

# Revista do CROSP

Publicação do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo

Ano VI - Número 11 - Dezembro 2019

## Atendimento para todos

**O que fazer para tornar  
seu consultório acessível**

# Ética

*Prontuário odontológico:  
segurança jurídica depende  
de medidas apropriadas*

## Biossegurança

**Saiba como evitar riscos de  
contaminação no consultório**

# CREDIBILIDADE *Tem valor*

Para o CROSP, a CREDIBILIDADE é o reconhecimento do trabalho que o Conselho faz em prol da Odontologia. Com o apoio de uma equipe dedicada e de seus milhares de inscritos, o CROSP trabalha para zelar pelo perfeito desempenho ético da profissão, com respeito ao paciente e ao cidadão que prioriza sua saúde.

**VALORIZAR O CONSELHO É VALORIZAR O SEU TRABALHO.**



imagens meramente ilustrativas.



Acesse o site e siga o CROSP nas redes sociais:  
[www.crosp.org.br](http://www.crosp.org.br)

**CRO SP** CONSELHO REGIONAL  
DE ODONTOLOGIA  
DE SÃO PAULO

## Informação que promove a ética profissional

Conteúdo de qualidade é fundamental para nossa missão de promover boas práticas na Odontologia e, assim, possibilitar a devida valorização dos profissionais perante a sociedade. A informação correta é aliada estratégica do CROSP na tarefa de assegurar que as diretrizes éticas da profissão cheguem ao conhecimento de todos aqueles que a praticam. Dessa forma, em todos os canais de comunicação com os profissionais o Conselho preza pela explicação precisa de aspectos da ética odontológica.

Em linha com essa diretriz, a Revista do CROSP é preparada para destacar assuntos que fazem parte da rotina de nossos inscritos e que norteiam uma relação correta com os pacientes. A pauta da publicação, portanto, é orientada pela necessidade de promover a importância dos preceitos éticos para a prática da Odontologia – profissionais bem informados são conscientes de seus direitos e deveres, e podem exercer com tranquilidade suas atribuições.

Neste contexto, a elaboração do prontuário odontológico é tema recorrente de dúvidas entre a classe – desde os detalhes que devem constar do documento até o tempo de armazenamento, vários itens geram questionamentos. A matéria sobre o tema, portanto, apresenta um compilado de orientações práticas e úteis sobre o prontuário, importante aliado dos profissionais.

Informação de qualidade também é essencial para promover a segurança na atuação de nossos inscritos. É isso que destacamos na matéria que aborda a importância do rigor nas medidas de biossegurança para combater a infecção cruz-



Imagem: divulgação

da, tendo em vista que consultórios odontológicos são ambientes que demandam grande atenção sanitária.

Além das matérias, fica o convite especial para a leitura atenta dos artigos das Câmaras Técnicas do CROSP, que trazem aspectos relevantes e atualizados das múltiplas áreas de atuação da Odontologia. O conhecimento desses temas é fundamental para o trabalho com os pacientes e o consequente desenvolvimento da nossa profissão.

Boa leitura!

**Marcos Jenay Capez**  
Presidente

**CRO SP** CONSELHO REGIONAL  
DE ODONTOLOGIA  
DE SÃO PAULO

### GESTÃO 2019-2021

#### Conselheiros

**Marcos Jenay Capez** (Presidente),  
**Rogério Adib Kairalla** (Secretário),  
**Marco Antonio Manfredini** (Tesoureiro),  
**Sofia Takeada Uemura** (Presidente da Comissão da Ética),  
**Sandra Kalil Bussadori** (Presidente da Comissão de Tomada de Contas),  
**Cintia Rachas Ribeiro, Marcelo Januzzi Santos, Roberto Miguita, Camillo Anauate Netto, Renata Groke Bonetti**

#### Sede CROSP

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

**Assessora de Comunicação  
Institucional**  
Vanessa Figueiredo

**Jornalista responsável**  
Thiago Brito Rebouças  
(MTB 0084620/SP)

**Reportagem**  
Cindy Wilk, Iara Crepaldi  
e Mariana Nepomuceno

**Direção de arte**  
Claudio Franchini

# sumário

EDIÇÃO 11 • ANO VI • DEZEMBRO DE 2019

CTO SP

## 6 ÉTICA PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

É fundamental conhecer os aspectos éticos e legais do documento para uma atuação segura

## 9 CONTAMINAÇÃO INFECÇÃO CRUZADA

Medidas de biossegurança são essenciais para evitar contaminações no trabalho

## CONDUTA

### 14 PROFISSÃO

Questões legais e de biossegurança envolvidas no atendimento a pessoas com doenças infectocontagiosas

## MUSICOTERAPIA

### 18 PESQUISA

Estudo indica que música clássica reduz a ansiedade da criança durante o atendimento odontológico



## PERFIL

### 22 HISTÓRIA

Um olhar sobre a carreira de Emil Razuk

## 26 CÂMARAS TÉCNICAS E COMISSÕES

- Acupuntura
- Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial
- Estomatologia
- Hipnose
- Odontogeriatría
- Odontología do Esporte
- Odontopediatria
- Ortopedia Funcional dos Maxilares
- Ozonioterapia
- Prótese Bucomaxilofacial



## DOADORES

### 50 DOAÇÃO DE SÂNGUE

Determinados tratamentos odontológicos podem ser impeditivos para a doação – é importante explicar aos pacientes

## AVANÇOS

### 52 PROCESSAMENTO CELULAR

Entenda como a Odontología Regenerativa faz a extração e a manipulação de células-tronco

## CONTROLE

### 56 DOENÇA PERIODONTAL

Pesquisadores indicam terapias que auxiliam no tratamento da periodontite e de seus efeitos

## ADAPTAÇÃO

### 60 ACESSIBILIDADE NO CONSULTÓRIO

Atendimento a pessoas com mobilidade reduzida exige adaptações no consultório



# Guia completo do prontuário odontológico

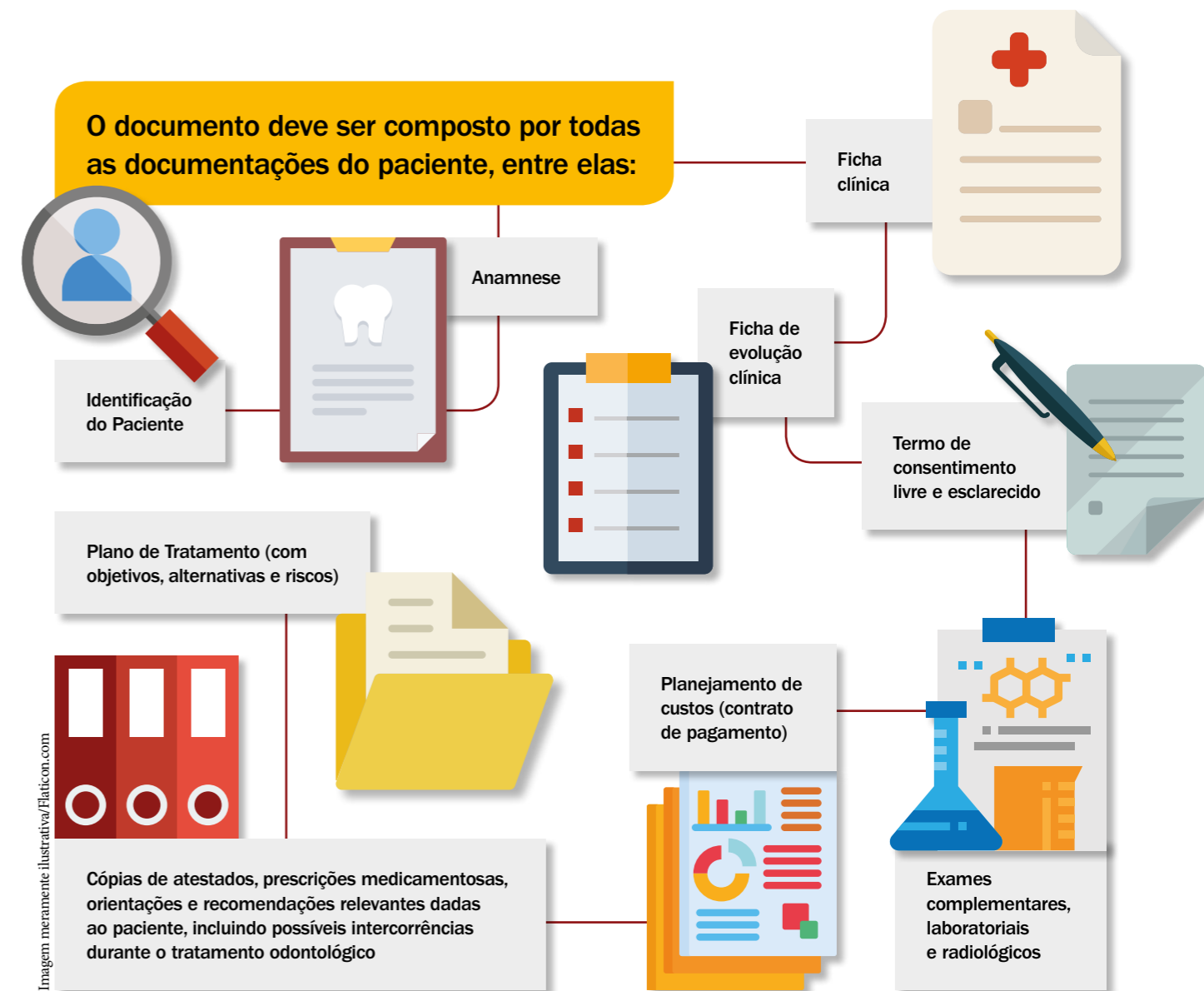
Confira orientações práticas e entenda aspectos éticos e legais de um dos documentos mais importantes para a atuação profissional

A elaboração do prontuário odontológico é tema recorrente de dúvidas entre profissionais – desde os detalhes que devem constar do documento até o tempo de armazenamento, vários itens geram questionamentos. Neste contexto, tendo em vista a importância das informações do prontuário para a atuação das(dos) cirurgiã(s)-dentistas, a Revista do CROSP preparou um especial com as informações mais importantes do tema.

“Precisa ser legível, ordenado, atualizado e arquivado, seja de forma física ou digital – neste último caso, a segurança jurídica somente será completa quando respeitadas as normas de segurança e autenticidade digital previstas na lei”, alerta a Comissão de Ética do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP).

O preenchimento do documento deve respeitar, rigorosamente, a ordem cronológica dos fatos ocorridos durante o tratamento, além de conter a assinatura do paciente em toda e qualquer orientação fornecida pela(o) cirurgiã(o)-dentista, até mesmo nos registros do não comparecimento em consultas ou destaques quanto à falta

Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock



de contribuição do paciente. É essencial que o paciente tenha ciência formal de que a incidência de falta nas consultas contribui valiosamente para o insucesso do tratamento proposto inicialmente.

Apesar de o documento pertencer à(o) cirurgiã(o)-dentista, de acordo com o artigo 18, inciso I, do Código de Ética Odontológica, é necessário mantê-lo em arquivo próprio, assegurando cópias e acesso ao paciente sempre que solicitados. A recusa a esse direito é considerada ilegítima e fere o previsto no texto: “Constitui infração ética negar, ao paciente ou periciado, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionem riscos ao próprio paciente ou a terceiros”. Originais de exames que foram pagos pelos pacientes devem ser entregues a eles, sendo que a(o) cirurgiã(o)-dentista tem o direito de ficar com uma cópia.

É importante destacar, nesse ponto, que somente o paciente ou representante le-

**APESAR DE O DOCUMENTO PERTENCER À(AO) CIRURGIÃ(O)-DENTISTA, DE ACORDO COM O ARTIGO 18, INCISO I, DO CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA, É NECESSÁRIO MANTÊ-LO EM ARQUIVO PRÓPRIO, ASSEGURANDO CÓPIAS E ACESSO AO PACIENTE SEMPRE QUE SOLICITADOS**

gal podem ter direito de acesso ao prontuário, visto que é um documento sigiloso. As informações contidas no prontuário odontológico são protegidas pelo direito à intimidade e privacidade do paciente.

### PARTE IMPORTANTE DO PRONTUÁRIO

Outro documento fundamental que resguarda a(o) cirurgiã(o)-dentista e deve compor o prontuário é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – ele deve expressar as orientações ao paciente, o conhecimento formal dos riscos, as alternativas e o propósito do tratamento odontológico. Também é necessário descrever os benefícios esperados, os desconfortos, os riscos previsíveis e a possibilidade de alteração do plano de tratamento, de acordo com a resposta biológica. O TCLE precisa ser assinado pela(o) profissional e pelo paciente.

O site do CROSP disponibiliza alguns modelos genéricos de TCLE, bem como contrato de prestação de serviços, os quais devem ser adaptados de acordo com cada caso. É um documento que deve ser individualizado, conter dados peculiares e informações pormenorizadas dos procedimentos realizados, desde o início até o término do tratamento.

### QUESTÕES LEGAIS

Um prontuário odontológico bem elaborado, com os atos realizados devidamente assinados e datados pelo paciente, será de grande valia em qualquer circunstância, principalmente quando há necessidade de utilização como forma de defesa em ações judiciais. “É um dos principais elementos de defesa nos casos de processos cíveis, penais e éticos. Portanto, quando elaborado corretamente, é peça fundamental em processos judiciais”, aponta a Comissão de Ética.

Além de todos os cuidados com relação à organização do prontuário, mesmo que o documento seja preenchido de forma manual, é recomendado que a(o) profissional se abstenha da utilização de abreviações, siglas, termos que dificultem ou impeçam a compreensão por parte do paciente ou mesmo de eventuais juízes.

Por outro lado, o não preenchimento correto ou a ausência de um contrato expresso anexo ao prontuário podem fragilizar sua credibilidade caso seja utilizado como meio de prova em ação instaurada. A legislação ética não estipula um prazo mínimo para a guarda do prontuário odontológico. Porém, tendo em vista os prazos prescricionais que dão ao paciente o direito para propor ação contra a(o) cirurgiã(o)-dentista, é razoável o arquivamento do prontuário por, no mínimo, dez anos. Depois desse período, ele poderá ser arquivado eletronicamente ou microfilmado e, então, mantido permanentemente, mesmo após o encerramento das atividades profissionais. 📄

**OUTRO DOCUMENTO FUNDAMENTAL QUE RESGUARDA A(O) CIRURGIÃ(O)-DENTISTA E DEVE COMPOR O PRONTUÁRIO É O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – ELE DEVE EXPRESSAR AS ORIENTAÇÕES AO PACIENTE, O CONHECIMENTO FORMAL DOS RISCOS, AS ALTERNATIVAS E O PROPÓSITO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

## GUIA DE CONSULTA RÁPIDA: DIREITOS E DEVERES

### São direitos da(do) cirurgiã(o)-dentista em relação ao prontuário odontológico:

1. Manter uma cópia do documento em seus arquivos;
2. Efetuar a quebra do sigilo do prontuário odontológico, para os seguintes fins legais:
  - a) De notificação compulsória de doença;
  - b) De colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;
  - c) De perícia odontológica nos seus exatos limites;
  - d) De estrita defesa de interesse legítimo;
  - e) De revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz;
  - f) Didático-acadêmicos.

### Já os deveres da(do) cirurgiã(o)-dentista são:

1. Elaborar e manter atualizado o prontuário na forma das normas em vigor, incluindo os prontuários digitais;
2. Preservar seu sigilo, salvo para finalidade didático-acadêmica;
3. Conservá-lo em arquivo próprio, seja de forma física ou digital;
4. Registrar os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, a cada avaliação, em ordem cronológica, com data, hora, nome, assinatura e número de registro da(do) cirurgiã(o)-dentista no Conselho Regional de Odontologia;
5. Garantir, ao paciente ou periciado, livre acesso ao prontuário; fornecer-lhe cópia se solicitada e dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo em casos de risco ao paciente e a terceiros.

# Infecção cruzada: conhecer para combater

*O rigor nas medidas de biossegurança, uma equipe atenta e equipamentos adequados são fundamentais para evitar contaminação no consultório odontológico*



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

Segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), 25% das pessoas atendidas por cirurgiãs(ões)-dentistas têm doenças que podem ser transmitidas. Isso faz do consultório odontológico um ambiente altamente contaminado, seja por bactérias vindas da boca dos pacientes, pelas mãos das(os) cirurgiãs(ões)-dentistas e assistentes, por gotículas eliminadas durante os procedimentos, pelo aerossol contaminante ou pelos instrumentos e equipamentos contaminados, caso não sejam adotadas medidas de higiene e limpeza.

Neste contexto, tão importante quanto o aprimoramento técnico e científico é a conscientização a respeito dos riscos de contaminação durante o atendimento. No dia a dia do consultório, o rigor na aplicação e manutenção de medidas de biossegurança é aspecto crucial na prática odontológica. ▶

Por definição, biossegurança é a condição alcançada por meio de um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e vegetal e o meio ambiente. Estas medidas são o principal meio para se evitar a infecção cruzada em um consultório odontológico. São essenciais boa higiene e limpeza do estabelecimento, a qualificação e capacitação da equipe de atendimento, além de cuidados específicos com instrumentais e equipamentos.

### CONTAMINAÇÃO CRUZADA EM PROCEDIMENTOS COM PRÓTESES

Respeitar as normas de biossegurança em todos os tipos de intervenções odontológicas é uma questão de saúde pública. Doenças infectocontagiosas podem ser contraídas por meio do contato com sangue e saliva de pacientes, por isso é importante reforçar o uso completo dos EPIs e manter a cobertura vacinal em dia, fazer a higienização adequada, por exemplo, das moldagens e próteses. É somente dessa forma que todos que manipulam materiais de risco biológico ficam protegidos – cirurgiã(s)-dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Técnicos em Prótese Dentária (TPD).

Moldes e modelos devem passar pelos processos de desinfecção e descontaminação antes de serem encaminhadas ao laboratório, seja para confecção, ajustes, reparos ou polimentos. Além disso, as peças também devem ser devidamente desinfetadas antes de chegarem aos pacientes.

As normas de vigilância sanitária que se aplicam à área odontológica visam a proteger profissionais e pacientes envolvidos em todas as etapas dos procedimentos e devem ser observadas nos mínimos detalhes, uma vez que qualquer displicência pode colocar todos em risco.

Laboratórios que recebam materiais com sangue, por exemplo, devem devolvê-los à(o) cirurgiã(o)-dentista responsável ou, no mínimo, emitir um comunicado de advertência a respeito da observância das normas preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

A questão, além de sanitária, é ética, no sentido de que, adotar os procedimentos de segurança significa respeitar as condições adequadas para o exercício profissional e, principalmente, proteger a vida dos pacientes e da equipe.

### O CONSULTÓRIO BIOSSEGURO

Os cuidados com a biossegurança começam ainda antes do projeto do consultório sair do papel – eles devem orientar a preparação do local onde a(o) cirurgiã(o)-dentista e sua equipe irão trabalhar. Todos os detalhes devem ser levados em consideração, desde a escolha de onde ficarão os equipamentos obrigatórios até as instalações hidrossanitárias e elétricas.

Previamente à execução da obra, o projeto arquitetônico deve ser avaliado e aprovado pela Vigilância Sanitária local, conforme as disposições da RDC/Anvisa nº 50/02. Da mesma forma, os equipamentos devem possuir regis-

tros na Anvisa, nos termos da RDC 185/2001, além de estarem em condições adequadas de conservação e funcionamento para o uso indicado.

Fazem parte da lista básica de equipamentos necessários para um consultório seguro: cadeira odontológica, que deve ser revestida com material compatível com a higienização; caneta de alta-rotação, micromotor e seringa triplice; refletor odontológico ou similar; sugador de saliva com ponta descartável e boquilha que permita o uso de aspirador cirúrgico; mocho odontológico revestido com material que possa ser higienizado; compressor de ar comprimido e equipamento para a esterilização de produtos para saúde.

Vale ressaltar que é imprescindível o uso de autoclave para garantir a segurança no processamento dos instrumentais. A manutenção preventiva e corretiva do equipamento deve estar sempre em dia. É obrigatório que todo produto e superfície sejam descontaminados e desinfetados e todos os instrumentais sejam esterilizados antes da utilização em outro paciente.

Os produtos de processamento proibido, conforme classificação e recomendação do fabricante, jamais

poderão ser reutilizados ou reprocessados. Deve-se, inclusive, dar preferência a produtos descartáveis, e descartar logo após o procedimento, em conformidade com a recomendação da RDC 222/18 da Anvisa.

Além disso, observar a correta utilização dos Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e Individual (EPI) é mais um dos cuidados indispensáveis aos quais a(o) profissional e sua equipe de saúde bucal devem sempre estar atentos. Completam esta equação a imunização da equipe, especialmente em relação à Hepatite B, a correta higienização das mãos e a boa limpeza geral do consultório. Esses regulamentos podem ser consultados nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho (NR) e também no manual Serviços Odontológicos Prevenção e Controle de Riscos, de 2006, da Anvisa.

### UMA QUESTÃO DE RESPONSABILIDADE

De nada adianta ter equipamentos de última geração e um consultório pensado em termos de biossegurança se a equipe profissional não for bem orientada nesse sentido.

Antes de iniciar as atividades no estabelecimento odontológico, todos os profissionais devem receber orientações e capacitação sobre biossegurança – essa é uma responsabilidade do responsável técnico do local. O conteúdo deve incluir conceitos de biossegurança, microbiologia e cuidados para se evitar contaminações.

Em caso de acidente com material biológico, deve-se interromper as atividades e comunicar imediatamente o responsável técnico para que tome as medidas necessárias, incluindo o preenchimento da ficha de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando cabível, e alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

As rotinas de trabalho e as normas de biossegurança devem ser bem estabelecidas, disponíveis e conhecidas por todos.

Vale lembrar que o responsável técnico do estabelecimento é a(o) cirurgiã(o)-dentista que responde técnica e juridicamente por todos os procedimentos. Cabe a ela(e) informar e capacitar, periodicamente, toda a equipe de trabalho, mantendo tudo devidamente documentado para comprovação tanto perante a vigilância sanitária como para sua defesa em um eventual processo judicial. Caso o consultório não esteja devidamente documentado, a(o) profissional poderá sofrer sanções.

### NOVIDADES NO AR

O mercado está em constante evolução em relação ao desenvolvimento de equipamentos para controle de infecções, esterilização, purificação do ar e climatização do ambiente, além de novos produtos de limpeza. Todos os lançamentos dessa área, no entanto, devem estar em consonância com as regulamentações ISO e normas da ABNT.



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

**OS PRODUTOS DE PROCESSAMENTO PROIBIDO, CONFORME CLASSIFICAÇÃO E RECOMENDAÇÃO DO FABRICANTE, JAMAIS PODERÃO SER REUTILIZADOS OU REPROCESSADOS. DEVE-SE, INCLUSIVE, DAR PREFERÊNCIA A PRODUTOS DESCARTÁVEIS, E DESCARTAR LOGO APÓS O PROCEDIMENTO, EM CONFORMIDADE COM A RECOMENDAÇÃO DA RDC 222/18 DA ANVISA**

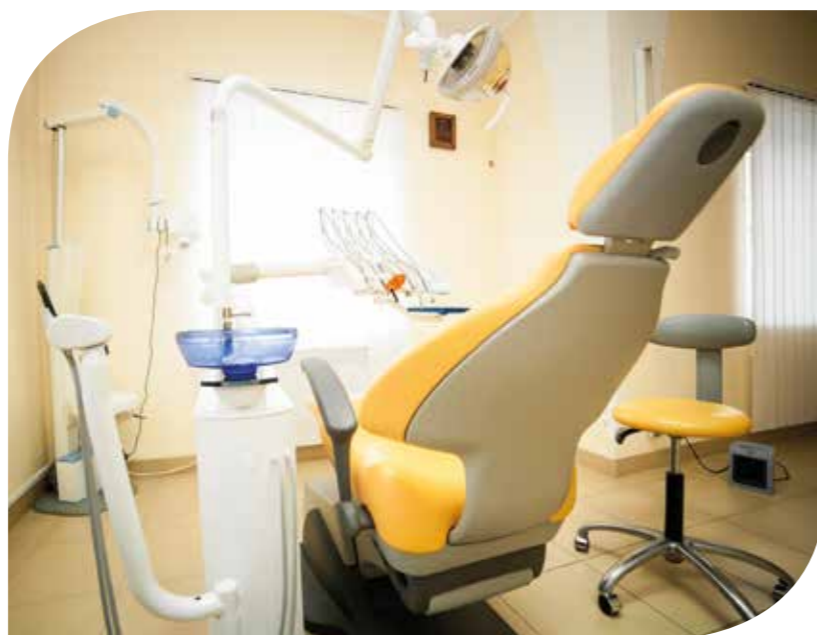


Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

Uma novidade que vem se popularizando é o equipamento de esterilização por irradiação por feixe de elétrons (E-Beam). Trata-se de uma forma de energia ionizante caracterizada por baixa penetração e altas taxas de dosagem; o feixe, um fluxo concentrado, altamente carregado de elétrons, é gerado por aceleradores capazes de produzir raios contínuos ou pulsados. Conforme o produto/material a ser esterilizado passa pelo E-Beam, a energia dos elétrons é absorvida, alterando diversas ligações químicas, danificando o DNA e destruindo a capacidade reprodutiva dos microrganismos.

Pode-se dizer que o maior “celeiro” de novidades diz respeito a novas tecnologias de limpeza. Para instrumentais, a lavadora ultrassônica é a maior aliada da limpeza. Quando utilizada corretamente, com uso de

Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock



detergente enzimático, locais de difícil acesso na limpeza são atingidos, contribuindo para que o processo de esterilização seja mais efetivo. Já para superfícies e artigos estão disponíveis no mercado os chamados “wipes”, lenços embebidos em soluções saneantes que facilitam a limpeza, uma vez que dispensam o preparo prévio e o enxague pós uso.

Também começam a ganhar espaço nos serviços de saúde os sistemas “no-touch” para a limpeza do ambiente – eles se utilizam da geração de partículas minúsculas de soluções com ação antimicrobiana, completando a limpeza manual do ambiente.

Com esses e outros cuidados exigidos em legislação, as(os) profissionais, por meio de cursos, palestras, leituras de periódicos e participação em congressos científicos podem atualizar seus conhecimentos e capacitar-se cada vez mais para a prestação de um atendimento seguro aos pacientes. ■

**LABORATÓRIOS QUE RECEBAM MATERIAIS COM SANGUE, POR EXEMPLO, DEVEM DEVOLVÊ-LOS À(O) CIRURGIÃ(O)-DENTISTA RESPONSÁVEL OU, NO MÍNIMO, EMITIR UM COMUNICADO DE ADVERTÊNCIA A RESPEITO DA OBSERVÂNCIA DAS NORMAS PRECONIZADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA)**

# 7 erros

*A negligência em relação aos cuidados com biossegurança pode provocar contaminação cruzada. Saiba quais são os erros mais comuns cometidos nos consultórios*

## 1. Usar produtos de limpeza “caseiros”

A correta limpeza e descontaminação do ambiente, artigos e superfícies, antes e após cada atendimento, é fator indispensável e preponderante no combate à contaminação cruzada. Para isso é necessário o uso correto de produtos de limpeza apropriados, aqueles registrados na Anvisa como de uso hospitalar. Produtos de uso comum, nunca.



## 2. Não limpar adequadamente os instrumentais antes da esterilização

Eles devem estar totalmente limpos, sem resíduos, e passar por uma inspeção visual antes de serem embalados para a esterilização. A limpeza prévia à esterilização diminui muito a carga microbiana e a matéria orgânica; a pré-lavagem e a imersão em solução de detergente enzimático, obedecendo às instruções de uso, é grande aliada na limpeza.



## 3. Abrir uma simples gaveta durante o procedimento

A(O) profissional já paramentada(o), durante o procedimento ao paciente, jamais deve se descuidar e abrir uma gaveta, atender o telefone ou tocar em uma superfície potencialmente contaminada sem o devido cuidado. Para isso, deve dispor de sobreluvas ou mesmo substituir as luvas utilizadas antes de continuar o procedimento.



## 4. Negligenciar o processo de esterilização

A esterilização requer o uso de embalagens apropriadas, seladas de acordo com as instruções do fabricante e dispostas corretamente na autoclave. É necessário verificar se tudo transcorreu corretamente durante o processo e, ao final da operação, se as embalagens esterilizadas estão secas. Caso contrário, o instrumental deve ser reprocessado e é preciso verificar o motivo da falha – se por excesso de volume de pacotes na autoclave ou falha do equipamento.



## 5. Usar algo sem testar

O monitoramento de todo o processo de esterilização deve ser acompanhado pelo responsável e devidamente anotado para comprovação. Nenhum produto pode ser liberado para uso antes de se ter a comprovação de esterilidade confirmada, em especial o teste microbiológico negativo, sempre se utilizando de ampola teste e controle para cada operação.



## 7. Falta de cuidados com sistema de água e esterilizar apenas os instrumentais

O reservatório de água dos equipamentos também deve ser limpo e higienizado diariamente. Quando isso não é realizado ocorre formação de biofilme, tanto no reservatório como nas mangueiras, propiciando o lançamento de grande quantidade de micro-organismos na cavidade oral e feridas cirúrgicas durante o uso dos equipamentos - ou seja, apesar dos instrumentais estarem esterilizados, o paciente pode ser contaminado. Está disponível para contribuições e sugestões, no site do Centro de Vigilância Sanitária (CVS), uma consulta pública em revisão à Resolução SS 15/99, que “Aprova Norma Técnica que define os requisitos para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica no Estado de São Paulo, e dá providências correlatas”. O acesso é disponibilizado por 60 dias no endereço [www.cvs.saude.sp.gov.br](http://www.cvs.saude.sp.gov.br).



## 6. Não lavar as mãos por estar usando luvas

A utilização de luvas não exclui a lavagem das mãos. É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. As mãos devem ser lavadas antes de calçar as luvas e depois de retirá-las, as unhas devem estar curtas e limpas. Profissionais com lesões nas mãos devem evitar atender pacientes até que elas estejam curadas ou minimamente contidas por barreiras de proteção.





Imagens meramente ilustrativas/Shutterstock

# Segurança e ética em casos de doenças infecciosas

*Como proceder no atendimento a pacientes com HIV e outras condições infectocontagiosas – sigilo profissional, medidas de biossegurança e questões legais*

Uma das primeiras e mais recorrentes questões que surgem em relação ao atendimento a indivíduos com o vírus HIV e outras doenças infecciosas diz respeito ao sigilo profissional. Nesse sentido, cirurgiã(o)s-dentistas devem atentar à regulamentação do Código de Ética – o capítulo VI do documento excepciona como justa causa para a revelação de fato sigiloso a notificação compulsória de determinadas doenças infecciosas, nos termos da lei nº 6.259/75, regulamentada pelo decreto nº 78.231/76.

Ressalta-se que a quebra do sigilo ocorre perante a autoridade sanitária, pois a notificação compulsória, nos termos do artigo 10 da lei em referência, continua tendo caráter sigiloso perante terceiros. Cumpre observar que a(o) cirurgiã(o)-dentista deverá observar a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória constantes da portaria nº104, de 25 de janeiro

de 2011, bem como observar o disposto Regulamento Sanitário Internacional – RSI/2005, com sua versão aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009.

## QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS SOBRE A RECUSA DE ATENDIMENTO

Caso as condições de trabalho sejam adequadas e a(o) profissional da Odontologia encontre-se em condições de atender o paciente, sua recusa poderá caracterizar infração ética. O Código de Ética Odontológica dedica a primeira seção do capítulo V ao relacionamento da(do) profissional com o paciente, classificando como infração “discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto” (inciso I), “abandonar paciente, salvo por motivo justificável” (inciso VI), no caso de o tratamento estar em andamento, “deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro cirurgião-dentista em condições de fazê-lo” (inciso VII) e “desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente” (inciso VIII).

### CASO AS CONDIÇÕES DE TRABALHO SEJAM ADEQUADAS E A(O) PROFISSIONAL DA ODONTOLOGIA ENCONTRE-SE EM CONDIÇÕES DE ATENDER O PACIENTE, SUA RECUSA PODERÁ CARACTERIZAR INFRAÇÃO ÉTICA

Já na esfera criminal, há a lei nº 12.984/14, que tipifica como crime a conduta de discriminar o portador do vírus HIV e o doente de AIDS em razão de sua condição de portador ou de doente, punindo tais práticas com a pena de reclusão de um a quatro anos e multa. Quanto à(o) profissional da saúde, incluindo o da Odontologia, o artigo 1º, inciso VI, da referida lei, dispõe que constitui crime “recusar ou retardar atendimento de saúde”.

## HISTÓRICO E BIOSSEGURANÇA

O surgimento do vírus HIV, no início da década de 1980, foi um marco para o avanço das medidas de biossegurança na Odontologia. Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais de saúde bucal, anteriormente vistos como mera recomendação, se tornaram itens obrigatórios. Além disso, questões morais e éticas passaram a fazer parte da relação entre cirurgiã(o)-dentista e paciente soropositivo. A velocidade com que a AIDS se disseminou e seu potencial de letalidade preocuparam a sociedade, gerando medo, preconceito e discriminação.

O avanço da terapia antirretroviral aumentou a longevidade dos pacientes, que também passaram a apresentar menos doenças bucais decorrentes da queda na imunidade causada pelo vírus HIV. É o que demonstrou um estudo realizado de 2017 a 2018 com 101 pacientes soropositivos do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE) da Faculdade de Odontologia da USP. Além disso, políticas públicas, como o Protocolo ▶





de Saúde Bucal HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), lançado em 2018 pela Prefeitura de São Paulo, contribuem para desmistificar o atendimento odontológico para essa parcela da população, além de auxiliar cirurgiões-dentistas na realização de procedimentos adequados. Vale lembrar que, por expressar que uma pessoa pode ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas, o termo IST é recomendado atualmente pelo Ministério da Saúde em substituição à nomenclatura DST.

Do ponto de vista da(do) profissional de saúde bucal, sabe-se hoje que o risco de contrair o HIV durante o exercício da Odontologia é menor que o de contrair outras doenças infecciosas, como a hepatite, por exemplo. E, em ambos os casos, isso seria consequência de um acidente de trabalho. Em condições normais, mesmo estando exposto a diversos tipos de microrganismos, a(o) cirurgiã(o)-dentista está protegido de praticamente todas essas transmissões por meio de ações simples, como a utilização de EPIs, aliada à imunização da equipe, higienização correta das mãos e esterilização do instrumental.

Nesse aspecto, os cuidados para o atendimento odontológico de qualquer paciente, portanto, são exatamente os mesmos e devem ser implementados para o funcionamento de qualquer consultório odontológico. A discriminação acontece por falta de informação.

#### EVITANDO A CONTAMINAÇÃO

Agentes biológicos, sejam eles vírus, bactérias ou fungos, que possam ser transmitidos por contato com fluidos corpóreos infectados (sangue e saliva) ou por inalação de aerossóis, são passíveis de serem transmitidos no ambiente odontológico, seja do

**DO PONTO DE VISTA DA(DO) PROFISSIONAL DE SAÚDE BUCAL, SABE-SE HOJE QUE O RISCO DE CONTRAIR O HIV DURANTE O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA É MENOR QUE O DE CONTRAIR OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS, COMO A HEPATITE, POR EXEMPLO**

paciente para a(o) cirurgiã(o)-dentista, da(o) cirurgiã(o)-dentista para o paciente ou de um paciente para outro. As resoluções e normas estabelecidas pelos órgãos de vigilância sanitária visam justamente à prevenção da transmissão de infecções dentro do ambiente clínico. Se seguidas à risca, elas protegem os pacientes e a equipe de saúde bucal.

As medidas de segurança envolvem o uso de EPIs, a esterilização de todos os instrumentais e materiais que possam ter contato com fluidos corpóreos, além do descarte daqueles que não sejam passíveis de esterilização. Vale ressaltar também a necessidade de vacinação da equipe. É importante lembrar que podem acontecer acidentes perfuro-cortantes, e medidas específicas devem ser adotadas para evitá-los, como não reencapar a agulha de anestesia, remover a lâmina de bisturi do cabo com auxílio de porta agulha, utilizar luvas grossas de borracha para a lavagem dos bisturis e possuir local específico para o descarte de perfuro-cortantes.

#### ACIDENTES DE TRABALHO

Nesse contexto, a transmissão do vírus HIV pode ser classificada, via de regra, como acidente de trabalho perfuro-cortante, uma vez que a saliva não é um veículo para a transmissão, mas sim o contato com sangue. O risco varia de acordo com a profundidade do corte, o volume de sangue presente no instrumental contaminado e a carga viral do paciente. Estima-se que, em caso de acidente percutâneo, o risco de soro-conversão seja de 0,3%. Após uma exposição muco-cutânea a sangue contaminado o risco é de 0,09%.

O vírus de maior risco para a equipe de saúde bucal, no entanto, é o da hepatite C, em virtude de seu alto potencial de transmissibilidade e pelo fato da doença se tornar crônica em mais de 80% dos casos. O vírus da hepatite B, por sua vez, possui um potencial menor de transmissibilidade, apresenta uma taxa menor de cronicidade, além de existir vacina para a sua prevenção. Para evitar o contágio com ambos os vírus (B e C), é necessário prevenir o contato direto com sangue contaminado, seguindo as recomendações dos órgãos governamentais de vigilância sanitária.

É importante lembrar que, de forma geral, a conduta profissional deve ser a mesma, havendo ou não uma doença infecciosa constada. Ou seja, não é necessário saber se o paciente está infectado com um vírus para implementar cuidados básicos, que são suficientes e necessários para evitar o contágio de todas as doenças citadas.

A única doença infecciosa que necessita de cuidados específicos (quanto à transmissão), além dos convencionalmente preconizados pelas agências governamentais de vigilância sanitária para consultórios odontológicos, é a tuberculose. Pacientes que apresentam essa doença ativa somente devem ser abordados por profissionais que estejam protegidos por máscaras de proteção especial, como a N-95. 🦺



Imagens meramente ilustrativas/Shutterstock

**O VÍRUS DE MAIOR RISCO PARA A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL, NO ENTANTO, É O DA HEPATITE C, EM VIRTUDE DE SEU ALTO POTENCIAL DE TRANSMISSIBILIDADE E PELO FATO DE A DOENÇA SE TORNAR CRÔNICA EM MAIS DE 80% DOS CASOS**

# Música

## é aliada no atendimento de crianças

*Ensaio clínico com uso de biomarcador para medir ansiedade conclui que música clássica reduz ansiedade na cadeira odontológica*

**D**esenvolvida na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a primeira pesquisa no Brasil sobre a aplicação da música como método de distração e redutor da ansiedade no atendimento odontopediátrico partiu de duas premissas: no país, cerca de 40% das crianças de quatro a doze anos ficam ansiosas na cadeira da(o) cirurgiã(o)-dentista; a Sinfonia nº 40 em sol menor, KV. 550, de Wolfgang Amadeus Mozart, tem efeito relaxante comprovado em situações de internação hospitalar.

Assim, com o objetivo de diminuir a ansiedade das crianças que começam a experimentar um tratamento dentário, a música foi analisada como uma estratégia de distração durante o atendimento odontológico desses pacientes, por meio de um ensaio clínico cruzado.

A análise resultante da pesquisa de mestrado da cirurgiã-dentista Marcela Oliveira Brant – orientanda da professora Júnia Maria Cheib Serra-Negra, da disciplina de Odontopediatria da UFMG, em uma parceria entre a Faculdade de Odontologia e o Departamento de Psicologia da UFMG – revelou que o método funciona: o uso da música é um recurso seguro e eficaz, de custo baixo e execução simples. Portanto, ao escutar músicas durante o tratamento odontológico, as crianças podem ficar menos ansiosas.

É notório que a ansiedade é um obstáculo aos cuidados de saúde bucal, um desafio epidemiológico, principalmente em Odontopediatria.

Nesse contexto, o desconforto causado pelos ruídos de certos equipamentos pode atrapalhar as consultas e gerar impacto negativo na vida do paciente. A música ajuda porque, além de aliviar tensões, reduz ou abafa os ruídos incômodos de um ambiente de atendimento odontológico.

“Eu uso Mozart no meu consultório, principalmente as melodias para bebês, entre outras, no som ambiente, incluindo pianistas, orquestras clássicas e música Celta. Muitos perguntam o que é e demonstram gostar de ouvir”, conta a odontopediatra e professora Sonia Pineda Vicente, membro da Câmara Técnica de Odontopediatria do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP).

### METODOLOGIA MULTIDISCIPLINAR

O aspecto inédito do trabalho se deu pela utilização de biomarcador para medição de ansiedade: as crianças tiveram frequência cardíaca aferida por um oxímetro de dedo (que mede a quantidade de oxigênio no sangue de um paciente) em três momentos diferentes de cada consulta. As variações nos marcadores biológicos in-

**O USO DA MÚSICA É UM RECURSO SEGURO E EFICAZ, DE CUSTO BAIXO E EXECUÇÃO SIMPLES. PORTANTO, AO ESCUTAR MÚSICAS DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, AS CRIANÇAS PODEM FICAR MENOS ANSIOSAS**



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

dicam ansiedade porque, nesse estado, respiramos mais rápido, e os índices de oxigenação e frequência cardíaca aumentam.

Foram atendidas 34 crianças de quatro a seis anos de idade das cidades de Brumadinho e Confins, em Minas Gerais. Nenhuma delas havia pisado em um consultório odontológico antes do teste, sendo que todas tinham duas lesões de cárie nos segundos molares de leite. Cada uma passou por três consultas clínicas consecutivas, com duração de cerca de 25 minutos em intervalos de sete dias.

No primeiro dia, foram feitas ficha clínica e exame clínico (sem música); no segundo, foi realizada consulta para restauração de um dente, ouvindo música, com utilização da técnica Tratamento Restaurador Atraumático Modificado, sem anestesia; e no último dia, consulta para restauração de outro dente, sem música.

Em cada uma dessas sessões de atendimento, foram feitas três medições: a primeira, assim que a criança se sentava na cadeira; a segunda, quando a cirurgiã-dentista ligava o motor de rotação para retirada do tecido cariado; e a terceira, quando o dente havia sido restaurado.

Nas intervenções com música, as crianças utilizaram fones de ouvido, protegidos com plástico descartável, e o volume da música foi ajustado para que o paciente pudesse ouvi-la de maneira clara, sem comprometer a compreensão das instruções da pesquisadora. Os procedimentos foram realizados com a audição da Sinfonia nº 40, de Mozart.

Desse modo, foi um ensaio clínico cruzado, porque todos os pacientes passaram por atendimento com e sem música – no último caso, cada criança foi controle dela mesma. ▶

**FORAM ATENDIDAS 34 CRIANÇAS DE QUATRO A SEIS ANOS DE IDADE DAS CIDADES DE BRUMADINHO E CONFINS, EM MINAS GERAIS. NENHUMA DELAS HAVIA PISADO EM UM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO ANTES DO TESTE, SENDO QUE TODAS TINHAM DUAS LESÕES DE CÁRIE NOS SEGUNDOS MOLARES DE LEITE**



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

Paralelamente, uma equipe do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da UFMG mediu traços da personalidade das crianças, com a finalidade de conhecer, por exemplo, as reações de cada um dos pacientes a ambientes estranhos. A conclusão foi que as crianças classificadas como menos extrovertidas se beneficiaram de forma mais significativa quando submetidas a tratamento odontológico ouvindo a sinfonia de Mozart – a música foi capaz de tranquilizá-las.

O trabalho contou com apoio de duas auxiliares de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas quais foram realizados os atendimentos – devidamente treinadas para o registro das medições de frequência cardíaca e de saturação de oxigênio. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Coep) da UFMG, a pesquisa está registrada na base internacional de ensaios clínicos Clinical Trial – até o momento, é o único estudo brasileiro sobre o tema.

Marcela Brant mantém a linha de pesquisa no doutorado e, na próxima etapa, irá selecionar crianças que

## PLAYLIST DO ODONTOPEDIATRA

Músicas indicadas pela professora Sonia Pineda Vicente, da CT de Odontopediatria do CROSP, que é autora do trabalho acadêmico “A Arte de Contar Histórias nas Consultas Odontopediátricas – Acolhendo e Fazendo Vínculos com Histórias na Área da Saúde”

1. Música usada na pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Sinfonia n° 40 em sol menor, KV. 550, de Wolfgang Amadeus Mozart: <https://youtu.be/JTc1mDieQIS>
2. Mais de três horas de música clássica para bebê dormir e relaxar: [https://youtu.be/UK\\_roxEUj18](https://youtu.be/UK_roxEUj18)
3. Duas horas de Mozart para bebês: <https://youtu.be/IW9jR3SADtw>
4. Quase uma hora de canções de ninar: <https://youtu.be/kRp7BCNzvgU>
5. Duas horas de música para crianças com sons da natureza: [https://youtu.be/PLX\\_lbMKYpQ](https://youtu.be/PLX_lbMKYpQ)
6. Meia hora de Mozart, Piano Concerto No. 21, K.467: <https://youtu.be/fNU-XAZjhzA>

necessitam de extração de dentes. A ideia é continuar estudando a influência da música em ensaio clínico com a mesma metodologia utilizada durante o mestrado.

É importante ressaltar que, além da música, há outros recursos simples e baratos que podem gerar benefícios enormes para o tratamento odontopediátrico. A literatura médica informa sobre a importância das técnicas de distração, como vídeos e contação de histórias, para o sucesso de diversos tipos de tratamento de saúde, mas os estudos ainda são escassos na Odontologia. 🦷

# ENXAGUATÓRIOS BUCAIS E SEU USO NO MANEJO CLÍNICO DA HALITOSE

A halitose, ou mau hálito, é um importante problema de saúde multifatorial que também pode afetar aspectos psicológicos e sociais de um indivíduo. É uma das principais razões de visitas aos dentistas depois da cárie e da doença periodontal. A sua prevalência pode chegar em até 50% da população, segundo a literatura e a variação de resultados é devido aos diferentes métodos de diagnóstico<sup>(1)</sup>. O tratamento da halitose bucal tem como objetivo a redução dos compostos sulfurados voláteis (CSV) através de métodos mecânicos e químicos, entretanto a efetividade de cada intervenção pode ser influenciada pelo tipo de dispositivo mecânico (escova, fio dental, limpador lingual) e pela formulação química dos dentífricos e enxaguatórios bucais<sup>(1)</sup>. Assim, ações que visem diminuir a quantidade de microrganismos produtores de CSV, reduzir o substrato proteico disponível e aumentar a salivagem (se for necessário) são imprescindíveis para o êxito do tratamento<sup>(2)</sup>. É importante ressaltar que as limitações dos métodos mecânicos para efetivamente alcançar e remover bactérias produtoras de

CSV de todas as áreas e sítios ecológicos orais são reconhecidas. A possibilidade dos enxaguatórios serem mais efetivos em atingir regiões da cavidade bucal menos acessíveis (dorso posterior lingual e áreas interproximais), a sua maior aceitação social e o modo de uso facilitado levaram a sua inclusão nos procedimentos de rotina diária de higiene bucal que inclui atualmente uma preocupação também com o controle da halitose.

Os enxaguatórios podem conter agentes antibacterianos e neutralizadores. Componentes neutralizadores podem atingir tanto a bactéria produtora de odor<sup>(3)</sup>, como podem neutralizar os compostos químicos que elas produzem<sup>(4)</sup>. Os princípios ativos incluem a clorexidina, cloreto de cetilpiridínio, dióxido de cloro, óleos essenciais (OEs) e também compostos de zinco e fluoreto de estanho dentre outros. Os efeitos inibitórios por 12 horas da produção de sulfeto de hidrogênio, um dos principais CSV, de um enxaguatório contendo OEs foi evidenciado por Saad et al.<sup>(5)</sup>, em um ensaio clínico randomizado duplo cego de 6 semanas, e esse efeito foi superior a outros três enxaguatórios

comercialmente disponíveis. Alguns dos mecanismos de ação propostos, dos enxaguatórios contendo OEs, que explicam essa redução e rompimento da barreira extracelular e alteração da atividade enzimática bacteriana, desnaturação proteica, dentre outros. O cloreto de zinco também presente nos enxaguatórios contendo OEs além de possuir atividade antimicrobiana, reduz os CSV através de sua transformação em compostos insolúveis<sup>(6)</sup>. Um terceiro mecanismo de ação que merece ser melhor elucidado é o aumento de fluxo salivar provocado pelo uso dos enxaguatórios. Para os pacientes com queixa de halitose, esse aumento da salivagem, mesmo que transitório, promove uma sensação de conforto prolongada que afeta positivamente sua vida social.

Assim, embora no passado grande parte das evidências sobre a eficácia dos enxaguatórios no combate ao mau hálito fossem consideradas anedotas, observamos agora um aumento de estudos bem delineados, com maior tempo de duração, e princípios ativos com mecanismos de ação estabelecidos que evidenciam o impacto benéfico do uso de enxaguatórios contendo OEs no controle da halitose.

NOVO!

## LISTERINE® GO! TABS™



PARA QUALQUER HORA, EM QUALQUER LUGAR: para momentos que não é possível escovar os dentes, nem usar um enxaguatório tradicional.



HÁLITO FRESCO POR ATÉ 4 HORAS, atacando os germes que causam mau hálito.



A SENSÇÃO DE LIMPEZA DE LISTERINE® agora em qualquer lugar.

PRIMEIRO ENXAGUATÓRIO EM TABLETE QUE VOCÊ PODE ENGOLIR, alcançando áreas profundas da boca, para uma sensação de limpeza e hálito fresco.



EMBALAGEM PORTÁTIL: Fácil de carregar e cabe no bolso.



ZERO ÁLCOOL E ZERO AÇÚCAR.



## Referências Bibliográficas

1. Z, Aljufairi H, Nasser M, Outhouse TL, Pedrazzi V. Mouthrinses for the treatment of halitosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4.
2. Calil, CM.; Marcondes FK. Influence of anxiety on the production of oral volatile sulfur compounds. Life Sciences 79 (2006) 660–664.
3. Britto, I. M. P. A.; CALIL, C. M.; Muller, V.; PANNUTI, C. M.; Pustiglione. O uso de enxaguatórios bucais no controle da halitose. Periodontia (Fortaleza), v. 19, p. 61-67, 2009.
4. Fine DH, Furgang D, Sinatra K, Charles C, McGuire A, Kumar LD. In vivo antimicrobial effectiveness of an essential oil-containing mouth rinse 12 h after a single use and 14 days' use. J Clin Periodontol 2005; 32: 335–340
5. Saad S, Greenman J, Shaw H. Comparative effects of various commercially available mouthrinse formulations on oral malodor. Oral Dis. 2011 Mar;17(2):180-6.
6. Young A, Jonski G, Rölla G, Wäler SM. Effects of metal salts on the oral production of volatile sulfur-containing compounds (VSC). J Clin Periodontol. 2001;28:776-81.

## Caroline Morini Calil

Doutora em Fisiologia Oral/FOP Unicamp  
Pós Doutora em Periodontia/FOUSP  
Profa do Curso de Halitose na Fundectó/FOUSP  
e profª. convidada dos cursos de especialização em Periodontia da Fundectó/FOUSP  
Proprietária da Halicenter

# Emil Razuk

Odontologia por um mundo melhor

*Apassionado pela profissão, o ex-presidente do CROSP tem uma trajetória marcada por conquistas na área*

Nascido em Pederneiras, interior de São Paulo, Emil Razuk se orgulha de levar uma vida de dedicação à carreira e à família. Em seu consultório no bairro da Vila Mariana, em São Paulo, onde atende gratuitamente refugiados sírios, o ex-presidente do CROSP começa a entrevista com a Revista do CROSP citando um trecho de uma reflexão do militar norte-americano Douglas MacArthur (1880 – 1964): “Não é por termos vivido certo número de anos que envelhecemos, envelhecemos porque abandonamos o nosso ideal”.

Emil Razuk acredita que o homem íntegro é aquele que jamais deixa de lutar pelos seus ideais: “Felizmente, a chama do meu ideal, que é lutar pela saúde da população, nunca se apagou”, afirma o cirurgião-dentista de 83 anos, cuja trajetória é marcada pelo civismo desde a faculdade em Araraquara. Como estudante, foi presidente do Centro Acadêmico Sampaio Vidal, vice-presidente da União Estadual dos Estudantes (UEE) e líder da bancada paulista no Congresso da União Nacional dos Estudantes (UNE) em 1957. “Lutávamos por coisas pelas quais lutamos até hoje: pela ética, pela honestidade, pelo civismo, por aquilo que o ser humano tem de devolver à sua pátria”, comenta o cirurgião-dentista.

Filho de libaneses, Razuk tem dois filhos e quatro netos. Sua mãe (nascida em Tiro) veio para o Brasil após se casar com seu pai (nascido em Marjeyoun), que havia emigrado bem antes, aos 12 anos, em 1902, por conta da perseguição do império turco-otomano aos libaneses. “A família da minha mãe foi exilada na Turquia durante a Primeira Guerra Mundial. Recentemente, visitei as cidades onde eles nasceram. Foi uma sensação muito forte”.

**FILHO DE LIBANESES, RAZUK TEM DOIS FILHOS E QUATRO NETOS. SUA MÃE (NASCIDA EM TIRO) VEIO PARA O BRASIL APÓS SE CASAR COM SEU PAI (NASCIDO EM MARJEYOUN), QUE HAVIA EMIGRADO BEM ANTES, AOS 12 ANOS, EM 1902, POR CONTA DA PERSEGUIÇÃO DO IMPÉRIO TURCO-OTOMANO AOS LIBANESES**

Foto: Iara Crepaldi/Revista do CROSP



Segundo Razuk, o passado de sua família o ensinou que a vida era muito difícil em outros lugares e que, por isso, deveria ser grato e compartilhar com a sociedade os frutos de suas oportunidades. “Meus pais educaram cinco filhos com uma formação humanística muito boa”, diz Razuk, que sempre estudou na rede pública de ensino. Em 1957, após se formar pela Faculdade de Odontologia de Araraquara, aos 21 anos, mudou-se para São Paulo. Na capital paulista, passou a atender em um consultório alugado, além de dar plantão odontológico em um pronto-socorro no bairro Santa Cecília.

Casado com Marilena Camasmie Razuk desde 1975, Emil tem dois filhos - Gustavo e Renata - e quatro netos: Isadora, Luiz Gustavo, João Vitor e Marcelo. “Considero minha família uma grande dádiva”, afirma.

## CONQUISTAS

Ele teve participação efetiva nas articulações junto ao poder público para a criação do Conselho Federal de Odontologia e do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, como membro da Associação Paulista de Cirurgiões-

-Dentistas (APCD) – foi ao Rio de Janeiro em 1959 e entregou o anteprojeto ao presidente da Câmara Federal, deputado Ranieri Mazzilli, que em 14 de abril de 1964 sancionou a Lei nº 4.324, responsável pela criação dos Conselhos Profissionais em Odontologia.

Em 1963, foi bolsista do governo francês na Faculdade de Medicina de Paris, estudando Estomatologia, e tomou conhecimento de uma pesquisa sueca sobre bochechos fluorados. De volta ao Brasil, como diretor do Serviço Dentário Escolar (1972-1974) do Governo do Estado ▶



Foto: Jara Crepaldi/Revista do CROSP

de São Paulo, implantou um projeto de bochecho fluoretado semanal para a rede de ensino público: um enxague de um minuto com uma solução a 0,2% de flúor, que diminuía em 36,8% a cárie nas crianças. Foram beneficiados 1.665.364 alunos do Estado, por seis anos.

Como diretor do Serviço Dentário Escolar, Razuk também programou um mutirão de férias com mais de 300 cirurgiões(ões)-dentistas para atender as crianças do Vale do Ribeira e, depois, outra iniciativa no Pontal do Paranapanema, onde os atendimentos eram realizados em consultórios, inclusive em um navio-balizador, que ele conseguira emprestado na Secretaria de Obras do Governo do Estado. “É preciso mostrar trabalho antes de fazer reivindicações”, acredita Razuk. No cargo, ele também conseguiu realizar uma prova de seleção pública para contratação de 322 cirurgiões(ões)-dentistas, em 1973 – processo inédito no Estado, que desde então, nunca foi repetido com esse porte.

Em 1974, foi eleito deputado estadual com 33.363 votos e cumpriu mandato entre 1975 e 1979. Apresentou o Projeto de Lei nº 457, sobre a fluoretação das águas de abastecimento público, que foi transformado no Decreto nº 10.330/1977, até hoje em vigor, com impacto na saúde bucal de toda a população. “É um método mais humano e mais social, pois beneficia a todos sem distinção de ordem econômica ou educacional, uma vez que beber água é uma necessidade universal”, comenta.

Sua passagem pela vida política inclui os cargos de presidente da Comissão de Ciência, Cultura e Tecnologia (1977-1978); vice-presidente da Comissão de Saúde (1975-1978); vice-presidente da Comissão de Educação (1977-1979); e suplente como deputado estadual (1978 e 1982). “Saí muito decepcionado. Meu pai me dizia: ‘veja com quem você anda’. E eu via que os interesses da população não eram sempre prioridade”, afirma.

Em 1976, Razuk conseguiu aprovação para a criação do Departamento de

**“É UM MÉTODO MAIS HUMANO E MAIS SOCIAL, POIS BENEFICIA A TODOS SEM DISTINÇÃO DE ORDEM ECONÔMICA OU EDUCACIONAL, UMA VEZ QUE BEBER ÁGUA É UMA NECESSIDADE UNIVERSAL”**

Assistência ao Escolar, do qual se tornou diretor em 1979 (até 1982). “Firmamos um convênio espetacular com o Centro Tropical de Pesquisas e Tecnologia de Alimentos da FEA-UNICAMP. Os alimentos das merendas escolares eram submetidos à análise de cinco disciplinas (microbiologia, bromatologia, análise sensorial, degustação de campo e aspectos gerais dos produtos), cada uma assinada por um catedrático e dois assistentes”, comenta.

## ATUAÇÃO NO CROSP

Em 1982, o prefeito Reynaldo de Barros atendeu a um pedido antigo de Razuk e oficializou a doação de um terreno de 5.013 metros quadrados para a construção da nova sede da APCD, conforme consta da página 123 do livro “APCD: 100 anos de história”. Em 1986, ele foi nomeado diretor do Departamento de Saúde Escolar da Prefeitura de São Paulo e, dois anos depois, começou a sua atuação como presidente do CROSP (1988-1996 e 2001-2013).

Na direção do CROSP, estabeleceu diversos benefícios para os funcionários da autarquia, como assistência médica e odontológica, auxílio à educação, auxílio-creche, auxílio funeral e seguro de vida, entre outros. Criou ainda as delegacias seccionais, que dão suporte aos inscritos regionalmente, e implementou um convênio com as faculdades para os formandos saírem com a carteira provisória de cirurgiões(ões)-dentistas, válida por dois anos.

À frente do Conselho, em 1992, entregou ao então ministro Adib Domingos Jatene, um ofício reivindicando apoio do Ministério da Saúde para a realização de uma campanha nacional de vacinação contra a hepatite B. Foram imunizados cirurgiões(ões)-dentistas, técnicos em prótese dentária, técnicos e auxiliares em saúde bucal e acadêmicos de todo o Estado de São Paulo; e, depois, em uma ação conjunta do Ministério da Saúde com a Fundação Nacional de Saúde (FNS), a vacinação foi estendida a todas(os) as(os) cirurgiões(ões)-dentistas do país. “Eu fui responsável por coordenar a campanha nos 27 Estados”, lembra Razuk.

Já nos anos 2000, sob sua direção, o CROSP realizou duas campanhas nacionais de destaque: o Programa de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer Bucal (2002-2012), promovido com ampla cobertura da mídia; e o Programa e Concurso “Saúde Bucal” (2003-2012), idealizado por Razuk com o objetivo de dar orientação sobre prevenção de doenças por meio da saúde bucal. O projeto foi considerado pela UNESCO o maior programa pedagógico sobre saúde bucal do mundo e motivou milhares de alunos e professores do ensino fundamental de escolas estaduais e municipais a usar a criatividade para desenvolver trabalhos que promovessem a preservação de bons hábitos em relação à saúde bucal.

A segunda edição do Programa e Concurso “Saúde Bucal”, por exemplo, teve seis milhões de alunos. Eram 91 divisões regionais no Estado. Razuk também criou as câmaras técnicas de especialidades e conseguiu, com o prefeito Gilberto Kassab, a isenção da taxa do ISS. “Se nós realizamos inúmeros trabalhos, é porque sempre contamos com uma equipe muito valorosa e comprometida. Deixei o CROSP com o sentimento de orgulho, satisfação e dever cumprido”. Especializado em

Odontopediatria e Ortopedia Funcional dos Maxilares, atualmente Razuk é diretor de Odontologia da Associação Médica Líbano-Brasileira, que dá assistência a refugiados. “Contamos com uma rede de 48 cirurgiões(ões)-dentistas voluntários(os) que atendem em seus próprios consultórios, pelo menos, um paciente por semestre indicado pela Associação. Eu sou um deles”, conta Razuk.

Há pouco mais de um ano, Razuk trabalha em sua biografia, prevista para 2020, na qual será possível conhecer de forma detalhada todas as ações desenvolvidas em prol da profissão e da população. O livro terá a colaboração do jornalista José Donizetti Morbidelli. “Gosto do que faço e sou apaixonado por minha profissão. Por isso, faço tudo com muito carinho”, finaliza. 📖



Foto: arquivo pessoal

# Câmaras Técnicas e Comissões

## Câmaras Técnicas

- Acupuntura • Analgesia Relativa ou Sedação Consciente
- Antroposofia • Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
  - 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

- Comunicação e Mídias • Convênios e Saúde Suplementar
- Ensino e Especialidade • Harmonização Orofacial
- Odontologia Regenerativa • Políticas Públicas

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

## ACUPUNTURA

contato: [acupuntura@cosp.org.br](mailto:acupuntura@cosp.org.br)

# Tabagismo e Acupuntura

*Prática milenar, reconhecida internacionalmente por entidades científicas, é importante aliada na luta contra o tabagismo*

O tabagismo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), está relacionado a mais de 50 doenças. Além disso, cerca de 30% das mortes por câncer do aparelho respiratório, esôfago, estômago, pâncreas, colo de útero, rim e bexiga possuem ligação com o fumo. Especificamente na cavidade oral, a chance de um fumante desenvolver essa patologia é oito vezes maior do que em um não fumante. Além disso, um terço da população mundial com 15 anos ou mais é fumante, algo em torno de 1.2 bilhão de pessoas; estima-se, ainda, que 500 milhões morrerão em consequência do vício.

A Acupuntura é parte da Medicina Tradicional Chinesa e consiste na aplicação de finas agulhas em pontos específicos no corpo, localizados no trajeto de canais ou meridianos (acupontos). Ela existe há mais de três mil anos e hoje já é reconhecida como especialidade por diversos Conselhos Federais, como os de Medicina, Odontologia e Veterinária. Há comprovações científicas indiscutíveis da Acupuntura listadas pela OMS – a técnica tem sido uma opção importante no auxílio ao indivíduo que deseja parar de fumar e pode ser associada ao uso de laser ou eletroestimulação.

No mecanismo de ação, o estímulo nos acupontos libera endorfinas, serotonina e outras substâncias com ações analgésicas, ansiolíticas e antidepressivas, necessárias para o equilíbrio físico e mental.

O tratamento tem início com uma entrevista (anamnese) em que se colhem dados essenciais para o conhecimento de fatores relacionados à dependência. O terapeuta pode ainda decidir sobre o tipo de técnica a ser empregada – como a escolha dos chamados microssistemas, como é o caso da auriculoterapia, em que se pode utilizar micro agulhas, sementes vegetais ou esferas, além do laser ou eletroacupuntura auricular.

A orelha, considerada um microssistema, é estimulada em pontos que funcionam como uma espécie de mapa de todos os órgãos e vísceras, além de pontos que agem diretamente no cérebro. A técnica é cada vez mais difundida no combate à dependência de fumo ou álcool e as reações que podem surgir, após ou durante a tentativa de parar de fumar, também podem ser tratadas por meio de estímulos em pontos específicos da orelha.

Todos os avanços nesse campo nos levam a acreditar que é imprescindível uma abordagem multidisciplinar – psicologia, medicina, nutrição, fisioterapia e tantas outras especialidades – em apoio ao tabagista.

A(o) cirurgiã(o)-dentista é parte integrante da equipe multidisciplinar no tocante à inspeção minuciosa da cavidade oral do fumante, alertando e orientando o tabagista. Além disso, a(o) cirurgiã(o)-dentista acupunturista poderá determinar protocolos e aplicar os recursos necessários para coadjuvar o tratamento.

É de suma importância a participação no aconselhamento, suporte, substituição da nicotina, e, através da Acupuntura, o controle da ansiedade. Também é recomendável sugerir exercícios, relaxamento, respiração e meditação aos pacientes. ♥

**HÁ COMPROVAÇÕES CIENTÍFICAS INDISCUTÍVEIS DA ACUPUNTURA LISTADAS PELA OMS – A TÉCNICA TEM SIDO UMA OPÇÃO IMPORTANTE NO AUXÍLIO AO INDIVÍDUO QUE DESEJA PARAR DE FUMAR E PODE SER ASSOCIADA AO USO DE LASER OU ELETROESTIMULAÇÃO**

## DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL

contato: dtm@cosp.org.br

# Relações entre cefaleia do tipo tensional e DTM

*Tratamento de dores crônicas miofasciais demanda profissional especialista e anamnese detalhada – bruxismo é um dos principais fatores de risco*

As articulações temporomandibulares (ATM) e estruturas anexas, como os músculos da mastigação, são complexas e com repercussão nas regiões da cabeça e cervical. Elas demandam atenção especial de uma especialidade da Odontologia: a Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (DTM). Os profissionais especialistas em DTM trabalham com o intuito de promover e desenvolver uma base de conhecimentos científicos para melhor compreensão do diagnóstico e tratamento das dores e distúrbios dos sistemas da mastigação, região orofacial e estruturas relacionadas. São fatores de risco para DTM e cefaleia: alterações hormonais, predisposição genética e, principalmente, o bruxismo – tanto o de vigília como o do sono.

Relatos de dor na região da face, cabeça e cervical são frequentes no atendimento odontológico. Os sinais mais comuns da disfunção e dor relacionadas à ATM são dificuldade, dor ou limitação para abrir ou movimentar a boca; ruídos na ATM; travamento da mandíbula; dores na face e na proximidade dos ouvidos; cansaço nos músculos da face e certos tipos de dores de cabeça. São fundamentais bom conhecimento de anatomia e anamnese detalhada para o diagnóstico diferencial, tratamento e prognóstico.

**RELATOS DE DOR NA REGIÃO DA FACE, CABEÇA E CERVICAL SÃO FREQUENTES NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO. OS SINAIS MAIS COMUNS DA DISFUNÇÃO E DOR RELACIONADAS À ATM SÃO DIFICULDADE, DOR OU LIMITAÇÃO PARA ABRIR OU MOVIMENTAR A BOCA; RUÍDOS NA ATM; TRAVAMENTO DA MANDÍBULA; DORES NA FACE E NA PROXIMIDADE DOS OUVIDOS; CANSAÇO NOS MÚSCULOS DA FACE E CERTOS TIPOS DE DORES DE CABEÇA**

## DTM É MUITO MAIS QUE UM DISTÚRBO DA ATM

As dores de cabeça fazem parte dos sintomas mais frequentemente relatados pelos pacientes com DTM - elas afetam pessoas de todas as idades, e os números, referentes a homens e mulheres, impressionam: 54,2% em adultos, 51% em adolescentes e 24% em idosos. Apesar de serem comuns a ambos os sexos, essas dores têm prevalência maior em mulheres. Além disso, a dor de cabeça é um dos sintomas de dor mais comuns no mundo: 95% das pessoas têm, tiveram ou terão esse tipo de dor.

Mais de 200 condições clínicas podem levar à cefaleia – entre elas, destaca-se a fadiga física ou psíquica, devido à contração excessiva dos músculos da face ou nuca, com irradiação para a cabeça e, geralmente, com evolução crônica.

A dor de cabeça - ou cefaleia – pode ainda ser uma condição primária ou secundária. Quando secundária, ela ocorre devido à instalação de outra doença, como a DTM. Isso é facilmente explicado pelos músculos da mastigação: o masseter e o temporal são responsáveis por elevar a mandíbula durante o movimento mastigatório. O masseter trabalha na força, ao passo que o temporal atua na velocidade.

Na maioria dos casos, a queixa é que a dor está na região à frente dos ouvidos e têmporas, seja por relato voluntário do paciente ou após a(o) cirurgiã(o)-dentista apalpar o local. A dor na região das têmporas (músculo temporal) pode ser primária (cefaleia) ou secundária à DTM (dor muscular).

A interpretação das dores do paciente, incluindo a dor de cabeça, parte de uma boa anamnese. Para cada uma das dores que o paciente relata – e podem ser muitas –, é necessário saber: localização, frequência, intensidade, fatores perpetuantes, desencadeantes, entre outros pontos. Após a coleta dessas informações, passa-se ao exame físico de palpação, na tentativa de reproduzir a dor. Com a queixa, exame físico, sinais e sintomas, deve-se formar a hipótese diagnóstica.

A dor de cabeça, quando sintoma de DTM, geralmente é em pressão, localizada nas têmporas e do mesmo lado da DTM. Essa dor recebe a denominação de Cefaleia do Tipo Tensional Crônica Secundária, ou seja, causada pela presença de DTM. Entretanto, é comum que o paciente apresente dor de cabeça primária – quando a dor de cabeça é a própria doença – e DTM. Este conceito é o de comorbidade, o qual envolve duas doenças que caminham em paralelo.

Na última década, aumentou significativamente o número de publicações científicas sobre Cefaleia do Tipo Tensional e Disfunção Temporomandibular, tanto por cirurgiãs(ões)-dentistas especialistas na área quanto por médicos neurologistas. Enfatizamos aqui a necessidade de equipe multidisciplinar para o entendimento dessas dores.

O entendimento segundo o qual a Cefaleia do Tipo Tensional pode ser secundária à DTM trouxe uma nova atenção ao atendimento das dores crônicas miofasciais em consultório odontológico. Em muitas ocasiões, o paciente chega ao consultório ou serviço com muitas dúvidas, inseguro, com dor, exames à mão, diagnóstico e tratamentos prévios que não deram resultado satisfatório. Cabe à(o) cirurgiã(o)-dentista identificar as dores, fazer o diagnóstico e propor o tratamento correto no âmbito da área de atuação. Uma vez que a dor de cabeça é secundária à DTM, controla-se a DTM para, como consequência, eliminar o problema. ■

Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock



**A DOR DE CABEÇA, QUANDO SINTOMA DE DTM, GERALMENTE É EM PRESSÃO, LOCALIZADA NAS TÊMPORAS E, DO MESMO LADO DA DTM. ESTA DOR RECEBE A DENOMINAÇÃO DE CEFALIA DO TIPO TENSIONAL CRÔNICA SECUNDÁRIA, OU SEJA, CAUSADA PELA PRESENÇA DE DTM**



## ESTOMATOLOGIA

contato: estomatologia@cosp.org.br

# A diferença entre xerostomia e hipossalivação

*A correta identificação do fator causal é determinante para o direcionamento da melhor terapia*

Muitas vezes nos deparamos com uma queixa que vem se tornando frequente por parte de nossos pacientes: a sensação de secura e da falta de percepção de saliva na cavidade oral. Com o envelhecimento da população esse tipo de queixa é mais frequentes e cabe à(o) cirurgiã(o)-dentista compreender as diferenças dessas condições para o correto diagnóstico e manejo desses indivíduos.

A saliva é um importante fluido que contribui para a homeostase com importantes funções muito bem estabelecidas: lubrificação da mucosa, proteção e manutenção da integridade bucal, neutralização dos ácidos produzidos pelas bactérias e oriundos dos alimentos, facilitação da agregação bacteriana nas superfícies dentais e ajuda na limpeza da cavidade oral.

A saliva total é derivada das glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular), por milhares de glândulas salivares menores e pelo fluido crevicular. A composição salivar é majoritariamente composta por água, e o restante do fluido é formado por proteínas e sais minerais.

A xerostomia é a sensação subjetiva de boca seca relacionada a diversas condições, como o uso de medicações sistêmicas, a radioterapia na região da cabeça e pescoço e algumas doenças autoimunes. A hipossalivação é conceituada como a redução objetiva do fluxo salivar, quer seja estimulado ou não.

O que muitas vezes confunde o diagnóstico clínico é o fato de que, em alguns casos, a sensação de boca seca (xerostomia) está diretamente relacionada com o baixo fluxo salivar (hipossalivação). Em outros casos, contudo, a xerostomia se faz presente mesmo com o fluxo salivar em níveis normais. Portanto, nem sempre a xerostomia reflete a hipofunção da glândula salivar.

A xerostomia pode causar impacto negativo na saúde bucal e na qualidade de vida - aqueles que são afetados por ela podem apresentar determinados

sinais e sintomas, como sensação de queimação (síndrome da ardência bucal), gosto anormal (disgeusia), halitose e falta de retenção de próteses (quando associada à hipossalivação).

## PREVALÊNCIA

A prevalência varia bastante na literatura, pois depende da população estudada e da área geográfica onde o estudo foi realizado, variando entre os estudos de 0,9% até 63%. A condição é mais prevalente em mulheres e idosos. Vários fatores podem estar associados com xerostomia transitória ou persistente (tabela 1).

**TABELA 1** | *Influência de determinadas condições sistêmicas na função das glândulas salivares*

	Fluxo salivar	Alteração de composição salivar	Xerostomia
Drogas xerogênicas	Reduzido	Sim	Sim
Síndrome de Sjögren	Reduzido	Sim	Sim
Radioterapia de cabeça e pescoço	Reduzido	Sim	Sim
Diabetes mellitus	Reduzido	Sim/Não	Sim
Hipertireoidismo	Aumentado	Sim	Não
Hipotireoidismo	Reduzido	Desconhecida	Sim
Síndrome de Cushing	Inalterado	Sim	Não
Doença de Addison	Inalterado	Sim	Não
Doença de Parkinson	Reduzido	Sim	Sim
Doença de Alzheimer	Reduzido	Sim	Sim
Síndrome da ardência bucal	Inalterado	Sim	Sim
HIV/AIDS	Reduzido	Sim/Não	Sim
Vírus da Hepatite C	Reduzido	Desconhecida	Sim
Infecção bacteriana local	Reduzido	Sim	Desconhecida
Aplasia de glândula salivar	Reduzido	Desconhecida	Desconhecida
Displasia Ectodérmica	Reduzido	Sim	Não
Anorexia e Bulimia	Reduzido	Sim	Sim
Quimioterapia	Reduzido	Sim/Não	Sim
Doença do enxerto versus hospedeiro	Reduzido	Sim	Sim

## DIAGNÓSTICO

Em pacientes com a queixa de xerostomia, a(o) cirurgiã(o)-dentista deve realizar uma anamnese bem detalhada, com enfoque nas seguintes questões: sexo, idade, doenças sistêmicas, menopausa, medicamentos (tipo, posologia e tempo de uso), tabagismo (medido pelo número de cigarros consumidos por dia), a frequência da sensação de boca seca e sua severidade ou intensidade, mensurada em uma escala de 0 a 10.

Outro fator muito importante é observar se há presença de saliva fluindo na cavidade e a realizar testes objetivos (sialometria) que são facilmente feitos em consultório.

Para a aplicação da técnica objetiva é necessário: proveta graduada milimetricamente, cronômetro ou relógio e dimeticona (solução), que é uma droga ►

**ESTOMATOLOGIA**contato: [estomatologia@crops.org.br](mailto:estomatologia@crops.org.br)

antiespumante que precipita rapidamente a espuma salivar coletada e é adquirida em farmácias.

Após a escolha da técnica, a(o) cirurgiã(o)-dentista deve cronometrar o tempo de coleta salivar por um período que varia de cinco a quinze minutos. Para a espuma toda precipitar e ter o correto volume da coleta, adiciona-se de três a cinco gotas da solução de dimeticona (cada gota corresponde a 0,02 ml) ao conteúdo coletado e agita-se o conjunto. Deve-se dividir o volume salivar produzido pelo tempo de coleta para obter a taxa de fluxo salivar (tabela 2).

**INTERPRETAÇÃO DA SIALOMETRIA**

Menor que 0,1 ml/min	Sugestivo de hipossalivação (não estimulada)
Menor que 0,7 ml/min	Sugestivo de hipossalivação (estimulada)

**TRATAMENTO**

O tratamento de escolha da xerostomia ou da hipossalivação dependerá do diagnóstico realizado. Após a identificação do fator causal será possível direcionar a melhor terapia.

Primeiramente, é necessário avaliar a possibilidade de modificar e/ou remover o agente causal identificado. Caso isso não seja possível (por exemplo, em que houve radioterapia), o tratamento é apenas paliativo ou preventivo.

No combate à hipossalivação, usa-se estimulantes salivares gustativos (alimentos cítricos), mastigatórios (gomas de mascar) ou medicamentosos (cevimelina ou pilocarpina).

Em todos os casos, os pacientes devem ser incentivados a ingerir bastante líquidos no decorrer do dia, e os sintomas podem ser aliviados por meio da prescrição e uso de salivas artificiais, que podem ser preparadas e compradas em farmácias de manipulação e são eficazes na lubrificação da mucosa oral.

Concluimos que a hipossalivação e a xerostomia provocam desconforto aos pacientes e algumas repercussões para a saúde. Uma boa anamnese e um exame físico sistemático são fundamentais para o diagnóstico correto e o tratamento desses distúrbios. 📌



Imagem meramente ilustrativa e cedida para o CROSP

**NO COMBATE À HIPOSSALIVAÇÃO USA-SE ESTIMULANTES SALIVARES GUSTATIVOS (ALIMENTOS CÍTRICOS), MASTIGATÓRIOS (GOMAS DE MASCAR) OU MEDICAMENTOSOS (CEVIMELINA OU PILOCARPINA)**

**HIPNOSE**contato: [hipnose@crops.org.br](mailto:hipnose@crops.org.br)

## Conheça as origens e os pioneiros da Hipnose

*Desde 2008, técnica é reconhecida oficialmente como habilitação em Odontologia*

O surgimento oficial da Hipnose no Brasil remonta a 1863, quando o então imperador D. Pedro II permitiu a criação, no território nacional, da Sociedade de Propaganda do Magnetismo e do Júri Magnético do Rio de Janeiro. A prática do hipnotismo se expandiu pelo país por meio, principalmente, de cursos e congressos; os adeptos passaram a aplicar suas técnicas com sucesso na Medicina e na Odontologia.

Rapidamente, foram criadas associações para que os profissionais pudessem buscar conhecimento científico com os mestres europeus. Destacam-se alguns desses especialistas: Franz Anton Mesmer (Áustria), James Braid (Inglaterra); os franceses Jean-Martin Charcot, Émile Coué, Ambroise-Auguste Liébeault, Henri Bernheim; e o famoso fisiologista russo Ivan Petrovich Pavlov.

**ESCOLAS FRANCESAS**

Havia uma rivalidade em termos de formulação de conceitos e atendimento ao público entre as escolas de Salpêtrière (ou de Paris) – comandada pelo neurologista Jean-Martin Charcot – e a de Nancy, liderada pelos médicos Ambroise-Auguste Liébeault e Henri Bernheim. Enquanto Charcot afirmava que todos os pacientes hipnotizáveis eram histéricos, a Escola de Nancy defendia que, quanto mais saudáveis os pacientes, mais facilmente seriam hipnotizados.

Ainda na cidade francesa de Nancy, o terapeuta Emile Coué tornou-se conhecido com a célebre frase de autossugestão: "Todos os dias, de todos os pontos de vista, vou cada vez melhor". ▶



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

## HIPNOSE

contato: hipnose@cosp.org.br

## CRESCIMENTO NO BRASIL

A popularização da Hipnose no Brasil veio na esteira dos desenvolvimentos disseminados na Europa. No Rio de Janeiro, destacaram-se os médicos Osmard Andrade Faria, David Akstein, Alberto Rocha Lima e o cirurgião-dentista Enio Lima, que fundou, em 1958, a Associação Brasileira de Hipnodontia.

Em São Paulo, merecem menção Álvaro Badra, presidente da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas e do Sindicato dos Odontologistas de São Paulo; Eurico da Silva Matos, primeiro Presidente do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP); e Alberto Lerro Barreto. Em 1956, Eurico e Alberto fundaram a Sociedade Paulista de Hipnose, considerada a primeira do mundo. Infelizmente, a sociedade já foi extinta.

A primeira conferência brasileira sobre Hipnose ocorreu no Sindicato dos Odontologistas de São Paulo, em 1956, com o Saul Castan. No Paraná, no mesmo ano, José Ferreira fundou o Centro Paranaense de Hipnose, que mais tarde, já em 1963, daria origem à Associação Paranaense de Hipnose.

O médico e psiquiatra argentino José Torres Norry ministrou o primeiro curso científico de hipnologia no Brasil. As aulas foram realizadas em 1956 nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Campinas e Curitiba.

Em 1959, nasceu a Sociedade Mineira de Hipnologia, com o médico Geraldo Barros como presidente. Em São Paulo, a APCD criou o Departamento de Hipnodontia, tendo Álvaro Badra como presidente e Raul Eitelberg como secretário.

## PROFISSIONAIS DE DESTAQUE DA HIPNOSE NO BRASIL

Os cirurgiões-dentistas Eloy Teixeira, Abimael Ferreira de Couto e Fernando Ribeiro de Toledo Piza (todos de São Paulo) devem ser destacados; em Minas Gerais, Alfredo Campos Pimenta; em Pernambuco, José Roberto de Melo. É importante citar, no Ceará, Ivan César, que tem diversos livros publicados; no Piauí, merece menção Osvaldo de Azevedo Monteiro Lima e, no Rio de Janeiro, o médico Fernando Luiz de Azevedo Rabelo.

Diversos cursos foram ministrados em hospitais e associações pelos médicos Antônio Carlos de Moraes Passos, Jefferson G. Gonzaga, José Monteiro e Joel Priori Maia, entre outros.

Na Odontologia, Álvaro Badra empreendeu trabalho louvável para o reconhecimento da utilização da hipnose pelas(os) cirurgiãs(ões)-dentistas. Em âmbito legislativo, graças aos esforços dos deputados federais Aniz Badra (SP) e Braga Ramos (PR), cirurgião-dentista, foi possível incluir a Hipnose na Lei nº 5.081, item VI de 24 de agosto de 1966, que regulamenta o exercício da Odontologia. O artigo 6º define: “compete ao cirurgião-dentista empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meio eficaz para tratamento”.

Cursos e congressos proliferaram pelo Brasil, consolidando a Hipnose como auxiliar em diversas especialidades médicas e odontológicas. Em 1995, Jacy Mon-

**A POPULARIZAÇÃO DA HIPNOSE NO BRASIL VEIO NA ESTEIRA DOS DESENVOLVIMENTOS DISSEMINADOS NA EUROPA. NO RIO DE JANEIRO DESTACARAM-SE OS MÉDICOS OSMARD ANDRADE FARIA, DAVID AKSTEIN, ALBERTO ROCHA LIMA E O CIRURGIÃO-DENTISTA ENIO LIMA, QUE FUNDOU, EM 1958, A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HIPNODONTIA**

tenegro criou o Grupo de Estudos de Hipnose na Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, que mais tarde se tornaria o departamento de Hipnose. Recentemente, em 2008, regulamentou-se a habilitação da Hipnose na Odontologia, ficando estabelecido que a(o) cirurgiã(o)-dentista deve fazer cursos reconhecidos pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) para poder divulgar esse tipo de atendimento.

Já em 2011, Emil Razuk, então presidente do CROSP, criou as Câmaras Técnicas das diversas especialidades e terapias complementares – foi então que a Hipnose foi contemplada. Tanto a CT do CROSP como o departamento de Hipnose da APCD continuam ativas.

Todo profissional que tiver interesse em utilizar a Hipnose em sua prática profissional precisa ter em mente que não basta apenas frequentar cursos reconhecidos. Independentemente da área de atuação – Medicina, Odontologia, Psicologia – é preciso estudar neurofisiologia, enfermidades do sistema nervoso, entre outros temas, para obter bons resultados com os pacientes. ■

## ODONTOGERIATRIA

contato: odontogeriatría@cosp.org.br

# Os idosos pedem passagem

*Oferecendo uma visão ampla, sistêmica e interdisciplinar, a Odontogeriatría é uma das grandes aliadas para enfrentar os desafios do envelhecimento da população*

Você atentou para o aumento de idosos ao seu redor? Hoje é comum encontrarmos idosos em salões de beleza, universidades, cinemas. As pessoas não ficam velhas em uma idade específica. Tradicionalmente, a idade dos 65 anos foi designada como o começo da velhice. Mas a razão foi baseada na história, não na biologia. Os 65 anos são um marco escolhido, no passado, como a idade para a aposentadoria na Alemanha, e esta continua sendo a idade para aposentar-se para a maior parte das sociedades desenvolvidas.

Estudos epidemiológicos afirmam que o Brasil será, em 2050, o sexto país no ranking de idosos. Se em 1980 éramos classificados como um país jovem, atualmente somos caracterizados como um país adulto, em fase de transição para nos tornarmos um país idoso no ano de 2050. Essa inversão populacional trará diversos impactos à sociedade.

## VIVEMOS MAIS

Um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, acompanhado da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Chegar à velhice, que antes era privilégio de poucos, hoje é mais comum, mesmo nos países mais pobres.

Essa conquista do século XX se transformou, no entanto, no grande desafio para o século atual. A imagem do idoso sedentário e acomodado está ficando no passado. A faixa etária que mais cresce no Brasil já enxerga a perspectiva da chegada aos 100 anos. E como saber se uma pessoa é, de fato, saudável? Em 1948, a OMS estabeleceu a definição de saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doenças ou enfermidades”. ▶

**ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS AFIRMAM QUE O BRASIL SERÁ, EM 2050, O SEXTO PAÍS NO RANKING DE IDOSOS. SE EM 1980 ÉRAMOS CLASSIFICADOS COMO UM PAÍS JOVEM, ATUALMENTE SOMOS CARACTERIZADOS COMO UM PAÍS ADULTO, EM FASE DE TRANSIÇÃO PARA NOS TORNARMOS UM PAÍS IDOSO NO ANO DE 2050**

## ODONTOGERIATRIA

contato: odontogeriatria@cosp.org.br



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

## MAIS ESPECIALISTAS

A maioria das pessoas está envelhecendo com problemas crônicos e deficiências, mas continua independente. A antiga definição minimiza o papel da capacidade humana em lidar com desafios físicos, emocionais e sociais da vida de maneira autônoma e não reconhece que as pessoas são capazes de viver com uma sensação de bem-estar e realização mesmo quando sofrem de uma condição crônica ou deficiência.

Nesse contexto, surgiu a necessidade da Odontogeriatria, especialidade criada em 2002 com uma visão ampla, sistêmica, interdisciplinar. Muitas dúvidas durante um tratamento odontológico com idosos devem estar claras antes de se iniciar o procedimento. Qual a melhor anestesia para esse idoso? Em qual quantidade? Devo pedir exames complementares? Qual é o score de segurança para os valores da pressão arterial, teste de glicose, saturação de oxigênio? Tenho conhecimento das interações farmacológicas dos medicamentos que irei utilizar com as que o idoso já utiliza continuamente? Consigo notar um déficit cognitivo? Como avaliar a disfagia? Preciso de auxílio de uma fonoaudióloga?

Dezessete anos se passaram desde o reconhecimento da Odontogeriatria como uma especialidade odontológica. O número de especialistas é bem baixo frente à necessidade. A especialidade vai além do procedimento odontológico tecnicista.

Há necessidade de se incorporar a Odontogeriatria no currículo das faculdades de Odontologia, com intuito de despertar o interesse do acadêmico e dar continuidade à especialidade e a novas pesquisas para que tenhamos segurança no atendimento e na abordagem ao paciente idoso. Afinal, se tudo der certo, todos seremos beneficiários dessa especialidade. ♥

## A MAIORIA DAS PESSOAS ESTÁ ENVELHECENDO COM PROBLEMAS CRÔNICOS E DEFICIÊNCIAS, MAS CONTINUA INDEPENDENTE

## ODONTOLOGIA DO ESPORTE

contato: odontologiaesporte@cosp.org.br

## Lesão X saúde

A Odontologia, como área da saúde, é responsável pela prevenção, pelo diagnóstico e pelo tratamento das doenças orofaciais e ainda reconhece manifestações que possam repercutir em doenças sistêmicas no indivíduo. Baseada nessas premissas, a Odontologia do Esporte procura, por meio de pesquisas, relacionar doenças bucais, sua repercussão sistêmica e suas interferências no desempenho do atleta.

A escolha por condutas mais apropriadas no manejo desse paciente é uma preocupação da(o) cirurgiã(o)-dentista que se dedica ao acompanhamento de sua saúde bucal. O profissional identifica os riscos individuais, fisiológicos ou da modalidade praticada, estuda a prevenção, a manutenção e o tratamento de lesões orofaciais de forma geral.

Para proporcionar o melhor desempenho, é importante que a(o) cirurgiã(o)-dentista faça uma avaliação detalhada das condições de saúde bucal do atleta para detectar alterações e patologias. Considera-se a lesão cervical não cariônica (LCNCs) e a hipersensibilidade dentinária (HD) como problemas bucais que acometem inúmeros pacientes. Elas possuem protocolos de tratamento que abordam a remoção da dor, o que pode interferir no desempenho do atleta.

As lesões cervicais não cariosas (LCNCs) são caracterizadas pela perda de estrutura dental na região de junção cimento-esmalte (região cervical), não relacionadas à presença de cárie, sendo comumente encontradas na rotina clínica odontológica. É geralmente aceito que o início e a progressão das LCNCs possuem etiologia multifatorial, envolvendo um complexo de interações de mecanismos que associa concentração de tensões, fricção mecânica e biocorrosão.

O caráter multifatorial das LCNCs e da HD faz com que o controle dos fatores causadores dessas alterações seja fundamental para o sucesso do tratamento. Dentre esses fatores, destaca-se o fenômeno chamado de biocorrosão, responsável pela degradação química, eletroquímica e bioquímica da estrutu- ▶

*É importante que a(o) cirurgiã(o)-dentista faça uma avaliação detalhada das condições de saúde bucal do atleta para detectar possíveis alterações e patologias*

**CONSIDERA-SE A LESÃO CERVICAL NÃO CARIOSA (LCNCs) E A HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA (HD) COMO PROBLEMAS BUCAIS QUE ACOMETEM INÚMEROS PACIENTES. ELAS POSSUEM PROTOCOLOS DE TRATAMENTO QUE ABORDAM A REMOÇÃO DA DOR, O QUE PODE INTERFERIR NO DESEMPENHO DO ATLETA**

## ODONTOLOGIA DO ESPORTE

contato: odontologiaesporte@cosp.org.br



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

ra dental em organismos vivos – esse termo é considerado o mais correto para designar esse fator. Esse processo pode ocorrer por causa da ação de ácidos e por efeitos proteolíticos e piezoelétricos da dentina, diferentemente da erosão dental, caracterizada pela degradação mecânica gerada pela movimentação e pelo atrito de fluidos em contato com as estruturas dentais.

Além disso, os hábitos alimentares e o balanço nutricional são pontos de observação no desempenho dos atletas, pois, muitas vezes, podem se tornar nocivos à saúde bucal. Quando há alta ingestão de isotônico e suplementos, o PH salivar tende a se tornar mais ácido, propiciando a ocorrência de LCNCs. Fatores intrínsecos de cada indivíduo – o possível contato exacerbado entre cúspides de dentes posteriores durante movimentos mandibulares, a presença de restaurações extensas, o desgaste e a má oclusão – contribuem como fatores agravantes.

Soma-se a isso fatores como tempo reduzido de descanso e tensão prévia de competição, que podem aumentar significativamente a quantidade de lesões dentais em atletas, além do alto número de refeições diárias, do estresse que pode desencadear bruxismo e do alto risco ou até mesmo da alta frequência de impactos recebidos na região de cabeça e pescoço.

Assim sendo, a(o) cirurgiã(o)-dentista deve realizar uma minuciosa anamnese que possibilite avaliar os riscos de problemas orais que impactem na rotina do atleta, interferindo negativamente em seu desempenho físico, psicológico e em sua competitividade. ▀

**QUANDO HÁ ALTA INGESTÃO DE ISOTÔNICO E SUPLEMENTOS, O PH SALIVAR TENDE A SE TORNAR MAIS ÁCIDO, PROPICIANDO A OCORRÊNCIA DA LCNC**

## ODONTOLOGIA INFANTIL

contato: odontopediatria@cosp.org.br

# Os perigos do piercing na cavidade bucal

*Pacientes devem ser alertados sobre os riscos da utilização do adorno, que acarreta complicações locais e sistêmicas que podem ameaçar a vida*

A prática de piercing corporal é uma forma de introduzir objetos por meio de perfuração na pele ou mucosas. Consiste numa prática antiga com propósito religioso, cultural ou sexual, que ganhou popularidade principalmente entre jovens e adolescentes a partir da segunda metade do século XX. Os locais de introdução mais utilizados são sobrancelhas, umbigo, nariz, orelhas, genitália e mamilos, e, atualmente, são comuns na língua, bochechas, lábios, freios labiais, mucosa gengival e úvula.

A instalação de piercings na mucosa oral pode trazer complicações locais ou sistêmicas de moderadas a graves, imediatas ou tardias. As complicações imediatas referem-se ao momento da inserção do piercing, como edema, hemorragia, sialorréia e disfagia. As tardias vão desde fraturas dentárias, reabsorção óssea, recessão gengival, infecção viral sistêmica ou bacteriana – agravadas pelo grau de higiene no momento do procedimento e a falta de conhecimento anatômico.

Entre 2000 e 2016, foi realizada uma revisão sistemática com 39 artigos, constatando que a idade dos pacientes variou entre 12 e 43 anos, tendo preferência pelo gênero feminino e local de instalação mais frequente em lábios e língua. O design do piercing é variado e o material utilizado geralmente é aço cirúrgico, podendo ser encontrados objetos feitos de ouro, ligas metálicas, nióbio, silicone e plásticos.

## PERIGOS À SAÚDE

O risco de endocardite bacteriana é considerado relativamente alto (34,6%), podendo levar ao surgimento de aneurismas micóticos, seja logo após a instalação do piercing ou tardiamente, visto que o procedimento deixa uma porta de entrada no tecido submucoso para microrganismos da cavidade oral.

O piercing de aço cirúrgico libera cromo e, quando associado a hábitos de tabagismo e álcool, pode causar lesões carcinogênicas. Corre-se o risco de o indivíduo produzir correntes galvânicas pela associação da saliva ao material ▀

**A INSTALAÇÃO DE PIERCINGS NA MUCOSA ORAL PODE TRAZER COMPLICAÇÕES LOCAIS OU SISTÊMICAS DE MODERADAS A Graves, IMEDIATAS OU TARDIAS. AS COMPLICAÇÕES IMEDIATAS REFEREM-SE AO MOMENTO DA INSERÇÃO DO PIERCING, COMO EDEMA, HEMORRAGIA, SIALORRÉIA E DISFAGIA**

## ODONTOPEDIATRIA

contato: odontopediatria@cosp.org.br



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

metálico da joia e a outros metais restauradores presentes na boca.

Vale ressaltar que também foram descritas outras complicações em portadores de piercing, como parto prematuro por infecção, tétano, hemorragia severa, choque séptico, hepatite fulminante e carcinoma de células escamosas, sendo que, nessas duas últimas situações, os pacientes foram a óbito. Também foram reportadas outras complicações, como aspiração, deglutição do piercing, alergia, quelóide ou fibroma.

Quando o piercing é instalado na língua as complicações são mais graves e aumenta o risco de hemorragia, edemas e hematomas graves, devido à alta vascularização do local. Piercing labial acarreta recessão gengival, levando a problemas periodontais e estéticos, sensibilidade e cáries nos dentes opostos ao objeto. O acúmulo de placa nos piercings linguais pode levar a uma infecção severa local e sistêmica. Sendo assim, a língua deve ser evitada ou o paciente deve ser bem orientado em relação ao aumento dos cuidados com a higiene oral.

### PROBLEMAS LOCAIS E SISTÊMICOS

Complicações locais como fraturas dentais e recessão gengival podem ocorrer no momento da mastigação ou fala, ou ainda pelo desenvolvimento de hábitos parafuncionais, como morder a haste do material. Há ainda uma série de complicações relatadas em outras pesquisas: recessão gengival, trauma dental, edema, dor, hábitos parafuncionais, hemorragias, lacerações, disфонia, disfagia, atrofia tecidual, deglutição do piercing, infecção, inflamação, disgeusia, fibrose, hipersensibilidade dentinária, sialorréia, acúmulo de placa, quelóide e aspira-

ção do piercing. A halitose também é relatada com frequência pela higienização deficiente e o acúmulo de cálculo salivar na peça.

Em comparação com quem não porta o objeto, os indivíduos jovens que portam piercings na língua apresentam mais relatos de complicações sistêmicas pelo uso indevido de materiais não esterilizados. Também há maior risco de transmissão de doenças como HIV, hepatite B, C, D e G, herpes simplex, vírus epstein Barr, tétano, sífilis e tuberculose, infecções bacterianas com *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococo B-hemolitico* e maior prevalência de colonização de *Candida albicans*.

Entre portadores de piercing lingual, também são relatados riscos de endocardite bacteriana, Angina de Ludwig, abscesso cerebral e tromboflebite associada à pneumonia.

### CUIDADOS E ORIENTAÇÕES

Quando o paciente apresentar inflamação e complicações imediatas, o ideal é a remoção da joia e o debridamento das bordas da lesão, associado ao uso de antibioticoterapia e de clorexidina 0,12%. Contudo, a maior parte dos pacientes não permite a retirada do objeto, dificultando o processo de cicatrização tecidual.

A instalação dos piercings é um problema, pois a grande maioria dos “piercers” não possui qualificação, são proibidos por lei de administrar anestesia local, não possuem educação formal de esterilização e cuidados efetivos com a pele. Eles também desconhecem anatomia, fisiologia e patologia da cavidade bucal, e o fato de recomendarem o uso excessivo de fármacos para bochechos na preservação do piercing leva a inúmeras complicações. Sendo assim, cabe a(ao) cirurgiã(o)-dentista orientar seus pacientes, conforme o seguinte:

- Dieta líquida e fria nas primeiras 24 hs seguida de dieta branda;
- Colocar gelo no local da instalação do piercing (por 30 minutos, em intervalos de 45 minutos, em quatro a cinco aplicações por dia) para reduzir o edema;
- Não utilizar colutórios nas primeiras 24 horas, seguir com quatro a cinco bochechos diários com solução de clorexidina a 0,12% por 10 dias;
- Limitar o consumo de álcool, cigarros e cafeína, além de evitar roer unhas e mascar tabacos nos primeiros dias, pois interfere com a reparação tecidual;
- Evitar bater o piercing nos dentes;
- Aumentar os cuidados com a higiene oral e verificar corriqueiramente o material.

Recomenda-se remover a joia durante a higiene oral e antes de dormir, escová-la e colocá-la em um pote com solução antisséptica. É importante evitar brincar com o objeto dentro da boca para minimizar fraturas dentárias, que podem ir desde um trauma de esmalte a uma fratura radicular, levando à exodontia.

Conclui-se que a população deve ser esclarecida sobre os riscos da utilização do piercing dental e que há necessidade de se conscientizar os colocadores de piercing a este respeito. Cirurgiãs(ões)-dentistas devem desestimular os pacientes interessados em colocar o adorno e incentivar a remoção naqueles que já possuem a peça, mostrando os riscos e complicações à saúde. É fundamental orientar o paciente sobre o acompanhamento odontológico e procedimentos de higiene. 🦷

**EM COMPARAÇÃO COM QUEM NÃO PORTA O OBJETO, OS INDIVÍDUOS JOVENS QUE PORTAM PIERCINGS NA LÍNGUA APRESENTAM MAIS RELATOS DE COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS PELO USO INDEVIDO DE MATERIAIS NÃO ESTERILIZADOS**

## ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES

contato: ortopedia@crospp.org.br

# Pista Direta Planas

é recurso da Ortopedia Funcional dos Maxilares  
Procedimento leva à correção da posição da mandíbula  
e restabelece a mastigação fisiológica

A Ortopedia Funcional dos Maxilares é uma especialidade da Odontologia que trata da correção das más oclusões por meio de aparelhos removíveis, desgastes seletivos, orientação mastigatória, mudança de postura terapêutica da mandíbula e Pistas Diretas Planas. A especialidade atende todas as faixas etárias, sendo que cada uma tem as suas peculiaridades – dessa forma, o tratamento ideal também deverá ser específico para as necessidades de cada paciente.

Desenvolvida pelo cirurgião-dentista Pedro Planas na década de 1970 com o advento das resinas fotopolimerizáveis, a técnica Pista Direta Planas deve ser aplicada somente nos dentes decíduos – ela consiste na colocação de resina composta na oclusal ou incisal de alguns desses dentes, estabelecendo um novo plano oclusal que possibilita à mandíbula corrigir sua posição e restabelecer a mastigação fisiológica. Contribuiu-se, assim, para o desenvolvimento fisiológico do sistema estomatognático.

## DETALHES DA TÉCNICA

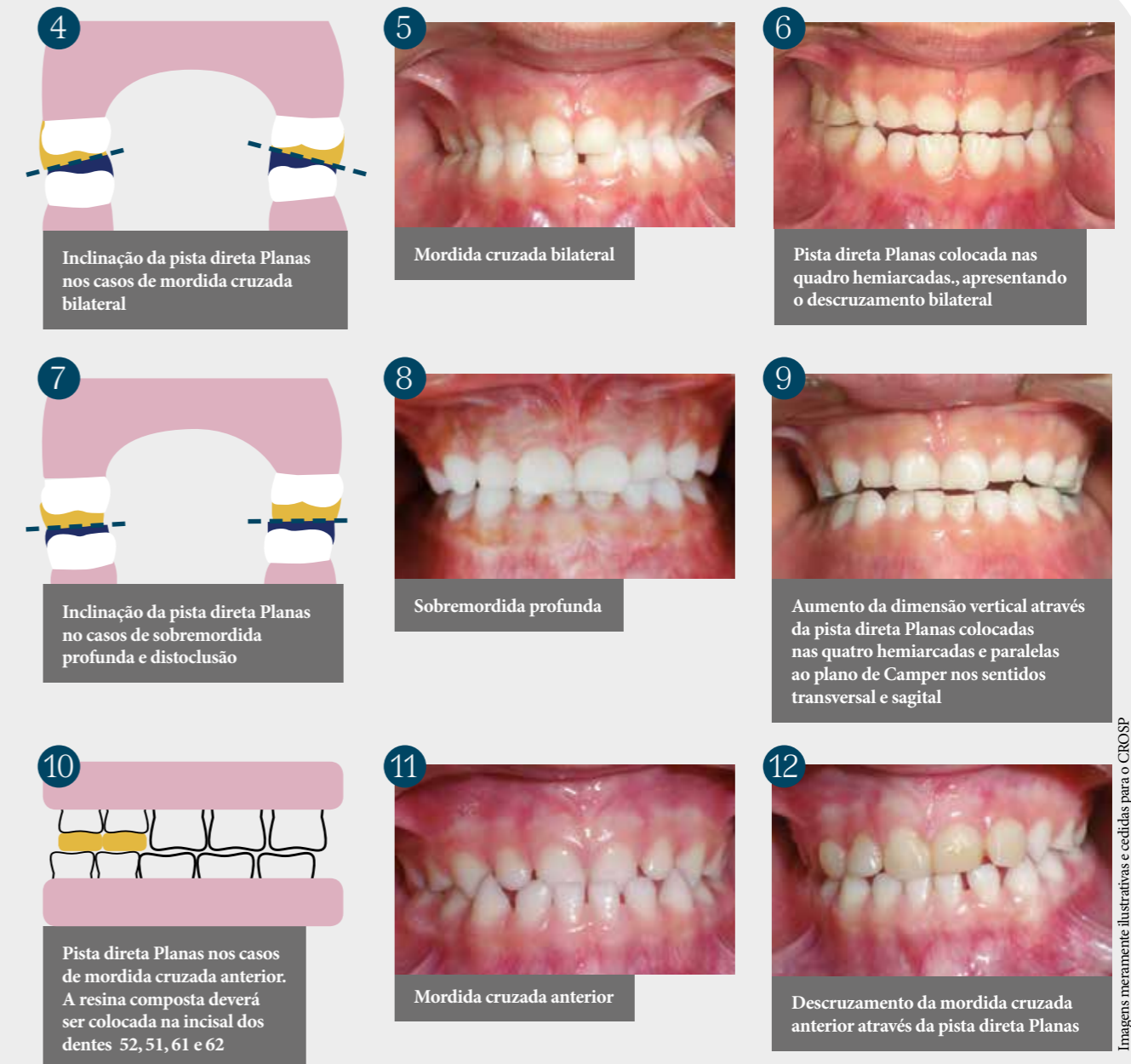
A abordagem integra o nível inferior primário, no qual o tratamento é feito sem o uso de aparelho, mas com desgaste seletivo, orientação mastigatória e ajuste da dimensão vertical por acréscimo de material nas faces oclusais ou incisais (Pista Direta Planas).



Essa terapia atua muito bem nas mordidas cruzadas posteriores unilaterais funcionais (conferir figuras 1, 2 e 3) - ou seja, onde a mandíbula apresenta um desvio de sua posição, estando deslocada para o lado cruzado. Pode ser indicada, também, para mordidas cruzadas posteriores bilaterais (figura 4, 5 e 6), mordidas profundas (figuras 7, 8 e 9), distoclusões, mordidas cruzadas anteriores (figura 10, 11 e 12), mesioclusões e mordidas abertas. Dependendo da má oclusão somente a pista direta conquistará a correção (Nível Inferior Primário), mas em alguns tipos será um importante coadjuvante de um aparelho ortopédico funcional para a devida correção, quando o uso do aparato for imprescindível (Nível Inferior Secundário). Quanto mais paralelo for o plano oclusal da má oclusão ao plano de Camper, mais facilmente se conquistará os resultados desejados.

Independentemente da má oclusão, a Pista Direta Planas sempre deverá ter o seu plano oclusal paralelo ao plano de Camper no sentido sagital (ântero posterior). Vale ressaltar que o plano oclusal decíduo fisiológico é plano e aproximadamente paralelo ao plano de Camper.

No sentido transversal a Pista Direta Planas terá uma inclinação conveniente para o tipo de má oclusão em que estiver atuando, a qual estimulará a cor-



reção da posição da mandíbula. A resina composta é colocada individualmente na oclusal ou incisal de cada dente indicado para o caso, mantendo o ponto de contato em esmalte – não devem estar unidas entre si. Essa resina, que constitui a Pista Direta Planas, não será removida, portanto ficará no dente decíduo até a sua esfoliação.

A confecção da Pista Direta Planas poderá ser feita diretamente, agregando porções de resina composta nos decíduos e as fotopolimerizando diretamente na boca. É possível também serem confeccionadas por métodos indiretos, através de matrizes de polipropileno ou vinil, ou ainda confeccioná-las em modelos de gesso montados em articulador e posterior cimentação com cimento resinoso nos dentes decíduos.

Dos casos apresentados nas figuras, destacam-se as inclinações das pistas e o resultado da sua aplicação: mordida cruzada posterior unilateral fun-

cional (figuras 1, 2 e 3), mordida cruzada bilateral (figuras 4, 5 e 6), sobremordida profunda (figuras 7, 8 e 9) e mordida cruzada anterior (figuras 10, 11 e 12).

A terapia com Pista Direta Planas tem se mostrado muito eficiente na correção das más oclusões ainda na fase de dentição decídua, melhorando os estímulos fisiológicos para um bom desenvolvimento do sistema estomatognático. 📌

## OZONIOTERAPIA

contato: ozonioterapia@cosp.org.br

# O gás

que pode auxiliar na promoção da saúde

*A Ozonioterapia apresenta resultados expressivos como terapia complementar, podendo ser utilizada, sob diferentes formas, em alguns procedimentos da Odontologia*

O ozônio como agente terapêutico foi descoberto em 1840 pelo químico alemão Friederich Schöenbein. Seu uso se intensificou na Primeira Guerra Mundial com o tratamento dos feridos em combate. Os primeiros trabalhos na área odontológica surgiram em 1934, com o cirurgião-dentista Edward Fisch. Atualmente a ozonioterapia é uma técnica consagrada mundialmente. Foi regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) em 2015.

Como uma técnica complementar aos procedimentos odontológicos, o uso terapêutico do ozônio apresenta excelentes resultados e pode ser aplicado em praticamente todas as especialidades.

## O que é ozonioterapia?

É uma ferramenta terapêutica complementar que utiliza uma mistura de gases composta de oxigênio, na ordem de 95 a 99,95% e ozônio, de 0,05 a 5%. Ele é obtido quando descargas elétricas promovem a dissociação da molécula de gás oxigênio (O<sub>2</sub>) em dois átomos (O<sup>-</sup>). Esses átomos se recombinam formando um composto altamente instável, oxidante e reativo.

Quando aplicado no organismo, as moléculas de ozônio (O<sub>3</sub>) entram em contato com os fluidos orgânicos sofrendo uma dissociação. Em seguida ocorre uma recombinação com outros elementos originando às Espécies Reativas de Oxigênio (ROS) e os Produtos de Peroxidação Lipídica (LOPS), que são responsáveis pela ativação direta do sistema imunológico.

Os ROS são os principais responsáveis pela ação imediata sentida pelos pacientes que recebem o tratamento, enquanto os LOPs são responsáveis pelo aumento da capacidade antioxidante das células.

Os efeitos terapêuticos do ozônio acontecem em virtude da dose empregada, de acordo com os protocolos definidos para cada área.

## Como podemos empregar o ozônio no consultório?

O ozônio possui três formas de apresentação: o gás, a água ozonizada e o óleo ozonizado. Terapeuticamente, é possível utilizar o ozônio em altas

doses, para o tratamento de processos infecciosos, onde o objetivo é a ação antimicrobiana. Quando se busca acelerar o reparo e proporcionar um bio-estímulo ao sistema imunológico, trabalha-se com baixas doses do ozônio. As três formas de uso podem ser aplicadas de maneira isolada ou associadas. É importante esclarecer que a reatividade e capacidade oxidante é maior na forma de gás, reduzida na forma de água ozonizada e menor no óleo ozonizado. O gás pode ser injetado nos tecidos, borbulhado em canais, preparos cavitários, bolsas periodontais, entre outras áreas. A água ozonizada é a forma mais difundida e utilizada, pois atua como irrigante, irá suprir o reservatório de água dos equipamentos odontológicos, os aparelhos de ultrassom, será empregada na desinfecção de superfícies, entre outras aplicações. O óleo pode ser utilizado em lesões bucais e feridas e não deve ser produzido em consultório.

## Como utilizar a água ozonizada?

Embora seja a forma mais difundida da ozonioterapia, é a mais crítica com o maior número de variáveis. É importante lembrar da capacidade reativa do ozônio, que reage com absolutamente tudo e forma subprodutos que não necessariamente apresentam função terapêutica. Dessa forma, quanto mais pura for a água a ser ozonizada, menor a possibilidade de interação e formação desses subprodutos. Atualmente, a literatura tem tratado a água de osmose reversa como o padrão ouro, justamente por conta da sua pureza.

## Quais as principais aplicações clínicas da água ozonizada?

A primeira indicação da água ozonizada seria para a desinfecção das cadeiras odontológicas. Isso pode ser aplicado para os equipamentos de ultrassom e assim por diante. Em Dentística, por possuir ação antimicrobiana, pode ser usada sozinha ou associada ao gás na toalete do preparo cavitário, otimizando o sistema adesivo. Em Periodontia, a água ozonizada pode ser utilizada na forma de bochechos antes dos procedimentos de raspagem e auxiliando na adequação do meio bucal e no trans e pós raspagens ou cirurgias, sempre com característica complementar. Na Estomatologia pode ser empregada no tratamento de lesões, de aftas comuns causadas por traumas até em processos infecciosos. Nas cirurgias em que o ozônio é utilizado podemos notar uma resposta mais rápida na cicatrização, redução de quadros dolorosos e de episódios infecciosos. Na Endodontia o uso da água ozonizada ativada pelo ultrassom e associada ao gás ozônio, complementando os tratamentos convencionais, podendo atuar diretamente no controle da dor pós-operatória.

## Existe alguma contraindicação para o uso da ozonioterapia?

De forma geral, o paciente com patologias sistêmicas descompensadas, como cardiopatas, nefropatas, hepatopatas, desordens de tireoide, e a deficiência da enzima Glicose-6-Fosfato Desidrogenase (G6PD), conhecida como favismo, contraindicam a utilização do ozônio. A deficiência da enzima G6PD acomete uma pequena porcentagem da população. Clinicamente, com essa deficiência, a hemácia tem capacidade reduzida de carrear oxigênio aos tecidos. Nessa situação, em contato com o ozônio, as hemácias entram em hemólise.

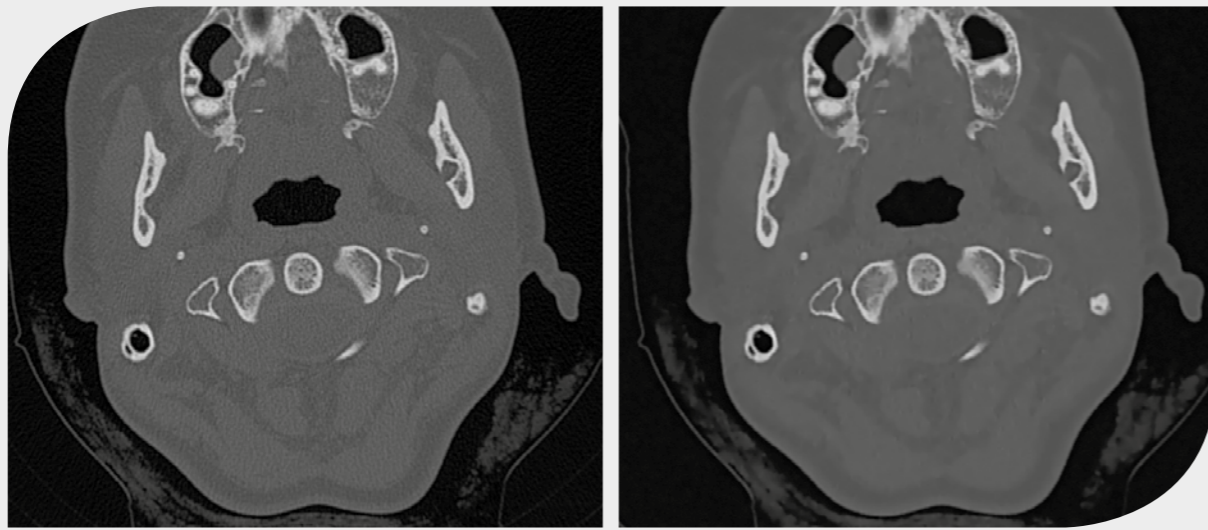
A ozonioterapia tem um potencial para integrar o arsenal clínico da(o) cirurgiã(o)-dentista. Contudo, é importante apontar que, mais estudos clínicos randomizados, com grande número de casos ainda são necessários para fortalecer e disseminar a técnica. ▀

**A PRIMEIRA INDICAÇÃO DA ÁGUA OZONIZADA SERIA PARA A DESINFECÇÃO DAS CADEIRAS ODONTOLÓGICAS. ISSO PODE SER APLICADO PARA OS EQUIPAMENTOS DE ULTRASSOM E ASSIM POR DIANTE. EM DENTÍSTICA, POR POSSUIR AÇÃO ANTIMICROBIANA, PODE SER USADA SOZINHA OU ASSOCIADA AO GÁS NA TOALETE DO PREPARO CAVITÁRIO, OTIMIZANDO O SISTEMA ADESIVO**



## PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL

contato: protesebuco@cosp.org.br



Imagens meramente ilustrativas e cedidas para o CROSP

# A tecnologia 3D e a prótese bucomaxilofacial

*Essa tendência minimiza o tempo ambulatorial e a exposição do paciente, contribuindo para a dissimulação da reabilitação protética facial*

A reabilitação protética é capaz de reparar áreas da face como a região ocular, nasal e auricular, bem como as perdas intraorais e grandes perdas de maxila e mandíbula. Vale lembrar que as próteses reabilitadoras craniofaciais têm o objetivo de proteção, prevenção, reabilitação funcional e estética de regiões ausentes ou defeituosas, como sequelas cirúrgicas, de traumas ou em razão de malformações congênitas.

Particularmente na modalidade de próteses, a qualidade estética, sob os aspectos geométricos e de detalhamento superficial, é fator importante para a reabilitação, pois propicia a dissimulação da perda e, por consequência, uma maior confiança ao paciente.

A tecnologia 3D vem se tornando realidade em todas as áreas. Na Odontologia, ela se apresenta como grande auxiliar em planejamentos cirúrgicos, reabilitadores e estéticos. A prótese bucomaxilofacial acompanha essa tendência,

**PARTICULARMENTE NA MODALIDADE DE PRÓTESES, A QUALIDADE ESTÉTICA, SOB OS ASPECTOS GEOMÉTRICOS E DE DETALHAMENTO SUPERFICIAL, É FATOR IMPORTANTE PARA A REABILITAÇÃO, POIS PROPICIA A DISSIMULAÇÃO DA PERDA E, POR CONSEQUÊNCIA, UMA MAIOR CONFIANÇA AO PACIENTE**

minimizando o tempo ambulatorial e a exposição do paciente, contribuindo para a dissimulação da reabilitação protética facial.

O uso dessas técnicas tem sido um tema crescente de pesquisas há alguns anos. Elas oferecem grandes melhorias no manejo com o paciente mutilado. As técnicas de imagem 3D auxiliam no diagnóstico, na segmentação automática de regiões de interesse e na visualização tridimensional de um exame, por exemplo.

Imagens provenientes de tomógrafos computadorizados atuais possuem representação espacial com resolução submilimétrica, o que possibilita seu uso para aplicações onde a precisão é necessária, como para a representação morfológica de estruturas e segmentação de regiões de interesse, o que é de grande valia para a prótese bucomaxilofacial.

A Manufatura Aditiva, comumente conhecida como Impressão 3D, trouxe grande auxílio nas reabilitações crânio faciais complexas. Essa tecnologia, que surgiu em 1981 no Instituto Municipal de Pesquisa de Nagoya, possibilita a fabricação de objetos tridimensionais em diversos tipos de materiais, como polímeros e até mais recentemente culturas de células. A possibilidade de confecção de próteses individualizadas impressas em 3D ganha força com as novas tecnologias e com a interação multiprofissional que a reabilitação protética crânio facial exige. Uma prótese individualizada e realista pode trazer uma maior confiança para o paciente, auxiliando sua recuperação psicossocial e sua reinserção na sociedade.

O planejamento e a confecção de uma prótese sempre se apresentam como desafios para o protesiólogo bucomaxilofacial. A associação da recente evolução tecnológica em manufatura aditiva com técnicas avançadas de processamento de imagens e computação constitui em um meio promissor para a exploração de novas práticas clínicas, objetivando menor custo, menor tempo de confecção e menor necessidade de sessões clínicas, reduzindo também o tempo do paciente no ambulatório. Isso tudo, evidentemente, resulta em qualidade do tratamento.

Toda técnica que possa trazer um benefício para o paciente mutilado de face deve ser considerada, estudada e viabilizada para que haja ganhos no refinamento da prótese e na dissimulação da perda. Ações dessa natureza resultam na satisfação do profissional e, sobretudo, na melhoria da prótese reabilitadora e da qualidade de vida do paciente. 📌

**O USO DESSAS TÉCNICAS TEM SIDO UM TEMA CRESCENTE DE PESQUISAS HÁ ALGUNS ANOS. ELAS OFERECEM GRANDES MELHORIAS NO MANEJO COM O PACIENTE MUTILADO. AS TÉCNICAS DE IMAGEM 3D AUXILIAM NO DIAGNÓSTICO, NA SEGMENTAÇÃO AUTOMÁTICA DE REGIÕES DE INTERESSE E NA VISUALIZAÇÃO TRIDIMENSIONAL DE UM EXAME, POR EXEMPLO**



Procedimentos odontológicos podem interferir na

# doação de sangue

*No caso de pacientes com enxerto, há recomendações diferentes de acordo com a origem do material ósseo, que pode ser biológico ou sintético; profissionais devem orientar sobre a implicação dos tratamentos para doação*

A(o) cirurgião(o)-dentista, como todo profissional da saúde, tem papel fundamental em campanhas que têm o objetivo de melhorar a condição de vida da população. Além de incentivar a participação dos pacientes nessas ações, que acontecem em diferentes momentos ao longo do ano, é importante prestar esclarecimentos e orientações, principalmente quando há relação direta com a Odontologia.

Para a doação de sangue, por exemplo, há diversas recomendações aos pacientes que estão em tratamento odontológico ou que tenham passado por algum tipo de procedimento, como o enxerto para a instalação de implantes.

Quando de origem humana ou animal, o enxerto pode, mesmo que com baixa probabilidade, transmitir doenças. “Por isso, algumas instituições não aceitam como doadores de sangue os pacientes que receberam enxertos dessas procedências”, alerta o cirurgião-dentista, Samy Tunchel, membro da Câmara Técnica de Implantodontia do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os enxertos ósseos xenógenos, feitos a partir de material animal, devem ser impeditivos permanentes para a doação. Já a legislação brasileira de hemovigilância recomenda o intervalo de um ano até que o indivíduo que recebeu enxerto possa doar sangue.

Vale deixar claro que esse ainda é um tema que carece de mais estudos – não há consenso entre os hemocentros e outras instituições de saúde sobre os riscos de contaminação. Para as(os) cirurgiãs(ões)-dentistas, a recomendação é explicar detalhadamente todas as implicações ao paciente que deseja doar sangue e passou pelo procedimento de enxerto.

## SEGURANÇA PARA A DOAÇÃO

No caso dos enxertos sintéticos, realizados a partir de materiais desenvolvidos em laboratório que combinam a estimulação de ossificação e o preenchimento, não há polêmica em relação à possibilidade de doar sangue. É necessário apenas respeitar o tempo de resguardo pós-procedimento recomendado pela(o) cirurgião(o)-dentista.

Altamente seguro, principalmente por não derivar de matéria orgânica que

possa apresentar potencial para transmissão de doenças, os enxertos sintéticos têm ganhado cada vez mais espaço nos consultórios – seu uso está em alta. Com grau de pureza superior a 99%, propiciam avanço na regeneração tecidual e, em geral, os resultados são compatíveis com a expectativa de regeneração óssea.

## OUTROS PROCEDIMENTOS

Após a realização de grande parte dos procedimentos odontológicos, é necessário respeitar um período de cicatrização. Dessa forma, é fundamental que a(o) cirurgião(o)-dentista oriente o paciente sobre como agir após deixar o consultório, bem como os prazos indicados para a doação de sangue.

Aqueles que passaram por extrações dentárias ou tratamento de canal devem esperar ao menos sete dias caso queiram doar sangue. No entanto, é importante destacar que esse prazo pode ser alterado conforme a indicação medicamentosa e a evolução do quadro clínico – dessa forma, a indicação deve sempre partir da(o) cirurgião(o)-dentista.

O período de três semanas é indicado para quem foi acometido por algum tipo de infecção bacteriana em qualquer região do corpo. De acordo com a Fundação Pró-Sangue, instituição pública ligada à Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo, o prazo para os pacientes submetidos a cirurgia odontológica com anestesia geral é de, ao menos, um mês até que possam doar sangue.

Todos esses aspectos serão abordados durante a entrevista com o doador. Portanto, é válido que ele saiba com antecedência, a partir da orientação da(o) profissional da Odontologia, se está apto(a) para iniciar o processo. Na triagem da doação, o paciente ainda deve informar possíveis comportamentos de risco que possam resultar em doenças sexualmente transmissíveis, além do alcoolismo e uso de drogas. 🦷



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

**AQUELES QUE PASSARAM POR EXTRAÇÕES DENTÁRIAS OU TRATAMENTO DE CANAL DEVEM ESPERAR AO MENOS SETE DIAS CASO QUEIRAM DOAR SANGUE. NO ENTANTO, É IMPORTANTE DESTACAR QUE ESSE PRAZO PODE SER ALTERADO CONFORME A INDICAÇÃO MEDICAMENTOSA E A EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO**

## A DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL

De acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 1,6% dos brasileiros doa sangue com regularidade. O índice é considerado positivo, pois está dentro da média estabelecida pela OMS – de 1% a 3% da população de cada país. No Brasil, 66% das pessoas doam sangue espontaneamente, enquanto 34% passam pelo procedimento motivados por familiares, amigos e outras campanhas com o intuito de beneficiar um paciente. As mulheres são maioria entre os doadores – 62%, enquanto os homens representam 38% dos doadores brasileiros. O país conta com 32 hemocentros e 2.066 serviços de hemoterapia - unidades de coleta, hemonúcleos, unidades de coleta e transfusão, agências transfusionais e hemocentros regionais.



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

# Células-tronco estão no foco da Odontologia Regenerativa

*Extraídas de polpas dentais decíduas, elas podem ser preservadas para salvar vidas – saiba o caminho que percorrem do consultório até os tubos de criopreservação*

**E**stamos vivendo mais – atualmente, a expectativa média de vida em todo o mundo é trinta anos maior do que na década de 1950. Muito dessa conquista se deve às medidas estabelecidas para prevenção, controle e tratamento de doenças infectocontagiosas. Maior longevidade, no entanto, nos deixa mais suscetíveis ao impacto das doenças degenerativas. Vencer patologias como cânceres, cardiopatias, osteoartrites e doenças autoimunes, por exemplo, é o grande desafio do século XXI. Nesse novo cenário, o papel das células-tronco não deve ser visto como ficção científica: os avanços nessa área são tão importantes quanto o desenvolvimento de antibióticos – uma verdadeira revolução que marcou o século passado.

A ciência fez as primeiras descobertas a respeito das células-tronco na década de 1960 – anos depois, as agrupou de acordo com sua origem: hematopoiéticas, extraídas do sangue do cordão umbilical, ou mesenquimais, de outras partes do corpo. Estas últimas possuem grande capacidade de multiplicação, com qualidade também fora do corpo, em laboratório, e de diferenciação em células especializadas formadoras de órgãos e tecidos duros. Além disso, as células mesenquimais possuem uma reconhecida competência imunomodulatória, o que lhes confere um grande potencial em condições onde a resposta inflamatória exacerbada se constitui em um problema, caso das doenças autoimunes, algumas cardiopatias, doenças neurodegenerativas, entre outras.

A presença de células-tronco mesenquimais em polpas dentais decíduas, o popular dentinho de leite, foi inicialmente descrita em 2003, no Instituto Nacional de Saúde em Bethesda (EUA). Desde então, muito vem sendo pesquisado, desenvolvido e apresentado acerca do potencial das células-tronco adultas. “Por conta de sua grande capacidade imunomodulatória, alta plasticidade e jovialidade relacionada à origem embriológica do órgão dentário, e ainda por estar presente em um elemento dentário que será substituído por um permanente ao longo da infância, as células-tronco presentes nas polpas dentais decíduas representam um importante tesouro a ser considerado para uso em Medicina e Odontologia Regenerativa”, afirma José Ricardo Muniz Ferreira, integrante da Comissão de Odontologia Regenerativa do CROSP.

## ORIGEM EMBRIONÁRIA

Um único dente de leite, após o processo de multiplicação celular para o armazenamento, pode gerar entre 5.000.000 e 7.000.000 de células, distribuídas em quatro criotubos. Há até capacidade de nova expansão, uma vez que as células-tronco mesenquimais provenientes de polpas decíduas apresentam alta potência e previsibilidade de multiplicação, mantendo a qualidade.

Os dentes de leite são destaque na obtenção de células-tronco mesenquimais em razão de sua origem embrionária (a partir de crista neural), a qual atribui grande jovialidade a essa fonte de células. Com isso, é alta a capacidade para multiplicação e diferenciação com qualidade; outro fator positivo é a facilidade para obtenção. Já os dentes permanentes também possuem células-tronco em sua polpa, mas elas envelhecem com o indivíduo, perdendo ao longo do tempo a plasticidade ou a capacidade de manter a qualidade durante os processos de multiplicação e diferenciação. Terceiros molares em processo de rizogênese com indicação para exodontia também são considerados uma fonte rica para obtenção de células-tronco mesenquimais com qualidade, devido ao volume e jovialidade das células.

## CAMINHOS PROMISSORES

Existem diversos trabalhos em curso que vêm demonstrando o papel relevante dessas células em diferentes frentes da Medicina e Odontologia Regenerativa. Na área de terapia celular, pelo transplante ou injeção de células-tronco vivas, diferenciadas ou não em um paciente, elas têm a capacidade de substituir ou regenerar células ou tecidos danificados. Podem, ainda, gerar órgãos funcionais e imunologicamente compatíveis em laboratório, por meio do direcionamento da diferenciação de células-tronco associadas a um arcabouço específico (órgão previamente descelularizado).

Na área da pesquisa, as células-tronco podem recriar uma determinada doença em laboratório – como Alzheimer, Autismo e Parkinson, por exemplo – e assim permitir uma investigação mais detalhada da patologia, para que se consiga desenvolver novos tratamentos. Outra finalidade potencial é o desenvolvimento de novos

**A PRESENÇA DE CÉLULAS-TRONCO MESENQUIMAIS EM POLPAS DENTAIS DECÍDUAS, O POPULAR DENTINHO DE LEITE, FOI INICIALMENTE DESCRITA EM 2003, NO INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE EM BETHESDA (EUA). DESDE ENTÃO, MUITO VEM SENDO PESQUISADO, DESENVOLVIDO E APRESENTADO ACERCA DO POTENCIAL DAS CÉLULAS-TRONCO ADULTAS**

medicamentos sem a necessidade de testes em animais e humanos – nesse caso, as células-tronco podem gerar tecidos ou órgãos de interesse para avaliação local e sistêmica. Em Odontologia, há trabalhos clínicos avaliando o potencial dessas células em processos regenerativos ósseos, periodontais, endodônticos e mesmo relacionados à formação da terceira dentição. Eles vêm demonstrando o grande potencial das células-tronco em processos regenerativos. ▶

## SEGUINDO À RISCA OS PROTOCOLOS

A retirada do material biológico para obtenção das células-tronco deve ser feita em conformidade com um protocolo específico, aprovado pela Vigilância Sanitária. A(o) cirurgiã(o)-dentista credenciada(o) a um Centro de Processamento Celular (CPC), em acordo com a Resolução 157/2015 do Conselho Federal de Odontologia sobre Terapias Avançadas em especial Células-tronco, e devidamente capacitada(o) por esse Centro, deverá estar apto para cumprir todos os passos correspondentes à etapa clínica do processo (veja o box). A capacitação pode ser feita presencialmente ou por meio de plataformas de ensino a distância.

O protocolo para coleta, processamento e armazenamento de células-tronco mesenquimais deve seguir premissas técnicas e estar em acordo com as resoluções determinadas pelas agências regulatórias responsáveis. No ano passado, a Anvisa publicou duas resoluções normativas sobre o assunto – a RDC 214/2018 discorre sobre tratamentos com células-tronco e estabelece as boas práticas em células humanas para uso terapêutico e pesquisa clínica que necessitam de registro para validação e reconhecimento. Já a 260/2018 dispõe sobre as regras para a realização de ensaios clínicos com produto de terapia avançada investigacional no Brasil.

Em 2015 o CFO publicou a resolução 157, que trata de terapias avançadas, em especial células-tronco, definindo inclusive o papel da(o) cirurgiã(o)-dentista nesse processo. Vale salientar que tal resolução deverá passar por uma atualização para que se mantenha alinhada com o que foi estabelecido pela Anvisa nas RDCs 214 e 260.

## DO DENTE DE LEITE PARA O FUTURO

O caminho desde a avaliação da(o) cirurgiã(o)-dentista à multiplicação e criopreservação das células-tronco nos CPCs:

### NO CONSULTÓRIO ANAMNESE E AVALIAÇÃO

O(a) cirurgião(ã)-dentista devidamente credenciado a um Centro de Processamento Celular faz a anamnese do paciente, seguida de avaliação clínica e radiográfica, para identificação do dente de leite a ser considerado para exodontia. Todo dente de leite é uma fonte potencial, desde que não tenha sofrido contaminação (por cárie ou exposição da polpa ao meio bucal) que possa comprometer o tecido pulpar. É importante que o dente decíduo possua 1/3 de volume de raiz presente e que o permanente subjacente esteja com 2/3 de sua rizogênese completos. Dessa forma, não será caracterizada a indicação precoce para exodontia do elemento decíduo.



**O PROTOCOLO  
PARA COLETA,  
PROCESSAMENTO  
E ARMAZENAMENTO  
DE CÉLULAS-TRONCO  
MESENQUIMAIS DEVE  
SEGUIR PREMISSAS  
TÉCNICAS E ESTAR  
EM ACORDO COM  
AS RESOLUÇÕES  
DETERMINADAS  
PELAS AGÊNCIAS  
REGULATÓRIAS  
RESPONSÁVEIS**

## SOROLOGIA

Serve para a verificação de doenças infectocontagiosas pré-existentes, em acordo com as exigências estabelecidas pela Anvisa. O resultado positivo para quaisquer doenças não inviabiliza o processo, mas é base para que sejam estabelecidos processos de biossegurança de modo a controlar o risco de contaminação cruzada.

## COLETA AGENDADA

A data deverá ser programada previamente para que a(o) cirurgiã(o)-dentista responsável pelo procedimento possa receber em seu consultório um kit coleta. Ele contém a caixa térmica de coleta com dois frascos preenchidos com meio de cultivo basal para transporte enriquecido com solução antibiótica, um folheto explicativo sobre o procedimento e o lacre unívoco, para garantir o controle e a não violação do material. Esse material é entregue por uma empresa devidamente homologada para transporte de material biológico, sob a responsabilidade do CPC.

## EXTRAÇÃO

O procedimento para exodontia deverá seguir o protocolo técnico convencional, devendo a(o) cirurgiã(o)-dentista inserir o elemento dental no tubo estéril imediatamente após a exodontia, fechando e lacrando em seguida esse recipiente com um selo de identificação do paciente por código de barras. Desse modo, estará garantido o controle da amostra e a identidade do indivíduo.

## EM TRÂNSITO

O transporte do dente de leite coletado desde o consultório até o CPC deve acontecer em condições adequadas e dentro de um prazo de até 48 horas. A responsabilidade por essa etapa é do próprio Centro, que deve trabalhar com empresas especializadas e devidamente homologadas pela vigilância sanitária local para transporte de material biológico terrestre e aéreo.

### NO CPC CHEGADA DO DENTE

Após a recepção e Certificação de Conformidade em todo o processo até aquele momento, há o preparo e a entrada do tubo na área de trabalho (área limpa ISO 7 com Cabine de Segurança Biológica Classe II A2).

## PROCESSAMENTO

Após a limpeza do dente, é feita a extração da polpa, digestão do conteúdo pulpar para isolamento das células-tronco desejadas, cultivo das células para que sejam multiplicadas em laboratório à quantidade desejada. Uma polpa dental decídua contém, em média, entre 5.000 e 50.000 células, que serão multiplicadas à ordem de aproximadamente 5.000.000 de células em quarta passagem.

## CONTROLE DE QUALIDADE

É realizado em uma alíquota das células que será descartada, envolvendo os testes para contagem e viabilidade celular, certificação de esterilidade, verificação da integridade genética após a multiplicação, indução a multipotência e imunofenotipagem.

## CRIOPRESERVAÇÃO

Nessa etapa final, as células-tronco são criopreservadas em nitrogênio líquido à temperatura de - 196° C, que é capaz de inibir por completo os três fatores responsáveis pela degradação de qualquer material - calor, tensão de oxigênio e reação química. 📌

**O PROCEDIMENTO  
PARA EXODONTIA  
DEVERÁ SEGUIR O  
PROTOCOLO TÉCNICO  
CONVENCIONAL,  
DEVENDO A(O)  
CIRURGIÃ(O)-  
DENTISTA INSERIR O  
ELEMENTO DENTAL  
NO TUBO ESTÉRIL  
IMEDIATAMENTE  
APÓS A EXODONTIA,  
FECHANDO E LACRANDO  
EM SEGUIDA ESSE  
RECIPIENTE COM UM  
SELO DE IDENTIFICAÇÃO  
DO PACIENTE POR  
CÓDIGO DE BARRAS**

## PROTOCOLO PARA O USO

O processo de descongelamento e entrega das células-tronco também deve ser descrito pelo Centro de Processamento Celular. É fundamental que o estabelecimento esteja em absoluto acordo com as normas estabelecidas e vigentes pela Anvisa, que tratam das boas práticas a serem adotadas para a entrega das células adequadas à utilização em humanos, em pesquisas e/ou terapias celulares e avançadas. Além disso, é necessário possuir alvará sanitário específico, registro no Conselho Regional de Odontologia e ter como responsável técnico uma(um) cirurgiã(o)-dentista com experiência na área de biologia celular.

# Terapias com novas tecnologias podem auxiliar no controle da doença periodontal

*Pesquisadores das faculdades de Odontologia e Ciências Farmacêuticas da USP de Ribeirão Preto desenvolveram tratamentos que controlam a periodontite e seus efeitos, como inflamação e sangramento da gengiva, além da perda óssea*

A periodontite é uma das doenças bucais mais comuns e também um fator de risco de doenças pulmonares e cardíacas, sendo que, de acordo com estudos científicos, a doença periodontal é altamente prevalente no Brasil. Estima-se que entre 90% e 100% da população possui algum tipo de gengivite – a prevalência média de doença periodontal atinge, aproximadamente, 89% da população adulta do Brasil.

A compreensão da importância de buscar novas formas diagnósticas e terapêuticas para a doença levou pesquisadores a desenvolverem estudos que têm sido reconhecidos, inclusive pela comunidade internacional. A Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP) conseguiu deter a perda óssea causada pela doença usando um imunossupressor já conhecido do mercado farmacêutico brasileiro. Em outra linha, uma parceria da FORP/USP com a Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, também da USP (FCFRP/USP), resultou no desenvolvimento de terapias que controlam a inflamação e o sangramento da gengiva.

A perda óssea (desgaste do osso alveolar) é uma consequência grave da periodontite que afeta muitos pacientes, principalmente idosos, mas também pode acometer pessoas mais jovens que não praticam uma boa higiene bucal e acabam desenvolvendo a doença periodontal. Ao atingir os tecidos que sustentam e nutrem toda cavidade oral, a perda óssea expõe a saúde dos pacientes a riscos ainda maiores. Entre os sintomas da doença, estão o sangramento na gengiva, um espaço maior entre os dentes, o acúmulo de restos de alimentos em lugares que antes não havia, a movimentação dentária, a hipersensibilidade e o alongamento dos dentes.

**A PERDA ÓSSEA (DESGASTE DO OSSO ALVEOLAR) É UMA CONSEQUÊNCIA GRAVE DA PERIODONTITE QUE AFETA MUITOS PACIENTES, PRINCIPALMENTE IDOSOS, MAS TAMBÉM PODE ACOMETER PESSOAS MAIS JOVENS QUE NÃO PRATICAM UMA BOA HIGIENE BUCAL E ACABAM DESENVOLVENDO A DOENÇA PERIODONTAL**



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

“A USP, assim como outras faculdades e centros de estudos no Brasil, tem se mostrado séria e corajosa na tarefa de manter as pesquisas, mesmo que com pouco recurso e respaldo”, comenta a cirurgiã-dentista Luciana Vianna, membro da Câmara Técnica de Periodontia do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP).

## DIMINUIÇÃO DA PERDA ÓSSEA

Considerando que pesquisas recentes identificaram o sistema imunológico do próprio paciente como responsável por 85% dos danos causados pela periodontite, uma equipe do laboratório do Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Periodontia da FORP, liderada pelo prof. Mário Taba Júnior, realizou um trabalho com o objetivo de testar os efeitos imunoterápicos do toclizumabe sobre a doença periodontal. A droga está disponível no mercado para tratar artrite reumatoide. Como resultado, teve sua efetividade comprovada na diminuição da perda óssea decorrente dessa doença bucal.

O toclizumabe age no sistema imunológico e bloqueia a ação de uma proteína receptora da interleucina 6 (IL6), que é um dos principais mediadores inflamatórios relacionados à perda óssea periodontal. Assim, o remédio é utilizado atualmente com ótimos resultados na artrite reumatoide e na artrite idiopática juvenil.

Esse é o primeiro estudo que comprova a efetividade do toclizumabe no tratamento da doença periodontal. No entanto, seus resultados ainda são experimentais, obtidos a partir de testes feitos com ratos de laboratório: a substância promoveu a recuperação dos animais, comprovada em diferentes exames.

O sucesso da pesquisa com o imunossupressor como coadjuvante no tratamento da doença tem sido reconhecido pela comunidade científica: e a pesqui-

**“A USP, ASSIM COMO OUTRAS FACULDADES E CENTROS DE ESTUDOS NO BRASIL, TEM SE MOSTRADO SÉRIA E CORAJOSA NA TAREFA DE MANTER AS PESQUISAS, MESMO QUE COM POUCO RECURSO E RESPALDO”**



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock

sadora do grupo Ana Carolina Aparecida Rivas recebeu o prêmio de Melhor Trabalho Científico na Categoria Estudantil no sétimo Congresso da Região Sul-Americana da Associação Internacional de Pesquisa Odontológica, em Montevideu, no Uruguai.

### REDUÇÃO DE INFLAMAÇÃO E SANGRAMENTO

Em parceria, pesquisadores das Faculdades de Odontologia e de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto desenvolveram e testaram, em grupos de pacientes com doença periodontal, dois produtos diferentes para controlar algumas das manifestações da periodontite: a inflamação e o sangramento das gengivas. O objetivo do estudo é desenvolver uma opção de tratamento local, sem efeitos sistêmicos, e que não dependa da cooperação do paciente para atingir o efeito pretendido. Para tanto, os pesquisadores utilizaram tecnologias farmacêuticas que possibilitaram a introdução de compostos químicos intrabolsa periodontal, com liberação modificada de metronidazol e benzoato de metronidazol apenas no local de aplicação.

Os produtos desenvolvidos pelas equipes são duas fórmulas – em gel e em filme –, manipuladas no Laboratório de Pesquisa e Desenvolvimento Farmacotécnico (LPDF) a partir da associação de dois medicamentos já conhecidos no mercado – o metronidazol e o benzoato de metronidazol. Ambas se mostraram mais eficientes que o tratamento tradicional, que consiste apenas de raspagem e alisamento radicular (na base dos dentes). O uso do gel evitou o tempo sem o sangramento nas gengivas por até três meses, e o efeito do filme foi ainda mais significativo, já

que deteve o sangramento gengival por até seis meses.

Esse estudo foi feito com três grupos de pacientes com doença periodontal. Um foi tratado de forma convencional; outro, com o gel composto de metronidazol associado ao benzoato de metronidazol (menos solúvel); e o último com um filme, mais rígido e menos plástico, também feito com o composto associado.

A fórmula em gel se apresenta na forma líquida quando armazenada em geladeira. Ao ser aplicado com seringa especial, dentro da bolsa periodontal e em contato com o fluido gengival, em temperatura aproximada de 38°C, o líquido gelifica (adquire corpo e forma do defeito ósseo dentro da bolsa) e vai sendo bioerodido, ou seja, vai se desfazendo a partir de atividades degradadoras intrabolsa periodontal e dos movimentos mastigatórios, por exemplo.

Já o filme, com uma consistência mais rígida e espessura bem diminuta, é recortável para adaptação dentro da bolsa, na qual permanece até ser totalmente bioerodido ou removido clinicamente pelo(a) profissional.

### IN VITRO E IN VIVO

Segundo o prof. Vinicius Pedrazzi, que lidera grupo de pesquisa interdisciplinar da FORP/USP, esses estudos tiveram início in vitro há cerca de duas décadas, continuaram com participação conjunta com a equipe da FCFRP/USP, liderada pelo professor Osvaldo de Freitas, depois seguiram como pesquisa in vivo, com modelo animal, já com apoio da FAPESP (Processo 2007/03503-2). Só então foram feitos estudos em humanos, também com apoio da FAPESP (Processos 2010/17807-6 e 2012/07251-6).

Vale ressaltar que trabalhos de pesquisa científica, em especial estudos clínicos e com humanos, levam muito tempo. Desde o desenvolvimento inicial de um novo fármaco ou de uma nova plataforma de aplicação de uma substância já conhecida, até seu possível lançamento no mercado, há um longo percurso.

“Essas plataformas, que nomeamos ‘sistemas para liberação modificada de fármacos na forma de gel e de filme’, já poderiam ser empregadas pelos clínicos em consultórios privados e pelo próprio SUS”, afirma Pedrazzi. “Seus efeitos terapêuticos foram muito expressivos e benéficos para a população, pois minimizaram e até eliminaram os microrganismos prevalentes nas periodontites que tratamos com os voluntários da pesquisa”, completa.

Um dos desafios dos pesquisadores é combater não só a infecção, mas também a inflamação e, de modo complementar, promover a osseoindução (formação de tecido ósseo sadio). Nesse sentido, restabelecer a condição periodontal perdida é fundamental para, indiretamente, devolver a saúde sistêmica para as pessoas com enfermidades periodontais. 🦷

**ESSE ESTUDO FOI FEITO COM TRÊS GRUPOS DE PACIENTES COM DOENÇA PERIODONTAL. UM FOI TRATADO DE FORMA CONVENCIONAL; OUTRO, COM O GEL COMPOSTO DE METRONIDAZOL ASSOCIADO AO BENZOATO DE METRONIDAZOL (MENOS SOLÚVEL); E O ÚLTIMO COM UM FILME, MAIS RÍGIDO E MENOS PLÁSTICO, TAMBÉM FEITO COM O COMPOSTO ASSOCIADO**

## PERIODONTITE: CAUSAS, SINTOMAS, CUIDADOS

Incurável e de difícil controle, a doença periodontal é um processo inflamatório que afeta o conjunto de tecidos que sustentam e nutrem o dente na cavidade bucal. Primeiro, ataca os tecidos de proteção (as gengivas) e, depois, os tecidos de sustentação dos dentes (osso alveolar, ligamento periodontal e cimento). A evolução dessa condição pode levar à perda dental, sendo a principal causa da falta de dentes na população adulta e idosa dos Estados Unidos (75% dos dentes perdidos). Os principais sintomas da periodontite são: mau hálito, gengivas sensíveis ao toque, inchadas, com aspecto vermelho vivo ou arroxeadas e que sangram com facilidade, especialmente durante a escovação, além de

mobilidade dental. Como a doença periodontal é um mal que, em geral, é causado pela falta ou deficiência de higiene bucal, os pacientes com periodontite precisam ser orientados a manter uso regular de fio/fita dental, realizar escovação após todas as refeições com escova de cerdas macias e optar por um creme dental equilibrado no aspecto de abrasividade, que também pode conter agentes terapêuticos. Além da higiene, também contribuem para a ocorrência dessa enfermidade fatores genéticos, doenças sistêmicas (como o diabetes), maus hábitos (tabagismo e alcoolismo, por exemplo) e o uso de drogas ilícitas, como o crack.

# Acessibilidade no consultório

*Saiba quais são as principais características de um ambiente para atendimento odontológico acessível a pessoas com deficiência*

Segundo o último censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 45,6 milhões de Brasileiros têm algum tipo de deficiência. Dentre as mais comuns, estão as deficiências visual, motora, auditiva e intelectual – são consideradas pessoas com deficiência aquelas que apresentam diferenças físicas, sensoriais ou intelectuais, de caráter permanente, que acarretam dificuldades em sua interação com o meio físico e social.

Dar condições de saúde bucal para esses indivíduos é uma forma de garantir o pleno exercício de direitos constitucionais que não lhes podem ser negados. O direito fundamental à saúde é previsto no artigo 6 da Constituição Federal, e o artigo 196 determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.



Imagens meramente ilustrativas/Shutterstock

## SAÚDE PARA TODOS

Para além do cumprimento da lei, oferecer acessibilidade em consultórios e clínicas odontológicas possibilita a prática do principal objetivo da Odontologia: cuidar da saúde bucal das pessoas.

A adaptação, reforma ou construção de um consultório acessível deve seguir o código de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). De acordo com a associação, é considerado acessível todo espaço que possa ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa, incluindo aquelas com mobilidade reduzida. A acessibilidade deve ser tanto física como em termos de comunicação e/ou sinalização.

Confira a seguir informações sobre itens importantes de um consultório acessível. Para conhecer detalhes técnicos, com medidas exatas e especificações detalhadas, deve-se consultar a ABNT.

## O CONSULTÓRIO ACESSÍVEL

**Estacionamento:** Os estacionamentos devem possuir vagas prioritárias para que pessoas com deficiência possam estacionar e desembarcar com segurança. Essas vagas devem ser sinalizadas horizontalmente e contar com um espaço adicional de circulação, além de estar localizadas o mais próximo possível da entrada, em rota acessível.

**Portas:** As portas devem ter condições de serem abertas com um único movimento, e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca. Quando localizadas em rotas acessíveis, recomenda-se que tenham, na sua parte inferior e no batente, revestimento resistente a impactos de bengalas, muletas e cadeiras de rodas.



**Elevadores:** Ao alugar ou comprar um consultório ou uma sala em prédio, é importante verificar se os elevadores do edifício são adaptados. A cabine deve ter profundidade e largura suficientes para que cadeiras de roda consigam entrar; os painéis de comando ou botoeiras devem possuir relevo em Braille; o sistema de alerta deve conter sinais sonoros ou de voz indicando o andar.

**Pisos:** Devem possuir superfície firme e regular que ofereça estabilidade, seja antiderrapante e não provoque trepidação em dispositivos de rodas (cadeiras com rodas e carrinho de bebê). Recomenda-se evitar a utilização de padronagem no piso que possa causar sensação de insegurança (por exemplo, estampas que possam causar a impressão de tridimensionalidade).



Imagem meramente ilustrativa/Shutterstock



**Sanitários:** Devem obedecer a parâmetros no que diz respeito à instalação de bacia, mictório, lavatório, acessórios e barras de apoio, além das áreas de circulação, transferência, aproximação e alcance. Para instalação de bacias sanitárias, devem ser previstas áreas de transferência lateral, perpendicular e diagonal.

A localização das barras de apoio deve atender às seguintes condições: junto à bacia sanitária, na lateral e no fundo, devem ser colocadas barras horizontais para apoio e transferência. Toda a instalação deve obedecer às normas da ABNT.

Na impossibilidade de instalação de barras nas paredes laterais, são admitidas barras laterais articuladas ou fixas (com fixação na parede de fundo), sem interferir na área de giro e transferência. ♣

**Símbolos:** Locais onde existem elementos acessíveis ou utilizáveis por pessoas com deficiência devem ser indicados por meio dos seguintes símbolos, de acordo com a acessibilidade disponível: símbolo internacional de acesso; símbolo internacional de pessoas com deficiência visual; e símbolo internacional de pessoas com deficiência auditiva (surdez). Os símbolos devem ser afixados em local visível ao público, sendo utilizados somente em locais acessíveis, como entradas; áreas e vagas de estacionamento de veículos; áreas acessíveis de embarque e desembarque; sanitários; saídas de emergência; áreas reservadas para pessoas em cadeira de rodas; equipamentos exclusivos para o uso de pessoas com deficiência.

## LEGISLAÇÃO, NORMAS, REGULAMENTAÇÃO

- A Lei 7.853, de 1989, garante que todas as pessoas com deficiência tenham acesso aos estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos ou privados, e também determina que o tratamento seja adequado, sob normas técnicas, com conduta apropriada e atendimento humanizado por parte do corpo clínico. Já a Lei 10.098, de 2000, estabelece as regras de construção para a acessibilidade.
- O código de acessibilidade a edificações, de 2004, instituído pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), define as modificações fundamentais em construções para facilitar a mobilidade de pessoas com deficiência em mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.
- A Lei Federal 13.146, de 2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência garante a igualdade a todos, independentemente de sua condição; proíbe a discriminação por qualquer limitação inerente do indivíduo; e determina que “a pessoa com deficiência tem direito a receber atendimento prioritário”.

# PARTICIPAÇÃO

## Tem valor

Um dos pilares do CROSP, a PARTICIPAÇÃO pode ser vista em ações e na forma como o Conselho cria espaços para os profissionais de saúde bucal fazerem parte. E a comprovação disso se dá com o inscrito, desempenhando seu papel como um agente de colaboração, com zelo pela ética, com sugestões e críticas, sem receio de realizar denúncias de irregularidades, ajudando a fortalecer a imagem da profissão.

**VALORIZAR O CONSELHO É VALORIZAR O SEU TRABALHO.**



Imagens meramente ilustrativas







**CROSP**  
ORIENTA

A série animada com informações sobre o exercício profissional está com novos vídeos sobre atendimento no consultório e publicidade odontológica. **Assista as orientações, compartilhe com os seus colegas e aguarde novos temas que irão ao ar em breve.**



Para conferir, acesse a TV CROSP: [www.crosp.org.br/tv](http://www.crosp.org.br/tv) e curta as nossas redes sociais:

 @crospoficial

 CropsOficial