

Revista do CROSP

Publicação do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo

Ano V - Número 09 - Agosto 2018

Fiscalização

Conselho responde as
dúvidas mais comuns
sobre a atuação profissional

Profissão

Pacientes que fazem
uso de anticoagulantes

Ética

*As orientações para o
exercício ético do magistério
na Odontologia*

CRO SP

CONSELHO REGIONAL
DE ODONTOLOGIA
DE SÃO PAULO



PROGRAMA INTEGRAÇÃO»»

O CROSP EM TODO O ESTADO

Uma iniciativa do **CROSP**, que leva informações gratuitas sobre ética, fiscalização e outros temas relacionados à classe odontológica.



**É O CROSP MARCANDO
PRESENÇA NA SUA CIDADE**

Inscreva-se e participe desta iniciativa.

www.crosp.org.br/intranet/eventos/programaintegracao



Odontologia de qualidade



Foto: divulgação

Zelar pelo perfeito desempenho ético da Odontologia, pelo prestígio da profissão e dos que a exercem legalmente são algumas das atribuições mais importantes do CROSP. A cada número da Revista, evidenciamos estes temas nas reportagens, tendo como pano de fundo os assuntos de maior interesse dos profissionais da área. Nosso objetivo é produzir conteúdo relevante para que você, leitor, tenha segurança em sua atuação profissional e esteja atualizado acerca das mais recentes discussões técnicas e científicas.

Esta edição da Revista do CROSP apresenta uma matéria a respeito da atuação docente. O exercício do magistério, além de ser regulado pelo Código de Ética Odontológica (que estabelece os direitos e deveres do cirurgião-dentista), deve seguir regras específicas.

Ainda neste número você poderá obter esclarecimentos importantes a respeito das principais dúvidas recebidas pelo Conselho sobre o exercício da profissão. O conteúdo aborda temas como a atuação de profissionais auxiliares e recepcionistas no consultório, o uso de nome fantasia, a publicidade, os atestados e as receitas, entre outros.

A utilização de medicamentos anticoagulantes por pacientes que serão submetidos a procedimentos odontológicos também ganha destaque em nossas páginas, em texto que evidencia a importância da comunicação efetiva entre cirurgião-dentista e médico. A avaliação técnica, nestes casos, é crucial para a determinação do curso de ação.

Há ainda uma farta seleção de temas práticos para os inscritos nas próximas páginas, que vai desde as origens da Hipomineralização de Molares e Incisivos (HMI) e suas consequência clínicas, a imensa estrutura para atendimento odontológico no Hospital das Clínicas, os cuidados com a saúde bucal de animais, até a evolução da Odontologia restauradora, que vem possibilitando expressivos avanços nos procedimentos.

A Revista também traz conteúdos atualizados das Câmaras Técnicas, que lideram discussões fundamentais para o desenvolvimento técnico-científico da Odontologia.

Boa leitura e até a próxima edição!

Marcos Capez
Presidente em exercício



GESTÃO 2017-2019

Conselheiros

Marcos Jenay Capez (Presidente em exercício),
Marco Antonio Manfredini (Secretário-Geral),
Rogério Adib Kairalla (Presidente da Comissão de Tomada de Contas), **Wilson Chediek** (Presidente da Comissão de Ética), **Cintia Rachas Ribeiro**, **Marcelo Januzzi Santos**, **Nilden Carlos Alves Cardoso**, **Sandra Kalil Bussadori** e **Sofia Takeda Uemura**.

Sede CROSP

Avenida Paulista, 688 Bela Vista –
São Paulo/SP CEP: 01310-909
Tel.: (11) 3549-5500
www.crosp.org.br

Assessora de Comunicação Institucional
Leticia Jucha

Jornalista responsável
Thiago Brito Rebouças
(MTB 0084620/SP)

Reportagem
Cinthia Rodrigues e Iara Crepaldi

Direção de arte
Claudio Franchini

sumário

EDIÇÃO 09 • ANO V • AGOSTO DE 2018

6 ÉTICA MAGISTÉRIO

O cirurgião-dentista que leciona deve ficar atento à conduta em sala de aula

FISCALIZAÇÃO

10 CONDUTA

Saiba quais são as principais dúvidas a respeito do exercício correto da Odontologia

ORIENTAÇÃO

14 DOENÇAS PULMÔNARES

Medicamentos utilizados pelo paciente podem interferir na saúde bucal

VETERINÁRIA

16 ODONTOLOGIA PARA ANIMAIS

Conheça detalhes da formação e da atuação de médicos veterinários que tratam da saúde bucal de diferentes espécies



ESTUDO

19 HALITOSE NA INFÂNCIA

Prevalência do distúrbio em crianças é tema de pesquisa científica

RELACIONAMENTO

20 COMUNICAÇÃO

Más notícias exigem habilidade e delicadeza do cirurgião-dentista no trato com o paciente

DIAGNÓSTICO

22 DEFEITO DO ESMALTE

Hipomineralização de Molares e Incisivos pode trazer diversas consequências clínicas

PERFIL

26 LONGEVIDADE

Aos 95 anos e em atividade, o imigrante sírio Antônio Moucachen conta sua história de dedicação à Odontologia

PROFISSÃO

28 MÁ OCLUSÃO

Distúrbio ainda gera concepções incorretas, e estudos tentam aprofundar conhecimento sobre o tema



TÉCNICA

30 ADESÃO
 Procedimentos restauradores avançam e possibilitam melhores resultados aos pacientes

MEDICAMENTO

34 ANTICOAGULANTE
 Comunicação do cirurgião-dentista com o médico é fundamental para decisão sobre suspensão do fármaco

BOAS PRÁTICAS

37 ATENÇÃO AOS EQUIPAMENTOS
 Instrumentos de trabalho devem cumprir exigências da Anvisa e passar por manutenção preventiva

PESQUISA

40 DESGASTE E HIPERSENSIBILIDADE
 Bons hábitos alimentares e diagnóstico correto são fundamentais para proteção da estrutura dentinária

TECNOLOGIA

42 AVANÇOS
 Com uso de impressoras 3D e fresadoras de última geração, trabalho no ambiente digital já é realidade

TERAPIA

44 PROCESSAMENTO CELULAR
 Entenda como funcionam os centros de coleta e manipulação de células-tronco

BENEFÍCIO

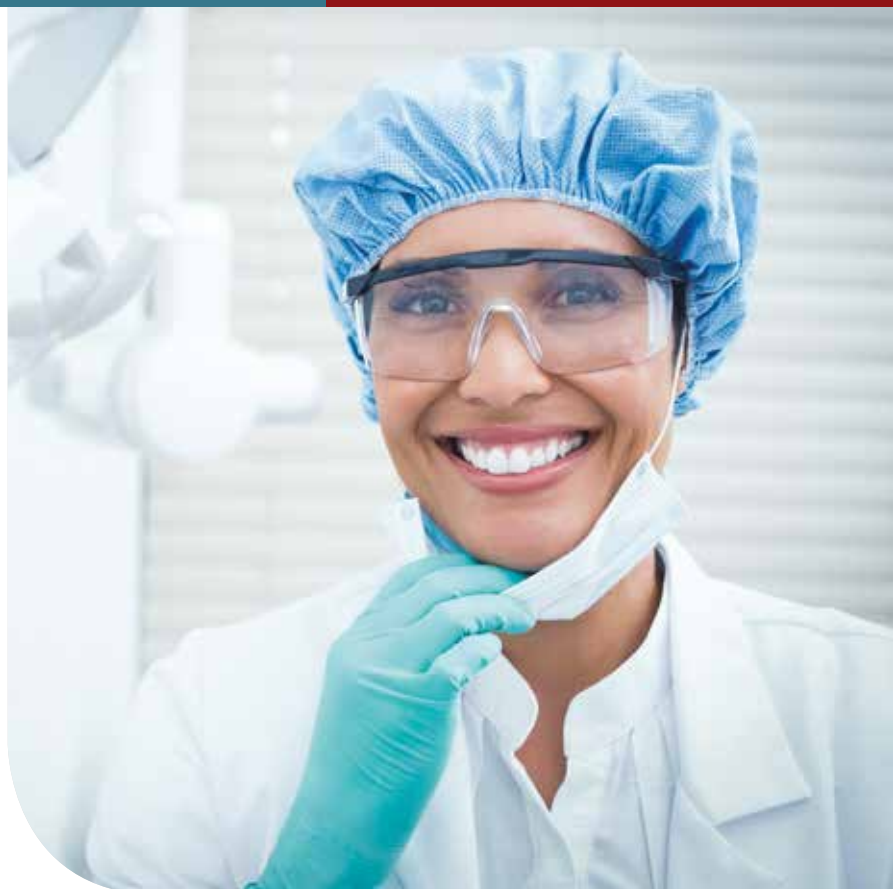
47 LEGISLAÇÃO
 Problemas físicos decorrentes de atividades laborais podem dar direito à desconto ou isenção de impostos

ATENDIMENTO

48 ESTRUTURA
 Hospital das Clínicas oferece Odontologia de excelência para pacientes de alta complexidade

ERRATA

Na versão impressa da edição 8 da revista do CROSP, na matéria “Combate à bulimia”, página 47, onde se lia “há risco de inflamação da glândula carótida”, leia-se “há risco de inflamação da glândula parótida”.



52 CÂMARAS TÉCNICAS E COMISSÕES

- Câmara Técnica de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial
- Câmara Técnica de Estomatologia
- Comissão Halitologia
- Câmara Técnica de Odontogeriatría
- Câmara Técnica de Implantodontia
- Comissão Mulheres
- Câmara Técnica de Odontologia do Esporte
- Câmara Técnica de Odontopediatria
- Câmara Técnica de Ortodontia
- Câmara Técnica de TSB e ASB
- Câmara Técnica de Prótese Bucomaxilofacial

Ética na sala de aula

Entenda as normas específicas do Código de Ética que regem a atividade docente na Odontologia



Além de ser o documento mais importante para a boa prática da profissão, o Código de Ética Odontológica também regula o exercício do magistério, ou seja, estabelece os direitos e deveres do cirurgião-dentista que leciona. Os professores, assim como os demais profissionais, estão sujeitos a todas as normas estabelecidas em seu texto, mas a atuação docente, devido às suas particularidades, conta com algumas regras específicas.

É PRECISO CONHECER O TEXTO

O documento descreve, em detalhes, as transgressões na atuação em magistério na Odontologia - as ações consideradas antiéticas estão relacionadas a abusos, irresponsabilidades, favorecimentos, comercialização de órgãos e tecidos humanos, propaganda enganosa, obtenção de vantagens, alienamento, utilização de formulários e realização de procedimentos.

É dever do cirurgião-dentista conhecer e respeitar essas normas - as denúncias de desrespeito a elas podem ser enviadas à Comissão de Ética do CROSP, que, como autarquia federal (pela lei nº 4.324/64), fiscaliza o exercício da Odontologia e trabalha pelo perfeito desempenho ético da profissão. Por meio das denúncias e representações, o Conselho apura infrações ao Código e às leis que regulamentam a área.

Saiba quais são as infrações apontadas no artigo 35 do capítulo XIII do Código de Ética Odontológica, entenda seus detalhes e a importância da atuação correta.

É DEVER DO CIRURGIÃO-DENTISTA CONHECER E RESPEITAR ESSAS NORMAS – AS DENÚNCIAS DE DESRESPEITO A ELAS PODEM SER ENVIADAS À COMISSÃO DE ÉTICA DO CROSP, QUE, COMO AUTARQUIA FEDERAL (PELA LEI Nº 4.324/64), FISCALIZA O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA E TRABALHA PELO PERFEITO DESEMPENHO ÉTICO DA PROFISSÃO

Utilizar-se do paciente e/ou aluno de forma abusiva em aula ou pesquisa.

É importante que, no exercício do magistério, o cirurgião-dentista obedeça aos princípios da bioética, sendo eles: Princípio da Beneficência, Princípio da Não Maleficência, Princípio da Autonomia e Princípio da Justiça. Ou seja, age com abuso o professor e cirurgião-dentista que realiza um procedimento demonstrativo em aula sem a devida anuência do paciente, ou exige do aluno que realize um procedimento para o qual ele não possui a capacidade técnico-científica necessária.

Utilizar-se da influência do cargo para aliciamento e/ou encaminhamento de pacientes para clínica particular.

O profissional, ao utilizar sua influência como professor, tendo em vista o prestígio da atividade, não pode aliciar ou desviar pacientes da instituição de ensino superior ou do estabelecimento de ensino para sua clínica particular. Tal infração também é prevista no artigo 13, inciso I, e artigo 20, inciso VII, que determina como infração: agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, paciente de instituição pública ou privada para clínica particular. O uso do prestígio e da influência do profissional caracteriza também a concorrência desleal prevista no artigo 13º, inciso III. ▶

3 *Eximir-se de responsabilidade nos trabalhos executados em pacientes pelos alunos.*

No decorrer do curso, os procedimentos realizados pelos alunos na instituição de ensino superior ou nos estabelecimentos de ensino são de responsabilidade do profissional que os supervisionou. Portanto, é fundamental o docente entender que não pode se eximir da responsabilidade ética e civil no desempenho de suas funções no magistério.

5 *Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos e tecidos humanos.*

O disposto neste inciso reforça o que está previsto no artigo 199º, §4º da Constituição Federal Brasileira, que veda qualquer tipo de comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados.

Além disso, nos termos do artigo 15 da lei nº 9.434/97, constitui crime comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, tendo como pena reclusão de três a oito anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa. Aquele que promove, intermedeia, facilita ou recebe qualquer vantagem com a transação incorre na mesma pena. Caso o aluno ou outro profissional observe que o docente incentiva tal prática, deverá noticiar imediatamente ao CROSP e às autoridades policiais.

4 *Permitir a propaganda abusiva ou enganosa, de cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização.*

Toda e qualquer propaganda abusiva ou enganosa é passível de sanção administrativa, cível e criminal. Se punido, o profissional que veicular tal forma de comunicação terá a obrigação de indenizar aquele que sofreu o dano. O artigo 67 do Código de Defesa do Consumidor também define como infração penal fazer ou promover publicidade enganosa ou abusiva, tendo como pena detenção de três meses ou multa.

6 *Aproveitar-se do aluno para obter vantagem física, emocional ou financeira.*

Diante da subordinação direta entre professor e aluno, tendo em vista que o profissional possui a prerrogativa de avaliar o acadêmico, o docente não pode obter qualquer vantagem física, emocional ou financeira desta relação. Muitas vezes, o estudante se encontra em estado de vulnerabilidade. Faz-se aqui um paralelo ao assédio sexual ou moral na relação de trabalho, na qual o empregador ou superior hierárquico atenta contra a dignidade, intimidade ou moral do empregado por meio de intimidação ou pressão para obter proveitos.



Fotos: Shutterstock

7

Aliciar pacientes ou alunos, oferecendo vantagens, benefícios ou gratuidades, para cursos de aperfeiçoamento, atualização ou especialização.

Entramos novamente nos casos de concorrência desleal, na qual, valendo-se do cargo de professor, o docente desvia pacientes ou alunos para o estabelecimento que ministra seus cursos.



8

Utilizar-se de formulário de instituição de ensino para atestar ou prescrever fatos verificados em consultórios particulares.

Quando o cirurgião-dentista emprega o formulário da instituição de ensino para atestar ou prescrever fatos verificados em consultório particular, faz uso indevido da imagem da respectiva instituição para promover seus serviços profissionais. O profissional não deve, de forma alguma, utilizar a credibilidade da instituição de ensino para fins particulares.

9

Permitir a prática clínica em pacientes por acadêmicos de Odontologia fora das diretrizes e dos planos pedagógicos da instituição de ensino superior ou de um programa regular de estágio e extensão.

O professor não pode, sob hipótese alguma, permitir que o acadêmico realize procedimentos odontológicos fora das diretrizes e do plano pedagógico da instituição de ensino superior. O acadêmico que exercer de forma ilegal a Odontologia estará praticando o crime previsto no artigo 282 do Código Penal.

É importante destacar ainda que o estágio é regulado no capítulo VII da resolução CFO 63/2005, sendo que todos os procedimentos realizados pelo acadêmico de Odontologia, em qualquer situação, devem ter a supervisão direta do professor responsável. 🦷



Comunicando o Conselho

Para mais detalhes sobre como descrever e endereçar uma denúncia, acesse www.crosp.org.br/denuncias.html ou use o QR Code acima.

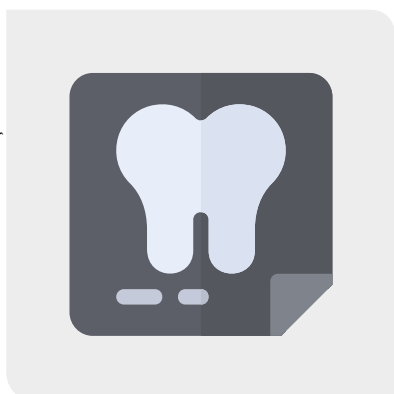


Isso pode?

Foto: Shutterstock

Veja as respostas para dúvidas frequentes dos profissionais da Odontologia sobre o exercício da profissão

A Revista do CROSP consultou as áreas de Orientação Profissional e de Fiscalização do Conselho para esclarecer alguns dos assuntos mais questionados pelos inscritos. Acompanhe as perguntas e respostas a seguir sobre temas relacionados à atuação profissional.



O técnico em saúde bucal (TSB) pode tirar radiografias no meu consultório ou clínica?

A profissão de técnico em saúde bucal é regulamentada pela lei federal nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que, em conjunto com a resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 63/2005 - Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia –, determina as competências de atuação desse profissional. A realização de tomadas radiográficas e por imagem de uso odontológico tornou-se possível nos consultórios, nas clínicas e em locais especializados em radiologia odontológica e imaginologia a partir da edição da resolução do CFO 179/2016, que alterou uma das alíneas do artigo 12 da resolução CFO 63/2005. O técnico em saúde bucal passou a poder realizá-las, porém, sempre sob supervisão do cirurgião-dentista.

O TSB, ASB, TPD ou APD pode fazer manutenção de aparelhos ortodônticos e/ou ortopédicos e procedimentos de moldagens odontológicas?

Estas funções são de competência exclusiva do cirurgião-dentista e não estão previstas nas leis e normas que regulamentam o exercício dessas categorias profissionais (lei nº 11.889/08, que regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal (TSB) e de auxiliar em saúde bucal (ASB); lei nº 6.710/79, que regulamenta o exercício da profissão de técnico em prótese dentária (TPD); e a resolução 63/2005).

A atuação irregular nesse caso é passível de medida disciplinar ao cirurgião-dentista responsável, por acobertamento de exercício ilegal. O profissional auxiliar pode sofrer tanto medida disciplinar pelo CROSP, como ação penal na esfera judicial, em razão do exercício ilegal da Odontologia, crime previsto no art. 282 do Código Penal.



O recepcionista do estabelecimento odontológico pode lavar e esterilizar os instrumentos de trabalho, limpar e organizar o consultório ou a clínica?

Não pode. Esses procedimentos competem ao cirurgião-dentista e às profissões de técnico e auxiliar em saúde bucal, visto que demandam cuidados e conhecimentos específicos para não afetar a saúde do paciente e da equipe odontológica.

As leis que regulam as profissões de TSB e ASB preveem atividades como limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho. A eventual contratação de pessoas sem a devida formação e registro junto ao Conselho Regional de Odontologia pode gerar processos administrativos (inciso IX do artigo 13 do Código de Ética Odontológica – resolução CFO 118/2012). A prática também pode incorrer em eventuais sanções da Vigilância Sanitária Municipal, da Justiça Trabalhista e, inclusive, em implicações criminais (artigo 47 do decreto-lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941).



Posso usar um nome fantasia no meu estabelecimento odontológico?



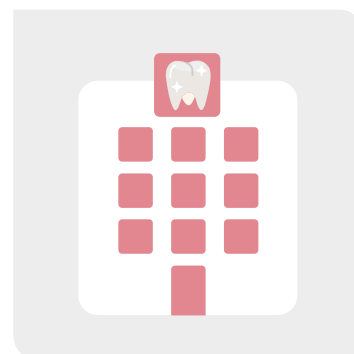
A utilização de nome fantasia perante a sociedade em geral pressupõe a existência de uma empresa, segundo a Teoria da Aparência aplicada no direito empresarial. Se o cirurgião-dentista usar desse expediente, deve registrar seu estabelecimento como Empresa Prestadora de Assistência Odontológica (EPAO) no CROSP, conforme determina o §1º do artigo 13 da lei 4.324 de 14/04/1964:

As clínicas dentárias ou odontológicas, também denominadas odontoclínicas, as policlínicas e outras quaisquer entidades, estabelecidas ou organizadas, como firmas individuais ou sociedades, para a prestação de serviços odontológicos, estão obrigadas à inscrição nos Conselhos Regionais de Odontologia em cuja jurisdição estejam estabelecidas ou exerçam suas atividades.

Da mesma forma, a lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980 que dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões no art. 1º informa que:

O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros.

Caso a divulgação de nome fantasia induza os pacientes a acreditarem que estão sendo atendidos em uma EPAO - com, supostamente, uma personalidade jurídica própria, porém inexistente juridicamente -, o cirurgião-dentista poderá responder um processo disciplinar, assim como cível, pelo descumprimento das leis e normas que versam sobre o tema.



Ilustrações: FlatIcon.com

Qual o tamanho máximo para uma placa em um estabelecimento odontológico?

Segundo a resolução do CFO 118/2012 não há determinação quanto a tamanho desse tipo de publicidade. Entretanto, deve atender às normas previstas em seu capítulo XVI (do Anúncio, da Propaganda e da Publicidade).

Deverá sempre indicar o nome do cirurgião-dentista e o seu número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia do estado onde está estabelecido e, nos casos de Pessoa Jurídica (EPAO), também o seu número de inscrição perante o CRO correspondente.

É aconselhável consultar a administração municipal da cidade do estabelecimento, pois a publicidade deverá estar em conformidade com a legislação específica do município.



Posso ministrar palestras em uma escola próxima ao meu estabelecimento odontológico?

Se o evento tiver um caráter de orientação sobre os cuidados e a saúde bucal da população, sim. O que deve ser evitado e, segundo o Código de Ética Odontológica, é considerado infração ética, é qualquer ato que possa configurar autopromoção, aliciamento ou mercantilização da Odontologia, como divulgação de nome, endereço ou dados de contato do estabelecimento odontológico, distribuição de brindes, prêmios, benefícios ou vantagens.

Posso deixar atestados e receitas previamente assinados em meu consultório ou clínica para quando eu estiver ausente?

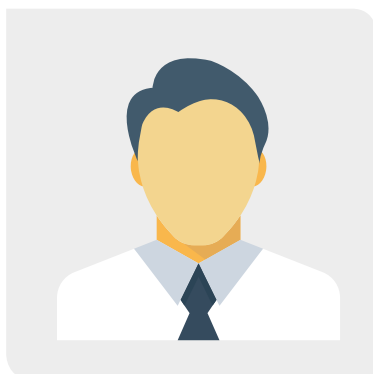
Não. A resolução do CFO 118/2012 prevê que assinar folhas de receituários, atestados, laudos e quaisquer outros documentos em branco constitui infração ética. Além disso, essa prática poderá configurar crime previsto no Código Penal, art. 299, falsidade ideológica, uma vez que o cirurgião-dentista não terá o necessário controle do teor dos documentos emitidos.



No meu estabelecimento odontológico posso contratar um cirurgião-dentista somente para realização de triagem dos pacientes?

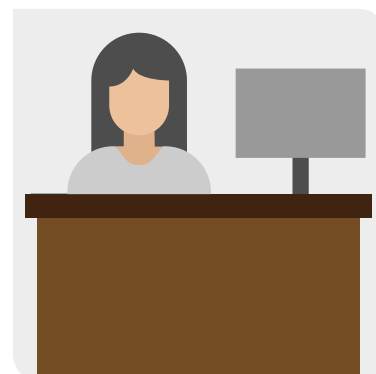
Entende-se que o profissional que realiza o exame clínico do paciente e apresenta as possíveis propostas de tratamento deverá executá-lo. Nos casos em que são necessários tratamentos especializados que o profissional não realiza, indica-se o encaminhamento pontual.

Devido à natureza personalíssima da relação paciente/profissional na atividade odontológica e como também determina o Código de Ética Odontológica em seu art. 32, inciso IX, constitui infração ética elaborar planos de tratamento para serem executados por terceiros.



A ficha de anamnese pode ser preenchida ou atualizada por recepcionistas ou secretários?

A ficha de anamnese é um dos documentos do prontuário odontológico, o qual deve sempre ser preenchido e atualizado pelo cirurgião-dentista.



Alterei meus dados cadastrais. Preciso informar ao CROSP?

Constitui dever fundamental dos cirurgiões-dentistas a manutenção de seus dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional de Odontologia, de acordo com a resolução 118/2012 e a portaria do CROSP nº 015/2016.

No caso das pessoas jurídicas, devem ser informadas alterações, como: razão social, nome fantasia, quadro societário, responsável técnico, endereço, entre outros. Já as pessoas físicas devem informar alterações, como: endereços (residencial e/ou comercial), dados de contato (telefones e e-mail) e estado civil.



OUTRAS INFORMAÇÕES

Mais esclarecimentos poderão ser obtidos nas legislações e normas mencionadas, nos diversos materiais informativos elaborados pelo CROSP (guias práticos, manuais, vídeos) ou nos canais de contato disponíveis no site.



Atenção às doenças pulmonares

Fármacos utilizados pelo paciente podem interferir na saúde bucal e merecem orientação do cirurgião-dentista para minimizar impactos

É importante que os profissionais da Odontologia tenham em mente que há uma relação direta entre a prescrição de medicamentos para doenças pulmonares e a saúde bucal, sendo que a primeira condição pode prejudicar severamente a segunda. Dada a enorme variedade de doenças pulmonares registradas atualmente, deve-se levar em conta que os tratamentos disponíveis também serão bastante diversos, com repercussões de maior ou menor impacto sobre as condições bucais.

Na opinião de Gustavo Faibischew Prado, médico pneumologista do Instituto do Coração (InCor) e do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), “a interface de problemas sistêmicos com a Odontologia é de suma im-

portância para o bem-estar do paciente, e o tema deve estar na pauta da discussão dos profissionais da saúde”.

A prescrição de corticosteroides sistêmicos ou inalatórios, por exemplo, pode aumentar o risco de algumas infecções oportunistas da cavidade oral – infecções fúngicas, como a candidíase, são um exemplo recorrente. O mesmo vale para outros imunossupressores de uso sistêmico, que eventualmente podem ser prescritos para pneumopatias inflamatórias de origem autoimune.

SURGIMENTO DE CÁRIE E OUTROS PROBLEMAS

Existe uma associação entre o uso prolongado de broncodilatadores beta-2 agonistas e o desenvolvimento de cárie, provavelmente pela redução do fluxo salivar. Anticolinérgicos inalatórios prescritos como broncodilatadores podem causar xerostomia (boca seca). Já os antimicrobianos prescritos para infecções respiratórias eventualmente causam perturbação da microbiota oral (ecossistema de bactérias).

Medicamentos utilizados para combater o tabagismo, condição que comumente desencadeia doenças respiratórias, também podem trazer repercussões que devem ser consideradas pelo profissional da Odontologia, como a dor temporomandibular por uso excessivo de gomas de mascar de nicotina ou a xerostomia pela bupropiona.

O MÉDICO PNEUMOLOGISTA E O CIRURGIÃO-DENTISTA DEVEM REALIZAR UM ESFORÇO CONJUNTO PARA AUXILIAR O PACIENTE A REDUZIR POSSÍVEIS EVENTOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS NO TRATAMENTO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

ORIENTAÇÃO PARA O PACIENTE

O médico pneumologista e o cirurgião-dentista devem realizar um esforço conjunto para auxiliar o paciente a reduzir possíveis eventos adversos dos medicamentos prescritos no tratamento de doenças respiratórias. Entre os principais cuidados, está o treinamento adequado da técnica de uso dos medicamentos inalatórios, além da higiene bucal apropriada após o uso desses fármacos.

Com isso, minimiza-se a deposição e absorção transmucosa dos medicamentos e reduz-se, em grande parte, a frequência e intensidade desses efeitos colaterais. Pacientes com xerostomia podem ingerir mais líquidos sem açúcar, utilizar substitutos artificiais de saliva e utilizar gomas de mascar sem açúcar, sobretudo as que contenham o complexo caseína-fosfato de cálcio amorfo (pelo seu efeito remineralizante) e xilitol (um adoçante natural não fermentável por bactérias cariogênicas). A boa higiene bucal e a redução do consumo de bebidas adoçadas ou muito ácidas também são cuidados gerais que devem ser reforçados ao paciente com doenças respiratórias. 🦷





Fotos: Shutterstock

A saúde bucal dos animais

A legislação, a formação, a prática e as particularidades da odontologia veterinária para espécies de pequeno e grande porte

Existem registros do estudo de problemas odontoestomatológicos em animais datando desde a antiguidade. Aristóteles (384 a 322 AC), por exemplo, já escrevia sobre doenças periodontais em cavalos (em “*História Animalium*”). No final do século 19, alguns veterinários começaram a ter especialidade em odontologia veterinária. No Brasil, a prática só se desenvolveu a partir dos anos 90. Nessa época, o Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV), por meio da resolução 625/1995, determinou que a odontologia veterinária é uma especialidade que só pode ser exercida por um médico veterinário. Tal decisão apenas reforçou o que estava previsto na lei 5.517/1968.

Apesar de muitas das atividades de um veterinário especialista em odontologia serem semelhantes às de um cirurgião-dentista, há diferenças que podem acarretar risco de vida e impossibilitam a atuação sem formação adequada. Em comum, ambos profissionais fazem anamnese do paciente e trabalham nas

mesmas áreas: periodontia, endodontia, restaurações, próteses, implantodontia, ortodontia, cirurgias menores e maiores e radiologia, entre outras.

Sabe-se que existem mais de 4.000 espécies de mamíferos. “Certos procedimentos e remédios que são indicados para algumas espécies podem ser contraindicados para outras - o diclofenaco, por exemplo, não deve ser dado aos animais por risco de hemorragia gástrica severa, podendo levar à morte”, explica Marco Antônio Gioso, médico veterinário, professor da Universidade de São Paulo (USP).

FORMAÇÃO

No Brasil, a formação se dá por meio de cursos de especialização para veterinários já formados, uma vez que a odontologia veterinária não é uma disciplina curricular na maioria dos cursos de graduação em medicina veterinária, sendo abordada, em geral, em disciplinas optativas ou em poucas horas de aula. Assim, o médico veterinário conclui o curso universitário com pouco conhecimento da cavidade oral.

Segundo Gioso, existem três grandes áreas na odontologia veterinária e especialistas em cada uma: grande animais - os cavalos são a maior parte dos casos; animais selvagens e silvestres, como leões, ursos, tigres e onças; e pequenos animais, como cães e gatos. Os animais domésticos (cães, gatos, pequenos roedores, entre outros) estão entre as principais espécies atendidas pelos dentistas veterinários, assim como os animais de zoológico (macacos, leões, onças e tigres, por exemplo).

EQUIPAMENTOS

Os tratamentos mudam de acordo com as espécies e, conseqüentemente, alguns acessórios também variam. Muitos dos equipamentos e materiais, como a caneta, a resina acrílica e os braquetes são comuns no tratamento de vários animais, com algumas adaptações. Enquanto as limas endodônticas feitas para cães e gatos são de 60 mm, as de animais selvagens, do porte de ursos e leões, são de 120 mm de extensão e muito mais grossas - em humanos, a maior tem 31mm. Já os abridores de boca para cavalo são totalmente diferentes, além de muito maiores, incluindo canetas de alta rotação mais extensas.

Em geral, raio-x digital e tomografia também são usados nos tratamentos de animais, mas os profissionais ainda têm dificuldade para fazer uma panorâmica, uma vez que os animais sempre estão anestesiados. ▶

EXISTEM TRÊS GRANDES ÁREAS NA ODONTOLOGIA VETERINÁRIA E ESPECIALISTAS EM CADA UMA: GRANDE ANIMAIS - OS CAVALOS SÃO A MAIOR PARTE DOS CASOS; ANIMAIS SELVAGENS E SILVESTRES, COMO LEÕES, URSOS, TIGRES E ONÇAS; E PEQUENOS ANIMAIS, COMO CÃES E GATOS



siados e não deixariam colocar um filme na boca estando conscientes, nem por um segundo.

PARTICULARIDADES E RISCOS

“Uma das particularidades fundamentais do tratamento em animais é que todos os procedimentos devem ser feitos sob anestesia geral, normalmente inalatória, com a presença de um anestesista veterinário especializado, pois são pacientes que não ficam imóveis, mesmo que não haja dor. E muitas vezes, precisam ser anestesiados por várias horas, pois, normalmente, todos os procedimentos necessários são realizados em uma única sessão, para evitar anestésias constantes”, conta Gioso.

Outra grande diferença é que o fator psicológico estético não é relevante aos animais, embora seja aos seus tutores. Assim, em geral, a recuperação após alguns procedimentos cirúrgicos é muito mais rápida do que aquilo que é verificado em seres humanos.

Já é sabido que a saúde começa pela boca. Se um cão não tem boa saúde oral, ele terá desconforto e dor, o que fará com que não se alimente corretamente, acarretando prejuízos para sua saúde geral. Porém, esse não é o maior dos problemas – uma cavidade oral não saudável, ou seja, com infecção ou inflamação crônica, além de dor, vai ser a responsável pela liberação de diversos mediadores químicos que afetam as células do organismo, causando uma cascata de reações que levam à degeneração das células. Assim, um cachorro que não tem boa saúde oral pode desenvolver, com o passar dos anos, diversas doenças degenerativas – cardiopatias, nefropatias e problemas articulares, por exemplo.

A doença oral mais frequente em cães e gatos é a doença periodontal, decorrente da falta de profilaxia. Ela acomete as estruturas que sustentam e protegem os dentes, causando sua destruição. Em seguida, vêm as fraturas dentais que, na maioria das vezes, expõem a polpa do dente. Inicialmente, elas causam dor e, depois, fazem com que o dente funcione como porta de entrada para bactérias, por meio da polpa exposta. O tratamento pode ser endodôntico e/ou a extração. Alguns animais também precisam de tratamento ortopédico da face, com colocação de placas e parafusos.

Nos gatos, além da doença periodontal e das fraturas dentárias, há duas afecções muito frequentes: a reabsorção dental, que causa muito desconforto ao paciente e acaba destruindo o dente; e o complexo gengivite-estomatite-faringite dos felinos, que é uma inflamação exacerbada das estruturas orais. Os pacientes

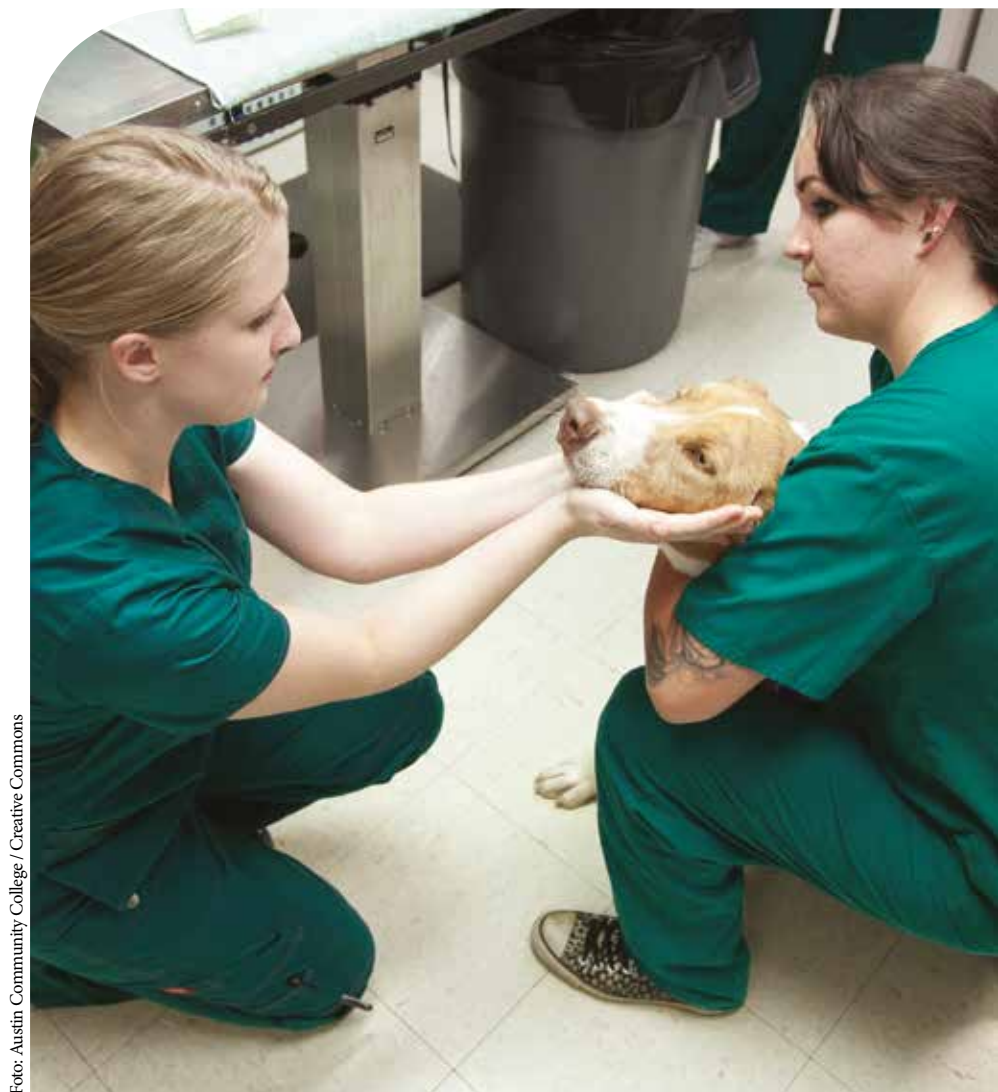


Foto: Austin Community College / Creative Commons

com esse quadro têm muita dificuldade para comer, lambe-se e socializar, devido à dor. Já em cavalos, o desnível oclusal, formação de pontas dentárias e abscessos dentários com fistulação são males comuns.

Com o aumento da sobrevivência dos cães e gatos, percebe-se o crescimento dos tumores orais, muitas vezes, malignos. O combate ao câncer de boca é feito por meio de cirurgia de ressecção, quimioterapia e radioterapia.

E a cárie definitivamente não é um problema frequente entre cães e gatos, por conta do pH bucal deles ser mais alto – em torno de 8 –, por não terem fôssulas e fissuras e pela baixa quantidade de *Streptococcus mutans*. 🦷

Alerta para a halitose infantil

Higiene bucal precária é uma das principais causas do distúrbio, que também acomete crianças

A halitose não é um distúrbio que acomete apenas adultos – ela também aflige crianças. O mau hálito de pacientes de qualquer idade está geralmente associado a higiene bucal não satisfatória, falta de uso frequente do fio dental, cárie, fluxo salivar diminuído e saburra lingual.

Noventa por cento das causas de halitose são de origem bucal, em 8% há problemas respiratórios ou otorrinolaringológicos com o indivíduo, e em 2% constata-se doenças de fundo endocrinológico, hormonal ou gastrointestinal. Profissionais e pesquisadores, contudo, já identificaram mais de 40 causas para a halitose.

O distúrbio merece atenção redobrada dos profissionais da Odontologia, uma vez que está presente de modo expressivo no Brasil. Segundo a Associação Brasileira de Halitose, entre 22% e 52% de nossa população tem halitose, condição que também pode estar relacionada aos hábitos alimentares, como dietas pobres em fibras e ricas em carboidratos.



Foto: Shutterstock

ESTUDOS CIENTÍFICOS TRAZEM AVANÇOS

Pesquisadores vêm realizando estudos com o intuito de entender detalhes que possam ser úteis no combate à halitose.

A fim de investigar a prevalência do distúrbio, a cirurgiã-dentista Carolina Cardoso Guedes, doutora pela Unifesp (Universidade Federal de São Paulo), estudou a halitose em 150 crianças entre 6 e 12 anos, com dentição mista.

Durante a pesquisa, percebeu que a halitose estava intrinsecamente ligada a maus hábitos de higiene oral e uso de fio dental. O estudo constatou que 17,33% das crianças analisadas apresentaram o distúrbio.

Em Milão, na Itália, uma investigação conduzida por pesquisadores de diversas nacionalidades acompanhou os hábitos de 101 indivíduos entre 6 e 16 anos (sem cárie). Resultado: 38% dos analisados apresentou halitose. Em Saitama, subúrbio de Tóquio, no Japão, uma amostragem com 748 estudantes, com idade entre 6 e 15 anos, mostrou que 44,9% deles apresentaram o distúrbio. Os dados japoneses foram publicados em março deste ano em publicações especializadas. 📖

PREVENÇÃO

Não existe medicamento preventivo para tratar a halitose. Cabe ao cirurgião-dentista orientar os pacientes sobre a importância da correta higiene oral, com uso de creme e fio dental. Uma dieta rica em fibras e o consumo de pelo menos 2 litros de água por dia também são aliados na prevenção.

E quando a notícia não é boa?

O cirurgião-dentista deve estar preparado para comunicar o diagnóstico – ou mesmo a suspeita – de doença grave ao paciente

Paciente do sexo feminino, de 36 anos, reclama de dor na região bucal. O cirurgião-dentista, após diagnóstico clínico, detecta que ela pode ser hipocondríaca ou sofrer de transtorno de ansiedade e apresentar quadro de somatização. Dessa forma, comunica à paciente que fará o encaminhamento para um psiquiatra, mas a notícia não é bem recebida. A paciente, irritada, questiona a opinião do cirurgião-dentista. Em muitos dos casos que envolvem distúrbios psiquiátricos, o vaivém entre consultórios de diferentes especialistas se torna uma prática constante, estressando a relação cirurgião-dentista/paciente e não resolvendo as patologias.

Indivíduo do sexo masculino, 65 anos de idade, queixa-se de dores em uma ferida na língua. Durante a anamnese, o cirurgião-dentista percebe que o paciente é tabagista há 50 anos e, mesmo com o surgimento da anormalidade na boca, não deixou o vício. Feitos o diagnóstico e a biópsia do material, foi constatada a existência de câncer de boca. Ao convocar o paciente para a comunicação da notícia, o profissional pede que ele seja acompanhado por alguém da família. Ao chegar com o irmão, ainda duvidava do diagnóstico: “É câncer mesmo, não é, doutor?”, pergunta o paciente, que foi encaminhado ao SUS para tratamento.

Pequenas lesões na língua e nos lábios levam um paciente do sexo masculino, de 21 anos de idade, ao consultório odontológico. O cirurgião-dentista, após anamnese que indica atividade sexual desprotegida, avalia a mucosa oral e identifica lesões semelhantes a papilomas virais. Então, informa ao paciente que há suspeita de sífilis, e por isso, fará um teste rápido e pedirá exame anatomopatológico para confirmar o quadro. O paciente também é orientado a alertar seus parceiros sexuais. A infecção foi confirmada e ele foi encaminhado para tratamento.

Aos 39 anos de idade, paciente do sexo masculino, fumante, consulta o cirurgião-dentista com queixas de uma placa branca com ferida, localizada embaixo da língua. O diagnóstico clínico é realizado e resulta em lesão com potencial de malignização. O paciente é informado pelo cirurgião-dentista sobre a possível gravidade do caso. Com informações definitivas, constata-se o câncer de boca em estágio inicial. O paciente foi encaminhado para tratamento.



As situações apresentadas, reais, ilustram um cenário cada vez mais comum na rotina dos profissionais da Odontologia: a necessidade de comunicar más notícias, as quais podem abranger desde quadros infecciosos relativamente simples até doenças que ameaçam a vida. Em sua prática diária, o cirurgião-dentista pode se deparar com o diagnóstico de uma doença grave em um paciente. Dentre as várias possibilidades, o câncer de boca é a mais comum. Os sarcomas também fazem parte do grupo de neoplasias malignas.

Então, diante da necessidade de comunicar uma má notícia, como o cirurgião-dentista deve proceder? Fábio Coracin, professor e patologista oral e maxilofacial, explica que, mesmo em casos de suspeita clínica, o paciente deve ser informado sobre as hipóteses mais prováveis. “O câncer de boca é a principal doença grave com a qual o cirurgião-dentista vai se deparar em seu consultório ou clínica. Na condução do diagnóstico e confirmação via biópsia, o profissional deve ter noção de que precisa se preparar para relatar a notícia. Pedimos que o paciente venha acompanhado de alguém da família”, diz Coracin.

Na hora da revelação, o ambiente deve ser tranquilo e o cirurgião-dentista generoso a ponto de entender que o paciente vai sentir um abalo no momento em que receber a notícia. “É preciso dar ao paciente, de forma didática, os subsídios para ele entender a doença. Também precisamos explicar como será o dia seguinte, dar uma noção dos primeiros passos do tratamento”, diz Manoela Martins, professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Um aspecto importante do relato de más notícias é a importância da postura de apoio do cirurgião-dentista. Mesmo quando o tratamento não fica a cargo apenas da

Odontologia, o profissional pode dar conforto ao paciente se demonstrar disponibilidade para resolver quaisquer dúvidas que possam surgir ao longo do processo. O relacionamento do paciente com o cirurgião-dentista, muitas vezes, é mais longo do que com outros profissionais da saúde e envolve maior nível de confiança. Uma postura acolhedora, portanto, é fundamental para que o paciente consiga lidar da melhor maneira possível com a notícia desagradável. 🗨️

POR UMA BOA COMUNICAÇÃO

Apesar de envolver a percepção pessoal do profissional acerca do melhor modo de abordar um diagnóstico ou uma suspeita, tendo em vista as particularidades do paciente e a relação construída, as orientações abaixo devem auxiliar no processo de comunicação.

- Leia com calma todos os dados que envolvem a má notícia: resultados de exames, tratamentos anteriores, literatura médica e informações gerais sobre o paciente.
- Na hora de comunicar, busque um ambiente tranquilo e privativo. Desligue o celular ou peça para alguém atender. Evite ser interrompido.
- Informe com delicadeza que más notícias estão por vir, dando tempo ao paciente para se acostumar.
- Evite usar termos técnicos, use vocabulário de fácil compreensão.
- Explique sobre as possibilidades de tratamento.
- Envolver um parente na hora da comunicação – peça para o paciente vir acompanhado assim que o diagnóstico definitivo estiver disponível.
- Coloque-se à disposição do paciente. Nesse momento, o cirurgião-dentista é a pessoa em quem ele mais confia.

Manchas dentárias podem indicar HMI

Hipomineralização de Molares e Incisivos é um defeito do esmalte e requer tratamento conservador para evitar fraturas



Fotos: Shutterstock

A Hipomineralização de Molares e Incisivos (HMI) é um defeito do esmalte dentário, de origem sistêmica, que afeta um ou mais primeiros molares permanentes, podendo comprometer também os incisivos permanentes. Quanto maior o número de molares afetados, maior é o risco do envolvimento de incisivos. O defeito é observado clinicamente como uma opacidade demarcada que apresenta contorno definido e coloração que varia do branco ao amarelo e castanho. Essa mancha ou opacidade pode se fraturar nas áreas de maior esforço mastigatório, como nas cúspides de molares e na incisal de incisivos. As de coloração marrom são as que mais se quebram.



A HMI representa hoje um grande desafio para o cirurgião-dentista, uma vez que a alteração na estrutura do dente tem inúmeras consequências clínicas, tais como:

- Sensibilidade exacerbada mesmo na ausência de fraturas;
- Após a irrupção dos dentes, há relatos de desconforto ao ingerir alimentos frios, quentes ou até mesmo ao respirar;
- Fraturas, logo após o dente aparecer na boca;
- Maior risco de cárie, que apresenta forma atípica e se estende para superfícies lisas, vestibular ou palatina;
- Queda frequente das restaurações devido à adesão deficiente dos materiais;
- Necessidade de tratamento restaurador frequente;
- Dificuldade para aplicação de anestesia adequada;
- Maior ansiedade odontológica do paciente.

A procura por atendimento geralmente se dá por preocupação com a estética dos incisivos ou queixa de bullying na escola. Em muitos casos, quando são examinados, os molares já estão severamente comprometidos.

DE ONDE SURGE A HMI?

A HMI está associada a distúrbios que ocorrem durante os estágios de desenvolvimento do esmalte, que é uma estrutura de natureza não remodeladora. Qualquer injúria sofrida pelo ameloblasto, célula responsável pela formação do esmalte, fica registrada na superfície do dente. Portanto, a localização do defeito é um indicador do possível período da vida em que o distúrbio aconteceu.

As etapas de mineralização dos molares e incisivos permanentes são, em grande parte, coincidentes e ocorrem desde os últimos meses de gestação até os 3 anos de vida. Durante esse período, os dentes estão suscetíveis a estímulos que poderão interferir na integridade do esmalte. Como o defeito ocorre ►

A HMI ESTÁ ASSOCIADA A DISTÚRBIOS QUE OCORREM DURANTE OS ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO DO ESMALTE, QUE É UMA ESTRUTURA DE NATUREZA NÃO REMODELADORA

no início da vida e só é identificado após a irrupção dos molares (por volta dos 6 anos de idade), é sempre muito difícil relacionar as injúrias sofridas (agente etiológico) com os defeitos.

O ameloblasto é extremamente sensível a variações de temperatura e ao nível de oxigênio. Além destes fatores sistêmicos, já existem algumas evidências de que aspectos ambientais e genéticos exercem influência no desenvolvimento da HMI. Atualmente, os fatores de risco apontados como possíveis causas da HMI são:

No período pré-natal – doença durante a gestação, uso de medicamentos, hábito de fumar;

No período perinatal – prematuridade, baixo peso ao nascer, complicações no parto;

No período pós-natal – infecções do trato respiratório, asma, otite média, febre alta, uso de antibióticos, exposição a poluentes ambientais.

O DIAGNÓSTICO DA HMI NEM SEMPRE É FÁCIL E DEVE SER DIFERENCIADO DE OUTROS DEFEITOS DE ESMALTE COMO A FLUOROSE, A AMELOGÊNESE IMPERFEITA, AS HIPOPLASIAS E AS MANCHAS BRANCAS DE LESÃO DE CÁRIE. QUANDO OCORREM FRATURAS PÓS-IRRUPATIVAS, ESSAS OPACIDADES PODEM SER CONFUNDIDAS COM HIPOPLASIAS VERDADEIRAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico da HMI nem sempre é fácil e deve ser diferenciado de outros defeitos de esmalte como a fluorose, a amelogênese imperfeita, as hipoplasias e as manchas brancas de lesão de cárie. Quando ocorrem fraturas pós-irruptivas, essas opacidades podem ser confundidas com hipoplasias verdadeiras.

O diagnóstico deve ser realizado com base na história do paciente, nas características clínicas da lesão e na assimetria quanto ao número de dentes afetados e à severidade das lesões que variam de dente para dente em um mesmo indivíduo.

Os países que estudaram a presença desses defeitos em suas populações apresentaram valores de prevalência muito diferentes, variando de 2% a 40%. No



Foto: Shutterstock

estado de São Paulo, estudos realizados em Araraquara evidenciaram uma prevalência de 12,3% em 2011 e de 14,3% em 2016. Um incremento, portanto, de 2% em cinco anos.

MINERALIZAÇÃO

Alterações semelhantes podem ocorrer em qualquer dente que esteja na fase de mineralização, quando exposto ao agente etiológico responsável. Como parte do período de mineralização do esmalte dos primeiros molares permanentes é coincidente com a dos segundos molares decíduos, estes dentes também podem apresentar defeitos, conhecidos como Hipomineralização de Molares Decíduos (HMD). A HMD é considerada prenunciadora da HMI, pois as crianças com hipomineralização nos decíduos têm até cinco vezes mais chances de desenvolver HMI.



Foto: arquivo

CUIDADOS PARA A PREVENÇÃO

O diagnóstico precoce da HMI é essencial para garantir uma abordagem preventiva e conservadora. É importante que os pacientes e seus pais sejam orientados sobre o risco aumentado de desenvolver cárie e de ocorrência de fratura nos dentes afetados. Os cuidados preventivos básicos devem incluir escovação supervisionada com pasta fluoretada, aplicação tópica de flúor e aconselhamento da dieta, reduzindo a frequência do consumo de açúcares.

Não existe um protocolo de tratamento estabelecido para dentes com esse tipo de defeito – a decisão de tratamento deve considerar a extensão e a severidade dos defeitos, a idade do paciente, as condições socioeconômicas e as expectativas do paciente e a da família. Para a cirurgiã-dentista Lourdes Santos-Pinto, docente da Faculdade de Odontologia de Araraquara, “a prioridade é por um tratamento mais conservador, com o objetivo de preservar a estrutura do dente até que o paciente tenha sua oclusão estabelecida e possa realizar uma reabilitação definitiva”.

Para quem apresenta perda de parte da estrutura dentária, são indicadas restaurações de cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade e resinas compostas. Para os casos de grandes destruições coronárias, são indicadas as coroas de aço e, dependendo do número de dentes envolvidos, existe a possibilidade da exodontia dos molares permanentes e tratamento ortodôntico para o fechamento de espaço e restabelecimento da oclusão.

Crianças que apresentam HMI têm dez vezes mais necessidade de tratamentos restauradores, uma vez que a porosidade do esmalte favorece fraturas recorrentes e queda das restaurações.

Além dos cuidados durante o atendimento, o cirurgião-dentista precisa estar consciente quanto à necessidade de acompanhamento periódico. Ele deve recomendar aos pacientes que o visitem com intervalos de 3 a 6 meses, devido à necessidade de tratamento oriundo de fraturas pós-eruptivas. 🦷

O DIAGNÓSTICO PRECOCE DA HMI É ESSENCIAL PARA GARANTIR UMA ABORDAGEM PREVENTIVA E CONSERVADORA. É IMPORTANTE QUE OS PACIENTES E SEUS PAIS SEJAM ORIENTADOS SOBRE O RISCO AUMENTADO DE DESENVOLVER CÁRIE E DE OCORRÊNCIA DE FRATURA NOS DENTES AFETADOS



Foto: arquivo

Da Síria

para o topo da avenida Paulista

Aos 95 anos e em plena atividade, o cirurgião-dentista Antônio Moucachen orgulha-se da profissão que o transformou em um imigrante vitorioso no Brasil

Antônio Moucachen nasceu em Damasco, capital da Síria, em 1922. Ainda aos seis meses de idade, perdeu o pai. De acordo com a tradição árabe da época, a mãe, viúva e com três filhos, deveria se casar com um parente da família do marido. A princípio, Rosa Moucachen relutou e não cedeu ao costume vigente. Com o passar dos anos, entretanto, ao receber uma proposta de casamento do cunhado Nagib, ela aceitou e a família inteira - mãe e filhos - imigrou para o Brasil, desembarcando no país em 1927.

Moucachen desembarcou em terras brasileiras - para uma vida e carreira

vitórias – quando tinha apenas 5 anos de idade. Com a família já estabelecida deste lado do Atlântico, formou-se cirurgião-dentista pela Universidade de São Paulo, casou-se com Helena (natural de Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul), teve sete filhos, 11 netos e seis bisnetos – muitos deles também escolheram seguir os caminhos da Odontologia, trilhado com maestria pelo patriarca. O que mais impressiona quem acaba de conhecer Mouchachen é sua vitalidade: aos 95 anos de idade, ele atende pacientes diariamente em seu consultório no Conjunto Nacional, na avenida Paulista. “Eu trabalho até hoje por pura paixão, não é pelo dinheiro. É a minha forma de terapia”, diz Mouchachen, que é especializado em periodontia.

TALENTO PARA OS NEGÓCIOS

Ao contrário da maioria dos imigrantes que aportavam no país no início do século passado, a família Mouchachen não era pobre, tampouco analfabeta. “Nossas malas tinham ouro e libras esterlinas”, diz. A visão de negócio dos imigrantes Mouchachen era impressionante. “Desde muito cedo, meu tio queria comprar imóveis na avenida Paulista, que ainda era pouco mais do que um morro, enquanto o recomendável na época era o bairro do Ipiranga, que tinha um museu e era muito mais habitado”, lembra. O tio, que era alfaiate, também comprou casas em Itapetininga, no interior de São Paulo, para onde a família se mudou e estabeleceu empreendimentos comerciais.

Pronto para cursar o ensino superior, Mouchachen escolheu se candidatar a uma vaga na concorrida Faculdade de Farmácia e Odontologia da USP. “Passei em segundo lugar”, lembra-se com orgulho.

Em mais de sete décadas de carreira, o cirurgião-dentista atendeu diferentes gerações de pacientes das mesmas famílias e estabeleceu uma prática reconhecida na cidade. Seu primeiro consultório se instalou na Rua Riachuelo, no centro de São Paulo. Depois transferiu-se para o Conjunto Nacional. “Vi o prédio em construção e subia junto com os pedreiros para admirar a vista da cidade”, diz.

Os anos de trabalho com a Odontologia o fizeram uma referência no setor. Por ter acompanhado todas as tendências e inovações, está mais do que qualificado para concluir que “a Odontologia atual é uma arte”.

Os filhos de Mouchachen se dividiram na escolha das profissões – Rosa compartilha o consultório com o pai, e a dupla inclusive faz alguns atendimentos em conjunto. Regina mantém sua prática na zona sul da capital paulista. Já Renata trabalha como terapeuta holística, e José é psicólogo. “Meu pai sempre foi minha maior inspiração e ídolo dos meus amigos. A principal qualidade dele é ser um bom ouvinte, além de ser um homem muito sábio, persistente e ter um coração de ouro”, diz Rosa. Os ensinamentos continuam dando frutos. A neta, Raquel, também persegue a carreira do avô. Um sinal de que a semente da Odontologia na família Mouchachen continua oferecendo frutos. 🍷

OS ANOS DE TRABALHO COM A ODONTOLOGIA O FIZERAM UMA REFERÊNCIA NO SETOR. POR TER ACOMPANHADO TODAS AS TENDÊNCIAS E INOVAÇÕES, ESTÁ MAIS DO QUE QUALIFICADO PARA CONCLUIR QUE “A ODONTOLOGIA ATUAL É UMA ARTE”

MOUCACHEN FALA SOBRE OS SEGREDOS DA LONGEVIDADE

Nunca pare de estudar depois de formado

Mouchachen tem uma parede forrada de diplomas de cursos do mundo inteiro e credita seu sucesso a esse interesse.

Tenha uma habilidade única e será indispensável

O profissional estudou taquigrafia e datilografia antes da Odontologia, por isso, era responsável por registrar as aulas. Quando ele faltava, o professor repetia a aula por causa dele.

Faça exercícios físicos

Antes de chegar ao consultório, Mouchachen nada no clube do qual é sócio (ele é dono da carteirinha de membro número 001). Ele também jogou tênis até os 85 anos.

Coma menos

A ansiedade faz com que o indivíduo se alimente em excesso. Evite.

Seja feliz

Reserve um tempo para viver com intensidade e aproveitar cada momento.

Mitos e verdades sobre má oclusão

Distúrbio, que pode surgir em decorrência de hábitos orais deletérios, exige atenção desde o nascimento do indivíduo



Foto: Shutterstock

A má oclusão, de maneira geral, interfere no funcionamento normal do sistema estomatognático. Suas principais manifestações incluem dificuldades para a mastigação, deglutição, fonação e até problemas na respiração. Além disso, dentes muito mal posicionados dificultam a higienização. Isso pode conduzir a inflamações gengivais e até periodontais de suporte. Apesar dos problemas já conhecidos, que comprovadamente decorrem da má oclusão, há diversas concepções incorretas e equívocos sobre o tema.

Há muitos estudos sendo conduzidos para aprofundar o conhecimento do distúrbio, e, inclusive, relacioná-lo com problemas posturais e dor de cabeça. “É importante ressaltar, entretanto, que ainda não existem evidências científicas de que qualquer tipo de má oclusão cause dor de cabeça. No entanto, se o paciente tem bruxismo de vigília, pode surgir um incômodo”, diz o cirurgião-dentista João Paulo Tanganelli, a respeito do assunto que tem mobilizado a classe e chamado a atenção da imprensa. Ainda há muito a avançar nesta seara.

A classificação das cefaleias, elaborada pela *International Headache Society*, informa que existem centenas de diferentes tipos de dor de cabeça. Os dois principais grupos dividem as cefaleias em primárias (quando a dor de cabeça é a própria

doença - exemplo da enxaqueca e da cefaleia tipo tensão) e as secundárias (dores de cabeça em consequência de outras doenças como gripe, dengue, DTM).

A Odontologia explica que o contato dos dentes superiores com os inferiores ao fechar a boca é chamado de oclusão dentária. Em condições normais, os superiores devem cobrir ligeiramente os inferiores, ou seja, o arco dentário superior deve ser um pouco maior do que o inferior, proporcionando um encaixe adequado.

Uma boa oclusão dentária apresenta 28 ou 32 dentes harmonicamente posicionados nos arcos, há estabilidade na relação entre vizinhos e antagonistas e a função de movimento é livre. Já a má oclusão (também chamada de maloclusão) pode interferir na estética facial e comprometer funções da arcada como mastigação, fonação e deglutição. Para corrigir esse distúrbio, o cirurgião-dentista deve estudar duas possibilidades: uso de aparelho ortodôntico ou cirurgia.

São diversas as causas da má oclusão, e a genética é uma delas, uma vez que o tamanho de ossos e dentes é herdado dos pais. Eventualmente, o paciente tem ossos muitos pequenos para dentes muito grandes - daí o surgimento de apinhamentos e falta de espaço. Outro fator que pode ocasionar a falta de ajuste na mordida é a perda de dentes, quando os remanescentes alteram suas posições e transformam a boca.

CUIDADO DEVE COMEÇAR NA INFÂNCIA

Outra causa bastante comum para o surgimento da má oclusão são os hábitos deletérios que bebês e crianças desenvolvem, ou seja, repetição de ações ou vícios que trazem satisfação e prazer, como uso de chupeta e mamadeira. Uma pesquisa realizada pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (vinculada à Unicamp) no início dos anos 2000 mapeou e estudou os hábitos de cerca de 400 crianças na zona leste de São Paulo (incluindo progressos). Foi constatada má oclusão na boca de 41,7% dos analisados, principalmente em quem usou chupeta até os dois anos de idade.

O aleitamento materno, a mastigação, a deglutição e a respiração nasal são os maiores responsáveis pelo estabelecimento correto das funções para o crescimento e o desenvolvimento harmonioso do sistema estomatognático.

Então, o odontopediatra deve orientar os pais sobre os benefícios e a importância do aleitamento materno. Mas quando os pacientes chegam ao consultório com hábitos de sucção não nutritiva (chupeta, digital e mamadeira) já instalados é necessário estudar a melhor maneira de remover o costume, de forma saudável, considerando qual objeto causaria os menores danos. A orientação sobre frequência e intensidade dos hábitos também é fundamental.

A mãe é a primeira referência comportamental da criança, que a copia, por isso os profissionais da Odontologia devem estar atentos às recomendações que dão a elas. Os hábitos de saúde bucal dos pais devem ser exemplos positivos. Assim, a criança incorpora práticas saudáveis em sua rotina, como escovação correta e uso do fio dental. Outro alerta que o profissional deve dar aos pais diz respeito ao que pode acontecer quando a criança fica mais velha - se o dente irromper de maneira cruzada, ela só mastiga de um lado, o que provoca desarmonia óssea e muscular.

A má oclusão também se manifesta na fase de dentição permanente, sendo bastante conhecidas as classificações de Angle (classes I, II e III e subdivisões) e Lischer, dois profissionais pioneiros no tema.

A maneira como os dentes, ossos e músculos são usados pode mudar a oclusão em qualquer fase da vida - a idade traz perda de massa muscular e de perímetros ósseos. Portanto, a oclusão precisa ser observada ao longo de toda a vida do indivíduo. 🦷

SÃO DIVERSAS AS CAUSAS DA MÁ OCLUSÃO, E A GENÉTICA É UMA DELAS, UMA VEZ QUE O TAMANHO DE OSSOS E DENTES É HERDADO DOS PAIS. OUTRO FATOR QUE PODE OCASIONAR A FALTA DE AJUSTE NA MORDIDA É A PERDA DE DENTES



CONTRIBUIÇÕES PARA A ORTODONTIA

O cirurgião-dentista americano Edward Hartley Angle (1855-1930) é considerado o pai da ortodontia moderna. Formou-se pela *Pennsylvania College of Dental Surgery* e logo se interessou pelo alinhamento de dentes e pelas deformidades de maxilares. Seu artigo *Irregularities of the Teeth* é considerado um dos primeiros documentos a tratar do tema mundialmente, tendo sido editado inúmeras vezes. Angle foi professor e também fundou uma escola - a *Angle School of Orthodontics*. Outro notável a deixar sua contribuição para a Ortodontia foi o doutor Benno Lischer (1876-1959), nascido em Illinois. Ele avançou nas classificações da má oclusão, oferecendo termos como mesioversão, distoversão, infraversão, entre outros.

A evolução das técnicas adesivas

O aprimoramento da adesão na Odontologia restauradora possibilita avanços significativos nos procedimentos. Conheça os caminhos que foram e estão sendo percorridos

A união entre tecnologia e ciência, nas diferentes áreas da Odontologia, tem resultado no entendimento, na redução e no controle das doenças, e também na melhor qualidade e longevidade dos procedimentos restauradores diretos e protéticos. Além da reabilitação funcional, a Odontologia restauradora e protética possibilita o aprimoramento da estética dental, com procedimentos que recuperam a aparência natural dos dentes. As atividades e investigações clínicas, além das pesquisas científicas laboratoriais, sugerem as melhoras técnicas e materiais no atendimento ao paciente, sempre considerando segurança, efetividade e longevidade.

Atualmente, uma geração de sistemas restauradores, por exemplo, permite ao cirurgião-dentista ter mais agilidade no processo de restauração ou trabalho protético, entre outras vantagens, que incluem a estética. Os materiais restauradores contemplam adesivos, resinas compostas, cimentos resinosos e indiretos utilizados em CAD/CAM.

Os compósitos chamados de *Bulk Fill* (em tradução livre, preenchimento único) foram projetados para preencher cavidades de até 5 mm em um único passo – anteriormente era possível alcançar, no máximo, 2 mm. Sabe-se que a polimerização conduz à contração volumétrica do material, o que pode produzir fendas internas e nas margens da restauração, fraturas do esmalte dental e infiltrações, favorecendo a cárie recorrente precoce. Esse novo material deve produzir baixa tensão de polimerização, visto que é aplicado e polimerizado em incrementos maiores do que os tradicionais. Já os materiais de baixa viscosidade proporcionam bom escoamento para preenchimento de áreas interproximais, além de oferecerem a possibilidade de uso em outras casuísticas clínicas, como reconstruções complexas coronárias ou servindo como núcleo de preenchimento.

ATUALMENTE, UMA GERAÇÃO DE SISTEMAS RESTAURADORES, POR EXEMPLO, PERMITE AO CIRURGIÃO-DENTISTA TER MAIS AGILIDADE NO PROCESSO DE RESTAURAÇÃO OU TRABALHO PROTÉTICO, ENTRE OUTRAS VANTAGENS, QUE INCLUEM A ESTÉTICA

HISTÓRICO

O desenvolvimento importante das resinas compostas restauradoras ocorreu nas décadas de 50 e 60, e seu uso clínico foi ampliado a partir dos anos 80, impulsionado pela produção industrial e baseado nos estudos laboratoriais e clínicos. A fotoativação também colaborou para o maior uso clínico, pois fa-



Foto: Shutterstock

ilitou a aplicação, a manipulação, proporcionou o uso de cores e o polimento, dentre outras vantagens que melhoraram a qualidade e a durabilidade do procedimento restaurador.

À época, os procedimentos tradicionais de alta longevidade eram as restaurações de amálgama, adesivas de compósito (mas com margens em esmalte), e as indiretas de ouro. Paralelamente à evolução dos sistemas adesivos, com melhoria significativa da interação com as estruturas dentais e da durabilidade, as resinas compostas passaram a ser um material restaurador mais confiável.

Com a chegada dos anos 90, iniciaram-se os estudos com adesivos autocondicionantes, baseados em materiais com monômeros ácidos funcionais. Algumas vantagens que têm sido observadas com o uso dos adesivos autocondicionantes incluem: menor tempo e facilidade de aplicação clínica, manutenção da dentina mineralizada, interação química com o cálcio da hidroxiapatita e eliminação da necessidade de condicionamento com ácido fosfórico na dentina. Essas características têm feito dos sistemas adesivos autocondicionantes uma opção promissora, o que é muito importante para a durabilidade da união do adesivo à dentina.

PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

Os adesivos autocondicionantes atuais podem ser: de uma única etapa – os *all-in-one*, que combinam o condicionamento e a aplicação do primer e da resina fluida, reunindo monômeros ácidos, hidrófilos e hidrófobos, água e solventes orgânicos na mesma solução; ou de duas etapas – requerem o uso de um primer com características hidrófilas, contendo monômeros ácidos “funcionais”. Após a evaporação do solvente do primer aplicado, uma camada do agente hidrófobo ►

ou resina fluida é aplicada sobre o primer para permitir a fotoativação do adesivo, assim como para produzir a adesão e selar a dentina.

De acordo com pesquisas comparativas, os adesivos tradicionais de três etapas (condicionamento ácido total, aplicação de primer e de resina fluida) à base de etanol têm sido considerados uma das melhores opções, enquanto os autocondicionantes de duas etapas se aproximam desse padrão e têm benefícios clínicos adicionais e relevantes.

“Tenho preferência e uso em muitos casos o adesivo autocondicionante de dois passos, em que a segunda camada é de componentes mais hidrófobos”, comenta o professor doutor Marcelo Giannini, docente da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). “O uso de materiais com muitos componentes resinosos hidrófilos deve ser evitado, principalmente aqueles empregados após o condicionamento da dentina com ácido fosfórico. Esse condicionamento causa alterações morfológicas e fisiológicas significativas na dentina, que podem reduzir a durabilidade da união adesivo-dentina”, completa Giannini. O baixo selamento adesivo produzido, além de prejudicar a restauração, não sela a superfície dentinária, permitindo a contaminação do tecido.

Também poderiam ser considerados riscos causados pelo ácido fosfórico a desmineralização da dentina e a exposição das fibrilas de colágeno, que desprovidas desse mineral podem sofrer degradação. “No entanto, se o cirurgião-dentista aplicar corretamente e sempre estiver atualizado em relação ao que a pesquisa sugere, bons resultados podem ser obtidos. A adequada hibridização da dentina, com ótima penetração e polimerização, encapsula bem as fibrilas, que ficam mais protegidas e menos propensas à degradação. Por isso, o profissional deve sempre executar a técnica correta”, afirma Giannini, que é especializado em adesão. Ambas as opções exigem treinamento para se obter o melhor desempenho clínico do material.

DE ACORDO COM PESQUISAS COMPARATIVAS, OS ADESIVOS TRADICIONAIS DE TRÊS ETAPAS (CONDICIONAMENTO ÁCIDO TOTAL, APLICAÇÃO DE PRIMER E DE RESINA FLUIDA) À BASE DE ETANOL TÊM SIDO CONSIDERADOS UMA DAS MELHORES OPÇÕES, ENQUANTO OS AUTOCONDICIONANTES DE DUAS ETAPAS SE APROXIMAM DESSE PADRÃO E TÊM BENEFÍCIOS CLÍNICOS ADICIONAIS E RELEVANTES



Foto: Shutterstock

Conheça, a seguir, alguns estudos que têm sugerido novos caminhos para a evolução das técnicas adesivas.

AGENTES CROSS-LINKERS X COLÁGENO

Os agentes cross-linkers têm a capacidade de melhorar as propriedades mecânicas e biológicas das fibrilas colágenas. A aplicação de substâncias como o glutaraldeído, proantocianidina e riboflavina (agentes cross-linkers) promove a biomodificação da dentina. A técnica costuma ser utilizada, principalmente, após a etapa do condicionamento ácido.

INIBIDORES X DEGRADAÇÃO

Após a remoção do mineral da dentina pelo ácido fosfórico, as fibrilas de colágeno ficam desprotegidas e, se forem mal encapsuladas pelo adesivo, tendem a se degradar pela ação de enzimas colagenolíticas (metaloproteinases e catepsinas) da própria dentina. A fim de reduzir a taxa e a velocidade de degradação dessas fibrilas colágenas, várias substâncias inibidoras de enzimas têm sido propostas para aplicação dentinária pós-condicionamento ácido, entre elas: clorexidina, galdarina, carbodiimida, metacrilatos de amônio quaternário, sulfóxido de dimetilo e cloreto de benzalcônio.

ÁCIDO FOSFÓRICO X ETANOL

A técnica consiste, basicamente, em lavar e remover o ácido fosfórico com etanol ao invés de água e, depois, usar um adesivo à base desse álcool. A troca da água por etanol reduz a taxa de degradação hidrolítica. O uso de adesivos à base de etanol é devido à compatibilidade do substrato dental, que fica saturado com esse álcool.

INFILTRAÇÃO DO ADESIVO

Dispositivos têm sido desenvolvidos para melhorar a infiltração dos monômeros adesivos e promover o completo envolvimento das fibrilas colágenas. Dois exemplos podem ser citados: o dispositivo de vibração sônica idealizado por brasileiros e um dispositivo italiano, o Electro Bond.

MONÔMEROS X ADESÃO

O uso de alguns monômeros “funcionais” promove a união química do adesivo aos minerais da dentina e até ao colágeno. Basicamente, o mecanismo de união aos tecidos dentais é a retenção por meio micromecânico. Adesivos mais modernos desenvolvem reação química com os minerais e até tentam aderir ao colágeno da dentina. Na adesão ao conteúdo mineral, monômeros como 10-MDP, 4-META e MAC-10 têm sido utilizados. Com relação ao colágeno, há relatos do emprego de metacrilamidas.

ÁCIDOS ALTERNATIVOS X TRADICIONAL ÁCIDO FOSFÓRICO

Por conta dos efeitos deletérios na dentina promovidos pelo ácido fosfórico, outros ácidos têm sido estudados para que novos condicionantes possam ser utilizados, proporcionando melhoria na longevidade da união, com aplicação do adesivo em dentina seca.

HEMA X DEGRADAÇÃO

É estudada a possibilidade de redução da quantidade ou remoção do HEMA da solução do adesivo. O HEMA absorve água, mesmo polimerizado. Dessa forma, esse monômero apresenta alta taxa de degradação. No entanto, é importante na formulação do adesivo, pois está relacionado à infiltração deste na dentina desmineralizada pelo ácido fosfórico. Sua remoção ou a redução de sua quantidade implica em novas formulações, cujo desenvolvimento tem sido realizado por indústrias e pesquisadores universitários. 📌

Quando suspender os anticoagulantes?

A utilização desses medicamentos por pacientes que serão submetidos a determinados procedimentos odontológicos requer atenção para o risco de hemorragias

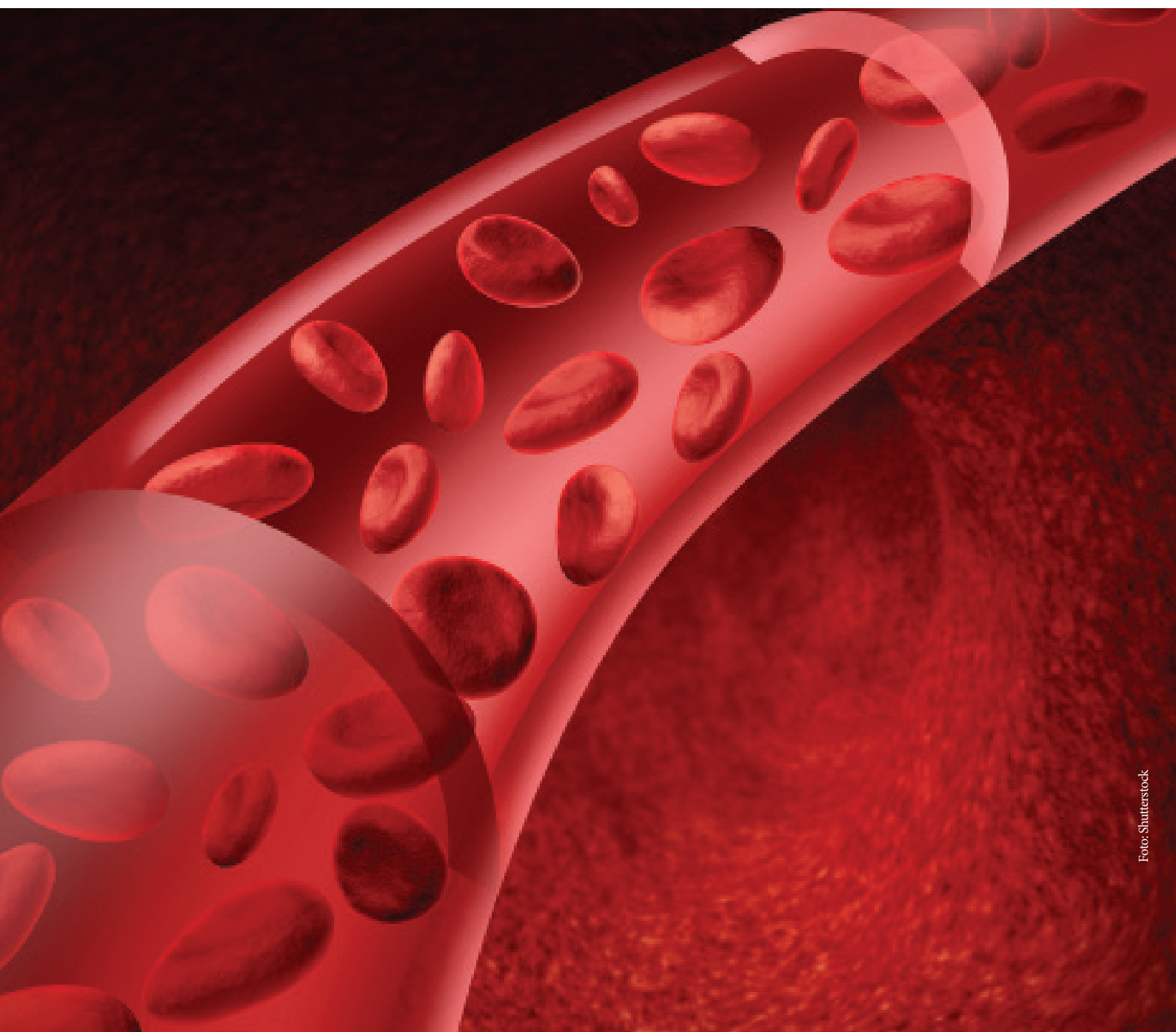


Foto: Shutterstock

A comunicação do cirurgião-dentista com o médico é muito importante em diversos tipos de tratamentos, mas absolutamente imprescindível quando se trata de usuários de anticoagulantes. É fundamental que conversem sobre o procedimento odontológico que será realizado, para que possam avaliar a necessidade e viabilidade da suspensão do medicamento.

Para avaliar tecnicamente se é indicado interromper o anticoagulante, é preciso levar em conta o tratamento que será feito, assim como o motivo pelo qual o paciente necessita de tal medicamento, o que pode se dar, por exemplo, como forma de prevenção de eventos tromboembólicos em portadores de fibrilação ou flutter atrial, doenças valvares, próteses valvares cardíacas, tratamento de tromboembolismo venoso (trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar) ou ainda prevenção da formação de trombos sem nenhuma história pregressa.

ATENÇÃO AOS ÍNDICES

A avaliação técnica sobre o curso de ação a respeito dos anticoagulantes deve ser amparada pelo INR (International Normalized Ratio), um exame que determina qual a tendência de coagulação do sangue, considerando o tempo de atividade de protrombina (fator de coagulação). A anamnese, portanto, deve incluir o INR, além do hemograma. Se o resultado estiver acima dos níveis aceitos, existe risco de sangramento excessivo no período pós-operatório. Nesses casos, o cirurgião-dentista deve entrar em contato com o médico do paciente para avaliar a alteração da dose da medicação, e um novo exame deve ser realizado antes do procedimento odontológico.

Os índices ideais de INR podem variar, considerando os diferentes protocolos de serviços ou autores. O local de atendimento – ambiente ambulatorial ou consultório – é muito relevante, assim como o grau de complexidade do procedimento a ser realizado. É importante sempre comunicar, por escrito, o tratamento ao médico do paciente. As recomendações do especialista médico também precisam ser documentadas.

Na Unidade de Odontologia do Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), os pacientes têm sido atendidos de acordo com protocolos que aceitam índices mais altos de INR em comparação àqueles praticados em consultórios particulares. O hospital trabalha com índices de até 3,5.

OS RISCOS

A maioria das pessoas tratadas com anticoagulantes precisa manter valores de INR entre 2 e 4. Esse estado reduz o risco de trombose sem causar uma anticoagulação perigosa, ou seja, o risco de o paciente desenvolver uma hemorragia. Já os valores acima de 5 indicam anticoagulação exagerada e risco de acidente vascular cerebral hemorrágico (AVC-H). Portanto, cada caso deve ser avaliado individualmente.

No consultório, o ideal é que o exame do TP/INR seja realizado nos pacientes em uso da varfarina, o mais próximo possível do procedimento. Existem anticoagulantes de ação direta que não utilizam o INR para controle. ▶

**O conteúdo desta página foi editado em relação ao publicado na versão impressa da Revista. A tabela de referência à validade dos exames de INR foi excluída por inadequação ao contexto em que foi apresentada.*

A AVALIAÇÃO TÉCNICA SOBRE O CURSO DE AÇÃO A RESPEITO DOS ANTICOAGULANTES DEVE SER AMPARADA PELO INR (INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO), UM EXAME QUE DETERMINA QUAL A TENDÊNCIA DE COAGULAÇÃO DO SANGUE, CONSIDERANDO O TEMPO DE ATIVIDADE DE PROTROMBINA (FATOR DE COAGULAÇÃO)



Foto: Shutterstock

TÉCNICA E CONTROLE SISTÊMICO

A escolha da técnica cirúrgica também tem sua influência. De acordo com a cirurgiã-dentista Marcela Alves do Santos Paul, do InCor do Hospital das Clínicas da FMUSP, deve-se evitar técnicas que deixem áreas cruentas ou que necessitem de reparação por segunda intenção. Caso seja inevitável, é preciso utilizar recursos como compressão de gaze com medicamentos hemostáticos, irrigar o alvéolo com antifibrinolítico (ácido tranexâmico), também administrado na forma de pó ou pasta, e outros produtos, como esponjas de colágeno, ou qualquer hemostático de aplicação tópica. Independente da técnica, no caso de exodontias, devem ser utilizadas as medidas hemostáticas locais. “Em nossa experiência, não há necessidade de suspensão do anticoagulante para procedimentos odontológicos ambulatoriais, mas é importante a expertise do cirurgião-dentista, que deve ter formação específica para atender esses pacientes com segurança”, complementa Marcela.

Algumas medidas locais associadas ao controle sistêmico – orientado pelo médico – também podem auxiliar no controle da hemostasia, como infiltração de anestésicos com vasoconstritores no local do procedimento, controlar a ansiedade do paciente por meio de condicionamento verbal ou emprego de ansiolíticos via oral. Também pode ser benéfico agendar um maior número de sessões durante o tratamento, utilizar hemostáticos locais do tipo esponjas, electrocautério ou laser cirúrgico e ainda suturas oclusivas.

De forma geral, as variações no índice INR considerado seguro em pacientes anticoagulados devem ser analisadas a cada caso, observando sempre o estado geral e metabólico da pessoa em questão, além da relação entre o risco e o benefício de tratamento.

Após o procedimento cirúrgico, o paciente deve ser instruído acerca dos cuidados pós-operatórios e acompanhado até a remoção da sutura. 🩹

Equipamento em dia

Profissionais devem checar se fornecedores têm registro autorizado na Anvisa e realizar manutenção preventiva para evitar o sucateamento dos materiais



Foto: Shutterstock

É da competência do cirurgião-dentista ou do proprietário de uma clínica estabelecer os critérios mínimos para o gerenciamento de seus instrumentos de trabalho, assim como manter os registros de todas as assistências técnicas preventivas e corretivas realizadas, conforme disposições da resolução da Anvisa 02/2010. A ausência dos procedimentos corretos implica em sanções previstas pela lei federal 6.437, de 1977 (editada pela medida provisória 2.190-34, de 2011). No caso de uma infração gravíssima (reincidência de erro), a pena chega a R\$ 1,5 milhão.

Para ter segurança de que sua atuação está em conformidade com todas as exigências regulatórias da Anvisa, o profissional da Odontologia deve prestar atenção redobrada ao maquinário de seu local de trabalho – desde a aquisição ►

até a manutenção dos produtos. Dessa forma, evitará autuação por uso de equipamentos sucateados, pirateados ou proibidos.

Para Joffre Moraes, gerente de estratégia regulatória da Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratório (ABIMO), é fundamental que os envolvidos no mercado de produtos odontológicos se conscientizem de que a saúde pública sempre precisa estar em primeiro lugar, sem que para isso sejam feitas compras desnecessárias. “Aquela frase que diz ‘é melhor isso (apetrechos sucateados) do que nada’ está enraizada na cultura brasileira. E esse pensamento é péssimo para a classe odontológica, para as marcas e para os pacientes”, diz Moraes. O engenheiro, que também é superintendente do Comitê Brasileiro Odonto-Médico Hospitalar da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), concentra esforços em campanhas de conscientização dos fabricantes. “Fomentamos discussões sobre pirataria e assistência técnica por meio de seminários, palestras em congressos e parcerias com órgãos de vigilância, como a Anvisa. O assunto é muito atual”, complementa Moraes.

O CAMINHO CERTO

A boa prática do cirurgião-dentista começa antes do ato da compra dos instrumentos de trabalho que serão utilizados no consultório. A Anvisa orienta que os equipamentos de Odontologia enquadrados na categoria “produtos para saúde” precisam de registro ou cadastro na agência, conforme resoluções 185/2001 e 40/2015.

Em alguns casos, também é necessária a Certificação Eletromédica, emitida pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro), conforme disposições das resoluções 27/2011, Instrução Normativa IN 4/2015 e IN 22/2017. São exemplos de duplas exigências: cadeira odontológica para paciente,

NO ATO DA COMPRA, O PROFISSIONAL OU A CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEVEM EXIGIR QUE A GARANTIA DO PRODUTO SEJA EXPRESSA NO CONTRATO, ASSIM COMO OS PRAZOS PARA ASSISTÊNCIA TÉCNICA PREVENTIVA, A RELAÇÃO DE PEÇAS, OS CONSUMÍVEIS, OS PRAZOS DE REVISÃO E O TEMPO DE VIDA ÚTIL DO EQUIPAMENTO ESTABELECIDO PELO FABRICANTE

aparelho de corte com rotações diferentes, seringa tríplex, equipamento de esterilização, unidade de sucção, raio-X, tomógrafo, instrumentos para laser, foco de iluminação e peças de mão odontológicas. Não precisam de registro ou cadastro: armário-mesa-auxiliar, mocho odontológico e compressor de ar.

No ato da compra, o profissional ou a clínica odontológica devem exigir que a garantia do produto seja expressa no contrato, assim como os prazos para assistência técnica preventiva, a relação de peças, os consumíveis, os prazos de revisão e o tempo de vida útil do equipamento estabelecido pelo fabricante.

Após o período de garantia, o fabricante tem a obrigação de continuar fornecendo peças e assistência técnica durante toda a vida útil do equipamento, conforme prevê o Código de Defesa do Consumidor. Se o cirurgião-dentista ou clínica optarem por contratar assistência técnica ou manutenção não autorizada pelo fabricante, eventuais falhas técnicas oriundas dessa escolha são de responsabilidade de quem tomou a decisão.



Fotos: Shutterstock



VENDA DE EQUIPAMENTOS

Quem vende e quem compra sem registro ou cadastro na Anvisa comete infração sanitária grave, conforme disposições da lei federal 6.360/76 e está sujeito a penalidades previstas na lei federal 6.437/77.

Em hipótese alguma, o cirurgião-dentista ou clínica devem comprar ou vender equipamentos usados sem que tenham sido reconicionados pelo fabricante, conforme prevê a resolução da Anvisa 25/2001. A Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual é responsável por fiscalizar os serviços de Odontologia. Durante as diligências, é verificado se os equipamentos possuem registros e cadastros, e, no caso do raio-X, também é verificado o laudo radiométrico. Quando irregularidades são detectadas, há interdição e descarte segundo orientações da Vigilância Sanitária responsável. 📌



Consulta

Verifique se seus equipamentos estão registrados na Anvisa.
<http://portal.anvisa.gov.br/consulta-produtos-registrados>

PARA TRABALHAR COM SEGURANÇA

As boas práticas para equipamentos, a fim de evitar sucateamento e autuação:

- Antes de comprar os instrumentos de trabalho, o cirurgião-dentista ou clínica precisam checar no portal da Anvisa se o fabricante tem os registros e cadastros necessários;
- No ato da compra, o profissional deve exigir que conste do contrato itens como a garantia do produto, os prazos para assistência técnica preventiva, a relação de peças, os consumíveis, os prazos de revisão e o tempo de vida útil do equipamento previsto pelo fabricante;
- Sempre exigir a nota fiscal;
- Após o período de garantia, é preciso certificar-se de que o fabricante vai continuar a fornecer peças e prover assistência técnica durante a vida útil do equipamento (conforme prevê o Código de Defesa do Consumidor);
- Se o cirurgião-dentista ou clínica optarem por contratar uma assistência técnica que não é vinculada ao fabricante, ter ciência de que incidentes adversos oriundos dessa escolha são de responsabilidade própria;
- Em hipótese alguma, o cirurgião-dentista ou clínica deve comprar ou vender equipamentos usados sem que tenham sido reconicionados pelo fabricante. O mercado paralelo estimula a pirataria e fomenta acidentes.

Os vilões do desgaste dental

Combate ao mal que mexe com a estrutura dentinária deve privilegiar o diagnóstico correto e incentivar o paciente a cultivar hábitos alimentares saudáveis, além de usar cremes dentais adequados

O desgaste dental e a hipersensibilidade dentinária afligem pacientes de todas as idades - crianças, adolescentes e adultos. O desgaste está associado a fatores como ingestão frequente de alimentos ácidos, doenças gastroesofágicas, hábitos equivocados de higiene oral, características da saliva, desajuste oclusal, hábitos parafuncionais, entre outros. A hipersensibilidade dentinária pode ocorrer quando há perda de esmalte ou retração gengival, com exposição da dentina subjacente.

A desmineralização do esmalte é provocada pela erosão dentária - o esmalte vai sendo perdido à medida que o processo se repete. Como consequência, a dentina é exposta e também pode ser perdida. Assim, em casos mais severos, pode ser necessária a realização de restaurações diretas e até mesmo indiretas.

DOR AGUDA

A exposição dentinária pode ter como consequência a ocorrência de sintomatologia dolorosa, conhecida como hipersensibilidade dentinária. Essa é uma dor aguda e de curta duração, que aparece normalmente durante práticas de atividades diárias, durante a ingestão de alimentos gelados ou escovação dos dentes, e tem mostrado impacto negativo na qualidade de vida das pessoas.

Há cerca de duas décadas, o mercado reagiu com o lançamento de produtos específicos para combater a erosão dental e a hipersensibilidade dentinária já instalados. Porém, uma pesquisa recente conduzida no laboratório da Universidade de Berna, na Suíça, apontou que os cremes dentais para tratar essas condições devem ser usados como complemento ao tratamento planejado e não oferecem solução definitiva para a perda da estrutura do esmalte.

A cirurgiã-dentista brasileira Samira Helena João-Souza, que participou do estudo como bolsista da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), comenta: “Para combater a erosão dental é preciso haver a associação de pelo menos três fatores: o tratamento acompanhado por um cirurgião-dentista, o uso de pastas dentais indicadas e a mudança no estilo de vida do paciente, principalmente nos hábitos alimentares”, diz a pesquisadora.

A pesquisa sobre as características de cremes dentais no desgaste erosivo

“PARA COMBATER A EROSÃO DENTAL É PRECISO HAVER A ASSOCIAÇÃO DE PELO MENOS TRÊS FATORES: O TRATAMENTO ACOMPANHADO POR UM CIRURGIÃO-DENTISTA, O USO DE PASTAS DENTAIS INDICADAS E A MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA DO PACIENTE, PRINCIPALMENTE NOS HÁBITOS ALIMENTARES”

utilizou um modelo de erosão e abrasão iniciais em esmalte humano proveniente de dentes extraídos e doados para esse fim. A estrutura do esmalte, uma vez perdida, não pode ser recuperada. A progressão pode gerar exposição dentinária, perda da dimensão vertical e prejuízo estético, que serão recuperados, muitas vezes, com a realização de um tratamento restaurador.

A alimentação industrializada é vilã e amiga ao mesmo tempo: devido aos conservantes, o pH dos produtos se mantém baixo e propicia a erosão dentária. Por outro lado, a maior concentração de cálcio em um suco de laranja o torna menos erosivo.

PRÓXIMOS PASSOS

A professora Ana Cecília Corrêa Aranha, que orientou a doutoranda Samira, ressalta que o estudo foi feito dentro de um laboratório e que, para que isso seja aplicado em clínica, é muito importante cumprir todas as etapas de uma pesquisa. “Nossa equipe caminha para o trabalho com pacientes. Em laboratório, nesse momento, estamos na fase *in situ*, ou seja, colocamos aparelhos removíveis nos pacientes e simulamos condição bucal na temperatura ideal, inclusive de saliva humana”, diz a doutora.

O cirurgião-dentista precisa sempre se informar e estudar sobre lesões cervicais não-cariosas, sobre desgaste dental e hipersensibilidade dentinária. “Isso é fundamental para o diagnóstico correto”, reforça Ana Cecília. Estabelecer uma comunicação franca entre o profissional e o paciente também é extremamente relevante para evitar que o supermercado e a farmácia sejam meramente paliativos para a dor, mascarando os reais sintomas da doença.

“Quando diagnosticamos a erosão dental, a doença já está instalada. O ideal seria diminuir essa progressão”, diz. Ana Cecília alerta que a utilização de produtos visando a prevenção da erosão seria interessante para pacientes com desajuste oclusal, que fazem apertamento dental, que mantêm dieta muito ácida ou que escovam os dentes com muita força. Pacientes que passaram por tratamento de ortodontia e atletas de alta performance também estão em grupos de risco.

A evolução das opções de cremes dentais para produtos que fazem parte de um tratamento preventivo é um importante caminho a ser trilhado, porque pode abrir espaço para que o cirurgião-dentista consiga trabalhar este tema nas fases iniciais de vida do paciente, como infância e adolescência. Já na idade adulta, ele teria menos lesões e traumas. 🦷



Foto: arquivo

O CIRURGIÃO-DENTISTA PRECISA SEMPRE SE INFORMAR E ESTUDAR SOBRE LESÕES CERVICAIS NÃO-CARIOSAS, SOBRE DESGASTE DENTAL E HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA



Foto: Darcio Tutak

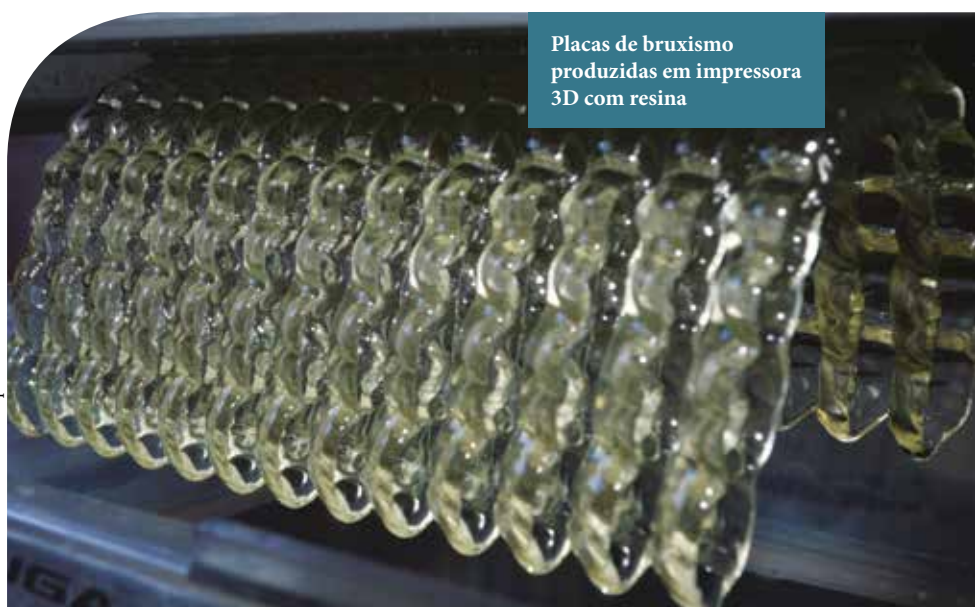
As técnicas digitais

Digitalização e processamento de imagens avançam e prometem benefícios para pacientes e profissionais

A tecnologia permeia nossas vidas de uma forma inédita na história da humanidade, e o avanço tecnológico faz-se sentir também nas ciências da saúde. Quando o assunto é Odontologia digital, o mercado brasileiro já oferece maquinário altamente tecnológico – impressoras 3D e fresadoras de última geração são alguns exemplos.

A impressora 3D é certamente um dos itens que mais chama a atenção de quem acompanha as novidades da área. Um scanner captura imagens da boca do paciente, envia as informações para uma impressora 3D e um molde ou macromodelo são produzidos digitalmente. Outra maneira de gerar a peça 3D é partir dos modelos de gesso. As moldagens podem ser digitaliza-

Foto: arquivo



Placas de bruxismo produzidas em impressora 3D com resina

das por scanners 3D, porém a precisão de resultados não é a mesma de quando a imagem é capturada diretamente do paciente.

No contexto laboratorial, uma impressora 3D produz de modo tridimensional o projeto elaborado em uma plataforma digital, o que permite obter melhor acabamento e precisão na fabricação de peças quando comparada aos métodos tradicionais. O grande desafio dessa tecnologia é encontrar um material biocompatível, ou seja, para a impressão de peças definitivas, que possam ser utilizadas diretamente no paciente.

As técnicas atuais permitem que um dente seja esculpido na fresadora em até quatro horas por meio do método computadorizado CAD/CAM – abreviatura inglesa para as expressões *Computer-Aided Design* (desenho assistido por computador) e *Computer-Aided Manufacturing* (manufatura assistida por computador). Essa tecnologia tem a vantagem de produzir peças definitivas. No entanto, há algum desperdício de material, devido à usinagem. Já no caso da impressora 3D, adere-se camadas de material de acordo com a necessidade de cada modelo, então não há sobras. A peça que sai da fresadora esculpida em resina ou cerâmica, em alguns casos, pode ir direto da máquina para a boca do paciente, muitas vezes necessitando de um acabamento final para ajuste estético.

O trabalho no ambiente digital, com uso de software dedicado, já é uma realidade e possibilita a manufatura de estruturas de alta precisão. Na maioria dos casos, no entanto, ainda há necessidade de ajustes finos na peça produzida pelas máquinas. “Para chegarmos ao resultado ideal, buscamos encontrar a combinação perfeita entre dois fatores: a forma e a função”, comenta o Eng. Luiz Fernando Buratto, técnico em prótese dentária.

Nos procedimentos de análises clínicas, os profissionais solicitam aos pacientes a realização de tomografia em uma clínica, posteriormente enviada via internet aos radiologistas, para a emissão de um laudo. Em alguns casos, o resultado vai para prototipagem, ou seja, a confecção de um macromodelo em tamanho real que poderá ser útil para o estudo de um tumor na boca, por exemplo.

Foto: Darcio Tutak



Peça produzida por método CAD/CAM

“Fazemos entre 90 e 100 exames de tomografia por dia nas clínicas, e podemos afirmar que os processos estão ficando cada vez mais corriqueiros e acessíveis financeiramente”, comenta Alexandre Naufal, cirurgião-dentista e radiologista.

VANTAGENS ESPERADAS

As novas tecnologias digitais poderão ser aplicadas às próteses, coroas, pontes, modelos rígidos e dispositivos ortodônticos, oferecendo uma solução potencialmente mais personalizada ao paciente, além de ser menos invasiva. O tempo de intervenção é reduzido, visto que parte do procedimento é realizada de maneira virtual, e as chances de êxito pós tratamento devem ser maiores, oferecendo mais segurança ao paciente e ao profissional. 🗨️

ENTENDENDO OS CONCEITOS

Digitalização: é a transformação de algo analógico, físico, para linguagem digital – pode ser realizada por meio de um scanner intraoral, de bancada ou uma tomografia computadorizada.

O scanner intraoral pode produzir uma réplica digital dos dentes, enquanto o scanner de bancada precisa de um modelo em gesso para enviar as informações para

o meio digital. As imagens obtidas pela tomografia servem para planejar o tratamento, e podem ser encaminhadas para prototipagem e confecção de macromodelos.

Fresadora: máquina que esculpe a peça (com algum desperdício de material) e necessita de intervenção

humana para definir a oclusal do dente e o polimento ou glase (brilho com queima em forno).

Impressora 3D: máquina que trabalha com processo de adição por camadas (sem desperdício) para confecção de macromodelos. No futuro, espera-se que seja capaz de fabricar próteses e implantes para utilização na boca do paciente.

Células-tronco mais perto da rotina clínica

Saiba como funcionam os Centros que lidam com material odontológico e conheça a nova resolução da Anvisa sobre o tema

A contribuição das células-tronco para a regeneração de tecidos do corpo e seu uso em terapias contra diversas patologias é um tema que tem atraído cada vez mais a atenção de profissionais da saúde, pesquisadores e órgãos governamentais. A terapia celular é a troca de células doentes por células novas e saudáveis, e esse é um dos possíveis usos para as células-tronco no combate a doenças. Em teoria, qualquer doença com degeneração de tecidos pode se beneficiar dessa tecnologia.

De acordo com a regulamentação da área, os Centros de Processamento Celular (CPCs) são responsáveis pela manipulação de células, tecidos e órgãos vivos, atividade que envolve coleta e processamento do material biológico objetivando a aplicação em seres humanos. De acordo com a resolução do CFO 157/2015, todo CPC que trabalha com material odontológico, ou seja, células-tronco de dentes de leite e de permanentes, ou que realiza o processamento para uso do material biológico na Odontologia, precisa ter um cirurgião-dentista responsável. Na maioria dos casos, o material é coletado por profissional que passou por curso de capacitação.

A retirada do material biológico para obtenção das células-tronco deve ser feita em conformidade com um protocolo específico, aprovado pela vigilância sanitária que fiscaliza o CPC. A extração do dente ocorre após a realização de exames de sangue e a presença de cárie, gengivite ou biofilme sem controle podem inviabilizar a coleta. O tecido removido deve ser colocado imediatamente em um frasco contendo um líquido rico em aminoácidos, preparado e fornecido pelo CPC, para que as células não morram.

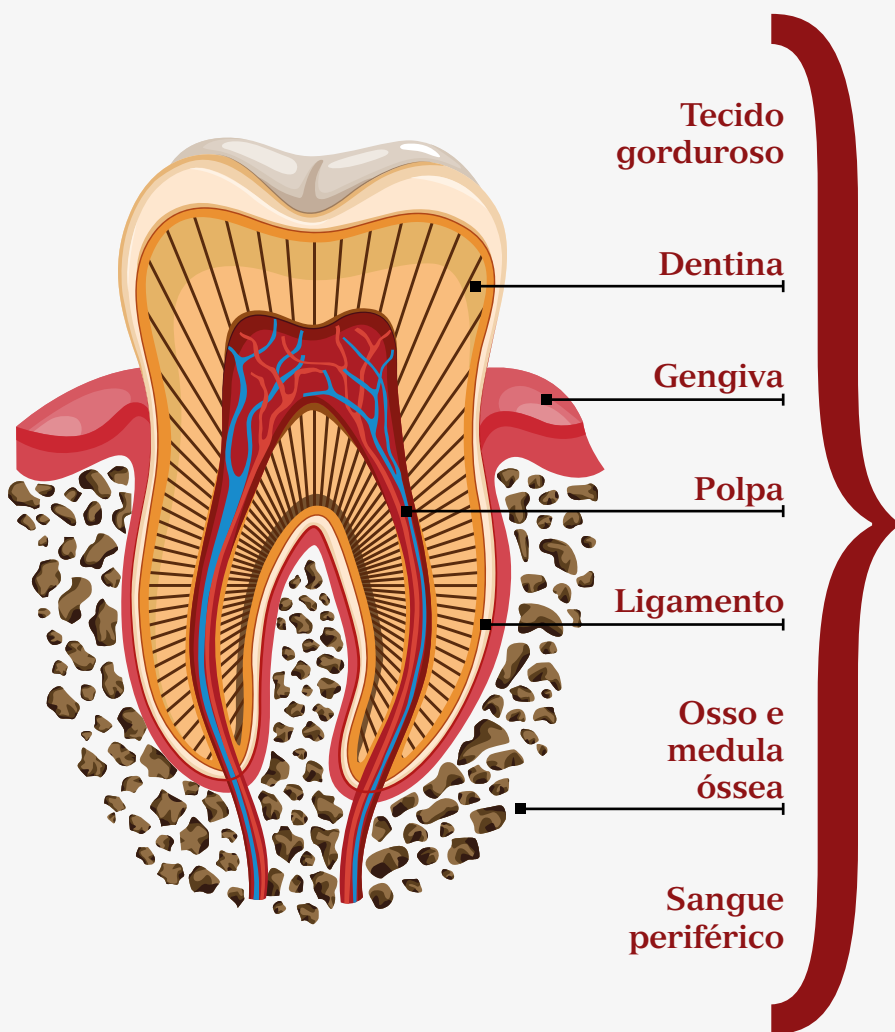
CONTROLE DO PROCESSO

O transporte do material biológico captado fora do CPC é altamente controlado e deve ser feito de acordo com todas as exigências da Anvisa. O processamento da célula-tronco, já no CPC, varia de acordo com a qualidade e quantidade do material, além de quanto tempo levará até que elas sejam entregues no destino final.

É preciso observar se as células-tronco coletadas necessitarão de processamento mínimo ou extenso, se serão multiplicadas e ainda onde e quando serão “devolvidas” para o paciente. Os CPCs têm domínio de todo o processo e devem seguir as diretrizes da Anvisa (acompanhe no gráfico ilustrativo).

A RETIRADA DO MATERIAL BIOLÓGICO PARA OBTENÇÃO DAS CÉLULAS-TRONCO DEVE SER FEITA EM CONFORMIDADE COM UM PROTOCOLO ESPECÍFICO, APROVADO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA QUE FISCALIZA O CPC

USO DE SANGUE, CÉLULAS, TECIDOS E ÓRGÃOS



LOCAL DE MANIPULAÇÃO DO MATERIAL BIOLÓGICO

Consultório ou centro cirúrgico

Enxertos "in natura" e/ou manipulação mínima em sistema fechado

Paciente

Centro de processamento celular

Manipulação mínima em sistema aberto

Paciente

Centro de processamento celular

Manipulação extensa e/ou mudança da função da célula no local do destino em relação ao sítio doador

Projeto aprovado pela Comissão Nacional de Ética em pesquisa e/ou registro do produto na Anvisa

Paciente

Manipulação mínima: cortar, separar, centrifugar, concentrar, purificar, filtrar, liofilizar, irradiar, congelar, criopreservar.

Manipulação extensa: alterar as características biológicas das células, o que inclui multiplicação (cultivo), diferenciação e ativação de células.

NORMATIVA DA ANVISA

No primeiro semestre de 2018, a Anvisa emitiu a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 214, publicada no Diário Oficial da União em 22 de fevereiro. O documento contempla as diretrizes sobre o assunto, inclusive com a criação de nova terminologia para os locais de processamento das células, tecidos e órgãos, os Centros de Processamento Celular (CPCs).

A RDC 214/2018 discorre sobre tratamentos com células-tronco e estabelece as boas práticas em células humanas para uso terapêutico e ►



Foto: Shutterstock

pesquisa clínica que necessitam de registro para validação e reconhecimento.

O primeiro passo para o entendimento da RDC 214 é prestar atenção aos casos em que ela não se aplica, como é o caso da coleta de células de um indivíduo para transplante, infusão ou implante do material na mesma pessoa – o chamado uso autólogo – durante o mesmo ato cirúrgico ou procedimento terapêutico, com manipulação mínima e com o objetivo de desempenhar a mesma função de origem; aqueles relacionados ao sangue e hemocomponentes, para fins transfusionais e não transfusionais regulamentados por meio de legislação específica; e também os relacionados às células para fins de pesquisa básica.

São exceções os procedimentos já consagrados na Odontologia, como os enxertos/transplantes autólogos de tecidos e células, mesmo que o material contenha células-tronco, quando aplicados “a fresco”, ou com processamento mínimo. “Temos parâmetros sólidos para saber qual é nosso escopo de atuação”, celebra Moira Pedrosa Leão, cirurgiã-dentista e assessora técnica do CFO na área de sangue, células, tecidos e órgãos.

ATENÇÃO À MANIPULAÇÃO DAS CÉLULAS

Os profissionais devem ter em mente a importância do nível de manipulação das células. Se houver qualquer alteração genética ou multiplicação celular, torna-se obrigatória a chancela de um Projeto de Pesquisa aprovado e/ou o registro do “produto” na Anvisa, assim como se houver alteração na função esperada pela célula em relação ao local de origem, antes da aplicação clínica nos pacientes.

Para exemplificar a questão, pela nova resolução, quando um aspirado de medula óssea do osso ilíaco (do quadril) é usado para um procedimento de enxerto odontológico, não há alteração da fisiologia da célula – ela continua sendo célula de medula óssea, só que em outro lugar do corpo. Porém, se o aspirado de medula for usado para resolver um problema muscular, essa aplicação clínica precisa passar por aprovação ética e/ou de registro na Anvisa. “Nesse caso, é preciso validar o tratamento proposto”, diz Moira.

O uso de células-tronco é visto com bons olhos pela classe médica em geral, mas os custos de pesquisa e aplicação ainda são considerados muito altos. Cada proposta de tratamento tem um custo de registro em torno de R\$ 2 milhões, quantia necessária para a realização de toda a bateria de testes de uma pesquisa clínica. O Ministério da Saúde mantém oito CPCs no Brasil e, com recursos cada vez mais escassos para a pesquisa clínica, não consegue atender à enorme demanda reprimida. 🩹



Acesse a Resolução da Anvisa 214/2018.



Mais facilidade na locomoção

Doenças relacionadas à prática odontológica podem dar direito à isenção de impostos como IPI, IOF, ICMS e IPVA

As atividades laborais realizadas pelos cirurgiões-dentistas podem levar a problemas físicos de saúde, principalmente quando movimentos repetidos, má postura e estresse não são devidamente combatidos. Problemas de coluna, nos membros superiores, nas articulações e no túnel do carpo são algumas das condições debilitantes que dão direito à isenção de impostos relacionados à compra e ao uso de veículos motorizados, mesmo aos que não dirigem.

As pessoas com deficiência que conduzem veículo têm direito à isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) na compra de automóvel zero quilômetro. Além disso, há a isenção do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), do rodízio na cidade de São Paulo e o direito de utilizar as vagas especiais.

Já os deficientes físicos impossibilitados de dirigir têm direito à isenção de IPI e ICMS na compra de veículos novos, isenção de IPVA e isenção de rodízio da cidade de São Paulo, além de permissão para utilizar as vagas especiais. Somente a isenção de IOF não é dada para os não condutores (cuja limitação os impede de dirigir), que podem nomear uma pessoa para dirigir seu veículo. Em ambos os casos, as isenções de IPI e ICMS equivalem a um desconto de até 30% do valor de mercado do veículo, sendo que a isenção de IPVA é total.

“É importante ressaltar que são passíveis das isenções apenas os casos de pessoas que possuem limitações a ponto de necessitar de equipamentos ou adaptações no carro para dirigir com segurança (no caso de condutores) ou a ponto de não conseguir dirigir um veículo (no caso de não condutores)”, esclarece a advogada Lígia M. Furquim de Souza, especializada em direitos da pessoa com deficiência.

As isenções são concedidas no caso de compra de veículo nacional até R\$ 70 mil. Automóveis acima desse valor podem ser liberados somente de IPI se forem zero quilômetro. Já os usados têm direito à isenção apenas do IPVA.

O benefício é concedido para o resto da vida, a cada dois anos.

“O intuito da lei de isenção de impostos é reduzir custos, facilitando a instalação dos equipamentos necessários, que acabam encarecendo o valor do



Foto: Dns Ump/Flickr Creative Commons

veículo (no caso de condutores). A lei também busca permitir que o não condutor consiga comprar um veículo – o qual será dirigido por pessoa indicada – para poder se locomover com conforto, a despeito da deficiência, uma vez que o carro proporciona essa possibilidade”, comenta a advogada.

O primeiro passo para requerer o benefício é ir ao Departamento Estadual de Trânsito (Detran) e solicitar à perícia médica um laudo atestando a condição de saúde. Depois, o beneficiado deverá procurar a Receita Federal para solicitar a isenção do IPI. Já a isenção do ICMS e do IPVA deve ser solicitada na Secretaria Estadual de Tributação. Há também a opção de contratar um profissional especializado na área de isenções para realizar os trâmites. O processo dura, em média, 60 dias. 🗑️

Atenção ao paciente de alta complexidade

Estrutura odontológica do Hospital das Clínicas destaca-se pelo pioneirismo – ensino e pesquisa de ponta levaram ao desenvolvimento de tratamentos inéditos no Brasil

Com o intuito de dar assistência a pacientes cujas condições exigem tratamento especializado, a estrutura odontológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) está organizada em três eixos principais: odontologia para pacientes com necessidades especiais, cirurgia bucomaxilofacial e dor orofacial. A equipe do HCFMUSP trata pessoas com doenças sistêmicas, entende suas necessidades e as prepara para procedimentos complexos, como a extração dentária de um paciente hemofílico. A Odontologia é exercida, ensinada e pesquisada em diferentes Unidades Assistenciais que compõem o sistema: Instituto Central (ICHC), Instituto do Coração (InCor), Instituto de Psiquiatria (IPq), Instituto da Criança (ICr), Instituto do Câncer (ICESP), Instituto de Radiologia (InRad), Instituto de Medicina Física e Reabilitação (IMREA) e hospitais auxiliares do Cotoxó e de Suzano.

Os serviços odontológicos do HC foram criados progressivamente ao longo dos anos, de acordo com as necessidades de cada instituto. Com o tempo, a Diretoria Clínica do hospital organizou um colegiado de Odontologia para definir as dire-

trizes de assistência, ensino e pesquisa em Odontologia de acordo com os parâmetros da instituição. Assim foi criado o Comitê Assistencial Técnico Científico de Odontologia Hospitalar (CAOH) com um representante de cada setor, presidido por um dos membros eleito pelo grupo.

O HCFMUSP também realiza muitas pesquisas e publicações de referência na área, desenvolvendo tratamentos inéditos no Brasil e criando programas pioneiros de residência odontológica. Graças a esse trabalho, foram implantados protocolos de atendimento e modelos de ensino que são usados até pelo Ministério da Saúde. Desde 1986, são oferecidos cursos de aprimoramento em Odontologia Hospitalar, e, desde 2009, cursos de residência com bolsa dos governos estadual e federal.

Conheça um pouco do trabalho das unidades assistenciais do complexo.

INSTITUTO CENTRAL (ICHC)

A Divisão de Odontologia do Instituto Central (ICHC) é composta por diferentes equipes: Dor Orofacial, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial.

A equipe de Dor Orofacial realiza uma média de 220 atendimentos por mês nos ambulatórios. Também



Instituto Central

Foto: Marcos Santos/USP Imagens

participa de ambulatórios interdisciplinares de neurologia, fisioterapia, distúrbios do sono e cuidados paliativos, e desenvolve projetos de pesquisa em dor orofacial, dor temporomandibular, bruxismo, interações sensitivas trigeminais, distúrbios orofaciais do sono, saúde bucal e dor, entre outros campos.

O serviço de Pacientes com Necessidades Especiais foi o primeiro de todo o complexo hospitalar, com mais de 70 anos. Realiza em média 1.300 atendimentos ambulatoriais por mês e 500 em UTI, entre outros procedimentos voltados a pacientes que apresentam comprometimento sistêmicos grave, de alta complexidade.

O serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial foi um dos primeiros do gênero no Brasil – a equipe conta com cirurgiões-dentistas nas áreas de traumatologia bucomaxilofacial, reconstruções do complexo maxilomandibular, cirurgia da articulação temporomandibular, cirurgia ortognática, estomatologia, cirurgia dentoalveolar e implantodontia.

INSTITUTO DA CRIANÇA (ICr)

O corpo clínico do Instituto da Criança é composto por cirurgiões-dentistas com especialização em Odontopediatria, que atendem o paciente desde o nascimento até os 18 anos de idade. A unidade odontológica do ICr presta serviços em especialidades como oncologia, hematologia, nefrologia, hepatologia e infectologia. Sua equipe participa de ambulatórios interdisciplinares, como fonoaudiologia, atendendo uma média de 380 pessoas por mês.

INSTITUTO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA (INRAD)

O Instituto realiza exames de radiologia geral, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, radiologia vascular digital além de intervencionista, litotripsia e todos os procedimentos de medicina nuclear.

A atuação do cirurgião-dentista junto à Equipe de Cabeça e Pescoço tem como foco auxiliar no diagnóstico de lesões bucais em pacientes portadores de diversas comorbidades sistêmicas em diferentes níveis de complexidade. Seu público é formado por pacientes de ambulatório e internados, matriculados nas clínicas médicas do hospital e que necessitam de avaliação da condição bucal e sua repercussão sistêmica. São realizados os seguintes exames odontológicos: panorâmica da face, telerradiografia de face e tomografia de face “dental scan”.



Foto: José Luis da Conceição/divulgação

Instituto da Criança (ICr)

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO (ICESP)

A unidade de Odontologia do ICESP tem como principal finalidade prestar assistência odontológica antes, durante e após a conclusão do tratamento oncológico, buscando sobretudo o controle dos focos de infecções bucais para prevenir toxicidades odontológicas agudas e crônicas do tratamento do câncer. Esse trabalho inclui o tratamento dessas enfermidades e a reabilitação funcional e estética dos pacientes submetidos a ressecções cirúrgicas de tumores da região de cabeça e pescoço.

INSTITUTO DO CORAÇÃO (InCor)

Referência nacional desde sua criação em 1977, a Unidade de Odontologia do InCor (UNODON) está alinhada à missão do Instituto do Coração, especializado em cardiologia, pneumologia e cirurgia cardíaca e torácica. É pioneira no serviço de Odontologia especializada em pacientes com doenças cardiovascu-



Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP)

Foto: divulgação



Instituto do Coração (InCor)

Foto: divulgação InCor

lares – sua principal atribuição é o preparo para cirurgia cardíaca, eliminando infecções de origem odontológica na fase anterior à cirurgia, a fim de evitar quadros infecciosos que possam comprometer a correção cirúrgica realizada.

A UNODON realiza cerca de 10 mil procedimentos em mais de 3.000 pacientes anualmente, visando à saúde geral com enfoque na saúde bucal.

INSTITUTO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO (IMREA)

O IMREA tem a missão de servir às pessoas com deficiência física, transitória ou definitiva que necessitam receber atendimento de reabilitação, desenvolvendo o seu potencial físico, psicológico, social,

profissional e educacional. Essas pessoas podem apresentar dificuldades para a higiene bucal e para o acesso ao atendimento odontológico. Nesse contexto, o cirurgião-dentista no centro de reabilitação visa a avaliação, o tratamento odontológico e a orientação aos pacientes e cuidadores para manutenção de adequada saúde bucal. Como integrante da equipe multidisciplinar, pode sugerir e programar adaptações junto a outros integrantes da equipe.

INSTITUTO DE PSQUIATRIA (IPQ)

O tratamento odontológico do IPq é voltado à remoção de focos infecciosos bucais, principalmente por meio de exodontias, em função das condições precárias de cuidados com a boca dos pacientes psiquiátricos. O instituto diagnostica, trata e reabilita afecções de tecidos moles e duros da cavidade bucal nos pacientes neuropsiquiátricos, algias do segmento craniofacial, avalia agravos bucais que possam impedir a realização da eletroconvulsoterapia, previne e trata as afecções bucais que possam repercutir na saúde mental dessas pessoas. Também aborda os pacientes com transtornos mentais que necessitem de tratamento odontológico sob sedação ou anestesia geral.



Foto: Marcos Santos/USP Imagens

Instituto de Psiquiatria (IPq)

HOSPITAL AUXILIAR DE COTOXÓ

É o hospital de retaguarda do HCFMUSP e presta assistência médico-hospitalar especializada em cuidados intermediários a pacientes transferidos do Instituto do Coração e do Instituto Central.

O tratamento odontológico é realizado à beira de leito. Os leitos são exclusivos para pessoas atendidas e encaminhadas pelo Núcleo de Cuidados Paliativos do HCFMUSP. Uma equipe multidisciplinar está preparada para oferecer atendimento especializado, individualizado, diferenciado e humanizado aos usuários.

HOSPITAL AUXILIAR DE SUZANO

É outro hospital de retaguarda do HCFMUSP – seu objetivo é prestar assistência a pacientes de longa permanência hospitalar e/ou reabilitação, adultos e pediátricos, de todos os institutos do HCFMUSP. A assistência odontológica é realizada no consultório odontológico ou à beira de leito em equipe interdisciplinar.

Os cuidados bucais, além de serem imperativos para o sucesso do tratamento sistêmico, são importantes para a melhoria da qualidade de vida do paciente e a redução das infecções hospitalares. 🍷



Foto: divulgação InCor

Atendimento no hospital auxiliar de Suzano



Câmaras Técnicas e Comissões

Câmaras Técnicas

- Acupuntura • Analgesia Relativa ou Sedação Consciente
- Antroposofia • Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais
 - Dentística • Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial • Endodontia • Estomatologia • Fitoterapia
 - Hipnose • Homeopatia • Implantodontia • Laserterapia
- Odontogeriatrics • Odontologia do Esporte • Odontologia do Trabalho • Odontologia Hospitalar • Odontologia Legal
 - Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais • Odontopediatria • Ortodontia • Ortopedia Funcional dos Maxilares • Ozonioterapia • Patologia Oral e Maxilofacial
 - Periodontia • Prótese Bucomaxilofacial • Prótese Dentária
 - Radiologia Odontológica e Imaginologia • Saúde Coletiva
 - Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal
 - Técnicos em Prótese Dentária • Terapia Floral

Comissões

- Convênios e Saúde Suplementar • Exames Laboratoriais
- Halitologia • Jovens Cirurgiões-Dentistas • Mídias Sociais e Digitais na Odontologia • Mulheres • Odontologia Empresarial
 - Políticas Públicas • Terceira Idade • Terceiro Setor

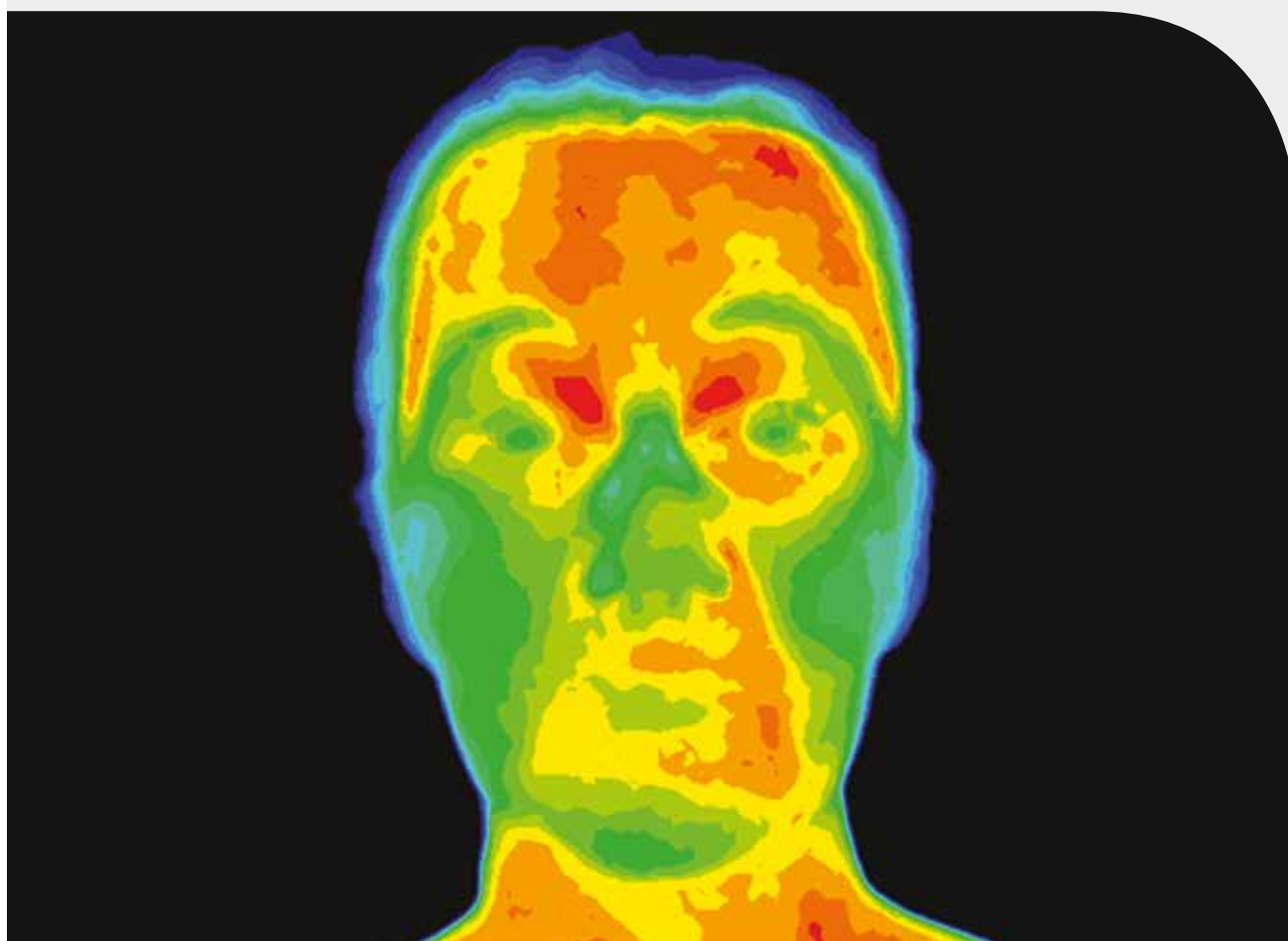
Para informações sobre as especialidades, habilitações e profissões auxiliares, acesse o menu Câmaras Técnicas e Comissões no site do CROSP (www.crosp.org.br).

Método infravermelho é opção para diagnóstico na Odontologia

Indolor e segura, tecnologia vem ganhando espaço no meio odontológico e permite a detecção de doenças como disfunção temporomandibular

O método infravermelho ainda gera muitas dúvidas entre os cirurgiões-dentistas. Será que está relacionado com a laserterapia de baixa potência ou aparelho de ultrassom com infravermelho? Uma rápida consulta ao dicionário mostra que o termo “método” deriva do grego *methodos* (“caminho” ou “via”) e que se refere ao meio utilizado para chegar a um determinado fim. Ora, se estamos falando sobre um método de diagnóstico – e não terapêutico –, qual seria essa tecnologia? Estamos nos referindo ao exame que vem despontando no meio odontológico e poderá auxiliar o cirurgião-dentista na sua clínica diária: a termografia infravermelha.

Utilizamos comumente, na Odontologia, radiografias periapicais e panorâmicas para complementar a avaliação clínica do paciente. Quando há necessidade, e com a indicação correta, também fazemos uso da tomografia computadorizada por feixe cônico. Entretanto, quando nos deparamos com situações que envolvem dor orofacial crônica, não é incomum que os



resultados sejam compatíveis com a normalidade, ou seja, não explicam, na totalidade, a dor de nossos pacientes.

Poucos exames de imagem têm a capacidade de avaliar multissistemas como a termografia, um exame funcional sem emissão de radiação ionizante. A termografia auxilia no diagnóstico e monitoramento da dor crônica, identifica processos inflamatórios e metabólicos em fases iniciais ainda sem sintomatologia dolorosa, bem como alterações na atividade vasomotora do sistema nervoso neurovegetativo simpático e da microcirculação cutânea da face, características de diversas doenças.

É possível definir a termografia infravermelha como um método auxiliar de diagnóstico indolor, inócuo, seguro e de rápida execução, passível de registrar a função vasomotora da pele em alta resolução. O exame nos fornece a mensuração precisa da temperatura corpórea e da região de interesse, sem contato, em até 0,03 °C. Os sensores dos equipamentos infravermelhos captam a radiação infravermelha emitida pela superfície cutânea do corpo humano e a transformam em imagens denominadas de termogramas. Softwares específicos são utilizados para a análise dessas imagens, os quais podem fazer a avaliação de modo qualitativo ou quantitativo (em Graus Celsius).

A interpretação do exame parte do princípio de que indivíduos saudáveis normais apresentam simetria térmica facial, ou seja, a distribuição térmica da hemiface direita é semelhante à da esquerda. Em geral, são considerados anormalidades os padrões assimétricos faciais iguais ou maiores que 0,3 °C, que ocorrem quando há uma disfunção vasomotora simpática, presença de lesão traumática inflamatória ou disfunção vascular e metabólica local.

Na última década, houve um aumento significativo do número de publicações científicas da área da saúde que tratam da termografia, com estudos que comprovam sua eficácia. A utilização desta ferramenta diagnóstica já é uma realidade no meio médico e vem se difundindo progressivamente na Odontologia.

A termografia permite o monitoramento e prognóstico de tratamentos, bem como a detecção de doenças como disfunção temporomandibular, presença de pontos-gatilho miofasciais, sinusopatias agudas, odontalgias atípicas e odontalgias inflamatórias. Também possibilita a detecção da obstrução de ductos de glândulas salivares maiores e ductos lacrimais, paralisia facial, avaliação indireta da obstrução da carótida interna e dos ramos, parestesias transitórias (ex.: lesão do nervo alveolar inferior), neuralgias trigeminais, radiculopatias, estudo de envelhecimento humano, antropologia forense, acupuntura, reconhecimento facial, dentre outros usos.

Não há dúvidas de que é um método acessível que, em um futuro próximo, vai ser consolidado como mais uma opção para nosso arsenal produtivo odontológico. 🦷

A TERMOGRAFIA AUXILIA NO DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO DA DOR CRÔNICA, IDENTIFICA PROCESSOS INFLAMATÓRIOS E METABÓLICOS EM FASES INICIAIS AINDA SEM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA, BEM COMO ALTERAÇÕES NA ATIVIDADE VASOMOTORA DO SISTEMA NERVOSO NEUROVEGETATIVO SIMPÁTICO E DA MICROCIRCULAÇÃO CUTÂNEA DA FACE, CARACTERÍSTICAS DE DIVERSAS DOENÇAS



Foto: Shutterstock

Manifestações bucais da sífilis

Intervenção do profissional da Odontologia pode ser fundamental para o diagnóstico precoce e tratamento da infecção, que é altamente contagiosa e vem crescendo no Brasil

As autoridades sanitárias brasileiras reportam que, desde 2014, houve aumento na incidência de sífilis, uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). Com o crescimento no número de casos, mais pessoas chegam aos consultórios odontológicos com a doença – muitas vezes as manifestações bucais são o primeiro e único sintoma de uma sífilis não diagnosticada e não tratada. A atuação do cirurgião-dentista, portanto, é de vital importância para o reconhecimento e diagnóstico precoce da in-

fecção. Sua intervenção possibilita o tratamento adequado do doente e de seu parceiro, interrompendo o ciclo de infectividade. A situação preocupa especialmente pelos riscos que pode trazer na gestação: a sífilis congênita.

Exclusiva do ser humano e altamente contagiosa, a doença apresenta inúmeras manifestações clínicas e sérias complicações, sendo considerada um grave problema de saúde pública. No grupo materno-infantil, a sífilis pode provocar abortos espontâneos, natimortos e mortes antes do primeiro ano de vida. Cerca de 3% das gestantes brasileiras apresentam a doença, e a transmissão vertical ocorre em 50% a 80% dos casos, com óbito perinatal em 40% dessas gestações.

Devido ao aumento da epidemia de sífilis no Brasil e no mundo nos últimos anos, os cirurgiões-dentistas vêm se deparando com pacientes com manifestações orais da infecção. As lesões orais são altamente contagiosas, o que evidencia a necessidade do diagnóstico.

DEVIDO AO AUMENTO DA EPIDEMIA DE SÍFILIS NO BRASIL E NO MUNDO NOS ÚLTIMOS ANOS, OS CIRURGIÕES-DENTISTAS VÊM SE DEPARANDO COM PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES ORAIS DA INFECÇÃO. AS LESÕES ORAIS SÃO ALTAMENTE CONTAGIOSAS, O QUE EVIDENCIA A NECESSIDADE DO DIAGNÓSTICO

SINAIS PODEM ESTAR NA BOCA

As manifestações mais encontradas em mucosa oral correspondem à sífilis secundária. Cerca de 30% dos pacientes com sífilis secundária apresentam múltiplas áreas de mucosa sensível e esbranquiçada, conhecidas como placas mucosas. Estas lesões têm distribuição irregular, podem acometer qualquer superfície mucosa e são encontradas com maior frequência na língua, nos lábios, na mucosa jugal e no palato. Algumas lesões podem lembrar papilomas virais e, neste caso, são conhecidas como *condiloma lata*.

A lesão primária ulcerada da sífilis também pode ocorrer na boca – quando presente, ela afeta tipicamente a língua, palato, gengiva ou lábios e apresenta também uma resolução espontânea. A sífilis terciária pode apresentar-se em forma de crateras, conhecidas como goma sífilítica, afetando geralmente o palato duro ou a língua.

O reconhecimento das lesões orais é importante, pois frequen-



Presença de lesões ulceradas rasas e placas branco acinzentadas em gengiva e lábio

Foto: divulgação

ESTOMATOLOGIA

contato: estomatologia@cosp.org.br

temente trata-se de uma doença “silenciosa”, ao menos nas primeiras fases. Ao suspeitar-se de um caso de sífilis com manifestação oral, o teste rápido é o exame mais indicado para iniciar o processo diagnóstico, mas o exame anatomopatológico também pode ser realizado.

A sífilis secundária é a apresentação de grande importância aos cirurgiões-dentistas, pois é a forma mais observada na mucosa oral, sendo frequentemente o primeiro sintoma da doença. Todas as lesões secundárias são também altamente contagiosas. Diagnosticar precocemente a sífilis representa impedir sua propagação pela população.

O diagnóstico da sífilis sempre é realizado em duas etapas: triagem e confirmação, depende da associação entre a história do indivíduo, os dados clínicos e a detecção de antígenos ou anticorpos por meio de testes laboratoriais. Por isso, é importante conhecer a evolução da doença, as diferentes fases da infecção e o que cada teste disponível é capaz de detectar, a fim de utilizá-los adequadamente.

LATÊNCIA E DESENVOLVIMENTO

A história natural da doença inclui períodos de atividade – sífilis primária, secundária e terciária – e períodos de latência (sífilis latente). A sífilis divide-se ainda em recente, nos casos em que o diagnóstico é feito em até um ano depois da infecção, e tardia, quando o diagnóstico é realizado após um ano.

A lesão específica da sífilis primária é o cancro duro, que surge no local da inoculação do *Treponema pallidum*, em média três semanas após a infecção. Em geral, é uma úlcera única, com bordas elevadas, muitas vezes assintomáticas e não referidas pelos pacientes. Regreda espontaneamente entre quatro a cinco semanas sem deixar cicatriz. Localiza-se na região genital em 95% dos casos. As localizações extragenitais mais comuns são as regiões anal, mamária e boca.

Se não tratada, a sífilis entrará em período latente, sem qualquer manifestação clínica, mas todos os testes que detectam anticorpos permanecem reagentes. Outra consequência da ausência de tratamento ou de intervenção inadequada, é a sífilis terciária, que pode levar dez ou mais anos para se manifestar. É caracterizada por formação de gomas sífilíticas, tumorações amolecidas na pele e nas membranas mucosas, podendo acometer qualquer parte do corpo, inclusive os ossos. As manifestações mais graves incluem a sífilis cardiovascular e a neurosífilis. 📌



Presença de lesões circulares superficialmente ulceradas em lábio inferior

Foto: divulgação

Sinal verde para o aviso de mau hálito

Conhecimento da condição pode prevenir problemas mais graves, uma vez que o hálito é um importante indicador da saúde bucal e pode até sinalizar problemas em outras áreas do organismo

Sabe-se que a sociedade trata o mau hálito como um tabu, o que faz com que as pessoas tentem evitar o assunto a qualquer custo, ou tratá-lo sem seriedade. É dever do profissional da Odontologia, no entanto, trabalhar para reverter esse quadro, por meio, principalmente, da comunicação que leva à conscientização. A desmistificação do mau hálito, portanto, passa pela atuação do cirurgião-dentista, e pode representar um passo importante para que as pessoas prestem mais atenção à saúde bucal.

São conhecidas mais de 60 causas que desencadeiam o mau hálito, que, quando diagnosticado e tratado, pode ser controlado. Uma vez tratadas as causas e solucionado o problema, o paciente terá condições de, por meio de higiene bucal adequada, prevenir nova ocorrência.

A halitose, nome científico para o mau hálito, pode estar associada a uma higiene bucal incorreta, mas é extensa a gama de outros fatores que podem originá-la. Em muitos dos casos, é verificada alteração na qualidade e/ou quantidade de saliva, que desempenha importante papel na prevenção da saúde bucal em geral.

Em aproximadamente 90% dos casos a halitose é de origem bucal, o que evidencia que o cirurgião-dentista tem responsabilidade primária no diagnóstico. É obrigação do profissional avisar ao paciente sobre sua ocorrência e sugerir tratamento específico – é só dessa forma, por meio da conversa, que o estigma social poderá ser combatido.

Na maioria das vezes, o paciente não tem consciência do quadro, devido ao processo de fadiga olfatória, que faz com que o indivíduo se acostume com o odor. Pesquisas dão conta de que 99% das pessoas com mau hálito gostariam de ter sido avisadas a respeito do problema.

Além do aspecto biológico, também há a questão social da halitose, que acarreta dificuldades até na vida profissional do indivíduo. Além de

SÃO CONHECIDAS MAIS DE 60 CAUSAS QUE DESENCADEIAM O MAU HÁLITO, QUE, QUANDO DIAGNOSTICADO E TRATADO, PODE SER CONTROLADO. UMA VEZ TRATADAS AS CAUSAS E SOLUCIONADO O PROBLEMA, O PACIENTE TERÁ CONDIÇÕES DE, POR MEIO DE HIGIENE BUCAL ADEQUADA, PREVENIR NOVA OCORRÊNCIA

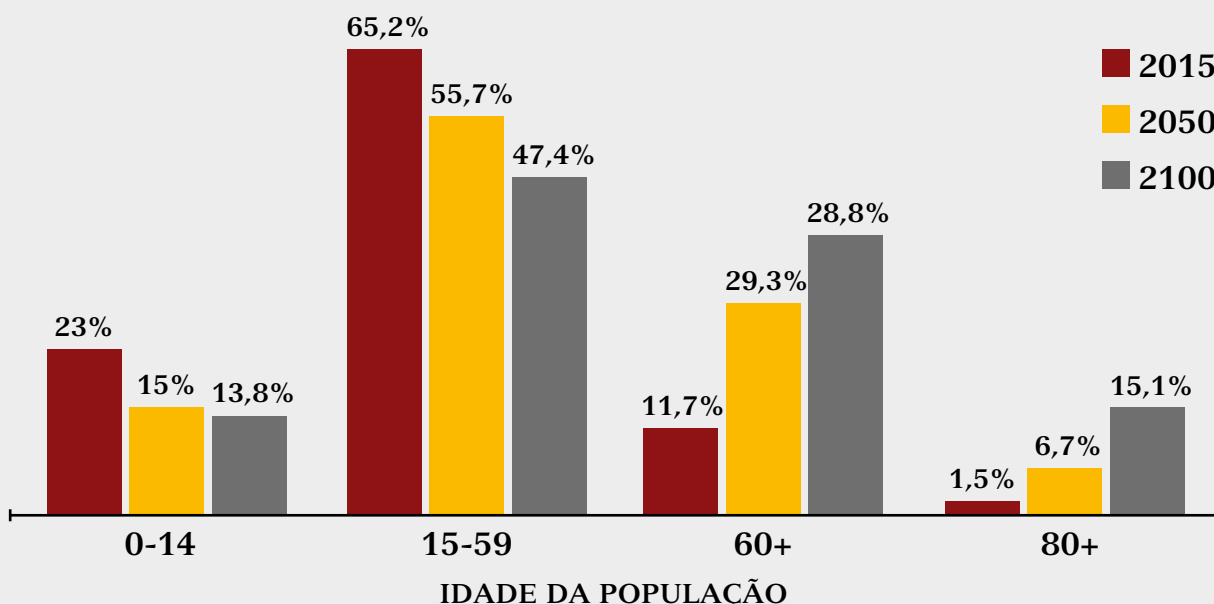
ser o primeiro passo para o tratamento, a correta comunicação do cirurgião-dentista com o paciente possibilita a prevenção de problemas mais graves, já que uma alteração do hálito pode sinalizar diversas condições do organismo que exigem atenção dos profissionais da saúde. 🦷

Odontogeriatría atua com visão sistêmica do indivíduo

O envelhecimento da população brasileira é um dos mais acelerados do mundo. Situação exige capacitação adequada e trabalho em equipes multiprofissionais

A análise do cenário demográfico brasileiro mostra que o envelhecimento de nossa população é uma realidade. De maneira semelhante à tendência já observada no resto do mundo, a faixa etária constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos irá triplicar até 2050, tendo como base de comparação o ano 2000.

Enquanto os países europeus demoraram em média 100 anos para que os idosos passassem a representar de 7% a 14% do total de suas populações, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa mudança ocorreu em apenas 21 anos. Estudos prospectivos dão conta de que a população brasileira com idade de 0 a 14 anos está em queda. Também há indícios estatísticos de que em 2100 teremos a maior população mundial de idade igual ou superior a 80 anos.



O preço do envelhecimento é o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis que podem levar a comorbidades e dependência para as atividades da vida diária. O envelhecimento é inexorável, intrínseco, individual, acumulativo e irreversível. No Brasil, 69,9% dos idosos são independentes

para o autocuidado, porém 30,1% têm algum nível de dificuldade para realizar atividades da rotina.

A odontogeriatría deve ter uma visão total do paciente – pode parecer trivial, mas é necessário lembrar que o profissional deve ter em mente que a boca pertence a um corpo, que é de um indivíduo que tem uma história de vida. Vale ressaltar que a odontogeriatría atua em idosos independentes, parcialmente dependentes, totalmente dependentes e em cuidados paliativos.

Para elevar as chances de um bom prognóstico, é importante analisar a polifarmácia, as interações medicamentosas – principalmente seus efeitos colaterais – e conhecer a evolução das doenças crônicas.

Para se ter noção das proporções da tarefa que aguarda os profissionais da assistência à saúde, alguns números são emblemáticos: temos 16,5 milhões de idosos independentes para o autocuidado; 1,7 milhão vive em instituições de apoio, 600 mil estão acamados; 5,5 milhões têm algum nível de incapacidade; e 13,2 milhões sofrem com doenças crônicas.

Temos, portanto, uma evidente demanda por profissionais habilitados para lidar com pacientes idosos. Muitos deles precisam ser atendidos em casa, ao passo que muitos são atendidos no leito. A necessidade de atendimento domiciliar é crescente, e já está em curso o estudo de uma normatização para esse tipo de cuidado.

Não há, atualmente, protocolos estabelecidos para o atendimento do idoso – o que existe é o bom senso do profissional, embasado em conhecimento científico que permite domínio sobre o assunto.

Os odontogeriatras estão habilitados a aplicar testes que sugerem – ou mesmo avaliam – níveis de doenças neurológicas como demências, Mal de Parkinson, depressão, entre outras, podendo assim informar diferentes possibilidades de planejamentos seguros aos familiares e cuidadores.

A odontogeriatría necessita ganhar visibilidade entre pacientes, familiares e profissionais. A população de idosos cresce em ritmo acelerado e, com isso, aumenta a demanda por profissionais capacitados para atendê-los de maneira adequada.

O odontogeriatra deve fazer parte de um trabalho multiprofissional no qual todos atuam em consonância para um objetivo comum – a saúde e dignidade do idoso. A população está envelhecendo com dentes, e é necessária uma atenção especial para a melhora e manutenção da saúde bucal, uma vez

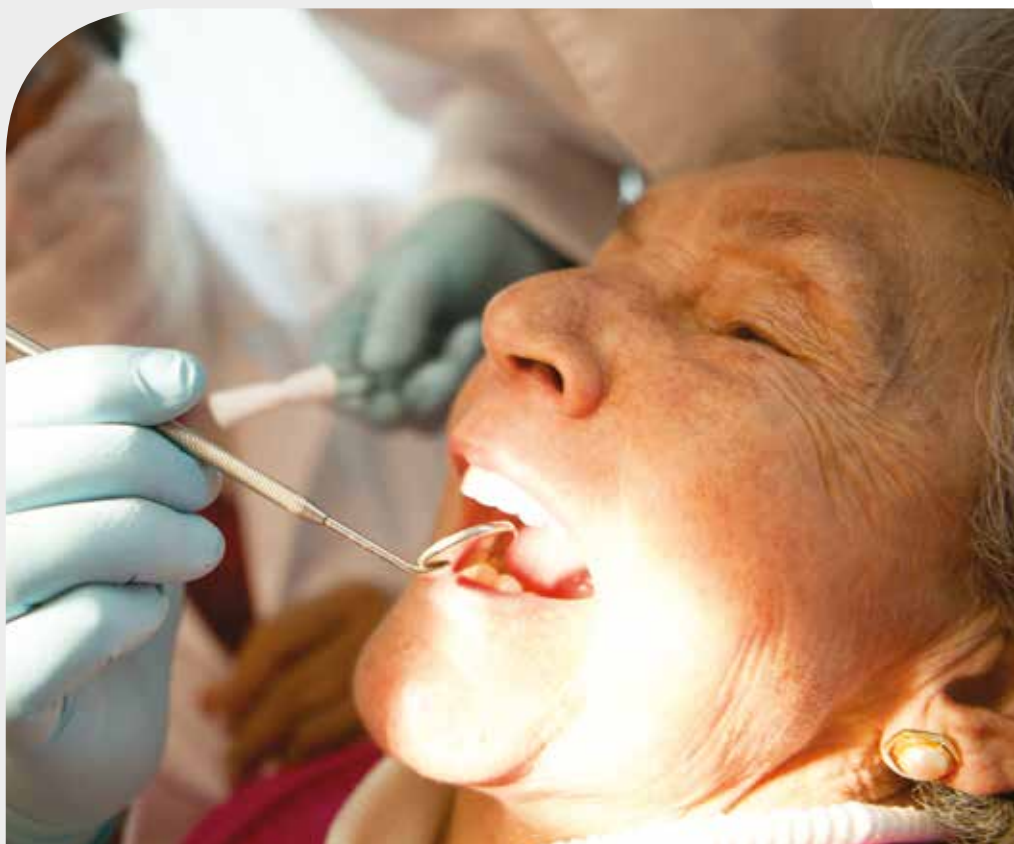


Foto: Shutterstock

que há uma vinculação direta desta com a condição sistêmica, além do comprometimento físico, psíquico e emocional. Vale lembrar que as doenças na boca estão cada vez mais associadas ao surgimento ou agravamento de outras enfermidades, por isso é importante manter as consultas de manutenção.

O desafio da odontogeriatría, portanto, é conscientizar o idoso e a população – e até os próprios cirurgiões-dentistas – sobre a singularidade do atendimento do paciente geriátrico. Além disso, também deve-se ter em mente o aspecto multiprofissional do trabalho, o que impõe a necessidade de trocar informações com os demais especialistas. 🦷

A vitamina D e o metabolismo ósseo

Substância é fundamental para a prevenção de doenças, como a osteoporose, e sua associação com o cálcio é eficaz na diminuição da incidência de fraturas

É amplamente reconhecida a importância da vitamina D para o metabolismo ósseo e as funções musculares. Trata-se de um nutriente que funciona como pró-hormônio, apresentando estrutura molecular igual àquela dos hormônios esteroides. Seu receptor no organismo é denominado VDR, e os efeitos benéficos são justificados pela presença desse receptor em diversos tipos de células e tecidos do corpo.

Evidências sugerem que a adequação de vitamina D pode contribuir para prevenção de doenças autoimunes, hipertensão e diversos tipos de câncer.

PRODUÇÃO

A vitamina D é produzida na pele, mas também pode ser adquirida por meio da ingestão de alimentos ricos nesse nutriente. Ela é metabolizada no fígado e posteriormente liberada para circulação ou armazenamento no organismo.

A exposição solar contribui para a manutenção da vitamina D, mas ao longo do tempo, pode haver comprometimento da concentração da vitamina, em virtude da redução da capacidade da pele em sintetizar precursores de formação. A redução da atividade metabólica dos rins e fígado também pode afetar os níveis da vitamina no corpo.

RELEVÂNCIA PARA O TECIDO ÓSSEO

O tecido ósseo passa por um processo contínuo de remodelação. Esse sistema sofre ação das células osteoclastos e osteoblastos, envolvidas, respectivamente, na reabsorção e formação de novas células ósseas. A remodelação óssea é um mecanismo fisiológico que consiste na reconstrução de áreas do tecido ósseo por meio do acoplamento de funções dos osteoblastos e osteoclastos. A remodelação é necessária para a manutenção do esqueleto e para a homeostase de cálcio e fósforo.

Diversos fatores atuam na reabsorção e formação do tecido ósseo, incluindo genética, nutrição, hormônios, citosinas e as prostaglandinas. Caso exista alguma alteração no desempenho destes fatores, o processo inteiro de remodelação é alterado.

A biodisponibilidade de cálcio oriundo da alimentação influencia no controle de seu equilíbrio. Vale ressaltar que o paratormônio (PTH) e a forma ativa da vitamina D são os responsáveis por sua homeostase.

Os efeitos do cálcio e da vitamina D sobre a saúde óssea vêm sendo estu-

dados há muito tempo. E, dessa forma, a adequação da ingestão desses nutrientes faz-se extremamente necessária, principalmente no que diz respeito à prevenção de doenças, como a osteoporose.

A maior parte do cálcio encontra-se no esqueleto, ao passo que o restante está distribuído nos dentes, tecidos moles, plasma e fluido extracelular. Estudos indicam que o aumento da ingestão de cálcio reduz a perda óssea e o risco de fraturas, visto que ele participa do cristal de hidroxapatita que dá resistência mecânica ao osso. As maiores fontes de cálcio são o leite e derivados, tofu, repolho e vegetais verde-escuros, como brócolis, couve e espinafre.

Já a vitamina D atua na absorção intestinal do cálcio dietético, na reabsorção tubular renal do íon nos rins, reduz os níveis de PTH e estimula a osteogênese pelos osteoblastos. Sabe-se que sua associação com o cálcio é de extrema eficiência na diminuição da incidência de fraturas.

A principal fonte de vitamina D para humanos é a exposição à luz solar. Contudo, atualmente essa exposição é insuficiente, e os componentes alimentares tornaram-se as principais opções. Entre eles, estão o óleo de peixe, a manteiga, a gema de ovo e o fígado.

As recomendações diárias de ingestão de vitamina D e cálcio para adultos com até 50 anos de idade são de 5µg e 1000mg, respectivamente. Para adultos com mais de 50 anos, a recomendação é 10µg para vitamina D e 1000mg de cálcio.

CONSIDERAÇÕES

Tendo em vista que o cálcio e a vitamina D exercem papéis essenciais na saúde óssea, é de extrema importância desenvolver estratégias viáveis que incentivem o consumo desses nutrientes. E, apesar da luz solar contribuir para a síntese da vitamina D, medidas de proteção solar devem ser adotadas, como o uso de roupas, chapéus, óculos escuros e evitar o sol entre 10 e 15 horas, de forma a prevenir o câncer e envelhecimento da pele. Também é importante o acompanhamento médico para mensuração e possível reposição, caso necessário.

Uma pesquisa de doutorado desenvolvida na Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP), da Unicamp, em colaboração com a Universidade da Califórnia (Los Angeles, EUA), demonstrou que a deficiência da vitamina D pode prejudicar a osseointegração – processo de cicatrização do material de titânio ao redor do osso – e levar à perda precoce do implante.

Dessa forma, antes de submeter pacientes a tratamento para implantes dentais ou ortopédicos, cirurgiões-dentistas e médicos devem solicitar exame para a medição da quantidade de vitamina D no sangue. 🦷

Foto: Shutterstock



COMISSÃO MULHERES

A cirurgiã-dentista no mercado de trabalho

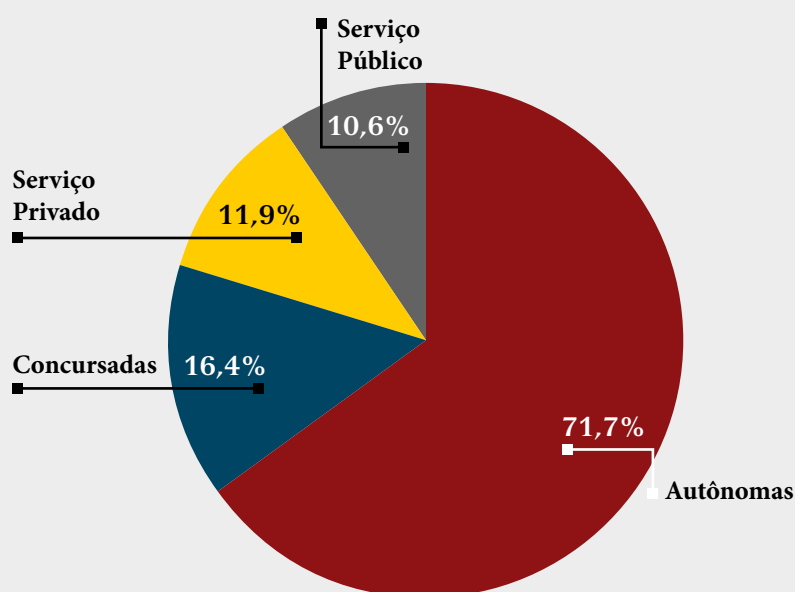
A Comissão Mulheres ouviu 846 profissionais a fim de entender a atuação e dificuldades dessas mulheres, que somam mais de 60% dos inscritos no CROSP

Por meio de questionário aplicado on-line e presencialmente, foram entrevistadas 846 cirurgiãs-dentistas de 20 estados, com idade entre 21 e 60 anos, sendo que a maioria delas (82%) atua no estado de São Paulo. As profissionais compartilharam suas opiniões a respeito dos desafios que enfrentam na carreira, e também de como se dá a inserção nas atividades acadêmicas, sociais e políticas.

Os resultados são vistos como positivos pela Comissão Mulheres, por revelarem mais cirurgiãs-dentistas atuando em especialidades antes ocupadas por profissionais do sexo masculino, assim como em cargos de instituições de ensino universitário e entidades de classe. De acordo com as respostas apuradas, essas mulheres se mostram atuantes em todas as áreas, mesmo enfrentando algum tipo de discriminação ou dificuldade relacionada ao gênero, como assédio, gravidez e amamentação.

MERCADO DE TRABALHO

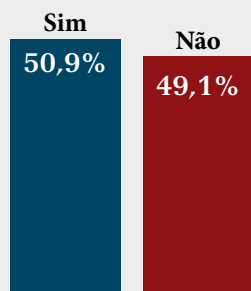
Regime de trabalho



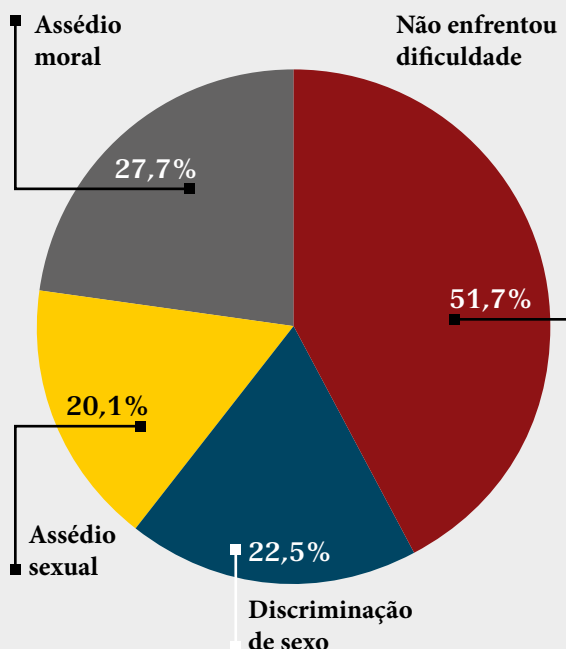
Acredita que há diferença de remuneração entre homens e mulheres



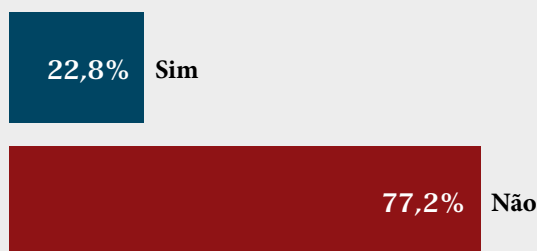
Tem interesse em ocupar cargo em entidade de classe ou instituição de ensino na Odontologia



Tipo de dificuldade já enfrentada no trabalho



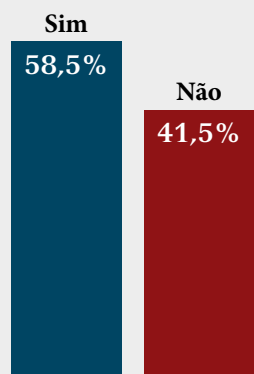
Acredita que teve dificuldade na ascensão de carreira por ser mulher



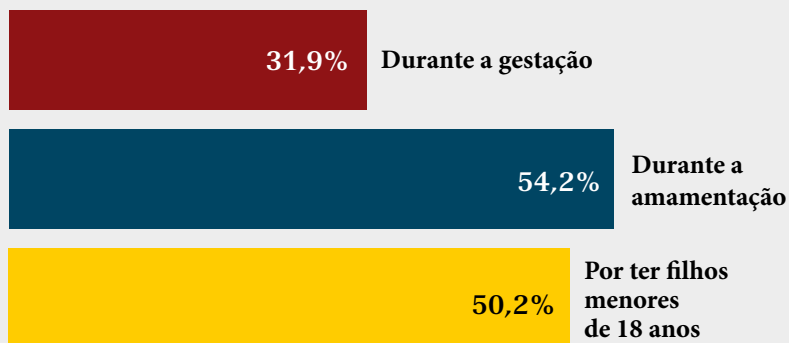
MATERNIDADE

As cirurgiãs-dentistas que são mães representam mais da metade das participantes. Essas mulheres relatam não terem deixado de trabalhar por conta das questões familiares, como gravidez, amamentação e educação dos filhos.

Tem filhos?



Enfrentou dificuldade profissional em decorrência da maternidade



A Comissão Mulheres considera fundamental a reflexão sobre a trajetória das mulheres em todos os movimentos. Por isso, tem o objetivo de encorajar e promover a visibilidade dessas profissionais na Odontologia, valorizando sua atuação.

*A soma dos resultados em alguns gráficos é maior do que 100%, pois as respondentes podiam escolher mais de uma alternativa.

ODONTOLOGIA DO ESPORTE

contato: odontologiaesporte@cosp.org.br

O esporte aliado às necessidades individuais

A ciência esportiva tem no foco microscópico o caminho para potencializar os resultados das atividades físicas



Foto: Shutterstock

Vivemos os tempos da busca pela individualização – estamos à procura da versão customizada de produtos oriundos de um modelo de produção em série, como roupas, carros, joias e até mesmo comida. O objetivo é caracterizar o produto e deixá-lo com a nossa “cara”. O esporte não foge a essa regra, e, também nele, buscamos a individualização, de vestimentas a alimentos e processos de treinamentos.

Quando um esportista passa a se aprofundar na atividade que pratica, invariavelmente reconhece que necessita de elementos mais específicos para que atinja melhor rendimento. A busca é sempre pela individualização – de meias ao par de tênis, da dieta ao repouso.

Os processos de treinamentos personalizados são elaborados de acordo com as modalidades esportivas, as funções no campo ou quadra, períodos

nas temporadas, lesões prévias e competições disputadas. E se soubéssemos como trabalhar com esse atleta do modo mais individual possível?

A Odontologia faz isso muito bem, pois individualiza a atenção ao paciente, com seu tratamento e atenção à saúde bucal voltados às necessidades de cada indivíduo. Dessa forma, surge a pergunta: e se pudéssemos aplicar um treino tão individualizado como são os tratamentos odontológicos?

Neste cenário, o limite do atleta seria colocado à mostra sem a preocupação de exaurir suas reservas energéticas musculares, quando levado ao extremo da elasticidade músculo-esquelética, evitando distensões e rupturas. Pois bem, se soubermos a quantidade presente de enzimas alfa actínias 3 (ACTN3) para a ação muscular das fibras tipo I ou II e de outro gene para ação da Enzima Creatina Quinase (MCK-M), poderíamos determinar facilmente se o atleta pode ser submetido a treinos de força ou resistência.

Como oferecer um esforço cardiopulmonar de modo seguro sem qualquer acidente vascular? Para tanto, será que poderíamos calcular a concentração das enzimas oriundas dos estímulos gênicos dos segmentos para Enzima Conversora de Angiotensina (ECA) e o outro segmento para controle cardíaco do Receptor Beta2 de Bradicinina (BDKRB2)?

E se investigarmos as interferências que nosso código genético alimentar exerce no metabolismo para retirar o máximo dos alimentos em termos energéticos? Será que o gene APOE4, quando estimulado por exercícios aeróbios específicos em frequência e períodos inteligentemente dosados, pode levar à queima de massa gorda em velocidade maior do que quando saímos correndo desenfreadamente e não obtemos o resultado esperado? Esse cólon permite que enzimas lipolíticas consigam obter energia em alguns indivíduos, mas não é regra para todos. Assim, o controle da ingestão de gorduras pode ser dosado para determinados atletas, mas não se aplica de forma geral, tendo em mente que os hormônios anabolizantes são oriundos das moléculas de colesterol.

A ciência esportiva, mais precisamente a genética, já caminha para esse fim ideal: a individualização.

Estudos da ordem de 10 anos mapeiam o genoma humano, buscando desvendar a fisiologia dos principais processos metabólicos exigidos na atividade física. A fisiologia muscular, vascular, cardíaca e pulmonar, pode, em termos de resposta pelo estímulo aplicado, envolver um complexo sistema de reações bioquímicas que, atualmente, está muito próximo de elucidação completa.

Quando abordamos mutações genéticas, as primeiras discussões que surgem são relacionadas a patologias. Mas já foi questionado se indivíduos que seguem a tríade do mais alto, mais forte e mais rápido são também indivíduos que possuem respostas diferentes da enorme gama de esportistas que possuem os mesmos 23 pares de cromossomos.

Essas possibilidades, descobertas e renovadas a cada dia, fazem com que a Odontologia se aproxime cada vez mais da rotina do atleta, interferindo direta ou indiretamente na busca de seu melhor desempenho. 🦷

ESSAS POSSIBILIDADES, DESCOBERTAS E RENOVADAS A CADA DIA, FAZEM COM QUE A ODONTOLOGIA SE APROXIME CADA VEZ MAIS DA ROTINA DO ATLETA, INTERFERINDO DIRETA OU INDIRETAMENTE NA BUSCA DE SEU MELHOR DESEMPENHO



Foto: Shutterstock

Colar de âmbar em bebês

Resina cristalizada não tem efeito terapêutico e uso do acessório expõe a criança a riscos desnecessários. Associações médicas internacionais alertam contra a prática

Não há nenhuma evidência científica que justifique o uso do colar de âmbar para amenizar as dores que geralmente acometem os bebês durante a erupção da primeira dentição. Ademais, a Associação Brasileira de Odontopediatria alerta para o fato de que o uso, além de não trazer benefícios ao bebê, representa risco, pois o colar pode asfixiar a criança e, se as pedras forem rompidas do elástico, podem ser engolidas.

Como ocorre com outras práticas que não possuem comprovação científica, o uso do colar de âmbar vem se popularizando. Contribuem para essa popularização, além da falta de informação da população acerca de temas verdadeiramente científicos, conteúdos compartilhados por celebridades nas redes sociais e repercutidos na imprensa. Os relatos de benefícios do uso do colar de âmbar invariavelmente são fruto de experiências pessoais subjetivas, influenciados por informações incorretas disponíveis na internet, e são tomados como verdadeiros, o que gera um ambiente com potencial negativo para a saúde da população.

É fundamental que o profissional da Odontologia, atento ao seu compromisso ético de trabalhar para o benefício da saúde do ser humano e da coletividade, alerte seus pacientes para os riscos de práticas que são difundidas sem evidência científica e que, muitas vezes, podem estar a serviço de interesses privados.

Sabe-se que os primeiros dentes surgem nos bebês por volta do sexto ou sétimo mês de vida, e a dentição decídua se completa até o trigésimo mês podendo acarretar irritabilidade, agitação acima da média, febre, gengivas inchadas e avermelhadas, coceira, salivagem excessiva e outros sintomas. Porém, estudos não têm comprovado a associação entre erupção de dentes decíduos e a ocorrência de sinais e sintomas graves em bebês. Nesses casos, é importante recomendar a consulta a um pediatra que fará uma avaliação para identificar a verdadeira causa da sintomatologia. Além disso, os pais devem ser alertados para que evitem modas midiáticas e pretensas soluções milagrosas no momento de buscar ajuda para seus filhos.

No caso do desconforto gerado pelo surgimento da primeira dentição, mães e pais devem recorrer a um profissional especializado em odontopediatria, que possui a capacitação necessária para avaliar os sintomas e realizar o tratamento adequado.

USO APRESENTA RISCOS

O âmbar é uma resina fóssil rica em ácido succínico, substância utilizada pela indústria farmacêutica na produção de relaxantes musculares, por exemplo. Pais e mães adeptos do uso do colar de âmbar nos bebês acreditam que a peça, em contato com a pele, libera propriedades analgésicas e anti-inflamatórias do ácido, além de fortalecer o sistema imunológico dos filhos. Porém, não há evidências científicas que comprovem os supostos benefícios do colar.

Por fim, é importante ressaltar que o uso de qualquer tipo de colar ou correntes em bebês é criticado pelas principais entidades médicas e científicas do mundo. Cabe aos profissionais orientarem pais e responsáveis e alertarem para os riscos do acessório. 🦷

PAIS E MÃES ADEPTOS DO USO DO COLAR DE ÂMBAR NOS BEBÊS ACREDITAM QUE A PEÇA, EM CONTATO COM A PELE, LIBERA PROPRIEDADES ANALGÉSICAS E ANTI-INFLAMATÓRIAS DO ÁCIDO, ALÉM DE FORTALECER O SISTEMA IMUNOLÓGICO DOS FILHOS. PORÉM, NÃO HÁ EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUE COMPROVEM OS SUPPOSTOS BENEFÍCIOS DO COLAR

A ortodontia na era digital

O impacto das inovações tecnológicas e a responsabilidade do profissional

Os avanços tecnológicos, presentes em todas as áreas da saúde, têm oferecido importantes contribuições ao desenvolvimento da ortodontia. Desde o estabelecimento do diagnóstico e do plano de tratamento até a obtenção de resultados e controle do quadro apresentado, o profissional pode contar com recursos que enriquecem a prática clínica, além de permitirem mais benefícios aos pacientes.

Em um contexto de multiplicidade de informações, o cirurgião-dentista deve estar atualizado e possuir senso crítico para fazer as melhores escolhas para seu exercício profissional, tendo os pacientes como maiores beneficiários.

ALTA TECNOLOGIA A FAVOR DO DESENVOLVIMENTO DA ORTODONTIA

Entre as inovações que estão à disposição para o exercício da ortodontia, destacam-se os recursos de imagem (tomografia, ressonância, fotografias e filmagens 3D) com possibilidade de reconstruções tridimensionais (prototipagens, impressões 3D, entre outras) e que contam com softwares altamente sofisticados em interfaces amigáveis. O atendimento em ortodontia também conta com a possibilidade de individualização de dispositivos ortodônticos, o que contribui para tratamentos personalizados.

No exercício da ortodontia, o cirurgião-dentista também é beneficiado pela facilidade da comunicação por meios digitais, o que permite melhor integração multidisciplinar, auxilia na tomada de decisão sobre o diagnóstico e favorece a definição do melhor plano de tratamento, independentemente da técnica utilizada pelo profissional.

É evidente, portanto, a necessidade de atualização profissional e do bom relacionamento com as outras especialidades odontológicas e demais áreas da saúde. Também é fundamental estar totalmente envolvido com o exercício da especialidade, para que se possa contribuir ao máximo com o trabalho das equipes multidisciplinares e, principalmente, beneficiar os pacientes.

APRIMORAMENTO PROFISSIONAL DEVE SER CONSTANTE

A velocidade dos avanços tecnológicos exige que o cirurgião-dentista se esforce para estar a par de todas as novidades. É por meio da capacitação adequada que o profissional poderá oferecer o melhor benefício possível ao paciente. É preciso amplo domínio da técnica ortodôntica e o desempenho do trabalho em conformidade com os princípios éticos da Odontologia.

Atualização profissional e trabalho atento às diretrizes éticas resultam em tratamentos mais seguros (menor risco de imperícia), escolhas qualificadas e melhores decisões (minimizar o risco de imprudência). Essa postura também permite o estabelecimento e utilização de protocolos cientificamente comprovados em planos de tratamentos completos (evitar a negligência), sempre com a assinatura do consentimento livre e esclarecido. Com estes cuidados, o profissional promove a segurança do exercício em favor dos pacientes, além de minimizar o risco de problemas éticos e legais – beneficia, assim, a si próprio, ao realizar a sua nobre missão.

ANÁLISE CRÍTICA COM BASE EM EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Como ocorre há muitas décadas, no processo de desenvolvimento contínuo da ortodontia, o profissional está cada vez mais exposto às “ondas de vantagens tecnológicas” oferecidas por empresas e grupos como diferenciais competitivos para o desenvolvimento do mercado. Sabe-se no entanto, que, em muitos casos, o objetivo principal é o aumento da comercialização de produtos e serviços.



Foto: Shutterstock

Além dos inúmeros apelos comerciais, as empresas se utilizam de formadores de opinião que “garantem” a efetividade dos recursos que apresentam. Para complicar um pouco mais o quadro, muitas delas buscam influenciar os consumidores diretamente e utilizam-se de estratégias de marketing que vão além dos limites seguros determinados pela verdade e pela ética.

Neste contexto, cabe ao cirurgião-dentista a tarefa de fazer uma análise crítica sobre tudo que lhe é apresentado – afinal, a responsabilidade sobre a escolha e uso de recursos, serviços e materiais não é da empresa, mas sim do profissional que realiza os procedimentos odontológicos.

O cirurgião-dentista comprometido com a verdade e com a boa prática clínica encontra-se fora da zona de conforto e está sempre em busca de referências seguras sobre as informações e os recursos apresentados. É necessário desenvolver e aplicar o senso crítico, conhecer as evidências clínicas e científicas disponíveis e compartilhadas amplamente por meio de eventos científicos (cursos, workshops, congressos, grupos de estudos, revistas científicas, seminários on-line - webinars).

Para a seleção dos melhores conteúdos, o profissional deve estar atualizado, recorrendo a periódicos científicos reconhecidos e atividades científicas de alto nível. Também é recomendável que se relacione com colegas em sua especialidade, tendo como meio, por exemplo, a associação que representa a ortodontia e seus grupos de estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A “era digital” oferece um oceano de informações e recursos para o desenvolvimento científico e tecnológico da ortodontia. Cabe ao cirurgião-dentista, independentemente da técnica e recursos escolhidos, oferecer o melhor tratamento aos seus pacientes, sempre fundamentado nas melhores evidências clínicas e científicas. É mandatório promover o exercício ético da especialidade com conhecimento, treinamento e domínio técnico. Além da responsabilidade profissional, cabe ao cirurgião-dentista zelar por uma atuação exemplar e digna de respeito, tanto pela comunidade leiga, como por seus pares, realizando sua nobre missão sob o juramento que fez ao concluir a formação universitária. 🦷

Atuação hospitalar

O trabalho de técnicos e auxiliares em saúde bucal em ambiente hospitalar pode gerar melhor recuperação do paciente e está previsto em lei



Foto: Creative Commons

A presença de técnicos e auxiliares em saúde bucal no ambiente hospitalar e os cursos na modalidade de Ensino a Distância (EAD) para a formação e atualização dos profissionais da área são, atualmente, os principais temas em discussão na comunidade. De um lado, reforça-se a necessidade, prevista em lei, da atuação de TSB e ASB no atendimento a pacientes acamados. Do outro, a discussão sobre EAD em saúde exige defesa da carga presencial dos cursos.

O trabalho dos profissionais técnicos e auxiliares em saúde bucal é de comprovada importância para a redução de danos e melhora do estado geral de saúde dos pacientes internados em hospitais. Como parte da equipe do cirurgião-dentista, os TSB e ASB desempenham um papel fundamental no cuidado ao ser humano, promovendo e mantendo a higienização bucal, o

que gera bem-estar e melhor recuperação dos pacientes. Há casos, inclusive, em que se reduz o tempo de internação.

A lei de Odontologia Hospitalar, que já passou por diversas modificações, inicialmente possibilitou a inserção do cirurgião-dentista em UTI. Posteriormente, foi ampliada e passou a prever a atuação do profissional e da equipe odontológica – TSB e ASB inclusos – em âmbito hospitalar.

LEGISLAÇÃO

O artigo 12 da lei 11889/2008 não deixa dúvidas:

Compete ao técnico em saúde bucal exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambiente clínico e hospitalar.

Já no artigo 20 o texto afirma que:

compete ao auxiliar em saúde bucal auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares.

A atuação dos técnicos e auxiliares, evidentemente, deve sempre se dar sob supervisão do cirurgião-dentista.

O papel desempenhado por TSB e ASB em ambiente hospitalar, portanto, além de ser muito importante para a saúde dos pacientes, é assegurado por lei. Os profissionais precisam ampliar os espaços de atuação e mostrar a importância de suas funções.

EAD EM SAÚDE

É importante que fiquem claras as diferenças entre os cursos EAD de formação e atualização dos profissionais TSB e ASB. O formato completamente a distância, sem carga horária presencial, só deve existir para cursos com o objetivo de atualizar os profissionais a respeito de determinado assunto ou área de atuação. As aulas práticas, com estágio supervisionado são, e sempre serão, imprescindíveis nos cursos de formação e capacitação em todas as áreas da assistência à saúde.

É evidente que a educação tem papel importante na vida das pessoas, e o acesso à capacitação adequada sempre será algo positivo. Vale lembrar que o Brasil tem milhões de pessoas que moram longe dos grandes centros urbanos e buscam conhecimento, por isso é importante que seja oferecido ensino de qualidade a todos, desde que seja observada a necessidade de aulas práticas, clínicas, laboratórios presenciais e estágios supervisionados.

A atuação dos profissionais da Odontologia é ampla, e abrange desde a educação e prevenção em saúde bucal até o auxílio na clínica-geral e no âmbito hospitalar. São responsáveis por um trabalho de excelência que contribui para o resultado que toda a equipe busca: a qualidade da saúde bucal dos pacientes. 🦷

A ATUAÇÃO DOS TÉCNICOS E AUXILIARES, EVIDENTEMENTE, DEVE SEMPRE SE DAR SOB SUPERVISÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA. O PAPEL DESEMPENHADO POR TSB E ASB EM AMBIENTE HOSPITALAR, ALÉM DE SER MUITO IMPORTANTE PARA A SAÚDE DOS PACIENTES, É ASSEGURADO POR LEI. OS PROFISSIONAIS PRECISAM AMPLIAR OS ESPAÇOS DE ATUAÇÃO E MOSTRAR A IMPORTÂNCIA DE SUAS FUNÇÕES

PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL

contato: protesebuco@cosp.org.br

Reabilitação após grande perda de maxila

Próteses podem ser fundamentais para recuperação pós-cirúrgica, permitindo administração de medicamentos e devolvendo as capacidades de alimentação e comunicação do indivíduo

Os casos de grande perda da maxila normalmente estão relacionados a mutilações patológicas, cirurgias oncológicas e alguns tipos de traumas, como ferimentos por armas de fogo ou brancas, acidentes automobilísticos e quedas. São caracterizados por grandes perdas ósseas que levam à ampla comunicação bucoossinusal, rinofaringe e até mesmo à cavidade orbital.

A reabilitação protética pode ocorrer em vários momentos. Se o paciente for acometido por um tumor, pode haver a oportunidade de confeccionar um dispositivo cirúrgico antes de sua ressecção. Neste caso, a prótese é chamada de cirúrgica ou imediata – ela tem a função de minimizar o tempo de internação e o impacto psicológico da perda, além de auxiliar na adaptação do paciente.

É o momento ideal para a primeira intervenção do cirurgião-dentista especialista em prótese bucomaxilofacial, que deve estabelecer parceria entre a equipe multiprofissional que presta atendimento ao paciente. A intervenção do especialista é importante para a saúde do paciente, pois possibilita a proteção imediata pós-cirúrgica da cavidade e permite a aplicação de medicamentos.

Com a evolução das condições do paciente, uma prótese provisória poderá ser confeccionada dentro de algumas semanas após a ressecção. A presença de dentes depende de alguns fatores. Se o paciente é dentado parcial, a prótese deve receber grampos de retenção nos dentes remanescentes – sua função é aguardar a cicatrização completa da ferida cirúrgica, proteger a cavidade e estimular o aspecto psicológico do paciente.

Já a prótese reparadora para edentados segue todos os padrões estabelecidos para a confecção da prótese total convencional, destacando-se que a retenção deve ser atingida por meio da área chapeavel e da região intracavitária. Se o paciente for parcialmente dentado, os preceitos da prótese removível devem ser seguidos, observando também a área chapeavel, a retenção intracavitária e o estudo das forças incidentes nos grampos de

A REABILITAÇÃO PROTÉTICA PODE OCORRER EM VÁRIOS MOMENTOS. SE O PACIENTE FOR ACOMETIDO POR UM TUMOR, PODE HAVER A OPORTUNIDADE DE CONFECCIONAR UM DISPOSITIVO CIRÚRGICO ANTES DE SUA RESSECÇÃO

retenção para que eles sejam corretamente planejados.

Vale ressaltar que implantes osseointegráveis são utilizados, atualmente, para uma melhor retenção das próteses, nos casos indicados.

A intervenção multidisciplinar e multiprofissional em pacientes que sofrem perdas maxilares deve sempre contar com a participação do cirurgião-dentista – a atuação conjunta é determinante para a reinserção do indivíduo não só na sociedade como também no próprio seio familiar. Recuperar a capacidade de se alimentar e se comunicar satisfatoriamente é etapa fundamental do processo de recuperação do paciente, pois envolve ganhos físicos e psicológicos. 🦷

CROSP amplia parcerias que beneficiam os inscritos

EMPRESAS CONVENIADAS



Confira as vantagens oferecidas em www.crosp.org.br/parcerias





**ZELANDO
PELA ÉTICA E
FISCALIZANDO
O EXERCÍCIO DA
ODONTOLOGIA.**