

Relatórios dos Simpósios Realizados no 39º Encontro do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria em Curitiba/PR

ODONTOPEDIATRIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Rosângela Almeida RIBEIRO, Ana Cristina Barreto BEZERRA, Fernando Borba de ARAÚJO, Roberval de Almeida CRUZ, Isabela Almeida PORDEUS

Este simpósio foi coordenado pela Professora Isabela Almeida Pordeus, sendo o ativador o Professor Roberval de Almeida Cruz e a relatora a Professora Rosângela Almeida Ribeiro. Os simposiastas foram a Professora Ana Cristina Barreto Bezerra e o Professor Fernando Borba de Araujo. Dando início ao Simpósio, a Professora Isabela Almeida Pordeus ressaltou a relevância da discussão do tema proposto para a formação e capacitação de profissionais da Odontologia, em geral, e da Odontopediatria, em particular.

Em sua exposição, a Professora Ana Cristina Barreto Bezerra apresentou os Alicerces da Odontologia baseada em evidências. Ressaltou-se, inicialmente, que a Odontologia Baseada em Evidência (OBE) representa uma mudança filosófica na abordagem da prática e enfatiza a evidência sobre a opinião. A experiência é importante desde que seja baseada em evidências. Existem algumas barreiras para a adesão à prática da evidência científica: falta de evidência; acesso à evidência; habilidade para encontrar, avaliar e aplicar a OBE; tempo gasto para buscas; orgulho e auto-estima (dificuldade em aceitar as mudanças). As barreiras para a mudança sofrem influência do conhecimento e atitudes do clínico, do ambiente clínico, de fatores relacionados ao paciente e do ambiente educacional. Desta forma, sugere-se como solução para ultrapassar as barreiras para Odontologia Baseada em Evidência: adoção e aplicação da OBE; desenvolvimento de habilidades para formular questões; procurar e avaliar a informação, que vem da identificação de referências (periódicos/ bases de dados); e desenvolvimento de um plano de tratamento personalizado.

A Medicina Baseada em Evidência iniciada no Canadá, em 1992, propõe um novo paradigma que se baseia na construção do conhecimento científico entendido e julgado racionalmente. Outros centros têm surgido em diversas partes do mundo.

A Odontologia Baseada em Evidência, ou a Evidência Científica de modo geral, está fundamentada na Experiência Clínica, na Bioestatística, e na Informática aplicada à área da saúde e alicerçada numa nova forma de pensar a ciência.

Define-se a Prática Baseada em Evidência como o “uso consciente, explícito e prudente da melhor evidência corrente para que sejam tomadas decisões clínicas sobre o cuidado de pacientes individuais.” Este modelo não é exclusivo da área da saúde.

Ficou claro que para se chegar à evidência científica, é necessária a busca de informação controlada, que tenha acurácia, que seja confiável, para tornar possíveis os cuidados com a saúde. A Prática Baseada em Evidência fecha uma lacuna existente entre a clínica e o mundo real da prática odontológica, e oferece aos profissionais instrumentos poderosos para a interpretação e aplicação dos achados das pesquisas, bem como proporciona uma ponte entre a pesquisa e os cuidados com o paciente. A proposição da mudança para a prática baseada em evidência baseia-se na prática clínica fundamentada no julgamento da qualidade do conhecimento existente.

Há necessidade de uma integração da melhor evidência, do julgamento clínico e dos valores e circunstâncias do paciente. O conceito da evidência científica ajuda a entender o que ela não é, ou seja, não é um protocolo (“livro de receita”) a ser seguido rigorosamente.

A pesquisa clínica deve ser vista sob duas perspectivas: a anatomia e a fisiologia da pesquisa. A anatomia da pesquisa inclui: questão; delineamento do estudo; população/sujeitos do estudo; medidas; cálculo do tamanho da amostra. A meta do investigador é criar um projeto que seja simples, de baixo custo e de curta duração. A questão (pergunta) da pesquisa, a qual é o objetivo do estudo, parte de uma preocupação geral que precisa ser reduzida para um tópico concreto e factível de ser estudado. A fisiologia da pesquisa demonstra o que ocorreu na amostra durante o estudo e qual a generalização destes eventos para indivíduos externos ao estudo. A meta é minimizar erros aleatórios ou sistemáticos, ou os vieses ou fatores de confusão.

Na exposição dos tipos de estudo existentes, apresentaram-se os estudos transversais, os estudos de coorte (prospectivos; retrospectivos), os estudos caso-

controle, e os ensaios clínicos randomizados controlados. Os diferentes tipos de estudo podem ainda ser classificados em observacionais e de intervenção. Os estudos formam uma pirâmide que fornece a melhor evidência: estudos *in vitro*; pesquisa com animal; idéias – editoriais e opiniões; relatos de caso; série de casos; estudos caso-controle; estudos de coorte; estudos clínicos randomizados controlados (RTC); e as revisões sistemáticas e metanálise. Foram destacados alguns pontos dos estudos clínicos randomizados controlados, vantagens e desvantagens dos estudos de coorte, de caso-controle, e dos estudos transversais. Foram exemplificadas algumas diferenças de características entre os estudos de revisão sistemática e de revisão narrativa, ressaltando-se os critérios adotados nos estudos de revisão sistemática. Desta forma, os estudos de revisão sistemática fornecem conclusões baseadas nas evidências científicas para diversas perguntas, exemplificadas durante a exposição. Estas conclusões podem ser fechadas ou incompletas.

Em síntese, a Odontologia Baseada em Evidência requer a integração judiciosa de avaliações sistemáticas de evidência clínica científica relevante, relacionadas com a história e as condições bucais e médicas do paciente; a experiência clínica do cirurgião-dentista; e as preferências do paciente, sem substituir o julgamento clínico. O problema clínico é expresso como uma pergunta, a qual deve ser bem formulada para que clínico possa seguir os caminhos das bases de dados da literatura, a fim de encontrar a melhor evidência disponível avaliando sua validade e força. Para que os profissionais da Odontologia se mantenham no mesmo nível de outras profissões de saúde, serão necessários investimentos significativos na pesquisa clínica e na educação para avaliar a melhor e mais atualizada evidência em Odontologia. Fundamentada na pesquisa clínica, a Odontologia Baseada em Evidência requer a definição de uma pergunta clara, definição dos objetivos da pesquisa; a pesquisa da informação e da interpretação da evidência, a qual deve considerar o efeito do tratamento ou exposição e a medida dos resultados.

Concluindo, o objetivo maior da Odontologia Baseada em Evidência é garantir que o tratamento oferecido ao paciente ou à comunidade seja fundamentado na melhor evidência científica disponível.

Dando continuidade ao Simpósio, a Professora Isabela Almeida Pordeus passou a palavra ao Professor Fernando Borba de Araujo, segundo simposiasta a se apresentar. O Professor Fernando Borba de Araújo passou então a apresentar o tema a evidência científica dentro da linha de pesquisa: mínima intervenção, cujo conceito está suportado na máxima preservação da estrutura dentária, necessitando de conhecimentos básicos de diagnóstico e risco, além da utilização de ferramentas empregadas usualmente num programa de prevenção de cárie, enfatizando ainda o fato de ser uma proposta terapêutica que tem sustentação pela literatura.

Nesta exposição, foi apresentada a evidência científica disponível sobre remoção de tecido cariado em dentes decíduos. A apresentação foi delineada para responder aos seguintes questionamentos: é necessário remover toda a dentina cariada remanescente durante um preparo cavitário?; O resultado de determinados estudos foi suficientemente efetivo para ter importância clínica?; O resultado representa um efeito real ou foi um achado ocasional?; Os resultados são sempre decorrentes de uma amostra de pessoas, animais, ou testes de laboratório?; Se fosse selecionada outra amostra, os resultados seriam os mesmos?

Na seqüência da apresentação, perguntou-se o que há de evidência científica disponível, então, para a remoção parcial de tecido cariado em dentes decíduos? Inicialmente, foram expostas as diferenças entre o tratamento indireto da polpa, o tratamento expectante e o tratamento restaurador atraumático. Encontra-se evidência científica em ensaios clínicos randomizados controlados para a remoção parcial de tecido cariado em lesões cáries em dentina profunda, tanto em dentes decíduos, como em permanentes, minimizando o risco de exposição pulpar, e conseqüentemente proporcionando menor dano à estrutura dentária. Além disso, um bloqueio mecânico por meio de um simples selamento para lesões cáries oclusais, ou um bloqueio com um material restaurador adesivo para lesões francamente cavitadas, levarão a uma maior preservação de estrutura dentária adjacente, além de interromper a evolução da lesão. Há necessidade do tratamento concomitante da atividade cáries, para que em uma eventual falha restauradora, não haja um risco maior de instalação de uma lesão cáries adjacente à restauração.

Continuando a sua explanação dentro da linha de raciocínio estabelecida, uma outra pergunta mais abrangente foi apresentada: "Há evidência científica para indicação da mínima intervenção em dentes decíduos?" A busca em base de dados permitiu acesso a um estudo de revisão da Cochrane Library com o objetivo de testar a hipótese nula de que não há diferença entre os tratamentos que preconizam a mínima remoção de tecido cariado, ultraconservadora, ou a remoção total de dentina cariada em dentes decíduos, em termos de dano à polpa, progressão da lesão cáries, e longevidade das restaurações. Este estudo de revisão evidenciou a existência de quatro estudos clínicos randomizados cujos resultados principais foram apresentados, bem como as implicações para outros estudos. Segundo esta revisão, a remoção parcial de tecido cariado em dentes decíduos ou permanentes assintomáticos reduz o risco de exposição pulpar e parece ser melhor que a remoção total em lesões profundas quanto à exposição pulpar. Além disso, concluiu-se que não há evidência suficiente para saber se é necessário reabrir o dente e remover a dentina remanescente. Os estudos que não reabriram não

relataram conseqüências adversas. As implicações clínicas (das conclusões) deste estudo indicam a necessidade de novos estudos clínicos randomizados controlados de longo tempo de acompanhamento para avaliar a necessidade de reabertura do dente após procedimento de remoção parcial de dentina cariada com o objetivo de remover o tecido remanescente. Este estudo não encontrou efeitos deletérios do tratamento de remoção parcial de tecido cariado, acrescentando que a remoção total do tecido cariado resulta em maior número de casos de exposição pulpar.

Alguns destes questionamentos sobre a remoção parcial de tecido cariado em dentes decíduos que ainda persistem têm sido respondidos em estudos conduzidos na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujos resultados principais foram apresentados. Um estudo de revisão crítica de Van Thompson et al. (2008), que incluiu quatro estudos brasileiros, concluiu que há evidência consistente de que a remoção completa da dentina infectada não é necessária, uma vez que a restauração irá isolá-la do meio ambiente bucal. No entanto, antes que este conceito seja mais amplamente aceito, novos ensaios clínicos são necessários.

Na literatura, foram encontrados novos questionamentos relacionados ao “o que acontece com as bactérias remanescentes após tratamento indireto da polpa”; “o que acontece com a dentina cariada remanescente”; “qual a dependência do material capeador na resposta ao tratamento de remoção parcial de tecido cariado”; “qual o material restaurador ideal”. Foram apresentados os principais resultados de alguns estudos disponíveis na literatura nacional e internacional sobre estas questões. Mais recentemente, a literatura questiona: “por que reabrir?”; “a pulpotomia em dentes decíduos poderá ser substituída pela técnica da remoção parcial de tecido cariado?” e “como a evidência científica está interferindo na prática clínica?” As principais conclusões de alguns estudos disponíveis na literatura, e de outros em desenvolvimento, envolvendo estes questionamentos foram também apresentadas.

Em conclusão, ainda que sejam necessários outros estudos, a evidência científica já existente pode sustentar o tratamento indireto da polpa de dentes decíduos, o qual pode ser considerado uma opção terapêutica para o tratamento de dentes decíduos portadores de lesão de cárie profunda em dentina. O referencial para a implantação do conceito de mínima intervenção no currículo odontológico deverá ser a Odontologia Baseada em Evidência, definida como a integração da evidência proveniente da melhor pesquisa com a experiência clínica do profissional e os valores do paciente.

Finalizada a apresentação do Professor Fernando Borba de Araújo, deu-se início ao debate ativado pelo Professor Roberval de Almeida Cruz, que ressaltou a

importância do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria.

O conservadorismo de alguns professores na aceitação de novos paradigmas, como a evidência científica, foi destacado pelo ativador do Simpósio, que questiona como proceder. Em suas considerações, a Professora Ana Cristina Barreto Bezerra reforçou que a Odontologia Baseada em Evidência é um movimento global. É necessário que todos os profissionais passem a se inserir nesta nova filosofia, até para conseguir futuras publicações. Na ausência de evidência científica, a Professora Ana Cristina Barreto Bezerra sugeriu que se continue a trabalhar para que a evidência clara seja disponibilizada, bem como para divulgar e ensinar a evidência comprovada.

Em relação aos trabalhos a serem apresentados em Congressos e similares, em forma de painéis, o que fazer para que o paradigma da Odontologia Baseada em Evidência seja obedecido? O Professor Fernando Borba de Araújo sugeriu que se deve tentar trabalhar na excelência do delineamento dos estudos, além de ter ressaltado a carência de periódicos da Odontopediatria para publicação de estudos da área. A Professora Ana Cristina Barreto Bezerra propôs que os novos estudos devem obedecer a metodologias criteriosas que atendam aos princípios da Odontologia Baseada em Evidência.

O Professor Roberval de Almeida Cruz enfatizou a importância da Epidemiologia, em concordância com o comentário anterior da Professora Isabela Almeida Pordeus, bem como da Bioestatística, anteriormente destacada pela Professora Ana Cristina Barreto Bezerra.

Voltou-se ainda à abordagem da diferença entre o Tratamento Restaurador Atraumático e a Remoção parcial de tecido cariado. O Professor Fernando Borba de Araújo reafirmou as vantagens do tratamento de remoção parcial de dentina cariada em dentes decíduos, até em substituição às pulpotomias de dentes decíduos, independente da técnica utilizada.

Com respeito aos trabalhos que utilizam questionários como instrumento de pesquisa, a Professora Ana Cristina Barreto Bezerra enfatizou a necessidade da validação do questionário, tanto para os questionários já existentes, quanto para aqueles elaborados pelo(s) próprio(s) autor(es), os quais não devem induzir respostas. Nestes estudos, pode haver omissão de informações, informações inventadas, e baixa taxa de retorno.

Por fim, o Professor Fernando Borba de Araújo destacou as dificuldades enfrentadas na Odontopediatria para a condução de estudos de longo tempo de acompanhamento. Neste sentido, destacou-se que a reabsorção radicular dos dentes decíduos constitui-se ainda em um desafio para os estudos de longo tempo de acompanhamento a ser enfrentado.

O Professor Roberval de Almeida Cruz, salientou a importância do delineamento para os estudos a serem idealizados e conduzidos para se chegar à evidência

científica, bem como para os trabalhos a serem apresentados em Congressos e Similares e/ou publicados. Reforçou-se a importância da Epidemiologia e o cuidado na análise estatística, com vistas a uma maior qualidade dos estudos. Esclareceu-se que o tratamento indireto da polpa permite a paralisação da lesão e que a conduta de mínima intervenção pode reduzir a necessidade do tratamento de pulpotomia de dentes decíduos. Os trabalhos que utilizam questionários devem atender à exigência de validação dos mesmos, tanto os já existentes, quanto os construídos, os quais apresentam algumas vantagens e desvantagens, como respostas inventadas e a taxa de respostas. A resolução do aspecto de reabsorção radicular de dentes decíduos em estudos de longa duração constitui-se ainda em um desafio, que exige grande esforço dos pesquisadores para ultrapassar as dificuldades.

Ao encerrar as atividades do Simpósio, a coordenadora Professora Isabela Almeida Pordeus agradeceu e parabenizou as participações dos simposiastas Professora Ana Cristina Barreto Bezerra e Professor Fernando Borba de Araújo, do ativador Professor Roberval de Almeida Cruz, e da relatora Professora Rosângela Almeida Ribeiro.

Referências

1. Araújo FB, Mariath AAS, Bresani AEL, Casagrande L, Wienandts P. Tratamento nas lesões cáries em tecidos decíduos. In: Toledo OA. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 3. ed. São Paulo: Premier, 2005. p. 165-206.
2. Araújo FB. Abordagem contemporânea da terapia pulpar em dentes decíduos. In: Estrela C. Ciência endodôntica. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 941-90.
3. Bjorndal L. The caries process and its effect on the pulp: the science is changing and so is our understanding. *Pediatr Dent* 2008; 30(3):192-6.
4. Bressani AEL. Avaliação da coloração, consistência e contaminação da dentina de dentes decíduos submetidos ao capeamento pulpar indireto com remoção parcial de tecido cariado. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003. 66p.
5. Evidence based compendium. Acesso em: Disponível em: <www.midentistry.com/academia.
6. Ismail AY, Bader JD. Evidence based dentistry in clinical practice. *J Am Dent Assoc* 2004; 135:78-83.
7. Leksell E, Ridell K, Cvek M, Mejare I. Pulp exposure after stepwise versus direct complete excavation of deep carious lesions in young posterior permanent teeth. *Endod Dent Traumatol* 1996; 12(4):192-6.
8. Magnusson BO, Sundell SO. Stepwise excavation of deep carious lesions in primary molars. *J Int Assoc Dent Child* 1977; 8(2):36-40.
9. Mertz-Fairhurst EJ, Curtis JW Jr, Ergle JW, Rueggeberg FA, Adair SM. Ultraconservative and cariostatic sealed restorations: Results at year 10. *J Am Dent Assoc* 1998; 129(1):55-66.
10. Ribeiro CC, Baratieri LN, Perdigão J, Baratieri NM, Ritter AV. A clinical, radiographic and scanning electron microscopic evaluation of adhesive restorations on carious dentin in primary teeth. *Quintessence Int* 1999; 30(9):591-9.
11. Ricketts D, Kidd E, Innes NPT, Clarkson JE. Complete or ultraconservative removal of decayed tissue in unfilled teeth (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:p.CD003808.
12. Sackett DL, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone, 1997.
13. Sutherland SE. The building blocks of evidence-based dentistry. *J Can Dent Assoc* 2000; 66:241-4.
14. Thompson V, Craig RG, Curro FA, Green WS, Ship JA. Treatment of deep carious lesions by complete excavation or partial removal: a critical review. *J Am Dent Assoc* 2008; 139(6):705-12.

O ATENDIMENTO DO BEBÊ PREMATURO

Paulo Renato Corrêa GLAVAM, Cristina Terumy OKAMOTO, Liliana A. M. V. TAKOAKA, Regina Donnamaria MORAIS, Luiz Reynaldo Figueiredo WALTER, Maria Naira Pereira FRIGGI

Este simpósio foi coordenado pela Professora Maria Naira Pereira Friggi e ativado pelo Professor Luiz Reynaldo Figueiredo Walter e teve como relator o Professor Paulo Renato Corrêa Glavam. Os simposistas foram a médica neonatologista Professora Cristina Terumy Okamoto, a odontopediatra Professora Liliana A. M. V. Takaoka e a fonoaudióloga Professora Regina Donnamaria Morais.

A Professora Cristina T. Okamoto discorreu sobre o que seria o bebê prematuro, relacionando o baixo peso entre outras causas. Também relacionou a gravidez na adolescência e na mãe idosa. Abordou como é realizada a intubação orotraqueal, a sua necessidade para a manutenção da vida do bebê e as possíveis repercussões para as estruturas bucais. Neste caso citou os defeitos de desenvolvimento de esmalte, alterações do palato, alterações da oclusão da criança e alterações no tamanho da coroa dentária.

Com relação às perspectivas futuras falou da importância da ação multidisciplinar, inter e transdisciplinar de modo a proporcionar o melhor desenvolvimento do bebê prematuro. Comentou da necessidade de estudos longitudinais a fim de obter maior conhecimento desta área.

Em seguida, ouviu-se a exposição conjunta da Dra. Liliana A. M. V. Takaoka e da fonoaudióloga Regina Donnamaria Morais, que apresentaram um protocolo transdisciplinar para o atendimento dos bebês prematuros destacando os primeiros sinais preditivos de disfunções bucais.

Enfatizaram o uso da avaliação e orientação continuada para a prevenção de alterações secundárias através de aspectos odontológicos, fonoaudiológicos e fisioterapêuticos, tendo como base a transdisciplinaridade, lembrando que os bebês se desenvolvem em todos os aspectos e que as funções são por eles coordenadas e necessitam ser monitoradas ao longo do tempo. A postura corporal do bebê, a posição da cabeça e as habilidades bucais apresentam estreitas relações e necessitam ser acompanhadas. Apresentaram a criação de um Protocolo Morfo-Funcional do Complexo Oral e acompanhamento ambulatorial de prematuros com perfil transdisciplinar visando estabelecer códigos padronizados para uma avaliação e atendimento holístico a pacientes com histórico de prematuridade, enfocando um atendimento integrado das áreas da habilitação e reabilitação. O atendimento integrado destina-se a uma intercessão das áreas afins, estabelecendo assim um olhar transdisciplinar.

A Transdisciplinaridade não se define pela criação de uma nova disciplina, mas sim pela extensão dos limites de cada uma, adicionando a elas mais conhecimento sobre áreas segmentadas para a um atendimento amplo e irrestrito do ser. Assim, cada profissional, com sua experiência, avalia pontos importantes do indivíduo e desta avaliação procuram-se aspectos que se complementam resultando em uma visão mais precisa em um mesmo espaço e tempo (WAIL et al., 1993)

Neste foco, a intercessão de duas áreas aparentemente bem delimitadas busca base que salienta a importância dos profissionais de saúde estender seus horizontes para poder enxergar o paciente afim de que suas intervenções possam realmente trazer benefícios. Daí a importância de ver o paciente com um todo (DONNAMARIA-MORAIS, 2005)

Salientaram que o corpo reage e se organiza mediante uma biomecânica controlada pelo sistema nervoso central (SNC). Neste aspecto, as funções desempenhadas pelo indivíduo são permeadas de movimentos estabelecidos por ossos, articulações e músculos. A região da cabeça que concentra toda a aferência sensorial é também uma região onde observamos ações específicas como a função de alimentação, fala, respiração, expressão facial, comunicação verbal e, para tal, deve apresentar condições morfológicas ideais. Assim, duas ou mais especialidades profissionais podem convergir para um olhar mais apurado como se propõe na transdisciplinaridade.

As expositoras ressaltaram a importância da cabeça como um elemento fixo que se apóia sobre a coluna e depende dela para que tenha variação de movimento. Seus elementos móveis (ATM e Hioide) e estruturas moles se adaptam mediante a postura da cabeça e qualquer disfunção em alguma destas estruturas no complexo bucal pode alterar o funcionamento do mesmo.

Falaram da publicação futura de um atlas sobre Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte (DDE) para facilitar o mapeamento dos mesmos.

Definiram os DDEs como sendo distúrbios nas matrizes dos tecidos duros e em sua mineralização ocorridos durante a odontogênese.

Falaram que as taxas de mortalidade em crianças de muito baixo peso eram muito altas e que a maioria dos estudos prévios foram feitos com crianças de maior peso ao nascimento (>2000g). Com os crescentes avanços dos cuidados neonatais nos últimos anos, mais crianças de

muito baixo peso ao nascer têm sobrevivido, estudos mais recentes foram feitos com crianças de menor peso ao nascimento (<2000g), onde foram observados índices mais altos de prevalência de DDE na dentição decídua destas crianças (KOPELMAN et al., 2000). Funakoshi et al. (1981) encontraram defeitos de esmalte em 26,9% das 52 crianças prematuras avaliadas, Mellander et al. (1982) observaram nas 91 crianças prematuras 33% de defeitos de esmalte, Seow et al. (1984b) relataram prevalência de 100% em 15 crianças prematuras com raquitismo neonatal; Pimlott et al. (1985) observaram 38% de defeitos de esmalte em 106 crianças prematuras; Caixeta (1995) encontrou 35% de defeitos nas 100 crianças prematuras por ela avaliadas; Rugg-Gunn et al. (1998) observaram prevalência de 43% de defeitos de esmalte das 390 crianças do sexo masculino; Aine et al. (2000) encontraram defeito de esmalte na dentição de 78% de 32 crianças nascidas prematuras e de 20% das 64 nascidas a termo e Takaoka, (2007) observou no grupo de 45 prematuros a prevalência de defeitos de esmalte de 87% e nos 46 nascidos a termo 44%. A autora encontrou 100% de DDE nas crianças que foram intubadas. Quanto maior o tempo de intubação mais graves eram as lesões.

O DDE Index é o sistema de classificação e de marcação mais comumente usado para a marcação dos defeitos de desenvolvimento e é a terminologia mais usada em levantamentos de defeitos de dentes em geral. Embora seja um sistema de marcação abrangente e conveniente para levantamento de DDE ele ainda é pouco conhecido e menos ainda utilizado. O examinador deve se familiarizar com a classificação dos DDEs, definidos visualmente por material fotográfico a ser desenvolvido e por modelo padronizado para a coleta de dados e, seguindo a classificação de Ainamo e Cutress (1982).

A odontopediatra apresentou modelo fotográfico da dentição decídua e salientou a importância da organização de atlas de DDE, elaborado por várias instituições de ensino, onde os participantes do projeto passariam por calibração.

Foi abordada a necessidade de prevenção de cárie, uma vez que alterações de desenvolvimento do esmalte como hipoplasia e hipocalcificação aumentam a rugosidade da superfície do esmalte, o que dificulta a higienização dental, aumentando o risco para o desenvolvimento da doença cárie.

Finalizando, foi discutida a importância da formação de uma equipe com visão transdisciplinar, realização de estudos multicêntricos e a aplicação de um protocolo único de avaliação.

Estudos longitudinais, objetivando detecção precoce de desvios de função, com o intuito de diminuir seqüelas secundárias a prematuridade devem ser realizados pelos centros envolvidos com este protocolo.

1. Ainamo J, Cutress TW. An epidemiological index of developmental defects of dental enamel (DDE Index) Commission on Oral Health Research and Epidemiology. *Int Dent J* 1982; 32(2):159-67.
2. Aine L, Backström MC, Maki R, Kuusela AL, Koiviston AM, Ikonen RS, et al. Enamel defects in primary and permanent teeth of children born prematurely. *J Oral Pathol Med* 2000; 29(8):403-9.
3. Caixeta FF, Correa MSNP. Os defeitos do esmalte e a erupção dentária em crianças prematuras. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51 (4):195-9.
4. Castilllo-Morales R. Terapia de regulação orofacial. São Paulo: Memnon, 1999. 160p.
5. Kopelman BI. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. São Paulo: Atheneu, 2004. 694p.
6. Donnamaria RM. Registro eletromiográfico da musculatura facial a partir de estímulos cutâneos em indivíduos portadores de síndrome de Down. São Paulo, 2001. 95p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Presbiteriana Mackenzie. Programa de Pós Graduação em distúrbios do Desenvolvimento.
7. Donnamaria RM. Terapia de habilitação e reabilitação fonoaudiológica em pacientes com transtornos neurológicos. In: Diament A, Cypel S. *Neurologia Infantil*. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 101-3.
8. Funakoshi Y, Kushida Y, Hieda T. Dental observations of low birth weight infants. *Pediatr Dent* 1981; 3:21-5.
9. Hohoff A et al. Palatal development of preterm and low birthweight infants compared to term infants- What do we know? Part 3: Discussion and conclusion. *Head and Face Medicine* 2005;1:1-10.
10. Mellander M, Noren JG, Fredén H, Kjellmer I. Mineralization defects in deciduous teeth of low-birth-weight infants. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71(5):727-33.
11. Paulsson L, Bondemark L, Söderfeldt B. A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth-crown dimensions and tooth maturity and eruption. *Angle Orthod* 2004; 74:269-79.
12. Paulsson L, Söderfeldt B, Bondemark L. Malocclusion traits and orthodontic treatment needs in prematurely born children. *Angle Orthod* 2008; 78(5):786-92.
13. Pimlott JF, Howley TP, Nikiforuk G, Fitzhardinge PM. Enamel defects in prematurely-born, low-birth-weight infants. *Pediatr Dent* 1985; 7(3):218-23.
14. Rugg-Gunn AJ, Al-Mohammadi SM, Butler TJ. Malnutrition and developmental defects of enamel in 2-to6-years-old saudiboy. *Caries Res*. 1998; 32:1981-92.
15. Seow WK, Brown JP, Tudehope DI, O'Callaghan M. Dental defects in deciduous dentition of premature infants with low-birth-weight and neonatal rickets. *Pediatr Dent* 1984; 6(2):88-92.
16. Takaoka LAM. Defeitos de esmalte na dentição completa de crianças nascidas pré-termo e a termo. [Dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 2007.130p
17. Weil P, Dambrosio U, Crema R. Rumo à nova transdisciplinaridade: Sistemas abertos de conhecimento. São Paulo: Summus Editorial,1993. 175p.

Referências

MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Vera Lúcia BOSCO, Alessandro Leite CAVALCANTI, Wellington ZAITTER, Daniela Carla PRESTES, Denise Stadler WAMBIER, Fabian Calixto FRAIZ, Estela Maris LOSSO

Este simpósio foi coordenado pelo Professor Fabian Calixto Fraiz, sendo ativadora a Professora Denise Stadler Wambier e relatora a Professora Vera Lúcia Bosco. Os simposiastas foram o Professor Alessandro Leite Cavalcanti, o Professor Wellington Zaitter e a psicóloga Daniela Carla Prestes.

O professor Alessandro Leite Cavalcanti apresentou o tema Diagnóstico do abuso infantil no consultório odontológico, salientando que as violências praticadas contra crianças e adolescentes constituem-se em grave problema social, presente em todas as classes sociais, comunidades e países. A escassez de informações estatísticas e epidemiológicas deve-se, em parte, à ausência de notificação, relacionada ao temor das implicações legais, bem como, a dificuldade de se diagnosticar casos de maus tratos. Considerou que, por ser a cavidade bucal, em muitos casos, o foco central da agressão, os exames extra e intra-buciais no consultório odontológico, devem ser realizados de forma cuidadosa, por possibilitar identificar a violência contra a criança.

Relatou os sinais clínicos sugestivos da ocorrência de violência, como a presença de contusões, laceração de língua e lábios, mucosa bucal, palato, gengiva, freios labial e lingual, dentes fraturados, deslocados ou avulsionados, fraturas faciais e maxilares, queimaduras, injúrias múltiplas, lesões em diferentes estágios de cicatrização, traumas não condizentes com o desenvolvimento da criança, abrasões nos cantos da boca, erosão em lábio superior, extrusão/intrusão dentária e desvio de abertura de boca.

Lembrou que a alteração de cor em dentes anteriores pode ser um dos indicativos de trauma por agressão. Foi salientado também que se observem cuidadosamente crianças com machucados constantes, sem explicação coerente, com histórias discrepantes, comportamento arredoio ou submisso e com maior tolerância a dor.

Concluiu sua apresentação reforçando a importância do cirurgião-dentista e da equipe auxiliar na participação do diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico, no atendimento adequado à vítima e sua família, além de saber proceder adequadamente em relação aos aspectos legais decorrentes do diagnóstico desta situação.

Logo após, houve a apresentação de Daniela Carla Prestes, com o tema Impacto da violência doméstica contra crianças: dos grupos de risco às implicações psicológicas. Além das observações efetuadas em relação à violência

ser um problema de saúde pública e oculto, reforçou a necessidade da intervenção multiprofissional e do acompanhamento psicológico da vítima, que se constitui como parte integrante de uma intervenção multidisciplinar, realizado inicialmente numa instituição de atenção em nível secundário à saúde, posto que se trate de um hospital.

Apresentou estatística referente ao Hospital Pequeno Príncipe, no qual o registro de crianças vítimas de violência está aumentando nos últimos anos. A maioria dos casos atendidos na Instituição é praticado no domicílio e por familiares da vítima, cuja idade média é de 5 anos e cinco meses para dados de 2007. Para dados de 2008 até final de outubro, as idades eram entre zero a dois anos (31,80%) para os casos de pacientes vítimas de maus tratos, e entre nove e doze anos (29,47%) para pacientes vítimas de abuso sexual. Quando o agressor foi o pai, a violência sexual foi a mais praticada.

Salientou os perfis de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de relações agressivas entre pais e filhos; as características mais comuns entre os agressores e as características psicológicas apresentadas pela vítima após agressão

Quanto às características familiares de vulnerabilidade citou que nos casos são as crianças não desejadas, não planejadas e que não são aceitas. Crianças que tem seu vínculo prejudicado com a mãe por serem prematuras, apresentar característica distinta do filho idealizado ou outros; crianças adotadas ou sob responsabilidade de alguém por razões alheias a sua vontade, crianças abaixo de um ano e primogênitos, entre outros aspectos.

Quanto aos agressores relatou que são os que têm baixa idade (adultos infantis), provem de famílias conflitivas; possivelmente foram mal tratados na sua infância; que tem usualmente comportamento agressivo, entre demais aspectos.

Quanto às famílias, são as que não aceitam ou dificultam o contato com os profissionais, preocupada com o sigilo ou com retaliação; família isolada e sem apoio da família extensa; que apresentam pouco ou nenhum vínculo com a criança; família com histórico de violência contra outros membros, entre outras peculiaridades.

Comentou ainda que as conseqüências podem ser, físicas psíquicas, intelectuais e sociais e a curto, médio ou longo prazo.

Como conclusão, apresentou formas de minimizar ou combater a violência intra-familiar, por meio de uma mudança de idéias e paradigmas, da intervenção

interdisciplinar que promova o suporte à vítima, ao agressor e aos familiares, visando modificar o comportamento da sociedade, que parece ter se acostumado com a violência.

Em seguida, ouviu-se a exposição do professor Wellington Zaitter sobre os Aspectos éticos e legais do cirurgião-dentista frente aos maus tratos infantis, com a apresentação de estatísticas em relação à violência, principalmente a doméstica, sendo que, em São Paulo, entre 1991 e 1993, 110 crianças morreram vítimas de espancamento e, atualmente no Brasil, por hora, cerca de 750 crianças sofrem algum tipo de violência em casa.

Ressaltou a relevância da notificação ao Conselho Tutelar como um dos fatores imprescindíveis para a mudança deste quadro, lembrando que não se constitui em infração ética ou quebra de sigilo profissional, mas o cumprimento de um dever cívico, posto ser o cirurgião-dentista um cidadão, e um dos primeiros profissionais da saúde a ter contato com o fato. É um dever moral, ético e legal do cirurgião dentista informar aos órgãos competentes os casos de violência infantil, suspeitos ou confirmados. Evidenciou ainda, a necessidade do cirurgião dentista em observar o paciente como um todo, não apenas a sua área de competência.

Após as apresentações dos simposiastas, iniciou-se a discussão com a professora Denise salientando sua satisfação em participar, destacando a importância do encontro do GRUPO, do tema abordado e a excelência dos palestrantes. O tema trouxe angústia pela tristeza dos casos mostrados, mas para caracterizar omissão, deve-se: denunciar além de colocar tópicos sobre o tema nos currículos universitários, para sensibilizar também os alunos.

Denise passa informações sobre artigos lidos: O abuso infantil constitui-se em problema de saúde pública, mas ainda se mantém em muitos casos oculto.

Falta diagnóstico por parte dos profissionais e, sendo a maior parte das lesões em cabeça e pescoço, o Odontopediatra pode ser o primeiro a identificar a violência contra a criança.

A professora Denise destacou: Falta de informações no passado, banalização da violência, mas deve-se ver e tomar providências. Porque as pessoas não denunciam? Falta de informações, receio das consequências, medo, o problema de consciência de quem não denuncia. Não há orientação específica para o cirurgião-dentista de como orientar os pacientes. A negligência à saúde bucal não é vista como forma de maus-tratos.

Destacou os dados em relação às causas de maus-tratos: drogas, alcoolismo, pobreza, distúrbios de comportamento, psicológicos, pais “apanham” da vida e filhos apanham dos pais.

Em seguida, foi iniciada a discussão para todos os presentes.

Hoje, embora tenha sido alcançado um grande

desenvolvimento tecnológico, permanece a dúvida: é a violência ou são as denúncias que estão aumentando?

Daniela: Hoje algumas lesões que eram consideradas acidentais estão sendo revistas e consideradas maus-tratos, na área médica. As lesões apresentadas estão teoricamente documentadas, e também a mídia está divulgando mais os casos.

Destaca que os tipos de personalidade são variados e as pessoas que estão desequilibradas que vêm na mídia, podem considerar estes atos como exemplos, o que os leva a praticar os mesmos atos.

A mudança da família, mães trabalhando fora, leva os pais a “terceirizarem” os filhos, entretanto, não observam como os filhos estão se desenvolvendo. Alguns atos dos pais podem levar os filhos a pensarem que “pode tudo” e se tornarem perversos. Mudanças culturais têm levado ao aumento da violência, principalmente a relação entre pais e filhos tem estado modificada e a criança tem como base para a personalidade a família, que está afetada pelo contexto social, a mídia.

Daniela também acredita que a notificação tem aumentado e precisamos de multiplicadores. Coloca que quem não denuncia é, no mínimo, conivente.

Wellington: Pessoas mais informadas, percepção de que não há impunidade favorece as notificações. O novo contexto social estabelece preocupações com todos os segmentos da sociedade.

Alessandro: A mídia expõe o que está no interior dos lares levando ao domínio público. A punição corporal está ligada à cultura, como uma forma de reverter situações inadequadas. Mas a sociedade moderna não está mais aceitando estas atitudes. A percepção da saúde da criança como um todo por vários profissionais, também tem ajudado o aumento das denúncias.

Denise questiona: Como os profissionais podem auxiliar para proteger as crianças, já que as agressões acontecem no lar?

Daniela: A sociedade deve tentar formar cidadãos melhores, formar pais e mães melhores, diminuir a pobreza. Tem que auxiliar os pais atuais a diferenciar educação de violência, o que é impor limites e o que é mal tratar. Não se deve sempre tirar a criança da família, deve-se criar estratégias junto aos órgãos competentes para resgatar a família. Corrigir com políticas públicas. No mínimo tem que se tratar a criança agredida e o agressor, pois a família tem que ser recuperada.

Wellington: Concorda com políticas públicas que recuperem as famílias, pois não há local suficiente para abrigar todas as crianças.

Alessandro: A perda de o pátrio poder é o último recurso para tentar salvar as crianças. Mas é uma solução apenas imediata.

Platéia: Porque não afastar o agressor ao invés da criança de sua família?

Daniela: No Brasil, não é assim que funciona.

Muitas vezes o agressor até já está afastado, mas geralmente afasta-se a criança, os irmãos e a mãe. A família está desestruturada e todos precisam de acompanhamento. Seria melhor manter tudo que tem de referência de família, porém, na prática, não é isso que é feito.

Platéia: É importante notificar a suspeita ou a comprovação, mas como obter o consentimento da família para fotografar e documentar o caso?

Alessandro: É um momento delicado para conversar com os pais, tentar que eles relatem o que aconteceu. A família tende a omitir, por motivos de dependência financeira do agressor. Há o receio de perder o provedor da família.

Daniela: Relata com o caso é feito no hospital. Qualquer sinal de pode levantar a suspeita de maus-tratos. Como os médicos abordam a família: "Não é comum o que aconteceu com a criança, o que vocês acham que aconteceu"? Como não é uma situação comum, se possível interna-se a criança, afastando-a do "agressor". E faz-se um trabalho multidisciplinar.

Sempre falar que o atendimento é sigiloso, mas é importante assegurar que o momento é sigiloso. Falar com a criança que o atendimento é sigiloso, mas que pode chamar outros profissionais para auxiliar.

Wellington: Pode-se usar o desenho, pois, através dele as crianças expressam o que estão sentindo.

Platéia: Nas universidades, nas clínicas, os alunos conseguem criar vínculos e, não sabem reconhecer ou agir ao se defrontarem com essas situações. Os alunos devem ser mais bem preparados para poder diagnosticar e denunciar. Também existem problemas políticos dentro dos conselhos tutelares, a morosidade das ações dos conselhos tutelares.

Daniela: os conselheiros são pessoas da comunidade, com boa vontade, mas, sem preparo técnico para muitas ações. Quando houver falta de ações, devem-se procurar outras instituições como a Promotoria ou a Vara da Infância e Adolescência.

Ao encerrar os trabalhos o Coordenador, Prof. Fabian, sugeriu que o relatório seja encaminhado a ABENO visando à inserção de conteúdo relativo ao tema nos currículos das Universidades e, aos Conselhos, para elaboração de cartilhas que orientem os profissionais em suas dúvidas e ações sobre o assunto.

Referências

1. A violência silenciosa do incesto. Pizá G, Barbosa GF. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: São Paulo, 2004.
2. Curso de Capacitação no Enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes. Compreendendo o Fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes do centro de combate à violência infantil (CECOVI).
3. Cavalcanti AL, Melo TR. Facial and oral injuries in Brazilian children aged 5-17 years: 5-year review. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9(2):102-4.

4. Cavalcanti AL. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev Bras Odontol* 2001; 58(6):378-80.

5. Cavalcanti AL, Duarte RC. Manifestações bucais do abuso infantil em João Pessoa/Paraíba, Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2003; 7(2):161-70.

6. Cavalcanti AL. Child abuse: oral manifestations and their recognition by dentists. *Rev Odontol UNICID* 2003; 15(2):123-8.

7. Muraro HMS (Org.). Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. 3. ed. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2008. 160p.

8. Farinatti F, Biazus D, Borges ML. *Pediatria social - A criança maltratada*. Porto Alegre: MEDSI, 1993. 313p.

9. Santos JF, Cavalcanti AL, Nunes KS, Silva EC. Primary identification of an abused child in dental office: a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007; 25(4):191-3.