

REVISTA CIENTÍFICA

FACS

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

univale

Universidade Vale do Rio Doce

Construindo conhecimento

VOLUME 18 - Nº 22
NOVEMBRO, 2018
ISSN-L 1676-3734
GOVERNADOR VALADARES-MG

Endereço Online
www.issuu.com/univale6
ISSN 2594-4282

22



Coordenação de Aperfeiçoamento
de Pessoal de Nível Superior

Qualis
Periódicos | **B5**

REVISTA CIENTÍFICA FACS - VOLUME 18 - Nº 22 - NOVEMBRO, 2018 - ISSN-L 1676-3734 - GOVERNADOR VALADARES-MG



Dr. Celso Rios

Cirurgia Bucomaxilofacial
Implantes



Implantare



Dr. Renato Cabral

Cirurgia Bucomaxilofacial
Implantes



Dra. Érika Miranda

Toxina Botulinica, Preenchimento com Ácido Hialurônico,
fios PDO, enzima lipolítica de papada, Skinbooster

Contatos: (33) 3271.2534 | (33) 3271.2061

Rua Barão do Rio Branco, 559 | 2º andar - Centro - 35010-030
Governador Valadares - MG



Dra. Bárbara A. Freitas

ODONTOLOGIA

CROMG 44748

ATENDIMENTO DOMICILIAR

Habilitação em Odontologia Hospitalar
Hospital Albert Einstein

Habilitação em Laserterapia
USP

(33) 99934.9565

@odontopelavida

/odontopelavida

NÓS ENTENDEMOS
O QUE É ESPECIAL
PRA VOCÊ.

AFINAL, SER UNICRED
É SER EXCLUSIVO

UNICRED LESTE MINEIRO
UNICRED.COM.BR/LESTEMINEIRO

UNICRED



22

REVISTA CIENTÍFICA
FACS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

EXPEDIENTE

Revista Científica FACS / Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Vale do Rio Doce. - Ano XVIII, v. 18, n. 22. - Governador Valadares : UNIVALE, 2018. 73 p. : il. ; 28 cm.

Anual
ISSN: 1676-3734 (impresso)
ISSN: 2594-4282 (on-line)
Continuação de: Revista Científica CENBIOS.

1. Ciências da saúde. 2. Odontologia. 3. Saúde bucal. I. Título. II. Universidade Vale do Rio Doce.



Ano XVIII, Vol. 18,
nº 22, novembro, 2018
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

Reitora
Profª. Lissandra Lopes Coelho Rocha

Pró-Reitora de Graduação
Profª. Adriana de Oliveira Leite Coelho

Pró-Reitora de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão
Profª. Kíssila Zacché Lopes de Andrade

Assessora de Graduação
Profª. Adriana de Oliveira Leite Coelho

Assessora de Pesquisa e Pós-graduação
Profª. Drª. Elaine Toledo Pitanga Fernandes

Assessora de Extensão e Pós-graduação Lato Sensu
Profª. Kíssila Zacché Lopes de Andrade

Assessora de Comunicação
Bethânia Jesuína Jersey Gomes Araújo

Coordenadores de Curso
Educação Física: Prof. Me. Destter Álacks Antonietto
Enfermagem: Profa. Me. Mônica Valadares Martins
Farmácia: Prof. Me. Pedro Henrique Ferreira Marçal
Fisioterapia: Profª. Me. Vanessa Loyola Lopes
Nutrição: Profª. Me. Enara Cristina Silva Glória Roberto
Psicologia: Prof. Me. Omar de Azevedo Ferreira
Odontologia: Prof. Me. Cláudio Manoel Cabral Machado

Editora da Revista FACS
Drª. Me. Maria Paulina Freitas Sabbagh

Conselho Editorial Revista FACS 19
Profª. Me. Bárbara Nery Enese
Prof. Me. Carlos Alberto Silva
Prof. Cleber Siman de Amorin
Prof. Dangelo Salomão Augusto
Profª. Drª. Elaine Toledo Pitanga Fernandes
Profª. Me. Enara Cristina Silva Glória Roberto
Prof. Dr. Marcelo Marigo
Profª. Drª. Marileny Boechat Frauches Brandão
Profª. Drª. Marta Pereira Coelho
Profª. Me. Monica Valadares Martins
Prof. Me. Omar de Azevedo Ferreira
Prof. Me. Rafael Silva Gama
Prof. Me. Romero Meireles Brandão
Profª. Me. Sabrina Gomes de Moraes
Profª. Solange Nunes Batista Coelho
Profª. Drª. Suely Rodrigues
Profª. Me. Tandreia Cristina de Oliveira
Profª. Me. Vanessa Loyola Lopes

Projeto Gráfico
Editora Univale

Editoração
Aline Ribeiro

Imagem Capa
Ailton Catão

Ficha Catalográfica
Biblioteca Dr. Geraldo Vianna Cruz / Univale
(Edson Félix de Souza Júnior CRB 6º / 2983)

Impressão
Gráfica Formato

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@gmail.com
Site: www.univale.br

SUMÁRIO

Editorial 5

Apresentação 7

Informes do Curso de Odontologia 8

Artigos

Humanização nas práticas de grupo do NASF:
Percepção dos usuários..... 12

Assistência odontológica domiciliar: Paope itine-
rante 18

Tratamento ortodôntico-cirúrgico da má oclusão
classe III esquelética: Relato de caso 24

Utilização das tecnologias da informação e comu-
nicação como ferramenta de educação na odon-
tologia: Revisão de literatura 30

Avulsão dentária com reimplante imediato: Rela-
to de um caso clínico com controle de 11 anos ..
..... 39

Resina Indireta - Opção de reabilitação em odon-
topediatria. Relato de caso..... 46

Auto-percepção de saúde bucal em idosos 52

Estratégia de saúde da família: Um olhar sobre a
condição da saúde bucal de idosos 62

RIO DOCE

O rio Doce, de alguma forma, ainda resiste. O mercúrio hermafrodito deita-se em seu fundo, espalha-se, é sugado por bombeamento e atacado com cloro e flúor. Tenta-se induzi-lo a flotações e processos químicos de precipitações. No entanto não existe garantia de que o metal líquido em temperatura ambiente, juntamente com outros elementos tais como o chumbo, o cobre e o cádmio, por exemplo, não possam escorrer de nossas torneiras juntamente com a água, inundar o nosso café, a nossa comida, o nosso cotidiano, lavar as nossas vasilhas e o nosso corpo. O desastre da Samarco, ocorrido há três anos, por mais que o rio já agonizasse com poluições orgânicas e inorgânicas, plantou em nosso íntimo a desconfiança e o receio de que somos reféns de uma situação irreversível que coloca em risco o que há de mais precioso em nós: a nossa saúde. O rio Doce, juntamente com todos os rios do Brasil, cumpre um destino. Corre em direção ao mar levando tudo o que é possível, causando uma poluição oceânica também infeliz. Os seus códigos culturais, a sua beleza, as suas representações permanecem. Disso podemos ainda falar, considerando a sua produção e reprodução simbólica, as ressignificações e os esquecimentos de que é alvo. Sua história do Sertão do rio Doce permanece. Contudo, o nosso rio agoniza e agonizamos juntamente com ele. O rio Doce, que serviu para demarcar o nascimento de inúmeras cidades e que, ao longo de sua vida abasteceu nossa sede, cozinhou nossos alimentos, nos forneceu seus diversos tipos de peixes é hoje, tristemente, um rio comprometido.

José Bispo Ferreira Filho,

Professor dos cursos de Pedagogia e Arquitetura da UNIVALE



AILTON CATÃO

AUTOR DA FOTOGRAFIA DA CAPA

“O incrível, fantástico e extraordinário, é imortalizado na foto. Sua lente é como o nosso visual, capta belas imagens e revela uma dura realidade, dura como a miséria humana, por exemplo. Com uma vantagem, a lente perpetua um momento, paralisa um movimento que impede que nossos olhos vejam, com indignação, deleite, delírio ...

Uma olhada no seu trabalho é questionar coisas, eventos ou nossa própria existência.”

Tim Filho

Jornalista e Escritor

EDITORIAL

Prof^a. Elaine Toledo Pitanga Fernandes

Assessora de Pesquisa e Iniciação Científica da UNIVALE

Recebi com grande satisfação o convite para escrever o Editorial da 22^a Edição da Revista Científica FACS. Tal convite aconteceu num momento em que a Assessoria de Pesquisa e Iniciação Científica realizou exitosamente a 16^a edição do Simpósio de Pesquisa e Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Doce -UNIVALE .

O público recorde deste Simpósio, incluindo representantes de outras Instituições de Ensino Superior bem como o aumento exponencial de trabalhos apresentados, demonstraram a consolidação do fomento dado à pesquisa pela UNIVALE e do espaço para divulgação das produções científicas e acadêmicas.

A Iniciação Científica implementada na Universidade impulsiona a formação intelectual do estudante de graduação e pós-graduação, e permite por meio de sua participação em grupos de pesquisa, o despertar de um jovem cientista. Deve-se ressaltar o papel fundamental dos docentes envolvidos com a pesquisa, tanto na produção da ciência, como na formação de novos pesquisadores.

O fortalecimento da prática investigativa, articulada com o ensino e a extensão, busca promover o desenvolvimento local e regional e consolida a UNIVALE como um centro disseminador do conhecimento.

A Revista Científica FACS vem cumprindo com seu objetivo de incentivar e divulgar o trabalho científico produzido no Curso de Odontologia e demais cursos da área da Saúde da UNIVALE.

Esta edição contempla manuscritos do Curso de Odontologia. A qualidade e a relevância dos artigos apresentados consolidam o papel desta revista como agente de socialização da produção de conhecimento e de pesquisa. Desejo a todos uma excelente leitura.

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 Odontogeriatría 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 DO CURSO DE ODONTOLOGIA

ODONTOLOGIA EM AÇÕES DO OUTUBRO ROSA

Os cursos de Enfermagem e Odontologia da Univale, representados, respectivamente, pelas professoras Aline Valéria e Elaine Pitanga, realizaram, na quinta-feira (25), ações voltadas para o mês conhecido como Outubro Rosa. O foco foi a prevenção e identificação precoce do câncer de mama e útero.



As ações, com atendimentos diversificados às mulheres do bairro Conjunto Sir, foram feitas por alunos de ambos os cursos, acompanhados pelas professoras. Trata-se de uma parceria entre a Estratégia Saúde da Família Sir I e II, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Oncoleste, Univale e Escola Estadual Antônio Ferreira Lisboa Dias, onde ocorreu o evento.

A manhã de atividades, mesmo marcada por forte chuva, não foi impedimento para que as orientações, depoimentos, ações de saúde e beleza acontecessem, com um público expressivo e participativo. Ações de conscientização como detecção precoce do câncer, sinais e sintomas, autoexame das mamas, dinâmicas, sorteios, corte de cabelo, maquiagem foram proporcionados a mulheres presentes.

4ª EDIÇÃO DA RUA DE LAZER ORGANIZADA PELO CURSO DE ODONTOLOGIA É UM SUCESSO

Muitas brincadeiras, orientações de saúde e serviços gratuitos a comunidade, foi assim que começou a manhã do sábado, 27 de outubro, na Creche Brilho de Turmalina. A Univale, através do curso de Odontologia e com o apoio dos demais cursos de graduação, realizou a 4ª Rua de Lazer, que reuniu centenas de pessoas de todas as idades.

Para a criançada teve pula-pula, algodão-doce, pipoca, chuck e muitas outras guloseimas. Elas ainda puderam fazer pinturas facial, brincar de médico no Hospital de Brinquedos montado pelo curso de Medicina, além de muitas brincadeiras tracionais como futebol, corrida de saco e atividades de roda, realizadas pela Educação Física. A Pedagogia levou a Brinquedoteca itinerante e ainda realizou contações de histórias com os pequenos.



Neste ano o curso de Odontologia inovou sua participação, através do Programa Odontologia na Comunidade – Ponc, levando um consultório móvel para atendimentos de higiene bucal na creche. Ainda teve teatro educativo com dicas de escovação dentária e escovação supervisionada.

O professor Claudio Machado, coordenador do curso de Odontologia e idealizador da Rua de Lazer, acredita que a realização de uma 4ª edição mostra o sucesso do projeto e ainda fala dos planos para estender as atividades pela cidade.

“A primeira aconteceu em 2015 e já estamos na 4ª edição, melhorando e aperfeiçoando cada vez mais. Hoje nós podemos dizer que a Rua de Lazer é um projeto da Univale na comunidade, e todos os cursos abraçam essa causa. Nossa intenção é, a partir do semestre que vem, levarmos as atividades para outras comunidades. Vamos sair um pouquinho do Bairro Turmalina e vamos tentar percorrer toda a cidade com nosso projeto”, explicou.

ODONTOLOGIA REALIZA SEMINÁRIO INTEGRADOR E JAUNI



Entre os dias 24 e 28 de setembro, o curso de Odontologia promoveu a VIII edição do Seminário Integrador, juntamente com a 2ª Jornada Acadêmica. A atividade reuniu alunos e professores para apresentações dos casos clínicos acerca do tema “O desafio da integração multidisciplinar em Odontologia”, e também para palestras sobre “Atualidades em cirurgia Bucomaxilofacial”

ODONTOLOGIA PARTICIPA DE MOSTRA DE PROFISSÕES NO COLÉGIO IBITURUNA

No dia 15 de setembro, a UNIVALE participou da Mostra de Profissões realizada pelo Colégio Ibituruna, a convite da escola. Em uma manhã de muita diversidade de carreiras, além das palestras, os alunos puderam ver atividades individuais de cada curso, experimentando o dia a dia da profissão.



O curso de Odontologia levou para a escola um equipo móvel, ou seja, um consultório móvel, levou também duas mesas clínicas de apresentações e ministrou palestras sobre saúde bucal.

“ERGONOMIA E ODONTOLOGIA” É TEMA DE PALESTRA

No dia 27 de setembro, a turma do 3o período, de Odontologia, participou de um minicurso com o fisioterapeuta Sérgio Monteiro Gonçalves, especialista em Ergonomia, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e em Fisioterapia do Trabalho, pela Associação Brasileira de Fisioterapia do Trabalho (ABRAFIT).



O subtema abordado durante a palestra foi ergonomia e teve como foco o cirurgião dentista. O curso foi proposto e organizado pela equipe de Estágio em Saúde Coletiva, professoras Nayara Alves, Ayla Matos e Shelly Mafra.

CURSO DE ODONTOLOGIA REALIZA CERIMÔNIA DO JALECO

O Centro Acadêmico do curso de Odontologia da Univale (CAO) realizou, juntamente com a coordenação do curso, mais uma edição da Cerimônia do Jaleco para alunos do primeiro período. O evento aconteceu no dia 27 de agosto, e reuniu, no auditório A do Edifício Pioneiros, Campus Antônio Rodrigues Coelho (Campus II), pais, amigos e familiares dos estudantes.



A abertura da programação foi realizada pela professora Kíssila Zacché, Pró-Reitora de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão e pelo Coordenador do Curso de Odontologia, professor Cláudio Manoel Cabral Machado. Graduandos veteranos também prestigiaram a cerimônia. Durante

o evento, eles apresentaram um resumo dos direitos, deveres e obrigações dos estudantes do curso, para alunos do período inicial.

A vestimenta branca, usada no dia a dia dos profissionais da saúde, é utilizada como instrumento individual, principalmente, para prevenir a contaminação de doenças. Após a abertura, os jalecos foram entregues aos alunos pelos padrinhos escolhidos por eles para participarem do momento de tradição.

PESQUISADORES DA ODONTOLOGIA/UNIVALE PARTICIPAM DE LIVROS SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Pesquisadores da Universidade Vale do Rio Doce (Univale) firmaram uma parceria que resultou na publicação de dois volumes da coleção “Representações sociais e seus diversos olhares”, pela editora CRV. Dos 24 capítulos, sete são frutos de contribuições dos profissionais da instituição.

Para a professora Doutora Suely Maria Rodrigues da odontologia, o livro possui um caráter interdisciplinar, pois além das contribuições feitas pelo SAIS recebeu uma série de outros colaboradores externos como Gilvan Guedes, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o professor Carlos Alberto, da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Internamente participaram mestrandos e professores do Mestrado em Gestão Integrada do Território (GIT), egressos da Univale e um aluno do Doutorado Interinstitucional (DINTER/CAPES).



Participaram as professoras Marileny Boechat Frauches e Suely Maria Rodrigues, integrantes do SAIS, GIT e Odontologia, bem como a professora Elaine Toledo Pitanga, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade; os professores Leonardo Leão,

de Medicina e SAIS, Mauro Augusto dos Santos, docente do Direito, Mestrado em Gestão Integrada do Território e doutorando do Dinter, Romero Brandão, professor de Odontologia e componente do Núcleo de Pesquisa. Contribuem com o trabalho as mestrandas Aline de Souza, professora do curso de Enfermagem, e a psicóloga Samara Alves Avanzi.

CATADORES DA ASCANAVI RECEBERÃO CUIDADOS DA SAÚDE BUCAL POR MEIO DE PROJETO SOCIAL DA UNIVALE

Cerca de 60 trabalhadores da Associação dos Catadores de Materiais Recicláveis Natureza Viva (Ascanavi) terão um motivo a mais para sorrir a partir de 7 de agosto. É que a Univale, por meio do Projeto Rede Solidária Natureza Viva, em parceria com o curso de Odontologia, cuidará da saúde bucal dos associados da entidade.

Entre os serviços prestados, estão inclusos tratamento de canal, cirurgia, prótese dentária e restauração. Os atendimentos serão às terças-feiras, de 18h às 21h, na Clínica de Extensão de Odontologia, no Campus II da universidade. No último mês, os catadores passaram por uma triagem feita por professores e alunos do curso que atuam voluntariamente no projeto.



Segundo o coordenador de Odontologia, professor Cláudio Manoel Cabral Machado, o objetivo da atividade é desenvolver ações de educação em saúde bucal, promoção, prevenção e reabilitação oral dos trabalhadores. Após a etapa direcionada aos catadores, seus familiares também serão contemplados.

“Além de contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, nossos alunos terão a oportunidade de obter um novo aprendizado e aprimoramento dos ensinamentos já adquiridos. O mais importante, é

possibilitar aos estudantes e professores a execução de um trabalho social onde o caráter humano é a base de todo o desenvolvimento”, disse.

O professor Thiago Martins Santos, um dos responsáveis pelo Rede Solidária Natureza Viva, lembrou que as primeiras ações do projeto, que já se encontra em sua segunda fase, foram voltadas à formação e qualificação dos catadores da Ascanavi, visando o fortalecimento do associativismo e o trabalho de coleta seletiva em Governador Valadares.

“Com a chegada do curso de Odontologia, essas ações se somam às de educação em saúde e atendimento odontológico para os colaboradores da Ascanavi e associados, materializando nosso reconhecimento do catador, também como pessoa que tem direito à educação e aos cuidados com sua saúde”, finalizou.

ALUNOS DO 4º PERÍODO DE ODONTOLOGIA PARTICIPAM DE ATIVIDADE SOBRE METODOLOGIAS ATIVAS

Estudantes do 4º período do curso de Odontologia participaram de uma atividade envolvendo a aplicação da Metodologia Ativa Peer Instruction. O trabalho faz parte da disciplina “Estágio Curricular Supervisionado em Clínica Integrada I”, ministrada pela professora Maria das Graças Oliveira Cabral.



Colaboraram com a atividade, as professoras Maria Elizete Gobira, Andrea do Vale, Isaura Senna e o professor Luiz Gustavo Habib.

PROFESSORA DA UNIVALE PARTICIPA DE CURSO EM BRASÍLIA

A Professora Dr^a Marileny Boechat, docente no curso de Odontologia, representou a UNIVALE no 1º curso de Pesquisa de Métodos Mistos na Saúde, promovido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (ECOS) e pelo Summer Institute in Innovative Methodologies - McGill University, Montreal - Canadá, com o apoio da Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da

Saúde (SGETS/MS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Realizado pela primeira vez fora de Montreal, o curso foi realizado entre os dias 08 a 11 de maio de 2018 em Brasília-DF, e foi ministrado pelas professoras Belinda Nicolau, Mary Ellen Macdonald e Quan Nha Hong da McGill University, Montreal, Canadá.



De acordo com a professora Marileny, cursos como esses instigam os profissionais a promoverem a pesquisa, uma vez que “ a ciência é um processo contínuo de investigação, e a pesquisa científica é a realização de um estudo planejado, sendo o método de abordagem do problema o que caracteriza o aspecto científico da investigação”, comentou.

Humanização nas práticas de grupo do NASF: Percepção dos usuários

Melissa Nathielle de Lima Souza*
Leonardo Oliveira Leão e Silva **
Suely Maria Rodrigues ***
Elaine Toledo Pitanga Fernandes***

*Acadêmica do 6º período do Curso de Bacharel em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE.

**Professor do curso de Medicina da Universidade Vale do Rio Doce- UNIVALE. Membro do Núcleo de Pesquisa Saúde, Individuo e Sociedade- SAIS.

***Professoras do Curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE. Membros do Núcleo de Pesquisa Saúde, Individuo e Sociedade- SAIS.

Resumo

Objetivou-se nesta pesquisa qualitativa identificar ações de humanização nas práticas de grupo realizadas pelo NASF de um município mineiro, na perspectiva do usuário. Os dados foram coletados por meio de entrevistas conduzidas com base num roteiro semiestruturado e analisados segundo a técnica “Análise de conteúdo” de Bardin. Os usuários mostraram-se satisfeitos com a relação de vínculo e humanização advindos da participação nas práticas de grupo motivados pelos benefícios terapêuticos e sociais. Concluiu-se que foram identificadas ações de humanização advindas da participação nas práticas de grupo, evidenciando que a equipe estudada atua em consonância com as diretrizes da PNH.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Acolhimento. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Abstract

The objective of this qualitative research was to identify humanization actions in the group practices carried out by the NASF of a Minas Gerais municipality, from the perspective of the user. Data were collected through interviews conducted on the basis of a semi-structured script and analyzed according to the technique “Analysis of content” by Bardin. Users were satisfied with the relationship of bonding and humanization resulting from participation in group practices motivated by therapeutic and social benefits. It was concluded that humanization actions resulting from participation in group practices were identified, evidencing that the team studied works in accordance with the HNP guidelines.

Key- words: Humanization of care. Welcome. Family Health Support Center.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um conjunto de conhecimentos tecnológicos, técnicos e práticos, que compreendem cuidados fundamentais à saúde garantida a todas as pessoas. Portanto, a APS é considerada como o primeiro nível de contato com os serviços,

consistindo no início do processo hierarquizado de atenção (BRASIL, 2010).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção e a atenção à saúde vêm passando por transformações políticas, econômicas e socioculturais. Sendo assim, foi implantada a partir de 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um modelo de reorganização e fortalecimento da atenção básica à saúde, buscando consolidar as intervenções voltadas à promoção e educação em saúde, ampliar o acesso aos serviços de saúde e consolidar o princípio da integralidade nas práticas de cuidado. A implantação das atividades multiprofissionais e não médicas no âmbito da atenção primária tiveram início em 2005, objetivando a interdisciplinaridade das ações, construindo de forma coletiva práticas de saúde baseadas na identificação do perfil de uma comunidade (BRASIL, 2008).

Na busca pela integralidade os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram instituídos em 2008 pelo Ministério da Saúde, objetivando fortalecer e ampliar as ações das equipes que atuam na ESF (BRASIL, 2008), bem como otimizar as ações de promoção e atenção à saúde da comunidade, em conjunto com as ações da ESF a que se vinculam (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Assim, em contraste com o modelo convencional de prestação de cuidados que priorizam a assistência curativa, especialista e individualista, o NASF, de forma geral deve buscar, juntamente das ESF, a efetivação do cuidado integral em complementaridade das ações de promoção, prevenção, reabilitação, acolhimento, e humanização da atenção, visando ao acompanhamento longitudinal dos usuários (BRASIL, 2009).

Visando cumprir as ações estabelecidas, o NASF desenvolve atividades multiprofissionais voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida dos usuários, destacando-se dentre estas, as práticas de grupo. Segundo Silva et al (2003) estas práticas são consideradas recursos importantes para a assistência em saúde, uma vez que podem contribuir para possibilitar mudanças na percepção e responsabilização da própria saúde, melhorando a qualidade de vida e ampliando os laços entre usuário e unidade de saúde, visto que o contato com saberes coletivos estimula o profissional na elaboração de estratégias resolutivas, proporcionando assim uma prática mais humanizada.

A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, que instituiu o NASF, traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Práticas Integrativas e Complementares; de Humanização em Saúde, dentre outras (BRASIL, 2010).

No campo da saúde há necessidade da participação e atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e co-responsáveis no processo de produção da saúde. Para efetivar os princípios estabelecidos pelo SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificar a saúde pública no Brasil, bem como incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários foi implementada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH). A comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (MARTINS; LUZIO, 2017).

A Política Nacional de Humanização (PNH) considera o acolhimento como um dos processos na constituição de práticas de produção e promoção à saúde. O acolhimento é um conceito constantemente utilizado para expressar as relações que se firmam entre usuário e profissionais na atenção à saúde. Contudo, isto não se trata apenas de uma relação de prestação de serviço, além disso, o acolhimento diz respeito a uma relação cidadã, humanizada, de escuta qualificada. É, portanto, relacionado ao vínculo entre usuário e serviço de saúde, na perspectiva de resolubilidade do atendimento e adequação do mesmo à realidade e necessidades da comunidade (BRASIL, 2010b).

Visando efetivar a PNH nos serviços de saúde, o NASF busca atuar numa perspectiva que compreenda o usuário em todas as suas dimensões e redes de relação (BRASIL, 2010). Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar ações de humanização nas práticas de grupo realizadas pelo NASF de um município mineiro de médio porte, na perspectiva do usuário.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa gera informações ricas e detalhadas, que possibilita manter intactas as perspectivas dos participantes, possibilitando uma compreensão do comportamento e suas manifestações, em um determinado contexto, responde a questões específicas (MINAYO, 2014).

Esta pesquisa foi realizada no município de Governador Valadares, situado no leste do Estado de Minas Gerais com uma população de aproximadamente 276.995 habitantes, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0,727 (BRASIL, 2010). Este município é cidade polo da região ampliada de saúde, atuando na gestão plena. Possui 61 equipes de ESF implantadas, o

que representa uma cobertura populacional de 74,92% e 11 equipes de NASF tipo 1 (BRASIL, 2018).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi implantado neste município em junho de 2008 através da portaria nº 1.616. À época da realização deste estudo (2016), o município possuía 08 equipes do NASF com 06 áreas profissionais de atuação: Nutricionista (2), Fisioterapeuta (4), Farmacêutico (3), Assistente Social (4), Educador Físico (4) e Psicólogo (4) totalizando 21 profissionais atendendo a 35 ESFs. Cada equipe apoiava em média 05 ESFs.

O universo da amostra foi constituído pelos usuários assistidos por uma das 08 equipes do NASF atuantes em Governador Valadares. A escolha deste NASF foi fundamentada com base na atuação da equipe no município, desde sua implantação em 2008, por apresentar maior número de usuários inseridos nas atividades multidisciplinares e com vínculo consolidado com as comunidades assistidas.

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários cadastrados nas ESFs assistidas pelo NASF escolhido. Os critérios utilizados para inclusão na amostra foram: indivíduos de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade, que participavam há pelo menos seis meses em um dos grupos de atividades, que se dispusessem a participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para a seleção dos sujeitos, o pesquisador consultou os profissionais do NASF responsáveis pelos grupos. Estes indicaram os usuários que eram mais assíduos nos grupos e que possivelmente se interessariam em participar da pesquisa. Aqueles sujeitos que aceitaram foram incluídos na amostra. Sendo assim, participaram do estudo 27 usuários, que integravam os diversos grupos de atividades desenvolvidas em cinco (05) Estratégias de Saúde da Família apoiadas pela equipe do NASF escolhida para o estudo.

Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista com roteiro semiestruturado. Além de uma breve caracterização sócio demográfica dos usuários, o roteiro de entrevista versou sobre os temas: motivação para participação nas atividades de grupo, benefícios e satisfação advindos da participação nas atividades de grupo, relação com os profissionais.

Visando testar o roteiro de entrevista e assegurar fidelidade na coleta dos dados, um estudo piloto foi realizado. Foram entrevistados 07 usuários participantes de grupos ofertados pelo NASF em estudo, porém estes não foram incluídos no estudo principal. O projeto piloto permitiu avaliar e adequar o roteiro de entrevista desenvolvido para este estudo. Os dados trabalhados neste estudo

foram coletados no período de setembro a outubro de 2016.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, individualmente no mesmo local em que as práticas de grupo ocorriam. Dentro do possível, buscava-se uma área reservada visando maior privacidade e sigilo das informações, bem como objetivando não interferir na rotina das atividades. Os usuários foram abordados antes do início das práticas e aqueles que concordaram em participar, a entrevista foi agendada conforme disponibilidade do mesmo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas imediatamente pelos pesquisadores.

Para a apuração dos discursos das participantes, foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (BARDIN, 2009). Após a transcrição, foi feita uma leitura exaustiva do material, buscando-se estabelecer as categorias emergentes das falas em relação aos assuntos tratados na entrevista. A análise do material foi realizada buscando-se identificar recorrências e semelhanças em relação a cada tópico da entrevista. 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.

O presente estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-UNIVALE), sob número de protocolo 569.152. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando os objetivos da pesquisa e esclarecendo seus direitos.

Resultados e discussão

Os resultados apresentados se referem à análise de 27 entrevistas. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (77,7%), casada (70,3%) e possuíam o ensino fundamental incompleto. Este fato pode estar relacionado ao maior cuidado que as mulheres têm com sua saúde em comparação aos homens, bem como diferenças de atitude em relação ao controle e tratamento das doenças.

O predomínio de mulheres participantes nas práticas de grupo pode se dar ao fato da maior inclinação ao autocuidado, assim como uma melhor percepção acerca do estado saúde-doença, buscando com mais frequência auxílio para si e seu lar (LIMA et al., 2011).

A faixa etária dos usuários variou entre 36 e 82 anos, não apresentando diferença entre adultos e idosos.

À época do estudo, grande parte dos mesmos encontrava-se desempregada, seguido de um elevado número de aposentados. Acredita-se que este perfil também possa ter possibilitado a participação destes usuários nos diferentes grupos ofertados pelo NASF.

Quando questionados sobre a motivação para a participação nas práticas de grupo ofertadas pelo NASF, evidenciou-se que a busca pela melhoria da saúde e convívio social foram os fatores mais citados:

"... entrei em depressão, aí eu comecei a vim no grupo..." (E57)

"Ah, na época que eu entrei, em primeiro lugar eu sou diabética né [...] e eu estava precisando de uma coisa assim sabe, para distrair um pouco a cabeça." (E9)

"É por causa da minha enfermidade, por causa do problema de coluna, né?" (E2)

"Eu gosto de ficar no meio do povo, né?" (E24)

"Eu tinha muita dor nas perna.... Eu tinha um morro lá que eu subia, eu subia e num guentava de tanta dor que dava na perna..." (E16)

Os resultados do presente estudo em relação à motivação mostram-se em concordância com estudo realizado em um município da Paraíba, onde idosos participantes dos grupos de exercícios físicos do NASF citaram o convívio social e revigoramento físico como motivações para a permanência nas atividades, visto que se sentem acolhidos por outros usuários e pelo profissional (ANDRADE et al, 2014).

Conforme depoimentos, percebeu-se que os usuários, em sua maioria buscaram os serviços de saúde para a reabilitação de alguma doença ou agravo, e não para a prevenção. Assim, a melhoria da saúde já comprometida e a busca pela qualidade de vida mostrou-se como um dos principais fatores de motivação para participação nas atividades de grupo. Evidenciou-se ainda que o convívio com os demais participantes e o profissional responsável constituiu-se em um fator motivacional para permanência nas práticas de grupo.

Segundo Carvalho e Pedrosa (2015), a satisfação pode ser considerada uma expressão do contentamento de um indivíduo em relação a uma situação, serviço ou com outros indivíduos. Portanto, um indivíduo é satisfeito quando sua expectativa é alcançada.

Pode ser considerada também como um processo que exige a construção de vínculos e das condições que possam consolidar uma favorável relação paciente profissional/equipe de saúde. A satisfação está diretamente relacionada à adesão terapêutica, aos resultados dos cuidados, influenciando comportamentos de saúde e doença (CROW et al., 2002; ALBUQUERQUE; DEVEZA, 2009).

Quanto à satisfação e benefícios dos usuários na participação dos grupos, a diminuição de dores físicas/bem-estar foi um dos fatores mais mencionados, conforme revelado nas falas:

"Acabou a dor de cabeça e diminuiu a quantidade de medicamento" (E2)

"Pra mim foi muito bom, foi tão bom que eu não saí mais.

Trouxe alegria, prazer, me trouxe melhoria na minha saúde." (E8)

"Olha, melhorou a minha saúde, emagreci, controlou a diabetes, tá controlando a pressão, entendeu? Meu joelho tá doendo menos..." (E15)

"Dá um pouco mais de tranquilidade, e, saúde também, que mexe com a mente, né?" (E27)

A partir dos relatos identificou-se que os grupos, em sua maior parte, é composto por usuários com alguma patologia instalada. A diminuição de dores e do uso de medicamentos para o alívio das mesmas, resultou assim na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

O vínculo afetivo também foi citado como fator de satisfação dos usuários em relação à participação nas práticas de grupo. Na maioria dos depoimentos esse sentimento foi evidenciado pela amizade construída ao longo da participação nas práticas, tanto dos participantes entre si, como destes com os profissionais que as conduziam:

"A vantagem que eu tive? A vantagem que eu tive foi que eu arrumei muita amizade" (E15)

"Ahh, a gente faz amizades, né? E tem oportunidade de tá aqui, perto das pessoas, né? e eu

"E tem o grupo aqui também é muito bom, é muita amizade, novas amizades que a gente faz, né?" (E19)

"Familiar, mesma coisa de ser minhas filhas, meu pai, minha mãe" (E8)

"...ela trata a gente muito bem." (E2)*

"Ah, a nossa relação é ótima, é muito boa, uma pessoa super humana, super educada, tem paciência. Só dela ter paciência com a gente, né?" (E19)*

"Todo mundo aqui gosta dela! Não tem um que... Você pode perguntar todo mundo, não tem um que fala mal dela, né?" (E20)*

Para Pichon-Rivière (2005), os vínculos e trocas de experiências proporcionadas pela participação nos grupos mostram resultados positivos para os usuários, motivados por objetivos em comum, como doenças já instaladas ou a socialização, dado ao fato de que a participação permite que o usuário conheça mais de si e do outro durante as atividades.

A satisfação dos usuários está relacionada à possibilidade da quebra das relações verticais entre o profissional de saúde e o indivíduo, facilitando a expressão individual e coletiva das necessidades, circunstâncias e expectativas de vida que influenciam na saúde do sujeito ou de uma comunidade (BITTAR e LIMA 2011).

A criação de vínculos entre usuários e profissional compreende a integralidade do cuidado, visto que saúde não se define por um desarranjo no estado saúde-doença de um indivíduo ou uma população. A relação de respeito e escuta entre profissionais e usuários faz diferença na realização das práticas e ações de saúde, já que consiste em uma relação de respeito mútuo necessária para o desenvolvimento do trabalho (MEDEIROS et al., 2010). Após análise dos resultados deste estudo, percebeu-se que o atendimento humanizado e efetivo contribuiu para a melhoria do acesso, convivência e socialização dos usuários.

Segundo Lopes (2014), acolhimento e vínculo são palavras intimamente ligadas dentro da PNH, visto que o vínculo entre profissional/usuário estimula a autonomia do participante, promovendo sua participação durante a prestação de serviços e contribuindo para sua satisfação. É considerado uma postura ética que implica na escuta qualificada, e no reconhecimento do usuário como protagonista no processo saúde e doença (BAIÃO, 2014). O acolhimento tem se mostrado assim, uma ferramenta de inovação institucional proposta pela PNH, que tem qualificado e contribuído para a eficácia dos serviços da APS.

Nos depoimentos dos usuários ficou evidente que o processo de trabalho da equipe do NASF estudado compreende uma prática humanizada, onde o usuário é ouvido e reconhecido pelo nome, estando em conformidade com os pressupostos da PNH. O acolhimento, o bom relacionamento estabelecido a partir de uma relação horizontal entre profissional e usuários, bem como a satisfação diante do atendimento de suas necessidades de saúde, resultou em uma maior adesão ao tratamento e permanência nos grupos.

A humanização como política pública deve criar espaços de construção e troca de saberes, com foco nos trabalhos em equipe. Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde (BENEVIDES, PASSOS, 2005).

Conclusão

Neste estudo percebeu-se que o acolhimento aos usuários constitui uma prática da equipe do NASF, e contribuiu para o fortalecimento de vínculos e atendimento das expectativas e necessidades dos usuários.

A partir dos depoimentos dos usuários concluiu-se que ações de humanização estão presentes nas práticas de grupo ofertadas pela equipe do NASF estudada, estando em conformidade com os pressupostos da PNH. Estas ações se traduzem no acolhimento dos usuários e fortalecimento de vínculo entre usuários e profissionais.

Referências

ALBUQUERQUE, A. B., DEVEZA, M. Adesão ao tratamento na prática do Médico de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: **Promef-Artmed**; v. 3 n.4, p. 41-72, 2009.

ANDRADE, A. N. et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 39-48, 2014.

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

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família**. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde / Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

BAIÃO, B. S. et al. Acolhimento Humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. **Revista APS**; v. 17, n. 3, p. 291 – 302, 2014.

- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.
- BENEVIDES, R., PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BITTAR, C.; LIMA, L.C.V. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 101-118, jun. 2012.
- CARVALHO A. P., PEDROSA E. M. Satisfação dos usuários com o acolhimento implantado em uma unidade de saúde da família. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, [S.l.], v.1, n. 1, p.37- 42, 2015.
- CROW, R. et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. **Health Technol Assess**, [S.l.], v. 6, n. 32, p.1-10, 2002.
- LIMA, L .M., et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS); v. 32, n. 2, p. 323-9, 2011.
- LOPES, A. D. Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na estratégia saúde da família. 110f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- MARTINS, C. P., LUZIO, C.A. Política Humaniza SUS: ancorar um navio no espaço. **Comunicação Saúde Educação**; v. 21, n. 60, p.13-22, 2017.
- MEDEIROS, F.A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**, v.12, n.3, p.402-413, 2010.
- MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da Saúde (CUSC)**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.
- PICHON-RIVIÈRE E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- SILVA, A.L.A.C. et al. Atividades Grupais em Saúde: Características, Possibilidades e Limites. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v.11; p.18-24, 2003.

Endereço para correspondência:

Melissa Nathielle de Lima Souza

Melissanaty10@hotmail.com

(33) 98419-7411

Assistência odontológica domiciliar: Paope itinerante

Bruna Batista Laender*
Bruna Delamanche Campos Souza*
Emanuel Victor Ramos Lemos*
Kleyton Lacerda Valverde*
Rhiane Ferreira Vieira*
Tamiles Sousa Mendes*
Mylene Quintela Lucca**

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

**Professora da disciplina de Odontopediatria do Curso de Odontologia do Núcleo da Saúde/UNIVALE. Especialista em Odontopediatria e Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), Mestre em Saúde Coletiva e Doutorado em Odontopediatria.

Resumo

Assistência domiciliar é definida como um serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe inter-profissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Objetivo deste estudo foi conhecer os aspectos sociais, demográficos e de saúde das pessoas assistidas no projeto PAOPE Itinerante/UNIVALE no período de 2011 a 2017. As variáveis estudadas foram sexo, idade, uso de prótese, necessidade de tratamento odontológico, doenças sistêmicas, deficiência neuromotora e mental apresentadas pelos participantes, além dos procedimentos odontológicos realizados. Os resultados revelaram que a maioria dos participantes era do sexo feminino, na faixa etária de 18 a 59 anos de idade, e as doenças mais frequentes foram a hipertensão e a deficiência física. Quanto à saúde bucal, a maioria dos participantes já teve perda de algum elemento dentário e não usam nenhum tipo de prótese. Todos os participantes receberam orientações sobre saúde bucal e exame clínico intra-oral e os procedimentos odontológicos mais realizados foram raspagem dentária e exodontias.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Odontologia. Saúde da Família.

Abstract

Home care is defined as a service in which health actions are developed at the patient's home by an inter-professional team, based on the diagnosis of the reality in which it is inserted, as well as its potentials and limitations. The objective of this study was to know the social, demographic and health aspects of people assisted in the PAOPE Itinerant / UNIVALE project from 2011 to 2017. The studied variables were sex, age, use of prosthesis, need for dental treatment, systemic diseases, neuromotor and mental deficiency presented by the participants, in addition to the dental procedures performed. The results showed that the majority of the participants were female, in the age group of 18 to 59 years of age, and the most frequent diseases were hypertension and physical disability.

lity. Regarding oral health, the majority of the participants had already lost some dental element and did not use any type of prosthesis. All participants received guidance on oral health and intra-oral clinical examination and the most frequent dental procedures were dental scraping and exodontia.

Key-words: Home care. Dentistry. Family Health.

Introdução

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente, datando da última década do século XX. Essa modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Assistência domiciliária é definida como um serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe Interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde, além do desenvolvimento e adaptação de suas funções, a fim de favorecer o reestabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia (BASTOS; LEMOS; MELLO, 2007).

Na formação acadêmica e de pós-graduação em odontologia no Brasil, pouco se transmite a respeito do atendimento odontológico a pacientes especiais e geriátricos, negligenciando suas peculiaridades e necessidades, colocando-os a mercê de profissionais que, apesar de bem intencionados, não possuem um conhecimento específico para atender essa população com segurança (MIRANDA; MONTENEGRO, 2014).

Nesse contexto, no ano de 2011, a Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, amplia o campo de atuação do Programa Polo Integrado de Assistência Odontológica ao Paciente Especial – PAOPE (1995), com um projeto extramuros multidisciplinar, visando alcançar pessoas acamadas ou domiciliadas, denominado PAOPE Itinerante, buscando fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da qualidade de vida, bem como na prevenção da ruptura dos vínculos familiares e comunitários (Projeto PAOPE/UNIVALE).

Este estudo tem como objetivo conhecer os aspectos sociais, demográficos e de saúde das pessoas assistidas no projeto PAOPE Itinerante/UNIVALE no período

de 2011 a 2017.

Revisão da Literatura

A visita domiciliar é um instrumento muito importante, havendo duas formas de visita. A primeira forma é a visita domiciliar fim, com objetivos específicos de atuação, como a atenção domiciliar terapêutica e visita a pacientes acamados. E a segunda forma é a visita domiciliar meio, na qual se realiza a busca ativa em demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde, através da educação em saúde mais individualizada (BARRROS, et al., 2006).

De acordo com Souza e Caldas (2008), o atendimento domiciliário contribui significativamente para o cuidado do idoso na comunidade, representando uma estratégia vantajosa, pois, além de humanizar o atendimento, diminui os custos da atenção por meio de altas precoces e proporciona um tratamento mais adequado ao paciente, seu cuidador e família.

Inicialmente as Visitas domiciliares eram centralizadas em um único profissional da área de saúde, o qual assumia por completo a assistência ao paciente, mas atualmente profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas atuam conjuntamente, formando uma equipe interdisciplinar e compartilhando a assistência e as responsabilidades. E graças a essa interdisciplinaridade, aproveita-se o conhecimento específico de cada profissional em sua área, e a atenção dispensada ao paciente torna-se integrada (BARROS, et al., 2006)

Com as transformações sociais no modo de organização da família, da economia e da sociedade, torna-se necessária a criação de uma rede de assistência domiciliar que possa apoiar os serviços de atenção primária em relação aos cuidados da população idosa, comprometida em sua independência devido às doenças crônicas-degenerativas (POZZOLI, 2012).

De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações), uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para uma em cada cinco por volta de 2050. O Brasil apresenta 21,58% da população com idade acima de 60 anos ou mais e a expectativa de vida ao nascer deverá alcançar os 81,29 anos em 2050 (IBGE, 2010).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo fisiológico que se inicia na concepção e perdura ao longo de toda a vida, configurando-se como individual e único, influenciado por vários fatores tais como ambiente, genética, cultura, estilo de vida, fatores

de atenção e atividades de promoção de saúde (ROACH, 2003).

Com o passar do tempo o desgaste do corpo é inevitável, sendo que à medida que a idade avança, o adocimento ocorre com mais facilidade e a recuperação é mais lenta. Em geral as doenças nos idosos são crônicas e múltiplas, exigindo intervenção contínua de equipe multidisciplinar. Lidar com essas questões faz parte das várias habilidades que os profissionais devem estar aptos a desenvolver quando se propõem a cuidar de idosos (MARQUES; FREITAS, 2009).

Buscando responder à questão se o atendimento domiciliar ao idoso é um problema ou solução, os pesquisadores Floriani e Schramm (2004) concluíram que é necessário o maior direcionamento ético na implantação do atendimento domiciliar, com política de proteção ao paciente, à família e ao cuidador visando aperfeiçoar a qualidade dos programas oferecidos.

Ao analisar os aspectos, sociais e de saúde de idosos acamados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, Marques e Freitas (2009) observaram que os assistidos eram em sua maioria mulheres (86%), predominantemente na faixa etária entre 75 a 84 anos de idade. Os principais motivos para solicitação de atendimento domiciliar eram as doenças crônicas não transmissíveis e suas sequelas, e uma das dificuldades geradoras de ansiedade na família estava relacionada à obtenção de transporte para deslocamento do acamado até os serviços de saúde. Consideraram ainda que o estabelecimento de parcerias entre universidades e UBS promove espaço de integração para formação de recursos humanos, qualificação de profissionais e de processo de trabalho além de incentivo à produção científica.

Atenção Odontológica Domiciliar

Realizar a odontologia domiciliar com responsabilidade e respeito à dignidade do paciente é estender os padrões de competências do cirurgião-dentista, pois se muda do confortável gabinete odontológico para ambientes de atendimento sempre diferentes. Entretanto, o cirurgião dentista (CD) deve efetuar suas tarefas técnicas da melhor forma,

suplantando todas as dificuldades físicas e de comunicação possíveis, no intuito de proporcionar uma saúde bucal que venha a ajudar no bojo integral da recuperação da saúde geral dos pacientes (MIRANDA; MONTENEGRO, 2014).

A atividade odontológica voltada ao atendimento domiciliar cuida de indivíduos que não poderiam, de outra forma, receber tratamentos adequados na odontologia; e compreende principalmente os idosos e aque-

les indivíduos considerados “pacientes com necessidades especiais” (TEDESCHI-OLIVEIRA, 2004).

As vantagens do atendimento odontológico domiciliar para o paciente idoso e seus familiares são a acessibilidade ao tratamento dentro do seu âmbito residencial e no controle do próprio hospital, favorecendo ao aumento da autoestima e a segurança de um atendimento no próprio ambiente domiciliar/hospitalar. Enquanto as desvantagens estão relacionadas a um serviço pouco conhecido, falta de ergonomia do profissional, número restrito de procedimentos clínicos a serem realizados e grande limitação de profissionais com competência e habilidades para esse tipo de tratamento diferenciado (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2014).

Reis e Marcelo (2005) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer a percepção de idosos quanto à velhice e à sua saúde bucal. Foram entrevistados 30 idosos sendo que 20 dos participantes eram de instituições de longa permanência e 10 deles pertenciam a grupos de terceira idade. Os resultados mostraram que a feminilização é uma realidade no grupo pesquisado e que a velhice é percebida de maneira diversa entre os idosos, existindo ideias positivas e negativas. A percepção da saúde bucal está ligada a aspectos físicos, subjetivos e sociais.

Com o objetivo de analisar os aspectos sócio-demográficos e as condições de saúde bucal de idosos restritos ao domicílio em um bairro da periferia do município de Londrina (PR), Mesas; Trelha e Azevedo, (2008), selecionaram 43 idosos que foram submetidos a uma entrevista e ao exame clínico odontológico. Os resultados revelaram que a maioria era do sexo feminino (79,1 %) e com idade média de 74,1 anos (DP 7,5) e quanto a necessidade de atendimento odontológico, 42,2 % referiram que não percebiam essa necessidade no momento. O uso de prótese total removível foi verificado em 67,4% dos participantes e entre os edêntulos 13, 9% não utilizavam.

De acordo com Miranda e Montenegro, (2014), a realização de procedimentos clínicos como escovação dentária assistida, orientação de higiene bucal aos cuidadores,

uso da escova elétrica, fluoroterapia e restaurações com ionômero de vidro, são algumas medidas preventivas, de adequação do meio bucal e ações odontológicas menos invasivas, que devem ser realizadas em ambiente domiciliar.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Foram analisados os prontuários de 46 in-

divíduos domiciliados, assistidos pelo projeto PAOPE Itinerante, no período de 2011 a 2017. As variáveis estudadas foram sexo, idade, uso de prótese, necessidade de tratamento odontológico, doenças sistêmicas, deficiência neuromotora e mental apresentadas pelos participantes, além dos procedimentos odontológicos realizados.

A análise dos dados coletados foi realizada no programa EXCEL, e os resultados foram expressos em termos de frequência relativa e absoluta das respostas.

Resultados

Os resultados das análises referentes aos dados sócio-demográficos mostraram que a maioria dos participantes desse estudo é do sexo feminino (52%) e estavam na faixa etária entre 18 a 59 anos de idade (33%). Quanto ao estado geral de saúde, as doenças mais frequentes foram a hipertensão (33%) e a deficiência física (28%) sendo que apenas 5% das pessoas domiciliadas foram diagnosticadas com deficiência mental. (Tabela 01)

Tabela 1 – Aspectos sócio-demográficos e estado geral de saúde apresentados pelos usuários do PAOPE – Itinerante (2011 a 2017).

Geral		
	Absoluto	Relativo
Sexo		
Masculino	22	48%
Feminino	24	52%
Idade (Anos)		
18 a 59 anos	15	33%
60 a 70 anos	10	22%
71 a 80 anos	7	15%
81 anos a +	14	30%
Doenças Sistêmicas		
AVC	9	20%
Hipertensão	15	33%
Diabetes	6	13%
Deficiências Neuromotoras		
Deficiência Física	13	28%
Paralisia Cerebral	2	4%
Deficiência Mental		
DM	5	11%
Prontuários analisados		
Total	46	

Fonte: PAOPE Itinerante

Quanto às condições de saúde bucal, os resultados revelaram que 89% dos participantes já tiveram perdas dentárias, e dentre eles 52% não utilizam nenhum tipo de prótese e ainda que 80% da amostra total têm necessidade de tratamento odontológico. Com relação aos procedimentos, foi realizado o exame clínico e orientações sobre sua condição de saúde bucal em todos os indivíduos visitados e as intervenções mais frequentes foram raspagens supra e subgingival (22%) e exodontias (15%). (Tabela 02)

Tabela 2 – Uso de prótese, necessidade de tratamento e procedimentos odontológicos.

Dados	Absoluto	Relativo
Uso de Prótese		
Não usa prótese	24	52%
Usa prótese	17	37%
Necessidade de tratamento		
Sim	37	80%
Não	9	20%
Procedimentos Odontológicos		
Raspagem supra e subgingival)	10	22%
Restaurações	5	11%
Exodontia	7	15%
Endodontia	1	2%
Prótese	2	4%
Exame Clínico e Orientações SB	46	100%

Fonte: PAOPE Itinerante

Discussão

A assistência domiciliar passou a ser pauta da discussão das políticas de saúde principalmente pelo auto custo das internações hospitalares. Apesar das dificuldades em efetuar as ações necessárias para a promoção de saúde dos indivíduos domiciliados, as vantagens relacionadas a esta prestação de serviço é frequentemente citada na literatura (FLORIANI; SCHRAMM, 2004; MIRANDA; MONTENEGRO, 2014; BASTOS; LEMOS; MELLO, 2007; BRUNETTI; MONTENEGRO, 2014; SOUZA; CALDAS, 2008). Entretanto, apesar de reconhecer essas vantagens Brunetti e Montenegro, (2014), citam algumas desvantagens relacionadas ao atendimento odontológico domiciliar como falta de ergonomia do profissional, procedimentos clínicos res-

tritos e limitação profissional relacionada às suas competências e habilidades.

Os pesquisadores consultados foram unânimes em apresentar as pessoas idosas como principais beneficiadas pela atenção domiciliar (SOUZA; CALDAS, 2008; POZZOLI, 2012; FLORIANI; SCHRAMM, 2004; BRUNETTI; MONTENEGRO, 2014). No entanto, a maioria dos indivíduos domiciliados que foram assistidos no projeto PAOPE Itinerante tinha idade inferior a 60 anos.

A população assistida nos estudos de Mesas; Trelha e Azevedo (2008) e Marques e Freitas (2009) tinha idade média de 74,1 anos e faixa etária de 75 a 84 anos de idade respectivamente, diferentemente do projeto PAOPE, onde a maior parte dos usuários (33%) estavam na faixa etária entre 18 a 59 anos de idade e média de 65,52 anos.

Os resultados dessa pesquisa revelaram que 52% dos participantes eram mulheres, corroborando com os estudos de Reis e Marcelo (2015), Mesas; Trelha e Azevedo (2008); Marques e Freitas (2009).

A necessidade de tratamento odontológico registrada nos prontuários analisados foi de 80% e o uso de prótese foi verificado em 37% dos casos; no entanto, 42,2% da população analisada por Mesas; Trelha e Azevedo (2008), não percebiam a necessidade de tratamento e o uso de prótese total removível foi verificado em 67,4% dos mesmos.

De acordo com Miranda e Montenegro (2014), ações educativas e preventivas devem ser realizadas em ambiente domiciliar, que também foram desenvolvidas em 100% dos participantes do projeto PAOPE. Além destes, a equipe de profissionais realizaram um número significativo de procedimentos periodontais (22%), cirúrgicos (15%), restauradores (11%), protéticos (4%) e endodônticos (2%).

Conclusões

Ao término deste estudo sobre a população assistida pelo PAOPE Itinerante no período de 2011 a 2015, concluiu-se que:

- A maioria dos participantes era do sexo feminino e estava na faixa etária entre 18 a 59 anos de idade.
- A doença mais frequente foi a hipertensão.
- Grande parte da população estudada apresentou perda de algum elemento dentário e não usava prótese.

- Necessidade de tratamento odontológico foi observada na maioria dos usuários e os procedimentos mais realizados foram raspagens dentárias e exodontias.

Referências

BARROS, G. B. et al. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. **Saúde.com**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 135-142, 2006.

BASTOS, C. C.; LEMOS, N. D.; MELLO, A. N. Perfil clínico-demográfico dos pacientes inseridos em um programa de assistência domiciliar no município de São Paulo. **Kairós**, v. 10, n. 2, p. 205-224, 2007.

DE SOUZA, I. R.; CALDAS, C. P. Atendimento domiciliário gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade. **RBPS**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 61-68, 2008.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 986-994, jul./ago. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE- Disponível em < <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/Dadosobreo-envelhecimento-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. DE ALMEIDA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43 n. 4, p. 6, dezembro. 2009.

MESAS, A. E.; TRELHA, C. S.; DE AZEVEDO, M. J. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008.

MIRANDA, A. F.; MONTENEGRO, F. L. B. O cirurgião-dentista como parte integrante de uma equipe multidisciplinar no atendimento aos idosos. **Paul Odontol**, Rio de Janeiro, p. 15-19, jul/set. 2014.

POZZOLI, S. M. L. Assistência domiciliar no apoio aos

idosos portadores de dependência: uma reflexão sobre sua aplicação na atenção primária. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 8, p. 155-167, dez. 2012.

Programa Polo Integrado de Assistência Odontológica ao Paciente Especial (Programa PAOPE). Modalidade Itinerante- Atendimento Domiciliar. Governador Valadares, 2013, p. 10.

REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 191-199, jan./mar., 2006.

ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 181-189, 2013.

ROACH, S. S. Introdução a enfermagem gerontológica. **Guanabara Koogan**, Rio de Janeiro, 2003, p. 351.

TEDESCHI-OLIVEIRA, S. V.; MELANI, R. F. H. Atendimento odontológico domiciliar: considerações técnicas, legais e éticas. **Revista UNINGÁ, Maringá – PR**, São Paulo, n. 14, p. 117-128, out./dez. 2007.

Endereço para correspondência:

Bruna Delamanche Campos Souza
Rua 24, nº 203, Ap 2301 Bairro Santos Dumont.
Governador Valadares– MG
CEP 35022-300
Tel.: (33) 33518069, 988265483
E-mail: brunacampos9611@hotmail.com

Tratamento ortodôntico-cirúrgico da má oclusão classe III esquelética: Relato de caso

Guilherme Marigo*
Ricardo Axer Avelino*
Marcelo Marigo*
Samuel Oliveira de Souza Júnior **
Renan Michel Oliveira Cunha**
Kézia Kerr de Souza***

* Professor do Curso de Especialização em Ortodontia da UNIVALE.

** Aluno do Curso de Especialização em Ortodontia da UNIVALE

*** Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE.

Resumo

A má oclusão Classe III é caracterizada pelo posicionamento mais anterior da mandíbula em relação à maxila, sendo que a discrepância pode ser causada pela deficiência anterior da maxila, prognatismo mandibular excessivo ou a combinação de ambos. O aspecto facial fica comprometido nesses pacientes, sendo esse um dos fatores que os motivam a procurar o tratamento ortodôntico. Os principais objetivos da cirurgia ortognática são obter oclusão normal e melhorar a estética facial. O tratamento da má oclusão III em adultos é limitado. As opções podem recair sobre um tratamento compensatório ou ortodôntico-cirúrgico. O presente trabalho tem como objetivo relatar por meio de um caso clínico, o tratamento orto-cirúrgico da má oclusão Classe III esquelética. O tratamento orto-cirúrgico da má oclusão de Classe III esquelética tem boa aceitação entre os pacientes que buscam a correção do problema devido ao impacto existente na estética facial. Neste relato de caso clínico, os resultados do tratamento executado atenderam às expectativas planejadas tanto do ponto de vista oclusal (estético e funcional), quanto facial. A paciente relatou satisfação com o resultado, melhorando consideravelmente sua autoestima.

Introdução

A má oclusão Classe III de Angle é caracterizada pelo posicionamento mais anterior da mandíbula em relação à maxila, sendo que a discrepância pode ser causada pela deficiência de crescimento da maxila, por prognatismo mandibular excessivo ou pela combinação de ambos. Em geral, o aspecto facial fica comprometido, sendo justamente esse fator, na maioria das vezes que motiva o paciente a procurar o tratamento (BOECK et al. 2006; FURQUIM et al. 2014).

O tratamento ortodôntico-cirúrgico da má oclusão classe III é limitado e envolve um planejamento multidisciplinar que promova benefícios funcionais e estéticos do complexo maxilo mandibular. Uma das opções de tratamento é o compensatório ou combinado, isto é, o tratamento ortodôntico-cirúrgico, que pode envolver o avanço da maxila, o recuo da mandíbula ou a combinação de ambos. Para isso, é necessário o trabalho

conjunto do Ortodontista e do Cirurgião bucomaxilofacial com um diagnóstico preciso, preparo ortodôntico eficiente e cirurgia bem executada, a fim de reestabelecer a harmonia dento-facial (FURQUIM et al. 2014, JANSON e MARANHÃO, 2017).

Os principais objetivos do tratamento ortodôntico-cirúrgico são: obter uma oclusão normal, melhorar a estética facial e buscar equilíbrio dos tecidos moles da face. Além disso, obter melhora funcional na mastigação, fonação e respiração (BRUNHARO, 2013; FURQUIM et al. 2014, JANSON e MARANHÃO, 2017).

O presente trabalho tem como objetivo relatar por meio de um caso clínico, o tratamento ortodôntico-cirúrgico da má oclusão Classe III esquelética.

Revisão de literatura

Estudos realizados para identificar as características etiológicas desta má oclusão mostraram que a deformidade não se restringe aos maxilares, mas envolve o complexo craniofacial total. A maioria dos indivíduos com má oclusão Classe III tem combinações de componentes esqueléticos e dento-alveolares. Os fatores que contribuem para a anomalia são complexos (FURQUIM et al. 2014, JANSON e MARANHÃO, 2017).

No tratamento da má oclusão Classe III esquelética, pode ser difícil alcançar um excelente resultado oclusal somente com tratamento ortodôntico e manter uma oclusão pós-tratamento estável. Existem, normalmente, três opções de tratamento para a má oclusão Classe III esquelética: modificação do crescimento, compensação dento-alveolar e cirurgia ortognática (FURQUIM et al. 2014).

As discrepâncias oclusais e deformidades dento-faciais moderadas e graves em adultos geralmente requerem tratamento combinado com Ortodontia e Cirurgia Ortognática para obter resultados ótimos, estáveis, funcionais e estéticos (ARAÚJO et al., 2000; FURQUIM et al. 2014).

Os objetivos básicos da Ortodontia e da Cirurgia Ortognática são atender às queixas dos pacientes, estabelecer resultados funcionais satisfatórios e promover bons resultados estéticos. Para conseguir isso, o Ortodontista e o Cirurgião devem ser capazes de diagnosticar corretamente as deformidades dento-esqueléticas e estabelecer um plano de tratamento adequado (BRUNHARO, 2013; FURQUIM et al. 2014). O objetivo primário do tratamento ortodôntico é corrigir os problemas dento-alveolares, associados com a má oclusão, enquanto o tratamento ortodôntico-cirúrgico tem como

objetivo a correção dos problemas esqueléticos (JANSON et al. 2017).

O tratamento geralmente consiste em uma abordagem compensatória ou ortodôntica-cirúrgica, mas os resultados nem sempre são previsíveis. Em alguns casos, o paciente opta por intervenções menos invasivas. Nessas situações, uma opção é o tratamento compensatório com extrações, que também proporciona bons resultados estéticos oclusais e aceitáveis, com boa estabilidade. Uma abordagem compensatória também é indicada quando o paciente não apresenta queixas estéticas e a discrepância esquelética anteroposterior não é severo. Entretanto, em casos com grandes discrepâncias verticais e anteroposteriores esqueléticas, o tratamento ortodôntico associado à abordagem cirúrgica pode ser a melhor opção de tratamento (JANSON e MARANHÃO, 2017).

O tratamento cirúrgico da má oclusão Classe III inclui, na maioria dos casos, retrusão mandibular, protrusão maxilar ou uma combinação de ambos. A rotação mandibular no sentido horário também pode fornecer o mesmo resultado que a retrusão mandibular, quando o aumento da altura da face anterior inferior é permitido (FURQUIM et al. 2014).

O preparo ortodôntico para tratamento cirúrgico do padrão esquelético de Classe III envolve o planejamento em conjunto com o cirurgião bucomaxilofacial, com o objetivo de solucionar as necessidades funcionais e estéticas do paciente. A fim de permitir a manipulação cirúrgica das bases ósseas, a obtenção de overjet negativo por meio da descompensação dos incisivos, na fase pré-cirúrgica, leva, com frequência, o ortodontista a optar pela exodontia dos primeiros pré-molares superiores. (BRUNHARO, 2013)

O tratamento orto-cirúrgico convencional para correção de deformidades dentofaciais abrange, após o diagnóstico e o plano de tratamento, uma fase de Ortodontia pré-cirúrgica, a cirurgia ortognática propriamente dita e uma fase de finalização ortodôntica (PROFFIT, 1995; JANSON e MARANHÃO, 2017).

O planejamento desta modalidade de tratamento requer a integração de todas as especialidades envolvidas no caso. Dessa forma, quando se opta por tratar uma deformidade dentofacial englobando a cirurgia ortognática, teremos pelo menos dois planejamentos distintos, porém consonantes: o ortodôntico e o cirúrgico. Por vezes, também é necessário incluir os tratamentos periodontal, protético e restaurador, entre outros (FURQUIM et al. 2014, JANSON e MARANHÃO, 2017).

Relato de caso clínico

A paciente M.F.M., 22 anos de idade, feoderma, apresentou-se ao exame facial, em que foi observado padrão mesofacial, com perfil côncavo, face assimétrica (Figura 1). No exame clínico e radiográfico, má oclusão Classe III de Angle com mordida cruzada anterior e posterior bilateral, caninos superiores inclusos e impactados, ectópicos transalveolares na região de incisivos, além de possuir agenesia do 25, apinhamento anterior, desvio da linha média superior para esquerda (2 mm), interferências oclusais diversas (Figura 2). Na análise cefalométrica constatou-se a presença de má oclusão Classe III esquelética com retrusão de maxila e protrusão mandibular (Figura 3).



Figura 1 – Fotografias extrabucais pré-tratamento.



Figura 2 – Fotografias intrabucais pré-tratamento.



Figura 3 – Telerradiografia pré-tratamento.

Foi planejado, diante do diagnóstico realizado, tratamento ortodôntico associado à cirurgia ortognática. Para execução do tratamento foi solicitado exodontia dos terceiros molares e dos caninos superiores (Figura 4), devido ao prognóstico desfavorável para tracionamento, e tendo em vista que para o caso, seria necessário a remoção de dois dentes no arco superior, geralmente os dentes de escolha seriam os primeiros pré-molares.

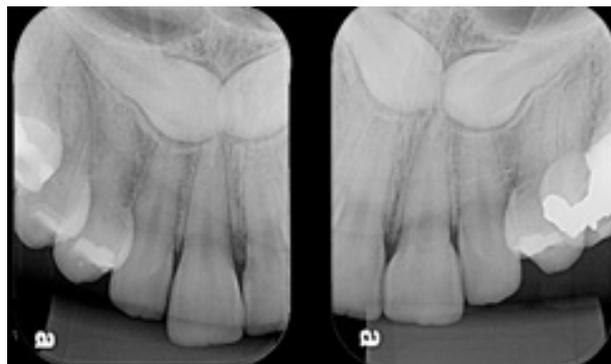


Figura 4 – Caninos inclusos, transalveolares.

O planejamento orto-cirúrgico foi elaborado após definição do plano de tratamento entre Ortodontista e Cirurgião Bucomaxilofacial. O fase ortodôntica, após análise de documentação completa, incluiu colagem de aparelho fixo, alinhamento e nivelamento dentário, expansão do arco superior e consequentemente preparo ortodôntico com finalidade cirúrgica. O dente 55 foi removido e planejado reabilitação com implante e prótese sobre implante na região da agenesia. O planejamento cirúrgico foi auxiliado por exames complementares por meio de tomografia computadorizada cone-beam do crânio (Figura 5) e planejamento virtual (Compass), que possibilitariam simulação dos movimentos a serem executados na cirurgia, facilitando diagnóstico e planejamento; além disso, permitia a confecção de guia cirúrgico prototipado. A fase cirúrgica foi planejada previa cirurgia combinada (maxila e mandíbula) com avanço de 4 mm da maxila e recuo de 3 mm da mandíbula do lado direito e 6 mm do lado esquerdo.

A fase ortodôntica pré-cirúrgica realiza durante alinhamento e nivelamento dentário, uma descompensação da má oclusão, corrigindo inclinações dentárias vestibulo-linguais e méso-distais, tornando assim, ainda mais evidente a discrepância esquelética sagital (Figura 6). Ainda neste momento, corrigem-se rotações e diastemas. Após estabelecimento dos torques e expansão do arco superior e coordenação de arcos, são avaliadas as possíveis interferências oclusais em modelos de gesso que simulam a posição final após cirurgia (Figura 7). Todas as interferências devem ser eliminadas por meio da

Ortodontia na fase pré-cirúrgica para que haja estabilidade oclusal após procedimento cirúrgico.

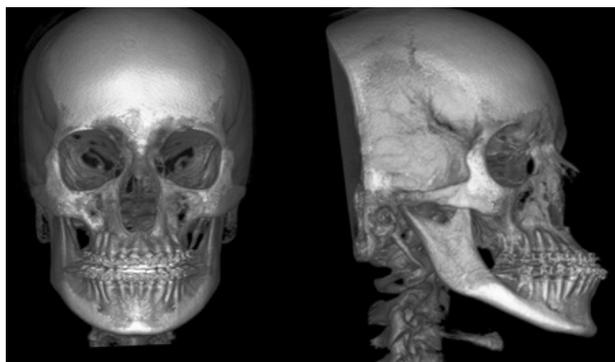


Figura 5 – Tomografia de crânio, planejamento virtual.



Figura 6 – Preparo ortodôntico, discrepância sagital evidenciada.



Figura 7 – Modelos pré-cirúrgicos.

A cirurgia ortognática é realizada sob anestesia geral. Primeiramente realizou-se um retalho mucoperiosteal de espessura total através de uma incisão horizontal retilínea que se estende da região de fundo de vestibulo da região do primeiro molar superior até a região do primeiro molar superior contralateral. Logo após, realizou-se uma osteotomia Le Fort I (Figura 8) e a seguir a fratura para deslocamento da maxila (Figura 9). A maxila sofreu avanço de 4mm e correção do YAW.

A seguir, foi realizada uma incisão mucoperiosteal de espessura total, promovendo acesso ao ramo e corpo mandibular. A osteotomia sagital foi realizada na mandíbula, que sofreu recuo de 3mm do lado direito e recuo de 6mm lado esquerdo. Não houve interferência no mento. As fixações ósseas foram realizadas com miniplacas e parafusos, sistema 2.0 (Figura 10).



Figura 8 e 9 – Osteotomia Le Fort I e fratura para deslocamento inferior da maxila para reposicionamento.



Figura 10 – Fixação da maxila e mandíbula, guia cirúrgico.

Após realização da cirurgia e o respeito ao devido tempo de fixação, a etapa seguinte foi de finalização ortodôntica, com objetivo de realizar pequenos ajuste oclusais, e reabilitação na região do 25 com implante e prótese sobre implante.

Os exames finais de tratamento demonstram os resultados atingidos. Melhora satisfatória facial, obtenção da simetria facial e perfil reto (Figura 11). Foi obtido uma oclusão equilibrada, com alinhamento e nivelamento dentário, boa intercuspidação, overjet e overbite normais e linha média coincidente (Figura 12, 13, 14, 15). As guias de desocclusão foram levadas para função em grupo. Foi recomendado uso noturno de placa Hawley para o arco superior e fio coaxial 1-6 colado de canino a canino inferior para contenção. O caso relatado foi tratado por professores e alunos do Curso de Especialização em Ortodontia da UNIVALE.



Figura 11 – Fotografias pós-tratamento extrabucais.



Figura 12 – Fotografias intraorais antes e após tratamento.



Figura 13 – Fotografia intraoral frontal antes e após correção, boa relação transversal, overjet e overbite normais e linha média coincidente.



Figura 14 – Radiografia panorâmica pós-tratamento.



Figura 15 – Telerradiografia pré-tratamento, pré-cirúrgica e pós-tratamento.

Discussão

A má oclusão Classe III, apesar de não ser a mais frequente, é a que causa maior impacto do ponto de vista estético, levando os pacientes a procurar tratamento e aceitar a cirurgia ortognática com maior facilidade, pois do ponto de vista social, especialmente no gênero feminino, existe uma necessidade maior do que em todas as outras deformidades faciais (JANSON, 2017)

Em casos ortodôntico-cirúrgicos, a análise cefalométrica e avaliada, é uma ferramenta auxiliar de diagnóstico importante, porém, a análise facial é preponderante no planejamento e execução do tratamento (LIMA et al. 2010). No caso relatado, um tratamento puramente ortodôntico, ou seja, compensatório apresentaria resultado desfavoráveis, tanto do ponto de vista estético, como funcional. Além disso, provavelmente, com pouca estabilidade pós-tratamento (CARDOSO, CAPELLI e MEDEIROS, 2004).

A discrepância sagital entre os arcos dentários era significativa; desta maneira, suficiente para indicação cirúrgica combinada da maxila e mandíbula. Quando possível, a escolha, deve ser sempre por procedimentos cirúrgicos mais simples, reduzindo os riscos de complicações trans e pós-operatórios para o paciente (LIMA, 2010). Entretanto, nesse caso, a cirurgia combinada era necessária diante das características faciais, esqueléticas e dentárias encontradas.

Nos casos com necessidade de avanço maxilar, o posicionamento anteroposterior dos dentes superiores deve ser considerado de acordo com a necessidade de reposicionamento da base óssea. Em algumas situações, o alinhamento e nivelamento não é suficiente para o tratamento; assim, é necessário aumentar a discrepância dentária anteroposterior para melhor manipulação sagital da maxila e da mandíbula, produzindo maior alteração anteroposterior esquelética. Nesses casos, podem ser indicadas extrações no arco superior (JANSON, 2017). No caso relatado, a opção, diante do prognóstico desfavorável para tracionamento dos caninos, foi removê-los. Desta maneira, com exodontia de dois elementos dentários superiores foi possível maior deslocamento anterior da maxila.

O objetivo final de todo tratamento compreende um equilíbrio entre estabilidade oclusal, saúde periodontal, bom funcionamento da ATM, estética facial e atender a queixa inicial do paciente. O caso relatado se aproxima de todos os objetivos propostos inicialmente. O sucesso do tratamento só foi possível devido ao correto diagnóstico, minucioso plano de tratamento e a perfeita interação entre as especialidades.

Considerações finais

O tratamento orto-cirúrgico combinado da má oclusão de Classe III esquelética tem boa aceitação entre os pacientes que buscam a correção do problema devido ao impacto existente na estética facial. Nesse relato de caso clínico, os resultados do tratamento executado atenderam às expectativas planejadas tanto do ponto de vista oclusal quanto facial. A paciente relatou satisfação com o resultado, melhorando consideravelmente sua autoestima.

Referências

- ARAÚJO A.M., ARAÚJO, M.M.; ARAÚJO A. Cirurgia Ortognática - Solução ou Complicação? Um Guia para o Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 5, n. 5, p. 105-122, 2000.
- BOECK, E.M.; VEDOVELLO, S.A.S.; LUCATO, A.S.; MAGNANI, M.B.B.A.; NOUER, D.F. Tratamento ortodôntico cirúrgico da má oclusão Classe III. **Rev. Clin. Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 46-52, 2006.

BRUNHARO, I. H. V. P. Surgical treatment of dental and skeletal Class III malocclusion. **Dental Press J Orthodontics**, vol. 18, n. 1, p.143-149, 2013.

CARDOSO CAPELLI MEDEIROS Tratamento orto-cirúrgico de pacientes com acentuada displasia esquelética de Classe III. **Rev. Dent. Press Ortod. Ortop. Facial**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 137-144, 2004.

FURQUIM, B. A.; FREITAS, K. M. S.; JANSON, G.; SIMONETI, L. F.; FREITAS, M. R.; FREITAS, D. S. Class III Malocclusion Surgical-Orthodontic Treatment. **Case Reports in Dentistry**, 2014 ,Disponível em <<https://www.hindawi.com/journals/crid/2014/868390/2014>>. Acesso em: 3 de Abr. de 2018.

JANSON, M. **Ortodontia em adultos e tratamento multidisciplinar**. 2 ed. Maringá: Dental Press, 2017.

JANSON, M.; JANSON, G.; MARANHÃO, O.B.V.; SANT'ANA, E.; GUIMARÃES, C. Determinantes do tratamento ortodôntico-cirúrgico. **Orthod. Sci Pract**. Vol. 10, n. 39 p.174-183, 2017.

JANSON G., MARANHÃO, O.B.V. Compensatory Class III malocclusion treatment associated with mandibular canine extractions. **Dental Press J. Orthodontics**, vol.22, n.6, 2017.

LIMA, E.M.S.; FARRET, M.M.; ARAÚJO, L.L. Tratamento ortodôntico cirúrgico da má oclusão Classe III: relato de caso. **Rev. Clin. Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 8, n. 6, p. 61-70, 2010.

PROFFIT W. **Ortodontia Contemporânea**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

Utilização das tecnologias da informação e comunicação como ferramenta de educação na odontologia: Revisão de literatura

Luiz Felipe Nunes Moreira*
Nayara Silva Alves**
Viviane Carvalho Fernandes***

*Mestrando em Endodontia - Centro de Pesquisa Odontológica São Leopoldo Mandic – Campinas-SP. Especialista em Endodontia Centro de Pesquisa Odontológica São Leopoldo Mandic – Belo Horizonte, MG. Especialista em Implantodontia – Faculdade do Norte de Minas - Governador Valadares, MG.

** Mestre em Odontologia - Universidade Federal Fluminense - UFF

*** Mestre em Educação - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, Especialista em Gestão e Docência do Ensino Superior - PUC/MG.

Resumo

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) estão cada vez mais presentes no dia a dia dos universitários, seja na forma de computadores, tablets, celulares e rede wifi, atualmente disponíveis em salas de aula e laboratórios, tornado-se uma realidade imutável, representando a construção de um ensino informativo nas universidades. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi demonstrar como as TICs podem ser utilizadas como ferramenta de ensino-aprendizagem no curso de graduação em Odontologia. Para tanto, lançamos mão da revisão da literatura como forma de evidenciar os aspectos relevantes a serem considerados quanto a utilização das TICs como ferramenta didático-pedagógica. Para seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS, PubMed, SCIELO, BIREME e Google Acadêmico. Os critérios de inclusão dos artigos foram: ser artigo de pesquisa completo, estar disponível eletronicamente, estar publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol. Diante da literatura consultada, constata-se a incipiência de artigos científicos publicados sobre utilização das TICs como ferramenta de ensino em Odontologia, uma vez que se trata de um novo recurso para aplicação de novos conceitos e metodologia na área da educação, que se encontra em franco desenvolvimento, não apenas na Odontologia, mas em todas as disciplinas da área da saúde. As redes sociais virtuais são recursos recentes no processo ensino-aprendizagem e requer um olhar atento sobre suas possibilidades e alcances para a educação, devendo ser objeto de estudo em outras pesquisas. Palavras Chaves: Odontologia. Tecnologia de Informação e Comunicação. Docência.

Abstract

USE OF INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES AS A TOOL FOR EDUCATION IN DENTISTRY: REVIEW OF LITERATURE

Information and Communication Technologies (ICT), are increasingly present on the day of university students, are in the form of computers, tablets, mobile

phones and wifi network currently available in classrooms and laboratories, becoming an immutable reality, representing the education in universities. This study has been shown to be used in the lecture learning course in dentistry. In this sense the objective of this study was to demonstrate how the TICs can be used as teaching learning tool in the undergraduate course in Dentistry. Therefore, we have used literature review as a way to highlight the relevant aspects to be considered regarding the use of ICTs as pedagogical didactic tool. The following databases were used to select the articles: LILACS, PubMed, SCIELO, BIREME and Google Scholar. The criteria for inclusion of items were: be a complete research article, be available electronically, be published in Portuguese, English or Spanish. In face of the literature consultation constatation is incipency scientific atelier on the use of TICs as acting in dentistry, since it is a new resource for the application of new concepts and metaphor in the area of education, which is meeting in frank not only in dentistry, but in all disciplines of health. As social networks are focused on perspectives and education, and should be studied in other research.

Key words: Dentistry. Information and Communication Technology. Teaching.

Introdução

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) estão cada vez mais presentes no dia a dia dos universitários, seja na forma de computadores, notebook, tablets, celulares e rede wifi, atualmente disponíveis em salas de aula e laboratórios. Isso representa a construção de um ensino informativo nas universidades. O acesso ao conhecimento ocorre instantaneamente. Para que a aprendizagem seja construída de forma significativa, é desejável que as tecnologias sejam inseridas na vida acadêmica dos estudantes (SOUZA, LOPES, LIMA FILHO, 2017).

A geração de pessoas nascidas na década de 90 parece não entender bem o mundo sem a internet e as redes sociais. Elas estão habituadas a terem acesso rápido àquilo que buscam, e constantemente visam ao campo da inovação, e isso faz com que por vezes tendem ser indóceis ou sem paciência para o que é diferente disso. Nesse sentido os educadores precisam estar atentos às mudanças que vem ocorrendo e replanejar o processo educativo de forma a atrair os estudantes, tornando a aprendizagem significativa. Isso torna-se um grande desafio à educação (CAMPOS; SILVEIRA, 2010).

Segundo Kenski (2007), o conceito de tecnologias engloba a totalidade de coisas que a engenhosidade do cérebro humano conseguiu criar em todas as épocas, suas formas e suas aplicações. As tecnologias não necessariamente estão associados a equipamentos ou máquinas, visto que elas já estavam presentes há muitos anos, fazendo parte do desenvolvimento humano como na elaboração da linguagem, na confecção do fogo entre outros. Atualmente as TICs referem-se aos processos e produtos relacionados com o conhecimento provenientes da eletrônica, microeletrônica e telecomunicações, que caracterizam-se por estarem em permanente transformação em espaço virtual, tendo a informação como matéria prima. As TICs estão sempre em constante evolução, entretanto dentro do contexto educacional faz-se necessário o entendimento, para incorporar as tecnologias que podem auxiliar o processo de ensino-aprendizagem. Neste sentido não se trata de modernizar a educação, por meio de equipamentos e construções de laboratórios de informática, mas enxergar as possibilidades de variados recursos que poderão contribuir para o uso de metodologias em sala de aula, proporcionando com que o processo de ensino e aprendizagem seja mais eficaz.

Acredita-se que atrair a atenção do aluno não seja a maior dificuldade, visto que frequentemente são inseridas novas ferramentas tecnológicas de maneira positiva na vida das pessoas de acordo com suas necessidades. Atualmente pessoas com limitações visuais, auditiva e motoras podem acessar, interagir, produzir e absorver conteúdos nas redes sociais pelo Smartphone usando a função VoiceOver, que é um leitor de tela baseado em gestos que permite usar o iPhone mesmo sem enxergar. Neste sentido é importante destacar como que as atividades de ensino podem ser conduzidas, utilizando-se das novas tecnologias. Essas têm evoluído nos últimos anos e sua evolução tem sido muito rápida (CAMPOS et al., 2012).

A cada dia as redes sociais virtuais fazem parte da rotina dos acadêmicos, que se torna uma realidade imutável. Essas redes são definidas como aplicativos grupais, com plataformas disponibilizadas via internet, que permitem a criação e troca de conteúdo entre os seus membros. Aplicativos de mídias sociais são um avanço da tecnologia, com centenas de plataformas e milhões de usuários como por exemplo Facebook, Instagram e Twitter, as quais têm ganhado enorme popularidade por fornecerem aos seus usuários um meio fácil e rápido de se manter conectado com seus amigos, família e colegas (KALPAN; HAENLEIN, 2010; ARNETT; LOEWEN; ROMITO, 2013).

No ano de 2012, o Facebook figurava como a rede social mais popular, atingindo a marca de 1 bilhão de usuários ativos (BALBINO, 2017). A plataforma permite a troca de mensagens privadas e públicas entre amigos, inserir links, vídeos, documentos, fotografias e imagens e o compartilhamento de tudo isso. Outra mídia social, bastante popular atualmente é o Whatsapp, o qual consiste em um aplicativo para smartphones que utiliza redes de internet sem fio para envio de mensagens, fotos, notas de áudio e vídeo. Também temos o Instagram, cujo funcionamento se baseia na publicação de imagens e vídeos, facilmente editáveis, associados a textos, com possibilidade de compartilhamento entre outras redes sociais. Atualmente o Instagram é a rede social preferida do momento, como é possível observar neste post, ao afirmar que 47,1% dos respondentes da Social Media Trends 2018 declararam que o Instagram é sua rede social preferida, deixando todas as outras para trás até mesmo o Facebook, que ficou com apenas 29,6% dos votos. (COSTA, 2018).

Na atualidade as redes sociais tornou-se um dos meios de comunicação mais utilizados, permitindo a integração, troca de informações e geração de conhecimento entre diferentes públicos, a partir da criação de grupos ou simples postagens em perfis. Neste contexto, as redes sociais podem e devem ser utilizadas como ferramenta auxiliar ao processo de ensino-aprendizagem, tornando-se um canal de comunicação aberto, propício às relações entre discente-discente, discente-docente, discente-docente-discente, em que os envolvidos podem realizar discussões, compartilhar informações e orientações. A cada dia torna-se evidente a necessidade do professor inovar e acompanhar essas tecnologias para não ficar ultrapassado, pois a tecnologia na educação requer um olhar mais abrangente, envolvendo novas formas de ensinar e de aprender condizentes com o modelo da sociedade no que tange o conhecimento (SILVA, SERAFIM, 2016).

O aumento do acesso aos dispositivos móveis facilita o sistema de aprendizagem de forma autônoma. Logo, as redes sociais não se apresentam apenas como meio de entretenimento, muito além disso, elas são ferramentas para divulgar informações, discutir temas, compartilhar conhecimento entre outros (FERREIRA; MOTA, 2014).

O conhecimento e domínio dos mais jovens com as ferramentas digitais na conjectura atual se apresenta como um facilitador do processo de inserção das ferramentas no processo ensino-aprendizagem. Nessa perspectiva, os Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA), que dispõem de recursos que podem ser utili-

zados à distância e de forma síncrona ou assíncrona, permitem a colaboração entre os envolvidos nesse processo, tornando-se uma alternativa presente (COSTA et al., 2011).

Para Freitas (2009), no curso de odontologia, o incentivo de novas mídias proporcionam a prática e realização da busca de informação e a capacidade de selecionar conteúdos relevantes e verídicos por parte dos estudantes, servindo de forma a criar autonomia aos acadêmicos ao procurar ideias e solução dos problemas encontrados, desatando com os conceitos arcaicos de educação habituais. Com isso as TICs, associadas ao ensino em odontologia, trás consigo uma nova perspectiva de ensino aprendizagem, devido à utilização de inúmeros equipamentos que valorizam e ampliam a prática e a pesquisa .

Mediante exposto e procurando oferecer subsídios para a utilização das TICs no cenário da Odontologia, o presente artigo tem como objetivo demonstrar como as TICs podem ser utilizadas como ferramenta de ensino aprendizagem no curso de graduação em Odontologia. Para tanto, lançamos mão da revisão da literatura como forma de evidenciar os aspectos relevantes a serem considerados quanto à utilização das TICs como ferramenta didático-pedagógica.

Revisão da Literatura

A sala de aula tradicional segreda os alunos com receptor, e o professor como um protagonista, ocupando um papel de destinador. A posição do professor o torna como foco de atenção, todos olham para ele que demonstra ter o domínio. Com essa tendência pedagógica os alunos somente podem fazer registros e pequenas interrupções orais para esclarecer suas dúvidas, enquanto o professor se utiliza de recursos que torna mais visível sua atuação sobre a turma. (MATTE, 2009).

Não é novidade que o uso do modelo tradicional de ensino e aprendizagem já entrou em decadência há tempos, considerando as outras tendências pedagógicas existentes, mas além disso, também devemos considerar a enorme variedade de estímulos oferecidos aos jovens atualmente, e a facilidade de acesso a informação, como mencionado anteriormente. Para Libâneo (1998), a escola deve proporcionar ao aluno a capacidade de utilizar seu potencial de pensamento na construção de conceitos, habilidades e valores. Sendo assim, torna-se necessário ao professor repensar suas estratégias de ensino e o desenvolvimento de sua própria performance, além da abertura em suas aulas para

a reflexão dos problemas, possibilitando aulas mais participativas, por meio de um saber emancipador.

A chegada das tecnologias de informação e comunicação (TIC) na Universidade traz uma proposta de re colocação do saber. Atualmente, não há como a Instituição de Ensino Superior (IES) e professores ficarem de fora ou simplesmente ignorarem a realidade. Para fazer uso dessa ferramenta, é importante conhecer as potencialidades dos recursos disponíveis e a realidade em que a escola se encontra inserida, identificando as características do trabalho pedagógico de seu corpo docente e discente e de sua comunidade interna e externa (FERREIRA; MOTA, 2014).

Nesse panorama refletimos a inserção de diversas tecnologias, tais como: a internet, a televisão, o vídeo, as redes sociais, os ambientes de aprendizagem e outras que possam existir para auxiliar a prática pedagógica, proporcionando contribuições significativas ao processo aprendizagem. Entretanto, é preciso tomar cuidado para não deixar que o aluno se afaste do principal objetivo que é a aprendizagem (FERREIRA; MOTA, 2014).

Segundo Moran (2013), as TICs, por meio da internet têm provocado mudanças profundas na educação. É possível adquirirmos conhecimentos de vários lugares ao mesmo tempo. Um dos maiores desafios do ensino na Odontologia é justamente o aprendizado da prática clínica em virtude do grande número de variáveis envolvidas e as diferentes abordagens em relação aos pacientes. Nesse sentido, na disciplina de Endodontia do 4o período do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce, lançamos mão da utilização do uso do portfólio reflexivo e mapas mentais, onde ao final de cada aula prática o discente faz uma síntese reflexiva do conteúdo abordado em aulas laboratoriais (pré-clínico) bem como ilustrações dos desenhos dos dentes e esquemas do tipo mapas mentais, demonstrando a anatomia interna e externa, forma de acesso das cavidades endodônticas e o passo a passo da instrumentação até a obturação do Sistema de Canais Radiculares (SCR). A utilização do portfólio reflexivo e dos mapas mentais despertou o interesse dos alunos pelo estudo, pois é possível proporcionar o aprendizado de uma maneira lúdica através de desenhos e mapas mentais podendo ser aplicada com sucesso como complemento ao aprendizado prático.

Dessa forma, é visível como que as TICs vêm ganhando espaço ao longo dos últimos anos nas salas de aula, por meio de várias leituras. Para a escrita desse artigo, percebe-se ainda que estamos divulgando timidamente sobre o uso das TICs em sala de aula,

principalmente no ensino superior, mas fato é que uso de metodologias com auxílio das TICs tem facilitado e diríamos até mesmo melhorado o processo ensino-aprendizagem. No curso de Odontologia visualizamos essa melhora em específico nas disciplinas básicas, portanto a tecnologia é de extrema importância para construção do conhecimento em todas as áreas de formação (SILVA et al., 2013).

Atualmente, devido à evolução dos smartphones cheios de funções, as febres dos aplicativos e suas extensões pelos QR codes estão invadindo a cada dia mais o cotidiano dos acadêmicos. Recentemente o Whatsapp e o Instagram, aplicativos mais utilizados por adolescentes e jovens, têm servido de meio para compartilhar informações e conteúdos (DESHPANDE et al., 2016).

No curso de Odontologia é notório a fácil obtenção de conteúdo de disciplinas, troca de relatos e esclarecimento de dúvidas via WhatsApp entre acadêmicos e professores. Esta ação além de otimizar o tempo, tem beneficiado até mesmo os professores que podem exercer suas funções de forma não presencial, tirando dúvidas específicas dos estudantes e por vezes de forma individualizada. Concomitante a esse aplicativo, os perfis no Instagram trazem imagens, vídeos, textos e casos clínicos, no qual são criados muitas vezes pelos próprios alunos e seguido por eles. A finalidade é sempre educativa, apresentando publicações curtas e de fácil entendimento, principalmente nas áreas de dentífrica e implantodontia, devido a maior quantidade de páginas que abordam tais temas (DESHPANDE et al., 2016).

É notório que as TICs possibilitam agilidade e melhora na dinâmica do processo ensino-aprendizado, todavia, alguns professores ainda não sabem usar essas novas tecnologias a seu favor, cessando o sistema de modernização do ensino. Além disso, pode-se tomar como desafio na inclusão das tecnologias no âmbito educacional a deficiente formação acadêmica de alguns docentes quanto à adoção das mídias digitais, a insuficiência da estrutura educacional e o pouco incentivo das políticas institucionais em relação ao assunto (LEITE et al., 2012).

A escola é uma instituição mais tradicional que inovadora. A cultura escolar tem resistido bravamente às mudanças. Os modelos de ensino focados no professor continuam predominando, apesar dos avanços teóricos em busca de mudanças do foco do ensino para o de aprendizagem. Tudo isto nos mostra que não será fácil mudar esta cultura escolar tradicional, que as inovações serão mais lentas, que muitas instituições

reproduzirão no virtual o modelo centralizador no conteúdo e no professor do ensino presencial (MORAN, 2013, p. 89-90).

Os recursos multimídias já fazem parte da vida diária dos alunos, dos professores em geral, não. Os professores com longo tempo de trabalho na docência que ainda utilizam o modelo tradicional de ensino e muitos deles sentem cada vez mais dificuldade de acompanhar o desenvolvimento acelerado das tecnologias, o que faz com que em geral, tentam segurar o máximo que podem, fazendo pequenas concessões, sem mudar o essencial. Acredita-se que muitos professores têm receio de revelar sua dificuldade frente ao aluno, o que pode fazer com que eles mantenham uma postura repressiva, controladora e repetidora. Por isso mantêm uma postura repressiva, controladora, repetidora (GENARI et al., 2015).

Vale realçar que alguns professores entendem que precisam mudar, mas têm dificuldades com mudanças e contudo nem sempre sabem como e nem por onde começar, pois ainda não estão preparados para experimentar com segurança a aplicabilidade dessas novas tecnologias. Paralelo a isso as instituições de ensino, muitas vezes exigem dos professores mudanças e otimização da aprendizagem, sem oferecer condições para que eles as efetuem. Para Moran (2013), em geral, algumas instituições adquirem computadores, conectando as escolas com a Internet e esperam que somente isso melhore os problemas educacionais, mas frustam-se ao ver que tanto esforço e dinheiro investidos não se traduzem em mudanças significativas nas salas de aula e nas atitudes do corpo docente, visto que é preciso, também, investir na formação continuada dos educadores.

Na odontologia, o uso das tecnologias não é muito diferente, já que o corpo docente também encontra suas limitações quanto ao uso dessas TICs como recursos metodológicos. Mas, ainda assim, muitos professores utilizam tecnologias estruturadas pelas bases da internet, incentivando pesquisas, delineamentos epidemiológicos e aperfeiçoamentos profissionais, uma vez que o uso de TICs no ensino como citado anteriormente, capacita estudantes a acessarem, julgarem e aplicarem de forma independente a abrangente série de conteúdos e informações encontrados (SANDERS; MORRISSON, 2007).

A aplicação do conhecimento digital é aproveitada não somente nas aulas teóricas mas também nas práticas. Nas clínicas, as TICs são utilizadas por meio de aplicativos de diagnósticos, terapêuticos, adminis-

trativos e como ferramenta de marketing. Dentre as TICs mais utilizadas destaca-se o aproveitamento de redes sociais como instrumento didático, a exemplo de mídias sociais como o Instagram, Whatsapp, Facebook, Youtube, Twitter, blogs, e-mails e softwares. Como o Instagram tem sido rede social mais utilizada e acessada recentemente, é fácil o acesso à informação e ao que se fala de novo no contexto da odontologia. Atualmente com a febre da odontologia voltado para estética, é possível encontrar vários “casos clínicos” tanto como para bons exemplos, como o que não se deve fazer. Neste sentido observa-se que as redes sociais podem ser excelente ferramenta no processo de ensino-aprendizagem desde que gerenciadas de maneira adequada. Estas redes podem ser utilizadas tanto pelos acadêmicos quanto por parte dos professores, influencia na relação e comunicação entre ambos os lados, sucedendo num círculo de melhor e maior obtenção de conhecimento à distância, uma vez que torna-se instrumento de ciência e discussão de acessibilidade, alterando o modo tradicional do ambiente de sala (SALES et al., 2012).

De acordo com Genari (2015), o conhecimento e domínio das TICs por acadêmicos de Odontologia tem demonstrado que a maioria deles apresenta um bom domínio do uso das tecnologias e redes sociais. Investigações sobre esse tema ainda são escassas na população estudantil brasileira de odontologia, apesar do uso crescente dessas ferramentas nas universidades em geral nos últimos anos.

Sendo assim, para compreensão e entendimento de disciplinas mais complexas do ciclo básico nos anos iniciais da graduação em odontologia, como histologia, embriologia, citologia e patologia, o uso das TICs podem ser aplicadas com bastante eficiência no processo ensino-aprendizado. Tal metodologia geralmente é empregada em faculdades internacionais, para a correta leitura de lâminas e figuras microscópicas e discernimento a cerca do conteúdo de gênese e morfologia histológica, através da seleção do uso de programas de computadores como doutrina de estudo (OLIVEIRA JUNIOR et al., 2014).

Também é encontrada na literatura vigente a utilização, cada vez mais corriqueira, das hipermídias, uma possibilidade quase clássica da abordagem pedagógica. E dentre as mais inovadoras, temos os Ambientes Virtuais de Aprendizado (AVA), ferramenta bastante usada em cursos à distância e nas de pós-graduações em odontologia, também à distância. Como exemplo o Dental Office Software, uma plataforma simuladora de possíveis resultados de tratamentos restauradores,

que pela imagem obtida pode dar detalhes e prováveis patologias do caso em análise, este mesmo software associa ainda vídeos explicativos a procedimentos clínicos, ferramenta semelhante à busca em vídeo-aulas no Youtube. O Software Dental View apresenta cunho educativo e o usuário pode acessar conteúdos gerais sobre prevenção, estética, prótese, periodontia, cirurgia, implantodontia, endodontia, oclusão e cariologia (LEKA et al., 2014, MONEA et al., 2016).

Outras mídias mais recentes são as plataformas de realidade aumentada, conseguida através de imagens 3D de tomografias computadorizadas, cenas reais e virtuais, fornecendo ao discente experiência através da chance de interação e tomadas em decisões clínicas, ponto crucial na formação do cirurgião dentista. A realidade aumentada é de extrema relevância para o aprendizado em cirurgia oral e maxilofacial, ortodontia, endodontia e radiologia odontológica (SILVA et al., 2018).

É importante destacar que a tecnologia, por si só, não promove nenhuma transformação. Ela tornou-se um recurso eficaz e fundamental, de colaboração ao processo ensino e aprendizagem (LORENZO, 2013). Para isso, é preciso que os professores estejam atentos à tecnologia, tornem-se usuários da internet, procurem se conectarem aos recursos oferecidos pela web, como as redes sociais, e, talvez, mais importante, não tenham medo de arriscarem-se.

Atualmente, o professor é um facilitador do processo ensino-aprendizado e a interação proporcionada pelas novas tecnologias e pelas redes sociais propicia algumas mudanças nas técnicas tradicionais de ensino, possibilitando uma nova linguagem entre educadores e estudantes. As redes sociais já fazem parte da rotina de muitas pessoas e principalmente dos jovens universitários, e tornaram-se recursos relevantes na Educação Superior. Contudo, cabe ao professor ser orientador e facilitador do aprendizado por meio desses novos ambientes, que as novas tecnologias têm proporcionado e disponibilizado. Nesse sentido, é preciso lançar mão da formação continuada, para que professores e alunos possam conhecer, compreender e familiarizarem-se com as novas tecnologias, possibilitando o reconhecimento das redes sociais, por exemplo, como recurso fundamental para avanço educacional no ensino superior, por esse ser um caminho sem volta.

Metodologia

Baseado na revisão integrativa, que para SOUZA,

SILVA, CARVALHO, (2010) é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Esse trabalho buscou como procedimento metodológico: estabelecer a hipótese e objetivos da revisão integrativa, assim como os critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra), análise das informações a serem extraídas dos artigos selecionados e apresentação dos resultados.

Para seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (Public/Publish Medline), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e Google Acadêmico. A busca foi realizada pelo acesso online, entre os meses de março a julho de 2018, sendo a amostra final desta revisão integrativa constituída por 22 artigos publicados nos últimos 10 anos, no período de 2009 a 2017, e um artigo clássico de Libâneo (1998). Para selecionar os artigos, foram utilizados os seguintes descritores: TICs na Odontologia; TICs área da saúde; Utilização das TICs como ferramenta de ensino na Odontologia; Tecnologias como ferramenta de ensino; e Odontologia digital.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para esta revisão integrativa foram: ser artigo de pesquisa completo, estar disponível eletronicamente, estar publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam os critérios de inclusão, foi utilizado um quadro com a sinopse que contemplou os seguintes aspectos: Referência do artigo (autores, títulos e ano de publicação), Referencial Teórico adotado (teorias e autores), objetivo do estudo, resultados e conclusões.

Resultados

Constata-se a incipiência de artigos científicos publicados sobre utilização das TICs como ferramenta de ensino em Odontologia, uma vez que se trata de um novo recurso para aplicação de novos conceitos e metodologia na área da educação, que se encontra em franco desenvolvimento, não apenas na Odontologia, mas em todas as disciplinas da área da saúde.

Na literatura consultada é possível perceber que o modelo de ensino tradicional está em decadência, o professor deve-se reinventar quanto às suas metodologias de ensino, proporcionando ao aluno a constru-

ção dos seus próprios conceitos, habilidades e valores, passando de uma figura com a mente passiva a um indivíduo com uma mente ativa ligada à construção do saber.

Atualmente, não é concebível professores e IES estarem alheios às novas tecnologias. Até porque essa tornou-se uma cobrança mais direta do Ministério da Educação - MEC. Nesse sentido faz-se necessário à qualificação do corpo docente no que tange a aplicabilidades das TICs associadas as metodologias visando sempre a construção do saber.

Apesar do grande avanço tecnológico da internet e o surgimento de novas redes sociais que a cada dia facilita ainda mais a comunicação e a aprendizagem, há uma barreira e dificuldade de aceitação muito grande por parte de professores com longo tempo de docência que por receio ou medo de admitirem suas limitações no domínio de novas tecnologias, que por sua vez acabam limitando e até restringindo a utilização de novas tecnologias.

Conclusões

Frente à literatura consultada foi possível concluir que:

A tecnologia sem dúvida já conquistou e consolidou seu espaço na sociedade, dia após dia, somos surpreendidos com novas invenções que superam inclusive às nossas expectativas. Na esfera da educação, muito ainda precisa ser aprendido e desenvolvido, pois a tecnologia requer um olhar mais abrangente, envolvendo novas formas de ensinar e de aprender.

Com o avanço da internet e o surgimento de novas redes sociais e plataformas virtuais às TICs se tornaram um recurso eficaz e fundamental, de colaboração ao processo de construção do saber, todavia a utilização de tecnologia, por si só, não promove nenhuma transformação, se não houver mudanças na metodologia de ensino.

Os professores, com longo tempo de trabalho na docência, que ainda utilizam o modelo tradicional de ensino-aprendizagem, sentem cada vez mais dificuldade de acompanhar o desenvolvimento acelerado das tecnologias, sendo necessário a capacitação por parte das IES para que os mesmos possam fazer o uso de maneira mais confortável, experimentando com segurança à aplicabilidade de novas tecnologias na construção do conhecimento. A necessidade de inovar e acompanhar com entusiasmo o avanço dessas tecno-

logias torna-se evidente a cada dia, pois numa sociedade em que tudo se transforma com muita rapidez, é preciso que estejam atentos à sua própria formação para trabalhar efetivamente com as tecnologias, filtrar as ferramentas que não trazem mudanças positivas nas práticas educativas e se apropriar daquelas que podem construir uma nova escola, apropriada à Era da Informação e do Conhecimento.

Nesse contexto, podemos concluir que o uso das redes sociais podem contribuir significativamente com o processo de ensino e aprendizagem, bem como expandir o que é aprendido em sala de aula, laboratórios pré-clínicos e clínicas, desde que sejam trabalhadas de forma criativa, pois estas redes possibilitam a participação ativa dos alunos na construção de sua própria aprendizagem.

As redes sociais virtuais são recursos no processo ensino-aprendizagem recentes na sociedade e requer um olhar atento sobre suas possibilidades e alcances para a educação, devendo ser objeto de estudo em outras pesquisas para que se possa avançar em novas direções.

Referências

- ARNETT, M.; LOEWEN, A.; ROMITO, L. Use of social media by dental educators. **J Dent Educ**, v. 77, n. 11, p. 1402-12, 2013.
- BALBINO, I. K. A utilização do site de redes sociais de internet facebook em campanha eleitorais. Um estudo de caso a partir da campanha eleitoral para governador de Sergipe em 2014. [Dissertação Mestrado]. São Cristovão: Universidade Federal de Sergipe: 2017.
- COSTA, P. B. et al. Fluência digital e uso de ambientes virtuais: caracterização de alunos de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, p. 1589-1594, 2011.
- COSTA, T. Quais são as redes sociais mais usadas no Brasil?. <https://marketingdeconteudo.com/redes-sociais-mais-usadas-no-brasil/> acesso: 23 de junho 2018.
- CAMPOS, M.B.; SILVEIRA, M. S. Construindo Relações- Gerando Conhecimento: dinâmicas de trabalho em grupo em ambientes virtuais de ensino e aprendizagem. Anais da Jornada de Atualização em Informática na Educação. Práticas em Informática na Educação: Mini Cursos do Congresso Brasileiro de Informática na

Educação, v. 1, n. 1, p. 76-88, 2010.

CAMPOS, N. S. et al. Lições aprendidas em uma experiência de utilização do Facebook como arquitetura pedagógica de apoio a um curso em regime Blended Course. **Rev Augustus**, v. 17, n. 34, 2012.

DESHPANDE, S. et al. Perceptions of faculty and students regarding use of mobile apps for learning in dentistry: a questionnaire based study. **Journal of Education Technology in Health Sciences**, v. 3, n. 3, p. 128-130, 2016.

FERREIRA, H. S.; MOTA, M. M. A visão dos alunos sobre o uso do facebook como ferramenta de aprendizagem na educação física. **Revista FSA**, v. 11, n. 1, p. 188-199, 2014.

FREITAS, V. P. et al. Mudanças no processo ensino aprendizagem nos cursos de graduação em odontologia com utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. **Rev da Faculdade de Odontologia RFO**, v. 14, n. 2, p. 163-167, 2009.

GENARI, B. et al. Tecnologias de informação e comunicação na educação da Odontologia: Estudo transversal de uma população do sul do Brasil. **Revista ABENO**, v. 15, n. 2, p. 56-64, 2015.

KALPAN, A.; HAENLEIN, M. User of world, unite! The challenges e opportunities da social media. **Business Horiz**, v. 53, p. 59-68, 2010.

KENSKI, V. M. **Educação e tecnologias: o novo ritmo da informação**. 8. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2007. 144p.

LEITE W. S. S. et al. A inclusão das TICs na educação brasileira: problemas e desafios. **Revista Internacional de Investigacion em Educacion**, v. 5, n. 10, p. 173-187, 2012.

LEKA, A. R. et al. A utilização das redes sociais na educação superior. **Revista de Ciências e humanidades**, v. 7, n. 2, p. 15-27, 2014.

LIBÂNEO, J. C. **Adeus professor, adeus professora?: novas exigências educacionais e profissão docente**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

LORENZO, E. M. A. **Utilização das Redes Sociais na Educação: A Importância das Redes Sociais na Educação**. 3 ed. São Paulo: Clube de Autores, 2013.126p.

MATTE, A. C. F. Análise semiótica da sala de aula no tempo da EAD. **Revista Tecnologias na Educação**, v. 1, 2009. Disponível em: . Acesso em: 01 Jul 2018.

MONEA, A. et al. The role of communication and information technology in the heart care providing office. **European Scientific Journal**, v. 12, n. 36, p. 12-17, 2016.

MORAN, J. **A Educação que desejamos: novos desafios e como chegar lá**. 5ª Ed. Campinas: Papyrus, 2013, p. 89-90.

OLIVEIRA JUNIOR, J. K. et al. As tecnologias de informação e comunicação como ferramenta complementar no ensino da histologia nos cursos de Odontologia da região norte. **Journal of Health Informatics**, v. 6, n. 2, p. 60-66, 2014.

SALES, L. N. P. et al. Educação à distância e o uso da tecnologia da informação para o ensino em odontologia: a percepção discente. **Revista da ABENO**, v. 12, n. 2, p. 227-232, 2012.

SANDERS, J.; MORRISON, C. Whats is the net generation? The challenge for future medical education. **Med Teach**, v. 29, p. 85-8, 2007.

SILVA, M. A. D. et al. Utilização das TIC no ensino complementar da histologia nas faculdades de odontologia do estado de São Paulo. **Scientia Plena**, v. 9, n. 10, p. 1-7, 2013.

SILVA, F. S.; SERAFIM, M. L. **Redes sociais no processo de ensino e aprendizagem: com a palavra o adolescente**. In: SOUSA, R. P. et al. Teorias e práticas em tecnologias educacionais. Campina Grande: EDUEPB, 2016, p. 67-98.

SILVA, A. F. et al. O uso das tecnologias de informação e comunicação no ensino e em Odontologia. **Rev ACBO**, v. 8, n. 1, p. 33-39, 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, F. B.; LOPES, M. G. Q.; LIMA FILHO, R. M.
Redes sociais na aprendizagem em odontologia: Opinião dos estudantes de uma universidade brasileira.
Revista Cubana de Estomatologia, v. 54, n. 2, p. 1-11, 2017.

Avulsão dentária com reimplante imediato: Relato de um caso clínico com controle de 11 anos

Cássia Pouzas Guedes Souza *
Waldman Alves Dias*

Mariane Floriano Lopes Santos Lacerda **
Caroline Felipe Magalhães Girelli***
Viviane Ferreira Guimarães Xavier***

*Acadêmicas do Curso de Pós-graduação em Endodontia da
Associação Brasileira de Odontologia – ABO,
Governador Valadares, MG.

** Doutora do Departamento de Odontologia da Universidade
Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares,
Governador Valadares, MG.

*** Mestre em Endodontia da Associação Brasileira de
Odontologia – ABO, Governador Valadares, MG.

****Especialista em Endodontia da Associação Brasileira de
Odontologia – ABO, Governador Valadares, MG

Resumo

A avulsão de dentes permanentes é uma das mais graves lesões dentárias e um gerenciamento de emergência rápido e correto é muito importante para o prognóstico. O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de avulsão dentária com preservação de 11 anos de uma paciente do sexo feminino, após sofrer trauma na região frontal lateral esquerda da face durante queda. O diagnóstico foi de necrose pulpar no (21) e (11). Fez-se a cirurgia de acesso nos (21 e 11), simultaneamente, desinfecção com solução de hipoclorito de sódio a 5,25%, instrumentação rotatória e aplicação de medicação intra canal com de pasta de hidróxido de cálcio P, e água destilada no intervalo de 3 semanas. Após a remoção da imobilização rígida, uma nova imobilização semirrígida com fio de nylon número 50 e resina composta foi realizada e, os elementos (21 e 11) foram obturados pela técnica de Schilder. Quando a coroa soltou, a paciente procurou o reabilitador para fazer os procedimentos de implante, coroa protética, plastia gengival para aumentar o tamanho dos dentes e melhorar a estética. Concluiu-se que o cuidado com os dentes avulsionados, antes e após os reimplantes, aliados à medicação sistêmica e o tratamento endodôntico imediato, são protocolos viáveis para casos de dentes avulsionados e reimplantados. Palavras-chave: Dentes Avulsionados. Tratamento Endodôntico. Reimplantes.

Abstract

DENTAL AVULSION WITH IMMEDIATE REPLACEMENT: REPORT OF A CLINICAL CASE WITH 11-YEAR CONTROL

Avulsion of permanent teeth is one of the most serious dental injuries, and a prompt and correct emergency management is very important for the prognosis. The objective of this study was to report a clinical case of dental avulsion with 11-year-old preservation of a female patient after trauma to the left lateral frontal region of the face during a fall, with a diagnosis of pulpal necrosis in (21) and (11). Disinfection with 5.25% sodium hypo-

chlorite solution, rotational instrumentation and application of intra-canal medication with calcium hydroxide paste P, and distilled water at the same time, were performed at (21 and 11) simultaneously. Interval of 3 weeks. After removal of the rigid immobilization, a new semi-rigid immobilization with nylon thread number 50 and composite resin was performed and the elements (21 and 11) were filled by the Schilder technique. When the crown was released, the patient sought the rehabilitator to perform the implant procedures, prosthetic crown, gingival plasty to increase the size of the teeth and improve the aesthetics. It was concluded that care with avulsed teeth, before and after reimplants, combined with systemic medication and immediate endodontic treatment, are viable protocols for cases of avulsed and reimplanted teeth.

Key-words: Avulsioned Teeth. Endodontic treatment. Replants.

Introdução

A avulsão dentária é o deslocamento completo de um dente do alvéolo e é visto em 0,5 a 3% de todas as lesões dentárias (SUGANDHAN e GULATI, 2009; SAVAS et al., 2015). A prevalência de casos de avulsão em crianças aumenta entre as idades de 7 e 9 anos devido ao desenvolvimento de raízes incompletas e à resistência mínima do osso alveolar, ligamento periodontal contra forças extrusivas durante o período de erupção dos dentes (ANDERSSON et al., 2012).

A etiologia da avulsão dentária varia de acordo com o tipo de dentição. Este evento, na dentição primária, é tipicamente o resultado de objetos duros atingindo os dentes, enquanto que a avulsão em dentição permanente, geralmente é resultado de quedas, lutas, lesões esportivas, acidentes automobilísticos e abuso infantil (SUGANDHAN e GULATI, 2009; VERMA, 2010; SAVAS et al., 2015).

Em dentição primária e permanente, a avulsão geralmente ocorre na maxila, e os dentes mais comumente afetados são os incisivos centrais superiores (SUGANDHAN e GULATI, 2009). O aumento do overjet e os lábios com pouco tônus ou que não cobrem os dentes, foram identificados como potenciais fatores etiológicos em tais casos de avulsão (UNAL et al., 2014). Embora a avulsão geralmente envolva um único dente, as lesões nos tecidos dentários, lesões nos lábios e avulsões múltiplas também foram documenta-

das (ANDERSSON et al., 2012).

Um dos fatores mais importantes no tratamento dos dentes avulsionados é o tempo, seguido do armazenamento. Quanto maior o lapso de tempo entre a avulsão dos dentes e o reimplante, e a forma como foi armazenado até o reimplante, maior o risco de reabsorção por substituição e reabsorção radicular inflamatória. Diversos são os meios de armazenamento fornecidos para conservar o dente após um episódio traumático, tais como: água, saliva, solução salina, leite, Viaspan®, própolis, chá verde, clara de ovo e água de coco; produtos reidratantes como Gatorade® e Ricetral, até mesmo soluções para lentes de contato (SUGANDHAN e GULATI, 2009; POI et al., 2013).

Quando esses cuidados não são seguidos corretamente, podem eventualmente resultar em perda do dente traumatizado após o reimplante (POLAT e TACIR, 2008; SUGANDHAN e GULATI, 2009).

O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de avulsão dentária com preservação de 11 anos.

Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 14 anos, compareceu ao consultório odontológico no dia 25 de outubro de 2004, encaminhada pelo colega Cirurgião Buco-Maxilo, para atendimento de traumatismo dentário, o qual ocorreu em 16/10/2004 e, que o primeiro atendimento foi realizado no Pronto atendimento da Unimed - Governador Valadares, 50 minutos após sofrer trauma na região frontal lateral esquerda da face, durante queda em sua residência.

Segundo informações do colega que fez o primeiro atendimento, houve avulsão e fratura oblíqua de esmalte e dentina no (21) o qual foi reimplantado após ter chegado à mão da acompanhante, ausente de meio de armazenamento líquido. Já o (11) apresentou-se palatinizado e foi reposicionado seguido de odontossíntese rígida. A paciente também apresentou fratura da pré-maxila e luxação em vários outros elementos dentários. A paciente foi medicada sistematicamente e orientada quanto ao prognóstico duvidoso dos elementos (21 e 11) e encaminhada ao endodontista, para realizar avaliação e tratamentos necessários.

Ao exame clínico intraoral observou-se contenção rígida traumática, com esmagamento das papilas gengivais (Fig.1), mau posicionamento dos elementos dentários, tanto do que foi avulsionado, quanto dos outros

que sofreram luxações laterais. Testes de sensibilidade pulpar e periapical foram realizados, quando então estabeleceu-se com diagnóstico de necrose pulpar no (21) e (11).



Figura 1 - Contenção rígida traumática, com esmagamento das papilas gengivais, realizada no dia do acidente 16/10/2004, por colega, em ambiente hospitalar. Fotos e Radiografia tiradas, no consultório, durante 1º atendimento clínico, 10 dias após acidente.

Neste atendimento iniciou-se cirurgia de acesso no (21 e 11), simultaneamente, desinfecção com solução de hipoclorito de sódio a 5,25%, instrumentação rotatória e aplicação de medicação intracanal com de pasta de hidróxido de cálcio P, e água destilada no intervalo de 3 semanas (Fig. 2).



Figura 2 - Aplicação de medicação intracanal com de pasta de hidróxido de cálcio P.A.

A imobilização rígida foi removida e uma nova imobilização semirrígida com fio de nylon número 50 e resina composta foi realizada (Fig. 3). Em seguida os elementos (21 e 11) foram obturados pela técnica de Schilder (Fig. 4, 5).



Figura 3 - Imobilização semirrígida com fio de nylon número 50 e resina composta.



Figura 4 – Obturação (21 e 11) pela técnica de Schilder.



Figura 5 - Obturação (22) pela técnica de Schilder.

Em 30 de novembro 2004, durante a consulta de acompanhamento dos demais elementos, com testes pulpares/ periapicais e radiografia constatou-se necrose no (22), o qual foi tratado endodonticamente em sessão única.

No dia 27 de abril de 2005, durante a consulta de proervação, observou-se que o (11) estava palatinizado, com mobilidade, sintomatologia dolorosa à percussão horizontal e vertical, volume no terço médio vestibular, guia incisiva forte e toque pré-maturo; foi sugerido ajuste oclusal com redução da espessura incisal (Fig. 6).



Figura 6 – Proervação (11, 21, 22), em 27 de abril de 2005.

Em 23 de maio de 2006 foi identificada reabsorção por substituição no 21, com rápida evolução (Fig. 7); conforme radiografia de proervação datada de 21/05/2007 (Fig. 8). Foi observado também, que o elemento 12 estava necrosado, e o tratamento endodôntico foi realizado.



Figura 7 – Proservação (11, 21, 22), maio/ 2006.



Figura 9 – Proservação (21 e 22) agosto/2010.



Figura 8 – Proservação (11, 21, 22), tratamento endodôntico (12) maio/ 2007.

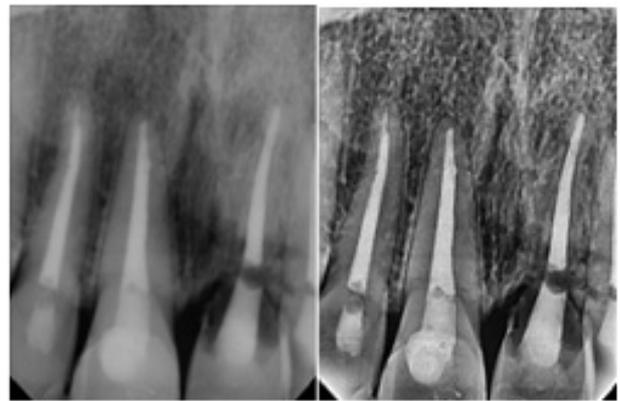


Figura 10 – Proservação (21 e 22) janeiro/2015.

Na radiografia de 09/08/2010, foi identificada reabsorção total da raiz do 21, que se encontrava sem mobilidade, apesar da reabsorção total da raiz (Fig. 9). A paciente optou por aguardar a coroa se soltar, para fazer o implante, o que demorou mais anos, permanecendo este elemento na cavidade oral até janeiro de 2015, conforme evidenciam radiografias (Fig. 10) e tomografia computadorizada Cone Beam (TCCB) da maxila (Fig. 11), totalizando 11 anos de manutenção do elemento (21) na cavidade oral, após traumatismo dentário e reabsorção radicular por substituição.

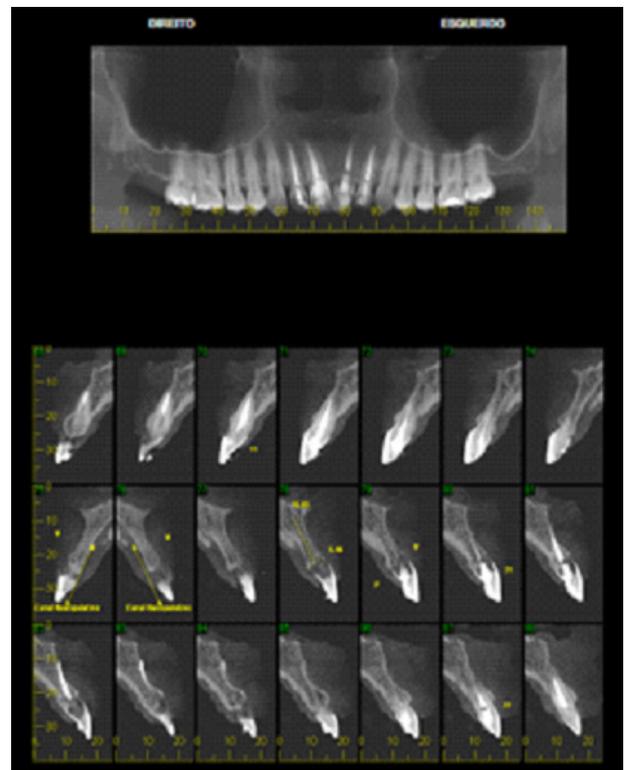


Figura 11 – Tomografia computadorizada Cone Beam da maxila, regiões direita e esquerda.

Após dia 07 de janeiro de 2015, a paciente foi atendida por um colega reabilitador para planejamento dos procedimentos necessários, para restabelecer a função e a estética. A apresentava sorriso gengival com perda óssea na região do elemento perdido por reabsorção por substituição, sendo indicado além de implante e coroa protética, plastia gengival, para aumentar o tamanho das coroas dos demais elementos, melhorando significativamente a estética (Figs. 12, 13).

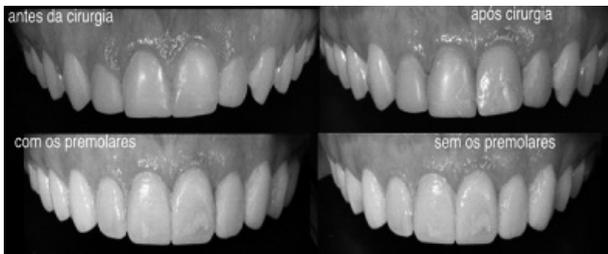


Figura 12 – Fotografias antes e após a cirurgia; com e sem os pré-molares.



Figura 13 – Sorriso antes e após o tratamento - a) Inicial; b) pós enxerto com provisório; c) final, trabalho protético restaurador concluído.

Discussão

A avulsão de dentes permanentes é uma das lesões dentárias mais graves, e um gerenciamento de emergência rápido e correto é muito importante para o prognóstico (FLORES et al., 2007; ANDERSSON et al., 2012). Três importantes aspectos relacionados à avulsão dental têm sido destacados: o armazenamento do dente, o tratamento do ligamento periodontal e o tratamento da polpa para reduzir o risco de reabsorção inflamatória.

Dentre as diferentes diretrizes para o tratamento de dentes permanentes avulsinados o mais indicado tem sido o reimplante (BAGINSKA e WILCZYNSKA-BORAWSKA, 2012; SAVAS et al., 2015). No entanto, nem sempre pode ser realizado imediatamente, como nos casos em que ocorre prognóstico duvidoso, devendo o paciente ser encaminhado ao endodontista, para realizar avaliação e tratamentos necessários (POLAT e TACIR, 2008; POI et al., 2013; MUHAMAD, NEZAR e AZZALDEEN, 2014).

De acordo com Barrett e Kenny (1997), as células do ligamento periodontal vitais podem se reconectar quando reabastecidas e a viabilidade é melhor mantida se o dente é reimplantado nos primeiros 15-20 minutos após a avulsão, e segundo Poi et al. (2013), manter o dente num meio úmido adequado que possa preservar pelo maior tempo possível a vitalidade das células do ligamento periodontal na superfície radicular é o elemento-chave do reimplante bem-sucedido. No presente caso divergindo com a literatura, o paciente chegou com o dente na mão da acompanhante, ausente de meio de armazenamento líquido.

Os meios de transporte de tecido, como Viaspan® (Du Pont Pharmaceuticals, Wilmington, DE) e solução salina balanceada de Ano (HBSS) (Mediática, Herndon, VA) têm uma habilidade excepcional para manter as células vivas e são consideradas como meios de armazenamento superiores (POI et al. 2013). Outros estudos, no entanto, relatam que os melhores meios de armazenamento disponíveis para um dente avulsionado, por ordem de preferência, são: leite, saliva e solução salina (DIANGELIS e BAKLAND, 1998; MUHAMAD, NEZAR, AZZALDEEN, 2014), corroborando com Poi et al. (2013) ao afirmarem que, com exceção das soluções específicas para armazenamento e culturas, o leite pasteurizado integral é o mais indicado, pois tem melhor prognóstico dentre as substâncias que estejam mais provavelmente disponíveis no local do acidente, como água, solução fisiológica ou saliva. Suas vantagens são a grande disponibilidade, fácil acesso, pH fisiologicamente compatível e osmolaridade (pressão do líquido) com as células do ligamento periodontal aderidas à superfície radicular, presença de nutrientes e fatores de crescimento.

Após o reimplante de dentes avulsinados podem surgir as possíveis complicações: a reabsorção inflamatória, reabsorção por substituição, anquilose e esfoliação do dente. Esses fatores também influenciam no protocolo a ser seguido do tratamento endodôntico (ANDERSSON et al., 2012).

Neste estudo, durante a consulta de preservação, identificou-se a reabsorção por substituição no (21), com rápida evolução. Os dentes maduros em crianças e adolescentes apresentam reabsorção radicular inflamatória mais extensa após a reimplantação em comparação com os adultos. O aumento mencionado na taxa de reabsorção, segundo Tezel, Atalayin e Kayrak (2013) está relacionado ao remodelamento ósseo que é mais extenso em crianças durante o período de crescimento. A reabsorção radicular e a anquilose podem dar origem a infra oclusão durante o processo de crescimento.

Neste caso, embora tenha ocorrido a reabsorção total da raiz do (21), o dente encontrava-se sem mobilidade coronária, e a paciente optou por aguardar a coroa soltar, o que possibilitou a preservação óssea permitindo, desta forma, a realização do implante. Estando de acordo com a literatura, em que se observa que a exodontia de um dente anquilosado envolve uma perda óssea muito grande, tanto no aspecto horizontal quanto no vertical, particularmente da fina parede óssea vestibular na maxila. Para evitar essa perda, Rocha et al. (2010) citaram a técnica descrita por Malmgren et al. (1992), que envolve a remoção da coroa do dente, com posterior fechamento do alvéolo com a raiz em seu interior. Desta maneira, ocorre a reabsorção por substituição da raiz, com a preservação ou até mesmo melhora da altura do osso alveolar no sentido vertical e, ainda, a preservação do osso alveolar na direção véstíbulo lingual. Tal fato melhora as condições para o tratamento ortodôntico, quando necessário, quanto para a colocação posterior de uma prótese e/ou implante.

Utilizou-se neste estudo a técnica de Schilder para a obturação dos canais radiculares. Nos tempos atuais, em casos como este, de possível reabsorção por substituição, não se obtura mais o canal com cones de guta percha, e sim com pasta; porém a presença da guta percha não prejudica na instalação do implante futuro. Caldart (2000) verificou que em casos de reimplantação tardia, o material de obturação definitiva é realizado com guta-percha, corroborando com o estudo de Trope et al. (1995).

Conclusão

Conclui-se que o cuidado com os dentes avulsionados, antes e após os reimplantes, aliados à medicação sistêmica e ao tratamento endodôntico imediato, são protocolos viáveis para casos de dentes avulsionados e reimplantados.

Referências

- ANDERSSON, L. et al. International association of dental traumatology. international association of dental traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol* . v. 28, n. 2, p. 88-96, Apr. 2012.
- BAGINSKA, J.; WILCZYNSKA-BORAWSKA, M. Continuing dental education in the treatment of dental avulsion: Polish dentists' knowledge of the current IADT guidelines. *Eur J Dent Educ*. v. 17, n. 1, p. e88-92, Feb. 2013.
- BARRETT, E. J.; KENNY, D. J. Avulsed permanent teeth: a review of the literature and treatment guidelines. *Endod Dent Traumatol*. v. 13, n. 4, p. 153-63, Aug.1997.
- CALDART, L. F. M. Histometrical evaluation of delayed tooth replantation with pulp capping or root canal therapy with different medications: an experimental study in dogs. 2000. In: MOHAMMADI Z, C. et al. Management of root resorption using chemical agents: a review. *Iranian Endodontic Journal*. v. 11, n.1, p. 1-7, Dec. 2016.
- DIANGELIS, A. J.; BAKLAND, L. K. Traumatic dental injuries: current treatment concepts. *J Am Dent Assoc*. v. 129, n. 10, p. 1401-14, Oct.1998.
- FLORES, M. T et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol*. v. 23, n. 3, p. 130-6, Jun. 2007.
- MUHAMAD, A. H.; NEZAR, W.; AZZALDEEN, A. Replantation of avulsed permanent anterior teeth: a case report. *RRJDS*. v. 2, n. 4, p. 43-52, Oct. /Dec. 2014
- POI, W. R. et al. Storage media for avulsed teeth: a literature review. *Braz. Dent. J. Ribeirão Preto*, v. 24, n. 5, p. 437-445, Oct. 2013.
- POLAT, Z. S.; TACIR, I. H. Esthetic rehabilitation of avulsed-replanted anterior teeth: a case report. *Dent Traumatol*. v. 24, n. 3, p. e385-9, Jun. 2008.
- ROCHA, S. R. T. et al. Tratamento ortodôntico em pacientes com dentes reimplantados após avulsão traumática: relato de caso. *Dental Press J. Orthod*. v. 15, n. 4, p. 40e1-40e10, Aug. 2010.
- SAVAS, S. et al. Delayed replantation of avulsed teeth: two case reports. *Case Rep Dent*, v. 2015, n. 1, p. 1-5, Feb. 2015.
- SUGANDHAN, A. R. P.; GULATI, K. B. R. Esthetic management of an anterior avulsed tooth: a case report. *Int J Clin Pediatr Dent*. v. 2, n. 3, p. 35-38, Sep./Dec. 2009.
- TEZEL, H.; ATALAYIN, C.; GUL KAYRAK, G. Replantation after traumatic avulsion. *Eur J Dent*. 7, n. 2, p.

229–232. Apr./Jun. 2013.

TROPE, M. Root resorption due to dental trauma. *Endod Topics*, v. 1, n. 1, p. 79–100, Mar. 2002.

UNAL, M. et al. Traumatic dental injuries in children. Experience of a hospital in the central Anatolia region of Turkey. *Eur J Paediatr Dent*. v. 15, n. 1, p. 17-22, Mar. 2014.

VERMA, L. Reimplantation of avulsed tooth: a case study. *J Exerc Sci Physiother*, v. 6, n. 2, p. 126-129, 2010.

Endereço para correspondência:

Cássia Pouzas Guedes Souza.

Rua Primeiro de Março, n. 5., Alvarenga, MG.

CEP: 35249-000 / Telefone: (33)98709-1448

e-mail: cassiapouzas@hotmail.com

Resina Indireta - Opção de reabilitação em odontopediatria. Relato de caso

Carlos Davi Maia*

Elisa Vieira Rodrigues Coelho*

Juliano Prata*

Isabella Romania Alves Carvalho*

Karla Tavares Versiani de Andrade Freitas*

Xislana Cheroto Machado Versiani**

Resumo

As grandes destruições coronárias em dentes decíduos, decorrente da doença cárie, podem afetar vários elementos dentais resultando em alterações oclusais que levam a desvios funcionais, estéticos. Um sorriso não harmônico pode determinar alterações de comportamento, como baixa autoestima e até mudanças na personalidade. O objetivo deste trabalho foi apresentar a reabilitação bucal estética em uma criança com a técnica da resina indireta, que consiste no preparo do dente, após preenchimento com cimento de ionômero de vidro, moldagem, confecção e cimentação em sessões rápidas, proporcionando vantagens de uma técnica simples e efetiva. Como resultado observamos que as restaurações indiretas possibilitaram reabilitação bucal, recuperação da dimensão vertical, melhora das funções mastigatórias e estética, acarretando um efeito positivo na auto-estima da criança. Assim, concluímos que indicação de resina indireta é uma opção viável para reanatomização de dentes decíduos, alcançando um alto grau de satisfação do paciente, responsável e profissional. Palavras-chave: Resina indireta. Odontopediatria. Reabilitação bucal. Multidisciplinaridade odontológica

Abstract

INDIRECT RESIN - OPTION OF REHABILITATION IN ODONTOPEDIATRIA. CASE REPORT.

The large coronary destruction in deciduous teeth, due to caries disease, can affect several dental elements resulting in occlusal alterations that lead to functional, aesthetic deviations. A non-harmonious smile can determine behavioral changes, such as low self-esteem and even changes in your personality. The objective of this study was to present the aesthetic oral rehabilitation in a child with the indirect resin technique, which consists of tooth preparation, after filling with glass ionomer cement, molding, confection and cementation in quick sessions, providing advantages of a simple technique and effective. As a result, we observed that the indirect restorations allowed oral rehabilitation, recovery of vertical dimension, improvement of masticatory functions and aesthetics, having a positive effect on

*Acadêmicos do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE

**Professora Mestre da Disciplina de Odontopediatria da UNIVALE

the child's self-esteem. Thus, we conclude that indirect resin indication is a viable option for reanatomization of deciduous teeth, achieving a high degree of patient satisfaction, responsible and professional.

Keywords: Indirect resin. Pediatric dentistry. Oral rehabilitation. Multidisciplinary dental practice

Introdução/Revisão da Literatura

A doença cárie pode provocar grandes destruições coronárias e quando afetam vários elementos dentais podem resultar em perda de dimensão vertical, devido a alterações oclusais que levam a desvios funcionais e estéticos. A estética deve merecer uma atenção especial em crianças portadoras de lesões múltiplas de cárie, por envolver além do aspecto funcional, o psicológico. A mastigação deficiente pode levar o paciente infantil a evitar alimentar-se corretamente, ocasionando deficiência nutritiva e imunossupressão, além da instalação de hábitos deletérios. Com o exposto, torna-se imprescindível a reabilitação estética e funcional do paciente, havendo uma necessidade de um planejamento interdisciplinar (IMPARATO et al., 2011)

As restaurações não têm a capacidade de tratar a doença cárie, portanto medidas preventivas e terapêuticas como orientação de higiene bucal, dieta e hábitos são fundamentais para a manutenção e longevidade dessas restaurações. Assim sendo, os pais e o paciente devem ser orientados quanto à importância da correta higienização bucal e dieta equilibrada. (ARAUJO, 1999)

Novas técnicas restauradoras vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de reabilitar a criança na mastigação e oclusão, especialmente com os materiais adesivos que possibilitam a preservação de maior quantidade de tecido dentário sadio.

A literatura relata que as restaurações em resina composta apresentaram alta porcentagem de sucesso clínico, quando comparadas ao amálgama, justificando assim a sua utilização, principalmente na fase de dentadura mista, onde a previsão de permanência dos dentes decíduos no arco é menor. O grau de desgaste das restaurações em resina composta nos dentes decíduos não tem sido apontado como problema, uma vez que os materiais atuais acompanham o desgaste fisiológico sofrido por esses dentes, tornando-se um requisito importante deste material. (PENA et al., 2009)

Segundo Nandini (2010), quando um compósito resinoso é comparado com porcelana, a transferência de forças de mastigação é consideravelmente menor. A

resina composta têm demonstrado uma maior capacidade para absorver forças de carga de compressão e de reduzir as forças de impacto em 57% mais do que a porcelana.

Segundo Baratieri, 2001 e Turbino et al, 2011, a técnica indireta em resina composta associa princípios e vantagens da técnica indireta, como a confecção da peça fora da boca do paciente, conseguindo um melhor controle da contração de polimerização e anatomia detalhada, maior conforto ao paciente decorrente da diminuição do tempo da sessão clínica se comparada a uma restauração feita de modo direto, além de garantir boa durabilidade. E, também, alia características da técnica direta, como a possibilidade de se realizar o reparo na peça e repolimento após sua cimentação. A técnica apresenta limitações em preparos subgingivais, devido às dificuldades nos procedimentos de moldagem e cimentação da peça (TURBINO et al, 2011).

A técnica restauradora indireta com resina composta apresenta resultados eficientes quando utilizados em dentes decíduos com cárie extensa. Esta técnica permite a reabilitação oral e é apresentada como uma alternativa de tratamento devido ao baixo custo, e menor tempo de atendimento no consultório. Apresenta vantagens em relação às diretas, no que diz respeito às suas propriedades mecânicas e na possibilidade de caracterizações de cor e detalhes anatômicos, que são realizados em laboratório. (NOVAES JR et al, 2017)

Apesar das incrustações mostrarem vantagens como melhor definição anatômica, maior facilidade para realização dos procedimentos de acabamento, polimento e possibilidade de minimizar a microinfiltração, existe o inconveniente da peça, às vezes, não se adaptar corretamente ao modelo. Os fatores responsáveis por insucessos podem ser: o preparo incorreto, falha na moldagem para obtenção do modelo e a contração de polimerização da resina composta. Porém, um pequeno desajuste não significa insucesso total, pois o material de cimentação pode reparar essa desadaptação da peça com o dente (IMPARATO et al., 1998).

A restauração em resina composta indireta é realizada em molar decíduo com grande destruição coronária e necessidade de reconstrução para recuperar suas dimensões. O fator tempo é o elemento que fundamenta a seleção dessa técnica. O preparo do elemento dental, moldagem, confecção da incrustação e a cimentação podem ser realizados em única sessão. A incrustação é confeccionada sobre modelo em silicone obtida através da moldagem do paciente. Rank et al., 2003 concluíram que os resultados clínicos e radiográficos

cos conseguidos durante dois anos de acompanhamento mostraram a eficiência desta técnica, bem como a indicação para grandes reconstruções de decíduos em uma sessão, garantindo a função e estética do elemento dental.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é apresentar a reabilitação bucal estética em uma criança com a técnica da resina indireta que consiste no preparo do dente, após preenchimento com cimento de ionômero de vidro, moldagem, confecção e cimentação em sessões rápidas, proporcionando vantagens de uma técnica simples e efetiva.

Relato do Caso

A paciente E.G.C do sexo feminino, 4 anos de idade, compareceu à clínica de odontopediatria da faculdade UNIVALE com grandes destruições coronárias nos dentes decíduos anteriores, em decorrência da doença cárie (figura 1). Observou-se um sorriso tímido, contido, e relato de que a criança sofria bullying na escola devido à aparência “feia” dos seus dentes. A mãe assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do prontuário e autorizou o registro do caso clínico, assim como o registro por imagens. O diagnóstico clínico bucal evidenciou desvios funcionais e estéticos.

As lesões de cárie extensas apresentavam-se clínica e radiograficamente com cavidades em dentina, porém, inativas. A necessidade de endodontia foi descartada. Desta forma, elaborou-se um plano de tratamento, iniciando pela adequação do meio, removendo parcialmente o tecido cariado e restaurando temporariamente com cimento ionômero de vidro (CIV), que atuou também como primeiro reconstrutor coronário.

Na sessão seguinte foi realizado o preparo protético mais conservador possível nos incisivos decíduos superiores (figura 2). A moldagem, que foi realizada com silicona de adição leve e pesada, com o objetivo de copiar, em detalhes, os dentes a serem restaurados. Vazamento com o gesso pedra (figura 3). Após a moldagem, a seleção de cor foi realizada para a confecção da coroa. A partir do modelo de gesso obtido foram confeccionadas as restaurações indiretas em resina composta fotopolimerizável dos elementos 52, 51, 61, os quais apresentavam maior destruição estrutural. Para o elemento 62 foi planejado uma restauração classe III em resina direta, preservando assim, a estrutura dental sadia. Na fase laboratorial, o modelo de

trabalho foi isolado com vaselina líquida. Incrementos de resina fotopolimerizável foram colocados até que o formato coronário adequado fosse atingido.

Na sessão clínica seguinte, foi testada a adaptação das peças protéticas. Em seguida, passou-se aos procedimentos de cimentação, etapa mais importante na utilização das resinas indiretas, que compreende o preparo da superfície dental, o preparo da superfície interna das peças protéticas e a cimentação propriamente dita (figuras 4, 5, 6).

Com o campo isolado, foi realizada a profilaxia com pedra pomes e água, utilizando escova de Robson, visando à remoção de agentes contaminantes capazes de interferir no contato íntimo entre o sistema adesivo/ cimento resinoso/ peça protética e o dente. Realizou-se o ataque ácido por 15 segundos, lavagem abundante, e secagem com leves jatos de ar à distância. A hibridização aplicando o Prime, aguardando 30 segundos, aplicado à segunda camada do prime, após 1 minuto, aplica o adesivo (bond) e fotopolimeriza por 20 segundos. Após o preparo do dente, foi feito o preparo da peça utilizando o agente de união silano. Cimentaram-se as restaurações indiretas com o cimento resinoso Dual, e fotopolimerizou por 60 segundos em cada face do dente.

No aspecto clínico final, as restaurações indiretas dos incisivos decíduos superiores, depois de cimentadas, restabeleceram as dimensões méso-distais e vestibulo-palatinas das coroas melhorando a estética e função mastigatória da paciente, quando comparada ao estado inicial (figura 7).

Segundo a mãe da criança, ela passou a sorrir, demonstrando satisfação com o resultado clínico da reabilitação bucal e melhor qualidade de vida.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

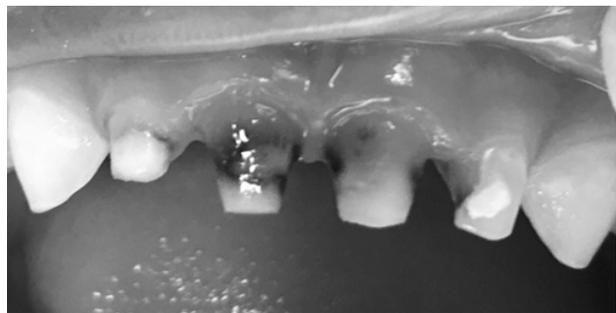


Figura 7

Considerações finais e conclusão

As incrustações de resina composta apresentam vantagens de ter melhor estética e melhor adaptação final do que as reconstruções diretas. Rank et al. e Fonoff e Corrêa acrescentaram ainda que as restaurações indiretas possuíam vantagens de sessões clínicas mais curtas, facilidade de escultura, polimento e aca-

bamento proximal, além de diminuir o grau de contração, e de polimerização da resina que pode romper a ligação adesiva entre dente e restauração, gerando problemas como ausência de selamento, infiltração marginal, sensibilidade pós-operatória e, conseqüentemente, cárie secundária. As desvantagens dessa técnica seriam o tempo adicional de mais uma sessão clínica, maior número de passos clínicos, maior quantidade de material envolvido e, conseqüentemente, custo mais elevado, quando comparada à restauração convencional direta. (FONTANA 2005).

Segundo Baratieri, 2001, Turbino et al, 2011, e Conceição et al., 2012, o fato de ter toda sua polimerização realizada fora do meio bucal garante a ausência de contração de polimerização na cavidade e a estabilidade dimensional da resina composta. Clinicamente, a contração de polimerização fica reduzida à camada de cimento de resina, minimizando assim algumas das suas conseqüências como sensibilidade pós-operatória, dor, desconforto durante a mastigação e microinfiltração marginal.

Uma análise radiográfica criteriosa antes, durante e após a restauração direta e indireta, tem um papel importante como: garantir o vedamento de todo o preparo evitando infiltrações, orientar a distância entre dentina e polpa para que não haja perfurações na câmara pulpar e analisar a quantidade de tecido saudável remanescente. Outro fator importante a ser considerado durante as restaurações é o desenvolvimento correto dos protocolos protéticos, preparos bem feitos, materiais usados no tempo certo, manipulados com cautela e seguindo as proporções indicadas pelo fabricante que garantem durabilidade e resistência à restauração (MANFIO, 2006).

Os efeitos negativos da cárie, interferem diretamente no comportamento da criança, causando desconforto e baixa-autoestima. Com isso, a proposta deste tratamento foi a reabilitação estética e funcional evitando-se hábitos deletérios como interposição de língua e problemas de fonação, e conseqüente desenvolvimento de uma maloclusão.

Concluimos que as restaurações indiretas possibilitaram a reabilitação bucal, recuperação da dimensão vertical, melhora das funções mastigatórias, e estética acarretando um efeito positivo na auto-estima da criança. Assim é de suma importância um estudo integrando a estética-dentística, prótese, oclusão, avaliação ortodôntica, radiologia e odontopediatria em seu cuidado integral com o paciente infantil.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO FB, TOVO MF. **Abordagem terapêutica em pacientes portadores de cárie rampante**. In: Vanzilotta OS, Salgado LPS. *Odontologia Integrada*. Rio de Janeiro: Pedro Primeiro; 1999.

BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas**. Vol. 1 e 2. São Paulo: Santos, 2011.

BLANCO A, P.C.; MONTEIROA, A.M.D.A.; SILVA, S.M.D.A.; VELOSOA, C.D.B.S. Restauração de Dentes Conóides com Resina Indireta: Relato de Caso. **UNOPAR cient ciênc biol saúde**, p. 257-261, 2012.

CONCEIÇÃO, E. N. et al. **Visão Horizontal: Odontologia Estética para todos**. Vol. 1 e 2. 1ed. Maringá: Dental Press, 2012.

EID, N.L.M.; IMPARATO, J.C.P.; MOLINA, O.F.; RANK, M.S.; RANK, R.C.L.C. Reabilitação bucal infantil por meio da reconstrução de dentes decíduos com resina composta – caso clínico. **Revista Amazônia**, p. 40-48, 2013.

FONTANA, A. C. D. **Restaurações indiretas de resina composta Inlay/Onlay**. Monografia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

IMPARATO, J. P. C., et al. Reabilitação bucal infantil por meio da reconstrução de dentes decíduos com resina composta – caso clínico. **Revista Amazônia**. 2013;1(1):40-48.

IMPARATO, J. P. C., et al. Reconstrução de molares decíduos através da técnica restauradora indireta com resina composta: acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos. **RPG**, v. 5, p. 133-137, 1998.

LONGHI, D.G.K. Onlay de resina composta pela técnica semi-direta. Porto Alegre, p. 46, 2013.

PENA CE, VIOTTI RG, DIAS WR, SANTUCCI E, RODRIGUES JA, REIS AF. Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predictable results. **Eur J Esthet Dent**

2009;4(3):210-24.

MANFIO, A. P. et al. Coroa Total de Resina Composta: Procedimento Alternativo na Reconstrução do Elemento Dental. **RGO**, P. Alegre, v. 54, n. 1, p. 27-30, jan./mar. 2006.

NANDINI, S. Indirect resin composites. **J Conserv Dent**, v. 13, n. 4, p. 184-194, Out-Dez, 2010.

NOVAES JR, J.B., et al. **Restauração indireta em resina composta**. Surya Dental. Belo Horizonte, 2017.

RANK, R. C. I. C. et al. Técnica restauradora semi-direta extra-bucal de molar decíduo em única sessão. (Acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos). **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 4, p. 15-20, set./dez. 2003.

TURBINO, M. L. et al. Restaurações de resina composta semi-direta em dentes posteriores. In: PEDROSA, S.F. et al. **Pró-Odonto Estética: programa de atualização em odontologia estética**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2011. p. 99-135.

Endereço para correspondência:

Xislana Cheroto M. Versiani

Av. rio Doce, 1533, Ilha dos Araújo, Governador Valadares - MG

CEP 35020-500

xislana.versiani@univale.br

(33)999034128

Auto-percepção de saúde bucal em idosos: uma perspectiva para promoção de saúde

Lorrayne Gomes de Araújo*
 Carlos Alberto Dias**
 Mauro Augusto dos Santos***
 Suely Maria Rodrigues****

*Bolsista de Iniciação Científica do grupo de pesquisa, Saúde Indivíduo e Sociedade/SAIS/UNIVALE/CNPq. Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce.

** Doutor em Psicologia/ Université de Picardie Jules Verne. Professor adjunto do curso de Turismo e do Mestrado Ensino em Saúde- UFVJM.

*** Doutor em Demografia/UFMG. Professor adjunto do programa de mestrado Gestão Integrada do Território/GIT/UNIVALE, e pesquisador do grupo de pesquisa, Saúde Indivíduo e Sociedade/SAIS/ UNIVALE/CNPq.

****Doutora em Saúde Coletiva/UFMG. Professora adjunta do curso de Odontologia e do programa de mestrado Gestão Integrada do Território/GIT/ UNIVALE. Pesquisadora do grupo de pesquisa, Saúde Indivíduo e Sociedade/SAIS/ UNIVALE/CNPq.

Resumo

Autopercepção em saúde bucal é a interpretação que o indivíduo faz de suas experiências. Esse julgamento se baseia, em geral, nas informações e nos conhecimentos adquiridos ao longo da vida, influenciado pelas normas sociais e culturais. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção da condição de saúde bucal em idosos não-institucionalizados, residentes no município de Governador Valadares - MG. Participaram do estudo 162 indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, funcionalmente independentes ou parcialmente dependentes, que frequentavam algum grupo de terceira idade. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada baseada no protocolo do SB-2000. Os resultados revelam que 61,7% dos idosos eram do gênero feminino e 38,3% masculino. Em relação à aparência de seus dentes, 40,9% a consideraram boa; 34,8% como ruim e 24,3% como regular. Quanto ao relato de dor nos últimos seis meses, 59,9% dos idosos não apresentam nenhuma sintomatologia dolorosa; 28,4% sentiram dor moderada e 11,7% afirmaram sentir muita dor. A autopercepção em saúde bucal foi classificada como boa para 43,5% dos idosos; regular para 30,4% e ruim para 26,1%. Pode-se concluir que os idosos na sua maioria percebem e consideram sua saúde bucal como boa.

Palavras-chave: Autopercepção; Saúde Bucal; Idoso.

Abstract

SELF-PERCEPTION OF ORAL HEALTH IN ELDERLY: A perspective for health promotion

Self-perception in oral health is the individual's interpretation of their experiences. This judgment is generally based on information and knowledge acquired throughout life, influenced by social and cultural norms. The objective of the present study was to identify the perception of oral health status in non-institutionalized elderly people living in the municipality of Governador Valadares - MG. Participating in the study were 162 individuals, 60 years of age or older, of both sexes, func-

tionally independent or partially dependent, users of the FACS / UNIVALE Odontogeriatric clinic or who attended a senior group. Data were collected through a semi-structured interview based on the SB-2000 protocol. The results show that 61.7% of the elderly were female and 38.3% male. Regarding the appearance of their teeth, 40.9% considered it good; 34.8% as bad and 24.3% as regular. Regarding the reported pain in the last six months, 59.9% of the elderly do not present any painful symptoms; 28.4% felt moderate pain and 11.7% reported feeling great pain. Self-perception in oral health was classified as good for 43.5% of the elderly; to 30.4% and poor to 26.1%. It can be concluded that, the elderly mostly consider their oral health as good.

Keywords: Self-perception; Oral Health; Old man.

Introdução

O Brasil, à semelhança dos demais países latino-americanos, está passando por um processo de envelhecimento populacional. Estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1995) sobre crescimento e vida média projetaram um aumento da população brasileira acima de 60 anos. O aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o da população mundial será de cinco vezes, no mesmo período. Tal aumento colocará o Brasil no ano 2025 como a sexta população de idosos do mundo (IBGE, 2000).

Ramos et al. (1993) relataram que os brasileiros, com 60 anos ou mais, passarão de 6,3% da população total em 1980, para 14% em 2025, uma das maiores populações de idosos do mundo. A elevação do nível de vida da população está relacionada com a urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, melhores condições de saneamento básico, maior cuidado com a higiene pessoal, maior acesso à educação, redução nas taxas de mortalidade e controle da natalidade. Somado ao avanço da ciência e tecnologia aplicada na área da saúde, cujas pesquisas e resultados científicos conseguiram prolongar a esperança da média de vida.

O aumento do número de indivíduos idosos na população brasileira requer uma atenção diferenciada de diversos setores da sociedade, em especial da equipe envolvida nos cuidados com a saúde desse grupo etário. Tal necessidade se deve ao grande número de alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, bem como, à ocorrência de múltiplas patologias, o consumo de vários tipos de medicamentos e aos fatores psicossociais próprios da longevidade (KALACHE et al., 1987).

As mudanças no perfil epidemiológico acarretam

despesas elevadas com tratamentos complexos e onerosos. As doenças nos idosos na maioria das vezes são crônicas, consumindo mais recursos da área de saúde quando comparadas com as demais faixas etárias, e nem sempre tal custo significa um cuidado adequado às suas necessidades específicas (SILVESTRE et al., 1998).

Além disso, dogmas errados foram difundidos ao longo dos séculos sobre os dentes, sendo vinculados à idade avançada ou uma fatalidade do destino, favorecendo a precária condição de saúde bucal de idosos na atualidade. No entanto, é como se imaginássemos o Brasil em igualdade de situação com relação a países como Angola, Serra Leoa e outros países cuja população mutilada é vítima de minas terrestres (RITTER, 2004).

Estudos apontados pelo Ministério da Saúde entre o ano de 1988 e os de Watanabe em 1996 mostram que os idosos formam um grupo com quase todos os dentes extraídos, grande quantidade de problemas periodontais, lesões de mucosa bucal e uso de próteses inadequadas. Isso, em decorrência de raros programas de saúde dirigidos a estes indivíduos, apresentando baixa prioridade nos serviços públicos, mesmo com todos os problemas acumulados e com forte mudança demográfica verificada no país. Neste contexto de dificuldades, uma das áreas que poderia ser explorada é das ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na autopercepção, conscientizando o indivíduo para a necessidade de cuidado com sua saúde bucal. Para isso é essencial entender como o indivíduo percebe sua condição bucal, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção e pela importância dada a ela (SILVA, 1999).

O envelhecimento da população torna-se necessário a determinar padrões aceitáveis de saúde bucal para contribuir para um melhor estado geral de saúde e bem-estar (MARIÑO et al., 2013). Portanto, dados epidemiológicos são imprescindíveis para o planejamento, organização e monitorização dos serviços de saúde bucal prestado (SILVA et al., 2011). O objetivo do presente estudo é identificar a auto-percepção da condição da saúde bucal em idosos, não institucionalizados, residentes no município de Governador Valadares – MG.

Revisão da Literatura

Transição demográfica

A Organização das Nações Unidas (ONU, 1980) considera o período de 1975 a 2025 como a “era do envelhecimento”, dado ao crescimento marcante da população idosa em relação à população global em to-

dos os países. Deve-se salientar que esse crescimento está sendo mais rápido nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvido.

A proporção de indivíduos com 60 anos ou mais está aumentando rapidamente em todos os países do mundo. Tal fato se deve ao progressivo declínio nas taxas de fecundidade e de mortalidade; à prevenção e/ou tratamento das doenças associadas com morte pré-matura; ao avanço no tratamento específico de doenças infecciosas e à utilização de programas de imunização. Esses fatores associados promovem a base demográfica para o envelhecimento real dessas populações (OMS, 1983).

O aumento da população de idosos está relacionado com a urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, melhores condições de saneamento básico, maior cuidado com a higiene pessoal, maior acesso à educação, redução nas taxas de mortalidade e controle da natalidade, somado ao avanço da ciência e tecnologia aplicada na área da saúde, cujas pesquisas e resultados científicos conseguiram prolongar a esperança de vida ao nascer (Ramos et al, 1993).

Projeções demográficas indicaram que de 1980 até o final do século XX cerca de três quartos do aumento da população idosa ocorreram nos países em desenvolvimento. Na América Latina, entre 1980 e o ano 2000 ocorreu um aumento de 120% da população total (de 363,7 para 803,6 milhões) enquanto que o aumento da população acima de 60 anos foi de 236%, ou seja, duas vezes maior que o percentual de aumento da população como um todo (BRUNETTI, 2002).

No estudo do gráfico das pirâmides populacionais mundiais observa-se que em 1940 a base era alargada, com poucas pessoas atingindo o ápice da pirâmide, retratando, assim, uma população jovem. Após 50 anos, a base se estreitou e uma grande porção de indivíduos atingiu o ápice. Atualmente seu desenho é semelhante a uma pirâmide triangular, enquanto a de 2025 terá como forma uma estrutura cilíndrica (WHO, 2002).

No início do século XX, a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 33,7 anos, tendo atingido 43,2 em 1950. No decorrer da década de 60 a esperança de vida havia aumentado em quase 8 anos (55,9 anos). Na década seguinte passou a ser de 57,1 anos e em 1980 atingiu 63,5 anos; e no ano 2000 experimentou um aumento de cinco anos (TERRA, 2001). O IBGE no ano de 2016 publicou que o brasileiro ao nascer espera viver 75,8 anos, mostrando que a expectativa de vida aumentou mais de 30 anos de 1940 a 2016.

A população com 65 anos ou mais, em 1991 era de 4,8%, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010). Dados do censo 2010 (IBGE,

2010) revelam que atualmente o número de indivíduos com 65 anos ou mais é de 14.081.480 milhões, e a previsão é de que, em 2025, possa atingir 32 milhões, o que representará 13,8% da população geral. Isto fará com que o país tenha a sexta população do mundo em número de idosos.

Transição epidemiológica

O acelerado processo de envelhecimento que vem ocorrendo recentemente em alguns grupos populacionais constitui um dos maiores triunfos da humanidade, mas também um dos maiores desafios para nossa sociedade (BENEDETTI, 2007).

A transição de uma população jovem, com alta mortalidade para uma população envelhecida com baixa mortalidade, provoca alteração no perfil da morbidade e causas de mortes desta população, também chamada de transição epidemiológica. Basicamente temos a substituição das doenças infectocontagiosas pelas doenças crônicas degenerativas, as quais não são transmissíveis, mas configuram a principal causa de morte em uma população (OMS, 1984).

O processo de transição epidemiológica descreve a gradual mudança de situação caracterizada por alta mortalidade/alta fecundidade para a de baixa mortalidade/baixa fecundidade e, conseqüentemente, de uma baixa para uma alta proporção de idosos na população. Se o processo de transição epidemiológica é comprimido, isto é, se seus vários estágios se passam em um número menor de anos, as repercussões sociais serão muito mais acentuadas, particularmente se os recursos materiais da sociedade são limitados. Quanto maior o número de pessoas que envelhece, maior a necessidade de recursos para atender a suas necessidades específicas (KALACHE et al., 1987), a exemplo temos a crise da previdência social no ano de 2015.

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 o contingente de pessoas passíveis de contrair uma doença crônica do tipo das doenças cardiovasculares (RAMOS et al., 1993), hipertensão arterial e diabetes mellitus, as quais são as mais frequentes neste grupo.

No Brasil houve uma mudança nas causas de mortalidade. Basta considerarmos as principais causas de morte nas capitais brasileiras entre 1930 e 1980. Em 1930, as causas principais de morte eram numa escala decrescente de prevalência, as doenças infecciosas e parasitárias, cardiovasculares e respiratórias. Em 1980, passam a ser as cardiovasculares, respiratórias, as infec-

ciosas e parasitárias. As doenças infecto-contagiosas que eram responsáveis por cerca de 40% de todos os óbitos, em 1930, passam, em 1980 a representar apenas 8% dos óbitos. Enquanto que, as doenças cardiovasculares que, em 1930, causavam 12% dos óbitos, passaram, em 1980, a representar 34% do total de óbitos (CANÇADO, 1994). Um dos fatores dessa mudança se dá pelo novo estilo de vida adotado.

O envelhecimento da população e a mudança no perfil epidemiológico fazem com que o cenário caracterizado por uma população jovem, com maior incidência de doenças infecciosas, se transforme em um outro no qual predominam os crônicos, característicos de uma população envelhecida. Este fato traz como consequência o aumento dos custos com tratamento, hospitalização e reabilitação. Os problemas de saúde crônicos e múltiplos perduram por vários anos, requerendo pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares. O delineamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontada como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento (VERAS, 2002).

Caracterização do idoso

Historicamente, o processo de envelhecimento tem sido considerado através de duas perspectivas: uma, que o reconhece como a etapa final da vida, a fase do declínio que culmina na morte; outra, que o concebe como a fase da sabedoria, da maturidade e da serenidade (PASIAN et al., 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1983) classifica a população da terceira idade de acordo com o desenvolvimento do país no qual o indivíduo está inserido e com a seguinte faixa etária: países desenvolvidos, aqueles indivíduos com idade de 65 anos ou mais, e países em desenvolvimento, indivíduos com 60 anos ou mais.

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos ou mais. Em decorrência do aumento da população idosa foi elaborada uma legislação específica, do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996), 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 autonomia ou habilidade/capacidade funcional, a OMS (1983) classificou os pacientes idosos em 3 grupos:

1 - Funcionalmente independente - são indivíduos saudáveis, podendo apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e/ou com algum declínio sensorial associado com a idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda;

2 - Parcialmente independente - são indivíduos lúcidos, porém com problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, fazendo 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;

3 - Totalmente dependente - 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 autonomia e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente.

Estes conceitos são úteis no contexto do envelhecimento, pois estão ligados à manutenção da autonomia, ou seja, o grau de independência com que desempenham as funções no dia a dia dentro de seu contexto socioeconômico 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).

Mudanças no estado funcional dos idosos, em muitos casos, levam a necessitar de alguém para auxiliá-los em atividades que antes pareciam ser de simples execução (PADILHA et al., 1998).

Autopercepção da Saúde bucal do idoso

Autopercepção em saúde é a interpretação que o indivíduo faz de suas experiências de saúde e estados precários de saúde no contexto da vida diária. Este julgamento se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis modificados pela experiência previa e pelas normas sociais e culturais (SILVA, 2001).

A percepção em saúde bucal está associada aos aspectos físicos e subjetivos relacionados à boca, e é influenciada por fatores sociais, econômicos, pela idade, sexo e renda do indivíduo. Para muitas patologias, a necessidade percebida depende das crenças e do conhecimento da pessoa afetada, e também dos critérios de valor atribuídos a saúde perdida. Assim, a avaliação da saúde por pessoas leigas difere da que é feita por profissionais, pois os conceitos de má saúde e doença são

determinados por valores culturais. Como é percebida de modo diferente por indivíduos, sociedades e gerações, isso mostra a diversidade de experiências e valores dos idosos. Uma vez que a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia a dia, onde estudam, trabalham, divertem-se e amam-se (SILVA, 2005).

A autopercepção em saúde bucal permite que se tenha um quadro mais próximo da real condição do indivíduo, apesar desse procedimento não substituir o exame clínico do paciente. A utilização de indicadores subjetivos na prática clínica diária é mais uma ferramenta para se detectar as reais necessidades dos idosos, devendo ser usadas para complementar a informações clínicas. Dessa forma a autoavaliação da satisfação global com a vida proporciona ao idoso a oportunidade de expressar sua concepção pessoal da própria realidade e da sua saúde. Estudos de autopercepção em saúde permitem a participação efetiva da comunidade na formulação de decisões políticas e sociais, incluindo a saúde bucal além de tornar possível a abordagem mais efetiva dos indivíduos pelos profissionais de saúde (BIAZEVIC, 2001).

A preocupação da odontologia atualmente, na área da educação em saúde, tem dado ênfase à articulação entre os saberes técnico e leigos, para possibilitar que as comunidades e o próprio indivíduo possam conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam sua saúde (UNFER et al., 2006).

Um aspecto importante a ser considerado é o da autopercepção, em que as atitudes individuais poderão levar à mudança de comportamento de uma comunidade, de forma que indicadores desta autopercepção se constituam em importante ferramenta para a implantação de serviços odontológicos voltados para esta camada populacional (HENRIQUES et al., 2007).

Metodologia

Abordagem e modelo do estudo

Foi adotada nesta investigação 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. 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 interrelação em um determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

Universo do estudo

Governador Valadares possui 263.689 habitantes (IBGE, 2010), sendo 30,779 idosos, representando 8,6% da população. Há neste município 29 Grupos de terceira idade, de acordo com o Centro de Atenção ao Idoso (CAAI).

Amostra

Foi constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, funcionalmente independentes, participantes de Grupos de terceira idade e residentes no município de Governador Valadares – MG.

Para definição do tamanho da amostra foi realizado um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção, com nível de confiança de 95% e precisão requerida de 5%. Como padrão (p) foi utilizado a prevalência de perda dentária nesta população, obtida por meio de Levantamento Epidemiológico, realizado no ano de 2004, no município, utilizando a mesma metodologia do Projeto SB-2000 (BRASIL, 2000).

O resultado do cálculo, após a correção para número final, feita com base no total de idosos apontou uma amostra de 162 idosos (já incluído 10% referente a uma possível perda).

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na amostra indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, de estado funcional independente e/ou parcialmente dependente, que possuam condições sistêmicas adequadas para responder a entrevista que foi utilizada na pesquisa.

Os idosos enfermos e aqueles que, devido à agressividade ou alterações de comportamento não permitiram ou não contribuíram para a realização da entrevista foram excluídos do estudo.

Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de uma entrevista semiestruturada, baseada no protocolo do SB-2000 (BRASIL, 2000). As variáveis incluídas na entrevista tiveram por objetivo conhecer o perfil socioeconômico e a autopercepção em saúde bucal de indivíduos idosos não-institucionalizados, residentes no município de Governador Valadares, Minas gerais. A coleta foi realizada por alunos (bolsistas de Iniciação Científica) previamente treinados, no período, agosto de 2007 a abril de 2008.

Em todas as entrevistas foi mantido um caráter informal, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado para que fosse possível alcançar um aceitável grau de veracidade nas respostas. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

Estudo piloto

Buscando testar o método de trabalho e os processos técnicos envolvidos na execução do experimento, um projeto piloto foi realizado com 10 indivíduos, utilizando todos os critérios de inclusão e exclusão, porém estes indivíduos não foram considerados para o estudo principal. Segundo Marconi e Lakatos (1990), a importância do Projeto Piloto consiste na possibilidade de verificar se os dados a serem levantados apresentam fidedignidade, validade e operacionalidade, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Análise estatística dos dados

Os dados foram processados utilizando-se o software Sphinx, que realizou a organização dos dados, fornecendo análise descritiva de percentuais e associações previstas entre as variáveis pesquisadas.

Aspectos éticos

Este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP - UNIVALE) e obteve aprovação através do parecer nº 042/2006.

Resultados e Discussão

Os resultados referem-se aos 162 indivíduos idosos não-institucionalizados. Destes, 61,7% eram do gênero feminino e 38,3% do gênero masculino, apresentando média de idade de 69,88 anos ($dp \pm 6,35$). A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 60 anos e máxima foi de 84 anos. Quanto à escolaridade 61,1% dos idosos possuem o primeiro grau. Estes dados estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição das características sócio-demográficas dos idosos estudados (n=162).

Características		Frequência n (%)
Sexo	Feminino	100 (38,3%)
	Masculino	62 (61,7%)
Condição econômica individual	Conta própria	13 (8%)
	Assalariado	7 (4,3%)
	Aposentado	126 (77,8%)
	Do lar	16 (9,9%)
Renda familiar*	Sem renda	10 (6,2%)
	Até 1 SM*	43 (26,5%)
	Até 2 SM*	73 (45,1%)
	Acima de 2 SM*	36 (22,2%)
Situação conjugal	Solteiro	10 (6,1%)
	Casado	84 (51,9%)
	Viúvo	47 (29%)
	Amasiado	21 (13%)
Com quem mora	Esposo (a)	85 (52,5%)
	Filhos	40 (24,7%)
	Sozinho	24 (14,8%)
	Parente	13 (8%)
Situação de trabalho	Aposentado	126 (77,8%)
	Do lar	16 (9,9%)
	Conta própria	13 (8%)
	Assalariado	7 (4,3%)

*SM= 380,00 reais

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 maior participação de mulheres encontrada neste estudo provavelmente está relacionada à maior atenção e cuidado dado ao aparecimento de problemas de saúde, com conseqüente aumento pela procura e utilização de atendimento médico/odontológico. Apesar dos homens apresentarem maiores necessidades de cuidado, os mesmos demonstram acomodação e

aceitação diante do processo de envelhecimento e dos problemas de saúde. Já as mulheres apresentam maior flexibilidade e dinamismo em relação ao envelhecimento, buscando sempre que possível sanar as demandas cotidianas de saúde (BULGARELLI; MANÇO, 2008). 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).

Em relação ao estado civil, na presente pesquisa 51,9% dos idosos pesquisados são casados. Benedetti (2007) em seu estudo encontrou resultados semelhantes em que 61,4% dos idosos são casados.

A maior parte da renda dos idosos pesquisados provém da aposentadoria, verificando-se uma baixa proporção de idosos sem rendimento (6,2%). 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). Uma renda maior pode refletir diretamente no envelhecimento ativo, pois permite uma autonomia financeira frente às necessidades de saúde, sociais e alimentares.

A condição de residir com alguém foi observada na maioria dos idosos. Este fato pode significar que ter o outro que escuta, ampara, troca experiência, cuida durante os problemas do dia a dia pode auxiliar o idoso a ser realmente um indivíduo que vive dignamente seu processo de envelhecimento dentro de um contexto social considerado essencialmente importante para uma boa qualidade de vida. Uma vez que em determinado momento, a idade avançada pode trazer algum prejuízo para a vida desses indivíduos. Esses dados refletem os padrões de solidariedade sócio-cultural, além de ser uma condição de sobrevivência econômica das famílias nos dias atuais. De acordo com Jorge et al. (2001) no Brasil, a maioria dos idosos vivem em domicílio multigeracionais e são cuidados por suas famílias, sendo centrado nas mulheres.

As condições de autopercepção em saúde bucal estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição da autopercepção em saúde bucal dos idosos estudados (n=162).

Características		Frequência n (%)
Saúde Bucal	Ruim	34 (21,1%)
	Regular	49 (30,4%)
	Boa	70 (43,5%)
Aparência bucal	Ruim	65 (40,6%)
	Regular	34 (21,1%)
	Boa	62 (38,3%)
Mastigação	Ruim	56 (34,8%)
	Regular	39 (24,3%)
	Boa	66 (40,9%)
Fala	Ruim	45 (27,8 %)
	Regular	22 (13,6 %)
	Boa	95 (58,7 %)
Dor nos últimos 6 meses	Sem dor	97 (59,9%)
	Dor moderada	46 (28,4%)
	Muita dor	19 (11,7%)

Neste estudo observou-se que, a autopercepção em saúde bucal foi classificada como boa para 43,5% dos idosos, ou seja, esse dado evidencia uma visão positiva da saúde entre os idosos. A autopercepção em saúde abrange a compreensão que o indivíduo possui sobre o seu estado de saúde, englobando elementos subjetivos relacionados ao seu bem-estar.

Segundo Batista et al. (2012). refere-se à maneira pela qual o sujeito compreende suas próprias atitudes e crenças com base em seu comportamento em determinadas situações, mediadas pelos diversos aspectos de sua saúde física, cognição e capacidade funcional. Esse discernimento baseia-se no conhecimento dessa pessoa sobre o processo saúde-doença, que se encontra interligado às suas experiências anteriores e pelo contexto social, cultural e histórico em que está inserido. A concepção dos pacientes sobre esses componentes físicos e emocionais vão afetar diretamente seu comportamento em relação aos cuidados com a saúde. Afirmam que a razão para muitos não procurarem os serviços odontológicos está relacionado à percepção de que não necessitam de tratamento.

Uma explicação para uma autopercepção boa e uma condição clínica insatisfatória, seria pelo fato de que nos idosos a percepção também pode ser afetada por valores pessoais, como a crença, visto que algumas

dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade, o que pode levar a pessoa a superestimar sua condição bucal (COSTA et al., 2010).

No que diz respeito à aparência dos elementos dentais, 40,9% a consideraram boa. Para 40,6% dos entrevistados, a mastigação foi considerada ruim. Estes resultados demonstram que apesar do direcionamento de políticas públicas de saúde para a população idosa atualmente, ainda não é capaz de solucionar a demanda reprimida existente reflexo de décadas de uma odontologia centrada em procedimentos curativos e não conservadores. Contudo, os resultados do estudo de Unfer et al. (2006) indicam que na maioria dos idosos pesquisados, a mastigação não é realizada com naturalidade e conforto, e que há necessidade de selecionar o tipo de alimento ou a forma de consumi-lo, por meio de estratégias que facilitem a ingestão.

Quanto ao relato de sentir dor nos últimos seis meses, 59,9% dos idosos não apresentam nenhuma sintomatologia dolorosa. Segundo Haikal et al. (2011), acredita-se que os idosos se tornam mais tolerantes com os problemas da cavidade bucal que surgem ao longo da velhice, passando a ter valores sociais diferentes, não parecendo se abater ou mesmo se indignar com precárias condições bucais e nem mesmo com as limitações consequentes destas condições. O que realmente os incomoda e é impactante é a relação de dependência inclusive para ir ao dentista, a solidão e a proximidade com a morte, minimizando quaisquer outros problemas. A dor nesta fase é vista como algo natural que é decorrente da idade.

Em relação à fala no presente trabalho, observou que 58,7% dos idosos a classificaram como boa. Para Unfer (2006), as perdas dentárias podem comprometer a mastigação, fonação, a estética e, muitas vezes, a fala.

A exclusão social e a ausência de cuidados em saúde bucal que atinge de forma histórica e contínua aos idosos apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais, buscando contemplar as reais necessidades da população, o que implica a disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão.

Conclusões

Os idosos na sua maioria consideram que sua saúde bucal é boa, ou seja, possuem uma visão positiva de autopercepção mesmo apresentando edentulismo. Devido à mudança do perfil populacional, a odontologia deve direcionar sua atenção para promoção de saúde

de bucal, com o intuito de promover conhecimentos e práticas de autocuidado que proporcionarão uma boa saúde bucal aos idosos.

O estudo da autopercepção é importante para os profissionais de saúde, visto que possibilita direcionar a atuação do cirurgião dentista para melhor atender as necessidades sentidas pelos idosos, além de ser um importante meio para avaliar o que o indivíduo preconiza.

O conhecimento sobre autopercepção da saúde da população, no campo da Odontologia, é importante para entender o comportamento das pessoas e como estas avaliam suas necessidades, de forma a ajudá-las na adesão a comportamentos saudáveis. Por sua vez, em relação aos idosos, esse conhecimento ainda é mais importante, levando em conta que uma das principais razões pelas quais esse grupo não procura o serviço odontológico é a não percepção das suas necessidades, aliada às questões sociais, culturais, de estilo de vida, bem como questões econômicas.

Referências

BATISTA, M. J. et al. Treatment needs and self-perception of oral health among adolescents. **RGO – Rev. Gaúch. Odontol.** 2012; 60(3):289-296.

BENEDETTI, T. R. B.; MELLO, A. L. S. F. de; GONCALVES, L. H. T. Idosos de Florianópolis: auto percepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.6, p.1683-1690, nov./dez. 2007.

BIAZEVIC, M. G. **Indicadores subjetivos em saúde bucal: uma revisão sistemática.** 2001. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: **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.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**, Brasília, 2000. 65p.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481p.

BULGARELLI, A.F.; MANÇO, A.R.X. Idoso vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva** 2008;13:1165-74.

CANÇADO, F. A. X. Epidemiologia do envelhecimento. In: **Noções práticas de geriatria**, Belo Horizonte: COOPMED, 1994. p.15-43.

COSTA, E. H. M.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, A.P.G.F. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 6, p.2925-2930, 2010.

FREEMAN, R. (2002). Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. **Braz. J. Oral Sci.**, 1 (1), 34-39.

HAIKAL, D.S. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.

HENRIQUES, C. et al. Auto percepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara – SP. **Cienc odontol Bras**, v.10, n.3, p.67-73, jul./set. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeções preliminares de população. 1980 – 2020. **Departamento de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro, 1995. 22p.**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2000 – **Resultados do universo. 2000**. Disponível < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo_2000.> Acesso em 10/05/02.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais 2004**. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010 – <http://www.brasil.gov.br/governo/2010/11/ibge-divulgados-preliminares-do-censo-2010> > Acesso em 26/04/2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções Governador Valadares. 2016**

- 2017 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>> Acesso em 26/04/2018

JORGE, M.H.P.M. et al. **A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999**. OPAS/OMS, 2001

KALACHE, A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor da saúde. **Revista Secretários Saúde**, v. 3, n. 26, p. 12-17, 1987.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231 p.

MARIÑO, R. et al. Self-assessed oral-health status and quality of life of older Chilean. **Arch Gerontol Geriatr**. 2013;56(3):513-7.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos, Ginebra, 1984. Informe.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo científico sobre la Epidemiología del Envejecimiento, Ginebra, 1983. Informe.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Problemas dos idosos e velhos no mundo. New York, 1980.

PADILHA, D. M .P. et al. Alterações da mucosa bucal em dois grupos de idosos do Brasil e Inglaterra. **Revista Odonto Ciências**, n. 25, p.175-201, 1998.

PASIAN, S. R. et al. A vivência afetiva em idosos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.21, n.1, p.68-83, 2001.

RAMOS, L. R. Explosão demográfica da Terceira Idade no Brasil: Uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 3-8, mar. 1993.

RAMOS, L.R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v.27, n.2, p.87-94, 1993.

RITTER, F.; FONTANIVE, P.; CRISTIANE, M. W. Condição de Vida e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal de Idosos da Periferia de Porto Alegre. **Boletim da Saúde**, v. 18, n 1, p. 79-85, jan/jun. 2004.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**, 3 ed, 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, S.R.C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais**.1999. Tese (Doutorado em Odontologia)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, S. R. C. da and; CASTELLANOS F. R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.4, p.349-355, Ago. 2001.

SILVA, D. D. da; SOUSA, M. da L. R. de and; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1251-1259. July/Aug. 2005.

SILVA DD, Held RB, TORRES SVS, SOUSA MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saude Publica*. 2011;45(6):1145-53.

SILVESTRE, J. et al. Population ageing in Brazil and the health care sector. **J. of the International Institute of Ageing**, n.4, p.4-12, 1998.

TERRA, N.L. **ENVELHECENDO COM QUALIDADE DE VIDA. PROGRAMA GERON**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001, P.203.

UNFER, B. et al. Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface (Botucatu)**, v.10, n.19, p.217-226. jan./jun. 2006.

VERAS, R. P. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002, p.11-31.

WATANABE, M.C.G. et al. Considerações Periodontais em idosos usuários no centro de saúde Geraldo Paula de Souza. São Paulo. Brasil. **Revista Faculdade Odontologia de Lins**, v. 9, n. 1, p. 20-25, jan./jun. 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Active ageing: a policy framework. Ageing and life course. Geneva, 2000.

Estratégia de saúde da família: Um olhar sobre a condição da saúde bucal de idosos

Jorge Nícolas Ferreira Coelho*

Sara Souza Pinto**

Romero Meireles Brandão***

Marileny Boechat Frauches****

Suely Maria Rodrigues*****

* Graduando em Odontologia da FACS/UNIVALE.
Bolsista de Iniciação Científica BIC/FAPEMIG

** Graduanda em Psicologia da FACS/UNIVALE.
Bolsista de Iniciação Científica BIC/FAPEMIG

*** Professor assistente da UNIVALE, mestre em Endodontia pela UFRJ e doutorando do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/UFSC, pesquisador do grupo de pesquisa Saúde Individuo e Sociedade/SAIS/ UNIVALE/CNPq

**** Professora adjunta do programa de mestrado Gestão Integrada do Território/GIT/ UNIVALE, pesquisadora do grupo de pesquisa Saúde Individuo e Sociedade/SAIS/ UNIVALE/CNPq e Doutora em Saúde Coletiva

***** Professora adjunta do programa de mestrado Gestão Integrada do Território/GIT/ UNIVALE, pesquisadora do grupo de pesquisa Saúde Individuo e Sociedade/SAIS/ UNIVALE/CNPq e Doutora em Odontopediatria

Resumo

Objetivou-se conhecer a condição da saúde bucal dos idosos atendidos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da zona urbana de Governador Valadares, realizada com 110 idosos, de ambos os sexos, fisicamente independentes. Utilizou-se um questionário sócio demográfico que identificou o perfil dos idosos, os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas foram: idade; sexo; situação conjugal; renda mensal individual e familiar; escolaridade; vivência familiar; número de consultas médicas realizadas na ESF, número de doenças referidas, número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos 6 meses) e um exame epidemiológico da cavidade bucal visando identificar tipo de prótese removível utilizada, condição de higiene e a condição da mucosa bucal. Os resultados demonstraram que 63,6% são do sexo feminino, 45,5% têm mais de 72 anos de idade e 78,2% casados ou viúvos; 50,9% dos idosos realizaram de 1 a 3 consultas médicas nos últimos 6 meses, sendo que 62,7% ingerem de 1 a 3 remédios diariamente e 80% têm de 1 a 3 doenças diagnosticadas pelo médico do SUS. Já em relação à saúde bucal 95,5% utilizavam dentífrícios na higienização da cavidade bucal e da prótese. Ao tipo de prótese utilizada, 75,5% da população faziam uso de próteses totais (PTRS ou PTRI) e 29,1% não utilizava nenhum tipo de prótese. Quanto à condição da mucosa, 78,2% não apresentavam nenhuma alteração de normalidade. Conclui-se que a população idosa estudada é constituída na maioria por mulheres, com baixa escolaridade, sem vínculo laboral e apresentam uma condição de saúde bucal insatisfatória.

Palavras Chave: Idoso. Odontogeriatría. Saúde bucal. Estratégia de Saúde da Família.

Abstract

The purpose of this study was to determine the oral health status of the elderly treated in the Family Health Strategies (ESF) of the urban area of Governador Valadares. It was performed with 110 physically independent elderly of both sexes. A socio-demographic questionnaire was used to identify the profile of the elderly,

the health indicators and the use of health services. The included variables were: age; sex; marital status; individual and family monthly income; schooling; family experience; number of medical consultations performed in the FHS, number of diseases referred to, number of medicines used daily (in the last 6 months) and an epidemiological examination of the buccal cavity aiming to identify type of removable prosthesis used, hygiene condition and the condition of the buccal mucosa. The results showed that 63.6% are female, 45.5% are over 72 years of age and 78.2% are married or widowed; 50.9% of the elderly had 1 to 3 medical consultations in the last 6 months, 62.7% of them ingesting 1 to 3 medications daily and the majority of them (80%) had 1 to 3 diseases diagnosed by the SUS physician. Regarding oral health, 95.5% used dentifrices in the hygiene of the oral cavity and the prosthesis. In the type of prosthesis used, 75.5% of the population used total prostheses (PTRS or PTRI) and 29.1% did not use any type of prosthesis. Regarding the mucosal condition, 78.2% presented no change in normality. It is concluded that the elderly population studied consists mostly of women, with low levels of schooling, with no employment relationship and have an unsatisfactory oral health condition.

Keywords: Elderly. Odontogeriatrics. Oral health. Family Health Strategy.

Introdução

O número de idosos na população brasileira vem aumentando a cada dia, devido aos avanços tecnológicos na saúde e na educação, que conseqüentemente melhoraram a qualidade de vida. No ano de 2020, supõe-se que o Brasil terá aproximadamente 22 milhões de idosos, o que significará cerca de 10% da população total. A partir desse aumento, o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas até 2025 (OMS, 2005).

Este aumento no número de idosos é algo presente nas projeções demográficas, devido a uma melhor urbanização, melhoria nutricional, aperfeiçoamento nas condições de saneamento básico, maior cuidado com a higiene pessoal, mais acesso à educação, diminuição nas taxas de mortalidade e controle da natalidade. A isto, soma-se o avanço da ciência e tecnologia aplicado à área da saúde, cujas pesquisas e resultados científicos conseguiram aumentar a média de vida (NOGUEIRA et al., 2008).

Esse grupo etário solicita uma atenção diferenciada de diferentes setores da sociedade, em especial da

equipe responsável pelos cuidados com a saúde. Esta necessidade se deve às diversas modificações que podem ocorrer no processo de envelhecimento e ocasionar gastos elevados com tratamentos complexos e custosos, uma vez que as doenças nos idosos, na maioria das vezes, são crônicas, promovendo mais recursos da área de saúde, quando comparadas com as demais faixas etárias, e nem sempre este custo é um cuidado apropriado às suas necessidades específicas (CARBONI; REPPETTO, 2007).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, estas transformações nem sempre vêm acompanhadas de um atendimento às necessidades específicas de saúde desse grupo populacional. A saúde bucal brasileira foi submetida durante longo período a um modelo assistencial curativo mutilador com características excludentes, às vezes restritas aos serviços de urgência odontológica. Esse modelo assistencial gerou um quadro de saúde bucal insatisfatória nos idosos, proporcionando alta prevalência de cáries, doenças periodontais e edentulismo (MOREIRA et al., 2005).

O elevado aumento de idosos edêntulos pode ocasionar mudança na autoestima do indivíduo, na fonarticulação, bem como ao consumo de alimentos. Alguns idosos se mostram inconformados com essa condição bucal, apresentando sentimentos de incapacidade e ansiedade, convivendo com sentimento de insegurança, impotência, não plenitude e vazio (UNFER et al., 2006). Esses fatores podem estar relacionados à perda de dentes (BRASIL, 2010).

Este trabalho tem como objetivo conhecer a condição da saúde bucal dos idosos atendidos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da zona urbana de Governador Valadares, Minas Gerais.

Metodologia

Abordagem e modelo do estudo

Este artigo faz parte do projeto nomeado: "Importância do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos", que possui incentivo da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Para sua realização, o projeto mencionado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) sob o Parecer CEP 1.369.210. Aborda um tema condizente com a realidade brasileira, considerando que no país ocorre um crescimento populacional de indivíduos com mais de 60 anos.

Foi adotada nesta investigação uma abordagem

quantitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados em 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 aos seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação em um determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

Universo de estudo

O município onde a pesquisa foi realizada possui 263.689 habitantes (BRASIL, 2010), sendo 28.301 idosos, representando 8,3% da população. Neste município há 52 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 42 possuem equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Destas, 36 realizam atendimento odontológico ambulatorial à comunidade por meio da Equipe 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 17.830 idosos (IBGE – Censo 2010).

Amostra

Foi constituída por 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 (LEVY; LEMESHOW, 1991). O nível de confiança considerado foi de 95%, erro de 5% e o padrão considerado de 50%. O resultado do cálculo, após a correção para n final, feita com base no total de idosos cadastrados no ESF local, apontou uma amostra de 380 idosos, incluído o percentual de 10% referentes às possíveis perdas. Porém neste estudo foi utilizado um recorte da amostra em que continha 110 idosos.

Critérios de inclusão/exclusão

Foram incluídos indivíduos fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder ao inventário sociodemográfico que foi utilizado na pesquisa. Estas condições serão avaliadas a partir

dos 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.

Estudo Piloto

Buscando 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 de Odontogeriatría 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 o exame clínico da prótese removível/cavidade bucal, os pesquisadores foram submetidos a um processo de calibração intra-examinadora. Essa etapa incluiu uma discussão teórica inicial, um treinamento com slides e, posteriormente, dois exames clínicos com intervalo de sete dias.

Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância na realização do estudo piloto à possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Coletas de dados e etapas de realização da pesquisa

Para a coleta dos dados em todas as ESF, inicialmente o pesquisador reuniu com o responsável da Unidade, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Após autorização, ele agendou o dia e horário adequado para realização da coleta, levando em consideração que a pesquisa não deverá 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 todos os participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi esclarecido ainda sobre o direito de não aceitar, sem prejuízo para seu atendimento.

Instrumentos utilizados

Para caracterização da amostra, 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 foram: 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).

Para a condição de saúde bucal foi realizado um exame da cavidade bucal. As seguintes condições foram investigadas: tipo de prótese utilizada, hábito de higiene bucal (Uso de dentífrico - pasta de dente - Uso de fio dental e bochecho com antisséptico bucal), condição de higiene da cavidade bucal/prótese (Presença/ ausência de biofilme) e condição da mucosa bucal (presença/ ausência de lesões na mucosa bucal). Vários índices já foram propostos na literatura para registrar o acúmulo de biofilme dental. Diferentes metodologias foram empregadas na tentativa de se obter índices de fácil e rápida execução. Neste estudo foi utilizado o registro do biofilme visível (AINAMO, BAY, 1975; SILNESS, LÖE, 1964). É importante ressaltar que não houve instrução de higiene bucal, ou qualquer intuito de modificação de comportamento do indivíduo no período dos exames.

O exame da cavidade bucal foi realizado por pesquisadores que estavam devidamente paramentados, utilizando máscaras e luvas descartáveis, avental, gorro e óculos de proteção. Todos estes dados foram registrados em protocolo clínico, especialmente, desenvolvido para este estudo e por um único anotador previamente treinado. O exame ocorreu sob luz natural, com o auxílio de um abaixador de língua e gases estéril para secagem das superfícies a serem examinadas. Os exames foram realizados em uma sala de consulta da ESF. O pesquisador encontrava-se posicionado em frente ao idoso a ser examinado e o anotador ao lado. O instrumental utilizado para o exame estava esterilizado e empacotado em kits individuais.

Quando era observada alguma necessidade de tratamento odontológico, o indivíduo era encaminhado para o próprio serviço da UBS quando existia, ou para as Clínicas Odontológicas da Instituição de ensino do município.

A participação do indivíduo envolveu os seguintes riscos ou desconfortos: dificuldade e constrangimento para abrir a boca, durante o exame da cavidade bucal, pois a mão do cirurgião-dentista poderia causar incômodo. Durante a entrevista surgiu o sentimento de medo ou insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser pergun-

tado sobre assuntos que lhe geraram certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

Análise dos dados

Para análise dos dados do Inventário Sócio Demográfico da pesquisa foi utilizado o software Sphinx Léxia versão 5.1.0.4. Este programa está direcionado para a pesquisa acadêmica e de análise gerencial de dados, em que se oferece uma visão integrada dos processos de coleta, de preparação e de análise de dados (SPHINX BRASIL, 2013).

Resultados/Discussão

Participaram da pesquisa 110 idosos com 60 anos ou mais, sendo a maioria deles do sexo feminino (63,6%) e acima de 72 anos de idade (45,4%). Todas as características sócias demográficas e de saúde estão demonstradas na Tabela 1.

A maior participação de mulheres encontradas nesta pesquisa provavelmente está relacionada à maior atenção e cuidados com os problemas de saúde com elas mesmas, com consequente aumento pela procura e utilização de atendimento médico/odontológico. Embora os homens exibirem maiores necessidades de tratamento, eles demonstram uma maior aceitação diante do processo de envelhecimento e dos problemas de saúde. Já as mulheres apresentam maior flexibilidade e dinamismo em relação ao envelhecimento, buscando sempre que possível curar os problemas cotidianos de saúde (BULGARELLI; MANÇO, 2008).

Grande parte dos idosos pesquisados tem acima de 72 anos de idade (45,4%) e são casados (43,6%), já os que relataram ser viúvos, solteiros ou divorciados, 81,9% deles alegaram morar com uma certa pessoa, seja ela seu filho, neto ou esposa, com isso demonstrou que a grande parte dos idosos estudados não moram sozinhos em suas casas; os que relataram morarem sozinhos (16,4%) são por opção própria, pois eles mesmos relatam: “não dou certo de morar com ninguém” devido a algum fator como: não ter paciência, gostar de morar sozinho, porque são pessoas difíceis de conviver.

Muitos idosos têm a aposentadoria como o único meio de renda, em que a maioria (80%) recebe apenas um salário mínimo por mês devido ao seu baixo nível de escolaridade, pois apenas 18,2% deles estudaram mais de seis anos devido às oportunidades que tiveram no passado. Devido a este baixo nível socioeconômico, as

Tabela 1- Características sócio demográficas e de saúde dos idosos usuários dos ESF da região urbana do município de Governador Valadares, Minas Gerais.

Características		Frequência n (%)
Sexo	Feminino	70 (63,6)
	Masculino	40 (36,4)
Idade (anos)	60-64	19 (17,3)
	65-68	19 (17,3)
	69-72	22 (20)
	> 72	50 (45,4)
Situação conjugal	Casado	48 (43,6)
	Solteiro	12 (10,9)
	Divorciado	11 (10)
	Viúvo	38 (34,6)
Com quem mora	Esposo (a)	50 (45,5)
	Filho	52 (47,3)
	Neto	20 (18,2)
	Sozinho	18 (16,4)
Renda familiar*	Até 1 SM*	88 (80)
	≥ 2 SM	21 (19,1)
Escolaridade (anos)	≤ 6	90 (64,4)
	≥ 6	20 (18,2)
No consultas médicas na ESF (últimos 6 meses)	Nenhuma	22 (20)
	1 a 3	56 (50,9)
	≥ 4	32 (29,1)
Nº medicamentos ingeridos por dia (últimos 6 anos)	Nenhuma	15 (13,6)
	1 a 3	69 (62,7)
	≥ 4	26 (23,6)
No doenças relatadas (últimos 6 meses)	Nenhuma	18 (16,4)
	1 a 3	88 (80)
	≥ 4	04 (3,6)

*SM: salário mínimo R\$ 880,00

ESF tiveram um alto índice de procura por atendimento médico nos últimos seis meses, pois 50,9% dos idosos da pesquisa relataram que fizeram de 1 a 3 consultas. Com este alto índice de procura de atendimento nas unidades foi possível que os médicos notassem que 62,7% deles ingeriam de 1 a 3 remédios por dia nos últimos seis meses, além disso foi possível que os médicos diagnosticassem um elevado número de doenças, cerca de 1 a 3, em 80% dos idosos atendidos.

As condições de saúde bucal estão descritas na Ta-

abela 2. Pode-se observar no exame clínico, que dentre os 110 idosos examinados, 75,5% dos idosos utilizavam prótese total e 34,5% próteses parciais. Entretanto, 29,1% não usavam nenhum tipo de prótese.

Tabela 2- Condição de saúde bucal de idosos usuários do ESF da região urbana do município de Governador Valadares, Minas Gerais.

Variável		n (%)
Uso de prótese total	PTRS	55 (50)
	PTRI	28 (25,5)
Uso de prótese parcial	PPS	02 (1,8)
	PPI	01 (0,9)
	PPRS	15 (13,6)
	PPRI	23 (20,9)
Não utilizava prótese	-----	32 (29,1)
Hábito de higiene bucal	Uso de dentífrico	105 (95,5)
	Uso de fio dental	30 (27,3)
	Uso de enxaguar-se	16 (14,6)
	Nenhum	05 (4,6)
Biofilme	Presente	56 (50,9)
	Ausente	54 (49,1)
Lesão de mucosa na cavidade bucal	Presente	24 (21,8)
	Ausente	86 (78,2)

A atenção para as questões de saúde no processo do envelhecimento tem crescido nas últimas décadas, devido ao aumento da população idosa mundial que tem se dado por causa dos avanços tecnológicos que o homem vem conseguindo nos últimos anos.

Dos 110 idosos pesquisados, 50% deles relataram utilizar PTRS devido às percas dentárias muito precoce e apenas 25,5% utilizavam as PTRI. E os que possuíam alguns elementos dentários na cavidade oral e faltavam outros optaram pelo uso das próteses parciais e a maioria faziam o uso das PPRI (20,9%), e 29,1% dos idosos falaram que as próteses não adaptavam na sua boca, machucavam e outros alegavam que os cirurgiões dentistas haviam alegado que eles não poderiam utilizar as próteses devido à perca óssea, assim não dando suporte para a prótese se adaptar na cavidade oral. Por esses motivos eles não faziam uso das mesmas.

Em relação aos hábitos de Higiene Bucal, 95,5% dos idosos alegaram que faziam uso apenas do dentífrico.

cio como o único meio de higienização da cavidade bucal, deixando de lado o uso de fio/fita dental para limpeza das proximais dos dentes, onde apenas escova não consegue atingir para limpeza, fazendo assim o grande índice de lesões cariosas nas proximais e posteriormente a perda do elemento dentário, pois muitos não buscam tratamento odontológico. Com isso, a condição da mucosa bucal dos pacientes era insatisfatória, porque apenas 50,1% dos idosos estudados não apresentavam biofilme. Já os que apresentavam era devido à má higienização dos dentes e das próteses que acarretavam uma série de patologias na cavidade bucal onde 21,8% dos idosos apresentavam alguma lesão na cavidade bucal, como: candidíase atrófica, saburra lingual e língua fissurada.

Com isso os dados epidemiológicos comprovam que os idosos dessa pesquisa têm uma higiene bucal insatisfatória e precisam de tratamento odontológico. Nesse contexto é necessário que se estructurem serviços de saúde bucal em vários níveis de atenção como ações globais de promoção de saúde, para que possa evitar o impacto negativo tanto na função mastigatória, fonética e a estética, que influencia bastante no psicológico do cliente.

Conclusões

Com base nos resultados obtidos pela pesquisa, conclui-se que:

- A população idosa estudada é constituída na maioria por mulheres, com baixa escolaridade e sem vínculo laboral.
- Apresentaram de 1 a 3 enfermidades, consumo de 1 a 3 medicamentos por dia, e frequentam com regularidade os serviços de saúde em busca de tratamento.
- Possui uma condição de saúde bucal insatisfatória, apresentando higienização inadequada da cavidade bucal e das próteses.
- A presença de lesão na mucosa bucal dos indivíduos está associada ao uso de algum tipo de prótese removível

Referências

ALCANTARA, CM; DIAS, CA; RODRIGUES, SM; REIS, FA dos. **Estudo comparativo da condição de saúde bucal de idosos não institucionalizados de Governador**

Valadares-MG, com a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para 2010.

AINAMO J, Bay I. **Problems and proposals for recording gingivitis and plaque.** Int Dent J. 1975;25(4):229-35

BAPTISTA MN, et al. **Evidência de validade entre o Inventário de Percepção do Suporte Familiar – IPSF e Familiograma – FG.** Psicologia: Reflexão e Crítica. 2009; 22(3): 466-473.

BULGARELLI AF, MANÇO ARX. **Idoso vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal.** Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13:1165-74.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010.** Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 22 mar. 2015.

CAMPOSTRINI EP, FERREIRA EF, ROCHA FL. **Condições de saúde bucal do idoso brasileiro.** Arquivos em Odontologia. V 43. Nº 02 2007, p.48-56.

CARBONI RM, REPPETTO MA. **Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil.** Revista Eletrônica de Enfermagem 2007; 9(1): 251-260.

GOVERNADOR VALADARES.IBGE. **Censo demográfico, 2010.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>>. Acesso em: mar. 2018.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico.** 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LEVY PS, LEMESHOW S. **Sampling of populations: methods and applications.** New York, 1991.

Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil – 2003: condição de saúde bucal da população brasileira 2002-2003; resultados parciais/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.**

MONTENEGRO, FLB; MARCHINI, L. **Odontogeriatría - Uma Visão Gerontologia.**

MOREIRA RS, NICO LS, TOMITA NE, RUIZ T. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal.** Cad Saúde Pública 2005;21(6):1665-75.

NOGUEIRA SL, GERALDO JM, MACHADO JC, RIBEIRO RCL. **Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico.** Rev. bras. estud. popul. 2008, vol.25, n.1, p. 195-198.

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

RIHS, LB; HELD, RB de; SOUSA, MLR; GUARIENTO, ME; CINTRA, FA; NERI, AL; D'ELBOUX, MJ. **Autopercepção em saúde bucal em idosos frágeis.** Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762012000200004&script=sci_arttext. Acesso em: Agosto de 2017.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia da pesquisa.** 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006

SERAPIONI, MAURO. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, vol.5, n.1, pp.187-192. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>

UNFER, B. ET AL. **Self-perception of the loss of teeth among the elderly.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.217-26, jan/jun 2006.

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, negrito). 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 cariiosa.

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.

Endereço Eletrônico para correspondência

E-mail: revistafacs@gmail.com



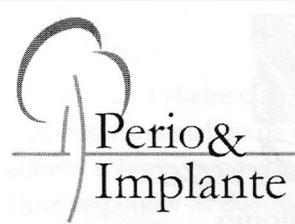
Foto: Rio Doce
AILTON CATÃO

Lumen

Fisioterapia
Terapia Ocupacional

E-mail: clinicalumengv@gmail.com

Telefones: (33) 3271.4243 / 3278.4601 / 99977.6281



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

Drª Lilian 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



Dra. Viviane F. Guimarães Xavier
ESPECIALISTA EM ENDODONTIA - CRO-MG 7417
ENDODONTIA POR MICROSCOPIA - TRAUMATISMO DENTÁRIO



Consultório:
Rua Mal. Floriano, 600 - Sala 609
Ed. Montenegro - CEP 35010-140
Fone: (33) 3271-6447 / 3089-1830
Fax: (33) 3271-7152

Residência:
Fone: (33) 3276-1359
e-mail: endomicroscopica@hotmail.com
Governador Valadares - MG



Tânia Terezinha S. N. Leite
CRO-MG 14037

- ✦ Clínica Geral
- ✦ Odontopediatria
- ✦ Pacientes Especiais

RUA MARECHAL FLORIANO, 654 - SALA 405 - CENTRO
ED. MARIA JÚLIA - ESQ. C/ RUA BARÃO DO RIO BRANCO
CEP 35010-140 - GOVERNADOR VALADARES - MG

FONES: (33) 9973-4755
CONS.: 3084-2248
RESID.: 3221-5491

MILSONODONTOLOGIA
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. José Antônio Coelho Júnior**
Especialista em Periodontia
Especialista em Implantodontia
CRO-MG 27118**Dra. Sabrina Campos Coelho**
Especialista em Ortodontia
CRO-MG 22852Rua Nova Lima, 41 - Jardim Pérola
Fone: (33) 3273-6575**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 32377Fone: (33) 3212.3242 / 3278.8530
Rua Mal. Floriano, 600 - Sls. 408/409, Ed. Monte Negro
Governador Valadares-MG**Dr. Armando Gobira**Cirurgião Buco Maxilo
CRO-MG 4029Rua Marechal Floriano, 600 - Sl. 708 - Centro
Fone: (33) 3271-6010
Governador Valadares-MG**Dr. Luiz Felipe Moreira**ESPECIALISTA EM ENDODONTIA E IMPLANTODONTIA
CRO-MG 39318R. Barão do Rio Branco, 233 - Sl 305, Fones: (33) 4141.2866
Governador Valadares, MG (33) 98811.5904**Próthese**
Centro de Reabilitação Oral**Dra. Maria da Penha S. Assis**
Cirurgiã Dentista - CRO-MG 11016Mestre em Prótese Dentária
Especialista em Prótese Dentária
Odontogeriatría; Membro da SBRORua Barão do Rio Branco, 480
Sala 301 - Centro
Governador Valadares-MGFone: (33) 3271-1854, 3272-7908
E-mail: mpsassis@hotmail.com**Centro Especializado em Odontologia****Dr. Renato Girelli Coelho**
ESPECIALISTA E MESTRE EM DENTÍSTICA
CRO MG 18941R. Prudente de Moraes, 602 - Centro
Governador Valadares - MGFones:
(33) 3271.6451
3271.2559**Guilherme Marigo**Mestre em Ortodontia
CRO-MG 33263Rua 7 de Setembro, 2716
Ed. Medical Center - 4º andar Sl.401
Governador Valadares-MG
site: www.ortodontiamarigo.com.br(33) 3271.4930
guilherme@ortodontiamarigo.com.br**Dra. Meire Alves de Sousa**
CRO-MG 11649Rua Barão do Rio Branco, 681 - Sala 1205
Ed. Climério Vieira - Centro
Tel.: (33) 3271-5903
Governador Valadares-MG

CENBIOS

FACS

1993 - 2001 / 2001 - 2018

REVISTA CIENTÍFICA

FACS

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Endereço Online da Revista FACS

www.issuu.com/univale6

ISSN 2594-4282



CAPES

Coordenação de Aperfeiçoamento
de Pessoal de Nível Superior

Qualis/
Periódicos **B5**

univale
Universidade Vale do Rio Doce

Construindo conhecimento

50 ANOS
DE TRADIÇÃO NO
ENSINO SUPERIOR.
MAIS DE
40 ANOS
OFERTANDO
CURSOS NA
ÁREA DA SAÚDE.



Educação Física



Enfermagem



Farmácia



Medicina



Nutrição



Fisioterapia



Odontologia



Psicologia

univale[®]

Universidade Vale do Rio Doce

Construindo conhecimento

www.univale.br