

**42º. ENCONTRO DO GRUPO BRASILEIRO DE PROFESSORES DE ORTODONTIA E
ODONTOPEDIATRIA**

Relatório da Mesa de Integração “Ortodontia e Odontopediatria – Relato de experiências”

João Pessoa, 11 de junho de 2011.

Palestrantes:

Profa. Ana Maria Gondim Valença (UFPB)

Profa. Regina M. Puppim Rontani (FOP – UNICAMP)

Profa. Luciane Cople Maia (UFRJ)

Profa. Niedje Siqueira (UFPE)

Profa. Denise M. Souza Campos (UFES)

Prof. Pedro César Fernandes dos Santos (UFCE)

Coordenador: Prof. Orlando Airton de Toledo

Relator: Prof. Marco Antonio L. Feres (UFPR)

As apresentações dos participantes cobriram o processo de integração entre a Ortodontia e a Odontopediatria nos Cursos de Graduação, listando os principais desafios, dificuldades e resistências encontrados. Este relato busca explicitar a média das situações apresentadas. As abordagens podem ser divididas nas seguintes áreas:

A. História

As Disciplinas tinham formas de operacionalização separadas, funcionando com conteúdos e métodos individuais. A tradição imperava, expressões como “eu sempre aprendi e trabalhei assim” eram comumente ouvidas. Em geral as Disciplinas funcionavam no 7º e no 8º período, com aulas teóricas. A Ortodontia tinha aulas práticas em laboratório. A carga horária média da Ortodontia era de 60h / semestre.

B. Motivação para a integração

Vários foram os valores citados como motivadores da integração interdisciplinar, destacando-se o objetivo maior – obtenção de ótimos resultados clínicos em harmonia com o bem estar do paciente infantil. A naturalidade de relacionamento entre a ortodontia e a

odontopediatria também fez parte desta motivação, acompanhada pela insatisfação em relação ao processo antigo, com as disciplinas atuando separada e independentemente.

C. Situação atual da integração

A maior parte dos participantes relata que em sua Instituição ambas as Disciplinas estão integradas, ainda que parcialmente em algumas. Relatam ainda que o objetivo principal consista na formação do Cirurgião-Dentista generalista, onde o processo educacional está focado no aluno através de técnicas e atividades clínicas em conjunto com atenção humano-social.

Algumas instituições produziram o “guia do aluno”, um manual com descrição objetiva das funções dos docentes e dos alunos.

D. Dificuldades na integração

As principais dificuldades encontradas no processo de integração podem ser resumidas na forma seguinte:

01. Resistência a mudanças demonstrada por parte do corpo docente.
02. Existência de professores substitutos, com participação limitada no processo de mudança.
03. Dificuldade de adaptação às novas práticas.
04. Pouca efetividade nas ações desenvolvidas.

E. Estratégias de superação

Para vencer as resistências algumas estratégias foram desenvolvidas:

01. Persistência na direção definida, por meio de oficinas pedagógicas e convencimento intelectual.
02. Correta definição das diretrizes a serem seguidas.
03. Pensamento e condutas efetuadas de forma integrada.
04. Implementação do sentido crítico.
05. Ampliação da visão.
06. Reavaliação das teorias de ensino.

**42º. ENCONTRO DO GRUPO BRASILEIRO DE PROFESSORES DE ORTODONTIA E
ODONTOPEDIATRIA**

Relatório do Simpósio “Tratamento Multidisciplinar da Apnéia”

João Pessoa, 9 de junho de 2011.

Simposiastas:

Prof. Dr. Francisco Hora Fontes (Associação Brasileira do Sono)

Prof. Dr. José Valladares (UFG)

Prof. Dr. Eduardo Santana (FOB - USP)

Coordenadora: Profa. Karina Jerônimo Rodrigues Santiago de Lima (UFPB)

Ativadores: Prof. José Fernando Castanha (FOB – USP) e Profa. Vânia Siqueira (FOP – UNICAMP)

Relatora: Profa. Karina Santos Mundstock (UFRGS)

Objetivo: foi evidenciar o caráter multidisciplinar das intervenções terapêuticas baseadas nas evidências científicas médico-odontológicas, estabelecendo os limites das diversas áreas de atuação e as perspectivas de tratamentos integrados que envolvem condutas clínicas, cirúrgicas e ortodôntico-ortopédicas. Baseado neste propósito os simposiastas foram orientados por uma única e básica questão: Qual o estágio atual na busca da excelência nos tratamentos da apnéia do sono?

O simpósio foi aberto pela Profa. Dra. Karina Lima e iniciou com a exposição teórica do médico pneumologista Prof. Dr. Francisco Hora Fontes, seguido pelo ortodontista Prof. Dr. José Valladares e do cirurgião buco – maxilo - facial Prof. Dr. Eduardo Santana.

“Roncopatia e apnéia do sono” Prof. Dr. Francisco Hora Fontes

Durante o sono, o indivíduo ronca e vibra as vias aéreas e não desperta com o esforço respiratório caracterizando uma roncopatia primária. Na hipopnéia ocorre a vibração das vias aéreas e a pessoa acorda e na apnéia do sono temos a vibração das vias aéreas e acorda-se

múltiplas vezes durante uma noite de sono. A apnéia afeta mais homens do que mulheres, mais os afroamericanos, aumenta com a idade, está relacionada com a obesidade e pode ter influência genética.

A síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAHOS) deve-se a um colapso da via aérea e a respiração para. Uma pessoa com apnéia pode morrer dormindo devido a policetemia. O sono inicia, tem-se a apnéia, diminui a taxa de O_2 , aumenta a taxa de CO_2 , diminui o pH e a pessoa desperta do sono restabelecendo o fluxo de ar. O método ideal para o diagnóstico da apnéia é a ressonância magnética que possibilita avaliar a posição do osso hióide associada ao retrognatismo e ao diâmetro da coluna aérea, verificando se existe alguma alternativa de tratamento que não seja o CPAP. Se o diâmetro transversal da coluna aérea, medido na ressonância, for maior do que 12mm o paciente não irá desenvolver apnéia do sono. A presença de uma língua grande, palato mole longo e deposição de gordura na faringe tem relação com apnéia, mas a úvula não influencia no desenvolvimento de apnéia.

Na literatura observa-se que quanto maior o índice de apnéia, maior a chance de hipertensão arterial sistêmica, assim como, tem-se relação de insuficiência cardíaca e apnéia do sono, portanto, se a apnéia não for tratada, maior é a taxa de mortalidade, pois aumenta o risco de acidente vascular cerebral.

O padrão ouro de tratamento para a apnéia do sono é o CPAP que foi desenvolvido por Sullivan e deve ser o tratamento de escolha para os casos de SAHOS severos.

“Apnéia e Ortodontia/Ortopedia facial: realidade, sonho ou pesadelo?” Prof. Dr. José Valadares

Em 1965 a apnéia do sono foi descrita na literatura européia e em 1975 foi fundada a Associação Americana do Sono.

No sono quando se tem colapso da via aerífera superior também se tem o colapso do palato mole, ou seja, colapso da faringe. Além disso, nos exames consegue-se identificar determinantes anatômicos e funcionais. A faringe não é área de atuação da Odontologia, mas pode-se tracionar e/ou ampliar a área da faringe através de aparelhos removíveis e/ou cirurgia ortognática.

A apnéia é de origem multifatorial e tem como principais fatores de risco: obesidade, sexo masculino, meia idade (30 a 60 anos), gordura na área do pescoço entre outros. Pacientes não obesos com apnéia, geralmente apresentam deficiência antero-posterior de mandíbula, palato longo e espesso, espaço faringeano estreito e longo, osso hióide deslocado, etc. O diagnóstico é realizado através de anamnese, exame físico, polisonografia, exame por imagem (teleradiografia e/ou tomografia computadorizada). Nas tomografias tem-se cortes multiplanares e pode-se delimitar as vias aéreas, medir área e volume da via aérea e também a área de maior colapso desta via aérea.

As alternativas de tratamento incluem: 1) medidas gerais (emagrecimento, mudar posição de dormir, tirar ingestão de álcool antes de dormir, etc...); 2) intervenção não-cirúrgica (pacientes em crescimento tratar com ortopedia dentofacial e pacientes sem crescimento aparelhos paliativos que fazem o avanço postural da mandíbula ou usar sistema de pressão positiva (CPAP); 3) Intervenção cirúrgica (com otorrinolaringologista, cirurgia bariátrica, ou cirurgia ortognática).

A expansão rápida maxilar em crianças tem sido demonstrada na literatura como um tratamento que melhora a condição respiratória e conseqüentemente a apnéia.

CPAP é o padrão ouro de tratamento para o ronco básico e a apnéia obstrutiva. Os pacientes que não conseguem usar o CPAP podem ser tratados com aparelhos intra-orais que avançam a mandíbula e estão indicados para tratar o ronco e apnéia até grau moderado. É importante considerar que estes aparelhos tem efeitos colaterais como agravamento de apinhamento, geram problemas de oclusão, etc. e necessitam ser usados para sempre para tratar a apnéia. Os aparelhos intra-orais tem melhor aceitação que o CPAP, mas não devem ser usados em pacientes com doença periodontal ativa ou avançada, condições dentárias precárias, pacientes com obesidade mórbida, entre outras contra indicações.

A cirurgia ortognática pode ser realizada mesmo antes do tratamento ortodôntico e depois proceder com o tratamento ortodôntico propriamente dito. Esta decisão depende da severidade do caso.

Ortodontia é realidade, pois há diversos protocolos de tratamento de apnéia com índices de sucesso de 50 a 80%, mas ainda não existem evidências científicas suficientes para determinar o sucesso em longo prazo do tratamento da apnéia com aparelho intra-oral.

“Apnéia e cirurgia buco maxilo facial” Prof. Dr. Eduardo Santana

Um paciente portador de apnéia do sono sente-se como se tivesse dormindo afogado. Indica-se cirurgia ortognática para pacientes com deficiência de mandíbula, apnéia grau 3 e para aqueles que não se adaptam ao CPAP. A cirurgia deve avançar a mandíbula e reposicionar o osso hióide (avanço do mento para suspender o osso hióide). Além disso, deve-se indicar cirurgia para os pacientes que tiverem um espaço mínimo de espaço aéreo (área de maior estreitamento) de menos de 160mm², medido na reconstrução em 3D da tomografia computadorizada utilizando-se o software Dolphin imaging 3D.

Quando se planeja cirurgia para tratar apnéia deve-se realizar primeiramente tratamento ortodôntico com a finalidade de aumentar o overjet, para possibilitar um maior avanço da mandíbula para frente e também associar o avanço do mento para suspender o osso hióide. Sempre devemos considerar que pode haver perdas no ganho de espaço aéreo em longo prazo e, portanto sobrecorrigir na cirurgia.

Debate entre os simposiastas

Dr. Francisco Hora relata que a apnéia também é uma doença inflamatória e o simples fato de uma pessoa roncar muito, afeta a musculatura e pode resultar em inflamação. O padrão ouro para diagnóstico da apnéia é a polisonografia e o CPAP deve ser sempre considerado como primeira opção de tratamento. O CPAP é considerado uma prótese e não está incluído na maioria dos planos de saúde e nem é custeado pelo sistema único de saúde (SUS). É necessário que a saúde pública do país colabore com o tratamento desta doença, vale também lembrar que a obesidade, que é um problema de saúde pública, afeta mais as classes C, D e E. A apnéia central não foi abordada neste simpósio e segundo Dr. Hora os pacientes que tem esta doença tem problema de *drive*, o seja, falta *drive*, quando o paciente para de respirar, lembra-se e volta a respirar. Estes também podem ter hipertensão noturna, que não é detectada facilmente

somente através de um MAPA. Este tipo de apnéia é mais complicada e um tratamento inadequado pode causar sérios comprometimentos aos pacientes.

De acordo com Dr. Valadares todos os profissionais da Odontologia que tratam pacientes com apnéia do sono devem ler os dados diagnósticos dos pacientes e principalmente ter conhecimento suficiente para poder interpretar uma polisonografia e interagir com outras áreas. Importante lembrar que os aparelhos intra-orais sejam executados por ortodontistas que estejam treinados para este tipo de tratamento e principalmente, tenham ciência dos efeitos colaterais destes aparelhos que avançam a mandíbula. Dr. José Castanha Henriques (ativador do simpósio) comenta que a apnéia do sono é um tema muito atual e que necessita de mais estudos e de aprendizado. Este deve ser um assunto ministrado em cursos de Especialização e também, não podemos deixar os alunos e colegas serem enganados pelas propagandas dos múltiplos aparelhos que existem. Cabe aos professores das faculdades ensinarem este conteúdo aos alunos.

Dr. Francisco Hora foi questionado sobre a influência do álcool e drogas na apnéia pela Dra. Vânia Siqueira (ativadora) e respondeu que as drogas lícitas como benzodiazepínicos (Rivotril, por exemplo) tem efeito direto sobre o sono, podendo levar à apnéia central e também levam à dependência. A nicotina é um psicoestimulante, maconha cola e crack são drogas com efeito depressor e os antidepressivos podem piorar a apnéia porque tem como sintoma secundário a insônia. O Brasil é campeão mundial de venda de álcool e a ingestão de álcool antes de dormir, o que piora o sono.

Dr. José Valadares foi questionado sobre as características cefalométricas de um paciente com apnéia e respondeu que este tipo de paciente normalmente tem deficiência mandibular associada ou não a obesidade, ANB aumentado, osso hióide longe do corpo mandibular, faringe mais longa, palato mole longo e mais espesso, entre outras. Dr. Eduardo Santana completou que pacientes portadores de maloclusão classe III com mandíbulas de tamanho grande, quando são operados e for realizado o recuo mandibular podem levar ao desenvolvimento de apnéia do sono porque a língua também será levada para trás. Além disso, quando se realiza a mentoplastia, com suspensão do hióide, tem-se maior risco de fratura da borda do mento, mas isto não inviabiliza a técnica, apenas exige um cirurgião habilidoso para o procedimento.

Ao final do debate Dr. Francisco Hora concluiu que a política de saúde pública com relação à apnéia do sono precisa ser revista, pois a apnéia é uma das possíveis causas de acidentes de trânsito e o Brasil é campeão em acidentes de trânsito. Pneumologistas, otorrinolaringologistas e psiquiatras são especialidades médicas habilitadas para tratar a apnéia do sono. Devemos fortalecer as especialidades, tanto da Medicina como da Odontologia, para instituir um registro no Conselho das áreas que estão habilitadas a tratar apnéia do sono, evitando tratamentos inadequados.

Considerações da relatora Karina Santos Mundstock

Após a realização deste simpósio pode-se afirmar que: a apnéia do sono é uma enfermidade multifatorial que afeta inúmeros brasileiros e somente há pouco tempo vem despertando um maior interesse dos profissionais da área da saúde. O diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de apnéia do sono devem envolver profissionais de diversas áreas da Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Fisioterapia, entre outras. O padrão ouro de tratamento da apnéia é o CPAP. Pacientes em fase de crescimento podem ser tratados com aparelhos ortopédicos que realizam protração mandibular através da estimulação do crescimento mandibular. Pacientes adultos que não se adaptam ao uso de CPAP podem optar por tratamento com aparelhos intra orais que avançam a mandíbula, mas precisam ser alertados dos efeitos colaterais desta modalidade de tratamento, assim como da necessidade de uso diário e contínuo do aparelho, pois o efeito só ocorre quando o aparelho estiver sendo usado. Casos severos devem ser tratados com cirurgia ortognática de avanço maxilo-mandibular e do osso hióide, associado ao tratamento ortodôntico.

A pouca compreensão dos gestores do sistema de saúde pública conduz a menosprezar a severidade da doença apnéia do sono, que pode levar até a morte, não incluído-a na sistemática de atendimento dos pacientes pelo sistema único de saúde.

**42º. ENCONTRO DO GRUPO BRASILEIRO DE PROFESSORES DE ORTODONTIA E
ODONTOPEDIATRIA**

Relatório do Simpósio “Biologia Pulpar”

João Pessoa, 09 de junho de 2011.

Simposiastas:

Prof. Luciano Casagrande (UFRGS)

Profa. Laura Guimarães Primo (UFRJ)

Prof. Paulo Néelson Filho (FORP - USP)

Coordenadora: Profa. Simone Alves de Sousa (UFPB)

Ativador: Prof. Célio Percinoto (FOA – UNESP)

Relatora: Profa. Rosangela Almeida Ribeiro (UFJF)

O primeiro simpósio da área Odontopediatria da programação científica do 42º Encontro do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria abordou o tema Biologia Pulpar. Foi coordenado pela Profa. Simone Alves de Sousa da Universidade Federal da Paraíba, e ativado pelo Prof. Célio Percinoto, da Universidade Estadual Paulista, Araçatuba. Atuaram como simposiastas o Prof. Luciano Casagrande, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Profa. Laura Guimarães Primo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e o Prof. Paulo Néelson Filho, da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. O simpósio teve como relatora a Profa. Rosangela Almeida Ribeiro, da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Dando início ao simpósio, a Profa. Simone Alves de Sousa apresentou os professores convidados para o evento e justificou a ausência da Profa. Aronita Rosenblatt, como coordenadora convidada anteriormente, e explicitou a sequência das apresentações.

Primeiro simposiasta a se apresentar, o **Prof. Luciano Casagrande** abordou o tema **“Perspectivas para a regeneração em dentes permanentes jovens”**. Inicialmente, foi apresentado um breve histórico sobre a Engenharia Tecidual, a qual está alicerçada em três pilares: células, matrizes biocompatíveis e moléculas bioativas. Destacou-se o potencial de proliferação e diferenciação das células-tronco da polpa dental, em especial da polpa de dentes decíduos, principalmente de dentes em fase adiantada de rizólise, a qual é maior que

o da polpa de dentes permanentes. Na regeneração pulpar, a angiogênese, relacionada ao fator de crescimento vascular endotelial, desempenha papel importante. O mecanismo da angiogênese foi exemplificado com a apresentação de um caso de traumatismo de dente anterior superior. No caso de necessidade de tratamento endodôntico em permanentes jovens, as opções seriam a terapia convencional e a indução biológica, cujas finalidades e vantagens foram também demonstradas por meio de resultados de estudos anteriormente conduzidos, que também indicaram os tipos de tecidos que poderiam ser formados: cemento; semelhante ao tecido ósseo; e ligamento periodontal; não se forma, no entanto, tecido pulpar. Estudos até aqui conduzidos demonstraram também os mecanismos de regeneração pulpar e suas várias etapas. Ao finalizar, o Prof. Luciano Casagrande enfatizou as perspectivas clínicas do conhecimento da engenharia tecidual, especialmente em relação ao traumatismo dental, cuja prevalência pode ser maior que a prevalência de cárie em algumas regiões. Os estudos tem sugerido que é possível a regeneração e a revascularização pulpar.

Em continuidade ao simpósio, passou-se à apresentação da **Profa. Laura Primo**, cujo tema foi a **“Pulpectomia em dentes decíduos – indicações, limitações e razões de sucesso”**. Reconhece-se que sem assepsia dos canais radiculares não há regeneração pulpar. Assim, discute-se há algum tempo no tratamento de pulpectomia de dentes decíduos, o uso de substâncias irrigadoras que tenham atividade antimicrobiana e sejam capazes de remover a *smear layer*. Demonstrou-se a variação existente entre as diferentes Faculdades de Odontologia do país, que continua a indicar uma falta de padronização das técnicas de pulpectomia ensinadas. Questionamentos podem ser feitos sobre a efetividade das soluções irrigadoras empregadas na remoção da *smear layer*, sobre a efetividade da medicação intracanal e sobre a efetividade das pastas obturadoras. Abordou-se a avaliação da efetividade de diferentes soluções irrigadoras na remoção da *smear layer* (solução salina, líquido de Dakin, SOS, e hipoclorito de sódio). Particularmente, foram apresentados os resultados de uma sequência de estudos que avaliaram a utilização de ácido cítrico, que tem se mostrado apropriado para a Odontopediatria, na concentração de 6%. A partir destes resultados, puderam ser definidas as indicações, os critérios de inclusão e exclusão, e por sua vez, as contra-indicações, assim como o protocolo de avaliação dos tratamentos de pulpectomia realizados. Na mesma linha, tem-se estudado, por meio de acompanhamento de longa duração, maior que 36 meses e até cinco anos, as repercussões do tratamento para

os dentes permanentes sucessores, bem como os possíveis fatores associados ao insucesso do tratamento, os quais estão relacionados às irregularidades na morfologia de dentes decíduos. Estes estudos definiram também os critérios a serem adotados na avaliação do sucesso e insucesso do tratamento. Algumas limitações do tratamento foram destacadas, tais como a erupção ectópica de permanentes sucessores e o extravasamento da pasta obturadora. Ao final, a Profa. Laura ressaltou que as limitações e o insucesso do tratamento estão relacionados à experiência clínica e ao respeito à seleção do caso.

Finalizando as apresentações, o **Prof. Paulo Néilson Filho** enfatizou, inicialmente, a aplicabilidade clínica do tema escolhido para o simpósio, que ainda carece de evidência científica. Coube-lhe a abordagem da **“Necrose pulpar – suas repercussões e tratamento”**. Abordou-se especificamente a Necropulpectomia II, a qual se refere à pulpectomia de dentes decíduos com necrose pulpar e lesão periapical. Cerca de 25 a 30 espécies de micro-organismos são encontrados na lesão periapical, embora existam mais de 900 espécies de bactérias na cavidade bucal. Em dentes decíduos, a infecção é polimicrobiana, como em dentes permanentes, e inclui micro-organismos anaeróbios Gram negativos. Este conhecimento é essencial e tem implicações clínicas. Foi explicado o mecanismo de liberação de endotoxinas no tecido periapical, contra a qual o organismo reage com inflamação e reabsorção óssea, por meio das citocinas pró-inflamatórias. Reconhece-se que os micro-organismos estão localizados em áreas não alcançadas pelas limas endodônticas. Apresentou-se a sequência clínica preconizada para dentes decíduos com necrose pulpar e lesões periapicais, a partir da anestesia e isolamento absoluto, abertura e acesso aos canais. Com destaque, explanaram-se as etapas de neutralização do conteúdo séptico/tóxico, odontometria (por meio de métodos convencionais ou uso de localizadores foraminais), preparo biomecânico (com limas tipo Kerr ou instrumentação rotatória com limas de níquel-titânio), irrigação com solução de hipoclorito de sódio a 2,5% e remoção da *smear layer* (com solução de EDTA), aplicação de curativo de demora, essencial para inativar as endotoxinas (Pasta Calen, por um tempo mínimo de 14 dias, mas idealmente aplicado por 21 a 30 dias), selamento com material resistente, e obturação com Pasta Calen espessada com óxido de zinco, levada aos condutos com limas ou lentulo, radiografia, e restauração com material adequado. Ao encerrar, o Prof. Paulo Néilson Filho enfatizou que na filosofia da promoção de saúde, o tratamento será avaliado como sucesso após a completa reparação tecidual.

Após o término das exposições, passou-se à discussão ativada pelo Prof. Célio Percinoto, que parabenizou os simposiastas pelas apresentações, ressaltou a controvérsia do tema do simpósio e a contribuição que o Manual de Orientações poderá ter para as Faculdades de Odontologia do país, em benefício da formação dos futuros profissionais. A partir da apresentação da Profa. Laura Primo questionou-se a razão da mudança no protocolo do material obturador (cimento de óxido de zinco e eugenol), cuja resposta apoiou-se no fato da não reabsorção do material na mesma velocidade da raiz do dente decíduo. Não há ainda estudos que mostrem o potencial de toxicidade deste material quando ocorre extravasamento. O Prof. Paulo Néelson Filho, quando perguntado sobre a utilização de pastas iodoformadas e CTZ, explicou as razões para sua não utilização. Adicionalmente, explicou-se que a orientação de aplicação de um curativo de demora em dentes decíduos com necrose e lesão periapical fundamenta-se nos resultados obtidos em dentes permanentes, embora tenha sido reconhecido que no futuro, a tomografia computadorizada poderá ser utilizada também nessa área do conhecimento como ferramenta para melhor diagnóstico. De acordo com o Prof. Luciano Casagrande, numa perspectiva biológica, o hidróxido de cálcio seria o material mais biocompatível. Foram expostos ainda alguns exemplos de aplicação da Engenharia tecidual na Ortodontia, a partir da identificação de genes que aceleram a reabsorção radicular; na Odontopediatria, a Engenharia tecidual pode ser útil em casos de traumatismos dentais – avulsão. Finalmente, reconheceu-se que o MTA teria função semelhante ao hidróxido de cálcio quando usado com finalidade de regeneração.

Ao encerrar as atividades, o Prof. Célio Percinoto parabenizou e agradeceu aos simposiastas e a Profa. Simone Alves de Sousa cumprimentou a todos e encerrou o Simpósio Biologia Pulpar, cujo relatório preliminar concluiu neste local e data.

João Pessoa, 9 de junho de 2011.

Profa. Rosangela Almeida Ribeiro, Relatora.

**42º. ENCONTRO DO GRUPO BRASILEIRO DE PROFESSORES DE ORTODONTIA E
ODONTOPEDIATRIA**

Relatório do Simpósio “Pacientes Especiais”

João Pessoa, 10 de junho de 2011.

Simposiastas:

Profª Renata de Oliveira Guaré (UNICSUL)

Profª Ana Lídia Ciamponi (FOUSP)

Prof. Arnaldo Caldas (UFPE)

Coordenadora: Profª Margarida Carvalho (UNIPÊ)

Ativadora: Profª Bianca Santiago (UFPB)

Relatora: Profª Eliane Medeiros-Serpa (UFPB)

A professora Margarida abre o simpósio e convida os palestrantes a compor a mesa após leitura de suas titulações.

Primeira simposiasta a se apresentar, a **profª. Renata Guaré** abordou o tema: **“Formação de recursos humanos para o cuidado em saúde bucal em pacientes especiais”**.

No primeiro momento ela conceitua o termo paciente especial (paciente com alguma alteração em que necessita de tratamento especial), cita a classificação de Sadding - Haddad, Magalhães (2007) e apresenta alguns dados epidemiológicos sobre a prevalência de pacientes com necessidades especiais segundo a Organização Mundial de Saúde (10%) e do IBGE, 2002 (14,5%).

Relata também que as regiões de maior predomínio são a do Sudeste, provavelmente pela migração nacional para o tratamento mais especializado e a do Nordeste, possivelmente pela maior número de casamentos consanguíneos e menor acompanhamento no pré - natal e parto.

A profª Renata corrobora com Castilho (2000) em que o atendimento a pacientes com necessidades especiais é irregular, antidemocrático e voluntário, portanto ressalta a necessidade de mudar esse quadro, pois ainda há dificuldade para se conseguir encaminhar

os pacientes, já que estes serviços existem, mas não em quantidade suficientes para suprir a demanda.

Em um segundo momento, ela relata que há muitas faculdades de odontologia no Brasil, contudo questiona se os seus currículos contemplam o assunto pacientes especiais.

Em pesquisa sobre a presença do tema pacientes especiais nas faculdades de Odontologia da América Latina e Caribe concluíram que mais da metade dos alunos recebem menos de 5h de formação teórica e 5h de formação clínica sobre pacientes especiais (Revista Panamericana).

A prof^a Renata Guaré descreve sua experiência na UNICSUL (RS), onde os alunos de graduação tem o privilégio de contar com esse componente curricular e atendem deficientes visuais, paralíticos cerebrais. Os alunos entram em campo, elaboram materiais didáticos sobre saúde bucal, explicam de forma lúdica o que é o biofilme e porque passar o fio dental fazem peças teatrais, trabalham a motivação do cuidador. O atendimento clínico inclui até tratamento endodôntico.

Explica outro projeto – Projeto Espalhe Sorrisos no Lar Escola São Francisco, em que constataram que na formação de recursos humanos é primordial envolve o cuidador do paciente com necessidades especiais. Ademais, o professor tem que participar ativamente, ir a campo junto aos alunos, dessa forma auxilia na sedimentação do conteúdo.

A prof^a Renata cita que o ensino e a pesquisa devem caminhar juntos para ter qualidade no ensino, deve-se estimular a iniciação científica e mostrou vários artigos escritos por seus alunos.

Cita, ainda, que a especialidade foi reconhecida em 2001 pelo art. 70. Existem apenas 438 especialistas em Odontologia para Pacientes com Necessidade Especiais e muita irregularidade na sua distribuição pelo Brasil. Enquanto tem-se 8.334 Odontopediatras registrados no Conselho Federal de Odontologia.

A professora conclui que esse é um campo a ser explorado na Odontologia e a educação fortalece a busca pela autonomia em saúde do paciente. Além das medidas curativas, necessita-se das medidas preventivas, e ainda, informações direcionadas aos cuidadores.

A segunda a se apresentar foi a **prof^a. Ana Lúcia Ciamponi** com o tema: **“Atendimento Odontológico da criança especial: possibilidades e limitações”**

A professora fala da sua formação acadêmica e atualmente trabalha apenas com crianças especiais na Clínica para Pacientes Especiais (GEAPE) da USP.

Inicia narrando que os pacientes especiais (PE) são crianças tradicionalmente negligenciadas na odontologia, pois os profissionais não possuíam formação adequada para tratá-las. O especialista em PE deve ter conhecimento em Odontopediatria e vice-versa, pois precisa saber as alterações orgânicas e como (abordagem psicológica) atender crianças.

Cita que de acordo com o Censo 2010, a população do Brasil é de 185.712.713 habitantes, dos quais 15% possuem alguma deficiência. Relata que a grande mudança foi que cerca de 20 a 30 anos atrás elas eram excluídas da sociedade, institucionalizada ou escondida em casa, sem a chance de desenvolver seu potencial residual. Nessas últimas décadas, estão sendo inseridas na sociedade.

Lembra também o fato que essa população está com maior expectativa de vida devido à melhor alimentação, ao avanço da medicina, tratamento e controle de doenças.

A prof^a Ana Lúcia falou que na Odontologia não se percebe muito a inclusão e a responsabilidade social. Descreveu vários trabalhos ao redor do mundo em que apesar de possuir alta prevalência de doenças bucais, principalmente a cárie em tenra idade, as crianças especiais ainda não são assistidas independente do índice de desenvolvimento do país.

Chamou atenção para a Paralisia Cerebral (PC), pois tem alta prevalência na sociedade. Em trabalho realizado pela simposiasta, verificou que o índice de cáries é superior nas crianças com PC. Ademais, na criança normo-reativa o componente cariado é baixo e o obturado é alto, o inverso acontece na criança com PC.

A professora complementou que outros trabalhos apontam para pior índice gengival/periodontal, maior frequência de hábitos parafuncionais, bruxismo, desordem temporomandibular (67%), maloclusão em crianças com paralisia cerebral.

Dando continuidade, a prof^a Ana Lúcia relatou que as limitações do atendimento odontológico da criança especial são baseadas numa tríade: Qualificação profissional, Infraestrutura e Núcleo familiar.

O número de especialistas em Odontologia para Pacientes Com Necessidades Especiais está crescendo, o Brasil é um dos poucos países que tem essa especialidade. Exemplifica os Estados Unidos da América, em que o paciente especial independente de ser criança ou adulto é atendido pelo Odontopediatra.

Segundo a professora, muitas faculdades vem sofrendo mudanças no currículo. No passado os profissionais eram voltados para a transmissão do saber e a capacidade técnica; hoje, está pautada na troca de conhecimento entre aluno – profissional e um conjunto de competências intelectual, técnica, organizacionais e sociais (“saber, saber fazer e saber ser”).

Portanto a professora acredita que é preciso trabalhar desde a graduação com um currículo mais integrado, buscando competências e habilidades. O indivíduo deve ter uma formação mais completa, então eles mesmos vão se interessar e buscar por distintos assuntos. Os recém formados são os que apresentam maior dificuldade de mudar sua rotina e introduzir algo novo. Os profissionais com mais de 10 anos de formado já se sentem mais experientes e aptos a aprender coisas diferentes.

Para a qualificação profissional é necessário uma reforma no currículo, fazer dessensibilização preventiva para a graduação trabalhar de forma mais inclusiva essa população.

Em relação à Infraestrutura, a prof^a Ana Lídia citou que o problema dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) é que o governo não contrata especialistas, remaneja os que já estão no serviço e/ou quem gosta de atender a determinada especialidade. Existem 836 CEOs no Brasil, 100 em fase de construção.

Por fim, quanto ao Núcleo familiar, ela afirmou a relação direta entre a prevalência de cárie e os indicadores sociais, e também, entre a saúde do cuidador e da criança. Interessante é que quanto maior a qualidade de vida da saúde, maior a probabilidade da doença cárie, pois tem maior acesso aos fatores influenciadores da doença.

A professora Ana Lídia Ciamponi termina sugerindo maior investimento na infraestrutura e na formação humana para o sucesso no atendimento da criança especial.

O terceiro e último simposiasta foi o **Prof. Arnaldo Caldas**, com o tema: **“Odontologia para pacientes com necessidades especiais: uma abordagem para a qualidade de vida”**.

O professor dá início descrevendo sua experiência na área profissional sendo responsável pela especialização em Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP) e na área pessoal, já que possui parente com paralisia cerebral.

Ele relata que se fala muito da inclusão social, porém para populações bem específicas como os carcerários, moradores de rua... Todavia, os profissionais de saúde em alguns momentos são excludentes e fazem as pessoas adoecerem. Aponta para a formação “deformada”, onde se estuda a doença.

Menciona que no estado de Pernambuco os Odontopediatras não querem atender os pacientes especiais, encaminham para outros especialistas. Na opinião do professor, esses pacientes deveriam ser atendidos na rede básica. Nos CEOs, o profissional geralmente não tem formação na área e acaba sensibilizando o paciente.

Colocou, ainda, que no estado da Paraíba há uma alta prevalência de pacientes síndrômicos e eles, na maioria das vezes, ficam procurando um local para serem atendidos.

Salientou que nosso papel como profissional de saúde é reabilitar a função, cuidar do núcleo familiar. Os pais devem participar de todo o atendimento. Para isso deve-se trabalhar na “ferida narcísea” dos mesmos, orientá-los para cuidar do paciente e não superproteger ou compensar com doces.

O impacto é diferentes em cada pessoa, não devemos nos apegar a doença do paciente, mas sim na saúde. Ter em mente que as doenças são semelhantes, mas os doentes não. Portanto recomenda atenção com os protocolos.

O Prof. Arnaldo Caldas chamou atenção para se conseguir promover a saúde bucal e tratar a alta demanda, é necessário orientações para as atividades da vida diária. O professor incentiva a leitura do livro “Como fazer leitura corporal”.

Em seguida descreve, resumidamente, alguns procedimentos em seu atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais.

Equipe familiar: a família participa, suga a saliva, auxilia na contenção, percebe a dificuldade do tratamento odontológico, o cirurgião – dentista aproveita para mostrar o que significa comer muito doce. Equipe multidisciplinar: além do cirurgião-dentista, participam uma fisioterapeuta para ensinar a postura do paciente, como transportá-lo; uma fonoaudióloga, entre outros profissionais. Posição de atendimento: na cadeira odontológica com rolos sob os joelhos, na própria cadeira de rodas, na posição joelho – joelho, abraçado pelo responsável. Contenção: normalmente com a faixa. Abridores de boca: dedeira confeccionada em resina acrílica, a garrafa pet, espátula de madeira envolta em gaze e algodão, mordedor tradicional envolto em gaze. Alimentação: confecção de cabos para a escova de dente, envolver a extremidade do cabo em papel alumínio, papel bolha. Esse mesmo princípio pode ser usado no pente, na máquina de barbear.

A maioria do tratamento é feito no ambulatório com o paciente acordado, no máximo sob sedação medicamentosa.

O professor Arnaldo Caldas concluiu sua palestra lembrando que atendemos uma pessoa e ela deve ser valorizada e deixa o seguinte questionamento no ar: Será que estamos formando adequadamente os nossos profissionais?

A professora Margarida retoma a palavra, convida todos os simposiastas para compor a mesa e abre a pauta para a discussão.

A ativadora prof^a Bianca inicia o debate questionando a melhor dinâmica para o atendimento do paciente com necessidades especiais e todos respondem dizendo dependendo da disponibilidade financeira pelo menos um auxiliar e os pais.

Em sua segunda arguição a prof^a Bianca pergunta até que ponto não estamos formando profissionais com práticas excludentes? De acordo com a prof^a Renata Guaré o fato é que a ciência mostra que eles existem. Esse tipo de discussão estar presente em um congresso de Orto e Odontopediatria já nos indica a mudança do perfil do ensino. Para a prof^a Ana Lúcia a mudança de postura é gradual, daqui a 20-30 anos estaremos colhendo mais frutos dessa inclusão. O prof. Arnaldo Caldas responde dizendo que o Brasil é um país novo, com grande miscigenação de culturas, algumas mais pobres que outras, por isso é difícil aceitar os diferentes, não apenas o paciente especial, mas também as diferenças raciais, de orientação sexual, formação. O preconceito existe.

Por fim, a prof^a Bianca lança a pergunta se no presente momento é melhor criar um novo componente curricular Pacientes Especiais ou inserir o tema na Odontopediatria? Segundo prof. Arnaldo não deveria haver especialização nessa área. Os pacientes infantis com necessidades especiais deveriam ser atendidos na odontopediatria e os pacientes adultos com necessidades especiais pelas devidas especialidades para os adultos. Na UFPE será ministrada pela Estomatologia. Já a prof^a Ana Lúcia acredita que na atual conjuntura se faz necessário um novo componente curricular, pois como os pacientes especiais ficaram muito tempo excluídos, com essa especialidade eles estão mais assistidos e que em longo prazo ocorra a transdisciplinaridade. A prof^a Renata relata que sua experiência é positiva de ambas as formas, porque o tema é inserido na Odontopediatria e tem a eletiva.

Com o término do debate, sem mais questionamentos por parte do público, a professora Margarida parabenizou e agradeceu a todos os simposiastas e encerra o Simpósio de Pacientes Especiais, cujo relatório preliminar conclui neste local e data.

João Pessoa, 10 de junho de 2011.

Profa. Eliane Batista de Medeiros Serpa, Relatora.

**42º. ENCONTRO DO GRUPO BRASILEIRO DE PROFESSORES DE ORTODONTIA E
ODONTOPEDIATRIA**

Relatório do Simpósio “Técnicas Ortodônticas Atuais”

João Pessoa, 09 de junho de 2011.

Simposiastas:

Prof. Weber Ursi (FOSJC- UNESP)

Prof. José Nelson Mucha (UFF)

Coordenador: Prof. Luciano da Silva Carvalho

Ativadores: Prof. Carlos Alberto Mundstock (UFRGS) e Prof. Ricardo Fidos Horliana (UNISANTA)

Relatora: Profa. Rosa Helena Wanderley Lacerda (ABO/PB)

O simpósio teve início às 14:00 com a coordenação do Prof. Dr. Luciano da Silva Carvalho que inicialmente justificou a ausência do Prof. Ary dos Santos Pinto, por motivos de ordem pessoal. Em seguida iniciou a apresentação dos componentes da mesa.

A relatoria do simpósio de responsabilidade da profa. Rosa Helena Wanderley Lacerda. A seguir o coordenador leu o regulamento do simpósio, que ora transcrevo:

“O simpósio terá um coordenador, designado pela comissão científica, que orientará os trabalhos da seção, e uma relatora que anotar e fará o relatório das atividades discutidas pelos membros simposiastas. Cada simposiasta terá trinta minutos para explanação do tema previamente escolhido. Concluídas todas as explicações, os componentes da mesa poderão formular perguntas entre si. Os participantes poderão formular, por escrito, perguntas dirigidas a um dos membros do simpósio. Ao coordenador caberá determinar o número de perguntas a serem respondidas dentro do tempo disponível para a realização do Simpósio.”

A apresentação teve início com o **prof. Dr. Weber Ursi**, tratando do tema: **“Técnica Auto ligados”**, que iniciou colocando a importância em se considerar o efeito do envelhecimento nas decisões de manobras ortodônticas que sejam impactantes sobre a face, colocou ainda a preocupação da análise científica crítica e da necessidade de abertura às novas possibilidades mecânicas. Foi descrita a evolução dos bráquetes autoligáveis e os tipos de bráquetes (ativos e

passivos), com a apresentação de casos clínicos. Concluindo que os bráquetes autoligáveis apresentam excelente indicação para casos limítrofes; casos em adultos passíveis de compensação e da possibilidade de tratamentos rápidos com poucas consultas. O Dr. Weber Ursi, chamou atenção de que os bráquetes autoligáveis não resolvem deficiência de formação profissional; ortodontistas ruins não melhoram com sistemas autoligáveis.

Em seguida o **prof. Dr. José Nelson Mucha** deu início à sua explanação, sob o tema: **“Técnica convencional”**, apresentando inúmeros casos clínicos e respectivos acompanhamentos em longo prazo, tratados com diversas técnicas ortodônticas. Relatou a limitação dos aparelhos ortodônticos, demonstrando quadro comparativo das prescrições existentes. Após exposição de alguns trabalhos científicos, o mesmo salientou que os resultados ortodônticos obtidos estão limitados pela habilidade do ortodontista, ou seja, a individualização do aparelho e a capacidade de realizar dobras no fio ortodôntico. Salientou a importância da biologia do sistema estomatognático como fator limitante dos tratamentos, sugerindo a necessidade maior dedicação à disciplina de biomecânica nos cursos de ortodontia. Concluindo, o prof. Mucha lembrou da importância do cuidado com o status de honra da ortodontia como profissão de cuidados à saúde, estando na responsabilidade dos professores à escolha do caminho que a ortodontia deverá seguir.

Em seguida, o coordenador prof. Luciano da Silva Carvalho compôs a mesa dando início à discussão do simpósio.

A primeira arguição partiu do Prof. Mucha ao Prof. Ursi, questionando que o atrito é prejudicial, mas muitas vezes benéfico, como nos casos de torques, já que nos casos de autoligáveis o atrito é bem inferior, como fazer nos momentos em que o mesmo é necessário?

O professor Weber respondeu que concorda com esta limitação, mas citou algumas maneiras de se superar este déficit, como evoluindo a fios mais calibrosos ou amarrando com amarrilho neste momento.

Em seguida o prof. Weber fez a sua arguição ao prof. Mucha, sobre quantas horas um aluno necessitaria para chegar a uma ortodontia com a sua qualidade? A arguição foi respondida pelo prof. Mucha, considerando a importância da carga horária nos cursos de especialização (no mínimo 2500 horas), para que o aluno tenha treinamento manual e capacidade de discernimento.

Foram realizadas outras arguições entre por parte dos ativadores abordando os temas apresentados durante as explicações e, por final, concluindo-se que mais importante que as técnicas empregadas, o treinamento e formação do ortodontista apresentam maior relevância.

O coordenador encerrou o simpósio, entregando os certificados dos simposiastas e ativadores e agradecendo a participação de todos.