REVISTA CIENTÍFICA

FACS

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

VOLUME 16 - Nº 18
NOVEMBRO, 2016
ISSN 1676-3734
GOVERNADOR VALADARES-MG

Título: FACS - Revista científica.

78373
Ac.213011

Ex.1 v.16, n.18, nov. 2016 UNIVALE

18

CAPES
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

Qualis Periódicos B5

Parabéns!

Dia do Cirurgião-Dentista

25 de outubro é o Dia do Cirurgião-Dentista

Convidamos o jovem recém-formado para construirmos juntos um novo tempo para a Odontologia Mineira. É importante a sua participação nas comissões de trabalho, cursos, fóruns, simpósios, debates, ações sociais e campanhas em várias partes do Estado. O Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais zela pela ética e humanização da Odontologia.

Conheça o SEU Conselho e participe!

*ética * valorização profissional * bioética * fraternidade * direitos humanos*

Campanha de Valorização Profissional do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais

wwww.cromg.org.br | Facebook/CROMGOFICIAL

Somente juntos seremos mais fortes!

CRO MG CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS

Gestão Acolhedora e Participativa

18

REVISTA CIENTÍFICA

FACS

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Editora Univale

EXPEDIENTE

Revista Científica FACS /Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade do Vale do Rio Doce. Ano XVIII, Vol. 16, n. 18. Governador Valadares: UNIVALE, 2016.

80 p.: il,: fotog.: 28 cm.
Anual
ISSN: 1676-3734
Continuação: Revista Científica CENBIOS.

1. Ciências médicas. 2. Odontologia. 3. Ensino - Pesquisa. 4. História - Odontologia. I Título. Universidade Vale do Rio Doce. II Título.

617.6

Acervo: 230111
Ac. do ex.: 78373
Ex.: 1
Data: 05/02/2021

univale
Universidade Vale do Rio Doce
Construindo conhecimento

REVISTA CIENTÍFICA
FACS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ano XVII, Vol. 16, nº 18, novembro, 2016
Governador Valadares-MG
Periodicidade: anual
ISSN 1676-3734

Mantenedora
Fundação Percival Farquhar

Presidente da Fundação Percival Farquhar
Dr. Rômulo César Leite Coelho

Diretor Executivo da Fundação Percival Farquhar
Sr. Elio Antonio Lacerda

Universidade Vale do Rio Doce

Reitor
Dr. José Geraldo Lemos Prata

Pró-Reitora Acadêmica
Drª. Lissandra Lopes Coelho Rocha

Coordenadora do Curso de Odontologia
Drª. Elaine Toledo Pitanga Fernandes

Editora da Revista FACS
Drª. Maria Paulina Freitas Sabbagh

Conselho Editorial
Drª. Elanie Toledo Pitanga Fernandes
Dr. Marcelo Marigo
Drª. Marileny Frauches Boechat Brandão
Dr. Romero Meireles Brandão
Drª. Suely Rodrigues

Projeto Gráfico
Editora Univale

Editoração
Cria Comunicação

Ficha Catalográfica
Biblioteca Dr. Geraldo Vianna Cruz / Univale
(Mônica Machado Messeder - CRB6º /3149)

Assessoria de Comunicação Organizacional
Bethânia Jesuína Jersey Gomes Araújo

Impressão
Formato Gráfica

Endereço para correspondência
Universidade Vale do Rio Doce – Univale
Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário
Governador Valadares-MG, CEP: 35024-820
Telefone: (33) 3279-5140
E-mail: revistafacs@univale.br
Site: www.univale.br

SUMÁRIO

Editorial 5
O Curso de Odontologia 7
Informes dos cursos da FACS 9

ARTIGOS CIENTÍFICOS

Perfil da pessoa idosa usuária da estratégia de saúde da família em um município do leste mineiro 20

Levantamento da experiência de cárie e doença periodontal em pessoas com deficiência motora 27

Processo de trabalho do Nasf: a visão dos profissionais 34

Meios de obtenção de dentes humanos extraídos por acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Vale do Rio Doce 42

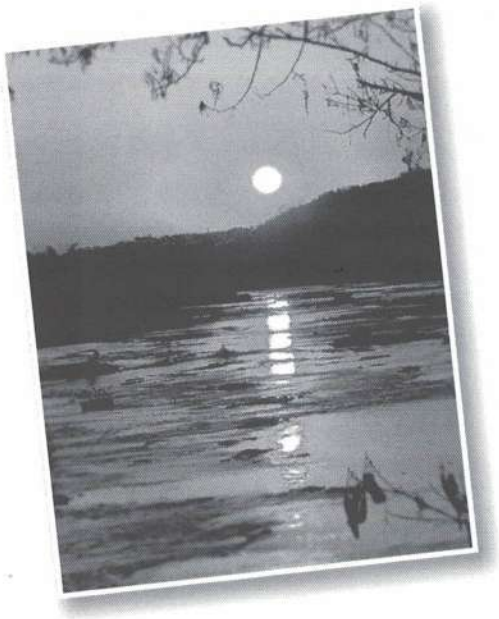
Aplicação do selante de superfície em restauração direta com resina composta em dente posterior 52

Atenção odontológica ao indivíduo com espectro autista 59

Hepatites virais B, C e D: riscos e prevenção 69

Normas Para Publicação 77
Indicador Profissional 79

UNIVALE-FPF
BIBLIOTECA



"Assim como o nosso Rio Doce que apesar das lutas, apesar das dores, apesar das mudanças de cores e humores, chegamos a nossa foz, renovados no imenso oceano dos sonhos realizados, dos amigos que transformam nossa vida em amores, a Revista FACS segue seu caminho entre o ensino e a pesquisa."

Prof. Dr. Cândido Badaró

Foto da Capa

Prof. Dr. Cândido Badaró (curso de odontologia)

Local da foto: Univale, Campus II, julho de 2016.

EDITORIAL

Profª. Ms. Lissandra Lopes Coelho Rocha
Pró-Reitora Acadêmica da Univale

O convite para escrever o Editorial desta edição da Revista da FACS foi recebido com muita alegria, pois ocorreu em um momento em que a Pró Reitoria Acadêmica da UNIVALE propõe: debate sobre a necessidade da produção acadêmica ganhar maior destaque, tanto interna quanto externamente; reflexões junto aos coordenadores sobre a necessidade de valorização de iniciativas como esta; e participação dos cursos do Núcleo da Saúde, em todas as edições desta revista, que é muito importante para socialização do conhecimento produzido no âmbito da universidade e da região.

Vale destacar que a UNIVALE, atenta ao cenário da Pesquisa em Minas Gerais, já desencadeou um movimento junto aos demais Núcleos e à Assessoria de Pesquisa e Pós-graduação para criação de outros meios de divulgação dos resultados acadêmicos, de modo a possibilitar amplo compartilhamento de saberes com a comunidade.

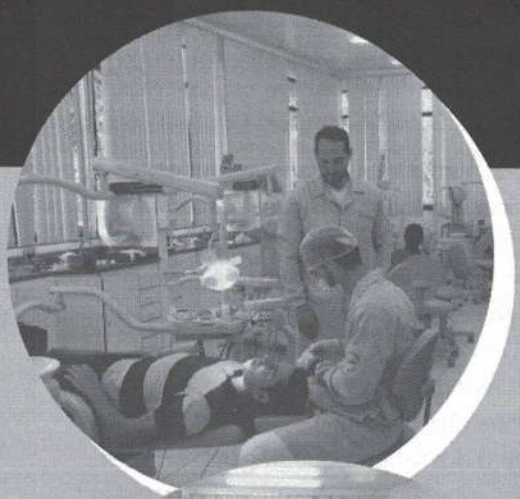
Este movimento propõe derrubar "os muros" que separam a Universidade da comunidade e possibilitar assim, real acesso ao conhecimento nela fomentado. Trata-se de assegurar à comunidade acadêmica e à sociedade em geral o acesso ao conhecimento produzido no âmbito dos Cursos da Univale, bem como, de toda comunidade científica. Entendemos que não é suficiente apenas produzir o conhecimento, mas sim, criar oportunidades de compartilhamento dos saberes que surgem nestes espaços. Por tal razão, a publicação de artigos em revistas como esta, se traduz em um importante instrumento de socialização e de facilitação do acesso aos mais variados conhecimentos. Nosso objetivo é retirar o conhecimento de seu isolamento, de sua forma cristalizada, e linear, para colocá-lo no contexto do mundo atual.

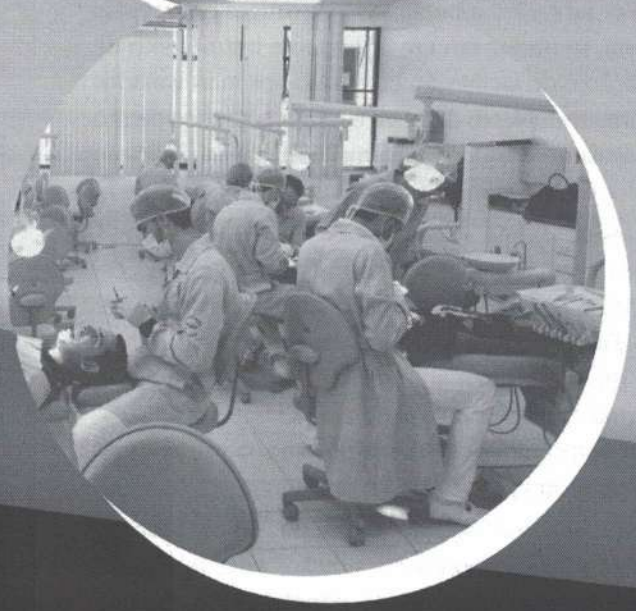
A revista da FACS representa o elo que une Universidade e Comunidade, que integra e desafia novas possibilidades de interação do saber acadêmico com outros saberes. Ela demonstra a maturidade do Curso de Odontologia, que após quarenta e cinco anos de sua criação se reafirma como propulsor do conhecimento articulador da teoria com a prática, e demarca sua presença no cenário da produção do conhecimento.

A qualidade deste importante periódico pode ser atestada de fato, na presente edição, pela relevância dos artigos que referendam o papel conquistado na produção e divulgação da pluralidade do conhecimento científico.

Assim, desejando que o próximo ano seja tão produtivo quanto o ano de 2016, convidamos a todos para desfrutar de mais uma edição da revista da FACS.

Especialização
NOVAS TURMAS





Implantodontia
Início abril 2017

Ortodontia
Início maio 2017

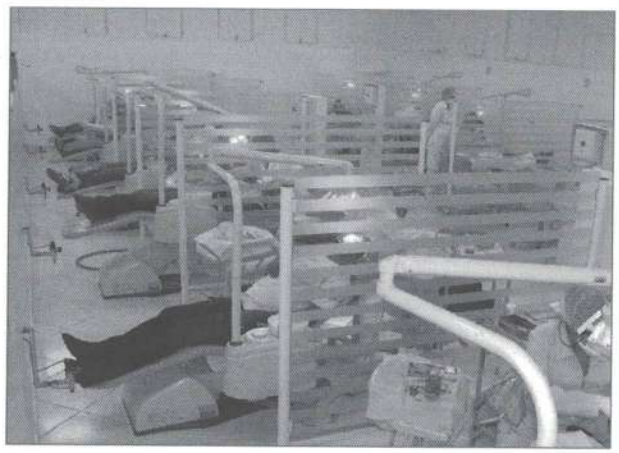
Periodontia
Início abril 2017

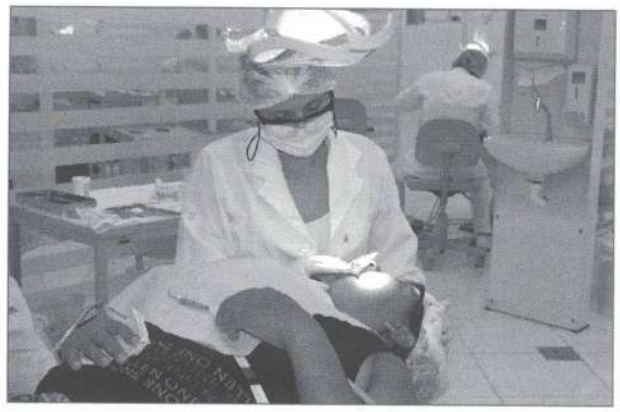
Informações:
3279-5546

univale®
Universidade Vale do Rio Doce
Construindo conhecimento

O Curso de Odontologia

O curso de Odontologia da UNIVALE há mais de 40 anos é referência no Estado de Minas Gerais, formando profissionais absorvidos pelo mercado de trabalho em todo o país. A partir do primeiro período, por meio de práticas de observação, o estudante vivencia a realidade do atendimento clínico, e desde o quarto período realiza procedimentos preventivos e curativos, promovendo saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas. Com professores qualificados, mestres e doutores, conta com infraestrutura de seis modernas clínicas, laboratórios pré-clínicos, além de projetos de pesquisa e extensão. O curso ainda é diferenciado pelo seu Polo Integrado de Assistência Odontológica ao Paciente Especial (PAOPE), Programa Bebê Clínica (atendimento de gestantes e bebês), Programa Odontogeriatria e orientações sobre Empreendedorismo, preparação fundamental para o exercício profissional. Os cirurgiões dentistas podem prestar concursos públicos, atuar no Sistema Único de Saúde, na gestão dos serviços de saúde, na docência superior ou em clínicas e consultórios particulares.





INFORMES DOS CURSOS DA FACS

O Curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce, na busca da qualidade do ensino em um aperfeiçoamento contínuo dos conteúdos teóricos e práticos, vem trabalhando com atividades extra curriculares e interdisciplinares. Tem buscado também contribuir para o aprimoramento profissional dos discentes através de eventos em parceria com Entidades de Classe (ABO e CROMG) e outros cursos da Instituição.

Seguindo esses princípios, foram realizados no curso de Odontologia da Univale em 2016, as seguintes atividades:

APRESENTAÇÃO PROJETO PEDAGÓGICO ODONTOLOGIA AOS DOCENTES E DISCENTES

Data: fevereiro 2016

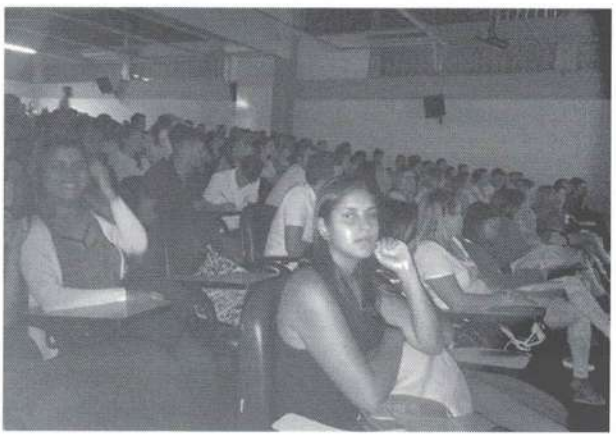
CURSO OCLUSÃO E ESTÉTICA MODERNA – COMO EU FAÇO

Data: 09/05/2016

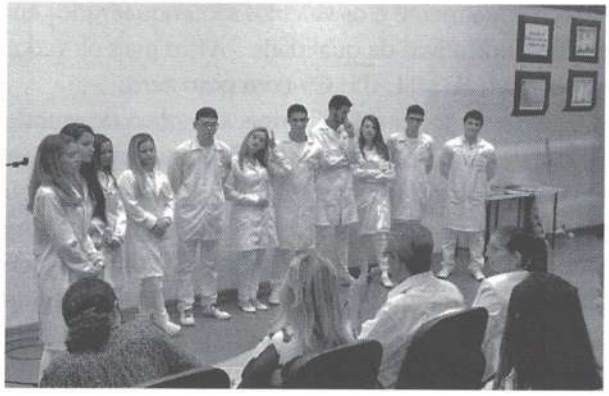
Local: Auditórios Univale

Palestrante: Prof. Dr. Wilson Batista Mendes

Parceria Curso de odontologia e ABO-GV



3º SEMINÁRIO INTEGRADOR
Data: 16 a 20/05/2016
Tema: Doença Cárie Dentária
Participantes: discentes e docentes de 1o ao 8o período



OFICINA DE INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS E QUESTÕES
Data: 14 e 15/06/16
Público alvo: discentes do 7º e 8º períodos
Palestrantes: Profa. Juliana Silva Glória e Prof. Carlos Tadeu Lira Vieira
Parceria do Curso de odontologia e Curso de letras

ATIVIDADE DE PROMOÇÃO DE SAÚDE – EXTRA MURO
Data: 21/06/2016
Local: Creche Pequeno Cidadão – Bairro São Pedro
Participantes: Estagiários do Programa Bebê Clínica

ESTUDO E DISCUSÃO DE CASOS CLÍNICOS
Data: ao longo do semestre letivo
Participantes: alunos do 5º ao 8º períodos

CURSO DE GESTÃO E MARKETING EM ODONTOLOGIA
Data: 01/09/2016 – HORÁRIO: 17:30
Local: Auditório Univale
Palestrante: Wanderson Lage (egresso do curso de odontologia da Univale – 1998)
Participantes: discentes do 7º e 8º períodos
Parceria do Curso de odontologia com a empresa Doctor Vale

PARTICIPAÇÃO NO 10º BALCÃO DA CIDADANIA DA UNIVALE
Data: 27/08/2016
Local: Campus I da Univale
Participantes: discentes do 1º período do curso de odontologia
Atividades desenvolvidas: Educação em saúde

CAPACITAÇÃO BIOSSEGURANÇA
Data: 31/08/2016
Local: Auditório Univale
Participantes: discentes do 3º período do curso de odontologia
Palestrantes: discentes do 6º período de enfermagem orientados pela profa. Elizabeth Maria de Assis Rodrigues

VISITA IN LOCO DOS AVALIADORES DO INEP PARA RENOVAÇÃO DO RECONHECIMENTO DO CURSO DE ODONTOLOGIA
Data: 13 a 16/03/2106

UNIVALE É PALCO PARA REALIZAÇÃO DO FÓRUM CLÍNICO DE ODONTOLOGIA

O Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, em parceria com a Univale, promoveu um Fórum Clínico com o tema: "Educação Permanente para o Clínico Geral", no dia 3 de junho.

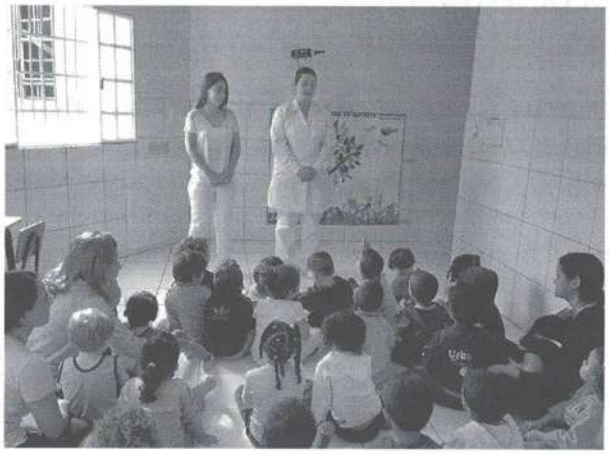
O evento foi realizado nos auditórios B e C do Campus II – Antônio Rodrigues Coelho, com palestras dos professores Dr. Renato Girelli, especialista e Mestre em Dentística e doutor em Ciências da Odontologia; Dra. Andrea Barbosa da Univale, especialista em Dentística e mestre em Gestão Integrada do Território; além da Dra. Lívia Zeola, mestranda em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

CURSO DE ODONTOLOGIA PARTICIPA DE OFICINA DE INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS E QUESTÕES

Os alunos do sétimo período de Odontologia participaram de uma Oficina de Leitura e Interpretação de Texto e Questões, de 14 a 16 de junho de 2016. As atividades, realizadas, em parceria com o curso de Letras, foram ministradas pelos professores Julianna Silva Glória e Carlos Tadeu Lira Vieira.

Entre os dias 30 de maio e 02 de junho, os alunos do curso também participaram de oficinas de formação específica, voltadas para estudos de casos clínicos e visão integral e interdisciplinar.

BEBÊ CLÍNICA REALIZA ATIVIDADE NA CRECHE PEQUENO CIDADÃO



No dia 21 de junho, alunos do 7º período de Odontologia da Univale, através do Programa Bebê Clínica, fizeram uma atividade de promoção em educação em saúde com crianças de 2 a 3 anos na Creche Pequeno Cidadão, no bairro São Pedro. O evento foi orientado pela professora Marileny Boechat.

PROFESSOR DE ODONTOLOGIA PUBLICA ARTIGO EM REVISTA CIENTÍFICA COM QUALIS A1

Guilherme Marigo, professor do curso de Odontologia da Univale, teve o artigo Surface analysis of 2 orthodontic mini-implants after clinical use (Análise da superfície de 2 mini-implantes ortodônticos após o uso clínico) publicado na revista científica American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orhtopedics no início de julho.

A revista é a maior referência na ortodontia mundial e possui Qualis A1, que é o maior grau conferido na avaliação de periódicos, mantido pela CAPES. O Qualis-Periódicos é um sistema usado para classificar a produção científica dos programas de pós-graduação "stricto sensu" (mestrado e doutorado), no que se refere aos artigos publicados em periódicos científicos. A classificação é realizada pelas áreas de avaliação, atualizada anualmente e os veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C - com peso zero.

De acordo com Guilherme, é motivo de grande satisfação ver seu artigo publicado nesta revista. "Ver seu nome ligado a uma revista desse porte, que passou por um critério de seleção muito severo, traz enorme satisfação. Talvez não tenha outra oportunidade de publicação em um periódico assim", afirma. Ele ainda acredita que a pesquisa foi aceita por ser inédita na área, pois nenhuma outra ainda havia estudado as alterações da superfície do mini-implante.

O artigo foi escrito em conjunto com o ex-reitor da Univale e atual professor do curso de especialização em Ortodontia, doutor Marcelo Marigo e o professor do Instituto Militar de Engenharia (IME) do Rio de Janeiro, doutor Carlos Nelson Elias.

O professor pontua que o estudo dos mini-implantes é um assunto a que ele se dedica desde 2006, a área que ele escolheu para pesquisa, tendo publicado dois trabalhos sobre o dispositivo, porém não sobre o mesmo tema desta nova publicação. A ideia deste artigo partiu de seu interesse em estudar os mini-implantes após a remoção nos pacientes, como seriam as alterações na superfície e no design deles, antes e depois, 12 e 18 meses após o uso clínico.

CASOS CLÍNICOS DE ODONTOLOGIA

Alunos do 8º período de Odontologia participaram de mais um estudo e discussão de casos clínicos, desta vez, na área de odontopediatria e ortodontia. Sob orientação da professora Marileny Boechat, eles analisaram e apresentaram soluções para as situações propostas durante a aula.

A atividade faz parte da Clínica de Odontologia e é uma oportunidade para que os alunos estudem casos que ainda não foram vistos durante as aulas. Para a aluna Thaynara Teles, as discussões auxiliam na hora de praticar na clínica e servirá como experiência após a formação. "Os estudos desses casos me ajudam a aprimorar os meus conhecimentos de maneira que possam ser aliados à prática", explicou a aluna.

ALUNOS DE ODONTOLOGIA PASSAM POR MAIS UM ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS

Em agosto, os alunos do 8º período de Odontologia participaram de estudos de casos clínicos. A atividade visa a analisar a capacidade do estudante em planejar, resolver e encontrar a melhor solução para as situações propostas nos estudos.

Foram aplicados 22 casos que precisavam ser resolvidos em duas etapas. Na primeira, foi feito a apresentação dos casos e resoluções. Depois aconteceu a correção e discussão, quando os estudantes precisavam explicar o motivo da escolha das respostas.

As professoras Cassilda Cunha Ferraz, Rosália Moreira Barras e Romilda Siqueira de Sá Perim coordenaram e orientaram os alunos durante a atividade.

Os casos foram selecionados da Clínica de Odontologia que, na maioria das vezes, foi vivenciado por um único aluno. Quando compartilhados, possibilitam uma explanação dos casos aos demais proporcionando novas experiências.

A professora Romilda explica que os estudos de casos contribuem, principalmente, na preparação dos estudantes, pois são vivências rotineiras na prática clínica. "É feito uma revisão dos conteúdos ministrados durante o curso e depois a aplicação deles na prática", comentou.

Uma das situações propostas acusava uma má oclusão causada por uma restauração alta, e o sintoma apresentado pelo paciente era dor ao mastigar. Os alunos discutiram até encontrar o melhor modo de corrigir o problema.

UNIVALE REALIZA 10º BALCÃO DA CIDADANIA

A décima edição do Balcão da Cidadania da Univale foi realizada em 27 de agosto no Campus I-Armando Vieira. Organizado pelo curso de Direito, através do Escritório de Assistência Judiciária – EAJ. O evento prestou serviços à comunidade local, além de divulgar os cursos oferecidos pela instituição.

Durante o Balcão da Cidadania, foram realizadas cerca de 168 conversões de união estável em casamento. Os casais foram selecionados previamente e as conversões foram feitas pelo juiz da 2ª Vara Cível, Dr. Roberto Apolinário. A ação é feita em parceria com o Poder Judiciário e o Ministério Público.

Outros serviços também foram oferecidos. O Instituto Embelleze ofereceu maquiagem, alunos do curso de Direito deram orientações jurídicas, além de trabalharem com o Juizado de Conciliação e o Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania (CEJUS). Estudantes de Fisioterapia fizeram um trabalho com crianças através de caixas funcionais e com os adultos sobre o combate ao tabagismo, além de oferecerem avaliação postural e dos pés.

Alunos de Nutrição fizeram avaliação e orientação nutricional, os de Enfermagem deram orientações sobre DST, métodos contraceptivos e anemia falciforme e os de Farmácia verificaram pulsação, pressão arterial e deram orientação farmacêutica. O curso de Pedagogia levou uma brinquedoteca voltada para as crianças e o de Odontologia ofereceu orientação sobre a saúde bucal de bebês e crianças.

A Profª. Vanessa Armond Campanha, coordenadora do EAJ, comemorou o resultado. "O 10º Balcão da Cidadania da Univale conseguiu atingir seus objetivos, cumprindo efetivamente seu papel na sociedade, através das atividades de lazer, atenção à saúde, orientações jurídicas e, especialmente, através dos 168 casamentos ocorridos num único dia", comentou ela.

ALUNAS DE ENFERMAGEM REALIZAM CAPACITAÇÃO SOBRE BIOSSEGURANÇA PARA O CURSO DE ODONTOLOGIA

Em parceria com o setor de biossegurança e os cursos de Enfermagem e Odontologia, Amanda Lemos Amorim Rosa e Lígia Hevellyn Rocha Lacerda, alunas do 6º período de Enfermagem, realizaram em agosto, uma capacitação de estudantes do 4º período de Odontologia com o tema "Educação de jovens e adultos da área de ciências biológicas e da saúde quanto a biossegurança".

Os assuntos tratados na capacitação foram: NR 32, precauções padrão, uso de equipamentos de proteção individual (EPI), noções básicas sobre infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e transmissão de doenças, fluxograma do atendimento da biossegurança e casos de acidentes com perfuro-cortantes contaminados com material biológico.

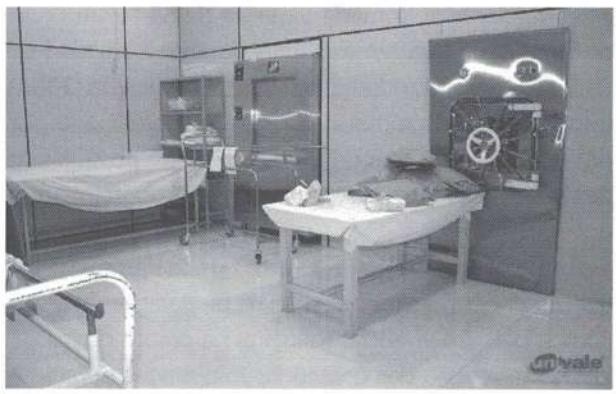
Além destes eventos, foram realizadas melhorias na infraestrutura física do curso

REFORMA DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA I

Foram realizados reparos no piso e estofamento das cadeiras odontológicas, além de pintura interna e externa.

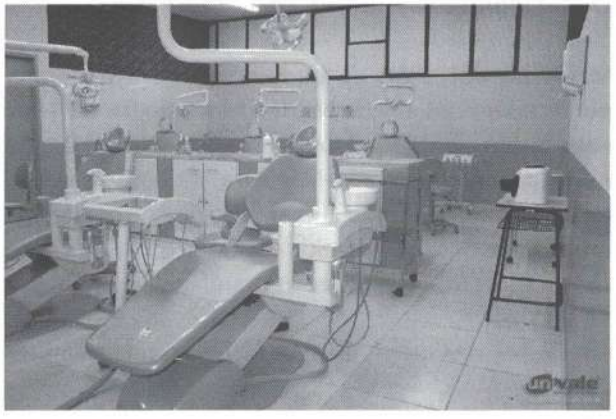
REFORMA DA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO

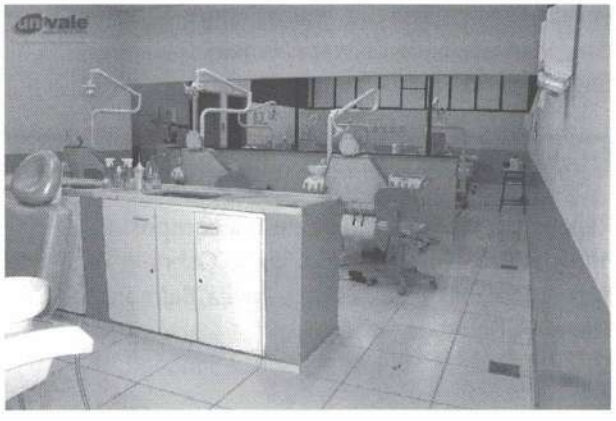
Buscando atuar conforme preconizado pela RDC/ANVISA, Resolução 50 de 21 de fev. de 2002 e n.307, de 14 nov.de 2002, bem como otimizar os serviços prestados às clínicas, foi concluída em agosto/16, a reestruturação do espaço físico da Central de Esterilização do Curso de Odontologia. Investiu-se também na melhoria da qualidade da água e maquinário, com a aquisição de nova autoclave com capacidade de 436 L, barreira e porta deslizante, totalmente digital, munida de aparelhagem de osmose reversa.



IMPLEMENTAÇÃO DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA VI

Foram adquiridos 12 equipos odontológicos novos e 04 bombas a vácuo instalados na Clínica Odontológica VI - Bloco F11. Este novo espaço será utilizado pelas disciplinas de Estomatologia e Clínica Cirúrgica e Periodontia.





Trabalhos de Conclusão de Curso 2015/2º Semestre

A responsabilidade civil do cirurgião-dentista
Alunos: Alexandre Barbosa Andrade de Santana, Anna Luiza de Andrade Werneck, Fernanda Oliveira Porto de Abreu Pereira, Jéssica Aguiar Santos, Jéssica Santos Teixeira
Orientadora: Mylene Quintela Lucca

Avulsão em dentes decíduos anteriores
Alunos: Dayane Roberta Silva, Marcela Botelho Vasconcelos Ferreira, Michella Murta Martins, Pablo de Jesus Frinhani, Ronara de Andrade Oliveira
Orientadora: Maria Paulina de Castro Freitas Sabbagh

Retratamento endodôntico: meios químicos e físicos para remoção da guta percha
Alunos: Caroline de Souza Pereira, Ingrid Georgeta de Almeida Rodrigues, Marlon Moreira Ferreira, Nerly Christina Amorim, Rayane Stéfany Santos de Oliveira, Valciane Lancasttri Santana Fonseca
Orientador: Paulo Roberto de Souza Viana

Técnicas de adaptação de comportamento: o uso do óxido nitroso em Odontologia
Alunos: Erikelly Mota de Souza, Kellen Caldas de Souza, Larissa Rodrigues Salomão, Layssa Lopes Damasceno, Marcos José Dias Ferreira Bruno
Orientadora: Maria Clotilde Magalhães Menezes Pimentel

Percepção de saúde bucal e indicadores clínicos: estudo com idosos atendidos em uma clínica escola de Odontologia
Alunos: Jéssica Carneiro Amaral, Lucas de Melo Calil, Natália Martins Costa, Stefânia Stofel de Almeida, Thaiane Manoelle Bonfim de Souza
Orientadora: Suely Maria Rodrigues

A atuação do cirurgião-dentista na atenção odontológica ao indivíduo autista
Alunos: Bianca Rodrigues Abelha, Jéssyca Xavier Moreira, Maísa Almeida Pessoa, Marcela Cristina Oliveira Souza, Raquel Barros Aguiar
Orientadora: Ayla Norma Ferreira Matos

Aspectos relevantes sobre a cárie de mamadeira
Alunos: Ana Luiza Pimentel Barroso, Carla Aparecida Caldeira Machado, Karen Mendes Saroa, Tatiany Matos Cerqueira, Ulli Aparecida Silva Santos
Orientadora: Marileny Boechat Frauches Brandão

Manifestações bucais em pacientes com leucemia
Alunos: Ana Paula Faria de Lima, Andreza Garcia de Farias, Jullyana Pimentel Gonçalves, Michele Nunes Lopes, Samara de Oliveira Ribeiro, Tássia Caroline Mageste
Orientadora: Elaine Toledo Pitanga Fernandes

Conhecimento dos acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce sobre a biopericulosidade do órgão dental
Alunos: Christian Cesar Soares, Karolina Andrade Rosado Oliveira, Lásaro Felipe Marinho, Rosaria Souza de Carvalho, Thais de Sousa Silva
Orientador: Romero Meireles Brandão

Manifestações bucais da terapia antineoplásica: papel do cirurgião-dentista
Alunos: Brício Coelho Franco, Dexther Tusthler Rodrigues, Eutalia Alves Manso, Renata Almeida dos Santos, Thaisnara Alves de Souza
Orientadora: Elaine Toledo Pitanga Fernandes

Meios de obtenção de dentes humanos extraídos por acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce
Alunos: Daniela Amorim Nogueira, Jhone Gomes Camargos, Maycon Falcão Alves, Samella Neves de Oliveira, Thays Silva de Almeida
Orientador: Romero Meireles Brandão

Alterações das estruturas dentárias com o envelhecimento
Aluno: Caroline Almeida Dias de Souza, Fabíola Silva, Hellen Cristina Ferreira, Luiza Nunes Sanches Brandão, Maria Zélia de Oliveira Nunes
Orientadora: Suely Maria Rodrigues

Trabalhos de Conclusão de Curso 2016/1º Semestre

Reparo em restauração de resina composta
Alunos: Bruna Lorena Rodrigues, Gabriele Faria dos Reis, Isabela da Cunha Pires, Nívea Balmont Hedrik, Thamires Bento da Silva
Orientadora: Maria José de Souza Santiago

A importância da visita domiciliar na atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família
Alunos: Bruno Ricardo Bertoldo Ferreira, Hillany Evelyn de Oliveira, Lays Nara Barbosa Siman, Lorena de Paula Feitosa, Rafaella Rosa da Silva
Orientadora: Ayla Norma Ferreira Matos

Hábitos parafuncionais em crianças: bruxismo
Alunos: Alana da Silva Lima, Bruna Gloria Machado, Jhonny Soares Marçal, Renata de Souza Batista, Tiago Lima da Silva
Orientadora: Mylene Quintela Lucca

Fluorose dental
Alunos: Amanda Rodrigues de Miranda, Andresa Estevo da Silva, Gabriel Ferreira da Silva, Priscila Kellen Adriano Eduardo de Moura, Sandra Aparecida Marques de Oliveira
Orientadora: Maria Clotilde Magalhães Menezes Pimentel

Trabalhos de Conclusão de Curso 2016/2º Semestre

Perspectivas da Odontologia na síndrome da apneia obstrutiva do sono
Alunos: Cássila Gonçalves Lopes, Jheneffer Jaime Gonzaga Novais, Juliana Matos Nunes Pêgo, Letícia Ruth Costa de Souza, Matheus Lemos Damasceno
Orientadora: Rosimary Almeida Ferreira

Considerações sobre frênulo lingual e tipos de frenectomia
Alunos: Jario de Freitas Neto Júnior, Jessica Oliveira Soares, Lillia Cristina Martins Castelane, Lygia Carla Ferreira, Maurosam Júnior Falci Mota Silva Spíndola, Tiago Rodrigues da Silva
Orientador: Maria Paulina de Castro Freitas Sabbagh

O papel do cirurgião dentista na abordagem do paciente com fissura labiopalatina
Alunos: Bruna Kenedy Portugal de Lima, Gabriela Cristina Farini Cobi, Guilherme Miranda Frois, Isabela Oliveira Reis, Nathalia Araujo Mendes dos Reis, Veridiana Rabelo de Magalhaes Pinto
Orientadora: Evisabel Siqueira Simões Teixeira

Relevância do cirurgião dentista na detecção de maus tratos em idosos
Alunos: Delilia Fernandes Sales Pereira, Eduarda Kalil de Novaes Soares, Mariana Carvalho Marianelli, Marilia da Conceição Cordeiro, Roger Harrison Castro Silveira, Sabrina Alves de Oliveira
Orientadora: Suely Maria Rodrigues

Incisivo lateral conóide
Alunos: Aiandra Ornelas Silva, Gabriella Rocha de Oliveira, Lidia Lima e Silva, Neusa Cardoso da Silva Porto, Sâmara Silva Cavalcante Matos, Samara Valadares Cassiano
Orientadora: Maria José de Souza Santiago

A influência do medo e da ansiedade no tratamento odontológico
Alunos: Alice Nayara Mariano Coelho, Ana Paula Lopes de Souza, Arllen Rodrigues Ferraz Gomes, Débora Garcia S'pindola, Karinne Alves Godinho Barbosa
Orientador: Romero Meireles Brandão

Importância da documentação odontológica na identificação humana post-morten
Alunos: Aline Saraiva Costa, Arantxa Venuto Gonçalves Gomes, Bárbhara Souza Stein, Rhayanne Ribeiro Silva
Orientador: Romero Meireles Brandão

Manifestações orais dos transtornos alimentares, bulimia e ano
Alunos: Ediane Rodrirexia gues da Fonseca, Leidiane Lucas Gomes, Michelle Gomes Pedra, Thaís Caroline dos Santos, Thamirys Silva Reis
Orientador: Romero Meireles Brandão

Lentes de contato: a estética da era moderna
Alunos: Aline Pereira dos Santos, Amanda Pereira dos Santos, Juliano Barros de Almeida, Leticia Araujo Souza, Luiz Victor Cordeiro Nunes
Orientadora: Kíssila Zacché Lopes de Andrade

Utilização da toxina botulínica tipo A na Odontologia para tratamento de bruxismo
Alunos: Gabriela Nery Lacerda, Hérica Pedrita Ferreira Cardoso, Líbia Almeida Siqueira Mendes, Lucas de Oliveira Bezerra, Roberta Coelho Saturnino Vilaça
Orientadora: Erika de Aguiar Miranda Coelho

Satisfação dos usuários atendidos por acadêmicos de uma clínica escola de Odontologia
Alunos: Ivana Oliveira Carvalho Furlani, John Sinhorini Pena, Mariana Ferreira de Morais, Thaynara Teles Chaves Gonçalves, Viníssius Ferreira Silva
Orientadora: Mylene Quintela Lucca

HIV e Odontologia: atendimento clínico
Alunos: Amanda Arêdes de Assis, Débora de Souza Nunes, Galileu José Vieira Filho, Lorrayne Livia Lopes dos Santos, Mariana Lemos Andrade
Orientadora: Maria da Penha Siqueira Assis

Traumatismo dentário na dentição decídua
Alunos: João Victor Melo Machado, Jucelaine da Silveira Ribeiro, Klyger Kayo de Manasses Silva, Layane Louise Pinheiro Ventura Carvalho, Rosiane da Silva Batista, Thainá Ester Lima e Silva
Orientadora: Marileny Boechat Frauches Brandão

Gengivoestomatite herpética primária

Alunos: Angélica Rocha Correa, Ellen Maciel Passos, Gabriela Rodrigues Corrêa, Gustavo Gabriel Vilarino Silva, Karen da Silveira Pessim

Orientadora: Maria Paulina de Castro Freitas Sabbagh

ARTIGOS CIENTÍFICOS

Perfil da pessoa idosa usuária da estratégia de saúde da família em um município do leste mineiro

Tamara Maciel MOREIRA*
Carlos Alberto Dias**
Elaine Toledo Pitanga Fernandes***
Suely Maria Rodrigues***

Resumo

O envelhecimento se configura como um fenômeno mundial e tem sido alvo de diversos estudos nas últimas décadas. Esta etapa afeta de maneira distinta a vida do homem e caracteriza-se por mudanças biológicas, socias e psicológicas. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico da pessoa idosa usuária da ESF em Governador Valadares. A amostra foi constituída por 163 idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Resultados demonstram que 72,4% são do sexo feminino e 78,5% possuem baixa renda; 42,2% são casados, 36,8% viúvos e 10,3 % são solteiros. Em relação a escolaridade 27,5% não possuem nenhuma instrução, 36,8 % possuem uma doença crônica, 46,1% fazem uso de até três medicamentos/dia e procuram com frequência a ESF. Conclui-se que há maior participação de mulheres, baixo nível escolar, pequena renda e residem com algum membro familiar.
PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), estima-se que até o ano de 2025 o Brasil será o sexto país com mais idosos. Essa mudança etária não é característica apenas da população brasileira, mas de todo o mundo. A proporção de indivíduos com 60 anos ou mais está aumentando rapidamente em decorrência de um gradativo declínio nas taxas de fecundidade e de mortalidade, bem como da prevenção e tratamento das doenças associadas com morte prematura e o avanço no tratamento específico de doenças infecciosas e a utilização de programas de imunização. Esses fatores associados promovem a base demográfica para um envelhecimento real dessas populações.

A transição de uma população jovem com alta mortalidade para uma população envelhecida com baixa mortalidade provoca uma profunda alteração no perfil da morbidade e causas de mortes desta população, também chamada de transição epidemiológica. Basicamente temos a substituição das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crônicas não transmissíveis, como principais causa de morte em uma população (OMS, 1984). O que ocorre, na verdade, é que com a diminuição percentual de crianças, diminui também a parcela da população mais suscetível às doenças infecciosas, e com o aumento da proporção de idosos aumenta também a cota de pessoas passíveis de contrair

* Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Vale do Rio Doce- UNIVALE
** Professor do Curso de Turismo da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM
*** Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce- UNIVALE

uma doença crônica do tipo das doenças cardiovasculares (RAMOS et al., 1993).

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada (MENDES, 2005). Ao considerar que o notável crescimento de idosos na população reflete em ganhos positivos de desenvolvimento social, pondera-se, contudo, que o envelhecimento populacional também representa o crescimento de doenças crônico-degenerativas, com o estabelecimento de comorbidades que comprometam o grau de independência do idoso (BRITO, 2014).

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos, existindo uma legislação específica do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996). É esta legislação que regulamenta a Política Nacional do Idoso e prevê a formação do Conselho Nacional do Idoso. Nesta política está contemplada a questão da saúde e assistência social, à qual todo idoso tem direito (BRASIL, 1998).

Baseado no conceito de autonomia ou habilidade/capacidade funcional, a OMS (1983) classificou os pacientes idosos em três grupos: funcionalmente independente, que são indivíduos sadios, que podem apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e com algum declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda. Parcialmente independente que se caracterizam como indivíduos lúcidos, porém com problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, o que faz com que estejam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive com a família ou em instituições com serviços de suporte. E por fim, Totalmente dependente que são aqueles cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter autonomia. Essas pessoas estão impossibilitadas de viver com independência e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente.

Estes conceitos são úteis ao contexto do envelhecimento, pois estão ligados à manutenção da autonomia dos idosos, ou seja, ao grau de independência com que desempenham as funções no dia-a-dia dentro de seu contexto sócio-econômico e cultural. Do ponto de vista prático, estas funções podem ser medidas através do desempenho das atividades diárias, como por exemplo, a capacidade de cuidado pessoal (higiene), preparo das refeições, manutenção básica da casa. A operacionalização deste conceito é difícil, mas seus resultados são mais detalhados do que os obtidos apenas com utilização do conceito de envelhecimento cronológico (WHO, 2002).

Com o aumento da população idosa as doenças advindas do envelhecimento tendem a aumentar crescendo expressivamente a demanda dos serviços de saúde e, por conseguinte, o aumento dos recursos despendidos na área. Por essa mudança demográfica se dar de maneira rápida são necessários vários ajustes e implementações no serviço de saúde para que a qualidade de vida desta faixa etária seja preservada; desta forma, buscam-se formas de aperfeiçoar a aplicação de recursos para tornar o sistema de saúde mais eficiente (CONTANDRIOPOULOS, 2006; DONABEDIAN, 2005; VIACAVA et al., 2004).

A instalação de programas que buscam promover a qualidade de vida, considerando-a em sua totalidade, marca o início de um ambiente propício para que a população tenha subsídios para envelhecer com saúde e qualidade de vida. O Sistema Único de Saúde, o SUS, foi implantado no Brasil na Constituição de 1988, meio a um ambiente propício para o surgimento de um novo programa social, já que se instalava uma nova concepção de saúde em nosso país. Antes, a saúde era entendida como "estado de não doença", o que fazia que toda lógica girasse em torno da cura de agravos á saúde (BRASIL, 2000). Com isso, a ênfase era voltada apenas para as consequências e não para a causa. A partir de então o conceito de saúde passa por uma redefinição que é associada à qualidade de vida, assim, a saúde começa a se relacionar com a, moradia, educação, renda familiar, saneamento básico, alimentação, vigilância sanitária e até mesmo o meio ambiente. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, sendo denominado atualmente por Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este se apresenta como uma proposta de reestruturação da atenção primária, centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social (MARTINS; GRACIA; BARBOSA, 2008). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um dos principais eixos do setor público de saúde e sua característica básica é prover a atenção básica em saúde, aumentando o acesso da população com base numa modalidade de atendimento que visa à transformação do modelo assistencial (CAMARGO, 2008). O programa tem como estrutura básica

o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva aos usuários, visando sempre a minorar os danos e sofrimentos que podem ocorrer ao longo do tratamento, garantindo assim sua integralidade.

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. Vários estudos comprovam que países que possuem sistemas organizados a partir da APS apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços (MACINKO; STARFIED; SHI, 2003; WHO, 2004).

O objetivo deste presente estudo é caracterizar perfil sócio demográfico da pessoa idosa usuária da estratégia de saúde da família no município de Governador Valadares. Observa-se a relevância da caracterização dos usuários comtemplados pelo serviço, uma vez que este permite estipular prioridades e aperfeiçoar o gerenciamento de tempo e gastos, aumentado assim a eficácia e eficiência das ações, e por fim melhorar a qualidade da assistência.

Metodologia

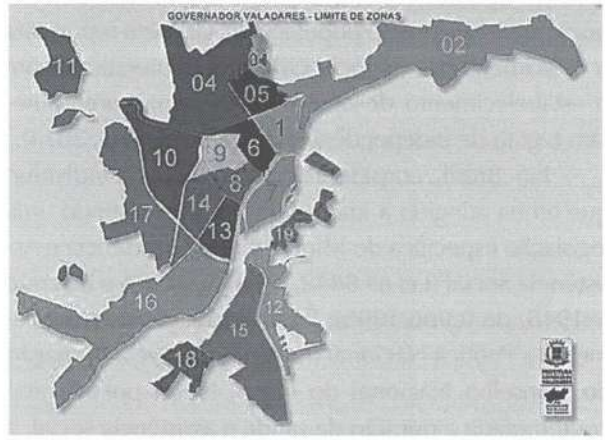
Foram consideradas as normas éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce de acordo com o Parecer 532.075.

Foi adotada neste estudo uma abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa é um método orientado à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

O universo do estudo onde a pesquisa foi realizada, Governador Valadares, possui 261.261 habitantes (DATASUS, 2007), sendo 21.428 idosos, representando 8,3% da população. Neste município há 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 35 possuem equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). Destas, 22 realizam atendimento odontológico ambulatorial à comunidade por meio da Estratégia de Saúde Bucal (ESB).

O município é dividido em 19 regiões, abrangendo toda a zona urbana. Somente em 02 regiões não há UBS, sendo os indivíduos residentes nestes locais encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima. O número total de idosos cadastrados nas ESF é de 13.659 idosos.



Região 01: Centro, Esplanada, São Tarcísio
Região 02: São Pedro, Universitário, Santos Dumont, Chácaras Braúnas, Sítio das Flores, Sir, Vila Mariquita
Região 03: Santa Helena, Santa Efigênia
Região 04: Maria Eugênia, Esperança, Morada do Vale, Grã-Duquesa
Região 05: Carapina, Nossa Senhora das Graças
Região 06: Centro, Vila Mariana
Região 07: Ilha dos Araújos
Região 08: Lourdes, Santa Terezinha
Região 09: Acampamento, São Geraldo, Vila Mariana
Região 10: Altinópolis, Mãe de Deus, Santo Antônio, Vista Alegre
Região 11: Jardim do Trevo, Santa Paula
Região 12: Vila Isa, Vila Park Ibituruna Vila Park São João
Região 13: São Paulo, Santa Terezinha
Região 14: Loudes, Vila Bretas
Região 15: Azteca, Jardim Atalaia, Jardim Vera Cruz, Jardim Ipê, São Raimundo, Vila Isa
Região 16: JK, Santa Rita
Região 17: Bela Vista, Jardim Pérola, Distrito Industrial, Kennedy, Nova Vila Bretas, Palmeiras, Planalto, São José, Turmalina, Vila Ozanan
Região 18: Vila dos Montes, Vila do Sol
Região 19: Elvamar, Shangrilá, Vilage da Serra

A amostra foi constituída de indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Governador Valadares. Para definição do tamanho da

amostra foi realizado um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção. O nível de confiança considerado foi de 95%, erro de 5% e o padrão considerado de 50%.

A partir do total de idosos cadastrados em cada Estratégia de Saúde da Família, obteve-se a proporcionalidade da amostra, por região. Este procedimento foi feito considerando-se que cada ESF representa uma região geográfica do município. Desse modo, a chance de participação dos idosos, de todas as localidades, ficou garantida.

Foram incluídos na amostra indivíduos fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder ao inventário sociodemográfico. Estas condições serão avaliadas a partir dos 27 prontuários arquivados nas ESF e com auxílio dos profissionais de saúde que atuam nas mesmas (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde). A presença de doenças crônicas não será considerada, uma vez que idosos podem adaptar-se às mesmas e ter uma vida autônoma e independente.

Foi utilizado um inventário sociodemográfico, baseado no estudo de Fleck (2008), que identificou os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas são: idade, sexo, situação conjugal, renda mensal individual e familiar, escolaridade, vivência familiar, número de consultas médicas realizadas na ESF (nos últimos 6 meses), número de doenças referidas (nos últimos 6 meses), número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos 6 meses).

Visando a verificar o modo de abordagem das questões e tempo gasto com as perguntas do questionário, foi realizado um estudo piloto com 10 indivíduos idosos em tratamento na Clínica Odontogerátrica do curso de Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior, observando os critérios de inclusão e exclusão. Porém os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal.

Para a coleta dos dados em todas as ESF, inicialmente o pesquisador se reuniu com o responsável da Unidade, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Após autorização, foi agendado o dia e horário adequado para realização da coleta, levando em consideração que a pesquisa não poderia interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde.

Na data estabelecida, o pesquisador reuniu com os idosos presentes para o atendimento na ESF, explicando os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais seriam submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Reforçara que a pesquisa possui caráter voluntário e que os todos participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada em uma sala de consulta da Unidade Básica de Saúde. Cada indivíduo participante da pesquisa foi encaminhado para o local da coleta de dados com o auxílio de um membro da equipe de saúde da UBS. Proporcionando assim, um ambiente reservado evitando causar medo ou "stress".

Os dados quantitativos foram analisados através do software SPSS (v.16.0). Primeiramente foi realizado o cálculo da distribuição de frequência e, em seguida, utilizou-se o teste do $_x2$ ($p<0.10$) para avaliar o relacionamento entre a variável dependente e as variáveis independentes (análise bivariada).

Resultados e discussão

A atenção para as questões de saúde no processo do envelhecimento tem crescido nas últimas décadas em virtude da crescente população idosa mundial. O aumento da expectativa de vida é considerado uma valiosa conquista humana e social. Um olhar sobre o envelhecimento e a saúde do idoso é um ponto inicial a partir do qual se busca refletir sobre a promoção do envelhecimento saudável e sobre as diretrizes para as políticas de atenção ao idoso.

A pesquisa contou com a participação de 163 idosos na faixa etária de 60 a 102 anos de idade, com a predominância do sexo feminino (72,4%). A maior participação de mulheres encontrada neste estudo provavelmente possivelmente pode ser relacionada a uma maior preocupação e cuidado em relação à saúde. Há uma procura maior por consultas preventivas, a mulher possui uma postura mais receptiva aos tratamentos de saúde, como adesão a tratamento medicamentoso regular e exames preventivos. Todos os resultados encontrados estão dispostos na Tabela 1.

As mulheres apresentam maior flexibilidade e dinamismo em relação ao envelhecimento, buscando sempre que possível sanar as demandas cotidianas de saúde (FIGUEIREDO, 2005; BULGARELLI, MANÇO, 2008). O maior percentual de mulheres nas pesquisas decorre da sua maior longevidade, pois, dentre outras causas, estas possuem menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, alémdas diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças (COELHO, 1999; LEBRÃO, 2005). Já a resistência masculina em se cuidar decorre das variáveis culturais ligadas aos estereótipos de gêne-

ro que permanecem na nossa cultura. O "ser homem" estaria relacionado à ideia de invulnerabilidade, força e virilidade (GOMES, 2008; COURTENAY, 2000).

A maior presença do sexo feminino neste estudo também pode estar associada ao fenômeno da "feminização da velhice", ou seja, as mulheres representam a maioria da população idosa mundial, com diferença na expectativa de vida entre os gêneros. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens (IBGE, 2005)

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde dos idosos usuários do SUS em uma Unidade de saúde da família de um município de médio porte.

Características		Frequência n (%)
Sexo	Feminino	118 (72,4)
	Masculino	45 (27,6)
Escolaridade (anos de estudo)	0	62 (38,0)
	1-4	87 (53,4)
	≥ 5	14(8,6)
Condição econômica individual	Com renda	142 (87,1)
	Sem renda	21 (12,9)
Renda familiar	Até 1 SM	128 (78,5)
	1.01- 6.3 SM	35 (21,5)
Situação conjugal	Com parceiro	77 (47,2)
	Sem parceiro	86 (52,8)
Vivência familiar	Sozinho	31 (19,0)
	Acompanhado	132 (81,0)
Nº consultas médicas na UBS (últimos 6 meses)	≤ 3	84 (51,5)
	≥ 4	79 (48,5)
Nº doenças relatadas (últimos 6 meses)	≤ 1	100 (61, 3)
	≥ 2	63 (38,7)
Modelo de trabalho da Unidade frequentada	Tradicional	44 (27,1)
	ESF	119 (72,9)

Em relação à escolaridade, 53,4% dos participantes declarou possuir de um a quatro anos de estudo. Ao considerar-se o fato dos participantes possuírem, em sua maioria, pequeno ou nenhum nível de escolaridade, é possível que esse resultado seja decorrente da falta de oportunidade de acesso ao ensino, ou seja, da exclusão desses indivíduos do sistema educacional quando em idade escolar.

No estudo desenvolvido por Veras (2001) sobre escolaridade em idosos foi constado que existe maior prevalência de analfabetismo do homem sobre a mulher. Isto reflete o contexto sociocultural do século passado, época em as mulheres eram cuidadoras do lar e quase não frequentavam a escola. Além disso, é apontado por Noronha e Andrade (2008) que idosos com baixa escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de hábitos inadequados, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente.

Ao considerar a renda familiar, 87,1% afirmaram viver com um rendimento mensal. Observou-se que 78,5% recebem um salário mínimo mensal proveniente da aposentadoria. O dado em questão pode ser resultado da ampliação da cobertura da previdência e da legislação da assistência social estabelecida pela Constituição de 1988, que garante aos idosos carentes maiores de 65 anos um salário mínimo mensal (BRASIL, 1997). Uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Problemas financeiros podem reduzir o bem-estar em idosos, atuando como fator de risco à saúde. Quanto menor o poder aquisitivo, menor é o acesso aos serviços de saúde bucal e à informação (FREEMAN, 2002).

Vale ressaltar que os recursos socioeconômicos estão diretamente ligados à qualidade de vida. Em estudos realizados por Jakobsson (2004) foi constatado que problemas financeiros reduziam o bem-estar em idosos. Esta realidade limita o acesso a bens de serviços e de consumo, como alimentação e moradia adequadas, e se agrava quando pesquisas constatam que grande parte dos idosos é provedor de sua família (LEBRÃO, 2005). No entanto, no presente estudo não foi percebido influência significativa na variável renda, o que pode ser supostamente atribuído ao fato de que se trata de um município de pequeno porte.

Sobre o estado civil foi observado que 42,2% são casados, 36,8% viúvos e 10,3% solteiros. Segundo a OMS (2001), o ambiente físico em que o idoso está inserido e seu cuidador pode determinar a dependência ou não do indivíduo. É importante que ele se sinta seguro e seja estimulado a exercer suas atividades diariamente. Neste estudo, a maior parte dos idosos moram acompanhados, o que se mostra como um fator positivo já que o "morar sozinho" se configura como um ambiente de risco em que é comum o desenvolvimento de quadros depressivos consequentes da solidão e sensação de abandono.

Sobre as condições de saúde, 36,8% dos idosos relataram possuir pelo menos uma doença sistêmica e 46,1% consomem habitualmente de um a três medicamentos por dia. Sobre a quantidade de consultas médicas realizadas nos últimos seis meses, 59,6% afirmaram terem ido até três vezes em média à UBS. Esta alta taxa de consultas pode ser paralelamente associada à busca da medicação. A população idosa é um dos maiores consumidores de medicação controlada e permanente. Estima-se que 23% da população brasileira consumem 60% da produção nacional de medicamentos e que 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não têm como custear suas necessidades básicas, tampouco tem acesso aos medicamentos, excetuando-se os da rede pública, e que mais de 80% tomam, pelo menos, um medicamento diariamente (SILVA et al., 2010). Coelho (2005) correlaciona também a alta frequênciade consultas por parte dos idosos seja uma busca de segurança e cuidados em relação à saúde.

Os idosos utilizam com frequência regular o serviço de saúde. Este dado pode ser devido ao fato da organização do serviço e a distribuição das Unidades de Saúde estar na proximidade da moradia do usuário, facilitando a efetiva utilização, sendo este local o primeiro acesso ao sistema de saúde. As desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer, diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar serviços de saúde. A capacidade de acesso aos serviços identifica o movimento da busca, da capacidade do idoso acessar e usar os serviços de saúde conforme sua disponibilidade e necessidade. A utilização dos serviços demonstra sua acessibilidade e, indiretamente, indica a equidade de um sistema de saúde. Essa capacidade está diretamente relacionada, além da renda e escolaridade, à disponibilidade da oferta da rede pública e privada. Mas, a maior utilização não está necessariamente relacionada a uma melhor atenção à saúde do idoso (LOUVISON, 2008).

O modelo de atenção adotado na maioria nas Unidades pesquisadas é do tipo ESF. Inclui profissional como médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população residente na área de abrangência do serviço.

Conclusões

Foi possível observar que os idosos desta pesquisa formam um grupo de indivíduos com maior participação de mulheres. Possui pouca escolaridade; baixa renda, proveniente da aposentadoria. Normalmente, residem com algum membro da família.

Quanto às condições de saúde, buscam com freqüência a Unidade evidenciando o "cuidar em saúde". Possuem pelo menos uma doença crônica e consomem regularmente de um a três medicamentos por dia.

Referências

BULGARELLI, Alexandre Fávero; ARX, Manço. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Cien Saúde Colet,** v. 13, n. 4, p. 1165-1174, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1997.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996. **Política Nacional do Idoso**. 2. ed. Brasília,1998. 32p.

BRITO, Maria da Conceição Coelho et al. Atenção à saúde do idoso e família: evidências da produção científica. Kairós. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde.** ISSN 2176-901X, v. 17, n. 1, p. 87-101, 2014.

COELHO, Eduardo Barbosa et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arqbrascardiol**, v. 85, n. 3, p. 157-61, 2005.

COELHO FILHO, João Macedo; RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-53, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.705-710, 2006.

COURTENAY, Will H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social science & medicine**, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, 2000.

DATASUS. Banco de dados: Departamento de Informática do SUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: www. cnes.datasus.gov. br. Acesso em: 18 mar. 2007.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-9, 2005.

FLECK, Marcelo Pio. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Artmed Editora, 2009.

UNIVALE-FPI
BIBLIOTECA

FREEMAN, Ruth. Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v. 1, n. 1, p. 34-39, 2015.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina, gênero e saúde. In: **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Fiocruz, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

JAKOBSSON, Ulf; HALLBERG, Ingalill Rahm; WESTERGREN, Albert. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 1, p. 125-136, 2004.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. **Health services research**, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MENDES, Márcia RSS et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paulista de enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

NORONHA, Kenya Valéria Micaela; ANDRADE, Mônica Viegas. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 411, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de losancianos, Genebra, 1984. Informe.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE; ATUN, Rifat. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?**.Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.

Organización Mundial de la Salud. Salud y envejecimiento: un documento para el debate: versión preliminar. Madrid: Instituto de Migraciones y ServiciosSociales; 2001.

RAMOS, Luiz Roberto et al. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.

Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodologia de Pesquisa, 3ed, São Paulo: Editora Mc Graw – Hill, 2006.

Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SILVA, Carla Silvana Oliveira et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 811-18, 2010.

VERAS, Renato. Velhice numa perspectiva de futuro saudável. UERJ, 2001.

VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-24, 2004.

Levantamento da experiência de cárie e doença periodontal em pessoas com deficiência motora

Caries experience of survey and periodontal disease on disabled motor

Ivana Oliveira Carvalho Furlani*
Marileny Boechat Frauches Brandão**
Suely Maria Rodrigues***
Mylène Quintela Lucca***

Resumo

Introdução: As doenças da cavidade bucal são as mesmas em deficientes físicos e na população em geral, porém, ocorrem com maior frequência no primeiro grupo. Objetivo: realizar um levantamento da experiência de cárie e doença periodontal em pessoas com deficiência motora, assistidos no Centro de Apoio ao Deficiente Físico de Governador Valadares de set./ 2014 a fev./2015. Material e Método: Participaram do estudo 130 pessoas de 1 a 89 anos de idade, de ambos os sexos. As variáveis foram: idade, sexo, escolaridade, renda familiar e causa da deficiência. Avaliou-se a experiência de cárie pelo índice de dentes cariados, perdidos e obturados. Resultados: As principais causas de deficiência foram o trauma e o acidente vascular encefálico. A média dos dentes cariados, perdidos e obturados foi igual a 15,19 e revelou no modelo de regressão valores mais elevados em pessoas que não recebem benefício, são independentes, que realizam a higiene bucal uma vez ao dia, e que têm como causa da deficiência o acidente vascular encefálico, quando comparados aos com paralisia cerebral. Quanto ao índice de higiene oral simplificado, em indivíduos de 20 a 59 anos a chance de apresentar placa/cálculo foi 4,728 vezes maior em comparação aos de 12 anos ou menos. Pacientes que não foram ao dentista nos últimos 12 meses apresentaram chance 2,730 vezes maior do que os que foram nos últimos 12 meses. Conclusão: Encontra-se melhor condição de saúde bucal em indivíduos jovens, dependentes, que foram ao dentista recentemente, recebem benefício e realizam higiene bucal três vezes ao dia.
Palavras-chave: Cárie Dentária; deficiência motora/física; condição sócio econômica e demográfica.

Abstract

Introduction: The diseases of the oral cavity are the same for disabled and in the general population, however, occur more frequently in this group. Objective: To conduct a survey to caries and periodontal disease in people with motor disabilities, assisted in the Centre for Disability Governador Valadares Sep / 2014 to Feb / 2015. Materials and Methods: The study included 130 people 1-89 years of age, of both sexes. The variables were age, gender, education, household income and causes of disability. We evaluated the caries experience by decayed teeth index, missing and filled. Results: The main causes of disability were trauma and stroke. The average of decayed, missing and filled teeth was equal to 15.19 and in the regression model sho-

*Graduanda do Curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce - Univale

** Doutora em Odontopediatria, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Odontologia para PNE, Professora Adjunta do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce - Univale

***Professora Adjunta do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce - Univale

wed higher values in people who do not receive benefit, are independent, performing oral hygiene once a day, and whose cause of failure or stroke compared to those with cerebral palsy. As for the simplified oral hygiene index in individuals aged 20 to 59 years the chance to display plate / calculation was 4,728 times higher compared to those of 12 years or less. Patients were not to the dentist in the last 12 months had 2,730 times more likely than those who were in the last 12 months. Conclusion: It is better oral health condition in young people, dependents, who went to the dentist recently, they receive and carry out oral hygiene practices three times a day.
Key-words: Dental Cavity; motor/physics disability; social-economic and demographics' condition.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), afirmou que 10% da população mundial é constituída por indivíduos que apresentam algum tipo de deficiência física, mental, visual, auditiva ou múltipla. De acordo com o último dado nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010), o Brasil possui uma população de 190.755.799 habitantes e a prevalência de pessoas que possuem pelo menos uma das deficiências é de 45.623.910. Para as deficiências físicas, os dados apresentados correspondem a 8.831.723, incluídas as que não conseguem andar, com grande dificuldade e com alguma dificuldade.

Deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano e se enquadra nas seguintes categorias:

I - Deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física.

II - Deficiência auditiva – perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis.

III - Deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho.

IV - Deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (BRASIL, 1999).

O Centro de Apoio ao Deficiente Físico Dr. Otávio Soares (CADEF) é um centro de referência em habilitação e reabilitação a pessoas com deficiência física no qual estão incluídas Paralisia Cerebral (PC), Acidente Vascular Encefálico (AVE), traumatizados, defeito congênito, doença de Parkinson, amputados associados a diabetes mellitus ou trauma, entre outros. Esse centro tem como objetivos: a reabilitação física–psíquica–social; contribuir para independência e qualidade de vida; adaptação nas atividades de vida diária (AVD) e integração social. Conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeira, assistente social, fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional, técnica em enfermagem (CADEF, 2015).

As doenças da cavidade bucal que afetam as pessoas com deficiência física são as mesmas que acometem a população em geral, porém, geralmente, ocorrem com maior frequência neste grupo. Este fato pode estar relacionado a diversos fatores como: hábitos alimentares precários, dificuldades em promover uma higiene bucal satisfatória ou não permitir que outras pessoas a realize, carência de informações e de acesso aos serviços odontológicos. Portanto, estes indivíduos devem receber atenção precoce e cuidados contínuos para evitar problemas futuros (GUERREIRO; GARCIAS, 2009).

Nas pessoas com deficiências físicas o tratamento odontológico é dificultado pelo comprometimento físico, mental, social ou fisiológico. Por esta razão, existe uma tendência para uma assistência odontológica insuficiente ou de qualidade inferior à oferecida à população em geral. A educação em saúde bucal destes pacientes (e de seus principais cuidadores) possibilitaria a menor necessidade de procedimentos realizados em ambiente clínico odontológico ou até mesmo hospitalar sob anestesia geral.

Este estudo tem como objetivo realizar um levantamento da experiência de cárie em pessoas com deficiência motora, assistidos no Centro de Apoio ao Deficiente Físico – CADEF do município de Governador Valadares no período de set./ 2014 a fev./2015.

Materiais e métodos

Esta investigação utiliza uma abordagem quantitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva (MINAYO, 2007). Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variá-

veis e os seus padrões de distribuição, bem como analizar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

A amostra foi constituída por todas as 130 (cento e trinta) pessoas com deficiência motora de 1 a 89 anos de idade, de ambos os sexos, assistidos no Centro de Apoio ao Deficiente Físico – CADEF do município de Governador Valadares (MG) em atendimento no período de set/ 2014 a fev/2015. Ou seja, um censo, pois se realizou um levantamento de toda população ou universo.

Foram incluídas todas as pessoas em atendimento no CADEF no período de set./ 2014 a fev./2015 presentes no momento da pesquisa.

Visando assegurar a uniformidade na interpretação dos critérios padronizados para a coleta de dados epidemiológicos, os examinadores foram submetidos a um processo de calibração, de acordo com a metodologia recomendada para levantamentos básicos de saúde bucal. Essa etapa incluiu uma discussão teórica inicial, um treinamento com slides e, posteriormente, dois exames epidemiológicos, com intervalo de sete dias. Foram examinados 5 pacientes que estavam em tratamento no PAOPE. Com os dados destes exames, foi aplicado um cálculo de concordância intra-examinadores e inter-examinadores, o Índice Kappa, com o propósito de verificar a compreensão em relação aos critérios empregados e a forma eficiente da sua utilização. O resultado obtido com o índice Kappa foi de 0,90 para as condições examinadas, sendo esses valores considerados excelentes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (protocolo n°674.442). O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi assinado pelo participante maior ou pelo responsável, permitindo a coleta dos dados e posterior divulgação.

Os dados foram coletados a partir de um questionário (Prontuário de Estudo) adaptado e elaborado de acordo com os objetivos desta pesquisa, baseado no modelo proposto pelo Ministério da Saúde para Pesquisa Nacional de Saúde Pública - SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010). O questionário foi aplicado em forma de entrevista com os pacientes ou seus responsáveis. Foram identificadas as seguintes variáveis: dados pessoais, avaliação socioeconômica, causa da deficiência, grau de dependência e realização de higiene bucal.

O IHO-S foi calculado utilizando a metodologia proposta por Queiroz et al (2014).

E um exame epidemiológico visou obter o Índice CPOD (total de dentes cariados, perdidos e obturados). Nesse levantamento foram utilizados critérios baseados no modelo proposto pelo Ministério da Saúde para Pesquisa Nacional de Saúde Pública - SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010). A coleta de dados foi iniciada pelo preenchimento do questionário, seguido pelo Exame Epidemiológico.

O exame epidemiológico foi realizado pela pesquisadora, que estava devidamente paramentada, utilizando máscaras e luvas descartáveis, avental, gorro e óculos de proteção; sob luz natural, no próprio CADEF, com os indivíduos sentados em suas cadeiras de rodas ou em cadeiras comuns. Os dados foram registrados por uma anotadora previamente treinada. Todos estes dados foram registrados em uma ficha de exame, especialmente, desenvolvida para este estudo.

A análise estatística foi feita por meio de distribuições de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e de médias e desvios-padrão das variáveis numéricas. A associação entre variáveis categóricas foi feita através do teste qui-quadrado de Pearson ou teste de Fisher, quando adequado. A comparação de médias em relação aos grupos foi realizada através do teste t-Student ou Análise de Variância, quando adequado. Para comparações múltiplas utilizou-se o teste de Bonferroni.

Foi construído um modelo de regressão logística para identificar os fatores associados ao aparecimento de placa e/ou cálculo e um modelo de regressão linear múltipla para estudar como as variáveis influenciam o CPO-D. Para os modelos de regressão foram incluídas todas as variáveis com p-valor menor que 0,20 na análise bivariada e permaneceram no modelo final as que obtiveram p-valor menor ou igual a 0,05, utilizando a estratégia backward. A adequação do modelo de regressão logística foi verificada através do teste de Hosmer-Lemeshow e a do modelo de regressão linear múltipla através da análise dos resíduos.

As análises foram realizadas no software R versão 3.1.3 e o nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

A amostra foi composta por 130 indivíduos com deficiência física. Os resultados referentes aos dados pessoais, avaliação socioeconômica, causa da deficiência, grau de dependência e realização de higiene bucal estão representados na Tabela 1.

Tabela 1. Estatísticas descritivas das variáveis do estudo.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	78	60,0
Feminino	52	40,0
Faixa etária		
0 a 12 anos	21	16,2
13 a 19 anos	9	6,9
20 a 59 anos	58	44,6
60 anos ou mais	42	32,3
Recebe benefício		
Sim	77	59,2
Não	53	40,8
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	77	59,2
De 2 a 3 salários mínimos	53	40,8
Paciente dependente		
Sim	58	44,6
Não	72	55,4
Causa da deficiência		
Paralisia cerebral/ neuropsicomotora	26	20,0
Trauma	31	23,8
AVE	31	23,8
Outros	42	32,4
Realiza higiene bucal		
Sim	122	93,8
Não	8	6,2
Frequência de higiene bucal		
1 vez por dia	32	26,2
2 vezes por dia	38	31,2
3 vezes por dia	52	42,6
Quem realiza a higiene bucal		
Indivíduo	93	76,2
Responsável/cuidador	29	23,8
Possui cuidador		
Sim	58	44,6
Não	72	55,4
Foi ao dentista nos últimos 12 meses		
Sim	55	42,3
Não	75	57,7

Os resultados referentes ao CPO-D médio foi de 15,19 com desvio padrão 11,43, indicando que, em média, os pacientes avaliados têm quase a metade dos dentes cariados, perdidos ou restaurados.

O modelo de regressão linear múltipla está apresentado na Tabela 2. Observou-se que, em relação a ter 12 anos ou menos, ter 60 anos ou mais aumenta em 15,407 o CPO-D do indivíduo. O fato de não ser dependente aumenta em 3,441 o CPO-D. Ter AVE como causa de deficiência, em relação a ter paralisia cerebral/psicomotora, aumenta em 5,357 o CPO-D e realizar higiene bucal três vezes ao dia, em relação a realizar apenas uma vez ao dia, diminui em 3,808 o CPO-D do indivíduo.

Tabela 2. Resultados do modelo de regressão linear múltipla para a variável CPO-D por indivíduo.

Coeficientes	Estimativas	EP* Estimativas	P-valor
Intercepto	2,016	2,156	0,352
Faixa etária			
0 a 12 anos	-	-	-
13 a 19 anos	2,058	3,053	0,502
20 a 59 anos	7,465	2,564	0,004
60 anos ou mais	15,407	2,910	0,000
Recebe benefício			
Sim	-	-	-
Não	3,748	1,405	0,009
Paciente dependente			
Sim	-	-	-
Não	3,441	1,698	0,045
Causa da deficiência			
Paralisia cerebral/ neuropsicomotora	-	-	-
Trauma	0,122	2,303	0,958
AVE	5,357	2,508	0,035
Outros	1,391	2,072	0,503
Frequência da higiene bucal			
Uma vez por dia	-	-	-
Duas vezes por dia	2,633	1,839	0,154
Três vezes por dia	-3,808	1,700	0,027
Notas: * EP = Erro padrão.			
Coeficiente de determinação: 0,573			

Quanto ao IHO-S os resultados mostraram que em geral, 77,0% dos pacientes apresentaram boa higiene oral e apenas 3,7% apresentaram higiene oral deficiente. TABELA 3

Tabela 3. Distribuição da média do IHO-S.

Variável	N	%
Média de IHO-S		
0 a 1 - Higiene oral Boa	84	77,0
1,1 a 2 – Higiene oral regular	21	19,3
2,1 a 3 – Higiene oral deficiente	4	3,7
Média de IHO-S Categorizada		
0 - Sem Placa/Cálculo	35	32,1
>0 - Com Placa/Cálculo	74	67,9

O modelo de regressão logística (Tabela 4) revelou que, quando comparados com os resultados das crianças na faixa etária de 0 a 12 anos, as pessoas de 20 a 59 anos apresentaram 4,7 vezes maior chance de ter placa/cálculo. Revela ainda que os pacientes que não foram ao dentista nos últimos 12 meses apresentaram chance 2,7 vezes maior de ter placa/cálculo que aqueles que foram. O p-valor do teste de Hosmer-Lemeshow foi de 0,851, evidenciando a boa adequação do modelo ajustado.

Tabela 4. Resultados do modelo de regressão logística para a variável IHO-S categorizada.

Variáveis	RC*	IC** 95% RC	P-valor
Intercepto	0,460	(0,047; 0,987)	0,044
Faixa etária			
0 a 12 anos	-	-	-
13 a 19 anos	0,961	(0,153; 5,382)	0,964
20 a 59 anos	4,728	(1,534; 15,043)	0,006
60 anos ou mais	4,227	(1,150; 17,326)	0,035
Foi ao dentista nos últimos 12 meses			
Sim	-	-	-
Não	2,730	(1,094; 7,183)	0,035

Notas: * RC = Razão de chances
** IC = Intervalo de confiança.

Discussão

Os estudos utilizados como referência para essa pesquisa apresentam muita variabilidade quanto ao delineamento, proposições, grupos amostrais e identificação das variáveis, comprometendo a interpretação das análises comparativas.

Ressalta-se que, não foram encontrados na literatura consultada, estudos com grupos amostrais específicos de pessoas com deficiência motora, a sua maioria, teve como grupo de estudo as pessoas com PC. No entanto, essa condição se enquadra no grupo dos deficientes físicos, visto que os mesmos apresentam limitações dos movimentos e comprometimento dos membros superiores e/ou inferiores, que podem torná-los dependentes para realização de sua AVD. Portanto, vamos discutir os resultados deste estudo com os dos demais, utilizando as variáveis comuns aos mesmos e dados epidemiológicos resultantes de pesquisas nacionais relacionadas à deficiência e à saúde bucal para efeito de comparação.

Castro el al. (2008) ressaltam que a maior prevalência de deficiência física entre os homens poderia ser explicada pela maior exposição a fatores de risco, como os ligados a acidentes de trabalho e de trânsito. Diferentemente, os dados do IBGE (2010) apresentaram uma maior prevalência da deficiência motora na população feminina em todos os grupos de idade.

Neste estudo encontrou-se um maior número de pessoas com deficiência na faixa etária entre 13 a 60 anos de idade, semelhante ao estudo de Pereira (2010), com idade entre 20 e 59 anos, Castro et al. (2008) e com os dados do IBGE (2010), onde constata-se uma relação positiva entre idade e manifestação da deficiência.

Em relação à escolaridade observou-se que 63,1% da população pesquisada estão cursando ou concluíram o primeiro grau e 19,2% eram analfabetos, dados também constatados por Castro et al. (2008) e Lemos e Katz (2011). O IBGE (2010) revelou que 81,7% das pessoas com deficiência apresentaram taxas de alfabetização menores do que a população total em todas as regiões brasileiras.

Das pessoas com deficiência deste estudo observou-se que 59,2% delas tinham uma renda familiar de 1 salário mínimo. Uma baixa condição sócio econômica também foi constatada em outros estudos (CAMARGO; ANTUNES, 2008; GUERREIRO; GARCIAS, 2009; LUCCA; LOUREIRO,2011; LUCCA; SANTOS, 2014).

As principais causas de deficiência encontradas neste estudo foram o trauma e o AVE (23,8%), seguidas das originadas da PC com 20% dos casos. Resultados semelhantes foram publicados por Castro et al. (2008) em que as principais causas da deficiência física foram AVE e PC (42,9%), seguidas pelas externas (36,9%).

Pesquisas apontam para uma elevada prevalência de cárie dentária em indivíduos com deficiência (MORALES CHÁVEZ, 2008; CAMARGO; ANTUNES, 2008; GUERREIRO; GARCIAS, 2009; MENEZES; SMITH, 2010; BRASIL, 2010; LEMOS; KATZ, 2011). Entretanto, os estudos de Resende et al. (2007), Lucca e Loureiro (2011) e Lucca e Santos (2014), revelaram menos chance de ter cárie e percentual maior de CPO-D=0 em pessoas com deficiência motora e os estudos de DU et al. (2010) não apresentam diferenças significativas entre grupos com e sem PC.

O CPO-D médio da amostra deste estudo foi de 15,19; quando distribuídos de acordo com a faixa etária encontramos valores médios maiores no grupo acima de 60 anos (25,07), seguidos pelos de 20 a 59 anos (14,40), de 13 a 19 anos (4,33) e de 0 a 12 anos (2,29). Resultados semelhantes foram encontrados no inquérito epidemiológico SB Brasil (2010) realizado na cidade de Belo Horizonte -MG onde a população apresentou valores mais elevados do índice nos indivíduos de 65 a 74 anos (27,67), seguidos pelos de 35 a 44 anos (16,35), de 12 anos (1,1), 5 anos (2,4), e de 15 a 19 anos (2,33).

Quanto à prevalência de cada componente do índice CPO-D este estudo revelou valores maiores de dentes cariados nas faixas etárias de 0 a 6 anos e 7 a 12anos, e um aumento gradativo de restaurações e dentes perdidos com o aumento da idade, culminando em aproximadamente 90% de perdidos nos indivíduos com idade superior a 60 anos. Esta condição também se apresentou no estudo epidemiológico da população de Belo Horizonte onde 78,3% dos dentes das crianças de cinco anos estavam cariados, 61,0% dos restaurados estavam nas pessoas com idade de 35 a 44 anos e 86,9% dos perdidos se manifestaram na faixa etária de 65 a 74 anos de idade (BRASIL, 2010).

Guerreiro e Garcias (2009), também comprovaram essa tendência apresentando um resultado de 98,4% de dentes cariados no grupo de crianças com PC na faixa etária de 1 a 12 anos.

Conclusões

Baseado nos resultados apresentados nesta pesquisa pode-se concluir que:

- O índice de CPO-D apresentou valores estatisticamente maiores nas pessoas com 20 anos ou mais, que não recebem benefício, independentes, que têm o AVE como causa da deficiência e que realizam higiene bucal apenas 1 vez ao dia.
- A maioria dos indivíduos analisados (77%) apresentou higiene oral boa.
- Ter menos idade e maior frequência ao dentista diminui a chance de ter placa/cálculo.

Referências

BRASIL. Decreto n° 3298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Lex**: coletânea de legislação e jurisprudência, Brasília, DF, dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010:** Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2010.

CADEF. Centro de apoio ao deficiente físico Dr Octávio Soares. Prefeitura Municipal de Governador Valadares, MG. 2015.1folder.

CAMARGO M.A.F; ANTUNES J.L.F. Unteated dental caries in children whith cerebral palsy in the brasilian context. **Int. J. Pediatric**, v. 18, n. 2, p. 131-138, March 2008.

CASTRO S.S; et al. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 8, p. 1773-1782, agosto 2008.

MORALES CHÁVEZ M. Patologias bucodentales v alteraciones asociadas prevalentes em uma población de pacientes com parálisis cerebral infantil. **Acta Odontológica Venzolana**, Caracas, v. 46, n. 1, p. 52-55, 2008.

GUERREIRO P.O; GARCIAS G.L. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1939-1946, nov./dez. 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<http//:www.ibge.gov.br/cidadedesat/topwindow.htm> Acesso em: 01 setembro 2014.

LEMOS A.C.O; KATZ C.R.T. Condições de saúde bucal e acesso ao tratamento odontológico de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um centro de referência do Nordeste – Brasil. **Rev. CEFAC,** v.14, n. 5, p. 861-871, set./out. 2011.

LUCCA M.Q; LOUREIRO C.A. Experiência de cárie em indivíduos com paralisia cerebral. Rev. **Gaúcha Odontol.**, v. 59, n. 3, p. 387-395, jul. /set. 2011.

LUCCA M.Q; SANTOS M.T.B.R. Experiência de cárie e doença periodontal em crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Rer. Full Dent. Sci.**, v. 6, n. 21, p. 96-102, 2014.

MENEZES T.O.A; et al. Perfil dos pacientes com necessidades especiais de uma clínica de Odontopediatria. **RBPS.** Fortaleza, V. 24, n. 2, p. 136-141, abr./jun. 2010.

MINAYO M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde**, Lisboa: Portugal; 2001. 206 p.

PEREIRA L.M; et al. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de odontologia da ULBRA Canoas/RS. **Stomatos**, v. 16, n. 31, p. 92-99, Jul./dez. 2010.

RESENDE V.L.S; et al. Fatores de risco para a cárie em dentes decíduos de portadores de necessidades especiais. **Pesq. Bras Odontoped Clín. Integr.,** João Pessoa, v. 7, n. 2, p. 111-117, maio/ago. 2007.

QUEIROZ F.S; et al. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. Rev **Odontol UNESP** v. 43, n. 6, p. 396- 401. Nov/ Dez. 2014.

SAMPIERI R.H; COLLADO C.F; LUCIO P.B. **Metodologia de Pesquisa**, 3 ed, São Paulo: Editora Mc Graw – Hill, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oral health surveys**: basic methods. 4th ed. Geneva: ORH/ EPID, 1997. P. 276, 274.

Processo de trabalho do Nasf: a visão dos profissionais

Maria Clara Ferreira dos Santos*
Marileny Boechat Frauches**
Suely Maria Rodrigues**
Elaine Toledo Pitanga Fernandes**

Resumo

Este estudo objetivou conhecer as características do processo de trabalho do NASF na visão dos profissionais atuantes neste Núcleo em um município do leste de Minas Gerais. Foram entrevistados 12 profissionais com no mínimo um ano de atuação no NASF. O instrumento para coleta de dados foi a entrevista com roteiro semi-estruturado que versou sobre os temas: características do processo de trabalho e interação entre as equipes do NASF e ESF. Os dados foram analisados segundo a técnica "Análise de Conteúdo" de Bardin. Os resultados evidenciam que as diferenças existentes entre as ESFs apoiadas interferem no processo de trabalho; a principal ferramenta de trabalho referida foram as práticas de grupo; existe interação entre os profissionais do NASF e ESF; os profissionais do NASF utilizam espaços alternativos visando diminuir as barreiras arquitetônicas do território.
Palavras-chave: Processo de Trabalho. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Estratégia de Saúde da Família. Atenção Integral à Saúde.

Abstract

This study aimed to know the characteristics of NASF working process in the view of professionals working in this Unit in a city in eastern Minas Gerais. Twelve professionals with at least one year of experience in NASF were interviewed. The instrument for data collection was the interview with semi-structured script that explored on the themes: working process characteristics and interaction between the teams of NASF and ESF. Data were analyzed according to "Content Analysis" of Bardin. The results show that the differences between the supported ESFs interfere in the work process; the main working tool were the group practices; there is interaction between NASF and ESF professionals; the NASF professionals use alternative spaces in order to decrease the territory architectural barriers.
Key-words: Working Process. Family Health Support Center. Family Health Strategy. Comprehensive Health Care.

Introdução

A Política Nacional da Atenção Básica implantada em 1994 define prioridades na consolidação e qualificação das redes de atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, fazendo com que a Atenção Primária à Saúde (APS) se tornasse a porta de entrada principal do

* Graduanda de Psicologia na Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE
** Professora adjunta do Curso de Odontologia da FACS/ Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE

sistema, resultando na criação de uma rede hierarquizada, descentralizada e regionalizada, buscando um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção. E no mesmo ano, a APS foi fortalecida com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sendo uma unidade de intervenção, a ESF busca a reorientação das práticas profissionais com objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e continua (BRASIL, 2010a).

Além desses objetivos, a ESF busca também a territorialização visando à identificação das necessidades e dos problemas de saúde desta população, monitorando e facilitando a programação e a execução das ações sanitárias (BRASIL, 2010a).

No intuito de apoiar a ESF, reforçar sua abrangência e resolutividade, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). No contexto da Atenção Primária, o NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2010a).

O NASF constitui-se em uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros, eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios onde se encontram os serviços de saúde (BRASIL, 2010a). Pode ser considerado como "retaguarda" das equipes da ESF, por atuarem conjuntamente com esta equipe, compartilhando conhecimento e práticas de saúde no trabalho diário em cada território (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Divergindo dos modelos convencionais de prestação de cuidados, que priorizam a assistência especializada, fragmentada, curativa e individual, a estrutura de trabalho do NASF busca superar essa lógica, em direção à co-responsabilização e gestão integrada da atenção. A proposta do NASF tem na clínica ampliada o conceito norteador das ações. E esta se baseia como uma ferramenta de auxílio aos profissionais e gestores dos serviços de saúde, buscando uma atuação na clínica, reconhecendo e utilizando o potencial de cada um desses saberes na busca da integralidade da atenção, sem considerar os usuários como um recorte diagnóstico ou por áreas profissionais (OLIVEIRA, 2008).

As ações desenvolvidas pelo NASF buscam introduzir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto numérico. Seu principal desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade ao invés da qualidade, o encaminhamento em detrimento da resolubilidade na Atenção Primária e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações simplesmente quantitativas, ao invés das qualitativas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A importância da equipe multiprofissional na saúde é referida por diversos autores e justificada de várias formas. Segundo D'Amour e Oandasan (2005), a interprofissionalidade é uma resposta para as práticas de saúde fragmentadas, sendo desenvolvida através da prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas com foco nas necessidades do usuário, da família e da comunidade. Colomé, Lima e Davis (2008) afirmam ser preciso desenvolver um trabalho conjunto, no qual todos os profissionais se envolvam em algum momento na assistência, de acordo com seu nível de competência específico, e possam construir um saber capaz de abarcar a complexidade dos problemas de saúde.

Assim, considera-se que o processo de trabalho em saúde pressupõe interação entre os sujeitos contribuindo para a construção de novos saberes, a partir de intercâmbio entre profissionais e comunidade.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é conhecer as características do processo de trabalho do NASF na visão dos profissionais atuantes neste Núcleo em um município do leste mineiro.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa gera informações ricas e detalhadas, as quais possibilitam manter intactas as perspectivas dos participantes, auxiliando na compreensão do comportamento e suas manifestações, em um determinado contexto. Responde a questões específicas. É considerada um trabalho artesanal que não prescinde da criatividade, realiza-se fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos, e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular (MINAYO, 2014).

Para o desenvolvimento deste artigo foi feito uma pesquisa bibliográfica exploratória, desenvolvida com base em materiais constituídos, principalmente, de livros, legislações da área da saúde e artigos científicos.

Esta pesquisa foi realizada em um município de médio porte do estado de Minas Gerais, que possui uma população de aproximadamente 276.995 habitantes, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0,727 (BRASIL, 2010b).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi implantado neste município em junho de 2008 através da portaria nº 1.616, na modalidade I. Nos termos da Portaria 154/2008 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o NASF I deve ser composto por no mínimo de cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2010a).

À época da realização deste estudo (2014), o NASF do município possuía 06 áreas profissionais sendo: Nutricionista (2), Fisioterapeuta (4), Farmacêutico (3), Assistente Social (4), Educador Físico (4) e Psicólogo (4) totalizando 21 profissionais, atendendo a 35 ESFs com uma média mensal de 2.500 atendimentos individuais, 550 atividades em grupo e 1.000 visitas domiciliares. Cada equipe apoiava em média 09 ESFs.

Dentre estes profissionais acima citados, foram incluídos no estudo aqueles que se dispuseram a participar e com, no mínimo, um ano de atuação no NASF. Considerou-se este tempo mínimo de atuação, uma vez Cunha e Giovanella (2011) afirmam que a longitudinalidade/vínculo longitudinal são importantes atributos para a prática profissional, tornando-se ferramentas importantes para a gestão dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS).

A amostra foi intencional constituída por 12 profissionais, sendo dois de cada categoria profissional atuantes nas equipes do município, no momento da coleta de dados. O fechamento amostral foi definido pela ferramenta saturação teoria que é definida pela suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição (BAUER; AARTS, 2002).

Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista com roteiro semiestruturado. Optou-se por esse instrumento considerando-se as entrevistas como fontes de informações construídas a partir do diálogo com o indivíduo entrevistado por constituírem a reflexão do mesmo acerca da realidade que vivencia (MINAYO, 2014). O roteiro das entrevistas versou sobre os temas: características do processo de trabalho e interação entre as equipes do NASF e ESF. Os dados foram coletados por um único bolsista de iniciação científica, devidamente treinado para este fim, no período de setembro a novembro de 2014.

Visando testar o roteiro de entrevista e assegurar fidelidade na coleta dos dados, um estudo piloto foi realizado. Foram entrevistados inicialmente 02 profissionais atuantes no NASF do município, porém estes não foram incluídos no estudo principal. O projeto piloto permitiu avaliar e adequar o roteiro de entrevista desenvolvido para este estudo.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em ambiente reservado nas unidades da Estratégia de Saúde da Família, com tranquilidade e silêncio, procurando dessa forma assegurar a privacidade dos participantes. As entrevistas aconteceram em datas previamente agendadas conforme a disponibilidade do entrevistado. Durante as mesmas foi mantido um caráter informal, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado buscando alcançar um aceitável grau de veracidade nas respostas. As entrevistas foram gravadas e as informações obtidas a partir das gravações foram transcritas imediatamente pelo pesquisador.

Todos os entrevistados participaram após registro formal no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo foi o aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-UNIVALE), sob número de protocolo 569.152.

Para a apuração dos discursos das participantes, foi utilizada a técnica de "Análise de Conteúdo", proposta por Bardin (BARDIN, 2009). Esta técnica de análise é um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo seguiu os seguintes passos: Os discursos coletados foram, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes; Pré-análise, na qual se foi realizada uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes; Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias; Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que fo-

ram reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais; Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nessas entrevistas foram agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos.

Tendo em vista a garantia do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra "E", acrescidos de algarismos arábicos de acordo com a sequência das entrevistas. Foi resguardado, também, o anonimato quanto à categoria profissional dos entrevistados.

Resultados e discussão

O grupo pesquisado é formado por profissionais que se graduaram entre os anos de 1993 e 2008. Observou-se que vários profissionais integram o NASF desde sua implantação ocorrida em 2008. O tempo médio de atuação no NASF declarado pelos entrevistados foi de quatro anos. Quanto à forma de vínculo empregatício, o contrato temporário foi a modalidade predominante; somente alguns entrevistados declararam-se como funcionários concursados. Este dado pode estar relacionado a fatores incluídos na rotatividade, constituindo-se num processo de mudança na composição da força de trabalho, por questões políticas da gestão municipal.

CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO

Esta categoria engloba os aspectos relacionados à rotina de trabalho dos profissionais do NASF, bem como os espaços utilizados e a interação destes profissionais com a ESF.

Conforme as Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a), no processo de trabalho destes Núcleos, devem ser priorizadas ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar e realização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS); intervenções específicas e individuais do profissional do NASF junto aos usuários e/ou famílias após discussão junto à ESF; e ações em saúde comunitária, nos territórios de sua responsabilidade. Assim, os NASFs são constituídos enquanto equipes multiprofissionais que funcionam com a missão de desenvolver a integralidade da atenção (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), possibilitando a troca de saberes e práticas.

Por se configurar como apoiador, o NASF se vincula a mais de uma equipe de ESF simultaneamente. Desta forma, alguns profissionais relataram apoiar até nove Estratégias de Saúde da Família. Entretanto, grande parte dos entrevistados declarou atuar em cinco Estratégias, disponibilizando oito horas semanais para cada uma delas, o que está em conformidade com aportaria nº 3.124/GM/MS que redefine os parâmetros de vinculação dos NASF com as ESFs (BRASIL, 2012).

Considerando isto, foram questionadas as diferenças entre as diversas unidades de ESF apoiadas por cada um dos profissionais do NASF. Muitos deles atribuíram estas diferenças à atuação da coordenação da ESF e ao comprometimento da equipe da ESF, como pode ser observado nas falas a seguir:

> *"Entre as unidades? Ham, na verdade é a condução da enfermeira que é o coordenador, né? A diferença é essa, no curso, na cobrança, na maneira de tratar, é, no comprometimento, então, tudo vem da coordenação deles, como é esse coordenador, a diferença é essa."E8*

> *"Essas diferenças, assim, de equipe...? Algumas equipes são mais receptivas ao NASF, é, outras ainda têm algum receio, né? " E9*

> *"Olha, há unidades que tem mais facilidade, a gente consegue [...] Ter uma interação melhor com a equipe, a gente vê o comprometimento da equipe, quando a equipe ela é envolvida com os pacientes, que querem fazer os trabalhos de grupo, envolvida mesmo com a promoção da saúde, prevenção, fica mais fácil do NASF intervir." E4*

> *"As Estratégias, [...] não existe uma igual a outra, vai muito da forma do perfil do enfermeiro, se o enfermeiro abraça uma causa do NASF, a Estratégia toda abraça, agora, se não abraça, se a gente não conquistar o enfermeiro, não sai nada, né?" E7*

Estes relatos corroboram com Lancman et al. (2013) ao afirmarem que o NASF, por se estruturar como equipe de apoio, depende das parcerias construídas com os profissionais que compõem as ESFs para que o trabalho ocorra de forma adequada.

Ademais, as falas acima vão de encontro às Diretrizes do NASF, que afirmam que na relação entre gestor e equipe de NASF deve imperar a flexibilidade para com as atividades do apoiador, abertura para o diálogo, reavaliação e reprogramação (BRASIL, 2010a). Desta forma, percebe-se que a qualidade das relações

UNIVALE-FPI
BIBLIOTECA

entre as duas equipes é de fundamental importância para que as atividades realizadas possam trazer resultados satisfatórios.

Outra diferença evidenciada foi relacionada às características da população e do território assistido:

> *"Então cada programa tem lugar que tem um problema diferente, outros, né? Não é, assim, uniforme, né? Os problemas de modo geral. Então cada um tem sua demanda específica[...]"E3*

> *"Por exemplo, hoje aqui a gente tá no (Unidade x), que é uma região mais próxima ao centro, então o poder aquisitivo deles é um pouco melhor, né? Então muitos têm plano de saúde, né? Então a gente consegue ver essa diferença, que já é diferente do (Unidade x), né? Que são bairros que é um poder aquisitivo menor, então, realmente, eles dependem muito mais da unidade, né?" E10*

> *"Tem locais onde que é muito distante, assim, que a gente vê muita urgência, atendimento [...] Demandado e não atendimento [...] agendado, que é diferente, né? Que a pessoa marca, igual, os ACSs convidam pra grupos e pra atendimento[...] agendado e outras unidades, tem muito perfil de atendimento, é, tipo de pronto-socorro, né? Que a gente fala que é, o posto tem hora que ele é mais ambulatório." E6*

De acordo com estes depoimentos, observa-se que, como as demandas e realidades da população não são as mesmas, o trabalho precisa ser adaptado para cada território. Segundo Silva et. al (2012), o trabalho não deve ser "engessado" para que as atividades do NASF e da ESF atendam melhor às reais necessidades das comunidades.

Meirelles (2003) afirma que a realidade atual, contendo uma pluralidade de necessidades, especificidades e transformações, requer diferentes abordagens com múltiplas teorias para explicá-la e enfrentar os problemas que se apresentam. Portanto, quanto mais multifacetado for o olhar sobre a realidade dos territórios e mais compartilhado, mais aprofundado se torna o conhecimento das necessidades da comunidade, atendendo-as com mais precisão.

Dentre as atividades citadas pelos entrevistados como rotina de trabalho, destaca-se a realização de grupos, presente em todas as unidades atendidas e, associadas a esta atividade, também, atendimento individual e atividades específicas, conforme relatos dos entrevistados:

> *"Eu faço visita domiciliar pra pacientes que têm alguma dificuldade de ir até à unidade de saúde, faço atendimento de grupo, [...] a gente faz, é, abordagem em sala de espera pro paciente, enquanto ele tá esperando o atendimento médico ou odontológico [...] quando eu estou junto com a assistente social, a gente vai junto, os profissionais do NASF que estão juntos, a gente vai lá e faz uma abordagem com os usuários, informa sobre os serviços do NASF, o quê que o NASF oferece, [...]atendimento individual, [...]umas das atribuições, capacitar a equipe, fazer reuniões com a equipe, com as Agentes de Saúde." E4*

> *"Olha, a minha agenda, atualmente, tá sendo feita de acordo com o matriciamento, então através da reunião de matriciamento é que eu faço minhas agendas: visita, atendimento individual, grupos, né?"E7*

> *"Bom, a maioria das atividades são conjuntas, né? [...] A ESF tem que passar demanda para o NASF, então, muita das vezes [...] todas as atividades realizadas em grupo[...] tem a participação da ACS junto com os grupos do NASF, os enfermeiros, os médicos, porque todos os grupos [...] tem uma rotatividade de profissional que pode ta participando desse grupo, também, então por exemplo, meu grupo [...] a enfermeira às vezes vai lá, faz uma palestra, o médico vai e faz uma palestra[...] outros profissionais do NASF, nutricionista, psicólogo, vão lá e fazem um trabalho diferente com o grupo, então todos os grupos eles sempre estão presente os demais profissionais da unidade, tanto da ESF, quanto do próprio NASF, né?" E12*

Conforme estabelecido nas Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a), percebe-se nos relatos que os profissionais do NASF do município estudado realizam atividades em parceria com colegas de outras áreas do NASF, bem como da ESF.

Diferentemente dos resultados do presente estudo, a literatura (ARAÚJO e GALIMBETTI, 2013; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; MARTINIANO, 2013) não evidencia o relacionamento de parceria entre os profissionais do NASF e ESF. Dentre as barreiras apontadas como dificultadoras desta parceria estão: falta de conhecimento sobre a interdisciplinaridade (ARAÚJO e GALIMBETTI, 2013), conflitos na relação interpessoal (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013), e predominância de atendimento especializado (MARTINIANO, 2013). Nota-se que a atuação interdisciplinar é desafiadora e engloba vários aspectos do processo de trabalho, necessitando um esforço dos profissionais na busca da superação da atenção fragmentada, ainda hegemônica no cuidado à saúde.

Considerando a importância que o espaço representa dentro do contexto de atuação do NASF, os

profissionais foram questionados sobre os espaços utilizados para o desenvolvimento de suas atividades e a influência destes na prática/rotina diária.

> *"Espaços? O espaço nosso pode ser na Estratégia de Saúde da Família e espaços sociais: igrejas, clube de serviços, são esses tipos de espaço que a gente vai usando. Pode até ser, por exemplo, casa de uma pessoa. Saúde mental lá no (Bairro), nós vamos fazer na casa das pessoas, casas grandes e coisa e tal [...] Por quê? Porque ta perto de onde eles moram, porque trazer eles, às vezes, lá daquele morro até na Estratégia é complicado, então a gente antecipa o que vai atender." E1*

> *"Então, é, hoje, como a gente tá em cinco unidades, eu tenho duas unidades que são casadas [...] nessa unidade, hoje, ela é contemplada com espaços pra realização dos grupos, então tem uma sala de reunião, tem uma área externa que também é feito esses eventos, dentro da unidade. Na ESF do (Bairro), [...] tem uma certa área improvisada, mas que acaba dando pra fazer grupos pequenos, eventos grandes, não [...]. Aqui no (Unidade x), temos a sala contemplada, mas não temos espaço pra realização dos grupos, então a gente acaba utilizando espaço fornecido pela Igreja Católica, que é onde a gente realiza os grupos." E10*

> *"Em relação aos grupos [...] muita das vezes, são salas que a gente reveza com os próprios profissionais, no caso, enfermagem, enfermeira, né? ou o dentista, né? E existe algumas unidades que já tem a sala especifica para o NASF, né? Mas o nosso espaço físico é bem limitado e o atendimento domiciliar no domicílio mesmo." E12*

> *"Olha, na unidade de saúde hoje, as que oferecem espaço, né? Confortável pra gente atuar, a gente atua dentro delas mesmo. Igual, a (Unidade x) lá em cima [...] lá eles fizeram agora um galpão que eu consigo dar aula lá, ficou bem legal. E eu gosto muito de caminhar, praticar caminhada com meus alunos [...] geralmente a gente faz um alongamento na unidade, aí a gente sai faz uma caminhada mesmo na rua, pelo bairro. Aí a gente volta pro espaço que foi feito pra gente e lá, aí, sim, eu dou minha aula específica. [...] Quando existe uma unidade que não tem esse espaço pra que a gente possa atuar, geralmente, eu vou pra uma pracinha: no (Unidade x), eu dou aula na pracinha que tem lá. No (Unidade x), eu atuo dentro da unidade, também." E2*

A partir dos depoimentos, percebe-se que os profissionais utilizam os espaços da comunidade e da ESF. Porém, a prática diária aponta que o ideal seria que determinados grupos ou atendimentos fossem realizados em locais específicos para esta atividade, como pode ser observado neste relato:

> *"Ainda é muito complicado pra gente. A gente não tem sala, a gente não tem local, onde der pra gente [...] atender, a gente atende, onde der pra gente sentar, a gente atende, né? O espaço a gente utiliza, assim, pra fazer um grupo? Às vezes um espaço que uma igreja cede, é, ou um espaço na própria unidade, porque dependendo da unidade, tem esse espaço. Atualmente nós estamos das cinco das Estratégias que eu trabalho, três estão em reforma, então a gente tá praticamente [...] não dá mais pra desenvolver os grupos, né? Mas geralmente eu levo pruma igreja que cede espaço pra gente ou na própria Estratégia, num local, numa sala que cedem, mas não tem local fixo. Única Estratégia que tem local fixo, de atendimento individualizado, sala, não é consultório nem nada, só o (Unidade x) e mesmo assim agora tá em reforma. E7*

> *"Existem as dificuldades, você não pode deixar que os obstáculos sejam, né? Algo pra impedir aquilo que você gosta de fazer, [...] Igual o que eu to te falando, questão de espaço, né? Se você começa a trabalhar num espaço pequeno, aquele espaço ficou... Aquele espaço não ta dando mais porque o número de usuário que tá frequentando a sua aula ta ficando maior, você não pode cruzar o braço falar assim 'Infelizmente não dá pra atender', você tem que correr atrás. Então, em volta de onde você está você vai acabar encontrando espaço, igual eu já trabalhei e trabalho em praças, né? A dificuldade existe em qualquer trabalho, você tem é que ter jogo de cintura pra ludibriar." E2*

Os profissionais deste estudo demonstraram superar a inadequação do espaço e diminuir as barreiras arquitetônicas dos territórios assistidos utilizando espaços alternativos como casas de moradores, praças, igrejas, para atender às necessidades da população. Resultado semelhante foi evidenciado por Souza e Loch (2011) num estudo com profissionais de Educação Física, que ao se depararem com empecilhos como locais mal estruturados e falta de materiais, também buscaram soluções alternativas para continuar a assistência à comunidade.

Considerações finais

As diferenças entre os territórios em que o NASF atua ficaram evidentes, e os profissionais reconhecem a necessidade de adaptação para cada um destes, pois trata-se de um cenário dinâmico, complexo e que requer uma sensibilidade para as demandas dos

usuários. Dentro da sua prática diária, os profissionais buscam ser flexíveis diante destas diferenças. Ficou explicito que o suporte da coordenação e dos demais profissionais da ESF, contribui para que estas diferenças não se configurem como empecilhos para a realização das atividades.

Em relação à dinâmica de trabalho do NASF, a atuação do coordenador da ESF interfere na efetividade do Núcleo, pois este age como apoiador, sendo necessário um acolhimento da proposta desta equipe e de seus profissionais para que as atividades possam transcorrer de forma adequada. E, apesar de algumas Estratégias ainda não terem acolhido completamente o NASF, existe, predominantemente, a interação entre as duas equipes, concretizando a busca da integralidade da atenção, além de confirmar a ESF como porta de entrada da APS.

As práticas de grupo são utilizadas como ferramenta de trabalho por quase todos os profissionais do NASF do município estudado, reforçando os ideais da APS de promoção de saúde.

Apesar da inadequação do espaço físico para realização de suas atividades, os profissionais do NASF, buscam superar estas barreiras utilizando espaços alternativos para atender a comunidade em suas necessidades, demonstrando dedicação e comprometimento.

Conclui-se que, assim como preconizado nas Diretrizes, as equipes de NASF do município estudado têm buscado atingir a integralidade da atenção, através de ações interdisciplinares, personalizadas por território e superação de obstáculos que possam surgir durante as atividades.

Referências

ARAÚJO, E.M.D; GALIMBERTTI, P.A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. ***Psicologia & Sociedade***, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BAUER, M.W.; AARTS, B.A. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (Org.). ***Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som***. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 39-63.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família***. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. *Portaria Nº 1.616, de 6 de agosto de 2008*. Credencia os Municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008**.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012*. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012**.

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. ***Revista da Escola de Enfermagem da USP***, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/Continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. ***Ciência & Saúde Coletiva***, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. ***Journal of Interprofessional Care***, supl. 1, p. 8-20, 2005.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar em Núcleo de Apoio à Saúde da Família. ***Revista de Saúde Pública***, v. 47, n. 5, p. 968-75, 2013.

LEITE, D.C.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. ***Physis Revista de Saúde Coletiva***, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, 2013.

MARTINIANO, C.S. et al. Avaliação do processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. ***Revista de Enfermagem da UFPE***, Recife, v. 7, n. 1, p. 53-61, jan. 2013.

MEIRELLES, B.H.S. *Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV*. Florianópolis (SC): **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC**, 2003.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento*. **Pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, D.;OLIVEIRA, M. A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. ***O Mundo da Saúde***, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

OLIVEIRA, G.N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: **Hucitec**; 2008.

SILVA, A.T.C. et. al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. ***Cadernos de Saúde Pública***, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SOUZA, S.C.; LOCH, M.R. Intervenção do profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. ***Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde***, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.

Meios de obtenção de dentes humanos extraídos por acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Vale do Rio Doce

Means of obtaining human teeth extracted by academics of the course of dentistry University of Vale do Rio Doce (Univale)

Daniela Amorim Nogueira*
Jhone Gomes Camargos*
Maycon Faalcão Alves*
Samella Neves de Oliveira*
Thays Silva de Almeida*
Romero Meireles Brandão**

Resumo

O dente é um órgão humano utilizado nos cursos de Odontologia para fins didáticos, clínicos e de pesquisa. O objetivo deste estudo foi identificar as formas de obtenção de dentes humanos extraídos por acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), destacando a importância do Banco de Dentes Humanos (BDH) para impedir o comércio ilegal de órgãos. Um questionário foi elaborado destacando as seguintes variáveis: gênero, período em curso, solicitação de dentes, quantidade adquirida, dificuldade de obtenção, local de procura e obtenção, pagamento financeiro de dentes e conhecimento sobre o BDH. O questionário foi aplicado para 99 alunos matriculados no 6º e 7º períodos do segundo semestre letivo de 2014. Os dados foram processados no software Sphinx Lexica versão 5.1.0.4 e analisados por meio da estatística descritiva. Os resultados indicaram que 93% dos alunos confirmaram o uso de dentes humanos no curso. Com relação ao número de dentes adquiridos, a maior média foi de 31 a 40 dentes (30,3%). Questionados sobre a dificuldade em adquirir dentes, 82% dos alunos afirmaram ter passado por alguma dificuldade. Entre os locais de maior procura, consultórios odontológicos (84,8%) e com outros colegas (71,7%) foram os que mais se destacaram. Constatou-se que os dentes foram adquiridos com maior frequência em consultórios odontológicos (69,7 %), e com colegas do curso (69,7%). No que se refere ainda à aquisição de dentes extraídos, 52% dos acadêmicos pagaram financeiramente por este órgão. Do total de entrevistados, 59% responderam que não tinham conhecimento sobre o BDH. Conclui-se que a implantação do Banco de Dentes no Curso de Odontologia da UNIVALE irá organizar o fornecimento e a utilização de dentes humanos em suas atividades acadêmicas, nos padrões éticos, legais e de biossegurança, impedindo o comércio ilegal de órgãos.

Palavras-chave: Banco de Dentes Humanos. Comércio ilegal de órgãos. Bioética.

Abstract

The tooth is a human organ used in dentistry courses for teaching purposes, and clinical research. The objective of this study was to identify means of obtaining human teeth extracted by academics of the course of Dentistry University of Vale do Rio Doce (UNIVALE), highlighting the importance of the Human Teeth Bank (BDH) to prevent the illegal trade in or-

*Acadêmicos do 8º Período do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE

** Especialista e Mestre em Endodontia/UFRJ/UERJ. Professor das disciplinas de Endodontia II e III do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE.

gans. A questionnaire was prepared highlighting the following variables: gender, current period, solicitation of teeth, quantity purchased, obtaining difficulty, site search and retrieval, financial payment teeth and knowledge of the BDH. The questionnaire was administered to 99 students enrolled in the 6th and 7th periods of the second semester of 2014. Data were processed in the software Sphinx lexical version 5.1.0.4 and analyzed using descriptive statistics. The results indicated that 93% of the students confirmed the use of human teeth on the course. Regarding the number of acquired teeth, the highest average was 31-40 teeth (30.3%). Asked about the difficulty in acquiring teeth, 82% of the students said they had experienced some difficulty. Among the places of greatest demand, dental offices (84.8%) and colleagues (71.7%) were the most outstanding. It was found that the teeth were purchased more frequently in dental offices (69.7%), and colleagues of the course (69.7%). As further relates to the acquisition of missing teeth, 52% of the students paid financially by this body. Of the total respondents, 59% of the students responded that they had no knowledge of the BDH. It is concluded that the implementation of Teeth bench in UNIVALE of Dentistry Course will organize the supply and use of human teeth in their academic activities, the ethical, legal and biosafety standards, preventing the illegal trade in organs.
Keywords: Human Teeth Bank. Illegal trade in organs. Bioethics.

Introdução

O dente é considerado a expressão mais perene, a mais fiel representação humana do corpo físico, a estrutura mais resistente e mineralizada, capaz de subsistir ao tempo, aos ácidos e até a incinerações, mas que carrega uma íntima ligação com o corpo e, enfim, com a vida (PINTO et al., 2009).

Segundo Nassif et al. (2003); Maggioni et al. (2010), a partir de 1997, quando foi formulada a nova Lei de Transplantes Brasileira (lei nº. 9434 de 04/02/1997), os dentes passaram a ser reconhecidos como órgãos. De acordo com o artigo 15 do Código Civil Brasileiro, a compra ou venda de qualquer órgão, tecido ou parte do corpo humano é considerada crime e pode resultar em pagamento de multa e pena de 3 a 8 anos de prisão. Dessa maneira, tanto a venda como a compra de dentes passou a ser considerada ilegal.

Nos cursos de graduação em Odontologia, a utilização de dentes humanos extraídos é primordial para o aprendizado do aluno em disciplinas pré-clínicas, uso em pesquisas científicas e fins clínico-terapêuticos. Os dentes geralmente são adquiridos pelo acadêmico em clínicas particulares, cemitérios, com alunos veteranos, sendo que os professores não questionam a sua origem. A utilização de dentes humanos requer muita atenção, uma vez que este ato pode estar colaborando para a extração dentária indiscriminada, e comércio ilegal de dentes (IMPARATO et al., 2003; ZUCCO et al. 2006).

A obtenção de dentes humanos por meios ilícitos, expõe os alunos às consequências jurídicas e éticas, além do risco da infecção cruzada. A fonte legal da disponibilização de dentes é um Banco de Dentes Humanos (BDH). Para que os dentes possam ser utilizados para fins acadêmicos, há necessidade de serem doados a uma instituição que possua um BDH (MOREIRA et al., 2009; SPONCHIADO JÚNIOR et al., 2012).

Um Banco de Dentes Humanos (BDH) é uma instituição sem fins lucrativos, que deve estar vinculada a uma instituição de ensino. Seu propósito é suprir as necessidades acadêmicas, fornecendo dentes humanos para pesquisa ou atividades didáticas, e restaurações biológicas, cumprindo as exigências legais, éticas e de biossegurança, coibindo o comércio ilegal de órgãos (NASSIFF et al., 2003; POLETTO et al., 2010; MIRANDA; BUENO , 2012).

O objetivo deste estudo é identificar as formas de obtenção de dentes humanos extraídos por acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), destacando a importância do Banco de Dentes Humanos (BDH) para impedir o comércio ilegal de órgãos.

Revisão de literatura

Uso de dentes humanos no ensino odontológico

O uso de dentes humanos é uma prática comum no processo ensino-aprendizagem nos cursos de Odontologia. O elemento dental pode ser utilizado em procedimentos laboratoriais, em pesquisas e para colagem de fragmentos dentários a fim de recompor um dente destruído por cárie, substituindo o uso de materiais como amálgama, resina ou porcelana, conseguindo-se melhor estética e melhor estabilidade de cor. Porém, é relevante o conhecimento da origem, formas de manipulação, descontaminação e armazenamento destes órgãos (COSTA et al., 2007).

Nas Faculdades de Odontologia, dentes humanos extraídos são utilizados, por alunos e professores, no treinamento pré-clínico e em pesquisas científicas.

Na maioria das vezes, estes elementos são obtidos com dificuldade, têm origem desconhecida e não recebem nenhum tipo de descontaminação. Esta prática evidencia o risco de infecções cruzadas com a manipulação de material biológico advindo dos dentes, e o desrespeito às leis, pois os alunos, quase sempre recorrem a práticas ilegais para sua obtenção (JACQUES; HEBLING, 2006; PINTO et al., 2009; PEREIRA, 2012).

De acordo com Lolayekar; Bath; Bath (2007); Costa et al. (2012) é muito importante poder usar dentes humanos para o processo de aprendizagem, contribuindo para a formação do cirurgião dentista. A utilização de dentes extraídos possibilita ao aluno reconhecer suas estruturas anatômicas, realizar preparos cavitários, instrumentação de canais, antes de proceder o tratamento em pacientes na clínica odontológica.

Uma grande quantidade de dentes humanos é solicitada para uso acadêmico. Aproximadamente, uma faculdade de Odontologia gasta de três a quatro mil dentes por semestre. Considerando existir em torno de 150 faculdades de Odontologia no Brasil, pode-se dizer que 450 mil dentes são necessá¬rios para suprir a demanda a cada semestre, os quais são providos sem nenhum tipo de controle (MIRANDA; BUENO, 2012; GHIGGI; DALLANORA, 2014).

Pereira (2012) relatou que um curso de graduação em Odontologia com 30 alunos por semestre/ano precisaria de 840 dentes para o ensino a partir das aulas de Anatomia, seguidas de Dentística, Endodontia e outras disciplinas. Portanto, um curso de Odontologia com 60 alunos/ano matriculados necessitaria de 1.680 elementos dentários por ano e um estoque permanente de 3.360 dentes, o que torna muitas vezes difícil a captação, a distribuição e controle no BDH para os discentes e professores. O autor ressaltou que a utilização das unidades dentárias nos cursos de graduação é uma necessidade e uma realidade tanto no ensino como na pesquisa odontológica.

Segundo Freitas et al. (2012); Gomes et al. (2013), o elemento dental muitas vezes é pouco valorizado pela maioria dos cirurgiões dentistas, acadêmicos e por alguns profissionais vinculados à pesquisa científica, que utilizam vários dentes humanos em suas investigações. A origem destes órgãos, algumas vezes é negligenciada ou desconhecida, sendo desconsiderados os aspectos éticos e legais. O conhecimento da rotina de utilização de dentes extraídos nas Instituições de Ensino Superior (IES) pode favorecer estratégias para valorização do órgão dental, contribuindo para uma formação acadêmica ética e para a conscientização da importância do BDH, assim como, para seu fortalecimento por meio do incentivo às doações.

Meios de obtenção de dentes humanos

Os avanços adquiridos pela Odontologia nas ultimas décadas saindo de um modelo curativo para o preventivo e um acesso facilitado aos serviços de saúde, resultaram em menor perda de dentes por necessidade de extração. Consequentemente gerou-se uma grande dificuldade na obtenção de dentes humanos extraídos para serem utilizados no ensino e na pesquisa (CAMPOS; CAMPOS; VITRAL, 2008).

Os dentes utilizados para práticas laboratoriais e estudos na Odontologia têm sido obtidos de forma irracional, como por exemplo, o comércio de dentes, que pode ocorrer envolvendo cemitérios entre funcionários, clínicas odontológicas e, até mesmo, dentro de faculdades, envolvendo funcionários, técnicos de laboratório e alunos (IMPARATO et al., 2003; MOREIRA et al., 2009).

A exigência de dentes humanos extraídos para atividades nos cursos de Odontologia faz com que os alunos muitas vezes utilizem procedimentos escusos e não-éticos para sua aquisição, beneficiando assim o comércio ilegal dos mesmos. Estes elementos devem ser obtidos de forma legal e ética por meio dos Bancos de Dentes. As fontes de arrecadação de órgãos dentais pelo BDH podem ser as mais variadas: clínicas particulares, postos de saúde, clínicas da própria faculdade ou instituição de ensino, hospitais, graduandos, pesquisadores e a população em geral (NASSIF et al., 2003; GOMES et al., 2013; MACHADO ; GARRIDO, 2014).

Zucco et al. (2006) investigaram o uso de dentes humanos no curso de Odontologia da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) e o conhecimento dos alunos sobre o Banco de Dentes. Um questionário foi aplicado a 114 alunos do primeiro ao quinto ano do curso. Com relação à solicitação de dentes na graduação, 100% dos alunos confirmaram seu uso durante o curso. Quanto à obtenção do órgão dental, 84,2% dos acadêmicos citaram dificuldade de aquisição. Os autores relataram que as maiores fontes de procura e captação de dentes foram em consultórios odontológicos, postos de saúde, outros colegas, Banco de Dentes e hospitais. Constatou-se também que 92,9% dos alunos têm conhecimento sobre o que é um Banco de Dentes. Todavia os alunos mostraram resistência em doar dentes extraídos para o BDH. Esta condição pode ser por desconhecimento das atividades do BDH e as

normas de procedimento quanto à doação e retirada de elementos dentais.

Costa et al. (2007) avaliaram a procedência, utilização, descontaminação e o armazenamento dos dentes humanos usados no curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Participaram da pesquisa 198 alunos, do 1º ao 10º período, que responderam perguntas de um questionário estruturado. O número de dentes adquiridos por aluno durante o curso variou de 4 a 500, totalizando 8457 dentes. A análise percentual demonstrou que 25% dos acadêmicos obtiveram até 20 dentes, 50% até 38 dentes e 75% até 50 dentes. A maior parte dos alunos (79,9%) utilizou dentes para treinamento pré-clínico. A dificuldade para aquisição dos dentes foi citada por 98 alunos (49,5%) e 40% arrecadaram dentes em consultórios particulares, além de postos de saúde, escolas e outros. A forma de aquisição mais relatada foi a doação (98,3%), no entanto, 1,2% dos discentes relataram ter comprado dentes, cujo valor variou de R$ 1,00 a R$ 10,00. Os autores confirmaram a existência do comércio ilegal de dentes entre os alunos, e também verificaram a necessidade de implantação de um BDH na UNIMONTES, para fornecimentos de dentes de forma ética, legal e nos padrões de biossegurança.

Em um estudo realizado por Pinto et al. (2009) para verificar o conhecimento de leigos, profissionais e acadêmicos de Odontologia sobre o BDH, foram entrevistados 150 pessoas (50 cirurgiões-dentistas, 50 alunos de odontologia e 50 leigos). Foi observado o conhecimento sobre o BDH, a valorização do dente como um órgão e sua utilização nos cursos de Odontologia.O dente foi considerado um órgão por 94% dos cirurgiões-dentistas, 90% dos alunos e por 54% dos leigos. Durante o curso de graduação, 90% dos cirurgiões-dentistas e 86% dos alunos declararam ter utilizado dentes humanos, obtidos em consultórios ou cemitérios. Apenas 2% dos alunos, 6% dos leigos e 28% dos cirurgiões dentistas relataram conhecer um banco de dentes. Os autores evidenciaram a necessidade de estruturação do BDH junto às instituições de ensino de Odontologia, para que o ensino e pesquisa se alicercem em normas éticas e de biossegurança.

Freitas et al. (2012) avaliaram o uso de dentes humanos nos cursos de graduação e pós-graduação em IES do Brasil e a existência do Banco de Dentes. De 187 cursos no país, apenas 57 (30,48%) participaram. Os resultados mostraram que os dentes são utilizados em treinamento na graduação em 55 IES (96,5%). Em 42% das IES, os dentes foram fornecidos pelo BDH; em 44% pelos alunos; em 12% por ambos. O BDH forneceu dentes para pesquisa em 64,3% das IES (19.570 dentes/ano). Das 50 IES com cursos de Pós-graduação, 21 utilizaram dentes extraídos. Declararam conhecer a origem dos dentes 44 instituições e 8 utilizaram termo de doação, quando o dente não foi proveniente do BDH. Das IES avaliadas, 37 (64,91%) declararam possuir Banco de Dentes. Os autores salientaram que o BDH não faz parte da rotina de muitas IES de Odontologia, que sua implantação e consolidação são muito importantes devido aos aspectos éticos e de biossegurança que envolvem o uso de dentes humanos.

Implicações éticas e legais do uso do dente humano

A questão ética envolvida no uso de dentes humanos em treinamento laboratorial e pesquisas científicas, diz respeito à origem destes órgãos, algumas vezes negligenciada pelos pesquisadores. O uso de dentes extraídos, pode conduzir ações irregulares como o comércio ilegal, e ainda trazer risco da biopericulosidade por seu manuseio inadequado. A contaminação cruzada, pode transmitir doenças graves, tais como gripe comum, pneumonia, herpes, tuberculose, hepatite e AIDS (IMPARATO et al., 2003; FREITAS, 2011).

O dente deve ser considerado um órgão do corpo humano e, como tal, está submetido à Lei Brasileira de Transplante, que proíbe o comércio de órgãos e prevê, no art. 5º, pena de três a oito anos de reclusão e multa para quem remover post mortem, órgãos, tecidos e partes do corpo humano de pessoas não identificadas. Incorre na mesma pena quem promove, intermedia, facilita ou aufere qualquer vantagem com a referida transação (MAGGIONI et al., 2010; GOMES et al., 2013; GHIGGI; DALLANORA, 2014).

O comércio ilegal de dentes é fato incontestе, especialmente nos ambientes universitários, onde todos os envolvidos, estão sujeito a punição, mesmo alegando desconhecimento das leis. De acordo com a Lei de Introdução ao Código Civil, no seu artigo 3º, "Ninguém se escusa de cumprir a lei alegando que não a conhece" (In verbis); logo, praticantes do comércio ilegal de dentes podem se enquadrar nas Leis penais e/ou civis. Ressalta-se também que de acordo com o Código Penal Brasileiro, quem "violar ou profanar sepulturas ou uma funerária" está sujeito a multa e pena de reclusão de 1 a 3 anos (PINTO et al., 2009; GOMES et al., 2013).

Segundo Imparato et al. (2003); Nassif et al. (2003); Freitas et al. (2012), Costa et al. (2013), desde 1996, o Ministério da Saúde estabeleceu que qualquer

material humano utilizado em pesquisa fosse doado e tivesse procedência identificada. Em fevereiro de 1997, a partir da Lei nº 9.434, a utilização de órgãos ou tecidos humanos sem procedência comprovada é considerada crime. Assim, o dente deve ser doado através de consentimento por escrito do doador ou responsável, e para uso em pesquisa, esta declaração deve ser acompanhada por um parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Freitas et al. (2012); Gomes et al. (2013) enfatizaram que no Brasil, a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabeleceu a criação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep/MS). Esta Resolução conceitua pesquisa com seres humanos como aquela que envolve o ser humano, individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais. Portanto, toda pesquisa que utiliza partes do corpo ou órgãos, como por exemplo, dentes, deverá seguir os princípios éticos estabelecidos e ser apreciada por um CEP.

Freitas et al. (2010); Maggioni et al. (2010); Poletto et al. (2010); Machado; Garrido (2014) salientaram que o Banco de Dentes preocupa-se com a procedência e destino dos dentes arrecadados, criando condições ideais para a utilização desses órgãos de acordo com a Lei de Transplante Brasileira (Lei 9.434 de 04/02/1997) e com o Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196 de 10/10/96).

Bancos de dentes humanos (BDH)

O Banco de Dentes Humanos é o órgão encarregado de receber, armazenar corretamente e organizar os dentes doados pela população, garantindo a assepsia e a legalidade de sua reutilização. Serve para controlar a cessão e/ou empréstimo de dentes. Além de diminuir o risco de infecção cruzada, o BDH valoriza o dente como órgão e elimina seu comércio ilegal (MARIN et al., 2005; POLETTO et al., 2010; PEREIRA, 2012).

Um Banco de Dentes Humanos é uma entidade sem fins lucrativos, vinculado às instituições de ensino de Odontologia. Sua função é administrar os dentes doados, por normas sanitárias e éticas. Os elementos dentários armazenados no BDH são cedidos para uso pré-clínico e na pesquisa (FREITAS et al., 2012; MACHADO; GARRIDO, 2014).

Pimentel (2007); Jacob et al. (2010); Poletto et al. (2010) destacaram que a valorização do dente como órgão, o fornecimento de amostras para fins de ensino e pesquisa, a preocupação com as questões éticas, a diminuição do risco de infecção cruzada, a inibição do comércio ilegal de dentes demarcam a real importância de um Banco de Dentes Humanos em um curso de Odontologia.

Vários são os pesquisadores ou alunos que utilizam dentes obtidos, e manipulados indevidamente, fato este relacionado à falta de informação sobre a importância do elemento dental como órgão humano. É evidente o desconhecimento por parte de acadêmicos e profissionais da Odontologia sobre o que é um Banco de Dentes, seus objetivos, seu funcionamento e importância (PINTO et al., 2009; GOMES et al., 2013).

O Banco de Dente Humano é um relevante instrumento didático, científico e clínico cada vez mais presente nos cursos de Odontologia do Brasil. Integra ensino, pesquisa e extensão. Sua implementação é fundamental para orientar a utilização ética, segura e legal do órgão dental, promovendo sua valorização. Permite uma atuação transformadora voltada para os interesses da saúde das pessoas, além de trazer benefícios para a comunidade acadêmica e a população em geral (MARIM et al., 2005; COSTA et al., 2013; ZANATTA et al., 2014).

Segundo Ghiggi; Dallanora (2014); Zanatta et al. (2014), a criação do BDH nas Faculdades de Odontologia é o modelo que melhor atende à crescente necessidade de dentes para fins científicos e didáticos. Os BDHs possuem a importante função ética de proteger os alunos e profissionais contra ilegalidades na forma de obtenção de dentes humanos, trabalhando na conscientização de que o dente humano é um órgão.

Materiais e métodos

Aspectos éticos

Este estudo é um recorte da pesquisa Banco de Dentes da UNIVALE: implantação e manutenção dos serviços de coleta, identificação, armazenamento e distribuição, instituída no grupo de pesquisa Saúde, Individuo e Sociedade (SAIS) no período de 2014 a 2016, apresentando seus resultados parciais, inerentes ao tema obtenção de dentes humanos extraídos por acadêmicos do curso de Odontologia da UNIVALE. A investigação foi conduzida conforme as normas éticas preconizadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a pesquisa com seres humanos, garantindo ao entrevistado o anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa da pesquisa. Vale salientar que no tocante às

questões éticas, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), com parecer Nº 708.269 de 03/07/2014.

Tipo de estudo e abordagem

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2013).

Foi adotada nessa investigação uma abordagem quantitativa. Este tipo de abordagem é orientada à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais. São descritos como objetivos reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

Local do estudo

O instrumento de pesquisa foi aplicado na sala de Estudos do Polo Integrado de Atendimento Odontológico ao Paciente Especial (PAOPE) da FACS/ UNIVALE no Campus Antônio Rodrigues Coelho, na cidade de Governador Valadares - MG. Este local é climatizado, possui estrutura adequada com número de assentos suficientes e disponibilidade de horários para aplicação do questionário aos grupos pesquisados. A aplicação do questionário ocorreu no turno matutino, vespertino ou noturno de acordo com a disponibilidade do grupo amostral.

Amostra

O universo da pesquisa correspondeu aos acadêmicos do 6º e 7º períodos de 2014/2 do curso de Odontologia da FACS/UNIVALE com participação voluntária na pesquisa. Este grupo correspondeu a uma população de aproximadamente 105 alunos. No total 99 alunos participaram da pesquisa, voluntariamente.

Como critérios de inclusão da amostra foram selecionados todos os alunos matriculados em 2014/2 no 6º e 7º períodos que utilizaram dentes humanos extraídos nos laboratórios pré-clínicos das disciplinas de Endodontia I e II e Prótese Fixa I da FACS/UNIVALE .

Como critérios de exclusão da amostra foram considerados os acadêmicos do 6º e 7º períodos de 2014/2, que não cursaram na UNIVALE as disciplinas de Endodontia I e II e Prótese Fixa I, os ausentes no dia da coleta de dados, o bolsista vinculado ao projeto do SAIS, e os que se recusarem a responder de forma voluntária o questionário referente ao Banco de Dentes Humanos.

Instrumentos utilizados para coleta de dados

Para avaliar a forma de obtenção, manipulação, descontaminação e armazenagem de dentes humanos extraídos utilizados pelos acadêmicos do curso de Odontologia da UNIVALE nos laboratórios pré-clínicos e seu conhecimento sobre Banco de Dentes Humanos foi empregado neste estudo um questionário constando de 11 perguntas fechadas. Das 11 perguntas, 07 são perguntas diretas, com opção de resposta positiva (sim) e opção negativa (não) e 02 são perguntas de múltipla escolha com 06 opções de respostas e 02 questões abertas. Os dados obtidos foram quantificados e tratados estatisticamente

O questionário utilizado neste estudo é uma livre adaptação do questionário usado por Zucco et al. (2006) em uma pesquisa sobre Banco de Dentes Humanos com acadêmicos do 1º ao 5º ano do curso de Odontologia da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). As questões deste instrumento são pertinentes ao Banco de Dentes, à utilização de dentes no curso de graduação e à biossegurança, atendendo às expectativas dos questionamentos da presente pesquisa. O questionário possibilitou ao acadêmico informar o período em que está matriculado e o sexo.

Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com 08 acadêmicos do curso de Odontologia da UNIVALE (04 de cada gênero), matriculados no 7º período no primeiro semestre de 2014, visando à aplicação do instrumento proposto e adequação para a coleta de dados da pesquisa. Os dados obtidos não foram utilizados no estudo principal.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada na sala de estudos do PAOPE em duas sessões, uma com os acadêmicos do 6º período e outra com os acadêmicos do 7º período. Durante a sessão da coleta de dados, o orientador do trabalho explicou o estudo aos acadêmicos, esclarecendo todos os procedimentos e recolheu a autorização para a pesquisa, com a assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. A aplicação dos questionários foi individual, com tempo médio previsto de 30 minutos, e foi entregue um questionário impresso para cada entrevistado acompanhado de uma caneta esferográfica.

Análise dos dados

Inicialmente, os dados do questionário foram tabulados em uma planilha do Microsoft Office Excel 97-2003 e agrupados de acordo com as variáveis incluídas neste estudo: gênero, período em curso, solicitação de dentes, quantidade de dentes solicitados no curso de Odontologia, dificuldade de obtenção, local de procura de dentes, local de obtenção, e pagamento financeiro de dentes. Também foi averiguado o conhecimento dos alunos sobre o Banco de Dentes Humanos (BDH). Os dados foram processados no software Sphinx Lexica versão 5.1.0.4. Estes foram analisados por meio da estatística descritiva (distribuições absolutas e percentuais).

Resultados

Dos 99 acadêmicos que responderam ao questionário, 58 alunos (59%) cursavam o 6° período, 34 alunos (34,%) cursavam o 7° período e 07 alunos (7%) não identificaram o período que cursavam ao responder o questionário. Em relação ao gênero, 72 alunos (73%) eram do gênero feminino, 20 alunos (20%) eram do gênero masculino, e 07 alunos (7%) não se identificaram.

Com relação à solicitação de dentes humanos para uso nos laboratórios pré-clínicos e pesquisa no curso de Odontologia da UNIVALE, 92 alunos (93%) confirmaram esta solicitação. Quanto ao número de dentes adquiridos por aluno entrevistado, a quantidade variou entre 11 a 40 dentes, sendo a maior frequência de 31 a 40 dentes (30,3%).

Tabela 1- Número de dentes utilizados por acadêmicos

Quantidade de dentes	Frequência	Porcentagem
De 11 a 20 dentes	21	21,2%
De 21 a 30 dentes	9	9,1%
De 31 a 40 dentes	30	30,3%
Mais de 40 dentes	21	21,2%
Não responderam	13	13,1%
Vários	5	5,1%
Total	**99**	

Fonte- Dados da pesquisa

Questionados sobre a dificuldade em adquirir dentes, 81 alunos (82%) afirmaram ter passado por alguma dificuldade. Entre os locais de maior procura, consultórios odontológicos (84,8%) e com outros colegas (71,7%) foram os que mais se destacaram (tabela 2). Na tabela 3, constata-se que os dentes foram adquiridos com maior frequência em consultórios odontológicos (69,7 %), e com colegas do curso (69,7%). Observou-se que para as variáveis: local de procura e obtenção, um mesmo entrevistado indicou mais de uma opção. No que se refere ainda à aquisição de dentes humanos extraídos, 51 acadêmicos (52%) pagaram financeiramente por este órgão.

Tabela 2- Local de procura de dentes humanos

Procedência	Frequência	Porcentagem
Posto de saúde	31	31,3%
Hospitais	2	2,0%
Consultório odontológico	84	84,8%
Cemitério	30	30,3%
Com outros colegas	71	71,7%
Banco de Dentes Humanos	0	0,0%
Clínicas odontológicas	57	57,6%
Outros	2	2,0%
Total Observado	**99**	

Fonte - Dados da pesquisa

Tabela 3- Local da obtenção de dentes humanos

Procedência	Frequência	Porcentagem
Posto de saúde	16	16,2%
Hospitais	0	0,0%
Consultório odontológico	69	69,7%
Cemitério	23	23,2%
Com outros colegas	69	69,7%
Banco de Dentes Humanos	0	0,0%
Clínicas odontológicas	41	41,4%
Outros	0	0,0%
Total	**99**	

Fonte - Dados da pesquisa

Do total de entrevistados, 58 alunos (59%) responderam ao questionario que não tinham conhecimento sobre Banco de Dentes Humanos.

Discussão

A importância da utilização de dentes humanos extraídos na investigação científica e no processo ensino-aprendizagem dos cursos de graduação em Odontologia foi destacada por autores como Imparato et al. (2003); Zucco et al. (2006); Costa et al. (2007); Costa et al. (2012); Pereira (2012), que relataram o uso destes elementos no treinamento pré-clínico, colagem de fragmentos e em pesquisas.

Entretanto, Miranda; Bueno (2012); Pereira (2012); Ghiggi; Dellanora (2014) chamaram atenção para a quantidade elevada de dentes extraídos destinada aos fins acadêmicos nos curso de Odontologia do Brasil, em torno de três a quatro mil por semestre.

No presente estudo, as respostas da maioria dos entrevistados (92 alunos) confirmaram que o curso de Odontologia da UNIVALE, de forma comum com outras IES, utiliza o dente humano extraído em sua prática acadêmica. Considerando a média de 31 a 40 dentes usados por aluno durante o curso, pode se dizer que foram arrecadados em torno de 3960 dentes para as práticas laboratoriais, número expressivo que preocupa, já que este estoque é provido sem nenhum tipo de controle.

No estudo de Costa et al. (2007), somente 49,5% dos entrevistados alegaram dificuldade em adquirir dentes extraídos, já 82% dos alunos da UNIVALE afirmaram ter passado por alguma dificuldade, resultado este que corrobora com o estudo de Zucco et al. (2006), onde 84,2% dos discentes também tiveram dificuldade.

Como demonstrado por Zucco et al. (2006); Moreira et al. (2009); Pinto et al. (2009); Sponchiado Júnior et al. (2012); Gomes et al (2013), a necessidade, a quantidade, e a dificuldade de suprir a demanda de dentes para uso em atividades didáticas, muitas vezes induzem ao aluno a sua obtenção por meios ilícitos. Esta prática indica pouca valorização do órgão dental, evidencia o risco de infecção cruzada por material contaminado advindo dos dentes e estimula seu comércio ilegal, expondo alunos e professores às consequências jurídicas e éticas.

Tradicionalmente, os dentes humanos são adquiridos em consultórios odontológicos, clínicas particulares, postos de saúde, hospitais, cemitérios, com alunos veteranos, Banco de Dentes, entre outros. Rotineiramente sua origem não é questionada por professores e, muitas vezes, é negligenciada por pesquisadores e alunos, o que pode contribuir para o uso irracional do dente humano e extração dentária indiscriminada (IMPARATO et al., 2003, Zucco et al., 2006; MOREIRA et al. (2009); FREITAS et. al, 2012; MACHADO GARRIDO, 2014).

Em consonância com os locais de obtenção de dentes ressaltados nos estudos de Zucco et al. (2006); Costa et. al (2007); Freitas et al. (2012), os acadêmicos na pesquisa em evidência destacaram a procura e obtenção de dentes humanos em consultórios odontológicos e com colegas. Devido à diversificação das variáveis apresentadas pelos entrevistados, notou-se que não há um consenso, um local de eleição para busca e obtenção do órgão dental.

Mesmo não sendo de forma veemente como no estudo de Pinto et al. (2009), em que 90% dos cirurgiões dentistas e 86% dos acadêmicos relataram a obtenção de dentes em cemitério, vale ressaltar que os achados da presente pesquisa constataram que esta grave conduta também faz parte da realidade de 23, 2% dos alunos da UNIVALE.

A arrecadação de dentes em cemitérios, incorre em crime contra o cadáver, pois como posto no Código Penal Brasileiro, quem "violar ou profanar sepulturas ou uma funerária" está sujeito a multa e pena de reclusão de 1 a 3 anos (PINTO et al., 2009; GOMES et al., 2013).

Ainda sobre as questões éticas e legais interligadas a procedência e destino do dente humano extraído, em um universo de 198 acadêmicos, o estudo de Costa et al. (2007) registrou que 1,2% dos alunos compraram dente. De forma alarmante, no estudo em discussão, 51 alunos (52%) pagaram financeiramente pelo elemento dentário, caracterizando um comércio ilegal de órgãos no curso de Odontologia da UNIVALE.

Como demonstrado por Nassif et al. (2003); Maggioni et al. (2010); Ghiggi; Dallanora (2014), no artigo 15 do Código Civil Brasileiro, a compra ou venda de qualquer órgão, tecido ou parte do corpo humano é considerada crime e pode resultar em pagamento de multa e pena de 3 a 8 anos de prisão. Dessa maneira, tanto a venda como a compra de dentes passou a ser considerada ilegal.

Por meio dos preceitos de Maggioni et al. (2010); Gomes et al. (2013); Ghiggi; Dallanora (2014), foi possível compreender que todos os sujeitos envolvidos no comércio clandestino de dentes humanos são responsabilizados neste crime, independente do grau de participação e do conhecimento das leis brasileiras, já que a Lei de Introdução ao Código Civil, no seu artigo 3º, indica que "Ninguém se escusa de cumprir a lei alegando que não a conhece" (In verbis).

Em conformidade com a Lei nº 9.434 (Lei de Transplante Brasileira) e a Resolução nº 196 do CNS, como órgão humano, o dente para ser utilizado para fins de ensino e pesquisa só pode ser doado, ter sua procedência identificada e obtidos de forma legal e ética por meio dos Bancos de Dentes. Esta doação deve ser acompanhada por consentimento escrito do doador e parecer do CEP (FREITAS et al., 2012; SPONCHIADO JÚNIOR et al., 2012; MACHADO; GARRIDO, 2014).

Freitas et al. (2012) salientaram a ausência do Banco de Dentes Humanos nos cursos de Odontologia. A pesquisa de Zucco et al. (2006) constatou que 92,9% dos alunos entrevistados tinham conhecimento sobre o que é um BDH. Em contrapartida, na pesquisa de Pinto et al. (2009), o índice de desconhecimento foi elevado, como também foram preocupantes as respostas dos acadêmicos da UNIVALE, já que 58 alunos (59%) responderam ao questionário que não tinham conhecimento sobre Banco de Dentes Humanos.

É evidente que o desconhecimento sobre o Banco de Dentes, seu funcionamento e importância, permite falhas nas normas de biossegurança e negativamente oportuniza aos acadêmicos práticas ilegais e incentiva a comercialização ilícita de dentes.

Conforme salientado por Poletto et al. (2010) ; Freitas et al. (2012) ; Machado Garrido (2014) ; Zanatta (2014), um Banco de Dentes vinculado a um curso de Odontologia, é uma instituição sem fins lucrativos, responsável por fornecer dentes humanos para pesquisa e treinamento pré-clínico dos acadêmicos. Sua implementação é fundamental para orientar, contolar e legalizar a utilização do dente extraído.

Além de promover a integração entre o ensino, pesquisa e extensão, a valorização do dente como órgão humano, a diminuição do risco de infecção cruzada, a coibição da compra e venda de dentes são funções relevantes do BDH destacadas por Pimentel (2007) ; Jacob et al. (2010); Costa et al. (2013); Zanata et al. (2014).

Com base nos estudos dos autores consultados e nos achados desta pesquisa, nos parece primordial ressaltar a necessidade de implantação de um Banco de Dentes Humanos no curso de Odontologia da UNIVALE. Desta forma seria possível o controle da quantidade solicitada, dos meios de obtenção e destino dos dentes arrecadados. Os alunos e docentes teriam uma atitude consciente diante do órgão dental, e sua manipulação seria de forma ética, legal e segura. A valorização do dente humano, inibiria seu comércio ilegal.

Conclusões

Com base nos resultados obtidos, pode-se concluir que:

- A maioria dos acadêmicos que participaram desta pesquisa confirmou o uso de dentes nas atividades laboratoriais e a existência de dificuldades para sua aquisição;
- A obtenção de dentes em consultórios odontológicos e por meio de colegas mereceu destaque, mas não há consenso quanto à forma de aquisição destes órgãos;
- O estudo evidenciou o comércio ilegal de dentes entre acadêmicos do curso;
- É evidente que o desconhecimento sobre o Banco de Dentes Humanos, seu funcionamento e importância, permite que os acadêmicos recorram a práticas ilegais para obtenção de dentes humanos extraídos;
- A implantação do BDH no Curso de Odontologia da UNIVALE irá organizar o fornecimento e a utilização de dentes humanos em suas atividades acadêmicas, nos padrões éticos, legais e de biossegurança, impedindo o comércio ilegal de órgãos.

Referências

CAMPOS, M. I. C, CAMPOS, C. N; VITRAL, R. W. F. O uso de dentes bovinos como substitutos de dentes humanos em pesquisas odontológicas: uma revisão da literatura. **Pesq Bras Odontoped Clín Integr**, João Pessoa, v. 8, n. 1, p. 127-32, 2008.

COSTA, S. M. et al. Assessment of a state university tooth bank two years after its foundation. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 60, n. 2, p. 227-232, abr./jun. 2012.

COSTA, S. M. et al. Banco de Dentes Humanos da Unimontes: relato de experiência de integração ensino pesquisa e extensão. **Revista Intercâmbio–UNIMONTES,** Montes Claros, v. 4, p. 247-252, 2013.

COSTA, S. M. et al. Dentes humanos no ensino odontológico: procedência, utilização, descontaminação e armazenamento pelos acadêmicos da UNIMONTES. **Revista da ABENO**, v 7, n. 1, p. 6-12, jan./abr. 2007.

FREITAS, A. B. D. A. de. et al. Uso de dentes extraídos nas pesquisas odontológicas publicadas em periódicos brasileiros de acesso online **gratuito: um estudo sob o prisma da bioética. Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 3, p. 136-143, jul./set. 2010.

FREITAS, A. B. D. A. de. et al. Uso de dentes humanos extraídos e os bancos de dentes nas instituições brasileiras de ensino de Odontologia. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 59-64, jan./mar. 2012.

FREITAS, A. R. de. **Análise da manutenção de integridade estrutural de órgãos dentários e a influência de diferentes métodos de descontaminação e armazenamento.** 2011. 132 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2011.

GHIGGI, L. D; DALLANORA, L. M. F. Implantação do Banco de Dentes Humanos (BDH) do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina. **Ação Odonto**, Joaçaba, v. 2, n. 3, p. 61-71, maio 2014.

GOMES, G. M. et al. Utilização de dentes humanos: aspectos éticos e legais. **RGO**, Porto Alegre, v. 61, supl. 0, p. 477-483, jul./dez. 2013.

IMPARATO, J. C. P. et al. **Banco de dentes humanos.** 3. ed. Curitiba: Maio, 2003. 190 p.

JACOB, A. P. et al. Avaliação da resistência de união em dentina humana submetida a diferentes formas de armazenagem. **Rev Sul-Bras Odontol.**, v. 7, n. 3, p. 297-302, jul./set. 2010.

JACQUES, P. ; HEBLING, J. Influência da esterilização de dentes humanos em autoclave sobre a resistência de união resina/dentina. **Pesq Bras Odontoped Clín Integr**, João Pessoa, v. 6, n. 1, p. 09-13, jan./abr. 2006.

LOLAYEKAR, N. V.; BHAT, V. S.; BHAT, S. S. Disinfection methods of extracted human teeth. **J Oral Health Comm Dent.**, v. 1, n. 2, p. 27-9, May 2007.

MACHADO, M. R.; GARRIDO, R.G. Dentes como fonte de células-tronco: uma alternativa aos dilemas éticos. **Revista de Bioética y Derecho**, n. 31, p. 66-80, mayo 2014.

MAGGIONI, A. R. Banco de dentes humanos na percepção dos acadêmicos da faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense. **Revista Fluminense de Odontologia**, Ano XVI, n. 33, p. 27-30, jan./jun. 2010.

MARIN, E. A. et al. Estruturação do banco de dentes humanos decíduos da Universidade Federal de Santa Maria/RS/Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 7-9, jul./dez. 2005.

MIRANDA, G. E. ; BUENO, F. C. Banco de dentes humanos: uma análise bioética**. Rev Bioética**, v. 20, n. 2, p. 255-66, 2012.

MOREIRA, L. et al. Banco de Dentes Humanos para o ensino e pesquisa em Odontologia. **Rev Fac Odontol de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 50, n. 1, p. 34-37, jan./abr. 2009.

NASSIF, A. C. S. et al. Estruturação de um banco de dentes humanos. **Pesquisa Odontológica Brasileira, São Paulo,** v. 17, supl. 1, p. 70-74, maio 2003.

PIMENTEL, E. L. C. Banco de dentes da Universidade Estácio de Sá. 2007. Disponível em: <http://www.estacio.br/graduacao/odontologia/banco_dentes/banco_de_dentes.asp>. Acesso em: 11 nov. 2007.

PEREIRA, D. Q. Banco de dentes humanos no Brasil: revisão de literatura. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.178-184, jul./dez. 2012.

PINTO, S. L. et al. Conhecimento popular, acadêmico e profissional sobre o banco de dentes humanos. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 9, n. 1, p. 101-106, jan./abr. 2009.

POLETTO, M. M. et al. Banco de dentes humanos: perfil sócio-cultural de um grupo de doadores. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 91-94, jan./mar. 2010.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**, 5. ed., Porto Alegre: AMGH, 2013, 624 p.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.187-192, 2000.

SPONCHIADO JÚNIOR, E. C. et al. Banco de dentes humanos e educação em saúde na Universidade Federal do Amazonas. Relato de Experiência. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.185-189, jul./dez. 2012.

ZANATTA, C. et al. Implantação do banco de dentes humanos (BDH) do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina. **Unoesc & Ciência-ACBS**, Joaçaba, v. 5, n. 1, p. 69-76, jan./jun. 2014.

ZUCCO, D. et al. Avaliação do nível de conhecimento dos acadêmicos do curso de Odontologia da UNIVILLE sobre a utilização de dentes extraídos na graduação e banco de dentes. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, v. 3, n. 1, p. 54-58, 2006.

Aplicação do selante de superfície em restauração direta com resina composta em dente posterior

Application of surface sealant in restoration direct composite resin in posterior tooth

Camila Nunes Martins*
Jaqueline de Souza Amorim*
Jhany Raycka Carmo Brito*
Nathália Grazielle Almeida de Oliveira*
Núbia Kely da Cruz Oliveira*
Maria José de Souza Santiago**

Resumo

Apesar de ser verdadeira a crescente demanda pelo uso de compósitos em dentes posteriores, o sucesso das restaurações adesivas posteriores a longo prazo ainda não é fácil de ser obtido. O objetivo deste estudo foi avaliar, através de uma revisão da literatura, a influência da utilização do selante de superfície na microinfiltração marginal, rugosidade e desgaste superficiais em restauração direta com resina composta em dente posterior, e descrever sua técnica de aplicação. Os selantes de superfície ou agentes de cobertura foram desenvolvidos especificamente para o selamento de restaurações de resina composta e têm a finalidade de penetrar nos microdefeitos gerados no corpo e nas margens da restauração, criando uma barreira mecânica após a sua fotopolimerização. A aplicação do selante é indicada como complementação dos procedimentos de acabamento e polimento de restaurações de resina composta em dentes posteriores e após o procedimento de repolimento nas sessões de retorno do paciente para controle e manutenção das restaurações. Pode-se concluir que a aplicação do selante de superfície traz benefícios às restaurações de resina composta em dentes posteriores, minimizando a microinfiltração marginal, rugosidade e desgaste superficiais.
Palavras-chave: Selante de superfície. Microinfiltração marginal. Resina composta.

Abstract

Despite being true the increasing demand for use of composites on posterior teeth, the success of the adhesives restorations at long-term is still not easy to obtain. The aim of this study was to evaluate, through a literature review, the influence of using surface sealant on microleakage, rugosity and wearing surfaces in direct restoration with composite resin on posterior tooth, and describe its application technique. The surface sealants or coverage agents were developed specifically for the sealing of composite resin restorations and has the purpose to penetrate into micro defects generated in the body and in the margins of the restoration, creating a mechanical barrier after photopolymerization. The application of the sealant is indicated as a complementation of the procedures for finishing and polishing of composite restorations in posterior teeth and after the re-polishing procedure on patient feedback sessions for control and maintenance of restorations. It may be concluded that the sealant surface is

* Acadêmicas do 8º período do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE

** Especialista em Dentística Restauradora/Univale. Mestre em Dentística Restauradora pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic – Campinas. Professora das disciplinas de Dentística II, III, IV e Estágio Curricular Supervisionado do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE.

beneficial to composite resin restorations, minimizing microleakage, rugosity and surface wear.
Key words: Microleakage. Resin composite. Surface sealant.

Introdução

A resina composta para uso em dentes posteriores tem sido ao longo das últimas décadas um dos materiais dentários mais intensamente pesquisados. Esse fato se deve a diversos fatores, tais como a solicitação cada vez maior dos pacientes por uma restauração agradável do ponto de vista estético, a constante busca por procedimentos restauradores menos invasivos (CONCEIÇÃO et al., 2007).

Apesar de ser verdadeira a crescente demanda pelo uso de compósitos em dentes posteriores, o sucesso das restaurações adesivas posteriores a longo prazo ainda não é fácil de ser obtido (BARATIERI et al., 2002).

Mesmo com a evolução dos sistemas adesivos e das resinas compostas, ainda existem problemas que comprometem a durabilidade da restauração, e entre os problemas existentes, um deles é a contração de polimerização. Como consequência disso, há ocorrência de fendas na interface dente/restauração, gerando sensibilidade pós-operatória, manchamento da interface e cáries recorrentes (BUSATO et al., 1997; TORRES; PAGANI; ARAÚJO, 2000; PACHECO; SALGADO, 2002; FRANCO; LOPES, 2003).

A técnica da restauração de resina composta é muito sensível, sendo fundamental a meticulosidade e a obediência a um rigoroso protocolo clínico. Considera-se uma das falhas técnicas mais comuns, a realização inadequada dos procedimentos de acabamento e polimento, podendo implicar em redução da resistência ao desgaste da restauração, maior degradação marginal, anatomia e contorno inadequados, desgaste impróprio da estrutura dental adjacente à restauração (SOUZA JR.; CARVALHO; MONDELLI, 2000; BARATIERI et al., 2002; BARATIERI et al., 2003).

Devido aos efeitos adversos, parece que os procedimentos de recontorno, acabamento e polimento devem ser, sempre que possível, evitados ou minimizados por meio de uma técnica restauradora meticulosa (SOUZA JR.; CARVALHO; MONDELLI, 2000; BARATIERI et al., 2002).

É recomendado após os procedimentos de acabamento e polimento, a aplicação de agentes de cobertura, que são os selantes de superfície, sobre as margens e superfície restauradoras; como também, após o procedimento de repolimento quando executado nas sessões de retorno do paciente para controle e manutenção da restauração. Esta conduta clínica visa melhorar, devido ao alto poder de escoamento dos agentes de superfície, os selamentos marginal e superficial da restauração, interferindo positivamente na sua longevidade (SOUZA JR.; CARVALHO; MONDELLI, 2000; BARATIERI et al., 2002; AGRA, 2003).

O objetivo deste estudo é avaliar, através de uma revisão da literatura, a influência da utilização do selante de superfície na microinfiltração marginal, rugosidade e desgaste superficiais em restauração direta com resina composta em dente posterior, e descrever sua técnica de aplicação.

Revisão de literatura

CONSIDERAÇÕES SOBRE SELANTE DE SUPERFÍCIE

Tratamentos alternativos à reposição total das restaurações de resina, como o selamento marginal, repolimento e reparo têm sido sugerido, demonstrando resultados efetivos com mínima intervenção. Estudos prévios estabeleceram que estes procedimentos mais simples e menos invasivos aplicados às restaurações de resina composta em dentes posteriores podem aumentar significativamente a qualidade marginal e longevidade no ambiente bucal (MONCADA et al., 2009).

Os selantes de superfície ou agentes de cobertura foram desenvolvidos especificamente para o selamento de restaurações de resina composta, sendo comercializados no começo dos anos 90. Embora os fabricantes não forneçam muitos detalhes sobre esse material, sabe-se que são constituídos de uma resina BIS-GMA (Bisfenol Glicidil Metacrilato) e o polímero é modificado pela adição de monômeros de baixo peso molecular, constituído de TEGDMA (Trietileno Glicol Dimetacrilato) e THFMA (Tetrahydrofurfuryl Metacrilato), com a função específica de controlar a viscosidade e molhamento, facilitando o escoamento e preenchendo falhas microestruturais, diminuindo, assim, a infiltração marginal (LIMA et al., 2008).

Uma dúvida frequente dos profissionais é com relação à utilização dos agentes de união encontrados nos sistemas adesivos em substituição aos agentes de superfície. Não é aconselhada essa substituição, pois a efetividade não é a mesma. Os agentes específicos para cobertura de restaurações de resina composta têm peso molecular e tensão superficial mais baixos, quando comparados aos dos agentes de união convencionais, portanto, sua capacidade de penetração

seria reduzida. Os selantes de superfície são agentes resinosos de baixa viscosidade, os quais podem preencher fissuras estreitas com até 25μm (micrômetros) de profundidade (SOUZA JR.; CARVALHO; MONDELLI, 2000; BARATIERI et al., 2002).

Os selantes de superfície têm como função penetrar por ação capilar nos microdefeitos gerados no corpo e nas margens das restaurações e, após a sua fotopolimerização, criar uma barreira mecânica capaz de diminuir a microinfiltração e o desgaste das restaurações e promover maior lisura superficial (KINA; LOPES; MONTEIRO JÚNIOR, 2011).

A aplicação do selante de superfície é indicada como complementação dos procedimentos de acabamento e polimento de restaurações de resina composta em dentes posteriores, como também, após o procedimento de repolimento nas sessões de retorno do paciente para controle e manutenção da restauração (SOUZA JR.; CARVALHO; MONDELLI, 2000; BARATIERI et al., 2002, AGRA, 2003; CONCEIÇÃO et al., 2007).

CONSIDERAÇÕES SOBRE ACABAMENTO, POLIMENTO E REPOLIMENTO

O acabamento e polimento de restaurações posteriores com resina composta são procedimentos que sempre devem ser executados numa sessão subsequente, visando possibilitar a polimerização total da resina, como também, ocorrer a expansão higroscópica, melhorando, assim, o vedamento marginal (BARATIERI et al., 2002; KINA; LOPES; MONTEIRO JÚNIOR, 2011).

É de consenso geral que adequados procedimentos de acabamento e polimento das restaurações dentais, melhoram sua estética e longevidade, e que uma superfície rugosa favorece o acúmulo de placa bacteriana, podendo levar à cárie recorrente e manchamento da restauração. Entretanto, esta condição de uma restauração polida não é duradoura, sendo perdida ao longo do tempo, mas entende-se que a instrumentação exagerada na tentativa de alcançar um alto polimento da superfície oclusal deve ser considerada com cautela (BARATIERI et al., 2003).

Caso o acabamento e polimento sejam executados prematuramente e de forma inadequada, tal erro pode implicar em redução da resistência ao desgaste da restauração; maior degradação marginal; maior manchamento marginal; aspereza da superfície restauradora com acúmulo de placa bacteriana e manchamento superficial; redução da dureza superficial; anatomia e contornos inadequados; desgaste impróprio da estrutura dental adjacente à restauração (SOUZA JR.; CARVALHO; MONDELLI, 2000; BARATIERI et al., 2002; BARATIERI et al., 2003).

Cabe lembrar também que a aplicação de instrumentos de corte ou abrasivos sobre a resina pode levar à formação de microrrachaduras na superfície e subsuperfície da restauração, podendo alcançar até 50μm (micrômetros) de profundidade, e pode também potencializar as fendas marginais formadas durante a contração de polimerização (SOUZA JR.; CARVALHO; MONDELLI, 2000; ARBEX FILHO; FONSECA; DILLY, 2002; BARATIERI et al., 2002).

Quando os procedimentos de acabamento e polimento forem inevitáveis, devem ser realizados delicadamente com instrumentais novos e apropriados, sob velocidade moderada e refrigeração, e com iluminação adequada (SOUZA JR.; CARVALHO; MONDELLI, 2000; BARATIERI et al., 2002).

O procedimento de repolimento ou revitalização das restaurações é recomendado sempre que existirem porosidades, manchamentos, desadaptações na interface e rugosidades perceptíveis clinicamente que estejam atuando como fatores para retenção de placa bacteriana e pigmentos. É uma conduta que, quando necessária, realiza-se nas visitas de manutenção periódica e preventiva em pacientes com restaurações já executadas anteriormente. Para isso, utilizam-se borrachas e pastas abrasivas, para em seguida realizar o selamento com a aplicação do selante de superfície (SOUZA JR; CARVALHO; MONDELLI, 2000; BARATIERI et al., 2002; ARBEX FILHO; FONSECA; DILLY, 2002; POZZOBON et al., 2011).

INFLUÊNCIA DA APLICAÇÃO DO SELANTE DE SUPERFÍCIE

Ratanapridakul; Leinfelder e Thomas (1989) citados por Torres; Pagani e Araújo (2000) em sua pesquisa concluíram que o acabamento e polimento geravam microfraturas na superfície das restaurações de resina composta, e que estas fragilizavam a restauração. Para atenuar estes inconvenientes foram idealizados seladores de superfície específicos para este fim. Estes materiais possuíam baixa viscosidade e alta capacidade de molhamento, objetivando o fechamento das fendas e dos defeitos superficiais, redução da microinfiltração e diminuição do desgaste superficial.

Dickinson et al. (1993) citados por Souza Jr.; Carvalho e Mondelli (2000) já haviam demonstrado a eficiência dos agentes de cobertura ao desgaste de restaurações de resina composta em dentes posteriores. Seu efeito baseava-se no preenchimento dos defeitos

presentes na superfície das restaurações. Sendo assim, a aplicação desses agentes sobre a superfície da resina composta preencheria eventuais defeitos de superfície, minimizando o desgaste, que poderia com o tempo ser acentuado a partir deles.

Torres; Pagani e Araújo (2000) realizaram um estudo para avaliar o efeito da aplicação do selante de superfície no desgaste e no desempenho clínico em restaurações de resina composta após acabamento e polimento. Os autores constataram que aos 18 meses o selante de superfície foi efetivo na proteção contra o desgaste superficial. Porém aos 24 meses nenhum dos selantes demonstraram efetividade em relação ao desgaste. Os autores recomendaram a reaplicação do selante a cada 12 meses para proporcionar maior longevidade às restaurações.

Nahsan (2009) realizou um estudo in vitro para avaliar a influência da aplicação de quatro selantes de superfície na rugosidade de duas resinas compostas. Baseado nos resultados obtidos, concluiu-se que a aplicação do selante influenciou positivamente, diminuindo a rugosidade superficial das resinas compostas testadas.

Em estudo in vitro realizado por Catelan (2009), foi avaliada a influência do selante de superfície na rugosidade de resinas compostas microhíbrida e nanoparticulada. Após envelhecimento artificial das restaurações, o autor concluiu que as resinas compostas seladas apresentaram menor rugosidade que os compósitos não selados (grupo controle).

Para Nahsan (2012) a aplicação dos selantes de superfície, através da penetração nas irregularidades superficiais e na interface dente/restauração, é realizada ao final do procedimento restaurador e pode minimizar algumas limitações, prolongando a longevidade clínica das restaurações de resina composta. Em seu estudo clínico foi verificado, que em um período de 12 meses o selante de superfície mostrou estabilidade, promovendo superfícies mais lisas e regulares.

Em 2012, Lopes et al. realizaram um estudo in vitro para avaliar a efetividade de diferentes selantes quanto à rugosidade aplicados em resina de nanopartícula. Nenhum dos grupos selados mostrou melhor desempenho que o grupo controle (sem tratamento superficial). Baseado nos resultados, os autores concluíram que os selantes de penetração de superfície não melhoraram a rugosidade superficial da resina nanoparticulada.

Fragoso (2005) realizou um estudo in vitro para avaliar a influência de selantes de superfície na microinfiltração marginal em dentes restaurados com resina composta microhíbrida. Foi demonstrado que os grupos tratados com selante de superfície apresentaram menor infiltração marginal quando comparados com o grupo de restaurações sem selamento (grupo controle). O autor relatou que o selamento de superfície não tem sido utilizado de forma contínua pelos clínicos, talvez por apresentarem um custo adicional, ou por acharem que sua utilização requer mais tempo profissional, ou ainda por desconhecer os benefícios que pode trazer às restaurações.

Em 2007, Ferreira et al. avaliaram in vitro a efetividade dos selantes de superfície na prevenção da microinfiltração em restaurações de resina composta. Os resultados obtidos revelaram uma redução da microinfiltração, após acabamento e polimento, nas margens de esmalte e dentina/cemento, sendo maior nas margens de esmalte. Esta redução foi justificada pela grande penetração dos selantes nas microfendas, devido a sua baixa viscosidade e alto poder de penetração.

Lima et al. (2008) desenvolveram um estudo in vitro para avaliar a efetividade do selante de superfície no selamento marginal de restaurações em resina composta com margem em dentina após polimento. Com base nos resultados obtidos, concluíram que a aplicação do selante de superfície nestas restaurações com margem em dentina não minimizou a infiltração marginal.

Em 2011, Kina; Lopes e Monteiro Júnior realizaram um estudo in vitro para avaliar a influência do selante de superfície na microinfiltração marginal em restaurações de resina composta submetidas à acabamento e polimento imediato e 24 horas após o término da restauração. Os autores concluíram que nas duas situações a aplicação do selante de superfície resultou em um melhor selamento marginal das restaurações diretas de resina composta, reduzindo a microinfiltração marginal.

Os selantes de superfície foram investigados por Lima et al. (2011), a fim de avaliar in vitro a microinfiltração marginal de restaurações classe II de resina composta. Diante dos resultados, os autores concluíram que após o envelhecimento (6 meses), as restaurações que receberam o selante de superfície como tratamento, apresentaram melhores resultados, ou seja, o selante foi capaz de reduzir a microinfiltração marginal nas restaurações de resina composta avaliadas.

TÉCNICA DE APLICAÇÃO DO SELANTE DE SUPERFÍCIE

Segundo Souza Jr.; Carvalho; Mondelli (2000), Lima et al. (2008) e Pozzobon et al. (2011), existem disponíveis no mercado odontológico alguns selantes

de superfície, como: Fortify (Bisco), OptiGuard (Kerr), Protect-It (Jeneric Pentron), Perma Seal (Ultradent), Bioforty (Biodinâmica), Biscover (Bisco), Lasting Touch (Dentsply). Todos eles são materiais resinosos que apresentam baixa viscosidade, alto escoamento e facilidade de aplicação (Figuras 1 e 2).

Figura 1: Fortify (Bisco). Fonte: http://www.bisco.com

Figura 2: Biscover (Bisco). Fonte: http://www.bisco.com

Abaixo, segue a técnica de aplicação do selante de superfície, de acordo com Souza Jr.; Carvalho; Mondelli (2000):

- Isolamento absoluto.
- Condicionamento com ácido fosfórico em gel a 37% por 30 segundos em toda a superfície da restauração (superfícies oclusal e proximais acessíveis do dente restaurado), inclusive sobre as margens.
- Lavagem abundante e secagem com jatos de ar.
- Aplicação do selante, espalhando por toda a superfície e margem da restauração e o excesso removido com jatos de ar. Fotopolimerização de acordo com as recomendações do fabricante.
- Remoção do isolamento absoluto.
- Verificação da oclusão do paciente.

Discussão

Muito tem-se discutido a respeito de procedimentos mais simples e menos invasivos aplicados às restaurações de resina composta em dentes posteriores. Para Moncada et al. (2009), estes procedimentos, como selamento marginal, repolimento e reparo, podem aumentar significativamente a qualidade marginal e longevidade das restaurações de resina no ambiente bucal. É o que corroboram Torres; Pagani; Araújo (2000); Souza Jr.; Carvalho; Mondelli (2000); Baratieri et al. (2002); Agra (2003); Nahsan (2009), e Kina; Lopes; Monteiro Júnior (2011), quando afirmaram que os selantes de superfície atuam promovendo superfícies mais regulares e diminuindo a infiltração marginal.

Como relatado por Souza Jr.; Carvalho; Mondelli (2000); Baratieri et al. (2002); Arbex Filho; Fonseca; Dilly (2002); Conceição et al. (2007) e Pozzobon et al. (2011), a aplicação do selante de superfície é indicada como complementação dos procedimentos de acabamento e polimento de restaurações de resina composta em dentes posteriores, como também, após repolimento nas sessões de retorno para manutenção das restaurações quando existirem porosidades, desadaptações na interface e rugosidades que estejam clinicamente atuando como fatores para retenção de placa bacteriana e pigmentos.

Alguns autores como, Baratieri et al. (2002); Kina; Lopes; Monteiro Júnior (2011), consideraram que o acabamento e polimento de restaurações posteriores com resina composta são procedimentos que sempre devem ser executados numa sessão subsequente, visando possibilitar a polimerização total da resina, como também, ocorrer a expansão higroscópica, melhorando, assim, o vedamento marginal. Souza Jr.; Carvalho; Mondelli (2000) e Baratieri et al. (2002) afirmaram que quando os procedimentos de acabamento e polimento forem inevitáveis, devem ser realizados delicadamente com instrumentais novos e apropriados, sob velocidade moderada e refrigeração, e com iluminação adequada. Souza Jr.; Carvalho; Mondelli (2000); Arbex Filho; Fonseca; Dilly (2002); e Baratieri et al. (2002), acrescentaram ainda que a aplicação de instrumentos de corte sobre a resina pode levar a formação de microrrachaduras na superfície e subsuperfície da restauração e também potencializar as fendas marginais formadas durante a contração de polimerização.

Nesse contexto, Ratanapridakul; Leinfelder e Thomas (1989) citados por Torres; Pagani e Araújo (2000) concluíram em seu estudo, que o acabamento e polimento geravam microfraturas na superfície das restaurações de resina composta, e que estas fragilizavam a restauração. Para atenuar estes inconvenientes foram idealizados seladores de superfície específicos para este fim. Assim, tanto para esses autores como para Dickinson et al. (1993) citados por Souza Jr.; Carvalho e Mondelli (2000) a aplicação desses agentes

sobre a superfície da resina composta preencheria eventuais defeitos de superfície, minimizando o desgaste superficial.

Em resposta a tantas controvérsias Torres; Pagani; Araújo (2000) e Nahsan (2012) verificaram que o selante de superfície em um período de 12 meses pode promover maior longevidade às restaurações, protegendo-as do desgaste superficial e proporcionar superfícies mais lisas e regulares, sendo então, recomendado a sua reaplicação a cada 12 meses.

Como demonstrado nos estudos de Nashan (2009) e Catelan (2009) a aplicação do selante de superfície influenciou positivamente nas restaurações de resina composta, diminuindo a rugosidade superficial. Em contrapartida Lopes et al. (2012) em sua pesquisa, afirmaram que os selantes de penetração de superfície não melhoraram a rugosidade da resina testada.

Quanto à efetividade do selante de superfície no fechamento das fendas na interface dente/restauração, Fragoso (2005); Ferreira et al. (2007); Kina; Lopes; Monteiro Júnior (2011) e Lima et al. (2011) afirmaram que a aplicação do selante de superfície em restaurações de resina composta foi capaz de reduzir a microinfiltração marginal, sendo esta redução justificada pela grande penetração dos selantes nas microfendas, devido a sua baixa viscosidade e alto poder de penetração. Entretanto, Lima et al. (2008) afirmaram com base em seu estudo, que a aplicação do selante de superfície em restaurações com margem em dentina não minimizou a infiltração marginal.

Fragoso (2005) justificou que o selamento de superfície não tem sido utilizado de forma contínua pelos clínicos, talvez por apresentarem um custo adicional, ou por acharem que sua utilização requer mais tempo profissional, ou ainda por desconhecer os benefícios que pode trazer às restaurações.

Conclusões

Baseado na literatura consultada pode-se concluir que:

- A aplicação do selante de superfície traz benefícios às restaurações de resina composta em dentes posteriores, minimizando a microinfiltração marginal, rugosidade e desgaste superficiais;
- A técnica de aplicação do selante de superfície é de fácil execução, sendo relevante a sua realização após os procedimentos de acabamento e polimento, como também, nas visitas subsequentes na manutenção periódica e preventiva das restaurações, uma vez que é um procedimento capaz de prolongar a longevidade clínica das restaurações sem intervenção invasiva;
- A constante necessidade de estudos clínicos e laboratoriais é importante, tendo em vista a contínua disponibilização de novos materiais no mercado odontológico.

Referências

AGRA, C. M. Restaurações diretas de resina composta em dentes posteriores. In: LIMBERTE, M. S.; MONTENEGRO, J. R. **Estética do Sorriso:** arte e ciência. São Paulo: Santos, 2003. cap. 4, p. 37-49.

ARBEX FILHO, J.; FONSECA, A. M.; DILLY, I. V. A. A manutenção de tratamentos estéticos e restauradores. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. **Estética**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. cap. 10, p. 185-203.

BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia Restauradora:** fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos, 2002. 739 p.

BARATIERI, L. N. et al. Restaurações adesivas diretas com resina composta em dentes posteriores. In: LIMBERTE, M. S.; MONTENEGRO, J. R. **Estética do Sorriso:** arte e ciência. São Paulo: Santos, 2003. cap. 21, p. 329-346.

BISCOVER BISCO. Disponível em: <http://bisco.com/catalog/ple_bisco_catItemf.asp?iBrand_Id=7&iCat_Id=13>. Acesso em 12 novembro 2013.

BUSATO, A. L. S. et al. **Dentística:** restaurações em dentes anteriores. São Paulo: Artes Médicas. 1997. 481 p.

CATELAN, A. **Influência do selante de superfície em propriedades físicas e mecânicas de resinas compostas submetidas a envelhecimentos artificiais**. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado)_Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2009.

CONCEIÇÃO, E. N. et al. **Dentística:** saúde e estética. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. 583 p.

FERREIRA, K. B. et al. Efeito de dois selantes de superfície na microinfiltração marginal de restaurações de resina composta: estudo in vitro. **Salusvita**, Bauru, v. 26, n. 2, p. 109-123, 2007.

FORTIFY BISCO. Disponível em: <http://bisco.com/catalog/ple_bisco_catitemf.asp?iBrand_Id=128&iCat_Id=18>. Acesso em 12 novembro 2013.

FRAGOSO, L. S. M. **Influência de selantes de superfície na microinfiltração de dentes restaurados com resina composta.** 2005. 70 f. Dissertação (Mestrado)_ Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2005.

FRANCO, E. B.; LOPES, L. G. Conceitos atuais na polimerização de sistemas restauradores resinosos. **Biodonto**, Bauru, v. 1, n. 2, p. 8-61, mar./abr. 2003.

KINA, M.; LOPES, G. C.; MONTEIRO JÚNIOR, S. Influência do uso do selante de superfície na microinfiltração e no manchamento de restaurações de resina composta. **Rev. Pós Grad.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 148-153, jul./set. 2011.

LIMA, A. F. et al. Effect of surface sealants on microleakage of class II restorations after thermocycling and long-term water storage. **J Adhes Dent.**, New Malden, v. 13, n. 3, p. 249-254, jun. 2011.

LIMA, M. E. C. M. A. et al. Influência de um selante de superfície na infiltração marginal de restaurações classe v, em resina composta com margens em dentina. **UFES Rev. Odontol**., Vitória, v. 10, n. 2, p. 22-26, abr. 2008.

LOPES, M. B. et al. Effect of different surface penetrating sealants on the roughness of a nanofiller composite resin. **Braz Dent J**., Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 692-697, 2012.

MONCADA, G. et al. Sealing refurbishment and repair of class I and class II defective restorations: a three-year clinical trial. **J Am Dent Assoc**., Chicago, v. 140, n. 4, p. 425-432, Abr. 2009.

NAHSAN, F. P. S. **Avaliação da influência da aplicação de um selante de superfície no comportamento clínico de restaurações de resina composta classe I.** 2012. 112 f. Tese (Doutorado)_Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2012.

_____. **Influência da aplicação de selante de superfície na rugosidade de resinas compostas**. 2009. 109 f. Dissertação (Mestrado)_Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2009.

PACHECO, G. F.; SALGADO, I. O. Microinfiltração marginal nas paredes cervicais de restaurações diretas com resina composta em dentes posteriores. **RBO**, v. 59, n. 5, set./out. 2002.

POZZOBON, R. T. et al. Finalização de restaurações estéticas em resina composta: acabamento, polimento e revitalização. In: PEDROSA, S. F.; PEREIRA, J. C.; MASIOLI, M. A. **Pró-Odonto Estética**. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 5, p. 165-191.

SOUZA JR., M. H. S.; CARVALHO, R. M.; MONDELLI, R. F. L. **Odontologia estética, fundamentos e aplicações clínicas.** São Paulo: Santos, 2000. 156 p.

TORRES, A. C. M.; PAGANI, C.; ARAÚJO, M. A. M. Selamento de superfície em restaurações de resina composta: Avaliação clínica e de modelos de estudo. **Pós-Grad Rev Fac Odontol,** São José dos Campos, v. 3, n. 2, p. 108-120, jul./dez. 2000.

Atenção odontológica ao indivíduo com espectro autista

Dental attention to the individual with autistic spectrum

Bianca Rodrigues Abelha*
Jéssyca Xavier Moreira Verly*
Maísa Almeida Pessoa*
Marcela Cristina Oliveira Souza*
Raquel Barros Aguiar*
Ayla Norma Ferreira Matos**

*Acadêmicos do 8º Período do curso de Odontologia da FACS/UNIVALE.

**Profª. Adjunta da FACS/UNIVALE. Mestre em Odontologia/Saúde Coletiva/FOUFMG. Coordenadora de Estágio Supervisionado do curso de Odontologia da FACS/UNIVALE.

Resumo

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre a atenção odontológica ao indivíduo com espectro autista. O autismo é definido com sendo um distúrbio de desenvolvimento que afeta a capacidade da pessoa de se comunicar, de estabelecer relacionamentos e responder apropriadamente ao ambiente. Ainda não se conhece a etiologia do autismo. Os indivíduos autistas geralmente não compreendem emoções e dificilmente mantêm vínculos com outras pessoas. São extremamente apegados a objetos e espaços onde vivem, não suportando mudanças em sua rotina. Para realizar o tratamento odontológico, o cirurgião-dentista deve conhecer as peculiaridades do indivíduo autista e também, usar metodologias de interação adequadas para criação de vínculo. Durante o atendimento odontológico devem ser feitas algumas adaptações e deve ser priorizado um atendimento ritualístico. A maior parte dos atendimentos odontológicos ao autista é feito sob anestesia geral, mas é possivel realizar uma abordagem a nivel ambulatorial. A falta de conhecimento de muitos cirurgiões-dentistas e o despreparo profissional, muitas vezes inviabilizam o atendimento. Pode-se concluir que, o desafio do cirurgião-dentista para realizar o atendimento do autista, em nivel ambulatorial, é o conhecimento das caracteristicas comportamentais do indivíduo com essa condição, e a elaboração de estratégias de abordagens adequadas.

Palavras-chave: Autismo. Atenção odontológica. Atenção à saúde.

Abstract

The aim of this study was to review the literature on dental care to the individual with Autism Spectrum Disorder (ASD). Autism is defined as being a developmental disorder that affects a person's ability to communicate, to establish relationships and respond appropriately to the environment. Still do not know the etiology of autism. Autistic individuals often do not understand emotions and difficult to maintain relationships with others. They are extremely attached to objects and spaces where they live, not withstanding changes in your routine. To perform dental treatment, the dentist must know the peculiarities of the autistic individual and also use of appropriate interaction methodologies to create bonds. During the dental care should be made certain adjustments and should be prioritized a ritualistic service. Most dental

care to autistic is done under general anesthesia, but it is possible to perform an outpatient level approach. The lack of knowledge of many dentists and professional unpreparedness often unfeasible care. It can be concluded that the challenge of the dentist to perform the service autism in outpatient level, is knowledge of the behavioral characteristics of individuals with this condition, and the development of appropriate market strategies.
Keywords: Autism. Dental care. Health care.

Introdução

O autismo é reconhecido como uma desordem com vários graus de intensidade, què provoca atraso ou funcionamento anormal em algum grau, em três áreas distintas: interação social, comunicação e padrões de comportamento, que são manifestados através de interesses ou atividades estereotipadas, restritas e/ou repetitivas (SCHENK, 2012).

O autismo, também conhecido como Transtorno do Espectro Autista (TEA), é um transtorno invasivo de desenvolvimento que aparece nos três primeiros anos de vida e interfere no desenvolvimento da tríade de comportamento, linguagem e socialização. Persiste por toda a vida e que, atualmente, ainda não são conhecidas as causas desse transtorno (GOMES; PUJALS, 2015). Sendo um dos pontos-chave a dificuldade no desenvolvimento emocional, tendo como desafio a motivação, a persistência, o autocontrole e a curiosidade (SCHENK, 2012).

De acordo com Araújo (2014), não foi determinada nenhuma causa etiológica para o transtorno, embora possa estar relacionado com causas genética e neuropsiquiátrica, além de fatores psicossociais. O autismo ainda se revela um mundo bastante enigmático.

Amaral; Portillo; Mendes (2011) afirmaram que, em se tratando do atendimento odontológico, as alterações comportamentais são os complicadores, pela grande dificuldade de se realizar exames e tratamentos no individuo autista. Diante das dificuldades, passadas por ele e sua família, o atendimento precisa ser amplo e abrangente, estendendo o cuidado não só para o autista, como para toda sua família, pois será necessário construir vínculo profissional-paciente, que poderá contribuir para atendimentos mais eficazes.

A Odontologia vem modificando sua visão sobre o atendimento do autista e incluindo a prevenção e a participação dos familiares neste tratamento. Assim, eles podem ser assistidos em suas necessidades, apenas requer atendimentos mais especificos, levando em consideração as caracteristicas do transtorno (AMARAL, PORTILHO, MENDES, 2011).

O objetivo deste estudo é realizar revisão da literatura sobre a atenção odontológica ao indivíduo com espectro autista.

Revisão da literatura

O AUTISMO

Para Katz et al. (2009), a denominação autismo infantil deve-se ao fato de ser uma doença diagnosticada na infância. O indivíduo com autismo, segundo Predebon; Darold (2013), tem sua inserção no quadro de paciente com necessidade especial porque tem manifestações de déficits de aprendizagem, interação social e comunicação.

Segundo a Associação de Amigos do Autista (AMA), em 2006, o autismo é uma síndrome que compromete o desenvolvimento da criança, prejudica o relacionamento com outras pessoas, devido à rejeição que a mesma cria ao contato físico e visual. Também, está relacionado a uma esporádica comunicação, através da fala.

O autismo é uma alteração que afeta a capacidade da pessoa de se comunicar, de estabelecer relacionamentos e responder apropriadamente ao ambiente. Algumas crianças, apesar de autistas, apresentam inteligência e fala intactas, outras apresentam importantes retardos no desenvolvimento da linguagem. Alguns parecem fechados e distantes, outros presos a comportamentos restritos e rígidos padrões de comportamento. Pelos diversos modos de manifestação do autismo, também, é chamado de Espectro Autista, indicando uma gama de possibilidades dos sintomas do autismo (ACAMPORA, 2013).

Tamanaha; Perissinoto; Chiari (2008) ressaltaram que o autismo é caracterizado por nuances comportamentais que envolvem a falta de contato afetivo e a relação com o outro, além da solidão extrema. A linguagem não é utilizada como recurso para a comunicação e fisicamente a criança com autismo é considerada "normal".

Acampora (2013) afirmou que os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) são distúrbios nas interações sociais recíprocas, com padrões de comunicação estereotipados e repetitivos e estreitamento nos interesses e nas atividades. O autismo está entre os cinco transtornos caracterizados por atraso simultâneo no

desenvolvimento de funções básicas, incluindo socialização e comunicação. Geralmente se manifestam nos primeiros cinco anos de vida. E de acordo com Zink (2012), existem muitos pacientes com espectro autista, embora sem estatísticas oficiais no Brasil.

O autismo é um transtorno de desenvolvimento que se manifesta antes dos três anos de idade e afeta crianças de todas as etnias e classes sociais (AMA, 2006).

Segundo Gömez; Torres; Ares (2009); Bosa (2006), o autismo tem seu início até o final do terceiro ano de vida, sendo mais prevalente no gênero masculino do que no feminino e, na proporção de quatro homens para uma mulher. Weigelt; Koldewyn; Kanwisher (2012) afirmaram que as meninas são mais seriamente afetadas e têm uma história de maior comprometimento cognitivo.

Para Amaral et al. (2012), a origem do autismo está em anormalidades em alguma parte do cérebro, ainda não definida de forma conclusiva. Bosa (2006) relatou que na falta de um marcador biológico, o diagnóstico de autismo e a determinação de seus limites ainda se baseiam em uma decisão clínica, uma vez que o diagnóstico é avaliado basicamente por seus aspectos comportamentais.

Segundo Gomes; Pujals (2015) o autismo, a partir do último DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), versão V (2013), fundiram-se em um único diagnóstico chamado de Transtorno do Espectro Autista – TEA todos os distúrbios do autismo (Transtorno Autista, Transtorno Desintegrativo da infância, Transtorno generalizado do desenvolvimento não especificado e Síndrome de Asperger). O diagnóstico do autismo é basicamente através de exames clínicos, ou seja, a partir dos comportamentos apresentados pela criança, já que a gênese do mesmo ainda é incerta.

Klin (2006) relatou que é frequente nos pacientes autistas, algumas áreas do funcionamento cognitivo estarem preservadas, fazendo com que eles mostrem habilidades impressionantes. Não é raro, que as crianças com esse espectro, tenham muita facilidade em decifrar letras e números, às vezes muito cedo (hiperlexia), mesmo que a compreensão dos que leem esteja muito prejudicada. Talvez 10% dos pacientes com autismo exibam uma forma de habilidade "savant", que são desempenhos alto, às vezes prodigioso em uma determinada habilidade.

O autismo tem variáveis, desde o retardo mental severo, que é o autismo de baixo funcionamento, até o quociente de inteligência (QI) normal ou superdotado, que é o autismo de alto funcionamento (ZANELLI et al., 2015).

Entre as principais características comportamentais do autismo estão o não estabelecimento do contato visual, atraso na linguagem e vários comportamentos estereotipados. Eles não são capazes de compreender emoções, não entendem sutilezas, ironias, paixões, segundas intenções e tristezas. Os autistas dificilmente fazem vínculos com pessoas, mas, são muito ligados a objetos e espaços onde vivem; por esse motivo, quando há alterações em sua rotina diária, como uma simples mudança de casa, dos móveis, ou até mesmo do percurso, pode aumentar a autoagressão (KATZ et al., 2009).

De acordo com Bosa (2006), os problemas de linguagem, geralmente se apresentam sob a forma de ecolalia, que é a repetição involuntária das palavras pronunciadas por outras pessoas, inversão de pronomes, como na confusão entre "eu" e "você", e perguntas repetitivas.

Segundo a AMA (2006), os desvios na comunicação são partilhados pelos autistas, sendo a verbal repetitiva não comunicativa, a mais utilizada por eles. Apresentam desenvolvimento motor normal, mas se comportam de forma estranha e inadequada.

Para Schenk (2012) é importante ajudar o indivíduo com autismo a desenvolver a corregulação emocional, que é a dependência da troca emocional com o outro. Eles têm como desafio a motivação, a persistência, o autocontrole e a curiosidade. O diagnóstico desse transtorno é mais preciso, se for baseado na dificuldade ou falha da pessoa em função do domínio específico sócio-comunicativo e relacional. As pessoas com autismo não querem viver isoladas; assim como cada um de nós, elas precisam do convívio e do compartilhamento com outras pessoas.

A automutilação é um dos comportamentos mais presentes nos autistas. É feito para obter a atenção dos pais ou de seus cuidadores, pois quando se automutilam têm atenção e cuidado o tempo todo (AMARAL et al., 2012, SILVA et al., 2008).

Amaral et al. (2012) ainda afirmaram que cerca de 5% dos indivíduos com diferentes condições psiquiátricas apresentam comportamento automutilante; em pacientes autistas, o número se eleva para 70%. Quando a automutilação ocorre na boca, aparece como injúrias na gengiva, úlceras na língua e lábios, pois alguns mordem a lingua e os lábios e há até casos de autoextração de dentes. Para algumas famílias de autistas, a automutilação é relatada como uma das maiores dificuldades para ser controlada.

UNIVALE-FTC
BIBLIOTECA

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA AO INDIVÍDUO AUTISTA

O nascimento de uma criança com necessidades especiais traz um forte impacto na família, causando mudanças drásticas na vida de muitas delas. Com isso, a saúde bucal geralmente é deixada em segundo plano, em função das preocupações com a doença, levando assim a um quadro desfavorável. Os aspectos bucais do autismo não diferem muito dos apresentados por pacientes considerados normais, apenas têm uma péssima higiene bucal (KATZ et al., 2009).

Os indivíduos autistas apresentam alta prevalência de cárie e doença periodontal, provavelmente pela dieta cariogênica e dificuldades na higiene bucal, comuns em pacientes especiais (BOSA, 2006).

Os altos índices de placa encontrados nos indivíduos autistas são explicados pelas dificuldades na realização de higiene bucal, por apresentarem alterações de coordenação e pouca cooperação para realização das tarefas. Embora os índices de doenças periodontais não sejam alarmantes nos autistas, não há dúvida de que a prevenção de doenças bucais e os esforços para que instruções de higiene bucal sejam assimiladas pelos pacientes e/ou cuidadores, são fundamentais (AMARAL; PORTILHO; MENDES, 2011).

Zink (2012) registrou que 53,8% dos pacientes autistas ainda recebem o tratamento odontológico com anestesia geral, no Brasil. Que é um procedimento seguro, mas deve ser usado apenas como último recurso disponível.

Os pacientes que dispões de condição financeira para arcar com tratamento dentário, inclusive, não conseguem encontrar profissionais dispostos a atendê-los. Na hipótese do atendimento odontológico ser indispensável, ainda que seja uma simples limpeza, grande parte dos pacientes são internados em hospitais para receberem anestesia geral (ZINK, 2015).

Outra tipo de tratamento no consultório é a abordagem por sedação, com o uso de agentes farmacológicos. As drogas frequentemente usadas são óxido nitroso, diazepam, hidrato de cloral, hidroxizina e prometazina. Não se pode prever com precisão se os resultados serão satisfatórios com uso de medicamentos. Sendo assim, é importante obter detalhes sobre a reação de cada paciente a sedações prévias durante a história médica, pois uma administração mais longa e concentrações mais altas de óxido nitroso que o usual são necessárias para alcançar o nível desejado de sedação em pacientes com autismo (SILVA et al., 2008).

Amaral et al. (2012) afirmaram que procedimentos de sedação não são confiáveis com os cirurgiões-dentistas sozinhos em consultórios. Devem ser profissionais com capacitação e treinamento, por cursos regulamentados ou de um anestesiologista, devido às dificuldades de relacionamento e comportamento dos pacientes autistas, fatores que podem causar complicações e dificuldades para o atendimento dos mesmos.

Existem muitos pacientes com espectro autista, embora sem estatísticas oficiais no Brasil, e que os pais estão atentos aos estudos e métodos de atendimento, mostrando que o cirurgião-dentista deve se atualizar e oferecer um tratamento mais humanizado para tal público. Assim, o condicionamento lúdico para o tratamento odontológico é muito gratificante para o profissional, para os familiares e para os pacientes que o recebem. É um método que motiva o profissional a conquistar a confiança do paciente e de seus familiares em seu trabalho. Por outro lado, tanto a família quanto o paciente, aprendem muito nessa intervenção e esse aprendizado vai além de uma restauração bem sucedida ou um tratamento endodôntico (canal) tecnicamente bem feito.

O sucesso do atendimento odontológico a nível ambulatorial, de pacientes autistas, está diretamente relacionado ao conhecimento das características comportamentais da doença e à elaboração de estratégias de abordagem adequadas (KATZ et al, 2009).

Quanto mais cedo o paciente for encaminhado ao cirurgião-dentista, vai permitir um treinamento que consiste em técnicas de manejo comportamental e a manutenção de uma rotina de atendimento para que se acostume ao ambiente e permita a realização do tratamento odontológico ambulatorial, evitando o emprego de anestesia geral (SILVA et al., 2008, KATZ et al., 2009)

Haddad (2007), citado por Amaral et al. (2012), relatou que a abordagem comportamental para o atendimento odontológico ambulatorial de pacientes com autismo, realizado no consultório odontológico, deve seguir técnicas não farmacológicas, sendo melhor usar abordagens psicológicas efetivas de controle do comportamento, com uma programação estruturada e apoio familiar, implementando ações semelhantes em casa.

Para um atendimento menos estressante, o uso das abordagens psicológicas são as mesmas utilizadas em odontopediatria, tais como, dizer-mostrar-fazer, controle de voz, dessensibilização, modelação, e reforço positivo ou recompensa, são indicadas. A lingua-

gem corporal do profissional para o paciente também se faz necessária, pois através dela é possível transmitir sua satisfação pelo bom comportamento, ou não. O uso dessas técnicas em indivíduos autistas são mais difíceis, mas ainda assim são necessárias, facilitando um pouco mais esse grande desafio que são as consultas odontológicas (JOSGRILBERG; CORDEIRO, 2005).

Ao realizar o atendimento odontológico do paciente autista, deve-se realizar uma anamnese minuciosa, conhecendo as peculiaridades das ações e comunicação dos autistas. O tratamento odontológico deve também ser curto e organizado. Como esses pacientes têm fascinação por movimentos giratórios, gostam de ficar olhando para cuspideira e ventiladores (CAMPOS et al., 2009).

De acordo com Zink (2011) o paciente tem que ter segurança no profissional, confiar em suas palavras e gestos, e o profissional não deve nunca quebrar esse vínculo, respeito e confiança, eles são importantissimos. Podem ser usadas figuras para apresentação dos instrumentos do consultório e depois mostrar o objeto propriamente dito. O profissional nunca deve se esquecer de recompensar o paciente pelo que ele faz. Indicou ainda, que tenha reações grandes e empolgadas para qualquer sinal de interesse ou disposição da criança nessa área é interessantíssimo.

Durante o preparo para o tratamento odontológico, dê preferência aos fantoches, marionetes e outros brinquedos que facilitem o vinculo com a criança. Os fantoches são incomparáveis amigos, porque eles serão primordiais para animá-los. Em tal momento é interessante que se inicie a brincadeira usando o fantoche e a escova de dente, e já introduzindo o tema principal à comunicação (ZINK, 2010).

Para Katz et al. (2009), o autismo apresenta diversos aspectos que dificultam muito a abordagem odontológica. Assim, o tratamento odontológico do paciente autista deve ser de forma rápida e organizada. A interação com o paciente deve ser feita através de comandos claros e objetivos, com reforços positivos ou negativos. Deve ser realizado um agendamento sempre no mesmo dia e horário, além disso, deve ser feito sempre com o mesmo profissional.

Segundo Oriqui; Fett (2006), o comportamento ritualístico presente nos indivíduos autistas provoca medo do novo, medo do que não está presente em sua rotina diária, associado ainda à dificuldade de comunicação entre o profissional e o paciente, tornado-se um agravante para a realização do tratamento odontológico, que normalmente não faz parte da vida e dos costumes da maioria dos indivíduos autistas.

Segundo Araújo (2014) os autistas devem ter o acompanhamento periódico do CD perante suas limitações, principalmente motoras. Frente a essas dificuldades enfrentadas pelo autista, o profissional deve procurar formas lúdicas e interativas para ganhar a confiança e atrair a atenção desses pacientes, buscando alternativas que possam compensar os sons, odores, luzes e cores, típicos de um consultório odontológico, que podem vir a causar episódios de irritação do paciente com esse transtorno.

As formas de abordagens psicológicas no atendimento ao paciente autista são as mesmas usadas em Odontopediatria, tais como o dizer-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz, reforço positivo ou recompensa e modelação. Entretanto, esses métodos são mais difíceis de serem aplicados, mas devem ser encorajados. Também é possível usar a linguagem corporal, de modo que o profissional, por meio de suas expressões faciais, consiga transmitir para a criança sua satisfação pelo bom comportamento, ou não (JOSGRILBERG; CORDEIRO, 2005).

Outro método usado no atendimento do paciente autista é uma adaptação do programa Son-Rise usando uma abordagem relacional, na qual a relação entre as pessoas é valorizada. Para conseguir realizar o tratamento odontológico do paciente autista, em nivel ambulatórial, terá de estudar a técnica proposta, compreender o que é necessário e ao mesmo tempo as limitações dos indivíduos, acreditar que é possível, ter maleabilidade, tentar diversas vezes cada trabalho e ter muito carinho no que se faz (ZINK, 2011, ZANELLLI et al., 2015).

Uma adaptação do programa Son-Rise foi criado por Zink e, teve por objetivo conferir maior ludicidade ao atendimento, tornando esse momento mais prazeroso e inovador. Devido à complexidade do atendimento, indica procurar profissionais especializados (ZINK, 2010).

No programa Son-Rise, toda a aprendizagem ocorre em um contexto de uma interação divertida, amorosa e dinâmica. O destaque está na diversão e as atividades as quais são adaptadas para serem motivadoras e propícias à fase de desenvolvimento própria do indivíduo, qualquer que seja sua idade. O programa sugere o uso de brinquedos e materiais motivadores que ofereçam como instrumento de facilitação para a interação e subsequente cooperação (ZANELLI et al., 2015).

O Programa Son Rise é como "ir até o mundo da pessoa com autismo", e é isso que contribui para o sucesso no tratamento odontológico. Pode minimi-

zar o estresse e tornar os profissionais aptos a realizar o atendimento em nivel ambulatorial. É lúdico e tem como principal alvo a brincadeira. As ações são adaptadas para se tornarem incentivadoras e direcionadas ao paciente, mesmo que ele seja adulto (ZINK, 2011).

Segundo Tolezani (2012), um dos métodos mais utilizados é o Programa Son-Rise. É um método que oferece uma abordagem diferente, educativa, prática e ampla para estimular as crianças, adolescentes e adultos com autismo a participarem ativamente em interações divertidas, espontâneas e dinâmicas com os pais, outros adultos e crianças. É centrado na pessoa com autismo, com isso o tratamento parte de uma profunda compreensão e genuína apreciação da pessoa, de como ela se comporta, interage e se comunica, assim como de seus interesses.

Alguns métodos, segundo Gordon et al. (2011), foram criados para atender crianças e adultos autistas, respeitando suas limitações. Callahan et al. (2010) citaram o método TEACCH (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios correlacionados à Comunicação). Fundamenta-se na organização do espaço físico, através de rotinas organizadas em quadros, painéis e agendas. Utilizando estímulos visuais (fotos, figuras, cartões), corporais (apontar, gestos, movimentos corporais) e sonoros, cinestésicos e visuais (som, palavra, movimentos associados às fotos). Os pontos de apoio do TEACCH são uma estrutura física bem delimitada, onde cada espaço tem uma função; atividades com sequência e que as crianças possam saber o que exige delas e uso direto de apoio visual, como cartões e murais.

Outro método, segundo Gordon et al. (2011), é o método PECS (Sistema de Comunicação por Figuras). Ele busca auxiliar o autista a notar que ele poderá obter as coisas de que precisa mais rapidamente e, sua base é por meio de comunicação por figuras. Ajuda no desenvolvimento da comunicação entre o profissional e o paciente, pode-se implementar um "caminho" de comunicação entre o autista e o meio ao seu redor. Algumas crianças autistas desenvolvem a chamada linguagem tradicional; no entanto, outras pode ser que nunca falem, mas poderão utilizar uma ferramenta precisa para se relacionarem "falar" com o mundo, expressando seus anseios e vontades. O PECS recomenda que o autista troque uma figura ou foto por alguma coisa que almeja.

Callahan et al. (2010) apresentaram, também, o método ABA (Análise Aplicada ao Comportamento). Procura formar habilidades que o paciente autista não dispõe, sendo apresentada por etapas. É dada muita importância à recompensa ou reforço de comportamentos desejados e adequados, desconsiderando, ignorando e desencorajando comportamentos indevidos, redirecionando o paciente a assumir outra postura.

Para Katz et al. (2009), o que diferencia o atendimento destes pacientes é o controle do comportamento durante as consultas, o que é extremamente difícil, considerando as suas principais limitações, como a ausência de estabelecimento de contato visual, a dificuldade de comunicação verbal ou não verbal e o comportamento atípico.

Ainda não existem medicamentos psiquiátricos específicos para comportamento autista. O tratamento tem como base o controle da sintomatologia e comportamentos que são frequentemente encontrados nos autistas: agressão, automutilação, ansiedade, depressão, irritabilidade, transtornos obsessivo-compulsivos, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e convulsões (JAMES, 2011, apud AMARAL et al., 2012).

De acordo com Predebon e Darold (2013), a intervenção farmacológica, com antipsicóticos de segunda geração, mostrou-se útil para o controle de distúrbios comportamentais. Visto que os antipsicóticos ou neurolépticos são medicamentos inibidores das funções psicomotoras, as quais podem encontrar-se aumentada em estados de excitação e de agitação, por exemplo.

Segundo Nagendra, Jayachandra (2012), mesmo que o tratamento para distúrbios do espectro autista seja embasado principalmente em terapias comportamentais, os medicamentos como antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e drogas estimulantes do sistema nervoso central, são constantemente prescritos para tratar algumas das sintomatologias do autismo. Muitos destes medicamentos têm efeitos colaterais sistêmicos e devem ser relatados durante a consulta odontológica. Medicamentos antipisicóticos podem causar distúrbios motores que afetam a dicção e a deglutição, além da diminuição da salivação, ou xerostomia. O uso contínuo de medicamentos anticonvulsivantes pode causar um aumento de hemorragias devido a qualquer leucopenia, além de anemia e hiperplasias gengivais.

Os medicamentos antidepressivos, normalmente prescritos aos pacientes autistas, são a Fluoxetina e Sertralina, que podem resultar na diminuição do fluxo salivar. Os anticonvulsivantes fenitoína, carbamazepina e ácido valpróico causam hiperplasias gengivais, ulcerações na boca, xerostomia, sangramento gengival, plaquetopenia, neutropenia e cicatrização demorada (HADDAD, 2007, apud AMARAL et al., 2012).

Para Amaral et al. (2012), os medicamentos comumente utilizados pelos pacientes autistas possuem diversos efeitos colaterais e, muitos deles com manifestações bucais. Por isso é imperativo que o cirurgião-dentista domine o conhecimento dessas implicações principalmente em tratamentos invasivos como procedimentos cirúrgicos.

Para Zink (2012), o cirurgião-dentista treinado para atender pacientes autistas faz a mesma Odontologia para todos. O que muda é a abordagem e o conhecimento das alterações comportamentais que o paciente possa ter durante as sessões, ou seja, o profissional também precisa saber como reagir, caso o paciente apresente alguma alteração comportamental.

A falta de conhecimento de muitos cirurgiões-dentistas sobre o autismo, e o despreparo profissional para lidar com essa síndrome, assim como as apreensões familiares, também devem ser levadas em conta, pois muitas vezes contribuem para inviabilizar um atendimento prático e eficaz. É necessário paciência ao cirurgião-dentista para lidar com pacientes autistas. Deve buscar conhecer suas limitações e, assim a cada novo encontro poderá ser mais produtivo que o encontro anterior, permitindo que se crie um vínculo de confiança e seja possível dar continuidade ao tratamento (AMARAL; PORTILLO; MENDES, 2011).

A atuação do CD vai além de estruturas como cabeça, pescoço e boca. Ele deve atuar no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças, que é de máxima importância ao autista e sua família. Porque assim, pode conseguir melhorar a condição de higiene bucal do autista, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (AMARAL; PORTILLO; MENDES, 2011).

Discussão

Sobre o período em que o autismo pode ocorrer, Ama (2006) e Bosa (2006), o autismo é um transtorno que se manifesta antes dos três anos de vida da criança. No entanto, Acampora (2013) diverge deste pensamento, e afirmou que geralmente pode se manifestar até os primeiros cinco anos de vida.

O autismo, segundo AMA (2006), afeta crianças de todas as etnias e classes sociais. Alguns autores, tais como Gómez; Torres; Ares (2009) e Bosa (2006), afirmaram que acomete mais o genêro masculino do que o feminino e na proporção de quatro para um. No entanto, Weigelt, Koldewyn, Kanwisher (2012) acrescentaram que as meninas são mais seriamente afetadas.

Em relação à etiologia do Autismo, para Amaral et al. (2012) está relacionada com anormalidades em alguma parte do cérebro, ainda não definida. Já Araújo (2014), Gomes e Pujals (2015) destacaram que atualmente ainda não são conhecidas as causas desse transtorno. Embora Araújo (2014) reconheça que existem indicações que apontam as causas genética, neuropsiquiátrica e fatores psicossociais. Na verdade, o autismo ainda se revela um mundo bastante enigmático.

Entre as principais características do autismo, vários autores Gómez; Torres; Ares (2009), Schenk, (2012), Predebon, Darold (2013), reconheceram como sendo uma desordem que apresenta atraso ou funcionamento anormal em algum grau, na interação social, comunicação e aprendizagem. A AMA (2006) acrescentou que eles apresentam desenvolvimento motor normal, mas se comportam de forma estranha e inadequada. Silva et al. (2008) destacaram o comportamento da automutilação que os mesmos apresentam. Porém, para Schenk (2012) um dos pontos-chave da dificuldade do autista é o desenvolvimento emocional.

Em relação à saúde bucal, Bosa (2006) afirmou que o paciente autista apresenta condição comum às encontradas no paciente especial, alta prevalência de cárie e doença periodontal. Em relação à doença periodontal, Katz et al. (2009) indicaram que apresentam péssima higiene bucal. E a justificativa para isso, segundo autores como Amaral, Portilho, Mendes (2011) deve-se à higiene bucal ruim, as alterações de coordenação e pouca cooperação para realização da mesma. Por isso, são encontrados altos índices de placa.

Sobre o tratamento odontológico, de acordo com Zink, (2012) 53,8% dos pacientes autistas ainda recebem o tratamento odontológico com anestesia geral, no Brasil. O que é corroborado por Zink (2015), quando destacou que mesmo para realizar uma simples limpeza, a maioria dos pacientes é internada num hospital para receber anestesia geral. Entretanto, Zink (2012) alertou que este procedimento deve ser usado como último recurso disponível.

Segundo Silva et al. (2008), outro tipo de tratamento no consultório é a abordagem por sedação, com o uso de agentes farmacológicos, mas que não se pode prever com precisão se os resultados serão satisfatórios com uso de medicamentos. Inclusive, Amaral et al. (2012) afirmaram que procedimentos de sedação não devem ser realizados por cirurgiões-dentistas sozinhos em consultórios e, sim por profissionais capacitados por cursos regulamentados. Pois as dificuldades de relacionamento e comportamento dos pacientes autistas, podem causar complicações e dificuldades no atendimento.

Neste contexto, vários autores Haddad (2007) citado por Amaral et al. (2012), Silva et al. (2008), Katz et al. (2009), Amaral; Portillo; Mendes (2011), Zink (2012), Predebon; Darold (2013), de forma comum ressaltaram que é necessário introduzir o autista à atenção odontológica o mais precoce possivel, visando familiarizá-lo com a rotina, com o ambiente, para que a realização do tratamento odontológico ambulatorial, evitando o emprego de anestesia geral.

Na perspectiva de realizar o atendimento do autista, no consultório odontológico, Amaral et al. (2012) enfatizaram que o cirurgião-dentista deverá dispor tanto de métodos psicológicos mais convencionais, já usados pela Odontopediatria, conforme citado por Josgrilberg; Cordeiro (2005), como também, deve aprender estratégias de interação, buscando criar maior vínculo do profissional com o paciente, por meio dos métodos TEACCH e o ABA indicados por Callahan et al. (2010), o PECS citado por Gordon et al., (2011) e o Programa Son-Rise, apresentado por autores tais como Tolezani (2012), Zink (2011) e Zanelli et al. (2014).

No entanto, Zink criou uma adaptação do programa Son-Rise visando conferir maior ludicidade ao atendimento, tornando esse momento mais prazeroso e inovador (ZINK, 2012). Mas alertou que, devido à complexidade do atendimento, indica procurar profissionais especializados (ZINK, 2010).

Entre os métodos mais utilizados, para Tolezani (2012), está o Programa Son-Rise, que é centrado na pessoa com autismo e oferece uma abordagem diferente, mais lúdica. O que é corroborado por autores como Zink (2011) e Zanelli et al. (2014), pois concordam que seu caráter lúdico contribui para que o autista conheça, entenda e aceite o tratamento odontológico. Inclusive, Zink (2011) salientou que, para o cirurgião-dentista conseguir realizar o tratamento odontológico do paciente autista, em nivel ambulatórial, terá de estudar a técnica proposta por este programa.

Para que o atendimento odontológico ocorra em nivel ambulatorial, o conhecimento de métodos de abordagens psicoterápicos pelo cirurgião-dentista são importantes e necessários, pois segundo James apud Amaral et al. (2012) não existem drogas ou medicamentos que diminuam todos os sintomas causados pelo autismo. Entretanto, Predebon e Darold (2013) discordaram deste pensamento, pois alegaram que a intervenção farmacológica com antipsicóticos de segunda geração, se mostrou útil para o controle de distúrbios comportamentais.

Dessa forma, para realizar atendimento odontológico ao indivíduo autista, a nível ambulatorial, é necessário que o cirurgião-dentista tenha preparo, ou seja, ele precisa ter conhecimento das características comportamentais da doença e saber elaborar estratégias de abordagem adequadas (Katz et al., 2009). Pois, segundo Amaral; Portillo; Mendes (2011) a falta de conhecimento e o despreparo do profissional e as apreensões dos familiares, muitas vezes inviabilizam um atendimento prático e eficaz. O que, para Predebon e Darold (2013) faz com que poucos profissionais da área odontológica estejam capacitados para atender pacientes com autismo.

Além da utilização de métodos psicoterápicos, algumas outras medidas devem ser tomadas para realizar o atendimento do autista no consultório. Nagendra e Jayachandra (2012), Amaral et al. (2012) e Campos et al. (2013) indicaram ser importante conhecer a medicação que os mesmos utilizam, uma vez que alguns deles apresentam efeitos colaterais e com manifestações bucais. Há necessidade de se pedir exames complementares, ao realizar certos procedimentos, pois o uso crônico de alguns medicamentos pode influenciar no tratamento odontológico e também, que o tratamento seja curto e organizado e anamnese minuciosa, respectivamente.

Para Oriqui; Fett (2006) como a realização do tratamento odontológico, normalmente, não faz parte da vida e dos costumes da maioria dos indivíduos autistas, alguns cuidados são importantes para se conseguir realizar o atendimento do autista no consultório. Para Zink (2011), o profissional precisa motivar o individuo autista quando cooperar, recompensá-lo pelo que ele fez e, nunca quebrar o vínculo, respeito e confiança, pois são importantissimos. Oriqui; Fett (2006) lembraram de que o atendimento deve ter uma rotina. Já Araújo (2014) destacou que o cirugião-dentista deve buscar alternativas que possam compensar os sons, odores, luzes e cores, típicos de um consultório odontológico, que podem vir a causar episódios de irritação do paciente com esse transtorno.

Conclusões

Frente à literatura revisada, pode-se concluir que:

- Não existe uma causa etiológica para o transtorno autista. O autismo se manifesta na infância e afeta três importantes áreas do desenvolvimento humano: a comunicação, socialização e o comportamento.
- O cirurgião-dentista deve utilizar métodos indicados pela Odontopediatria e também métodos de interação, como o Programa Son-Rise, no atendimento ambulatorial do individuo autista;

• O desafio do cirurgião-dentista para realizar o atendimento do autista, a nivel ambulatorial, é o conhecimento das caracteristicas comportamentais do indivíduo com essa condição, e a elaboração de estratégias de abordagens adequadas.

Referências

ACAMPORA, B. Principais Síndromes, Transtornos e Distúrbios que afetam a aprendizagem. **Rev. Síndromes**, a. 3, n. 1, jan./fev. 2013.

AMARAL L. D., PORTILLO, J. A. C., MENDES S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Coletiva. **Revista Templus Acta de Saúde Coletiva,** v. 5, n. 3, p. 105-114, 2011.

AMARAL, C. O. F. et al. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. **Archives of Oral Research**. v. 8, n. 2, p. 143-51, maio/ ago., 2012.

ARAÚJO, K. S. B. Análise da Percepção dos Estudantes do Curso de Odontologia da UFRN sobre o Transtorno do Espectro do Autismo. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia, Curso de Odontologia. Natal, 2014.

ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DOS AUTISTAS. AMA. O autismo. 2006. São Paulo: AMA, 2006. Disponível em: <http://www.ama.org.br/html/info_auti.php>. Acesso em: 01 out. 2013.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, Porto Alegre, p. 47-53, 2006.

CALLAHAN, K. et al. ABA versus TEACCH: the case for defining and validating comprehensive treatment models in autismo. **J Autism Dev Disord.** v. 40, n. 1, p. 74-88, 2010.

CAMPOS, C.C. et al. Manual Prático para o Atendimento Odontológico dos Pacientes com Necessidades Especiais. **Manual online**, 2009. Disponível em: <http://www.odonto.ufg.br/uploads/133/original_Manual_corrigido-.pdf.>. Acesso em: 04 nov. 2015.

CARVALHO, M. de L. et al. Deficiente? Quem? Cirurgiões dentistas ou pacientes com necessidades especiais? **Em Extensão**, Uberlândia, v. 4, n. 1, p. 65-71, set. 2004.

GOMES, B. T; PUJALS, C. O autismo e os diferentes enfoques em relação ao tratamento. **Revista UNINGÁ Review**. v. 24, n. 1, p. 114-123 . out./dez. 2015.

GÓMEZ, L. S. TORRES, R. M. R., ARES, E. M. T. Revisiones sobre el autismo. **Revista Latino americana de Psicologia**, v. 41, n. 3, p. 555-570, jan. 2009.

GORDON, K. et al. A Communication-based intervention for nonverbal children with autismo: What changes? Who benefits? **J Consult Clin Psychol.**, v. 79, n. 4, pag.447-457, ago. 2011.

JOSGRILBERG, E. B.; CORDEIRO, R. C. L., Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência. **Odontol Clín Client.**, Recife, v. 4, n. 1, p: 13-17, jan./abril, 2005.

KATZ, C. R. T. et al. Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico. **Odontologia Clín. Cientif.**, Recife, v.8 n.2, p. 115-121, abril/jun. 2009.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, suppl.1, p.3-11, 2006.

NAGENDRA J, JAYACHANDRA S. autism spectrum disorders: dental treatment consideration. **J Int Dent Med Res.**, v. 5, n. 1, p. 118-121, 2012.

ORIQUI, M. S. Y.; FETT, C. A., Avaliação Clínica das Condições de Saúde Bucal de Pacientes Autistas. **Dissertação de Mestrado**, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2006.

PREDEBON, A.; DAROLD, F. F., Método educacional para autistas: reforco alternativo para o tratamento odontologico utilizando sistema de comunicação por figuras. **IV Jornada Acadêmica de Odontologia**, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

SILVA R. A. B et al., Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico, **Archives of Oral Research**, v. 8, n. 2, p. 143-51, mai./ago., 2012.

SCHENK, M. Capacidade de co-regulação emocional e autismo. **Revista Autismo**, São Paulo, n. 2, p. 8, jan./dez. 2012.

SILVA, R. A. B. et al., Autismo: aspectos de interesse ao tratamento odontológico. **Odontologia Clín. Científ.**, Recife, v. 7, n.3, p. 191-196, jul./set. 2008.

TAMANAHA, A.C,; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M., Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Aspererger. **Revista Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 13, n. 3, 2008.

TOLEZANI, M. Son-Rise uma abordagem inovadora. **Revista Autismo:** informação gerando ação, São Paulo, v. 1, n.0, p. 8-10, set. 2010.

WEIGELT, S.; KOLDEWYN, K.; KANWISHER, N. Face identity recognition in autism spectrum disorders: A review of behavioral studies. **Neurosci and Biobehav Rev.**, v. 36, p. 1060–1084, 2012.

ZANELLI, M. E. et al., Nitrous Oxide for dental treatment in patients with infantile autismo: a literature review. **RSBO.**, v. 12, n. 2, p. 202-208, abr./jun., 2015.

ZINK, A. G. Odontologia: atendimento a autistas é possível com Son-Rise. **Revista autismo:** informação gerando ação, São Paulo, v.1, p. 1, setembro de 2010.

ZINK, A. G. Odontologia: Com ou sem anestesia Geral?. **Revista Autismo**, São Paulo, n. 2, p. 11, jan./dez., 2012.

ZINK, A. G. Autismo e odontologia: Novo método de atendimento de paciente autista. **Blog Inclusão e cidadania**. 2011. Disponível em: <http//www.deficientecienteciente.com.br/2011/08>. Acesso em 10 jun. 2015.

ZINK, A. G. A Dentista que desafia o Autismo. Blog Inclusão e cidadania. **2015. Disponível em: http:// autismoerealidade.org/noticias/a-dentista-que-desafia-o-autismo/. Acesso em: 16 nov. 2015.**

Hepatites virais B, C e D: riscos e prevenção

Viral hepatitis B, C and D: risk and prevention

Betânia Gomes de Carvalho*
Lívia Silveira Duarte*
Lua Vitória Iasmin Martins Lage Carlos*
Monique Corrêa Bomfim Schmidt*
Thaís Campos Cunha*
Maria Clotilde Magalhães Menezes Pimentel**

*Acadêmicos do 8º Período do Curso de Odontologia da FACS/ UNIVALE

** Mestre em Odontopediatria/ São Leopoldo Mandic. Professora das disciplinas de Odontopediatria I e II do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE

Resumo

As hepatites virais são consideradas um grave problema de saúde global, e se dividem em A, B, C, D e E, sendo A e E transmitidas por via oral-fecal, e B, C e D por via parenteral, sexual e vertical. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre as hepatites virais B, C e D, com ênfase em suas formas de transmissão e prevenção, além do risco ocupacional que tais doenças conferem aos cirurgiões-dentistas. Os vírus das hepatites possuem preferência pelo tecido hepático e na maioria dos casos é uma doença silenciosa, que quando não tratadas podem evoluir para cirrose, câncer de fígado e insuficiência hepática fulminante. Na área odontológica acidentes com exposições a material biológico são frequentes, e podem ocorrer através de lesões percutâneas como perfuração ou corte em pele íntegra, contato de fluídos corporais possivelmente infectados com mucosas ou pele não íntegra. Como as hepatites B, C e D podem ser transmitidas principalmente por via parenteral, constituem um grande risco de transmissão durante o atendimento odontológico. Para a prevenção das mesmas existe vacina contra a hepatite B, que também protege contra a hepatite D. Para a hepatite C não existe vacina, assim o método mais eficiente de prevenção é o controle das cadeias de transmissão. Concluiu-se que o uso de equipamento de proteção individual durante o atendimento odontológico é um meio eficaz de prevenção contra as hepatites B, C e D.

Palavras-chave: Hepatites virais. Risco ocupacional. Doenças hepáticas.

Abstract

Viral hepatitis are considered a serious global health problem, and are divided into A, B, C, D and E, being A and E trabsmitted by fecal-oral route, and B, C and D by parenteral route,(sexual and vertical). The aim of this work was to review the literature on viral hapatitis B, C and D, with emphasis on their transmission and their prevention, besides the occupational risk that such diseases give the dentists. Hepatitis virus have a preference for liver tissue and in most cases is a silent disease, which if left untreated can progress to cirrhosis, liver cancer and fulminant hepatic failure. In dental area accidents with exposure to biological materials are common, and can occur through percutaneous injuries as drilling or cutting in intact skin contact with infected bodily fluids possibly broken skin or mucous membranes. Such as hepatitis B, C and D can be transmitted mainly by parenteral route, constitute a great risk of transmission during dental care.

For preventing the same, vaccine against hepatitis B, that also can protect against hepatitis D exists. For hepatitis C vaccine does not exist, so the most efficient method of prevention is the control of transmission chains. It is concluded that the use of individual protective equipment during the dental care is an effective way of prevention against hepatitis B, C and D.
Key-words: Viral hepatitis. Occupational risk. Liver Diseases.

Introdução

Hepatite é o termo utilizado para designar os processos inflamatórios do fígado. O fígado é considerado a maior glândula do corpo humano, sendo responsável pela integração de vários mecanismos energéticos do organismo, pelo armazenamento e metabolização de vitaminas, desintoxicação e controle do equilíbrio hidrossalínico. As hepatites virais são causadas por vírus hepatotrópicos, ou seja, vírus que possuem preferência pelo tecido hepático, e podem resultar em necrose dos hepatócitos (TRABULSI; ALTERTHUM, 2008; AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

Existem cinco tipos de vírus hepatotrópicos, responsáveis pelas hepatites A, B, C, D e E, que são: vírus HAV da hepatite A; HBV da hepatite B; HCV da hepatite C; HDV da hepatite D e o HEV da hepatite E (BRASIL, 2010a).

As hepatites virais se tornaram um grave problema global de saúde pública, pois nenhum país, rico ou pobre, é poupado. Estimativas apontam que bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus, e milhões são portadores crônicos da doença, sendo que a transmissão do HAV e HEV ocorre por meio oral-fecal, e das demais principalmente por via parenteral, via que não passa pelo sistema gastrointestinal antes de chegar ao sangue, sexual e mais raramente vertical, ou seja, transmissão de mãe para feto no útero ou para o recém-nascido durante o parto (BRASIL, 2010a; OMS, 2013).

Como na maioria dos casos as hepatites virais se apresentam de forma silenciosa, os indivíduos não possuem conhecimento que estão infectados, e quando não tratadas, as hepatites B, C e D podem resultar em cirrose, câncer de fígado ou insuficiência hepática fulminante (OMS, 2013).

Na área odontológica é frequente acidentes com exposição a material biológico diante do uso de instrumentais perfurocortantes e a constante manipulação de sangue e saliva. Como o HBV, HCV e HDV são transmitidos principalmente por via parenteral constituem um elevado risco de transmissão durante o atendimento odontológico (BRASIL, 2010a; RAMOS et al., 1997 apud ALBUQUERQUE et al., 2012).

Ante o exposto, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as hepatites virais B, C e D, com ênfase em suas formas de transmissão e prevenção, além do risco ocupacional que tais doenças conferem aos cirurgiões-dentistas.

Revisão de literatura

ASPECTOS GERAIS DAS HEPATITES VIRAIS B, C e D

As hepatites virais se manifestam na forma aguda, sendo essa autolimitada, ou seja, o organismo consegue combater a infecção, persistindo por no máximo seis meses. Quando o infectado apresenta resposta imune ineficiente, as hepatites B, C e D vão evoluir para a forma crônica, podendo resultar em cirrose, câncer de fígado e insuficiência hepática fulminante (MARINHO et al., 2012; NICOLICH, 2013).

Hepatite B

A hepatite B é causada pelo vírus HBV, um vírus DNA pertencente à família Hepadnaviridae. Seu período de incubação varia de trinta a cento e oitenta dias e o período de transmissibilidade varia entre duas a três semanas antes dos primeiros sintomas, sendo que o portador crônico pode transmiti-lo por vários anos (COURA, 2008; BRASIL, 2010b).

Segundo Aguiar e Ribeiro (2009), a transmissão do vírus HBV pode ser através da pele lesionada, mucosa, por via parenteral, relações sexuais sem o uso de preservativos, uso compartilhado de seringas e agulhas, transfusões sanguíneas ou hemoderivados contaminados. Marinho et al. (2012) afirmaram que aparelhos de barbear, escova de dente, toalhas com sangue ou secreções também são fontes de transmissão do vírus, isso porque o HVB permanece ativo por um longo período fora do corpo humano. Também pode ocorrer por transmissão vertical.

Os indivíduos infectados pelo vírus HBV podem desenvolver a forma aguda, crônica ou fulminante da hepatite B. Na fase aguda os mesmos podem apresentar mal-estar, cefaléia, febre, anorexia, fadiga, náusea, vômito, icterícia. Cerca de 90% das pessoas que contraem o HBV desenvolvem anticorpos contra o mesmo e se recuperam fisiologicamente em seis meses, e os outros 10% desenvolvem a forma crôni-

ca (COURA, 2008; TRABULSI; ALTERTHUM, 2008; SMELTZER et al., 2009).

A maneira mais eficaz para prevenção da hepatite B é a vacinação, podendo essa ser aplicada em qualquer idade. A mesma é realizada em um esquema de três doses, com o intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e seis meses entre a primeira e a terceira dose. Para verificar a eficácia da vacinação deve ser feito um exame com objetivo de pesquisar a presença do antígeno HBsAG no soro do vacinado. Caso o antígeno não seja encontrado, o esquema vacinal deve ser repetido (BRASIL 2008; COURA, 2008; MARINHO et al., 2012).

De acordo com Smeltzer et al. (2009), em casos de exposição ao vírus, indivíduos que nunca tiveram hepatite B e não receberam todo o esquema vacinal devem receber a vacina de imunoglobulina para hepatite B, pois a mesma proporciona a imunidade passiva contra a doença, ou seja, é feita a transferência de anticorpos produzidos por animais ou por outros seres humanos ao indivíduo.

Hepatite C

A hepatite C é causada pelo vírus HCV, do tipo RNA, classificado na família Flaviriridae. A infecção pelo HCV possuiu um período de incubação que varia de quinze a cento e cinquenta dias, e um período de transmissibilidade que se inicia uma semana antes dos sintomas aparecerem e se mantém enquanto houver a presença do vírus HCV no organismo (COURA, 2008; AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

O modo de transmissão mais comum é o parenteral. A transmissão sexual pode ocorrer em indivíduos que não praticam sexo seguro, e possuem vários parceiros, e ainda quando há coexistência de alguma DST (doença sexualmente transmissível), sendo este fato um facilitador para o contágio. Já a transmissão vertical é incomum (ALTER, 1996 apud ROCHA et al., 2009; BRASIL, 2010b).

São consideradas situações de alto risco para a transmissão do HCV o uso de drogas injetáveis com agulhas ou seringas contaminadas, transfusões de sangue ou hemoderivados infectados. Objetos de uso pessoal tais como escovas de dente, lâminas de barbear, também são fontes de transmissão (AGUIAR; RIBEIRO, 2009; BRASIL, 2010).

A hepatite C pode se apresentar de forma crônica ou aguda, sendo a última caracterizada por mal-estar, cefaléia, febre, anorexia, fadiga, náusea, vômito, icterícia. A porcentagem de indivíduos infectados que apresentam o quadro agudo da doença é abaixo de 20%. Já a porcentagem de indivíduos que são portadores do vírus em sua forma crônica varia de 75% a 85%. Fatores como imunodeficiências podem contribuir para a evolução da forma aguda para crônica. A cronicidade pode evoluir para cirrose ou câncer de fígado (COURA, 2008; BRASIL, 2010b).

Não há vacina contra o vírus da hepatite C, devido à alta frequência de mutação de seu material genético, o que inviabiliza a produção de uma vacina eficaz. Com isso é de extrema importância que medidas de controle das cadeias de transmissão do vírus sejam colocadas em prática (TRABULSI; ALTERTHUM, 2008; MARINHO et al., 2012).

Hepatite D

De acordo com Coura (2008), a hepatite D é causada pelo HDV ou Delta, um vírus RNA pertencente à família Deltaviridae. Aguiar e Ribeiro (2009) afirmaram que o HDV é um vírus defectivo, ou seja, é incapaz de produzir seu próprio envelope proteico, tendo como consequência a impossibilidade de causar infecção sozinho, necessitando assim da presença do HBV para utilizar sua proteína.

A hepatite D só ocorre em indivíduos portadores do HBV, apresentando-se na forma de co-infecção, o que é uma infecção simultânea com o HBV, ou na forma de superinfecção, sendo uma infecção em portadores crônicos da hepatite B. A hepatite D tende a ser mais perigosa que a hepatite B, e com maiores chances de evolução para cirrose e hepatite fulminante (COURA, 2008; MARINHO et al., 2012).

O período de incubação do HDV geralmente é de trinta a cento e oitenta dias, e o período de transmissão ocorre uma semana antes do início dos sintomas e permanece enquanto o paciente apresentar o vírus no organismo. A via de transmissão da hepatite D é semelhante à hepatite B, podendo ocorrer pelas vias parenteral, sexual, percutânea e vertical (AGUIAR; RIBEIRO, 2008; BRASIL, 2010a).

Para a redução da infecção pelo HDV é importante estar vacinado contra a hepatite B, e os portadores do vírus devem fazer o uso de preservativos nas práticas sexuais, não doar sangue e não compartilhar objetos pessoais, sendo eles: seringas, escovas dentais, instrumentos de manicure e matérias para confecção de tatuagem e piercing, além disso, a biossegurança utilizada pelos profissionais da área da saúde deve ser rigorosa diante dos procedimentos odontológicos (BRASIL, 2010).

RISCO OCUPACIONAL

De acordo com Albuquerque et al. (2012), as exposições a material biológico podem ocorrer por meio de lesões percutâneas como as perfurações ou corte em pele íntegra, contato com sangue ou fluídos corporais possivelmente contaminados com as mucosas bucal, nasal, ocular ou com pele não íntegra.

Ramos et al. (1997), citado por Albuquerque et al. (2012), afirmaram que, na área odontológica acidentes com exposição a material biológico são frequentes, devido ao trabalho com instrumentais perfurocortantes em um campo de visão restrito, e ainda sujeito a movimentação do paciente. Freitas (2012) completa que além dos objetos perfurocortantes há outras possíveis fontes de transmissão para o cirurgião-dentista, como a constante manipulação de sangue e saliva, que podem entrar em contato com a pele e mucosa, ou serem inaladas.

Aproximadamente três milhões de exposições percutâneas ocorrem anualmente entre os profissionais da saúde no mundo. Destes, setenta mil resultam em infecções pelo HBV e quinze mil pelo HCV, possuindo as mesmas um elevado risco de morbidade, mortalidade e de transmissão durante o atendimento odontológico. Assim, o conhecimento mais aprofundado sobre tais doenças contribui para que os cirurgiões-dentistas realizem os procedimentos odontológicos de maneira mais segura (SILVA; MIASATO, 2009; BRASIL, 2010a).

Segundo Marinho et al. (2012), o HBV está presente em grandes concentrações em fluídos corpóreos, como saliva, esperma e sangue. Já o HCV encontra-se em altas concentrações no sangue, e em outros fluídos corpóreos, como a saliva; as concentrações são baixas, sendo o risco de transmissão menor.

A partir da análise de fichas de notificação de acidentes ocupacionais no SINABIO – Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos de Votuporanga – SP, entre os 273 casos de acidentes profissionais, o cirurgião-dentista ocupou a quinta posição, representando 5,1% dos acidentados entre vários profissionais. Ainda foi identificada a sorologia positiva de um cirurgião-dentista para o HBV e um para o HCV. Também foi relatado que 22 profissionais foram vítimas reincidentes de exposição a material biológico durante o período de estudo, e destes 22, dois eram cirurgiões-dentistas (SANTOS; DIAS; MACHADO, 2010).

Entre setembro de 2007 a março de 2008 foi realizado um estudo com 279 cirurgiões-dentistas na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, em relação ao uso de equipamentos de proteção individual. Concluiu-se que menos da metade dos profissionais questionados usavam todos os EPI's, durante todo tempo de trabalho. Os argumentos citados para o não uso dos mesmos foram que luvas e óculos de proteção dificultam o trabalho e que máscara, avental e gorro não são necessários. No mesmo trabalho os autores ainda relataram que entre os profissionais questionados 81,1% já sofreram acidentes ocupacionais com instrumentais perfurocortantes durante a vida profissional (FERREIRA et al., 2010).

Garcia; Blank e Blank (2007) afirmaram que o uso de luvas minimiza o contato da pele com sangue, saliva e outros fluídos corporais do paciente. Já o uso de óculos de proteção e máscara impedem que respingos contaminados atinjam as mucosas ocular, nasal e bucal do profissional. O jaleco de proteção de manga longa serve para reduzir a contaminação da roupa, e o gorro impede que gotículas e partículas contaminadas se depositem no cabelo do profissional, o que inviabilizam a transmissão não apenas para o profissional, mas também para seus familiares e outros pacientes.

Quanto ao conhecimento sobre as hepatites virais, foram avaliados 109 acadêmicos do curso de Odontologia da UEPB (Universidade Estadual da Paraíba), e os resultados mostraram que quanto à via de transmissão a grande maioria afirmou ser o sangue contaminado a principal fonte de contágio da doença. Por outro lado, muitos desconheciam que a mucosa também poderia ser uma dessas vias. Os resultados apontaram que tais informações sobre as hepatites virais são fundamentais para o conhecimento dos riscos a que estão expostos e como se prevenirem (DINIZ et al. 2011).

Com objetivo de identificar o conhecimento sobre a hepatite B, 211 acadêmicos do curso de odontologia da FUNORTE (Faculdade Unidas do Norte de Minas) foram questionados quanto à forma de transmissão e 46,7% responderam que era transmitida através de drogas injetáveis, 23,3% pelo beijo, 16% por transfusão sanguínea, 5,3% por pingo de saliva na pele, 2,7% por tratamento odontológico, 2,7% por acidente profissional, 2,3% pelo ar e 0,7% hereditário (FREITAS et al., 2011).

Nesse mesmo estudo, Freitas et al. (2011) encontraram outros resultados como: 61,3% dos pesquisados responderam que a hepatite B pode ser prevenida, 29,3% responderam que pode ser prevenida mais ou menos, e 7,3% que não há prevenção. Apenas 14% reconheceram a hepatite B como doença fatal e 87,7% dos alunos foram vacinados. Resultados que levaram os autores a concluírem que há uma evidente divergência entre falta de conhecimento e

o comportamento adotado pelos pesquisados, verificando uma necessidade de um processo de educação permanente e continuada.

Em relação à vacinação contra a hepatite B, Garcia; Blank e Blank (2007) desenvolveram um estudo com 289 cirurgiões- dentistas registrados no Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina, e os resultados mostraram que 73,4% dos pesquisados realizaram todo o esquema vacinal contra a hepatite B, mas apenas 32,1% dos mesmos monitoraram a resposta vacinal, e desses 6,5% tiveram a necessidade de repetir o esquema vacinal para adquirir a proteção contra o HBV.

Também com o objetivo de identificar o índice de vacinação contra a hepatite B entre os cirurgiões-dentistas, Ferreira et al. (2012) realizaram um estudo com 283 profissionais, inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Montes Claros. Desses, 91,2% completaram o esquema vacinal e 8,8% não se vacinaram ou não completaram o esquema, alegando a necessidade de mais informações, como o principal motivo.

A exposição ocupacional é comprovadamente um fator de risco para a contaminação pelo HCV em profissionais da odontologia, pois tal vírus pode ser detectado em diversas superfícies do consultório odontológico, sua principal via de transmissão é a parenteral e ainda, o HCV está presente na saliva em pelo menos 25% dos indivíduos com hepatite C, o que indica que a saliva pode servir de via de transmissão não parenteral, mas com menor potência. Como não há vacina contra a hepatite C, o meio mais eficaz para prevenção entre os cirurgiões-dentistas é o uso dos equipamentos de proteção individual, pois a falta desses contribui para o risco de contrair a infecção (CHEN et al., 1995, apud ROCHA et al., 2009; ALBURQUEQUE et al., 2012).

De acordo com Marinho et al. (2012), a soroprevalência (número de indivíduos que possuem anticorpos contra o agente infeccioso) do HCV em profissionais de saúde varia de 0,6% a 4,5%, ultrapassando a porcentagem da população geral. Os acidentes com perfurocortantes e o contato do vírus com a mucosa são os maiores responsáveis pelo alto índice de contaminação encontrado nos mesmos. A taxa de soroconversão (surgimento de soropositividade) após a exposição à material contaminado é de aproximadamente 2%.

Albuquerque et al. (2012) avaliaram a soroprevalência do HCV, em de 54 estudantes de odontologia dos dois últimos períodos da faculdade ASCES (Associação Caruaruense de ensino superior). Não foi encontrada nenhuma sorologia positiva para o HCV, mas foi observado que 38,8% dos alunos já sofreram acidentes ocupacionais, que é um grande fator de risco para contrair a hepatite C.

A vacina contra a hepatite D não existe e nem é necessária, tendo em vista que a vacinação contra a hepatite B também protege contra a hepatite D. Além da vacinação contra a hepatite B, o uso correto das normas de biossegurança nos procedimentos odontológicos também são meios de prevenção contra o HDV (AGUIAR; RIBEIRO, 2009; NICOLICH et al., 2013).

Discussão

Quanto às vias de transmissão, os vírus das hepatites B e D se assemelham, podendo ocorrer através da via parenteral, sexual, percutânea e vertical. Tais vias se assemelham à transmissão da hepatite C, diferenciando apenas em relação à transmissão vertical, pois este tipo de transmissão na hepatite C é incomum (AGUIAR; RIBEIRO, 2009; BRASIL, 2010a).

Conforme relatado por Trabulsi; Alterthum (2008) e ratificado por Smeltzer et al. (2009), quanto a manifestação os indivíduos infectados pelo HBV, HCV e HDV podem desenvolver tanto a forma aguda, em que os sintomas são iguais para ambos, quanto à forma crônica. Smeltzer et al. (2009) afirmaram que os indivíduos portadores do HBV apresentam maior prevalência na forma aguda, todavia, segundo Coura (2008) os portadores do HCV exibem maiores índices de cronificação da doença.

Coura (2008) e Marinho et al. (2012) corroboraram ao dizer que a hepatite D, ocorre somente em indivíduos portadores do vírus HBV, apresentando-se na forma de co-infecção ou superinfecção.

Os autores Aguiar e Ribeiro (2009); Smeltzer et al. (2009); Nicolich et al. (2013) concordaram ao dizer que a maneira mais eficaz na prevenção da hepatite B e D é a vacinação, sendo que a vacinação contra hepatite B protege contra a hepatite D. Em casos de exposições ao vírus, indivíduos não imunizados devem receber a vacina de imunoglobulina para hepatite B. Porém Marinho et al. (2012) afirmaram não ocorrer o mesmo para a hepatite C, pois devido a sua alta frequência de mutação genética, é inviável a produção de uma vacina eficiente.

Mesmo tendo vacina para os tipos de hepatite B e D, a literatura é unânime em relatar ser de extrema importância que as medidas de controle das cadeias de transmissão do vírus sejam colocadas em prática para a prevenção das hepatites B, C e D, utilizando os recursos necessários para cada via de transmissão do vírus como

UNIVALE-FPI
BIBLIOTECA

o uso de preservativos nas práticas sexuais e não compartilhar seringas, objetos pessoais, além da adequada biossegurança dos profissionais da saúde diante dos procedimentos cirúrgicos e odontológicos (AGUIAR; RIBEIRO, 2009; BRASIL, 2010a; MARINHO et al., 2012).

Os autores Ramos et al. (1997) citado por Albuquerque et al. (2012); Marinho et al. (2012) afirmaram que acidentes ocupacionais como exposições percutâneas são frequentes entre os cirurgiões-dentistas e constituem um grande fator de risco para as infecções pelos vírus das hepatites B, C e D, fatos que são comprovados pelos resultados dos trabalhos de Santos; Dias e Machado (2010), Ferreira et al. (2010) e Albuquerque et al. (2012), que demonstraram altos índices de acidentes com exposição a material biológico entre os cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia de uma universidade.

Quanto ao uso de EPI's, Ferreira et al. (2010) em seu estudo concluíram que metade dos profissionais questionados não usavam todos os EPI's por afirmarem que dificultam o trabalho ou não são necessários. Contrapondo às respostas dos pesquisados do estudo de Ferreira et al. (2010); Garcia; Blank e Blank (2007) afirmaram a importância de cada EPI, sabendo que os mesmos são um meio de prevenção eficaz contra exposição aos vírus HBV, HCV e HDV, principalmente ao HCV, visto que não existe vacina para o mesmo. Assim todos os EPI's devem ser de uso obrigatório no ambiente de trabalho dos cirurgiões-dentistas.

Com relação ao conhecimento sobre a hepatite B, Freitas et al. (2011) informaram que a grande maioria dos universitários não apresentavam conhecimento suficiente sobre a forma de transmissão, em que apenas 2,7% dos referidos citaram que o HBV pode ser transmitido durante o atendimento odontológico. Nessa mesma linha de raciocínio, Diniz et al. (2011) relataram que os estudantes questionados em seu estudo desconheciam que a mucosa poderia ser uma via de transmissão. No trabalho realizado por Freitas et al.(2011) foi observado um conflito de comportamento, quando relatado que grande parte dos estudantes foram vacinados contra a hepatite B, apesar do autor concluir que os acadêmicos não possuem conhecimentos suficientes sobre as formas de transmissão e prevenção da hepatite B.

Chen et al. (1995) citado por Rocha et al. (2009) e Marinho et al. (2012) concordaram ao dizer que o HCV pode ser encontrado na saliva. Porém Marinho et al. (2012) afirmaram que tal é encontrado em menores concentrações na saliva do que no sangue, indicando que essa é uma fonte de infecção para os cirurgiões dentistas, mas com menor potência.

No estudo realizado por Albuquerque et al. (2012) não foi encontrado nenhuma sorologia positiva para o HCV entre os pesquisados, entretanto Marinho et al. (2012) afirmaram que a soroprevalência do vírus entre os profissionais de saúde é maior do que na população em geral, com índices de 0,6% a 4,5%.

Sabendo que a vacinação é a principal forma de prevenção contra as hepatite B e D, nos estudos realizados por Garcia; Blank e Blank (2007); Freitas et al. (2011); Ferreira et al. (2012) foi demonstrado que a grande maioria dos cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia avaliados apresentavam o correto esquema vacinal contra a hepatite B, indicando que há um alto índice de vacinação entre os mesmos. Entretanto a literatura consultada mostra que há necessidade de um monitoramento à resposta vacinal para assegurar a eficácia da vacinação. O estudo de Ferreira et al. (2012) mostrou que o índice de profissionais que realizaram esse monitoramento foi baixo.

Conclusões

- A hepatite viral é uma doença contagiosa, de manifestação clínica silenciosa e quando não tratada pode resultar em cirrose, câncer de fígado e insuficiência hepática fulminante. A transmissão da hepatite A e E é por via oral-fecal e a B, C e D por via parenteral, sexual e vertical.
- O cirurgião dentista apresenta constante risco de contaminação, em razão do alto índice de acidentes com os materiais perfurocortantes e contato direto com fluidos corpóreos, como sangue, saliva e exudato;
- Os equipamentos de proteção individual são métodos eficazes durante o atendimento odontológico para a prevenção dos cirurgiões-dentistas contra as hepatites virais B,C e D, e deve ser de uso obrigatório;
- Existe a necessidade de um trabalho educativo e continuado com acadêmicos e profissionais da área odontológica em relação ao conhecimento da doença, importância da vacinação e uso do EPI.

Referências

AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. C. S. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis.** 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009. p. 159-194.

ALBUQUERQUE, A. C. C. et al. Soroprevalência e fatores de risco para o vírus da Hpatite C em estudantes de Odontologia. **Rev. Paraense de Medicina**, Belém, v. 26, n. 4, out./dez. 2012. Disponível em: < http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n4/a3462.pdf >. Acesso em: 10 setembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual ABCDE das Hepatites Virais para Cirurgiões-Dentistas**. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 8. ed. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais:** o Brasil está atento. 3. ed. Brasília, DF, 2008.

COURA, J. R. **Síntese das doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p 228-234.

DINIZ, D. N. et al. Conhecimento dos alunos do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba sobre hepatites virais. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 11, n. 1, p.117-121, jan./mar. 2011.

FERREIRA, R. C. et al. Uso de equipamentos de proteção individual entre cirurgiões-dentistas de Montes Claros, Brasil. **Arquivos em Odontologia**, Montes Claros, v. 46, n. 2, p. 88-97, abr./jun. 2010.

FERREIRA, R. C. et al. Vacinação contra hepatite B e fatores associados entre cirurgiões-dentistas. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 315-323, 2012.

FREITAS, D. A. et al. Conhecimento de acadêmicos de odontologia sobre Hepatite B. **Rev. Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço**, Montes Claros, v. 40, n. 1, p. 30-33, jan./mar. 2011.

FREITAS, R. R. de. **Biossegurança em odontologia**. 2012. 30 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) _ Faculdade de Odontologia, UFMG, Belo Horizonte, 2012.

GARCIA, L. P.; BLANK, V. L. G.; BLANK, N. Aderência a medidas de proteção individual contra a hepatite B entre cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, Florianópolis, v. 10, n. 4, p. 525-536, 2007.

MARINHO, M. et al. Hepatites virais agudas. **Medgrupo**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 21-49, 2012.

NICOLICH, M. et al. Hepatites virais agudas- de "A" a "E". **Medgrupo**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 43-58, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global Policy report on the prevention and control of viral hepatitis. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85397/1/9789241564632_eng.pdf>. Acesso em: 10 setembro 2013.

ROCHA, C. T. et al. Hepatite C na Odontologia: Riscos e Cuidados. **Rev. de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 56-62, jan./abr. 2009.

SANTOS, B. M. de. O.; DIAS, M. A. do. C.; MACHADO, A. A. Estado sorológico e evolução dos casos de acidentes por exposição a material biológico; retrato de uma realidade. **Investigação**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 14-22, 2010.

SILVA, F. A. G.; MIASATO, J. M. Hepatites virais: um fator de risco na prática odontológica. **Rev. Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n.1, p. 23-26, jan./jun. 2009.

SMELTZER, S. C. O. et al. **Brunner & Suddarth:** tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, v. 2, p 1103-1110.

TRABULSI, L. R.; ALTERTHUM, F. **Microbiologia.** 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2008, p 645-656.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Formato

Os artigos deverão ser digitados em Word for Windows/PC na ortografia oficial, e entregues em CD ROM e uma cópia impressa.

As páginas do artigo devem estar numeradas a partir da 2ª página (no canto superior direito) em algarismos arábicos e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm, fonte Times New Roman tamanho 12 e espaço 1,5 entre linhas (dois espaços entre os parágrafos), com alinhamento do texto justificado em formulário contínuo. O número de páginas está limitado ao máximo de 20, incluindo ilustrações (gráficos, tabelas, fotografias e outros).

Elementos pré-textuais

A primeira página (denominada Folha de rosto) deve conter: o título do artigo em português (Fonte 14, maiúsculo, negritado). O título deve ser curto, claro e conciso, e quando necessário, pode ser usado subtítulo. Nome completo dos autores na forma direta em ordem alfabética, no canto superior direito, fonte 12 normal, seguidos de asterisco (s) acompanhados da titulação principal e referência à Instituição (Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE), no rodapé da página. O nome do orientador será o último. Os autores serão ordenados em sequência vertical.

O resumo não deverá exceder 250 palavras, escrito em parágrafo único, ressaltando objetivo, descrição do tema, material e métodos, resultados e conclusões. O título Resumo, deverá ser centralizado (negrito, fonte 12, em maiúsculo). O verbo do objetivo deverá ser escrito no passado. O resumo deve ser apresentado sem recuo e espaçamento simples.

Palavras-chave

Palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo, fornecidas pelos autores (Fornecer três descritores). Os descritores serão posicionados abaixo do resumo. A grafia Palavras-chave será em negrito, fonte 12, em minúsculo (a primeira letra em maiúsculo) e os unitermos (ou descritores) em fonte 12 normal, em minúsculo (a primeira letra em maiúsculo), separados por ponto.

Elementos textuais

Texto propriamente dito: Deverá apresentar as seguintes seções: Introdução, Revisão da literatura, material e métodos, resultados, discussão, conclusões. Todos os títulos das seções e suas divisões deverão estar alinhados à esquerda (fonte 12 em negrito e maiúsculo). Deverão ser utilizados dois espaços de 1,5 entre os títulos das seções e o texto que os precede ou sucede. Em caso de subseções, estas serão grafadas em negrito, fonte 12, minúsculo. As seções e suas divisões não necessitam ser numeradas. Os artigos que apresentam parte experimental podem apresentar na Introdução, a Revisão da Literatura. O sistema de citações utilizado será o autor-data (Conforme apresentado na disciplina/Normas ABNT).

Introdução

Expõe o tema do artigo, mostra sua importância, relaciona-se com a literatura consultada, apresenta o objetivo e a finalidade do trabalho (no final, verbo no presente). Trata-se do elemento explicativo do autor para o leitor.

Revisão da Literatura

Revisão bibliográfica de trabalhos anteriores que abordam o mesmo tema.

Material e Métodos

Descrição dos métodos, materiais, técnicas e equipamentos utilizados. Deve permitir a repetição do experimento ou estudo com a mesma exatidão por outros pesquisadores (somente pesquisa experimental ou de campo).

Resultados

Apresentação dos dados encontrados na parte experimental. Podem ser ilustrados com quadros, tabelas, fotografias, entre outros recursos (somente pesquisa experimental ou de campo).

Discussão

Restringe-se aos resultados do trabalho e ao confronto com dados encontrados na literatura (pesquisa experimental ou de campo). Em pesquisa bibliográfica (revisão da literatura) confrontar achados, conceitos dos autores pesquisados. Discutir somente autores citados anteriormente no artigo. Nos trabalhos de ordem prática, se facilitar o entendimento e estiver de acordo com o orientador, os resultados podem ser apresentados junto com a discussão.

Conclusão

Destaca os resultados obtidos na pesquisa ou estudo (pesquisa experimental ou de campo) ou considerações dos autores sobre o tema estudado (pesquisa bibliográfica). Deve responder às questões da pesquisa correspondentes aos objetivos e hipóteses. Deve ser breve, podendo incluir recomendações ou sugestões para outras pesquisas na área. Devem ser dispostas em itens, verticalmente.

Elementos pós-textuais

Títulos das seções em negrito, fonte 12, maiúsculo.

Abstract

Tradução em inglês do resumo do trabalho (Título centralizado). Abaixo da denominação Abstract apresentar centralizado o título do artigo em inglês (fonte 12, maiúsculo, normal). Esta seção deve ser escrita em espaço simples como o resumo em português.

Key-words

Palavras-chave em inglês. Abaixo do Abstract e na mesma disposição que foram descritas as palavras-chave.

Agradecimentos

Quando houver, devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do trabalho. Título centralizado.

Referências

Lista ordenada dos documentos efetivamente citados no texto. Utilizar a NBR 6023 (ABNT). As referências deverão ser apresentadas em ordem alfabética, sem estar numeradas. Devem ser escritas em espaço simples e dois espaços entre si. Título centralizado.

Endereço para correspondência

Nome, endereço postal e eletrônico (E-mail) para correspondência e telefones de um dos autores do trabalho. Título alinhado na margem esquerda.

Ilustrações

Os títulos das tabelas devem ser numerados em algarismos arábicos sequenciais, dispostos na parte superior da tabela (Fonte 10, normal), precedidos da palavra Tabela. Ex: TABELA 2 - Aspectos da lesão cariosa.

Fonte da tabela

Se for o caso, deve ser apresentada abaixo da tabela (Fonte 10, normal), precedida da palavra Fonte. Ex: FONTE-Governo do Estado de Minas Gerais.

Os títulos dos quadros, figuras e gráficos devem ser numerados em algarismos arábicos sequenciais, dispostos na parte inferior (Fonte 10, normal), precedidos da palavra designativa. Ex: FIGURA 3 - Aspectos da mandíbula. GRÁFICO 5 - Valores da Média e do Desvio Padrão.

Se estas ilustrações não forem originais dos autores, também deverão ser acompanhadas da fonte.

Todas as tabelas, quadros, gráficos, figuras devem ser citados no corpo do texto. A ilustração deve estar posicionada o mais próximo do texto a que se refere.

Núcleo de Odontologia Especializada

33 3271.2292

Dra. Bruna Marcal Thebit
Periodontista CRO-MG 32129

Dr. Paulo Roberto S. Viana
Endodontista CRO-MG 30811

Rua Barão do Rio Branco, 461, Sl. 206 - Centro - Governador Valadares/MG

CF Reabilitação Oral

Cacilda Cunha Ferraz
Reabilitação Oral e Estética
CRO-MG 140099

Fábio Cunha Ferraz
Implantodontia
CRO-MG 31432

Rua Marechal Floriano, 600, S/ 1.009 - Centro
Governador Valadares-MG

E-mail: cfodontologia@yahoo.com.br
Site: www.cfodontologia.com

Denis Reis
Cirurgião Dentista
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
CRO MG 40.619

(33) 3271.2492
Rua Barão do Rio Branco, 461 - Centro
Edifício Rio Branco - Sala 502

Consultório Odonto Lógico

Dr. José Antônio Coelho Júnior
Especialista em Periodontia
Especialista em Implantodontia
CRO-MG 27118

Dra. Sabrina Campos Coelho
Especialista em Ortodontia
CRO-MG 22852

Rua Nova Lima,41 - Jardim Pérola
Fone: (33) 3273-6575

Maristane Lauar Godinho
Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo - Facial
Implantes Dentários

maristane_lg@hotmail.com | (33) 3273.2013, 8432.4638
Rua Barão do Rio Branco, 480, Sl. 401 – Ed. Work Center
Governador Valadares-MG

WILSON
ODONTOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO E MESTRADO
EM ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL

Nilson Sousa Ferreira
Cirurgião Dentista - CRO 13.437-MG

Ortodontia - Reabilitação Odontológica - Disfunções Têmporo-Mandibulares (ATM)

Rua Barão do Rio Branco, 461 - Sala 502 - Fone: (33) 3271-2492 - Centro - Gov. Valadares - MG

Dr. Armando Gobira
Cirurgião Buco Maxilo
CRO-MG 4029

Rua Marechal Floriano, 600 - Sl. 708 - Centro
Fone: (33) 3271-6010
Governador Valadares-MG

Próthese
Centro de Reabilitação Oral

Dra. Maria da Penha S. Assis
Cirurgiã Dentista - CRO-MG 11016

Mestre em Prótese Dentária
Especialista em Prótese Dentária
Odontogeriatria; Membro da SBRO

Rua Barão do Rio Branco, 480
Sala 301 - Centro
Governador Valadares-MG

Fone: (33) 3271-1854, 3272-7908
E-mail: mpsassis@hotmail.com

Consultório Odontológico

Dra. Fernanda Alvim Camargo Batista
CRO 34.348

Odontopediatria e Clínica Geral

Praça Paulo VI, 120 Lj. B - Centro
(33) 3236.1824
Alpercata-MG

Rua Tiradentes, 232 - Centro
(33) 3276.1966
Governador Valadares-MG

Lumen
Fisioterapia
Terapia Ocupacional

E-mail: clinicalumengv@gmail.com
Telefones: (33) 3271.4243 / 3278.4601 / 99977.6281

INSTITUTO DE ORTODONTIA Marigo

Guilherme Marigo
Mestre em Ortodontia
CRO-MG 33263

(33) 3271.4930
guilherme@ortodontiamarigo.com.br

Rua João Pinheiro, 610
Governador Valadares-MG
site: www.ortodontiamarigo.com.br

DRA. FERNANDA MATOS
Cirurgiã Dentista
Reabilitação Oral - CRO.MG 32086

Rua São Paulo, 484 - Loja 3 - Centro - (33) 3089.1326
Governador Valadares - MG

Oral Clínica

Dra. Layla Simões
Especialista em Ortodontia
CRO-MG 32132

Dra. Renata Lage
Especialista em Periodontia
CRO-MG 24252

Dr. Ricardo Axer Avelino
Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
Implantes Dentários
Mestre em Estomatologia
CRO-MG 32377

Fone: (33) 3212.3242 / 3278.8530
Rua Mal. Floriano, 600 - Sls. 408/409, Ed. Monte Negro
Governador Valadares-MG

EstetDOR
Centro Multidisciplinar

Karen Miranda C. Dutra*
CRO-MG 15338

Rosimary Almeida Ferreira*
CRO-MG 15150

* Mestre em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial
Titulo de Capacitação em Odontologia do Sono (Apneia e Ronco)
Especialista em Farmacologia e Dentística Restauradora

Rua Olegário Maciel, 810 - Centro - Telefone: (33) 3271.1563

CEO Centro Especializado em Odontologia

Dr. Renato Girelli Coelho
ESPECIALISTA E MESTRE EM DENTÍSTICA
CRO MG 18941

Rua Barão do Rio Branco,480, Sl. 101 - Centro
Ed. Work Center - Governador Valdares-MG

Fone: (33) 3271-6451

Perio Preven
CLÍNICA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA

Dra. Kely Cristina S. N. Costa
Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial
CRO-MG 14.763

Dr. Elton Luis da Costa
Especialista e Mestre em Periodontia / Pós-Graduado em Implantodontia
CRO-MG 14.761

Rua Dom Pedro II, 541 - Conj. 802 e 805 - Centro - Gov. Valadares-MG
(33) 3271-3345

clima
Ortodontia e Odontopediatria

Dra. Meire Alves de Sousa
CRO-MG 11649

Rua Barão do Rio Branco, 681 - Sala 1205
Ed. Climério Vieira - Centro
Tel.: (33) 3271-5903
Governador Valadares-MG

CROMG - 13457
DRA. ANDREA B. DO VALLE
ODONTOLOGIA ESTÉTICA E PREVENTIVA

R. Barão do Rio Branco, 480/Sl.105 • Ed. Work Center
(33) 3271.6928 - Governador Valadares-MG

Perio& Implante

Dr. Johnver Saraiva Purysko
Periodontia - Implantes
CRO/MG 22139

Drª Lílian Lozer Purysko
Clínica Geral e Ortodontia

Av. Minas Gerais, 700 - Sl. 205 - Ed. Plaza Center - Fone: (33) 3272-9857
Rua Francisco Caetano Pimentel, 1350 - Vila Isa - Fone: (33) 3278-1464
Governador Valadares-MG

CRIA COMUNICAÇÃO

Assessoria de Comunicação
Audiovisual
Design
Mídias Sociais

98451.5885
criagoval@gmail.com
ACriaComunica

CLÍNICA IMPLANTARE

Dr. Celso Rios
CRO-MG 16196

Dr. Renato Cabral
CRO-MG 14336

Mestres em Cirurgia Bucomaxilofacial
e Implantes Dentários

(33) 3271.2534 / 3271.2061

Rua Barão do Rio Branco, 559, 2° andar - Centro
Governador Valadares-MG

www.clinicaimplantare.com

Dental Esplanada

Mais perto de você

Materiais odontológicos,
descartáveis e hospitalares.

Não faça sua compra
antes de nos visitar.

PRODUTOS
FGM

(33) 3271.0631 | (33) 3277.9773 | (33) 98818.8904
dentalesplanada@uol.com.br
Rua Afonso Pena, 2141, Centro - Governador Valadares, MG