) relataram que as mulheres são mais acometidas por estomatite protética pelo fato de terem uma expectativa de vida maior que a dos homens. Sendo assim, utilizam a prótese por tempo prolongado sem interrupção, e por também passarem pela menopausa, podendo provocar uma reabsorção óssea, que causa má adaptação, acúmulo de biofilme e o aparecimento de lesões, já que a deficiência hormonal nesse período deixa o epitélio atrófico com pouca proteção contra irritantes.

Segundo Morais et al. (2014) e Valentini et al. (2013), os microrganismos mais encontrados em próteses dentárias removíveis são *Lactobacillus*, *Propionibacterium*, *Actinomyces*, *Streptococcus mutans* e outras bactérias pertencentes à família e gênero de *Olsenella*, *Bacillus*, *Citrobacter*, *Enterobacteriaceae*, *Pantoe*, *Peptoniphilus*, *Klebsiella* e *Pseudomonas*. Fungos como *Cândida albicans*, *Cândida tropicalis* e *Cândida glabrata* são encontrados na cavidade oral, podendo ou não estarem associados a estomatite protética.

Peragassú et al. (2011) também relataram que a prótese é um fator predisponente para o aparecimento de lesões, já que mantém a saliva sob sua base, diminuindo a ação antimicrobiana na mucosa e os hábitos inadequados de higiene do paciente criam condições favoráveis para a proliferação de microrganismos. As lesões mais encontradas em usuários de próteses foram hiperplasia fibrosa inflamatória (29,42%), candidíase atrófica (20,6%), quielite angular e ulceração traumática (8,82%).

Métodos de Higienização das Próteses Removíveis

Ao confeccionar uma prótese dentária removível, o cirurgião-dentista deve orientar o paciente quanto a higienização bucal e protética, prevenindo as lesões causadas por acúmulo de biofilme e o desconforto protético. Alguns métodos de higiene podem ser passados para o paciente, sendo eles químicos, mecânicos ou a combinação dos dois métodos (ROSSATO et al., 2011 e BASTOS et al., 2015).

Método Mecânico

O método mecânico de higienização consiste no uso de escova dental convencional e protética ou elétrica, associada a agentes como a água, sabão neutro e dentifrício. A escova utilizada para a limpeza da prótese não deve ser a mesma utilizada para a limpeza de dentes naturais, por sua forma inadequada. As cerdas da escova devem ser macias para não provocar ranhuras no material protético e possuir tufo nas laterais da cabeça, sendo um tufo mais grosso para a escovação da parte externa e um mais comprido para a escovação da região basal protética. Recomenda-se a escovação da mucosa que mantém contato com a prótese e a língua, utilizando agentes auxiliares como antissépticos bucais. Os dentifrícios

utilizados para a escovação da prótese devem ter baixo grau de abrasividade, a fim de não contribuírem com o desgaste e deterioração da resina acrílica (ROSSATO et al., 2011 e BASTOS et al., 2015).

O método mecânico de higienização possui algumas limitações, dentre elas a incapacidade de remoção da cândida na base da prótese, sendo necessário outro método para tal remoção (ROSSATO et al., 2011 e BASTOS et al., 2015).

Apenas o uso de escova e pasta abrasiva não promovem a remoção de microrganismos presentes na resina da prótese. Isso se deve a depressão e irregularidades presentes na resina, que favorecem a colonização de bactérias e leveduras, tornando mais difícil a remoção mecânica das mesmas (PINHO et al., 2013).

Método Químico

Já o método químico consiste na imersão da prótese em produtos químicos que tenham uma ação solvente, detergente, bactericida e fungicida. Entre os agentes químicos destacam-se hipoclorito, peróxidos alcalinos, ácidos diluídos, enzimas e clorexidina (BASTOS et al., 2015). Hipoclorito de sódio tem a capacidade de remover mucina e outras substâncias orgânicas do biofilme, servindo de agente antisséptico. Porém, pode danificar a resina acrílica, alterando a cor - deixando mais esbranquiçado - e podendo corroer metais presentes nas próteses (GOUVEIA et al., 2014; SALLES et al., 2015; BASTOS et al., 2015 e PINHO et al., 2013). O uso de solução de hipoclorito de sódio é feito na concentração de 0,45% com tempo de imersão de 10 minutos. Após esse período, deve-se lavar a prótese com água corrente. A imersão é eficaz para eliminar o biofilme em locais anatômicos de difícil acesso da escova dentária (ROSSATO et al., 2011). Como o hipoclorito pode causar erosão ou mudança de coloração da prótese, pode ser utilizado óleo de mamona - trata-se de uma alternativa mais econômica que está sendo estudada (SALLES et al., 2015).

Peróxidos alcalinos também são frequentemente utilizados como desinfetantes de dentaduras no período do sono. Eles são agentes químicos com detergentes alcalinos, liberadores de oxigênio. Esses produtos são ineficazes nos casos de *candidas albicans*, porém, diminui sua incidência e as infecções provocadas por estes fungos (GOUVEIA et al., 2014 e DUYCK et al., 2013).

O digluconato de clorexidina tem o efeito bacteriostático devido a sua capacidade de precipitar e coagular o citoplasma microbiano. No entanto, o uso contínuo pode causar manchas e alterar a cor do acrílico. O bicarbonato de sódio a 1% não surtiu efeito nas colônias de *candidas albicans*, porém, estudos anteriores obtiveram bons resultados quando utilizado na concentração de 5%. O *corega tabs*® e o peróxido de hidrogênio só possuem ação significativa contra o biofilme após 30 minutos de imersão. O óleo essencial de *r-officinalis*, derivado da mamona, demonstrou atividade antifúngica devido ao seu efeito inibidor em baixas concentrações (2%), tendo potencial uso clínico para descontaminações de próteses, pois aumenta a permeabilidade da membrana celular, além de apresentar terpeno, que tem a capacidade bactericida e antifúngica natural (GOUVEIA et al., 2014). O detergente a base desse óleo possui eficácia somente contra os microrganismos gram-positivos (SALES et al., 2015).

Ao analisar os colutórios (Plax, Cepacol e Periogard), Morais et al. (2014) obtiveram resultados positivos com a redução da população bacteriana em todos os produtos. Entretanto, a melhor performance foi do Periogard. Na diminuição das colônias de cândidas, o resultado mais expressivo foi o de hipoclorito de sódio.

Em estudos Neto et al. (2011), Morais et al. (2014) e Duyck et al. (2016), afirmaram que a utilização de dispositivo ultrassônico para higienização de próteses, quando utilizado isoladamente, não apresenta eficácia significativa, sendo necessário associá-lo com pastas efervescentes ou tabletes de peróxido alcalino para obter uma ação antimicrobiana significativa. Quando associado a outros métodos, é bastante eficaz para remoção de placa bacteriana. Cruz et al. (2011) em seu estudo demonstraram que o resultado do uso de comprimidos de peróxidos alcalinos pode ser parecido com o do uso isolado de ultrassom.

Proporcionar uma higiene de baixo custo e efeito rápido é de fundamental importância, já que grande parte dos portadores de próteses removíveis tem baixo poder econômico. De acordo com Morais et al (2014), o hipoclorito de sódio a 2% e a 0,05% associado ao sabão de coco apresentou eficácia da higienização da prótese, diminuindo o biofilme e alguns patógenos, sendo uma alternativa para pacientes de baixa renda.

De acordo com Cakan et al. (2015), o método de higienização menos utilizado pelos pacientes são as pastilhas para limpeza. Esse resultado foi atribuído ao custo elevado e ao desconhecimento dos mesmos para os pacientes.

Segundo Peracini (2012), as próteses totais quando higienizadas pelo método químico, deixando-as totalmente imersa em solução à base de hipocloritos de sódio 0,5% por oito horas durante a noite, diminuiu a área coberta pelo biofilme quando se faz a comparação com a imersão em água e o uso de pastilhas efervescentes, mostrando assim a efetividade do produto. Na imersão, sem escovação, o hipoclorito também foi mais eficaz que a pastilha efervescente. Os peróxidos alcalinos são praticamente ineficazes quando comparados com o hipoclorito e quando empregados de maneira isolada para a diminuição do biofilme, isto na imersão.

Método Mecânico-Químico

O método combinado consiste na associação dos métodos mecânico e químico. A limpeza mecânica remove parte do biofilme, e as soluções químicas atuam contra os microrganismos não removidos pela escovação. De acordo com a literatura, essa associação é a melhor conduta para a higienização das próteses. Em prótese total pode-se utilizar sabão neutro e água durante a escovação, e uma vez por semana imergir a prótese numa solução de uma colher de chá de hipoclorito de sódio num copo de água por 15 minutos. Já em prótese parcial removível com estrutura metálica (overdentures), indica-se o uso de pastilhas efervescentes, dissolvidas em água, mantendo a prótese nessa solução durante o período do sono. Essa mesma solução pode ser utilizada para a escovação das próteses (BASTOS et al., 2015). Segundo Duyck et al. (2016), a quantidade de bactérias observada em um estudo foi significativamente menor nos casos que fizeram uso de pastilhas de limpeza, afetando não só a massa do biofilme, mas também sua composição.

A água pode prejudicar as propriedades mecânicas da resina acrílica, sendo que suas moléculas interferem na cadeia polimérica do polímero e atuam como plastificantes. Outros estudos mostraram que alguns produtos utilizados para fazer o método químico de higienização não causam alterações na rugosidade superficial da resina acrílica (PERACINI, 2012).

CONCLUSÃO

É de grande importância uma higienização adequada das próteses removíveis. O cirurgião-dentista tem o papel de instruir o paciente quanto às recomendações da higienização de cada tipo de prótese removível para a preservação da saúde bucal. Pacientes que apresentam comprometimento motor devem fazer uma instrução de higienização mais adequada, contemplando os métodos de higienização mecânico e químico. Deve-se também orientar que a prótese seja retirada durante o período do sono, deixando-a mergulhada em um copo com água, permitindo o descanso da mucosa e uma melhor circulação sanguínea. A substituição da prótese deve ocorrer no período aproximado de 10 anos, além de consultas periódicas ao cirurgião-dentista para a manutenção e ajuste devido a eventuais lesões na cavidade oral. Métodos educativos são de grande importância, pois educam o paciente a higienizar corretamente as próteses removíveis parciais e totais, permitindo manter uma boa qualidade da saúde bucal e a prótese em bom estado.

REFERÊNCIAS

- ARNAUD, R. R. et al. Estomatite Protética: Prevalência e Correlação Com Idade e Gênero. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 59-62, 2012.
- BASTOS, P. L. et al. Métodos de Higienização em Próteses Dentais Removíveis. **Revista Bahiana de Odontologia**, v.6, n. 2, p.129-137, 2015.
- CAKAN, U. et al. Assessment of hygiene habits and attitudes among removable partial denture wearers in a university hospital. **Nigerian journal of clinical practice**, v. 18, n. 4, p. 511-515, 2015.
- CRUZ, P. C., et al. The effectiveness of chemical denture cleansers and ultrasonic device in biofilm removal from complete dentures. **J Appl Oral Sci.**, v.19, n. 6, 668-673, 2011.
- DUYCK, J., et al. Overnight storage of removable dentures in alkaline peroxide-based tablets affects biofilm mass and composition. **Journal of dentistry**, v. 41, n.12, p. 1281-1289, 2013.
- DUYCK, J. et al. Impact of denture cleaning method and overnight storage condition on denture biofilm mass and composition: a cross-over randomized clinical trial. **PloS One**, v. 11, n. 1, p. e0145837, 2016.
- GONÇALVES et al., Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 87-94, 2011.
- GOUVEIA, C. et al. Antifungal activity of components used for decontamination of dental prostheses on the growth of *Candida albicans*. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43, n. 2, p. 137-142, 2014.

MARCHI-ALVES, L. M. et al. Characterization of Oral Microbiota in Removable Dental Prosthesis Users: Influence of Arterial Hypertension. **BioMed Research International**, may, 2017.

MORAIS, D. C. et al. Colonização bacteriana em próteses dentárias e métodos de higienização. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 2, p. 160-162, 2014.

MYLONAS, P.; ATTRILL, D. C.; WALMSLEY, A. D. Evaluating denture cleanliness of patients in a regional dental hospital. **BDJ Team**, v. 3, n. 10, p. 161-71, 2016.

NETO, A. F.; CARREIRO, A. F. P. & BARBOSA, C. M. R. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 10, n. 2, p. 125-128, 2011.

NÓBREGA, D. R.M. et al. Avaliação da utilização e hábitos de higiene em usuários de prótese dentária removível. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 73, n. 3, p. 193-197, 2016.

PARAGUASSÚ, G., et al. Prevalência de lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis em um serviço de estomatologia. **Revista Cubana de Estomatol**, p. 268-276, 2011.

PERACINI et al. Behaviors and hygiene habits of complete denture wearers. **Braz Dent J** Ribeirão Preto, v.21, n. 3, 2010.

PERACINI, Amanda. **Soluções higienizadoras de prótese total: avaliação da remoção de biofilme e efeito sobre propriedades da resina acrílica termopolimerizável**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ROSSATO, M. B. et al. Analysis of the Effectiveness of Different Hygiene Procedures Used in Dental Prostheses. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 9, n. 3, 2011.

SALLES, M. M. et al. Antimicrobial activity of complete denture cleanser solutions based on sodium hypochlorite and *Ricinus communis*—a randomized clinical study. **Journal of Applied Oral Science**, v. 23, n. 6, p. 637-642, 2015.

TAKEUCHI, Y. et al. Quantification and identification of bacteria in acrylic resin dentures and dento-maxillary obturator-prostheses. **American journal of dentistry**, v. 25, n. 3, p. 171, 2012.

VALENTINI, F. et al. Biofilm formation on denture liners in a randomised controlled in situ trial. **Journal of dentistry**, v. 41, n. 5, p. 420-427, 2013.

EFEITOS DA MUSICOTERAPIA APLICADA A ODONTOLOGIA

Gabriela Marçal Lisboa¹; João Pedro de Azevedo Xavier¹; Lucas Falcão Paulo¹; Nathalia Toscano Luppi de Souza¹, Karla Firme Leão Borges²; Lenize Werneck Poubel Henriques²

1: Acadêmicos de Odontologia da Faculdade Multivix- Vitória ES.

2: Professores Titulares do Curso de odontologia da Faculdade Multivix – Vitória ES.

RESUMO

A musicoterapia é uma ferramenta que cada vez mais vem mostrando sua importância e sua eficácia contra o nervosismo muitas vezes apresentado pelo paciente, tendo em vista que esse é um dos obstáculos mais difíceis que os profissionais da saúde possuem para transpor. Este trabalho visa, com base na literatura, apresentar os benefícios do uso da musicoterapia como uma alternativa terapêutica para a redução do estresse do paciente exposto ao contato com o ambiente odontológico e, assim, apresentar formas de alcançarmos melhorias na relação paciente e cirurgião-dentista, com a finalidade de contribuir para o sucesso da consulta e de todo o tratamento.

Palavras-chave: Musicoterapia, intervenção, terapêutica, não farmacológica, estresse, Odontologia.

ABSTRACT

Music Therapy is an implement that is increasingly revealing more importance and effectiveness against patient's nervousness, owing to this is one of the most difficult obstacles the professional has to surmount. This article, based on literature, aims to bring forward the benefits of the use of the music therapy as a therapeutic alternative to reduce the patient's stress to the exposure from the contact with the dental environment and therefore present forms to improving the relationship between the patient and the dental surgeon, contributing to the success and the management of the treatment.

INTRODUÇÃO

O estresse é o principal fator que desencadeia o medo e a ansiedade, isso se origina porque ele tem a capacidade de bloqueio do bem-estar do ser humano. No consultório odontológico são diagnosticados problemas enfrentados pelo medo, trazendo pontos negativos para o tratamento e “pânico” de dentista ao paciente. “O estresse é uma resposta em reação do organismo em uma situação de medo e é a principal causa de trauma do profissional cirurgião-dentista” (BANCARALI, S. L. & OLIVA, M. P., 2012). A ansiedade pode ser caracterizada por sentimentos que evidenciam preocupações, nervosismos e até mesmo o medo que é dado a um momento particular, geralmente essas manifestações são consequências de eventos desencadeantes de estresse pós-traumático (FLORES, 2016). A música está presente em diversos contextos culturais e sociais, sendo hoje utilizada em vários cenários da área da saúde. Sabendo de seus vários efeitos positivos quando usado na área médica, tem sido notório o aumento do número de profissionais que se interessam e buscam a sua utilização como forma terapêutica.

A musicoterapia é considerada o método mais simples e econômico para potencializar um procedimento odontológico mais cooperativo, proporcionando calma, relaxamento e diminuição do nervosismo. Além de elevar o humor do paciente, atuando como facilitador na relação entre pessoas que dividem o mesmo espaço, não possuindo muitas vezes alguma intimidade significativa que permitam troca de experiências, como geralmente é o caso na interação em consultório odontológico entre cirurgião-dentista e paciente. Sendo assim, uma estratégia para amenizar os reflexos estressores nas consultas e procedimentos odontológicos. Como efeito musicoterápico, a endorfina, um neuro-hormônio produzido pelo próprio organismo com efeito analgésico, é liberado no corpo atuando como um desvio no foco da dor trazendo atenção a música, possibilitando a diminuição tanto da dor física quanto

da dor emocional, dando a sensação do bem-estar, relaxamento e conforto, já que a música tem influência nas emoções e nos sentimentos. Com isso, o objetivo desse artigo foi analisar estudos sobre a eficácia da musicoterapia na área da saúde, com foco na odontologia, e sua atuação no corpo humano, a fim de entender seus efeitos na diminuição dos níveis de estresse e ansiedade mediante a interação entre profissional e paciente.

DESENVOLVIMENTO

O estresse é a resposta enviada pelo organismo a um estímulo externo agressor, sendo este gerado por desgaste físico ou mental. Atualmente, o estresse tem se apresentado entre os indivíduos em uma porcentagem alarmante, geralmente se apresenta associado a problemas de ansiedade ou medo. Segundo estudos realizados, afirma-se que o uso da Musicoterapia Aplicada à Odontologia é como coadjuvante para a resolução de problemas ou situações envolventes ao estresse, sendo até mesmo capazes de atuar reduzindo a percepção e sensação de dor. A humanidade está vivendo sob muito estresse, desencadeando o fator de ansiedade que consegue dominar o indivíduo e alterar todos os campos da vida. A ansiedade tem o poder de anteceder um perigo, podendo ser real ou imaginário, proporcionando sintomas que prejudicam nossa saúde e nossa interação com o meio, como por exemplo: taquicardia, sudorese, aperto no peito, sensação de vazio no estômago e medo intenso. Os cirurgiões-dentistas comumente precisam lidar com pessoas temerosas, ansiosas e muitas vezes traumatizadas, enfrentando problemas em iniciar e concluir procedimentos. Isso se deve aos instrumentais odontológicos, os ruídos presentes no consultório, incluindo o de motores e cadeira, e o próprio ambiente, que trazem à memória um lugar torturante. Vale ressaltar que “a dor está diretamente relacionada com a ansiedade” (SILVA, Harriett, 2015), motivo que afasta muitas pessoas do serviço prestado pelo cirurgião-dentista, e até mesmo impede que algumas cheguem até mesmo a procurar o consultório odontológico, levando-os a postergar consultas, perdurando os seus problemas bucais e acometendo-se a riscos maiores pelos problemas não tratados. Torna-se, então, um ciclo vicioso, onde o paciente deseja resolver o seu problema, mas pelo medo de submeter-se a mais uma consulta, acaba por desistir, levando a piora do quadro e a necessidade de voltar ao consultório. O que acontece na maioria das vezes é o agravamento do quadro clínico a pontos extremos, onde o cirurgião-dentista precisa intervir de maneira mais invasiva, gerando no paciente um estresse maior e, conseqüentemente, o medo e o trauma. Dessa maneira, o paciente faz uma interligação que o tratamento odontológico está sempre relacionado a situações traumáticas, onde medidas enérgicas precisam sempre ser tomadas, ao invés de correlacionar o tratamento com a prevenção de doenças e melhora da saúde, dificultando a compreensão do real papel do cirurgião-dentista no objetivo de promoção da saúde.

A Musicoterapia Aplicada à Odontologia consiste no emprego da ação de determinadas músicas que possuam sobre o paciente algum efeito relaxante, que o faça sentir-se confortável dentro de consultórios odontológicos, com o intento de desenvolver potenciais de interação e confiança e restaurar funções do indivíduo para que ele consiga uma melhor integração intra e interpessoal, gerando uma melhor experiência no âmbito da prevenção, reabilitação ou tratamento de doenças. A musicoterapia pode então atuar como facilitador na relação entre pessoas que dividem um mesmo espaço, mas que talvez não compartilhem uma boa relação ou não tenham uma intimidade significativa que as permitam a troca de experiências. Estudos realizados em diversos países comprovam que a música apresenta características associadas a métodos não farmacológicos capazes de auxiliar profissionais da área de saúde a alcançarem efeitos de maior quietude durante o tratamento empregado, gerando uma maior produtividade e qualidade do trabalho ministrado. A música por si só é uma terapia que abrange o físico e também o psicológico, permitindo o melhor controle de determinada situação. O estresse pós-traumático é o resultado psicológico da sua reação prolongada a um acontecimento que possa ter causado algum tipo de trauma, desencadeando desequilíbrios psicológicos que afetam em várias circunstâncias. Essa é a realidade de muitos pacientes, que por algum momento da vida precisaram passar por alguma experiência

negativa ligada a procedimentos odontológicos. Podem ter sido submetidos a quadros de extrema dor ou a algum procedimento mal realizado que gerou alguma consequência desagradável. O uso da musicoterapia nesses casos tem efeitos positivos na interação do tratamento do estresse pós-traumático, atuando no psicológico, social e emocional daqueles que são integrados ao ambiente musical. No controle da ansiedade ela é um fator imprescindível, e se usada de forma correta, a técnica promove o relaxamento, a distração do paciente e até mesmo a diminuição da percepção da dor pela liberação de endorfina, um neuro-hormônio produzido pelo próprio organismo com efeito analgésico, disposta no corpo atuando como um desvio no foco da dor, trazendo atenção à música, possibilitando a diminuição tanto da dor física quanto da dor emocional, dando a sensação do bem-estar, conforto durante o tratamento odontológico e colaborando no processo de promoção da saúde.

Segundo Blaer et al. (2008), devemos evidenciar que a música pode ajudar a eliminar a dor e reduzir o estresse e a tensão, além de induzir o relaxamento. A música é uma intervenção não farmacológica ideal, por ser de fácil acesso, baixo custo e favorecer a redução da ansiedade e a atividade fisiológica. É importante ressaltarmos que o estresse não acomete somente os pacientes, os profissionais e estudantes da saúde também têm apresentado problemas causados pela cobrança a qual são submetidos, gerando irritabilidade, depressão e, conseqüentemente, queda na qualidade do serviço e desempenho prestado. Observando isso, a Unidade de Terapia Intensiva Infantil de um hospital público da cidade de Porto Alegre divulgou a eficiência que alcançou após iniciar métodos envolvendo musicoterapia para todos os profissionais, trazendo a eles relaxamento, melhores condições físicas e psiquiátricas. A música pode melhorar o desempenho do trabalho em equipe, incluindo melhoras no relacionamento e na comunicação entre os membros da mesma equipe de trabalho. Após um tempo de estudo e observação, Silva (2015) achou importante lembrar que os cirurgiões-dentistas trabalham cotidianamente com pessoas ansiosas e muitas das vezes enfrentam problemas em iniciar os procedimentos, o porquê é relatado como medo da cadeira odontológica, do barulho do micromotor e das agulhas, que tornam o atendimento um massacre para o paciente. Relatos de cirurgiões-dentistas que enfrentam dificuldades para executarem as técnicas necessárias, devido ao comportamento do paciente, são muito comuns de se encontrar, entretanto, quando esse fator comportamental está associado com problemas de saúde, como exemplo o Parkinson, a depressão ou a dislexia, o quadro tende a piorar. Entretanto, até mesmo nesses casos, a musicoterapia tem trazido resultados satisfatórios para os atendimentos realizados.

Gatti e Silva (2013) relatam que no século XIX a música vinha sendo utilizada pelas instituições psiquiátricas, onde era possível observar que ouvir melodias suaves trazia consigo a capacidade de acalmar pacientes agitados. Entretanto, Bruvik et al. (2018) afirma que quando avaliado individualmente em algumas situações, as experiências musicais podem evoluir. A musicoterapia aplica em ampla gama de abordagem, necessita de alta aceitação do paciente e apresenta poucos efeitos colaterais.

Na maioria das situações, o consultório odontológico é visto pela população como um ambiente onde a dor é um sintoma característico. Após um estudo realizado por Dantas et al. (2013), ficou estipulado que aproximadamente 94% dos pacientes apresentam características tendenciosas ao estresse ou ansiedade, sendo mais suscetível a dor, entretanto, quando expostos a musicoterapia, os pacientes apresentam maior tranquilidade e melhoria quando analisado o limiar de dor. Com isso, podemos afirmar que quando submetidos corretamente à musicoterapia, os pacientes odontológicos tendem a sentir menos dor, e podem, dessa maneira, interpretar o procedimento como algo que não trará malefício algum, pelo contrário, passam a confiar que o trabalho a ser realizado pelo profissional tem como objetivo restaurar o equilíbrio de sua saúde oral e, conseqüentemente, de seu bem-estar geral.

É de fundamental importância que ao optar pelo uso da musicoterapia em seu ambiente de trabalho o cirurgião-dentista esteja apto e informado sobre os critérios para escolha e emprego da técnica. Vale ressaltar que da mesma forma que a música tem características capazes de proporcionar maior tranquilidade e conforto, quando ministrada de forma indevida, a mesma pode causar efeitos indesejáveis, como maior estresse, agitação e irritabilidade.

O gosto musical do paciente quando relacionado à música no momento utilizada está completamente ligado, uma vez que o cérebro irá receber comandos ao escutá-la, liberando informações sensitivas para o paciente e remetendo-o a situações importantes já vividas ou planejadas. Entretanto, se o gosto do paciente for por um estilo musical agitado e com maior barulho, a tensão pode ser aumentada. Por isso, afirma-se que a Musicoterapia Aplicada à Odontologia deve ser ministrada preferencialmente em estilos musicais mais tranquilos e suaves, e aconselha-se o início do contato do paciente com a música na sala de espera, para que sejam enviados comandos para o corpo relacionados a um maior estado de tranquilidade, atuando como um amenizador do estresse, levando o paciente a usufruir adequadamente do tratamento de forma muito mais prazerosa e a colaborar com o propósito da consulta.

Embora o índice de ansiedade e dor seja maior nos casos de pacientes, é fundamental ressaltarmos que o estresse na maioria dos casos também acomete o cirurgião-dentista. Essa situação pode ser causada pelas responsabilidades do dia a dia, excesso de trabalho ou até mesmo pela dificuldade de controlar e acalmar os pacientes para os procedimentos. Por isso, a musicoterapia é de sumo auxílio para que o ambiente odontológico tenha paliativos capazes de levar maior sensação de tranquilidade, exercendo o papel de facilitador na inter-relação com o paciente.

Indivíduos portadores de doenças sistêmicas como o câncer, por exemplo, estão ainda mais suscetíveis à irritabilidade, estresse e até a enjoos durante a consulta, o que muitas vezes ocasiona o abandono do tratamento por parte desses pacientes. Moreira et al. (2014) relatam que a musicoterapia aplicada nos consultórios odontológicos, além de proporcionar maior tranquilidade para esses pacientes, também é capaz de causar alívio de náuseas e vômitos.

Ainda é necessário que mais estudos sejam realizados para que possamos ter a total compreensão do efeito da musicoterapia atuante no organismo de forma psicológica e fisiológica. Ressaltando também a necessidade de maior informação sobre a precisão dos benefícios e possíveis malefícios que possam ser trazidos pelo uso da música como forma de terapia, para que haja maiores comprovações de como a Musicoterapia Aplicada à Odontologia possa ser aproveitada da melhor forma e com aproveitamento completo de seu potencial terapêutico.

CONCLUSÃO

Compreende-se que a música possui eficácia terapêuticas nas várias áreas da saúde, salientando nesse estudo o ambiente odontológico. Sabendo que tem crescido o interesse em utilizar a música de forma concomitante assim auxiliando no tratamento dos pacientes, com atuação maior na redução do estresse e ansiedade frente aos procedimentos promovidos pelo cirurgião-dentista e sua equipe. Entende-se que a prática que chamamos de “musicoterapia” só pode ser assim denominada se esta for aplicada por um musicoterapeuta, que é o profissional habilitado com a qualificação de uma formação que permite um maior conhecimento para que as técnicas sejam abordadas de forma correta, evitando iatrogênias que levem ao resultado contrário ao esperado tanto pelo profissional quanto pelo paciente. É notória a ação benéfica da música no tratamento não farmacológico do estresse e ansiedade, sendo uma ferramenta interessante se utilizada com responsabilidade e sapiência. Faz-se, porém, necessária uma pesquisa maior sobre os

demais possíveis efeitos da musicoterapia em outras áreas de atuação em saúde e resultados comprovados que enalteçam o uso da música como importante forma de tratamento coadjuvante na área da saúde.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a Prof. Dra. Karla Firme Leão Borges e a Prof. Dra. Lenize Werneck Poubel pela orientação e atenção que a nós foi ofertada no decorrer de todo este trabalho. Aproveitamos a oportunidade e gostaríamos também de agradecer a Faculdade Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão Multivix, pela oportunidade que nos foi concedida, assim como todo o conhecimento que temos herdado durante esses períodos até aqui, que tem sido de grande importância para a compreensão não somente da prática odontológica, como também no manejo com os pacientes a fim de cuidarmos a produzir um ambiente benéfico não só para a saúde oral, mas a fim de beneficiar a saúde como um todo, dessa forma auxiliando-nos na correta realização dessa revisão literária.

REFERÊNCIAS

- Aleixo, M.A.R; Santos, R.L; Dourado, M.C.N; Efficacy of music therapy in the neuropsychiatric symptoms of dementia: systematic review. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(1):52-61.
- AMAÍZ, A. J., Flores, M.A: *“Abordaje de la ansiedad del paciente adulto em La consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria”* – *Odontologia Vital*, p. 21 -28, 2016.
- Andrade, ED. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia.* 2ºed. São Paulo: Artes Médicas; 2006. Sedação consciente; 26-32.
- Arndt, A.D.; Cunha, R; Volpi, S. “Aspectos da Prática Musicoterapêutica: Contexto Social e Comunitário em Perspectiva” – *Psicologia & Sociedade*, p 387-395, 2016.
- Bancarali, S. L; Olivia, M. P. *“Efecto de la Musicoterapia sobre los Niveles de Estrés de los Usuarios Internos de La Clínica de Odontología de La Universidad del Desarrollo”* – *Universidad del Desarrollo, int. J. Odontostomat.*, p. 189-193, 2012.
- Cruz CM; Díaz-Pizán ME. La música como método alternativo em la modificación de la conducta Del niño durante el tratamiento dental. *Rev Estomatol Herediana* 2005;15(1).
- Franzoi, M.A.H; et al. Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1): e 1020015.
- Ferreira, N.C; Ramalho, E.S; Lopes, J.L. Non-pharmacological strategies to decrease anxiety in cardiac catheterization: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(6):784-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/00347167.2015680-614j>.
- Landis- Shack; et al. “Music Therapy for Posttraumatic Stress in Adults: A Theoretical Review” – *Psycho musicology*, p.334-342, 2017.
- Mconell; et al. “Evaluation of the effectiveness of music therapy in improving the quality of life of palliative care patients: a randomised controlled pilot and feasibility study” – *Pilot and Feasibility Studies*, 2016.

Ramos, A.F.N; Tavares, A.P.M; Mendonça, S.M.S; Pain and dyspnea control in câncer patients of an urgency setting: nursing intervention results. Rev Dor. São Paulo, 2017 apr-jun;18(2):166-72

Rocha, V.C.; Boggio, P. S. A; música por uma óptica neurocientífica. Per Musi, Belo Horizonte, n.27, 2013, p.132-140.

Sampaio, R.T.; et al. “A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica”. – Per Mus. Belo horizonte, n 32, p 137-170, 2015.

Santana D.S.T; Zanini, C.R.O; Sousa, A.L.L. Efeitos da música e da musicoterapia na pressão arterial: uma revisão de literatura. Rev. In Cantare. 2014; 5:37-57.

SILVA, V; MARCON, S; SALES, C; – “*percepções de familiares de pessoas portadoras de câncer sobre encontros musicais durante o tratamento*” – Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, Marigá –PR, p. 408 – 414, 2014.

SILVA, H; – “*A Música Atuando na Diminuição dos Níveis de Ansiedade do Paciente Durante o Tratamento Odontológico*” – Faculdade de Pindamonhangaba, São Paulo, p. 1-24, 2015.

Silva VA, Leão ER, Silva MJP. Assessment of quality of scientific evidence on musical interventions in caring for cancer patients. Interface (Botucatu). 2014.

SILVA, Gabriela et.al. “*Utilização de experiências musicais como terapia para sintomas de náusea e vômito em quimioterapia*” Rev Bras Enferm, Brasília, vol. 67, p.630, 2014.

Schimid, W. et al. “Patient’s and health care provider’s perspectives on music therapy in palliative care”. Jornal BMC Palliative Care; 2018.

Taets, G.G; Barcellos, L.R.M: “Música no cotidiano de cuidar: Um recurso terapêutico para enfermagem” – Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental, p. 109-116, 2010.

Taets, G.G.C; et al. Impacto de um programa 26 de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. Rev. Bras. Enferm. 2013;66(3):385-390.

Silva, M.N; et al. A música para indução de relaxamento na terapia de integração pessoal pela abordagem direta do inconsciente ADI/TIP. 2012;5(2):88-99.

Wazlalawick, P; Camargo, D; Maheirie, K. História de relação com a música: a “composição” do musicoterapeuta. Rev. Cient. 2. Disponível em. Acesso em: 17 de novembro de 2015.

USO DE PLACAS ESTABILIZADORAS EM PACIENTES PORTADORES DE DTM: REVISÃO DE LITERATURA

Lara Weinert de Freitas¹; Matheus Murillo Ferreira Vital¹; Paula de Souza Stinghel¹; Rafaella Gasparini Oliveira Gomes¹; Darlon Oliveira²; Karla Firme Leão Borges²; Valéria da Penha Freitas²

1. Acadêmicos do curso de Odontologia da Faculdade MULTIVIX – Vitória ES.

2. Professores Titulares do curso de Odontologia da Faculdade MULTIVIX – Vitória ES.

RESUMO

A disfunção temporomandibular é uma desordem que pode complicar a funcionalidade dos músculos da face e da articulação temporomandibular, considerada a principal causadora da dor orofacial de origem não dentária. É a segunda maior desordem de dor orofacial do mundo, atinge de 3 a 15% dos indivíduos e são mais prevalentes em mulheres entre 21 e 30 anos. A anamnese desempenha papel importante para diagnóstico de DTM, a tomografia computadorizada de feixe de cone reproduz a imagem em tamanho real, sem sobreposição de estruturas anatômicas no local de interesse do exame, além dela são realizados exames radiográficos bilaterais das ATMs, avaliação do otorrinolaringologista e palpação dos músculos. É recomendado o tratamento multidisciplinar que inclui educar o paciente, o autocuidado, a farmacoterapia, a fisioterapia e o uso de placas estabilizadoras oclusais. As intervenções dos cirurgiões-dentistas têm como finalidade a proteção do dente, redução do ranger/apertar, aliviar dores e melhorar a qualidade do sono do paciente. Dentre os tipos de tratamento das DTM, as placas oclusais são as mais utilizadas, o tratamento não é invasivo, as placas possuem custo baixo, são eficientes, conservadoras, reversíveis e normalizam a direção da força oclusal durante a mastigação. São utilizadas como tratamento paliativo, com o objetivo de tratar os sintomas e não as causas. Deve-se ficar alerta em casos de queixas de dor, abertura limitada da boca e ruídos da articulação. É fundamental ter conhecimento sobre DTM, para realizar um bom diagnóstico e propor o tratamento efetivo de acordo com a situação de cada indivíduo.

Palavras-chave: Disfunção temporomandibular, DTM, placas oclusais, bruxismo

ABSTRACT

Temporomandibular dysfunction is a disorder that may complicate the functioning of the muscles of the face and temporomandibular joint, considered the main cause of orofacial pain of non-dental origin. It is the second largest orofacial pain disorder in the world, affects 3 to 15% of individuals and is more prevalent in women between 21 and 30 years. The anamnesis plays an important role in the diagnosis of TMD. Computed tomography of the cone beam reproduces the image in real size, with no overlap of anatomical structures in the place of interest of the examination. In addition, bilateral radiographic examinations of the TMJ are performed, the otorhinolaryngologist palpation of muscles. Multidisciplinary treatment is recommended, which includes educating the patient, self-care, pharmacotherapy, physiotherapy and the use of occlusal stabilizing plates. Dentists' interventions are aimed at protecting the tooth, reducing ranger / squeezing, relieving pain, and improving the patient's sleep quality. Among the types of TMD treatment, occlusal plates are the most used, treatment is non-invasive, plates are low cost, efficient, conservative, reversible and normalize the direction of occlusal force during mastication. They are used as palliative treatment in order to treat the symptoms and not the causes. One should be alert in cases of complaints of pain, limited opening of the mouth and noises of the joint. It is fundamental to have knowledge about TMD, to make a good diagnosis and to propose effective treatment according to the situation of each individual.

Keywords: Temporomandibular dysfunction, TMD, occlusal plaques, bruxism

INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é um componente do sistema estomatognático composto por estruturas internas e externas, que realizam movimentos sinérgicos e sincrônicos com a articulação do lado oposto (FISCHER, 2017). O crânio e a mandíbula possuem relação por meio das ATMs, músculos da mastigação e pelo sistema nervoso (RIBEIRO et al., 2015). A disfunção temporomandibular (DTM) é uma desordem que pode complicar a funcionalidade dos músculos da face, principalmente os mastigatórios, e da articulação temporomandibular (BOTELHO et al., 2012), cujo o principal sintoma é a dor (TORRES et al., 2012). Muitas vezes, sinais e sintomas otológicos são relacionados com a DTM (UEMOTO et al., 2012), e nesses casos são diminuídos ou zerados após tratamento com placas oclusais (NICHTHAUSER et al., 2012).

As DTMs apresentam uma prevalência em mulheres de 21 a 30 anos. Além de ser a segunda maior desordem de dor orofacial do mundo, atinge uma porcentagem entre 3 e 15% da população (FERREIRA; SILVA; FELICIO, 2016). Estudos indicam que a DTM geralmente começa após a puberdade, e aumenta a gravidade dos sinais e sintomas durante a idade produtiva (FERREIRA; SILVA; FELICIO, 2016).

O método mais confiável para fazer a avaliação dos ossos da articulação com disfunção é a tomografia computadorizada. As vantagens dessa técnica são a eliminação de sobreposição de imagens, excelente resolução da imagem, a observação de estruturas mineralizadas nas regiões sagital, coronal e planos axiais e a visualização tridimensional (JANUZZI et al., 2017). A etiologia da DTM é multifatorial e complexa, existindo vários fatores que interferem nas DTMs, como: fatores que aumentam o risco, fatores que causam o início das DTMs, desencadeantes, fatores que atrapalham a cura e aumentam a progressão das DTMs (ALMEIDA et al. 2014). E por isso o tratamento multidisciplinar é indicado, incluindo (BROCH et al., 2012) cirurgião-dentista, fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo. Cada paciente reage de uma forma às terapias, e para obter melhores resultados o profissional deve adequar o tratamento às características do paciente (TORRES et al., 2012).

O tratamento da DTM tem como objetivo controlar a dor, recuperar a função do aparelho mastigatório, reeducar o paciente e amenizar cargas adversas que perpetuam o problema (FISCHER, 2017). Existem diferentes possibilidades de tratamento para DTM, que podem ser conservadores ou invasivos (MARTINS et al., 2016). As terapias podem incluir aparelhos oclusais, intervenções farmacológicas, fisioterapia, autotratamento físico, intervenção psicológica e acupuntura. Situações mais complexas de DTM são recomendadas usar combinações de terapias individuais (KATYAYAN et al., 2014).

A primeira opção de tratamento deve ser de caráter reversível e não invasiva (ALMEIDA et al. 2014), e quando essas medidas não resolverem o problema, a segunda opção é a cirurgia da ATM (BOTELHO et al., 2012). Dentre os tipos de tratamento das DTMs, as placas oclusais são muito utilizadas, sendo a melhor escolha para tratamento não invasivo e reversível para obter uma melhora dos sinais e sintomas dos pacientes com disfunção (ALMEIDA et al. 2014). O principal objetivo da placa é diminuir a dor. Para selecionar o tipo de placa correta para um paciente, é necessário saber a etiologia da desordem (ALMEIDA et al. 2014). As placas possuem custo baixo, são eficientes, conservadoras, reversíveis e mostram resultados positivos (SOUZA; DINELLY, 2017) (NICHTHAUSER et al., 2012). Com isso, há uma melhora significativa nas condições e dimensões oclusais para uma situação mais fisiológica e

funcional, dispensando os procedimentos mais invasivos e irreversíveis, como tratamento ortodôntico ou cirurgia (UEMOTO et al., 2012).

Existem vários tipos de placas, sendo as mais utilizadas as estabilizadoras e as reposicionadoras. As lisas planas convencionais rígidas são as mais indicadas. Essas são as mesmas placas para DTM e para o bruxismo. E elas são de uso noturno na maioria das vezes, exceto em pacientes severos que também devem fazer o uso diurno (BOTELHO et al., 2012). O tempo de tratamento com a placa varia de acordo com o tipo de DTM. Ela geralmente é indicada por 45 dias e de uso noturno. Depois da instalação o retorno deve ser com uma semana de uso, um mês de uso e com intervalos de seis meses, até finalizar o tratamento (NISHIMORI et al., 2014).

As placas interoclusais possibilitam o relaxamento muscular e não a cura para disfunção temporomandibular. Se o dispositivo interoclusal não aliviar a dor e a disfunção após 24h, alguns fatores devem ser observados. O papel do paciente no tratamento também é muito importante, sendo necessário o mesmo fazer uso correto do dispositivo (FISCHER, 2017). Existem DTMs que não respondem ao tratamento com placas, sendo então necessária a realização de outras modalidades de tratamento ou de tratamento multidisciplinar. (ALMEIDA et al. 2014). O laser de baixa intensidade (LBI) é uma terapia alternativa para alívio de dor muscular e articular por induzir um efeito analgésico, anti-inflamatório e biomodulador das funções fisiológicas celulares (MELCHIOR; BROCHINI; SILVA, 2017). A associação das terapias apresenta resultados positivos e melhores do que o tratamento convencional isolado (MELCHIOR; BROCHINI; SILVA, 2017).

Disfunção Temporomandibular (DTM)

A disfunção temporomandibular (DTM) é um conjunto de desordens articulares e musculares da região crânio facial (FISCHER, 2017) e uma subclassificação de distúrbios musculoesqueléticos (KATYAYAN et al., 2014). A DTM é a segunda maior desordem de dor orofacial do mundo, atingindo de 3 a 15% dos indivíduos (FERREIRA, 2016). Ela pode acometer pessoas dentadas ou desdentadas, portadores ou não de prótese, sua etiologia não é clara, e pode estar relacionada com fatores oclusais, neuromusculares e/ou emocionais, sendo de caráter multifatorial (LIMA et al., 2016). Por consequência, é difícil detectar a disfunção e estabelecer o tratamento correto (RIBEIRO et al., 2015). Essas disfunções podem ser classificadas em três grupos: o primeiro, e mais comum, das desordens musculares, o segundo, dos deslocamentos do disco, e o terceiro, da artralgia, artrite e artrose (BOTELHO et al., 2012). Conforme Souza e Dinelly (2017), as DTMs são mais prevalentes em mulheres com idade entre 21 e 30 anos.

Segundo Almeida et al. (2014), as disfunções envolvem os músculos mastigatórios, articulações temporomandibulares (ATM) e outras estruturas relacionadas a essas. De acordo com Torres et al. (2012), os sinais e sintomas são dor de ouvido, dor muscular e articular, dor na face, nuca e pescoço, cefaleia, neuralgias, zumbidos, ruído articular, travamentos e limitação da abertura de boca. Os sinais e sintomas ocorrem com maior frequência nos adultos (KATYAYAN et al., 2014). Dentre os sintomas da DTM, a dor é o principal e geralmente está associada à fatores comportamentais que podem ter contribuído para o estabelecimento e manutenção da disfunção (CORDEIRO et al., 2014), como estresse e ansiedade.

Atualmente, o mundo exige que o indivíduo realize mais tarefas ao longo do dia. Essa demanda maior associada à pressão do trabalho, fatores internos e externos pode ser o fator causador da ocorrência de mais casos de bruxismo do sono nos indivíduos, fato esse observado pelos profissionais dentistas nos consultórios odontológicos. A atividade neuromuscular intensa do sistema mastigatório provocada pelo ranger/apertamento dos dentes é um fator importante na etiologia da disfunção temporomandibular (GIANNASI et al., 2012).

As próteses parciais removíveis podem ser causadoras de DTMs se não cumprir com seus objetivos físicos e fisiológicos no paciente. Se a prótese não estiver bem executada, proporcionando uma má reabilitação, ocorrerá uma sobrecarga na ATM, prejudicando seu funcionamento fisiológico, que a longo prazo pode provocar uma disfunção (RIBEIRO et al., 2015).

Diagnóstico

Broch et al. (2012) afirmam que é difícil diagnosticar a DTM, porque algumas classificações se baseiam em sinais e sintomas, não na etiologia do distúrbio. A anamnese desempenha papel importante para diagnóstico de DTM. Em seus estudos, autores realizaram uma sequência de perguntas anamnéticas para avaliar o estágio da DTM do indivíduo, de acordo com os parâmetros utilizados em cada estudo. A partir da anamnese, é possível identificar quais são os sinais e sintomas mais frequentes em pacientes com a disfunção, qual disfunção ele possui, qual o grau de complicação, dentre outras características.

Após realizar a anamnese, é possível planejar qual é o melhor tratamento para aquele paciente (SOUZA; DINELLY, 2017), visto que não existe um tratamento padrão para todos os tipos de DTMs. Para que a terapia seja efetiva, ela deverá ser instituída após o diagnóstico individual do paciente (ALMEIDA et al., 2014).

De acordo com Coelho Filho et al. (2016), a tomografia computadorizada de feixe de cone (TCFC) é um dos métodos utilizados para avaliar a posição do côndilo, que é considerado o mais confiável por reproduzir a imagem em tamanho real, sem sobreposição de estruturas anatômicas no local de interesse do exame. Segundo Januzzi et al. (2017), a realização da tomografia resulta numa imagem de alta precisão, eliminando a sobreposição de imagens, permitindo a observação de estruturas mineralizadas em três dimensões: na região sagital, coronal e no plano axial.

Para diagnóstico são realizados exames radiográficos bilaterais das ATMs – com a mandíbula em fechamento máximo, em repouso e em abertura máxima – antes e depois do tratamento, avaliação do otorrinolaringologista, palpação de músculos da mastigação e ATM (Nichthausser et al. 2012).

Tratamento

As intervenções propostas pelos cirurgiões-dentistas têm como finalidade a proteção do dente, redução do ranger/apertar, aliviar dores provocadas pela disfunção e melhorar a qualidade do sono do paciente (ALFAYA et al., 2015). Vários são os tratamentos para DTM, que podem ser conservadores ou invasivos, a fim de eliminar ou reduzir a dor e restabelecer

as funções normais (MARTINS et al., 2016). Fischer (2017) afirma que o tratamento tem por objetivo controlar a dor, restabelecer a função do aparelho mastigatório, reeducar o paciente, diminuir cargas adversas que perpetuam o problema.

É recomendado o tratamento multidisciplinar, que inclui educar o paciente, o autocuidado, a farmacoterapia, a fisioterapia e o uso de placas estabilizadoras oclusais (BROCH et al., 2012). Segundo Torres et al. (2012), deve ser feita uma abordagem terapêutica interdisciplinar, contando com dentista, fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo, pois cada paciente reage diferente ao tratamento, devendo o profissional se adequar ao tratamento para que o resultado seja o esperado. No estudo de Uemoto et al. (2012), os pacientes que tiveram a melhora da sintomatologia foram encaminhados para a ortodontia, reabilitação com prótese dentária, fisioterapia ou reeducação postural global; já os que não obtiveram resultado satisfatório, foram recomendados que continuassem o tratamento com a placa, podendo associar a fisioterapia, laserterapia e agulhamento.

A placa interoclusal possibilita mudanças na posição do côndilo, geralmente aumentando o espaço comum. Essa mudança depende do posicionamento da placa, sendo assim, não é o único tratamento. Junto à placa devem ser abordadas estratégias multidisciplinares para maiores resultados (COELHO FILHO, 2016).

A terapia de aconselhamento também pode ser utilizada. Consiste na explicação da etiologia da DTM para o paciente, no mostrar a situação em que ele se encontra e propor novos hábitos (MARTINS et al., 2016), como uma alimentação mais balanceada, exercícios físicos, evitar estresse e dormir mais (NISHIMORI et al., 2014).

Placas estabilizadoras

A placa oclusal também é conhecida como mio-relaxante, estabilizadora e splint oclusal (NISHIMORI et al., 2014). Existem dois tipos de placas: as de estabilização e as de reposicionamento. Além de servirem para tratar DTM, também são utilizadas para pacientes com bruxismo, impedindo o ato de ranger durante a noite (JANUZZI et al., 2017). A reposicionadora irá reposicionar a mandíbula no local correto, reposicionando o disco articular e o côndilo. A estabilizadora vai promover estabilidade da maxila com a mandíbula, impedindo que a estrutura seja alterada (NISHIMORI et al., 2014). As placas podem ser classificadas de acordo com o tipo de ação – estabilizadoras ou reposicionadoras –, o material – acrílico (autopolimerizável, termopolimerizável ou resilientes) e silicões/polivinil –, a confecção – técnica direta, indireta ou pré-fabricadas, cobertura oclusal com contato anterior, cobertura parcial com contato posterior ou cobertura total –, e a localização – maxila, mandíbula ou dupla –. Para selecionar a placa correta para cada paciente, é preciso identificar o fator etiológico da desordem (ALMEIDA et al., 2014). Além de tratar as DTMs, as placas também são utilizadas para o tratamento de pessoas com bruxismo noturno. Elas protegem a superfície dos dentes contra o ato de ranger ou apertamento durante o sono (JANUZZI et al., 2017).

As placas são confeccionadas em resina acrílica (ALMEIDA et al., 2014), recobrem todos os dentes de uma arcada, é posicionada de forma que fique em oclusão com os dentes antagonistas na posição de oclusão habitual (SOUZA; DINELLY, 2017) e sua espessura varia de 1 a 3 mm (JANUZZI et al., 2017). Após prontas e entregues aos pacientes, as placas devem

ser ajustadas periodicamente. Para Cordeiro et al. (2014), os ajustes foram feitos quinzenalmente. No estudo de Broch et al. (2012) elas foram ajustadas semanalmente, passados dois meses, os ajustes foram feitos a cada 15 dias, até a obtenção de uma posição mandibular estável.

A placa interoclusal é a forma mais tradicional para tratar a DTM, já que é reversível, não invasivo, tem baixo custo e possui alto índice de sucesso. Elas proporcionam um relaxamento muscular, não curam a DTM. Se a placa não alivia a dor após 24h, é necessária a realização de uma avaliação para identificar se ocorreu um erro na confecção e/ou ajuste da mesma ou se a dor do paciente não é de origem ocluso-muscular (FISCHER, 2017). A placa dá estabilidade de forma temporária da oclusão ideal, diminui a atividade muscular excessiva e promove um balanço neuromuscular. O tratamento utilizando a placa oclusal traz benefícios, pois diminui a dor quando em repouso e durante a palpação (BROCH et al., 2012). Sua utilização ajuda a proteger os dentes do desgaste excessivo (MARTINS et al., 2016). A diminuição da dor muscular permite que o indivíduo possa aumentar o movimento de abertura de boca, realizando movimentos mandibulares maiores do que antes (CORDEIRO et al., 2014). Seu uso melhora as condições do paciente e a dimensão oclusal, devolvendo a funcionalidade sem que seja necessário a realização de tratamentos invasivos como o ortodôntico ou a cirurgia (JEMOTO et al., 2012).

O paciente tem um papel muito importante no tratamento. É necessário que ele seja conscientizado para usar a placa de forma correta, ajudando na eficácia do tratamento (FISCHER, 2017). O tempo de duração do tratamento com a placa varia de acordo com a DTM que o paciente possui (NISHIMORI et al., 2014). Geralmente são indicadas em uso noturno, porém, em casos severos indica-se também o uso diurno (BOTELHO et al., 2012). Não existe um padrão no tempo de uso da placa. No estudo de Nichthausen et al. (2012), os indivíduos utilizaram a placa durante 24 horas, removendo somente nas refeições e para fazer a higiene bucal. Para Nishimori et al. (2014), o tempo varia de acordo com o caso do paciente, sendo que na maioria das vezes indica-se o uso noturno por 45 dias, agendando os retornos após uma semana, um mês e depois a cada seis meses para realizar ajustes, até a finalização do tratamento. Por outro lado, Broch et al. (2012) propuseram a utilização da placa no período da noite por seis horas durante seis meses e obteve a redução dos sintomas da DTM. Para seus pacientes, Uemoto et al. (2012) orientaram o uso das placas da seguinte forma: 24 horas por dia nas três primeiras semanas, 16 horas por dia na quarta, quinta e sexta semana, 12 horas na sexta, sétima e oitava, e nas seguintes foi indicado o uso por oito horas durante a noite, até que se recebesse alta do tratamento.

Laserterapia

Melchior, Brochini e Silva (2017) fizeram uma pesquisa com 30 pessoas, utilizando o laser de baixa intensidade (LBI) em associação com a placa oclusal como tratamento para DTM. O tratamento foi realizado duas vezes por semana durante cinco semanas (10 sessões), com 60 segundos de exposição ao laser em cada ponto doloroso. Em cada sessão foi aplicado o laser em cinco pontos da ATM e no ponto muscular de maior dor que fora pré-determinado antes (masseter e temporal anterior). O LBI promove um efeito analgésico, anti-inflamatório e biomodulador das funções celulares fisiológicas, aliviando a dor muscular e articular. No estudo, foi comprovado que a associação da laserterapia com a placa oclusal potencializa o

resultado final do tratamento, gerando resultados mais satisfatórios que o tratamento somente com a placa oclusal.

CONCLUSÃO

É fundamental ter conhecimento sobre a disfunção temporomandibular (DTM) para realizar um bom diagnóstico e propor o tratamento efetivo de acordo com a situação de cada indivíduo. Deve-se ficar alerta em casos de queixas de dor muscular na região orofacial, abertura limitada da boca e ruídos da articulação. Em relação ao tratamento, o uso de placas estabilizadoras, também conhecidas como placas oclusais, é, atualmente, a melhor escolha, por ser um tratamento de baixo custo, eficiente, não invasivo e reversível. É importante ressaltar que não existe um tratamento padrão, o tratamento é feito baseado no caso de cada paciente. Dependendo da DTM, é recomendada uma abordagem multidisciplinar, combinando a terapia de placas com intervenções farmacológicas, psicológicas e/ou fisioterápicas.

REFERÊNCIAS

- BROCH, J.; et al. Avaliação com escalas de dor antes e após três e seis meses de uso de placa oclusal. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 17, n. 3, 2012.
- FISCHER. L. G. Dispositivo interoclusal para o tratamento de subluxação da articulação temporomandibular – relato de caso clínico. Universidade do sul de Santa Catarina, 2017.
- ALMEIDA, C. M.; et al. Dispositivos interoclusais e suas indicações no tratamento das disfunções temporomandibulares. EFDeportes.com, **Revista Digital**, Montes Claros, p.1-5, 2014.
- TORRES, F.; et al. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 117-125, mar, 2012.
- BOTELHO; et al. Estudo longitudinal dos sinais e sintomas de disfunção temporomandibular frente a tratamento conservador com placa estabilizadora em clínica de graduação. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, 48(2), p. 76-81, 2012.
- UEMOTO, L.; et al. Impacto da terapia de suporte nas alterações otológicas em pacientes com desordem temporomandibular. **Rev. dor**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 208-212, set. 2012.
- MELCHIOR, M. de O.; BROCHINI, A. P. Z.; SILVA, M. A. M. R. da. Laserterapia de baixa intensidade associada ao uso de placa oclusal no tratamento de disfunção temporomandibular: estudo clínico controlado. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 12-17, mar, 2017.
- SOUZA, J. K.; DINELLY, E. M. P. O uso de placas oclusais para o tratamento das disfunções temporomandibulares – Revisão de literatura, v.2, n.1, 2017.
- LIMA, D. G. de; et al. Placas estabilizadoras em pacientes portadores de DTM: relato de dois casos. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 3, p. 261-64, jul-set, 2016.
- RIBEIRO, S. de O.; et al. Relação entre desordens temporomandibulares (DTM) e pacientes portadores de próteses parciais removíveis. **Odontol. Clín.-Cient. (Online)**, Recife, v. 14, n. 1, mar, 2015.

- NICHTHAUSER, B.; et al. Sintomas otológicos em pacientes com disfunção temporomandibular tratados com aparelhos oclusais lisos e planos. **Rev. Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 53, ed. 4, p. 213-220, out-dez, 2012.
- NISHIMORI; et al. Utilização de placas oclusais em resina acrílica no auxílio do tratamento de DTMS. **Revista uningá**, v.17, n.1, p. 59-64, jan-mar, 2014.
- GIANNASI, L. C.; et al. A novel protocol for occlusal splint adjustment to treat TMD in sleep bruxism. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 175-181, mar, 2012.
- ALFAYA, T. de A.; et al. Clinical management of childhood bruxism. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.**, Campinas, v. 63, n. 2, p. 207-212, jun, 2015.
- MARTINS, A. P. V. B.; et al. Counseling and oral splint for conservative treatment of temporomandibular dysfunction: preliminary study. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 45, n. 4, p. 207-213, ago, 2016.
- KATYAYAN, P. A.; et al. Efficacy of Appliance Therapy on Temporomandibular Disorder Related Facial Pain and Mandibular Mobility: A Randomized Controlled Study. **The Journal of the Indian Prosthodontic Society**, 14(3), p. 251–261, 2014.
- CORDEIRO, P. C. de F.; et al. Evaluation of stabilizing plate therapeutic effects on different types of temporomandibular disorders - painful evolution of patients treated in a reference center. **Braz Dent Sci**, Juiz de Fora, 17(4), p.17-26, out-dez, 2014.
- JANUZZI, E.; et al. Evaluation of this temporomandibular joint space when using different occlusal splints by cone beam computerized tomography: a case report. **Scient Open Access**, v. 3, n. 7, ago, 2017.
- COELHO FILHO, D.; et al. Influence of the interocclusal splint in condylar position of patients with tmd: a cone beam computed tomography study. **Rev. Brazilian Dental Science**, São Paulo v. 19, n. 3, 2016.
- FERREIRA, C. L. P.; SILVA, M. A. M. R. da; FELICIO, C. M. de. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in women and men. **CoDAS**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 17-21, fev, 2016.

REMOÇÃO PARCIAL DO TECIDO CARIADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Gabriela Petri¹; Franciane Gomes¹; Jéssica Lisboa¹; Tatielly Miranda¹; Valéria da Penha Freitas²; Patrícia de Oliveira Penina²; Karla Firme Leão Borges².

1. Acadêmico do Curso de Odontologia na Faculdade Brasileira Multivix – Vitória ES

2. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira Multivix – Vitória ES

RESUMO

A cárie é uma doença infecciosa multifatorial, que tradicionalmente é tratada com a retirada de todo tecido infectado, inclusive quando esta se encontra profunda, no entanto, a remoção total deste tecido pode acarretar na exposição pulpar. A odontologia minimamente invasiva vem sendo utilizada como forma de prevenção a esse risco, optando desse modo pela remoção parcial do tecido cariado, o qual consiste na retirada da dentina necrótica e desorganizada, mantendo apenas a dentina secundária, que é capaz de ser remineralizada. A técnica de remoção parcial do tecido cariado visa a paralisação da lesão de cárie, tendo em vista que a passagem de substrato e a comunicação das bactérias na lesão de cárie com o meio bucal também é um fator para a progressão da lesão. Esse estudo analisou, por meio de uma revisão de literatura, os critérios para a execução da técnica de remoção parcial do tecido cariado e sua execução propriamente dita. Observou-se que a técnica deve seguir um rigoroso critério de avaliação, uma vez que o elemento dental deve estar sem sinal de inflamação pulpar irreversível. Além disso, o sucesso da técnica depende mais de um bom vedamento marginal que propriamente o material utilizado.

ABSTRACT

Caries is a multifactorial infectious disease, which is traditionally treated with the removal of all infected tissue, even when it is deep, however, the total removal of this tissue can lead to pulp exposure. Minimally invasive dentistry has been used as a form of prevention to this risk, opting in this way for the partial removal of the carious tissue, which consists of the removal of the necrotic and disorganized dentine, maintaining only the secondary dentin, which is able to be remineralized. The objective of this article is to analyze the technique of partial removal of the carious tissue and to follow a rigorous evaluation criterion, in which the dental element must be without sign of irreversible inflammation. In addition, this technique aims at stopping the caries lesion, since the passage of substrate and the communication of the bacteria in the lesion of caries with the buccal environment is also a factor for the lesion to progress. Therefore, the success of the technique depends more on a good marginal seal than the material used.

INTRODUÇÃO

A cárie é uma doença de progressão lenta, crônica, multifatorial e raramente autolimitante. A cárie, quando não identificada inicialmente, pode se estender além da dentina e atingir a área da polpa, se tornando uma lesão profunda. Tradicionalmente, o protocolo de tratamento de lesões profundas da cárie consiste na remoção total do tecido cariado, que por sua vez é realizado retirando toda a dentina infectada e desmineralizada da cavidade, com o intuito de evitar futuras lesões de cárie. Objetivando, assim, um tecido dentinário endurecido e livre de microrganismos. No entanto, a grande desvantagem desse protocolo é o alto risco de exposição pulpar. Com a finalidade de evitar a exposição, abordagens alternativas e mais conservadoras têm sido propostas, como a remoção parcial do tecido cariado (ARAÚJO et al. 2017).

Atualmente, busca-se uma odontologia mais conservadora e que visa paralisar o processo cariioso com a mínima intervenção operatória possível. Na remoção parcial do tecido cariado, somente parte da dentina infectada é retirada da cavidade, mantendo somente a porção mais

interna sobre a parede pulpar, que é um tecido vital com estrutura de colágeno intacta passível de remineralização. Logo, aplica-se um material restaurador para induzir a formação de dentina terciária. Desse modo, evita-se a retirada de todo o tecido da cavidade, diminuindo possíveis injúrias pulpares por meio de escavações (ARAÚJO et al. 2017).

A camada mais externa da dentina cariada apresenta consistência amolecida, irregular e coloração amarelada e não é passível de remineralização. Por outro lado, a dentina remanescente ou afetada é passível de remineralização e possui certa resistência ao corte, possuindo menor quantidade de microrganismos em relação a dentina infectada e sua remoção pode acarretar dor (MOTA et. al. 2013).

A primeira reação da polpa, após a invasão de bactérias em lesões de cárie, é a produção de dentina. Essa reação de defesa é a formação de dentina reparadora e obliteração de túbulos dentinários. Se observa clinicamente o escurecimento e endurecimento da dentina à medida que o preparo da cavidade se aprofunda. A partir disso, se deduz que não é necessária a completa remoção da dentina cariada. Embora existam evidências de que não há necessidade da remoção total da dentina, a maioria dos profissionais ainda seguem os critérios G. V. Black que afirmam que é melhor expor a polpa de um dente do que deixá-lo coberto apenas por uma camada de dentina amolecida (ARAÚJO, 2010).

A presença de bactérias deixadas sobre a polpa não traria progressão da cárie, pois seria necessária uma comunicação entre as bactérias da lesão com o meio bucal (AZEVEDO et. al., 2011). E, de acordo com MALTZ e JARDIM (2014), após estudos clínicos recentes, descobriram que independente do meio de remoção do tecido cariado, total ou parcial, ocorre a manutenção de microrganismos no tecido dentinário.

A remoção parcial do tecido cariado pode ocorrer tanto no tratamento expectante quanto no capeamento pulpar indireto. O tratamento expectante remove parte da dentina cariada, seguida de selamento provisório. Em segunda sessão, ocorre a reabertura da cavidade e retirada de todo o tecido cariado e posterior restauração definitiva (ARAÚJO, 2017). Já o capeamento indireto é feito em uma única sessão e consiste na remoção completa da dentina cariada das paredes circundantes, com base no critério de dureza, porém, nas paredes de fundo axial e pulpar, somente a dentina infectada é removida, seguida da restauração definitiva em única sessão. O sucesso da técnica também depende de um bom material forrador (VALENTIM et.al., 2017). No entanto, independente da técnica escolhida, deve-se avaliar rigorosamente as condições de vitalidade clínica da polpa (SILVA, et al. 2015).

Ambas as técnicas reduzem o risco de exposição pulpar e podem diminuir as complicações pós-operatórias advindas da remoção total do tecido cariado, entretanto, ainda se discutem as chances de sucesso/insucesso quando comparadas à remoção total. Além dos escassos estudos clínicos de efetividade das técnicas de tratamento expectante e capeamento pulpar indireto (ARAÚJO et al. 2017).

O objetivo do presente estudo foi avaliar, por meio de uma revisão de literatura, a efetividade da remoção parcial do tecido cariado, tanto em dentes decíduos quanto em permanentes, que assim pudessem orientar o cirurgião-dentista clínico a respeito das estratégias de tratamentos cada vez mais conservadores.

CÁRIE DENTÁRIA

A cárie é uma doença infecciosa crônica dos tecidos duros do dente, o qual resulta em uma desmineralização produzida por bactérias e que difunde em esmalte, dentina e dissolução do mineral - em um estágio mais avançado - na destruição do dente (RANDO et. al., 2012). Um desafio enfrentado na odontologia é o tratamento de cáries profundas em dentes com a polpa vital, pois a técnica, muitas vezes usada, requer a remoção total do tecido cariado, aumentando o risco da exposição pulpar e comprometendo-a (SILVA et al., 2015).

A visão tradicional da remoção total do tecido cariado era vista como a obtenção de um tecido dentinário endurecido e livre de microrganismos, no entanto, a remoção completa de dentina cariada não deixa a cavidade isenta de microrganismos (MALTZ; JARDIM, 2014). Segundo ARAÚJO et al. (2010), a remoção parcial de tecido cariado (RPTC) é um tratamento conservador e deve ser considerado para controle de lesões agudas e profundas. Por meio desse tratamento é possível obter a manutenção da integridade do órgão pulpar.

Na visão de CARVALHO et al. (2012), a lesão de cárie em dentina pode ser subdividida em duas camadas que são diferentes do ponto de vista morfológico, bioquímico, bacteriológico e fisiológico. A camada infectada apresenta-se irreversivelmente desnaturada, amolecida, e não é passível de remineralização, enquanto que a camada mais profunda, denominada de dentina afetada, mostra-se reversivelmente desnaturada, com aspecto mais rígido e possui capacidade de remineralização.

Segundo ARAÚJO et al. (2010), a primeira reação da polpa após a invasão de bactérias em lesões de cárie é a produção de dentina. Essa reação de defesa é a formação de dentina reparadora e obliteração de túbulos dentinários. Observa-se clinicamente o escurecimento e endurecimento da dentina à medida que o preparo da cavidade se aprofunda. A partir disso, se deduz que não é necessária a completa remoção da dentina cariada.

A técnica de remoção parcial do tecido cariado propõe-se a preservação de uma camada da dentina desmineralizada sobre a polpa e a aplicação de um material forrador para induzir a formação de dentina terciária, selando a cavidade temporariamente, antes de realizar a restauração definitiva do dente. O selamento da cavidade com materiais restauradores sobre a dentina cariada é capaz de estacionar a progressão da cárie por pelo menos 10 anos, indicando a não necessidade da remoção completa para a obtenção de sucesso clínico (ARAÚJO et al. 2017).

Estudos mostraram que o eventual remanescente bacteriano da dentina mais profunda não é capaz de levar a progressão de uma lesão de cárie (CARVALHO et al. 2012). De acordo com AZEVEDO et. al. (2011), a presença de bactérias na dentina por si só não seria o fator determinante da evolução da doença cárie, pois a passagem de substrato e a comunicação das bactérias na lesão de cárie com o meio bucal também é um fator para que a lesão progrida. Portanto, o sucesso da técnica parece depender mais de um bom vedamento marginal que propriamente o material utilizado.

Ainda no estudo de AZEVEDO et. al. (2011), é relatado que houve avaliações de viabilidade de bactérias abaixo de restaurações pela técnica de RPTC, e notou-se redução, ausência ou até mesmo inviabilidade de microrganismos, uma vez que não tem acesso ao substrato. Um grupo de cariologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pesquisou sobre a remoção parcial de tecido cariado e foi observado que a técnica RPTC não interferiu na manutenção da vitalidade pulpar e longevidade da restauração (MALTZ; JARDIM, 2014).

A dentição decídua possui particularidades, por exemplo, em seu tamanho quando comparado à dentição permanente, portanto, um grande risco de exposição pulpar. Assim, a remoção parcial do tecido cariado em dente decíduo apresenta vantagem, além de poupar tempo e não necessitar de anestesia (MOSELE et. al. 2012).

TRATAMENTOS UTILIZANDO A TÉCNICA DE REMOÇÃO PARCIAL DO TECIDO CARIADO

A remoção parcial do tecido cariado visa a integridade da polpa e a paralisação da progressão da lesão. A remoção parcial do tecido cariado pode ocorrer tanto no tratamento expectante quanto no capeamento pulpar indireto. A maior diferença entre essas técnicas está no número de sessões, sendo que ambas mantêm a dentina mais escura, passível de remineralização na cavidade, e aplicam material forrador, o qual possuem ações bactericidas e bacteriostáticas que promovem a remineralização da dentina (MOTA et. al., 2013).

Segundo Azevedo et al. (2011), entre os tratamentos da remoção do tecido cariado, uma de suas opções é o expectante, realizado em duas sessões. O tratamento expectante tem sido sugerido como alternativa menos invasiva e com a finalidade de evitar a exposição pulpar, levando a resultados terapêuticos favoráveis. Na primeira sessão, realiza-se a remoção da dentina mais externa, camada infectada e desorganizada, seguida por selamento temporário da cavidade por 45 a 60 dias, podendo ser estendido por até seis meses. Na segunda sessão, é feita a remoção total de tecido cariado remanescente e, após um intervalo de quatro a seis meses, a restauração definitiva.

Araújo et al. (2010) observaram que a técnica para realização do tratamento expectante compreende uma primeira escavação para retirar a biomassa cariogênica da cavidade com a remoção superficial da dentina cariada da parte central da lesão e completa remoção da parte periférica. Porém, pode ocorrer contaminação do meio externo, perda de tecido dentário íntegro pela remoção do material restaurador temporário, entretanto, também podem ocorrer contaminação do meio externo, perda de tecido dentário íntegro pela remoção do material restaurador temporário.

Em estudo, Lourenço et al. (2016) observaram que foram realizados 299 tratamentos, sendo 154 no Rio Grande do Sul e 145 no Distrito Federal, sendo 152 RPTC (remoção parcial de tecido cariado e restauração em única sessão) e 147 TE (tratamento expectante). Nesse estudo foram acompanhados e analisados somente os tratamentos realizados em Porto Alegre (78 RPTC e 76 TE). No oitavo ano de acompanhamento foram avaliados 46 tratamentos (27 RPTC e 19 TE). A taxa de sucesso obtida foi de 52% para o grupo RPTC e 25% para o grupo TE ($p < 0,05$). Não houve diferença significativa entre as variáveis gênero, idade, material restaurador e número de faces restauradas em associação com o desfecho de necrose pulpar. A variável tratamento foi a única que apresentou diferença significativa,

tendo a RPTC 53% menos chance de insucesso comparada a TE (LOURENÇO et al. 2016). A remoção total da dentina cariada foi muitas vezes o protocolo seguido para a remoção desse tecido, independente da profundidade da cárie. No entanto, essa técnica pode resultar em exposição pulpar (MOTA et. al., 2013). Como alternativa mais segura requer duas sessões para remoção total do tecido cariado, acarretando desvantagens de custo e desconforto adicionais ao paciente, possibilidade de falha da restauração provisória e ainda risco de exposição pulpar durante a segunda sessão. Uma técnica alternativa ao tratamento expectante tem sido proposta: a remoção parcial de tecido cariado e restauração em uma única sessão (LOURENÇO et al. 2016).

Segundo Jardim et. al. (2015), em estudo comparativo das técnicas de tratamento expectante (TE) e tratamento pulpar indireto (TPI), após seis anos de acompanhamento, observaram que a idade do paciente e o tipo de material restaurador não interferiu nos resultados e concluíram que os dentes avaliados do grupo remoção parcial do tecido cariado. Em uma única sessão, mostraram resultados mais efetivos em preservar a vitalidade pulpar do que os do grupo tratamento expectante.

Marisa et al. (2010) afirmaram que existem desvantagens relacionadas à necessidade de reabertura para novas escavações. Entre elas, o risco de exposição da polpa durante a reabertura na cavidade, a falha do preenchimento temporário levando à progressão da cárie, o padrão do paciente na segunda consulta e custos adicionais e desconforto para o paciente. O desconforto de submeter o paciente a duas sessões clínicas, os avanços científicos sobre a formação e virulência do biofilme cariogênico, contribuíram para o surgimento da técnica seletiva de remoção da cárie. Essa técnica se resume na remoção completa do tecido cariado das paredes circundantes, usando o critério de dureza, e nas paredes de fundo, axial e pulpar, somente a dentina infectada é removida, seguida de restauração definitiva em apenas uma sessão (VALENTIM et al. 2017).

Após evidências de microdureza, radiográficas e microbiológicas da dentina, tem sido sugerido uma técnica de remoção parcial com restauração definitiva em uma única sessão (MARISA et al., 2010). Segundo Araújo et al. (2017), a técnica de sessão única apresentou melhores resultados comparada a de duas sessões, porque a dentina cariada residual não apresenta uma ameaça à sobrevivência da polpa não havendo necessidade de expor o paciente à uma segunda escavação.

Mosele et al. (2012) citaram que o capeamento pulpar indireto é indicado para dentes decíduos e permanentes, onde há iminência de exposição pulpar, com lesão de cárie profunda em que o tecido cariado não remineralizável é removido e uma fina camada de tecido cariado é deixada nos locais mais profundos do preparo da cavidade. O tratamento é realizado em apenas uma sessão e é feito quase toda a remoção da dentina afetada, deixando uma leve camada de dentina desmineralizada sob a parede pulpar. Nessa técnica, a camada mais profunda afetada da dentina cariada continua na cavidade e é necessário um ótimo selamento dessa cavidade. O tratamento de capeamento pulpar indireto (CPI) visa a preservação de estrutura sadia com funções biológicas e mecânicas parcialmente reparadas. Ao fim do CPI, poucas bactérias sobrevivem na camada profunda de dentina e se tornam inativas pela ausência de substrato. O capeamento pulpar indireto deve ser a primeira opção de tratamento em cavidades profundas de cárie. O sucesso da técnica depende também do material forrador utilizado. Segundo Araújo et al. (2010), a perturbação e o isolamento do biofilme do meio bucal

fazem com que as bactérias residuais não promovam a progressão da lesão, independente do material escolhido para colocação sobre a dentina remanescente.

Segundo estudo de Migliato et. al. (2010), o CPI demonstrou ausência de reabsorção interna e externa das raízes, e de desenvolvimentos de lesões periapicais e intrarradiculares nos períodos iniciais e finais. Essa técnica também tem sido abordada como não dependente de material restaurador para o seu sucesso clínico. Um bom selamento marginal que previne infiltração de bactérias é mais importante que o material restaurador para atingir o sucesso clínico. Um bom selamento marginal resulta no isolamento das bactérias remanescentes, e elas ficam incapazes de promover a progressão da lesão.

Segundo Silva et al. (2015), na técnica de uma sessão a camada mais profunda da afetada da dentina continua na cavidade e é necessário um excelente selamento dessa cavidade, tendo em vista que o selamento prejudica a comunicação da bactéria com o meio oral, promovendo a ruptura dos substratos.

Após a remoção incompleta, observa-se em radiografia um aumento de densidade radiográfica, indicando um ganho mineral. Esse aumento mineral sugere uma reação de dentina esclerótica, terciária ou ambas. A dentina esclerótica é menos permeável do que a dentina primária, impedindo assim que agentes tóxicos do metabolismo ou materiais utilizados para vedar cavidades atinjam a polpa microbiana. Em resumo, o tratamento pulpar indireto sem reentrada seria uma boa alternativa para o tratamento de lesões de cáries profundas, por ser mais conservadora à polpa (SIMONE et al., 2014).

Maltz e Jardim (2014) observaram em seu estudo que a técnica RPTC mostrou ser uma alternativa viável para preservação da vitalidade pulpar. Radiograficamente, verificaram que a dentina cariada, deixada sob a restauração, apresenta-se mais opaca, demonstrando um ganho mineral com o tempo (JARDIM, 2014).

No entanto, independente da técnica escolhida, os critérios de vitalidade clínica devem ser rigorosamente avaliados e dentes com sinais indicativos de inflamação irreversível da polpa devem ser excluídos da hipótese de remoção parcial, uma vez que, para haver sucesso da técnica, é necessária a vitalidade pulpar. Estudos, que utilizaram essa técnica, demonstraram redução de microrganismos, além de remineralização da dentina (SILVA et al., 2015).

CONCLUSÃO

O método de remoção parcial diminui o tempo de trabalho, sendo assim, é uma ótima técnica para ser usada em odontopediatria, área que encontra grandes desafios para o manejo de alguns procedimentos em crianças. Contudo, é necessário salientar que o processo cariioso só é interrompido, definitivamente ou gradualmente, se a cavidade estiver isolada adequadamente do ambiente oral, cortando a captação dos nutrientes bacterianos essenciais à sua sobrevivência. Os resultados conclusivos e favoráveis à técnica de remoção parcial de tecido cariado demonstram a efetividade do tratamento. A lesão da cárie que necessita intervenção operatória, indica-se, primeiro, fazer uma abertura e desgaste das paredes circundantes de esmalte para que possa fazer diagnóstico clínico e ter acesso a remoção do tecido cariado infectado ou desmineralizado. Portanto, somos levados a acreditar que sempre

é importante começar com utilização de uma broca esférica em baixa rotação, utilizado principalmente em paredes circundantes da cavidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, JF, et al. Remoção parcial do tecido cariado em dentes permanentes: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Odontol**, v. 74, n. 1, p. 31-5, jan./mar. 2017.

ARAÚJO, N. et al. Considerações sobre a remoção parcial do tecido cariado. **Int J Dent**, v. 9, n. 4, p. 202-209, 2010.

AZEVEDO, I. M. C. et. al. Remoção parcial de tecido cariado. **Rev Ciênc Saúde**, v.13, n.2, p. 88-91, jul-dez, 2011.

CARVALHO, C. et al. Possibilidades Terapêuticas No Tratamento De Dentes Jovens Portadores De Polpa Viva: Uma Revisão Da Literatura. **Revista de Ciências da Saúde**, 2012.

DALPIAN, D. M. et al. Dentin microhardness of primary teeth undergoing partial carious removal. **J Clin Ped Dent**, v. 36, n. 4, 2012.

DALPIAN, D. et al. Clinical and radiographic outcomes of partial caries removal restorations performed in primary teeth. **Am J Dent**, v. 27, n. 2, p. 68- 72, 2014.

GI, S. et. al. Indirect pulp treatment without re-entry in a permanent tooth: 36 months of follow-up. **RGO**, v.62, n.1, p. 71-75, 2014.

JARDIM, J. J. et. al. Remoção parcial de tecido cariado em dentes permanentes: seis anos de acompanhamento. **RFO**, v. 20, n. 1, p. 39-45, jan./abr. 2015.

LAZZARI, F.; FREITAS, I. Uso da técnica de remoção parcial de tecido cariado em dentes permanentes pelos cirurgiões-dentistas de caxias do sul/rs. **In: Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha**. 2017. p. 101-104.

LOURENÇO, S. S. Remoção parcial de tecido cariado em dentes permanentes: 8 anos de acompanhamento. Trabalho acadêmico do Curso de Odontologia, Faculdade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

MALTZ, Marisa et al. Partial removal of carious dentine: a multicenter randomized controlled trial and 18-month follow-up results. **Caries Research**. v.47, n.2, p. 103-109, 2013.

MALTZ, M. et. al. Partial Caries Removal in Deep Lesions: 19- 30 months follow-up study. **Rev Fac Odontol**. Porto Alegre, v. 51, n. 1, p. 20- 23, jan./abr., 2010.

MALTZ, M.; JARDIM, J. Como as pesquisas de excelência em remoção parcial de tecido cariado podem contribuir para a prática clínica? **APCD**, v. 68, n. 4, p. 326-7, 2014.

MIGLIATO, K.L et al. Tratamento pulpar indireto em molares decíduos em sessão única: Estudo retrospectivo. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 10, n. 3, 2010.

MOSELE, G. T. N. et. al. Avaliação do capeamento pulpar indireto e tratamento expectante em molares decíduos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 66, n. 3, p.214-9, abr. 2012.

MOTA, L. Q. et. al. Dentística Minimamente Invasiva Através da Remoção Parcial de Dentina Cariada em Cavidades Profundas. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 15, n. 2, p. 145-52, 2013.

RANDO-MEIRELLES, M. et. al. Twenty-four months of follow-up after partial removal of carious dentin: a preliminary study. **Dentistry**, v. 3, n. 162, p. 2161, 2013.

SCHWENDICKE, F. et. al. Incomplete Caries Removal. **J Dent Res**, v. 92, n. 4, p.306-314, 2013.

SILVA, Fábio R. L. et al. Partial or total removal of carious tissue: a current approach. **Revista Odonto Ciência**, v. 30, n. 1, p.23-29, 2015.

VALENTIM, V. et. al. Tratamento de lesões de cárie profunda com risco de exposição pulpar—decisão baseada em evidências. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 29, n. 2, p. 163-173, 2017.

RESPONSABILIDADE CIVIL DO CIRURGIÃO DENTISTA

Aline Gomes Spandio¹; Cristiane Ferreira Camargo Bazan¹; Kamilla Pessanha Kunsch¹; Samir de Moraes Ramos¹; Caio Simão de Lima²; Karla Firme Leão Borges ²; Valéria da Penha Freitas ²; Patrícia de Oliveira Penina²

1. Acadêmico do Curso de Odontologia da Faculdade MULTIVIX Vitória.

2. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade MULTIVIX Vitória.

RESUMO

Com o avanço da tecnologia, a população tem tido mais acesso às informações, apresentando uma mudança de comportamento com mais conhecimento quanto aos seus direitos. Esse fato fortaleceu-se principalmente depois da criação do Código de Defesa do Consumidor. Essa mudança faz com que o CD (cirurgião-dentista) tenha mais atenção e dê mais importância ao preenchimento correto do prontuário odontológico, que em conjunto com o TCLE (termo de conhecimento livre e esclarecido) assegura tanto os direitos quanto os deveres dos profissionais e dos pacientes. Esses documentos visam o registro da histórica médica do paciente, a fim de fortalecer o diagnóstico e planejamento clínico e também resguardar os possíveis danos decorrentes desses atos. Assim, nota-se que o relacionamento do CD e paciente tende a ser mais sincero, ficando explicitados todos os procedimentos a serem realizados e as expectativas do tratamento proposto. A tendência é minimizarmos intercorrências desnecessárias e erros na prática profissional, trazendo segurança e confiança ao paciente. A falta de compromisso do profissional no atendimento ao seu paciente pode acarretar em processos judiciais por negligência, imprudência e imperícia. A responsabilidade civil do CD se deve ao cumprimento de regras e normas, que se caso não cumprido poderão acarretar em punições por lei, sendo objetivas, quando não existe comprovação de culpa, ou subjetivas, quando existe a comprovação da culpa. Podemos, com isso, afirmar que o correto preenchimento do prontuário, o compromisso e o bom relacionamento do profissional com o paciente potencializam um relacionamento satisfatório entre as partes.

Palavra-chave: Responsabilidade civil; Cirurgião dentista; Ética; Prontuário odontológico; Termo de consentimento.

ABSTRACT

With the advancement of technology, the population has had more access to information, presenting a behavior change with more knowledge about their rights. This fact was strengthened mainly after the creation of the Consumer Defense Code. This change makes the CD (dental surgeon) pay more attention and gives more importance to the correct filling of the dental chart, which together with the free and informed consent term (TCLE) ensures both the rights and duties of professionals and of patients. These documents seek to record the patient's medical history in order to strengthen the diagnosis and clinical planning and also safeguard the possible damages resulting from these acts. Thus, it is noted that the relationship between CD and patient tends to be more sincere, making explicit all the procedures to be performed and the expectations of the proposed treatment. The tendency is to minimize unnecessary interurrences and errors in the professional practice, bringing safety and confidence to the patient. The lack of commitment of the professional in the care of his patient can lead to legal proceedings for negligence, recklessness and malpractice. The civil liability of the CD is due to compliance with rules and regulations, which if not fulfilled can result in punishments by law, being objective when there is no evidence of fault, or subjective when there is evidence of guilt. We can affirm that the correct filling of the chart, the commitment and the good relationship of the professional with the patient potentiate a satisfactory relationship between the parties.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, as pessoas estão buscando mais conhecimentos sobre os seus direitos. No que tange a carreira do cirurgião-dentista, observamos a constante necessidade de atualização quanto às suas práticas profissionais, cabendo ofertar ao seu paciente toda atenção e informações possíveis.

A procura por atendimentos estéticos vem crescendo nos consultórios odontológicos e os pacientes têm sido mais exigentes quanto ao resultado do tratamento. Por isso, os cirurgiões-dentistas devem agir com total prudência e com todos os conhecimentos técnicos disponíveis, buscando sempre atingir aquilo que foi prometido ao seu paciente.

Qualquer falha na prática profissional pode acarretar em ações judiciais por negligência, imprudência ou imperícia, que podem ser do tipo objetiva ou subjetiva. Nesse quesito é fundamental o correto preenchimento do prontuário odontológico, documento que fortalece a possibilidade de defesa do cirurgião-dentista. O presente trabalho, por meio de uma revisão de literatura, tem como objetivo orientar os cirurgiões-dentistas sobre a responsabilidade civil frente ao exercício de sua atividade profissional.

O MELHOR ATENDIMENTO LEVA A CONFIANÇA DO PACIENTE

Com o avanço da tecnologia, a população tem mais acesso às informações, tendo uma mudança de comportamento com mais ciência e conhecimento quanto aos seus direitos, principalmente depois da criação do Código de Defesa do Consumidor (NETA et al., 2010). Por esse fato, além do aumento do número de profissionais no mercado de trabalho, do crescimento do número de clínicas, do mais fácil acesso da população aos serviços odontológicos e de mais advogados especializados no direito do consumidor, a quantidade de ações judiciais tem aumentado consideravelmente nos últimos anos (ZANIN, 2016).

Devido a isso, o cirurgião-dentista deve conhecer as situações que implicam a responsabilidade civil em sua profissão justificada pela averiguação da ampliação no número de ações judiciais, facilitado pelo instituto de direito em desfavor desse profissional (LIMA, 2012). Antigamente, o relacionamento entre o CD (cirurgião-dentista) e o paciente poderia ser caracterizado como um vínculo mais familiar, de uma confiança maior. Ao avaliar a situação atual, percebe-se que devido ao grande número de profissionais a busca por mais informações e direitos e a concorrência no mercado de trabalho - e sendo ele mais especializado - tem tornado esse vínculo menos frequente, além do aumento de casos de erros na prática profissional (PEREIRA, 2007).

Na área da saúde, o contato profissional e paciente é de grande importância, a fim de que se construa uma relação social com o objetivo de promoção da cura, por meio da troca de informações, conselhos e cuidados de saúde, com a intenção de que essa interação cumpra seu objetivo. O profissional com base no seu conhecimento colocar-se-á a disposição do paciente com vistas a ajudá-lo a entender o caminho para prevenir e recuperar os agravos ou distúrbios de saúde que o incomodam (DIAS, 2013).

O cirurgião-dentista tem como obrigação aliviar a dor do paciente, tratar, além de fornecer informações claras e completas sobre o planejamento. Ter habilidades de mãos, técnicas inovadoras, o melhor material a ser oferecido, tratamento adequado e medidas preventivas

de futuras doenças, tendo como objetivo principal atender às expectativas do paciente sem causar danos (PARANHOS, 2012).

Segundo Zanin (2016), o tratamento odontológico cria uma expectativa muito grande no paciente. A oportunidade de obter uma função otimizada ou um melhoramento estético envolve um longo processo, que precisa ser monitorado por um profissional, não só observando as características e respostas biológicas, mas também o comportamento e ajuda do paciente durante as sessões de tratamento. É importante que o relacionamento entre CD e paciente seja o mais honesto possível, que abranja questões clínicas, éticas, jurídicas e administrativas; e o paciente ter a ciência quanto aos procedimentos a serem realizados e as expectativas do tratamento, evitando intercorrências desnecessárias e erros na prática profissional, e assim trazendo segurança e confiança ao paciente (BANDEIRA, 2014).

Tais fatos deixam evidentes o quanto é essencial o preenchimento correto do prontuário odontológico pelo cirurgião-dentista. Um documento que assegura tanto os direitos e deveres do profissional quanto os do paciente, além de constar toda sua história médica, planejamento do tratamento, procedimentos concluídos, condições bucais, exames complementares, medicamentos prescritos, atestados, evolução do tratamento, intercorrências, entre outros; podendo ser requisitado pelo paciente e também ser utilizado em auditorias odontológicas, processos civis, criminais e na identificação forense (BENEDICTO, 2010).

Associado ao prontuário odontológico está o TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido), que é um documento de consentimento da autonomia do paciente quanto aos tratamentos a serem realizados com total concordância de ambas as partes. Nesse documento, deixa-se explicitado o conhecimento dos planejamentos, prognósticos, riscos, consequências, limitações e noções de responsabilidade do paciente e do CD, proporcionando o sucesso do tratamento. O TCLE, além de ser elaborado em uma linguagem acessível, deve incluir alguns itens de extrema importância e que se aplique na prática odontológica brasileira: justificativa, objetivos e procedimentos (por que, para que e como), desconforto, riscos possíveis e benefícios esperados, métodos alternativos, forma de acompanhamento e assistência, liberdade em recusar a participar ou retirar seu consentimento, garantia de sigilo que assegure a privacidade do sujeito (SALES-PERES, 2011).

Coltri (2014) afirma que o principal motivo que leva o paciente ao consultório é a preocupação estética. Sendo assim, o bom relacionamento profissional/paciente, com atitudes em fornecer esclarecimentos sobre o tratamento e seus desdobramentos e possuir um prontuário completo são condutas prudentes, a fim de evitar que o profissional venha a ser objeto de uma ação civil indenizatória impetrada pelo paciente.

O hábito de manter o prontuário impecável, com a assinatura do paciente presente junto a cada procedimento realizado, é fundamental para a proteção legal do cirurgião-dentista. O prontuário possui valor de um elemento de prova que o cirurgião-dentista tem para se proteger de processos tanto na área civil quanto na criminal, portanto, ressalta a importância da confecção de um completo prontuário por parte do profissional (BENEDICTO, 2010).

Todos os registros devem ser assinados e datados, devido à possibilidade de litígio decorrente de negligência, estes deverão ser preservados por pelo menos 25 anos, pois há regras em

que o menor tem direito de processar o médico dentro de três anos a partir da data da maioria pelos danos sofridos por negligência do médico durante o período de minoria (VASHIST, 2014).

RESPONSABILIDADE CIVIL

A criação dos Conselhos Federais e Regionais de Odontologia e subsequente o Código de Ética, regulamentou as práticas odontológicas e é responsável em defender e proteger a boa reputação do cirurgião-dentista (NETA, 2010).

O Código Civil prevê a reversão de ônus, ou seja, o CD deverá provar a sua inocência, por isso, é preciso que os registros dos pacientes sejam completos, tais como documentações, contratos e qualquer ato feito durante todos os atendimentos dos pacientes. Isso dará aos profissionais mais chances em sua defesa (NETA, 2010).

A responsabilidade civil também gera controvérsias quanto ao contrato realizado e suas obrigações, pois o elo jurídico e seus deveres existem mesmo sem o contrato. Podemos citar em casos de uma emergência em que o paciente não tem condições de ter o consentimento do atendimento por estar debilitado. O cirurgião-dentista tem por sua vez obrigação e dever com a vida humana, sempre prestando seu melhor atendimento (KIFFER, 2011).

Os princípios éticos impostos na interação profissional e paciente são: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A autonomia é o livre arbítrio do paciente quanto aos seus atos, tendo a capacidade de tomar suas próprias decisões. O profissional deve respeitar a vontade, crença e valores de seu paciente. A beneficência entende-se quanto ao bem-estar dos outros, levando em consideração sua vontade, necessidades e direitos. O CD deve zelar pela saúde, bem-estar e dignidade de seu paciente. A não maleficência significa não causar dano, sendo primordial a limitação da ação que possa provocar danos e a obrigação de não causar danos no paciente. A justiça assegura à pessoa o que ela tem direito (BANDEIRA, 2014).

É considerada infração ao código de ética iniciar um tratamento sem o consentimento do paciente, a não ser emergências ou urgências. Quanto a pacientes menores, o CD deve permitir que o responsável participe das decisões do tratamento (BANDEIRA, 2014).

Na Odontologia não há um consenso quanto à natureza da obrigação do cirurgião-dentista, como sendo de “meio” ou de “resultado”. Entende-se como obrigação de meio onde não há como garantir um resultado favorável do tratamento, pois depende da resposta biológica do organismo e/ou colaboração do paciente. Já a obrigação de resultado seria obrigação do profissional realizar o tratamento e atingir o sucesso terapêutico (SILVA, 2014).

A caracterização da responsabilidade civil é dada a partir de um erro profissional e a justificativa de indenização aos danos do paciente, sendo necessário avaliar os elementos: o agente, o ato profissional, a falta de malícia, a existência de dano e o mais importante que é a relação de causa e efeito (NETA, 2010).

Como já explicitado anteriormente, a falta de compromisso do profissional no atendimento com seu paciente pode acarretar em processos judiciais. No Brasil, a responsabilidade civil é

baseada em falhas diante ao Código Civil, originada por uma ação ou ação involuntária, negligência ou imprudência, obrigando o infrator a reparar o dano. Decorrente desses, sendo material ou moral, são previstas falhas de três tipos: dano indenizável, conduta culposa e nexo de causalidades entre eles. A condenação pelos delitos de lesão corporal culposa ou mesmo por homicídio culposos, sendo estas mais raras (KIFFER, 2011). O dano indenizável pode ser material, quando o indivíduo se sente lesado por perder dias de trabalho, tempo, dinheiro entre outros; o moral quando ocorre algum tipo de dano psíquico ou sofrimento pela parte lesada; e o nexo de causalidades ocorre quando há imprudência do profissional, algum procedimento que, depois de realizado, ocasionou um efeito não desejável (causa-efeito). A conduta culposa ocorre do descumprimento do objetivo de cuidado, ocasionando um resultado danoso, sendo elas divididas em três modalidades: negligência, imperícia e a imprudência (KIFFER, 2011).

A imprudência é um agir precipitado, sendo uma atitude comissiva; a imperícia é uma inabilidade técnica, caracterizada por despreparo do mesmo; já a negligência trata-se de uma indolência no atuar, uma falta de diligência no agir, é um ato omissivo. Nem sempre a negligência, imprudência ou imperícia são a causa determinante dos processos relacionados ao cirurgião-dentista. Profissionais altamente qualificados vêm sendo processados por não terem prestado informações suficientes e pertinentes ao tratamento ou por terem simplesmente ignorado os pacientes (LIMA, 2012).

A responsabilidade civil baseia-se no cumprimento de regras e normas, que se caso não feito, terão punição por lei. Essa responsabilidade civil pode ser objetiva quando não existe comprovação da culpa ou subjetiva quando existe a comprovação da culpa. Sendo ela subjetiva, depois de averiguada e comprovada a culpa, existe a obrigação da indenização dos danos. A responsabilidade ao qual o CD está exposto é a subjetiva, pois exige ter comprovação da configuração da culpa, que pode ser por negligência, imprudência e imperícia (COLTRI, 2014).

A ortodontia, prótese e implantodontia são as áreas na Odontologia com o maior número de ações judiciais em tribunais, pelas seguintes razões: os procedimentos envolvidos são mais caros, os tratamentos geralmente são mais longos e envolvem estética, todos eles têm procedimentos ocasionalmente considerados controversos, há falta de esclarecimento do tratamento, sinceridade quanto à expectativa e resultado final, e há um maior número de profissionais que trabalham sem treinamento adequado. Enquanto que a especialidade associada à maior taxa de condenação por negligência profissional e com maior remuneração foi a Cirurgia Maxilo-Facial Oral (ZANIN, 2016).

CONCLUSÃO

É fato que a população tem mais conhecimento dos seus direitos pelo maior acesso e facilidade de obter informações nos dias atuais. Podemos afirmar que o correto preenchimento do prontuário, as boas práticas profissionais, o compromisso e o bom relacionamento do profissional com o paciente preservam tanto o CD quanto o paciente, evitando quaisquer intercorrências e ajudando a se alcançar a expectativa do tratamento para ambas as partes. A responsabilidade civil do cirurgião-dentista se caracteriza por um erro profissional. Por conta disso, o CD deve buscar conhecimento quanto a essas responsabilidades, ter cuidado em suas práticas profissionais e se especializar para melhoria

do seu atendimento. A falta de conhecimento dessas responsabilidades pode acarretar em ações judiciais por negligência, imprudência ou imperícia e sofrer punições por lei, sendo essa responsabilidade civil objetiva, quando não há comprovação de culpa, ou subjetiva, quando há comprovação de culpa.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, A. M. B.; et al. A visão bioética do Código de Ética Odontológico Brasileiro. **Rev Bras de Odontologia**. Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 53-7. Jan/Jun. 2014.

BENEDICTO, E. N.; et al. A importância da correta elaboração do prontuário odontológico. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo - UMESP**. São Paulo, v. 18 n. 36, p. 41-50. Jul/Dez. 2010.

DIAS, O. V.; et al. Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. **Rev Bioética**. Brasília, v.21, n. 3, p. 448- 454. Set./Dez. 2013.

FRANCO, A.; et al. The orthodontist's responsibility and the bioethical aspects in the current jurisprudence. **European Journal of General Dentistry**. V. 1, n.1, p 20-23. January /April 2012.

JUNIOR E. F.; TRINDADE, G. O. Responsabilidade do Cirurgião Dentista Frente ao Código de Defesa do Consumidor. **Cadernos UniFOA**. Ed.12. Rio de Janeiro, p 63-70. Abril. 2010.

KIFFER, A., ABREU, T. Emergências jurídicas em odontologia. **Rev Bras de Odontologia**. Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p.115-117. Jan/Jun. 2011.

LIMA, R. B. W; et. al. Levantamento das jurisprudências de processos de responsabilidade civil contra cirurgiões-dentistas nos tribunais de justiça brasileiros. **Rev Bras Ciênc Saúde**. Paraíba, v. 16, n.1, p. 49-58. 2012.

MEDEIROS U. V., COLTRI, A. R. Responsabilidade civil do cirurgião-dentista. **Rev Bras de Odontologia**. Rio de Janeiro, V. 71, n. 1, p. 10-6, Jan./Jun. 2014.

1 NETA, N. B. D.; et al. Civil liability of dentists based on reports filed to the Regional Council of Dentistry. **Brazilian Journal of Oral Sciences**. V. 10, n. 2. p. 109-112. April/June. 2011.

2

NIGRE, A. L. A odontologia à Luz do direito. **Rev Bras de Odontologia Legal**, Rio de Janeiro, p. 352. 2012.

NIQUINI, B.T.B.; BOUCHARDET, F.C. H.; MANZI, F. R. The importance of radiological documentation in civil lawsuits involving dentists: case report. **RGO**, Rev Gaúcha de Odontologia. Porto Alegre. v.65, n.1, p 96-99. Jan./Mar. 2017.

PACHECO, K. T.; SILVA JUNIOR, M. F.; MEIRELES, N. R. Ethical proceedings against dentists in Espírito Santo for infringements to the code of dental ethics. **Brazilian Oral Res**. São Paulo, v. 28 n. 1. p. 1-7. 2014.

PARANHOS, L. R.; et al. Ethical and legal considerations on professional liability of the orthodontist. **Dental Press J Orthodontics**. Maringá, v.17. n. 6. Nov./Dec. 2012.

- PEREIRA, W; CORDEIRO, C. J. A. Responsabilidade civil do cirurgião dentista em face ao código de defesa do consumidor. **Rev Horizonte Científico**. Universidade Federal de Uberlândia, v. 1, n. 1. Março. 2007.
- PRADO, C. E.; et al. Criminal liability in dental practice. **RSBO**. V. 10, n. 1 p. 96-101. Jan/Mar. 2013.
- SALES-PERES, S. H. de C.; et al. Termo de consentimento livre e esclarecido aos usuários de clínicas odontológicas brasileiras: aspectos éticos e legais. **Ciênc Rev Ciência & Saúde Coletiva**. Bauru – SP, V.16, n.1, p.805-812. 2011.
- SILVA, R.F.; et al. Repercussões Periciais diante de Falha no Preenchimento de Prontuário Odontológico – Relato de Caso Pericial. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**. V. 4, n. 2, p. 209-217. 2015.
- TERADA, A. S. S. D; GALO, R.; SILVA, R. H. A. Responsabilidade civil do cirurgião-dentista: conhecimento dos profissionais. **Arq Odontol Belo Horizonte**. V. 50, n. 2, p. 92-97. Abr/Jun 2014.
- VASHIST. A.; et al. Legal modalities in dental patient management and professional misconduct. **SRM Journal of Research in Dental Sciences**. V. 5, n. 2, p. 91-96. April/June. 2014.
- ZANIN, A. A.; HERRERA, L. M.; HALTENHOFF, R. F. Civil liability: characterization of the demand for lawsuits against dentists. **Braz Oral Res**. V. 30, n. 1, p. 1-8. 2016.