

Terapia fotodinâmica no tratamento de úlcera infectada por *Staphylococcus epidermidis* em paciente internado em UTI:

Relato de caso clínico

Patricia de Souza **GORJÃO**¹, Claudia Cristiane Baiseredo de **CARVALHO**², Adriana Gutierrez **PAIÃO**³, Josiane Costa Rodrigues de **SÁ**⁴

Resumo

Resistência bacteriana tem papel fundamental no aumento dos índices de mortalidade hospitalar, principalmente em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A terapia fotodinâmica (PDT) baseia-se na aplicação de corante fotossensibilizador (FS) seguida da irradiação de luz visível em baixas doses, com objetivo de redução ou erradicação bacteriana, viral e fúngica. As vantagens da PDT incluem: ausência de produção de efeitos tóxicos e colaterais, possibilidade de repetição do procedimento sem ocasionar resistência microbiana, possibilidade de ser usada concomitantemente com outras terapias, ter boa aceitação pelo paciente e custo razoável. O objetivo do trabalho foi apresentar o uso de PDT em úlcera traumática infectada por *Staphylococcus epidermidis*, localizada em região mental de paciente em UTI, demonstrando como essa terapia tem ampla indicação, apresenta resultados positivos e custos satisfatórios, além de ressaltar a importância do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Terapia com Luz de Baixa Intensidade. Cicatrização de Feridas. Azul de Metileno.

¹Cirurgiã-dentista graduada na Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO. Especialista em Prótese dentária – ABORJ. Pós-graduanda em Gerontologia pela Faculdade Laboro. Habilitada em Odontologia Hospitalar pelo Centro Multidisciplinar de Odontologia Intensiva - CEMOI. Habilitação em Laser pela ABO seção Taguatinga. Habilitada em Preenchimento e Toxina Botulínica para a Odontologia pelo Instituto Rita Trindade. Membro do Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar Intensiva - CBROHI. Membro da sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG. Membro da American Society of Clinical Oncology - ASCO.

²Cirurgiã-dentista graduada na Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). Habilitada em Odontologia Hospitalar pelo CFO. Mestre em Terapia Intensiva pela SOBRATI. Professora das disciplinas de Estomatologia, Emergências Médicas em Odontologia e Odontologia Hospitalar da FACIPLAC. Habilitação em Laser pelo LELO- USP. Coordenadora do Centro Multidisciplinar de Odontologia Intensiva – CEMOI. Presidente e membro fundador do Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar e Intensiva – CBROHI. Presidente da Comissão de Odontologia Hospitalar do Conselho Regional de Odontologia do DF - CRODF.

³Especialista em Prótese Dentária. Habilitada em Odontologia Hospitalar pelo Centro Multidisciplinar de Odontologia Intensiva – CEMOI. Professora do Centro Multidisciplinar de Odontologia Intensiva – CEMOI. Habilitação em Laser pelo LELO- USP. Mestranda em Terapia Intensiva pela SOBRATI. Membro Fundador do Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar e Intensiva – CBROHI. Vice-Presidente da Comissão de Odontologia Hospitalar do Conselho Regional de Odontologia do DF – CRODF.

⁴Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), Bauru - SP. Residência em Odontologia Oncológica, Hospital A.C. Camargo- Cancer Center, São Paulo-SP. Mestrado em Odontologia, área de concentração Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), Bauru - SP. Doutorado em Odontologia, área de concentração Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), Bauru - SP. Especialista em Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), Bauru - SP. Especialista em Dentística, Odontoclínica de Aeronáutica Santos Dumont, Rio de Janeiro-RJ. Habilitação em Laser, Odontolaser, Curitiba-PR. Tenente Do Corpo de Oficiais Dentistas da Aeronáutica. Professora adjunta da Disciplina de Diagnóstico Bucal, do Departamento de Odontoclínica, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói-RJ. Diretora Acadêmica e professora do Centro Multiprofissional de Odontologia Intensiva (CEMOI). Diretora Acadêmica do Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar e Intensiva (CBROHI). Membro da Sociedade Brasileira de Estomatologia e Patologia

Bucal (SOBEP). Membro fundador do Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar e Intensiva (CBROHI).

Submetido: 08/02/2017/10/2015 - **Aceito:** 11/04/2017

Como citar este artigo: Gorjão PS, Carvalho CCB, Paião AG, Sá JCR. Terapia fotodinâmica no tratamento de úlcera infectada por *Staphylococcus epidermidis* em paciente internado em UTI: Relato de caso clínico. R Odontol Planal Cent. 2017 Jan-Jun;7(1):4-10.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Patricia de Souza Gorjão
Endereço: SQS 202, Bloco C apto: 401 - Asa Sul
CEP: 70232-030
email: patgorjao@yahoo.com

Categoria: Caso Clínico
Área: Odontologia Hospitalar / Laserterapia

Introdução

Ferimentos faciais de tecidos moles em pacientes politraumatizados são preocupantes e merecem atenção no atendimento hospitalar; quando não tratadas corretamente podem deixar sequelas, com repercussão psicológica negativa que pode acarretar em prejuízo ao convívio social destes pacientes. Estas sequelas também podem ocasionar incapacidade laborativa, com segregamento econômico destes indivíduos¹.

Ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido,

causada por trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica; são classificadas em agudas ou crônicas, de acordo com o tempo de reparação do tecido². O processo de reparo tecidual é um evento biológico, complexo e dinâmico conhecido e de fundamental importância para a qualidade de vida dos indivíduos. Fatores locais e sistêmicos estão associados diretamente com a evolução do processo de cicatrização. Dentre os fatores locais podemos citar: localização anatômica da ferida, presença de tecido sem vitalidade, tipo de injúria, intensidade do trauma e presença de infecção. Já os fatores sistêmicos como idade, imobilidade, estado nutricional, doenças associadas e uso de medicamentos contínuos, possuem papel preponderante na restauração do tecido lesionado^{2,3}.

Durante a permanência na UTI, frequentemente há a ocorrência de alterações orais associadas a doenças sistêmicas, ao uso de medicamentos e utilização de equipamentos para dar suporte à vida do paciente⁴. Esses pacientes estão sujeitos a situações adversas devido à natureza crítica de suas doenças, polifarmácia, utilização de drogas de alto custo e frequência alta de mudanças na farmacoterapia. Pacientes críticos, por definição, têm doenças que ameaçam a vida e podem sofrer a falência de um ou mais órgãos vitais; essa condição exige, muitas vezes, regimes medicamentosos complexos administrados por uma variedade de vias, o que aumenta o risco de infecção. Desta forma, há necessidade de que a terapia medicamentosa seja revisada continuamente⁵. O aumento da resistência bacteriana aos antibióticos causa diminuição da possibilidade de tratamento adequado das infecções, o que muitas vezes, leva ao óbito⁶.

A eliminação de microrganismos patogênicos é fundamental para prevenir o risco de infecções locais e sistêmicas, e muitas substâncias antimicrobianas têm mostrado certa eficácia; porém, a resistência de algumas bactérias a determinados medicamentos, mostra a necessidade de métodos alternativos. Pesquisas buscam por modalidades adjuvantes de tratamento antimicrobiano com menor possibilidade de efeitos colaterais para o indivíduo^{6,7}. Bactérias, fungos e vírus também podem ser mortos por luz visível associada a um

fotossensibilizador apropriado, em um processo denominado terapia fotodinâmica (PDT)^{8,9}.

Como fonte de luz podemos citar o laser de baixa intensidade, que é reconhecido por sua ação analgésica, biomoduladora e anti-inflamatória sobre tecidos duros e moles, pela restauração do equilíbrio biológico celular e das condições de vitalidade tecidual¹⁰.

Nesse contexto, a PDT, além de não induzir resistência bacteriana, surge como um método de redução microbiana, com mínimos efeitos colaterais¹¹. Assim, apresenta-se um caso ilustrativo do uso de PDT em úlcera traumática infectada por *Staphylococcus epidermidis*, localizada em região mental de paciente em UTI.

Revisão de literatura

O emprego da luz como tratamento terapêutico ocorre desde a antiguidade sendo utilizado principalmente na diminuição da sintomatologia dolorosa e da inflamação¹⁸.

Na medicina, Oscar Raab em 1900, observou que a combinação de um corante em presença de luz era letal para o microorganismo *paramecium*, causador da malária, dando início ao conceito da utilização da luz com efeito fotodinâmico. Von Trappeiner, em 1903, utilizou o corante eosina associado a exposição à luz no tratamento de cancer de pele².

Em 1924, Policard observou a presença de porfirinas (pigmentos de cor púrpura) atóxicas em elevadas concentrações em tumores malignos, porém quando expostas à presença de luz visível se tornavam tóxicas as células⁹.

A descoberta realizada por Auler Banzer, em 1942, evidenciou a presença da fluorescência vermelha em roedores portadores de tumores deu início ao diagnóstico fotodinâmico².

Em 1971, Mester et al. estudaram o emprego do laser no processo de reparação tecidual, onde foi observado uma rápida cicatrização sob a ação do laser terapêutico em feridas e queimaduras em pele e mucosa de animais¹⁹.

Dobson e Wilson, em 1990, empregaram diversos fotossensibilizadores, dentre eles o azul de metileno e o azul de

toluidina, associados à utilização do laser de Hélio-Neônio obtendo uma significativa redução bacteriana originária do biofilme de pacientes portadores de periodontite crônica. Os autores concluíram que o laser associado a corantes específicos pode ser utilizado no tratamento de inflamações localizadas no periodonto².

A partir da descoberta da penicilina e o aumento do uso dos antibióticos no tratamento a doenças infecciosas e consequentemente ao uso abusivo e indiscriminado, fez com a resistência bacteriana aumentasse assustadoramente, gerando um dos principais problemas de saúde na conjuntura atual^{6,9}.

Oliveira et al. ressaltam que pacientes críticos que necessitam de cuidados complexos em unidades de terapia intensiva estão expostos a infecções hospitalares diversas, podendo estar associadas a diferentes fatores como internações demoradas e a utilização de procedimentos invasivos⁶.

Com o aumento de micro-organismos resistentes aos fármacos, é imprescindível a utilização de novas modalidades terapêuticas para o tratamento de pacientes infectados. A PDT, utilizada mundialmente, demonstra eficiência na redução de micro-organismos patogênicos sem relatos de desenvolvimento de resistência microbiana².

Relato do caso

Paciente do gênero feminino, 40 anos, admitida na UTI do Hospital Daher-Lago Sul (Brasília-DF) em estado grave, diagnóstico inicial de politrauma por acidente automobilístico, com evidências de trama torácico e presença de lesão corto-contusa transfixante em face, na região mentual. No atendimento odontológico a paciente apresentava-se sem sedação, lúcida, orientada, colaborativa, eupnéica em ventilação espontânea com aporte de oxigênio, hemodinamicamente compensada, em uso de antibiótico terapêutico (ceftriaxona - Rocefin® e clindamicina), afebril, anictérica, acianótica, com diurese preservada e dieta oral.

Durante oroscopia, observou-se mucosa oral hidratada, normocorada, com úlcera traumática em mucosa labial inferior e fundo de vestibulo de região anterior de mandíbula e úlcera transfixante em região mentual, com secreção purulenta e odor fétido (FIGURA 1).



FIGURA 1 - Úlcera traumática em mucosa labial inferior e em região mentual, com presença de secreção purulenta.

Swab da úlcera foi colhido e enviado imediatamente para o laboratório para a análise microbiológica (cultura). Protocolo de higiene oral de 8/8 h foi instituído com solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%, digluconato de clorexidina 0,2% gel e hidratação labial com dexpanthenol. O resultado da cultura evidenciou presença de *Staphylococcus epidermidis*. Dessa forma, foram realizadas 05 sessões de terapia fotodinâmica com laser de baixa intensidade na faixa do vermelho visível (690 nm, DMC, São Carlos, SP. Brasil) associadas ao agente fotossensibilizador azul de metileno a 0,01% (Chimiolux®, DMC, São Carlos, SP. Brasil). O azul de metileno foi aplicado sobre a úlcera, respeitando-se o tempo de pré-irradiação de 5 minutos; as aplicações foram repetidas a cada 30 segundos até completar o tempo. Após os 5 minutos, foi realizada a irradiação da área afetada com laser de baixa intensidade, com a ponteira posicionada perpendicularmente e em contato com a superfície (FIGURAS 2 e 3).



FIGURA 2 - Aplicação do fotossensibilizador Chimiolux® sobre a área afetada.



FIGURA 3 - Irradiação da área afetada (mento) com laser de baixa intensidade, após a aplicação do azul de metileno.



FIGURA 4 - Irradiação da área afetada (mucosa). Observar a posição da ponteira, posicionada perpendicularmente e em contato com a superfície.

De maneira a abranger toda a extensão da lesão, foram feitos 6 pontos de irradiação, adjacentes porém sem sobreposição entre eles. O laser foi aplicado com a potência máxima do equipamento (100 mW), densidade de energia de 140 J/cm² e 9J de energia por ponto. Durante as sessões de PDT, todas as medidas de segurança com relação ao uso do laser (ex: óculos de proteção apropriado para o comprimento de onda do laser, tanto para paciente como para operador) e medidas de biossegurança foram respeitadas. Ao final das cinco sessões preconizadas de PDT ocorreu reparo significativo da lesão, não sendo necessária a introdução de outra terapêutica sistêmica ou local (FIGURA 5).



FIGURA 5 - Reparo significativo da lesão após 5 sessões de PDT.

Discussão

A UTI é o setor onde se concentra pacientes em estado clínico grave e de alta complexidade, que necessitam de monitorização intensiva com recursos tecnológicos avançados para a manutenção da vida e por parte da equipe multidisciplinar¹². Esses pacientes estão predispostos à colonização de microrganismos resistentes e à infecções, sendo a sepse uma das maiores causas de óbito em UTI¹³. Este cenário ocorre

devido ao tempo de internação prolongado, a utilização de procedimentos invasivos, ao uso de imunossuppressores e antimicrobianos, à ventilação mecânica e ao próprio ambiente, que favorece a seleção natural de microrganismos^{12,14}. Dentre os patógenos mais encontrados em UTIs, e importantes na etiologia da infecção da corrente sanguínea, estão o *S. epidermidis*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Candida spp.*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacter spp.* As principais causas de infecção são a contaminação do cateter venoso durante sua inserção e também das soluções utilizadas para manter o cateter venoso permeável, provocadas pelos profissionais durante o manuseio do paciente, além da existência de focos infecciosos à distância por via hematogênica¹⁵.

O *Staphylococcus epidermidis* está presente na microbiota da pele de indivíduos saudáveis ou não; pode ser encontrado em feridas agudas contaminadas, ou ser introduzido no ambiente hospitalar por fontes externas como visitantes ou membros da própria equipe multidisciplinar, causando infecções oportunistas durante ou após procedimentos invasivos. A resistência desta bactéria a antibióticos está associada à produção de enzimas invasivas e a formação de biofilme, com colonização principalmente de cateteres e implantes. O *Staphylococcus epidermidis* pode atuar como agente etiológico de bacteremias, infecções do trato urinário, endocardite, entre outras¹⁶. Diante desse quadro torna-se imprescindível a elaboração e implementação de medidas de prevenção e controle das infecções nosocomiais, particularmente em UTIs, com a vigilância do perfil microbiológico e de sensibilidade dos microrganismos, uso racional de antimicrobianos e de procedimentos invasivos, diminuição do período de internação, participação eficiente da equipe multidisciplinar, entre outras ações reduzindo, conseqüentemente, os custos hospitalares^{16,17}.

Na odontologia, a utilização de terapia fotodinâmica também conhecida como inativação fotodinâmica, fotossensibilização letal, desinfecção foto-ativada ou quimioterapia fotodinâmica antimicrobiana, representa uma alternativa no tratamento de infecções e consiste na associação de uma

fonte de luz, como o laser de baixa intensidade ou laser terapêutico e a utilização de um agente fotossensibilizador². Pesquisas demonstram que a utilização do laser terapêutico promove reparação tecidual, modulação da inflamação e analgesia; quando seu uso está associado ao uso de um agente fotossensibilizador, a redução antimicrobiana pode atingir uma porcentagem de até 100%¹⁸. O laser na faixa da luz vermelha, comprimento de onda de 632 a 780 nm, não produz danos como mutações e carcinogênese, e pode ser utilizado em tecidos moles em diversos casos, como em lesões herpéticas, estomatites aftosas recorrentes, ulcerações traumáticas, síndrome da ardência bucal e prevenção e tratamento da mucosite¹⁸. O laser terapêutico pode ser usado isoladamente ou como coadjuvante de outros tratamentos realizando efeito biológico local, modulando as células do sistema imunológico, estimulando a microcirculação, ativando a liberação de endorfinas, desempenhando ação analgésica, anti-inflamatória e bioestimulante ou cicatrizante¹⁹.

O mecanismo de ação da terapia fotodinâmica é diferente das drogas antimicrobianas, pois atua em vários sítios das células microbianas, impossibilitando assim a resistência das mesmas. Isso porque, a exposição das células bacterianas ao oxigênio singlete só ocorre durante a reação, ou seja, em um curto espaço de tempo, diferentemente do que ocorre com as drogas antimicrobianas². A terapia fotodinâmica apresenta aplicações em diversas áreas da saúde, como para o tratamento de câncer, psoríase, vitiligo, arteriosclerose, artrite reumatoide sistêmica, doenças virais, bacterianas e fúngicas, entre outras. Por ser uma terapia que não provoca efeitos colaterais sistêmicos, possui custo aceitável e comprovada redução bacteriana, sem desenvolver resistência^{2,20}. Seu mecanismo depende de três fatores: uma fonte de luz, o fotossensibilizador e oxigênio. O agente fotossensibilizador é excitado pela luz para interagir com moléculas vizinhas através de dois mecanismos. O primeiro consiste na remoção de um átomo de hidrogênio de uma molécula do substrato biológico (fosfolípídeos, colesterol, proteínas entre outros) ou transferindo elétrons, gerando íons radicais que reagem com o oxigênio no estado

fundamental, formando radicais livres, como radical superóxido (O_2^-), peróxido de hidrogênio (H_2O_2), e radical hidroxila (OH), capazes de oxidar vários tipos de moléculas. O segundo mecanismo ocorre quando o fotossensibilizador, no estado excitado, transfere energia ao oxigênio molecular no estado fundamental, produzindo oxigênio singleto, forma reativa de oxigênio considerada mediadora do dano fotoquímico causado aos microrganismos por muitos fotossensibilizadores^{2,20}. Para que a PDT seja efetiva, é necessário que o tempo decorrido entre a aplicação do corante no alvo e a ativação pela fonte de luz, chamado de pré-irradiação, seja de 1 a 10 minutos².

Quanto ao fotossensibilizador, os compostos mais utilizados para a PDT são o azul de metileno e o azul de orto toluidina. O azul de metileno (Chimiolux®, DMC, São Carlos, SP, Brasil) pode ser utilizado em altas concentrações sem causar toxicidade e não produz manchamento em tecidos orais ou em próteses. Este corante apresenta atividade contra bactérias Gram-positivas, Gram-negativas e fungos como a *Cândida spp.*². O mercado odontológico comercializa duas concentrações diferentes de azul de metileno, 0,005% e 0,01%. A primeira, indicada em casos onde não haja exsudato, sangue, fluido gengival ou saliva. Na presença destas substâncias, opta-se pelo azul de metileno a 0,01%, que possui uma concentração maior²⁰. Kashef *et al.*²¹ afirmaram, ao final de seu estudo feito em isolados de bactérias multidrogas resistentes de úlceras de pés diabéticos, que o resultado foi favorável com a utilização do azul de metileno. Os isolados de *S. aureus*, *S. epidermidis* e *E. coli* mostraram significativa redução desde a mínima concentração deste fotossensibilizador. Porém sem a utilização do azul de metileno e mesmo com a presença de luz não houve redução, provando que é uma ação conjunta desses dois elementos²¹.

A apreensão de profissionais de saúde e pesquisadores em relação à resistência bacteriana frente à utilização de antimicrobianos é uma unanimidade em todo o mundo. A resistência aos antimicrobianos é tão preocupante quanto a própria infecção, e esta concepção está fundamentada no aumento da resistência devido ao uso indiscriminado ou excessivo de

medicamentos, ou até por uma resistência já intrínseca a determinada classe medicamentosa⁶. Necessário estabelecer o controle desses patógenos, conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento de infecções considerando principalmente os pacientes imunocomprometidos⁶. A possibilidade de tratamento concomitante de lesões múltiplas e incipientes, a ausência de efeitos colaterais, a diminuição do tempo de cura, a resposta satisfatória em pacientes imunocomprometidos, a boa aderência do paciente ao tratamento, a facilidade da técnica empregada, a impossibilidade de ocorrência de resistência de microrganismos, a possibilidade de repetição do tratamento sem causar efeitos tóxicos, além das demais vantagens já citadas, levam à conclusão que o uso futuro de PDT aplicada na redução antimicrobiana em ambiente hospitalar tende a crescer²⁰.

Conclusão

A utilização de PDT foi bem indicada no caso clínico descrito, pois utiliza apenas o mecanismo da ação do laser de baixa intensidade associado ao azul de metileno, eficaz na redução bacteriana. A atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional, seu conhecimento dos processos de reparação e cicatrização tecidual e da utilização do laser de baixa intensidade, foram primordiais na solução da infecção, ajudando no restabelecimento da saúde geral da paciente.

A utilização do laser associado a agentes fotossensibilizadores ainda tem sua aplicação reduzida pela falta de conhecimento dos cirurgiões-dentistas e profissionais da área da saúde, tanto do seu mecanismo de ação quanto da sua efetividade em destruição microbiana. O cirurgião-dentista que atua na odontologia hospitalar deve estar atento na detecção precoce de qualquer alteração nos tecidos orais e periorais dos pacientes hospitalizados, para prevenir e tratá-las de forma adequada junto à equipe multiprofissional, evitando complicações locais e sistêmicas, diminuindo o tempo de internação e auxiliando na redução dos índices de morbidade e mortalidade.

Photodynamic therapy of wound infected with *Staphylococcus epidermidis* in hospitalized patient in ICU: case report

Abstract

Bacterial resistance plays a fundamental role in increasing hospital mortality rates, especially in patients admitted to Intensive Care Units (ICUs). Photodynamic therapy (PDT) consists in the administration of a photosensitizing (FS) dye, followed by the irradiation of a visible light at low doses to reduce or eradicate bacteria, virus, and fungi. The advantages of PDT include: absence of production of toxic and side effects, possibility of the procedure repetition without causing microbial resistance, possibility of being used concomitantly with other therapies, good acceptance by the patient, and reasonable cost. The aim of this paper was to present the use of PDT in traumatic ulcer infected with *Staphylococcus epidermidis* located in the mentum region of a patient in the ICU, demonstrating how this therapy has wide indication, presents positive results and satisfactory costs, in addition to emphasize the importance of an oral surgeon in the interprofessional team.

Descriptors: Low-Level Light Therapy. Wound Healing. Methylene Blue.

Referências

- Segundo AVL, Godim DGA, Caubi AF. Tratamento dos ferimentos faciais Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2007;7(1):9-16.
- Souza GR, Silveira LB, Ferreira MVL, Soares BM e col. Terapia fotodinâmica em odontologia: atlas clínico. São Paulo: Napoleão; 2013.
- Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Pathologic basis of diseases. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1984.
- Batista SA, Junior AS, Ferreira MF, Agostini M, Torres SR. Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. RBO. 2014;71(2):156-9.
- Pilau R, Hegele V, Heineck I. Atuação do Farmacêutico Clínico em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Uma Revisão da Literatura. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde São Paulo. 2014;5(1):19-24.
- Oliveira AC, Silva RS, Diaz MEP, Iquiapaza RA. Resistência bacteriana e mortalidade em um centro de terapia intensiva, Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(6):1152-60.
- Sigusch BW, Engelbrecht M, Volpel A, Holletschke A, Pfister W, Schutze J. Full-mouth antimicrobial photodynamic therapy in Fusobacterium nucleatum – infected periodontitis patients. J Periodontol. 2010;81(7):975-81.
- Bevilacqua IM, Pacheco MTT, Nicolau RA. Ação do laser de baixa potência associado à substâncias fotoativadoras na redução microbiana (revisão da literatura). Resumo de anais do IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2006.
- Perussi Jr. Inativação fotodinâmica de microrganismos. Rev Quim Nova. 2007;30(4):988-94.
- Balata ML, Ribeiro EDP, Bittencourt S, Tunes URR. Terapia Fotodinâmica Como Adjuvante ao Tratamento Periodontal não Cirúrgico. R Periodontia. 2010;20(2):22-32.
- Yamada Jr. AM, Hayek RRA, Ribeiro MS. O emprego da terapia fotodinâmica na redução bacteriana em periodontia e implantodontia. RGO. 2004;52(3):207-10.
- Albuquerque AM, Souza APM, Torquato IMB, Trigueiro JVS, Ferreira JA, Ramalho MAN. Infecção Cruzada No Centro De Terapia Intensiva À Luz Da Literatura. Rev Ciênc Saúde Nova Esperança. 2013;11(1):78-87.
- Alves LNSA, Oliveira CR, Silva LAP, Gervasio SMD, Alves SR, Sgavioli GM. Hemoculturas: estudo da prevalência dos microrganismos e o perfil de sensibilidade dos antibióticos utilizados em Unidade de Terapia Intensiva. J Health Sci Inst. 2012;30(1):44-7.
- Pereira MS, Prado MA, Sousa JT, Tipple AFV, Souza, ACS. Controle de Infecção Hospitalar em Unidade de terapia Intensiva: desafios e perspectivas. Rev Eletr Enferm (online). 2000;2(1).Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.
- Cunha MN, Linardi VR. Incidência de bacteriemia em um hospital terciário do leste de Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais. 2013;23(2):149-153.
- Michelim L, Lahude M, Araujo RP, Giovanaz DSH, Muller G, Delamare APL et al. Pathogenicity factors and antimicrobial resistance of staphylococcus epidermidis associated with nosocomial infections occurring in intensive care units. Braz J Microbiol. 2005;36(1):17-23.
- Lima ME, Andrade D, Haas VJ. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intens. 2007;19(3):342-7.
- Cavalcanti TM, Almeida-Barros RC, Catão MHCV, Feitosa APA, Lins RDAU. Conhecimento das propriedades físicas e da interação do laser com os tecidos biológicos na odontologia. An Bras Dermatol. 2011;86(5):955-60.
- Lins RDAU, Dantas EM, Lucena KCR, Granville-Garcia AF, Silva JSP. Aplicação do laser de baixa potência na cicatrização de feridas. Odontol Clín-Cient - Suplemento. 2011;511-516.
- Eduardo CP, Bello-Silva MS, Lee EMR, Aranha ACC. A terapia fotodinâmica como benefício complementar na clínica. Ver Assoc Paul Cir Dent. 2015;69(3):226-35.
- Kashef N, Djavid GE, Siroosy M, Khani AT, Zokai FH, Fateh M. Photodynamic inactivation of drug-resistant bacteria isolated from diabetic foot ulcers. Iran J Microbiol. 2011;3(1):36-41.
- Slawski, EG. A participação do cirurgião-dentista na equipe das Unidades de Terapia Intensiva UTI. Rev Perionews. 2012;6(1):39-44.

Doença de Alzheimer e sedação medicamentosa no atendimento ambulatorial: Relato de caso

Alexandre Franco **MIRANDA**¹, Giuliano Gaglionone **PASSANI**², Tatiane Maciel de **CARVALHO**³, Daniele Machado da Silveira **PEDROSA**⁴, Fernando Luiz Brunetti **MONTENEGRO**⁵

Resumo

A Doença de Alzheimer (DA) é uma desordem neurodegenerativa, progressiva e irreversível que atinge o Sistema Nervoso Central de pacientes idosos, interferindo diretamente na capacidade cognitiva, funcional, emocional e física, a depender do estágio. Devido ao nível de dependência nas fases mais avançadas, a responsabilidade nos cuidados de saúde bucal passa a ser de responsabilidade dos cuidadores e ou familiares. O cirurgião dentista deve estar capacitado a criar estratégias clínicas de manejo e adaptação profissional nas condutas odontológicas mais invasivas. O presente trabalho teve como objetivo, por meio de um relato de caso, abordar a estratégia de sedação medicamentosa prévia a exodontias, possíveis focos de infecção dentários, realizadas, sessão única, em consultório em idosa, 86 anos, com diagnóstico de DA há mais de 8 anos, totalmente dependente. Concluiu-se que a estratégia da sedação medicamentosa, a partir de um planejamento interdisciplinar, pode ser uma satisfatória alternativa facilitadora na realização de condutas odontológicas com menor tempo de duração em pacientes idosos frágeis com Alzheimer.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Demência. Sedação consciente. Saúde bucal. Idoso Fragilizado.

¹Doutor e Mestre em Ciências da Saúde – UnB; Especialista em Gerontologia – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); Coordenador e Professor das disciplinas de Odontogeriatrics, Odontologia para Pacientes Especiais e Odontologia Hospitalar – UCB; Tempus: Saúde Bucal Integrada.

²Especialista em Implantodontia – ABO, DF; Tempus: Saúde Bucal Integrada.

³Especialista em Ortodontia – ABO, Taguatinga; Mestranda em Disfunção Temporomandibular – SI Mandic, Campinas-SP; Tempus: Saúde Bucal Integrada.

⁴Especialista em Prótese Dentária – ABO, DF; Mestre em Ciências da Saúde – UnB; Professora das disciplinas de Prótese Dentária, Clínicas Integradas e Clínica de Odontologia para Pacientes Especiais – UCB; Tempus: Saúde Bucal Integrada).

⁵Mestre e Doutor em Prótese Dentária - USP; Coordenador dos Cursos de Especialização em Odontogeriatrics - ABO e SI Mandic, SP; Responsável pela Odontologia da Casa de Velhinhos Ondina Lobo, São Paulo, SP.

Submetido: 16/05/2017 - **Aceito:** 23/05/2017

Como citar este artigo: Miranda AF, Passani GG, Carvalho TM, Pedrosa DMS, Montenegro FLB. Doença de Alzheimer e sedação medicamentosa no atendimento ambulatorial: Relato de caso. R Odontol Planal Cent. 2017 Jan-Jun;7(1):11-16.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre o específico caso clínico foi assinado pela responsável legal da paciente. Todas as condutas éticas e legais foram realizadas de acordo com a Declaração de Helsinki.

Autor para Correspondência: Alexandre Franco Miranda

Endereço: Tempus: Saúde Bucal Integrada – Brasília Shopping, Torre Sul, Sala 515, Asa Norte; Universidade Católica de Brasília (UCB) – Departamento de Odontologia para Pacientes Especiais, Odontogeriatrics e Odontologia Hospitalar – QS 07, Lote 01, EPCT – Bloco S - Brasília-DF, Brasil

CEP: 71966-700

Telefones: + 55 (61) 3037- 6530; 98136-9896

email: alexandrefmiranda@hotmail.com

Categoria: Caso Clínico

Área: Odontogeriatrics - Gerontologia

Introdução

A doença de Alzheimer é uma desordem neurodegenerativa que atinge o Sistema Nervoso Central de maneira progressiva, persistente e de caráter irreversível. É caracterizada pela gradual deterioração da memória, aprendizado, orientação, estabilidade emocional, capacidade de comunicação e das atividades motoras. Essas específicas condições permitem que o paciente tenha o comprometimento dos cuidados pessoais, a destacar as medidas de promoção de saúde bucal¹⁻⁴.

As principais causas desse tipo de demência estão relacionadas à idade avançada, história familiar, doença cerebrovascular, déficits imunológicos, alterações metabólicas, fatores genéticos, traumatismos encefálicos, tumores, infecções e fatores comprometedores da qualidade de vida (nutrição, drogas, tabagismo, hipertensão e etilismo)^{1,5}.

Os sinais e sintomas do paciente são baseados na avaliação dos progressivos declínios de memória, cognição e do comprometimento das atividades de vida

diárias (AVDs), além da exclusão de outros tipos de demência².

Apesar de não existir a cura, o tratamento é baseado em estratégias terapêuticas que visam a melhoria da cognição, retardar a evolução e tratar os sintomas e as alterações comportamentais, de maneira a contribuir para uma melhor qualidade de vida^{6,7}.

As ações que visam a promoção de saúde bucal para esses pacientes envolvem a capacidade de planejar e atuar em uma equipe interdisciplinar, direcionando as condutas clínicas em promover o bem-estar desses idosos^{4,5}.

Os pacientes com demência, em sua maioria, são dependentes. Por isso é necessária a responsabilidade ética e profissional no atendimento odontológico por meio da assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável legal, bem como o conhecimento e entendimento prévio das diversas fases da doença e suas especificidades^{8,9}.

O presente trabalho teve como objetivo abordar a atuação odontológica cirúrgica para adequação do meio bucal, sob sedação medicamentosa, em uma paciente com Doença de Alzheimer em fase avançada, em nível de consultório.

Relato do caso

Paciente com 86 anos, gênero feminino, leucoderma, diagnosticada com Doença de Alzheimer há 08 anos, foi encaminhada pelo médico geriatra para avaliação e possível tratamento odontológico em nível de consultório.

Conforme informação familiar e médica da paciente, apresentava condição sistêmica sem alterações e não estava sob ação medicamentosa sistêmica, mas rotineira ação medicamentosa para o controle dos sinais e sintomas da demência.

A idosa se encontrava em estado de dependência total para a realização das atividades de vida diárias como alimentação, locomoção, comunicação e cuidados pessoais, incluindo a higiene bucal.

De acordo com as informações fornecidas pelo médico, familiares e cuidadoras responsáveis, a paciente apresentava dificuldades em abrir a boca para

alimentação, fala, administração medicamentosa, se necessária, e o ato de "gemer" sem causa bem definida há mais de 10 dias. Essas específicas condições determinaram uma possível associação com problemas presentes na cavidade bucal.

A avaliação odontológica inicial e anamnese foram realizadas em conjunto com a família e cuidadoras com o objetivo de obtenção dos dados gerais referentes à paciente, além das informações da saúde geral, diárias, médicas e dos exames complementares, a destacar o hemograma completo e risco cirúrgico.

As avaliações extra e intrabucais foram realizadas por meio de adaptação, manejo profissional e utilização de instrumentos auxiliares como afastadores (*expandex*) e abridores de boca, além da efetiva participação da filha e cuidadoras nesse primeiro momento.

Radiografias periapicais foram solicitadas com a finalidade de melhor confirmação do diagnóstico clínico para posterior elaboração do plano de tratamento.

Nas avaliações clínica e radiográfica foram evidenciadas a presença de focos de inflamação e infecção localizados, acúmulo de biofilme dentário e restos radiculares, possíveis fatores negativos para a saúde sistêmica dessa idosa frágil.

O plano de tratamento elaborado foi direcionado para a promoção do bem-estar, qualidade de vida e eliminação de focos de infecção, inflamação e provável sintomatologia dolorosa presentes na cavidade bucal. Optou-se pela adequação do meio bucal por meio de tratamento periodontal básico e, posteriormente, exodontias dos dentes (restos radiculares).

Os familiares foram orientados a respeito da condição bucal da paciente, bem como as possibilidades de tratamento, estratégias clínicas e a necessidade da ação interdisciplinar entre cirurgião dentista, médico geriatra responsável, cuidadoras e a família.

Foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a finalidade de responsabilidade ética e profissional, em que os responsáveis legais autorizavam a execução do tratamento proposto e registro do caso clínico (imagens).

O médico geriatra da paciente foi

contactado e foram fornecidas as explicações a respeito do plano de tratamento odontológico elaborado em todas as etapas a serem seguidas (anestésico, medicação pré e pós operatória, orientações aos familiares e cuidadores sobre as medidas de higienização e promoção de saúde bucal) bem como a sugestão da possibilidade de realização de sedação medicamentosa como estratégia de segurança e conforto para a paciente, além de maior colaboração durante as atividades clínicas.

O plano de tratamento proposto foi dividido em etapas: inicial, realização de ações preventivas e adequação do meio bucal; e cirúrgica, em consultório sob sedação medicamentosa, para a realização das exodontias.

Foram realizadas ações odontológicas para o controle inflamatório gengival como raspagem supragengival, controle de biofilme dental por meio de profilaxia sob constante sucção, orientações aos familiares e cuidadora a respeito de técnicas, manejo e adaptações direcionados à manutenção da saúde bucal da paciente – adequação do meio bucal.

Escovação supervisionada e orientada com o uso de dentifrício fluoretado, higienização bucal com o uso clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia (manhã e noite – 12/12 horas) durante sete dias, higienização da língua com limpadores específicos para a eliminação de saburra lingual, além de orientações aos responsáveis e cuidadoras, auxiliaram no controle químico do biofilme, contribuindo para a adequação do meio bucal para a realização da intervenção cirúrgica.

A partir de um planejamento em conjunto com o médico geriatra, adotou-se o protocolo farmacológico de sedação medicamentosa pré-operatória associada à profilaxia antibiótica.

O Maleato de Midazolam (@*Dormonid*) na dose de 15 mg (no específico caso, foram 02 comprimidos de 7,5 mg), quarenta minutos antes da cirurgia, foi o fármaco de escolha prescrito pelo médico geriatra responsável para a sedação. A medicação foi dissolvida em água para uma melhor aceitação e absorção por parte da paciente (FIGURAS 1 e 2).



FIGURA 1 - Diluição de 2 comprimidos de Maleato de Midazolam 7,5 mg (dose total de 15 mg) em água previamente à administração para a paciente idosa – 40 minutos antes do atendimento – realizada em consultório.



FIGURA 2 - Administração farmacológica da medicação em paciente idosa com Alzheimer pelas cuidadoras no consultório previamente aos procedimentos odontológicos.

A profilaxia antibiótica odontológica foi proposta e realizada com o uso de 2 gramas de Amoxicilina, uma hora antes do procedimento cirúrgico – prescrito pelo cirurgião-dentista.

Após a paciente adquirir condições favoráveis e cooperativas para a realização da cirurgia devido à ação medicamentosa sedativa, deu-se sequência aos procedimentos pré-operatórios como a antisepsia extra e intrabucal.

Utilizaram-se 02 tubetes (cada tubete tem 1,8 ml de solução) de Articaina HCl 4% com epinefrina 1:100.000 para a anestesia (FIGURA 3) e posterior extração dos dentes (possíveis focos de infecção) (FIGURA 4). Suturas simples e contínua foram realizadas

com o uso de fio seda 4-0.



FIGURA 3 - Intervenção odontológica cirúrgica sob constante monitoramento – oxímetro e efetiva participação da cuidadora no atendimento – efetiva integração e adaptação de técnicas facilitadoras de abertura bucal entre cirurgião-dentista e auxiliar.



FIGURA 4 - Restos radiculares e dentes considerados possíveis focos de infecção dentários.

A cirurgia odontológica proposta foi realizada em sessão única sob constante monitoramento – oxímetro e pressão arterial. As orientações pós-operatórias foram fornecidas aos familiares e à cuidadora, direcionadas, também, para as condutas de manutenção da higienização bucal associada ao método químico, com clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia, por uma semana. Foi mantida a antibioticoterapia com Amoxicilina (08/08 horas) durante sete dias e o analgésico de escolha foi o Paracetamol 750mg (03 vezes ao dia durante 04 dias).

Importante ressaltar que todo o planejamento logístico e de horários (maior tempo de atendimento e dia mais tranquilo) para o específico atendimento foi realizado

em conjunto com a família e cuidadoras a paciente. Houve uma adaptação profissional, das cuidadoras e família (FIGURA 5) para que o tratamento odontológico fosse realizado de maneira segura e confortável, respeitando sempre a individualidade da idosa.



FIGURA 5 - Efetiva participação das cuidadoras e auxiliar odontológica nas ações de manejo e deslocamento da paciente idosa frágil com Alzheimer da cadeira odontológica para a cadeira de rodas em nível de consultório após condutas clínicas sob sedação medicamentosa.

Após 12 dias da intervenção cirúrgica, foi realizada a avaliação clínica e remoção de sutura no consultório em que o processo de cicatrização estava em condições satisfatórias.

Conforme relato familiar, não houve intercorrências pós-procedimento e todas as orientações foram seguidas corretamente. A paciente parou de “gemer” e se estabeleceu uma maior facilidade e conforto na execução das ações preventivas de higienização bucal.

Discussão

A doença de Alzheimer é caracterizada pela perda da capacidade cognitiva, motora e de cuidados pessoais, dentre eles a manutenção da higiene bucal¹¹⁻¹³.

Nos estágios mais avançados da demência, geralmente a paciente perde sua autonomia, controle de resposta aos estímulos e as ações de promoção de saúde bucal que passam a ser de responsabilidade

dos familiares e cuidadores^{3, 8}.

O planejamento odontológico interdisciplinar é necessário para contribuir no bem-estar e qualidade de vida de pacientes com Alzheimer. Ações preventivas e de eliminação de possíveis focos de inflamação, infecção e sintomatologia dolorosa decorrentes de problemas bucais são extremamente necessárias^{10, 13}.

Na falta de colaboração de pacientes idosos com demência (fase avançada), a utilização de fármacos sedativos podem contribuir na execução de procedimentos que necessitem de mais tempo de cooperação por parte do paciente^{14, 15}.

A utilização do maleato de midazolam como fármaco para sedação rápida em idosos, sempre sob orientação médica, permite a execução da intervenção odontológica proposta de maneira segura e eficaz. Esse fármaco, especificamente, apresenta uma rápida absorção, atingindo pico plasmático em 30 minutos e com efeito de duração de 2 a 4 horas¹⁴. Além disso, promove amnésia retrógrada.

Os benzodiazepínicos apresentam baixa incidência de efeitos adversos e toxicidade, particularmente em tratamentos de curta duração, como é o caso do uso em odontologia, da específica conduta planejada e do caso apresentado¹⁶.

Os benzodiazepínicos podem desencadear efeitos paradoxais e depressão respiratória. Por isso a realização de uma minuciosa anamnese, diálogo com o médico responsável, preparo do cirurgião-dentista e sua equipe são de extrema importância¹⁵.

Uma solução anestésica de alta lipossolubilidade, portanto alta potência e difusibilidade tecidual como a articaína, permite um maior conforto, já que existe a preocupação com a idosa em relação a sentir dor no pós-operatório¹⁵⁻¹⁷.

A utilização de antimicrobianos de maneira profilática e pós-cirurgia por uma semana é um protocolo que pode ser utilizado, a partir da individualidade do paciente, principalmente nos casos de infecções dentárias^{10, 14}.

Existe a necessidade da efetiva participação familiar e dos cuidadores em todas as etapas do tratamento odontológico de pacientes com Alzheimer, principalmente no acompanhamento clínicos e condutas

direcionadas para a promoção de saúde bucal de idosos dependentes^{2, 4, 11}.

O cirurgião-dentista capacitado no atendimento de idosos com demência tem um fundamental papel nas orientações, manejo e adaptação nas ações de higiene bucal e intervenções clínicas, que, muitas vezes, são desconhecidas por parte dos profissionais da saúde e familiares do importante papel da odontologia como parte integrante na promoção da saúde do idoso frágil^{12, 17}.

Existe a necessidade da efetiva participação do odontólogo, odontogeriatra e ou gerontólogo, em conjunto com a equipe interdisciplinar que assiste o idoso dependente. Além disso, ressalta-se a importância da orientação familiar e treinamento dos cuidadores, pois serão estes os multiplicadores dos conhecimentos e das práticas de higiene bucal^{8, 10}.

Conclusão

O planejamento direcionado a pacientes com Alzheimer em fase avançada deve ser interdisciplinar, principalmente quando se envolve a sedação medicamentosa e o cirurgião-dentista deve ter uma estratégia gerontológica, respeitando as individualidades do paciente, as condutas médicas e sempre avaliando o contexto familiar, conforme relatado.

As ações odontológicas direcionadas ao idoso frágil devem focalizar a eliminação de possíveis fatores de risco (inflamação, infecção e dor) a partir de ações consideradas de mínima intervenção, seguras e bem planejadas de maneira interdisciplinar como uma possível sedação medicamentosa.

Alzheimer's disease and drug sedation in the dentist office – case report

Abstract

Alzheimer's disease (AD) is a neurodegenerative, progressive and irreversible disorder that affects the Central Nervous System of elderly patients. This disorder directly interferes in the cognitive, functional, emotional and physical capacities depending on its stage. The responsibility for these patients' oral healthcare lies on the hands of caregivers and/or family members, because of the level of dependence in the most advanced stages. The dental surgeon must be able to develop management clinical and professional adaptation strategies for the most invasive dental conducts. The aim of the present study is to approach a drug sedation strategy performed before an extraction conducted in a single session in the dental office, as well as possible dental infection points. Such approach was expressed by means of a case report, which describes the condition of a totally-dependent 86-year-old woman diagnosed with AD for more than 8 years. It was concluded that the drug sedation strategy can be a satisfactory facilitating alternative for shorter-duration dental conducts applied to fragile elderly patients with Alzheimer's disease, based on an interdisciplinary planning.

Descriptors: Alzheimer Disease. Dementia. Conscious Sedation. Oral health. Frail Elderly.

Referências

- Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *J Amer Dental Assoc.* 2007;17(3):17-30.
- Miranda AF, Lia EN, Leal SC, Miranda MPAF. Doença de Alzheimer: características e orientações em Odontologia. *Rev Gauch Odontol.* 2010;58(1):103-7.
- Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. *Spec Care Dent.* 2004;31(5):273-8.
- Varjão FM. Assistência odontológica para o paciente portador da doença de Alzheimer. *Rev Odonto Ciência.* 2006;21(53):284-8.
- Goiato MC, Santos DM, Barão VAR, Pesqueira AA, Gennari Filho H. Odontogeriatrics e a Doença de Alzheimer. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2006;6(2):207-12.
- Gil-Montoya JA, Silvestre FJ, Barrios R, Silvestre-Rangil J. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016;21(3):e355-66.
- Mancini M, Grappasonni I, Scuri S, Amenta F. Oral health in Alzheimer's disease: a review. *Curr Alzheimer Res.* 2010;7(4):368-73.
- Ribeiro GR, Costa JLR, Ambrosano GMB, Garcia RCMR. Oral health of the elderly with Alzheimer's disease. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;114:338-43.
- Ortega-Martínez J, Cedeño-Salazar R, Requena C, Tost M, Luch A. Alzheimer's disease: oral manifestations, treatment and preventive measures. *J Oral Res.* 2014;3(3):184-9.
- Miranda AF, Montenegro FLB, Lia EN, Miranda MPAF. Demência (Alzheimer): intervenção odontológica multidisciplinar em nível de consultório e domiciliar – Relato de caso clínico. *Rev Eap/Apod Sjc.* 2008;10(1):11-3.
- Adam H, Preston AJ. The oral health of individuals with dementia in nursing homes. *Gerodontology.* 2006;23:99-105.
- Chalmers JM, Pearson A. Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *J Adv Nurs.* 2005;52(4):410-9.
- Meloto CB, Rizzatti-Barbosa CM, Gomes SGF, Custodio W. Dental practice implications of systemic diseases affecting the elderly: a literature review. *Braz J Oral Sci.* 2008;7(27):1691-9.
- Souza LMA, Ramacciato JC, Motta RHL. Uso de anestésicos locais em pacientes idosos. *Ver Gau Odontol.* 2011;59(supl. 0):25-30.
- Cogo K, Bergamaschi CC, Yatsuda R, Volpato MC, Andrade ED. Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia. *Rev Odonto USP.* 2006;18(2):181-8.
- Soares RG, Irala LED, Limongi O. Como escolher um adequado anestésico local para as diferentes situações na clínica odontológica diária. *Rev Sul Bras Odonto.* 2006;3(1):35-40.
- Miranda AF, Lia EN, Montenegro FLB. Intervenção odontológica sob sedação medicamentosa em paciente idosa portadora de doença de Alzheimer – relato de caso. *Geriatr Gerontol Aging.* 2009;3(3):146-9.

Onlays semidiretas: quando indicar?

Danielle Barcelos Ferreira **Soave**¹, Elaine Vilela **MAIA**², Nara Pereira D'Abreu Cordeiro **DOBANSZKI**³, Fernanda Villas Bôas **TAVARES**⁴

Resumo

Restaurações indiretas têm sido uma opção de tratamento frequentemente escolhida, principalmente para dentes posteriores, em decorrência do bom resultado estético e funcional. Este trabalho teve por objetivo revisar a literatura em busca de informações que auxiliem o cirurgião-dentista na decisão de quando indicar as restaurações indiretas e *onlays* semidiretas. O assunto foi abordado dando destaque para a seleção dos materiais disponíveis, apontando suas vantagens, desvantagens, técnicas de preparo e cimentação, assim como suas indicações e contra-indicações.

Palavras-chave: Cerâmica. Preparo do Dente. Porcelana Dentária. Restaurações Intracoronárias. Cimentação.

¹Especialista em Dentística – ABO-DF e em Endodontia – Uningá - PR.

²Mestre e Doutora em Dentística UFSC, Professora de Dentística na Faculdade Integradas do Planalto Central – FACIPLAC. Coordenadora do Curso de Especialização em Dentística – ÁRIA – DF.

³Mestre e Doutora em Dentística – FOP - UNICAMP - SP. Professora de Dentística e Clínica Integrada nas Faculdades Integradas do Planalto Central – FACIPLAC e no Instituto Aria - DF.

⁴Especialista em Dentística e Prótese pela faculdade de Patos de Minas-IPESP. Professora de Dentística no Instituto Aria - DF.

Submetido: 08/02/2017/10/2015 - **Aceito:** 07/06/2016

Como citar este artigo: Soave DBF, Maia EV, Dobranszki NPDC, Tavares FVB. Onlays semidiretas: quando indicar? R Odontol Planal Cent. 2017 Jan-Jun;7(1):17-24.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Danielle Barcelos Ferreira Soave
Endereço: Av. Itacaiúnas 1890-B, Bairro: cidade nova, Cidade Marabá-Pa
CEP: 68503-820
email: danibarcelos_@hotmail.com

Categoria: Revisão de literatura
Área: Dentística

Introdução

Mesmo com a constante inovação dos sistemas restauradores diretos, realizar restaurações amplas, Classe II em resina composta posterior ainda é um procedimento que exige grande domínio do profissional, devido às diversas dificuldades enfrentadas como acesso, controle salivar, profundidade entre outros¹.

Quando os preparos cavitários ultrapassam os limites preconizados para as resinas diretas, as restaurações indiretas são recomendadas, sendo indicadas para cavidades amplas de dentes posteriores, quando o istmo oclusal for maior do que a metade da distância intercuspídea².

As restaurações indiretas são alternativas interessantes, pois permitem melhor reprodução anatômica do contorno dentário, possibilitando melhor contato interproximal e propriedades mecânicas superiores às das resinas diretas³.

Essas restaurações podem ser confeccionadas em resinas compostas ou cerâmicas, constituindo assim, as restaurações indiretas cimentadas². As resinas compostas de uso laboratorial apresentam bons resultados e estão sendo muito utilizadas para a confecção de *inlays*, *onlays* e *overlays* estéticas⁴.

Estas podem ser confeccionadas de duas formas, pela técnica indireta e pela técnica semidireta. Restaurações indiretas são aquelas realizadas em laboratório, normalmente em porcelana ou resina do tipo laboratorial, já as denominadas semidiretas são restaurações confeccionadas de forma indireta no próprio consultório pelo dentista⁵.

As restaurações posteriores com resinas diretas possuem algumas limitações intrínsecas, como: contração de polimerização, sensibilidade pós-operatória, desgaste potencialmente elevado, rugosidade superficial entre outras pertinentes à técnica, como: dificuldade no restabelecimento de ponto de contato proximal, adaptação marginal, dificuldade no acabamento e polimento. Uma forma de se minimizar tais problemas consiste na indicação de restaurações indiretas, uma vez que são confeccionadas em ambiente extraoral, com condições ideais de umidade e iluminação

para permitir elevado grau de polimerização, contornos anatômicos e contatos proximais adequados, melhor acabamento-polimento superficial⁶.

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo, por meio de uma revisão de literatura, apontar as indicações e limitações das restaurações indiretas e semidiretas, verificando qual material restaurador escolher para cada situação.

Revisão de literatura

O dentista depara-se frequentemente com o aparecimento de novas técnicas e de novos materiais restauradores, os quais devem apresentar qualidade e propriedades mecânicas suficientes para resistirem às forças mastigatórias. O desenvolvimento dos materiais resinosos e a criação de técnicas laboratoriais simplificadas difundiram ainda mais o seu uso em procedimentos restauradores indiretos. As resinas compostas de uso laboratorial apresentam bons resultados e estão sendo muito utilizadas para a confecção de *inlays*, *onlays* e *overlays* estéticas⁴.

As resinas compostas podem ser utilizadas na técnica denominada semidireta, na qual a restauração é confeccionada de forma indireta no próprio consultório pelo cirurgião-dentista, sobre um modelo parcial de sílica. Nesse caso, é preciso disponibilidade de tempo clínico e suas indicações são as mesmas da técnica indireta, mas com a grande vantagem de se poder preparar, moldar e cimentar a restauração em uma única consulta, utilizando-se os compósitos microhíbridos ou nanoparticulados de uso direto⁵.

A restauração semidireta em resina composta associa princípios e vantagens da técnica indireta, como a confecção da peça fora da boca do paciente, conseguindo um melhor controle da contração de polimerização e melhor qualidade na confecção de detalhes anatômicos, a diminuição do tempo da sessão clínica, se comparada a uma restauração feita de modo direto, além de garantir boa durabilidade. E também alia características da técnica direta, como a possibilidade de se realizar o reparo na peça e polimentos após sua cimentação⁷.

Os preparos para as *inlays/onlays* são

mais conservadores que os de coroa, uma vez que não necessita de extensão gengival das margens, minimizando falhas marginais e protegendo o dente⁸.

Apesar de exigirem preparos expulsivos com padrões de inserção e adaptação bem definidos e espessura de material restaurador, as *inlays/onlays* são uma opção mais conservadora do que as coroas totais e devem ser preferidos sempre que houver estrutura suficiente para garantir um correto processo de cimentação adesiva. O uso de compósitos diretos fotopolimerizáveis para confecção de restaurações indiretas é interessante pela redução do custo final. Com um tratamento térmico imediatamente após sua ativação por luz, é possível aumentar o grau de conversão e melhorar as propriedades mecânicas das resinas. A polimerização complementar por calor é um método que proporciona aumento do grau de conversão dos compósitos restauradores. Os métodos sugeridos são calor seco ou autoclavagem. O tratamento térmico, realizado em até 6 horas após a polimerização por luz, aumenta a conversão monomérica do material. Esse aumento não seria possível quando utilizada somente a fotopolimerização. A polimerização complementar pode ser feita de 3 formas: em autoclave, submetidas à um ciclo de 134° C, por 7 minutos em uma pressão de 2,5 kg/cm³; em micro-ondas, com ciclo de 3 minutos com potência de 450 W; ou estufa a 125° C de calor seco, durante 7 minutos. Esses métodos aumentam a microdureza da resina quando comparadas com a mesma somente fotopolimerizada⁷.

Hirata descreve a técnica semidireta, iniciando pela realização de uma moldagem das hemiarquadas com silicone de adição. Para otimização do tempo de espera do modelo, opta-se por vaziar a moldagem com um poliéter (Impregum Penta Soft - 3M ESPE), inserido em uma seringa para injeção do material. Esse material não possui adesividade ao silicone de adição e apresenta uma elevada estabilidade e fidelidade de reprodução. O antagonista é vazado com resina acrílica e, com os modelos em mãos, é confeccionada a restauração com resina composta pela técnica incremental. Realiza-se então uma polimerização adicional e, ao final, realiza-se polimento com pontas de borracha, pasta polidora e escova de carvão de silício,

concluindo assim o caso com a cimentação⁹.

Escolha dos materiais

Por que fazer restauração indireta e não uma direta? A direta é mais rápida, utiliza menor quantidade de material e é mais barata. No entanto, regiões posteriores possuem algumas limitações para a técnica direta como tamanho da cavidade e a contração de polimerização que pode chegar a 10 Mpa, suficiente para romper a união adesiva, causando sensibilidade pós-operatória. Dentre outras limitações na técnica direta, a dificuldade em conseguir uma boa anatomia oclusal, ponto de contato e perfil de emergência, exige habilidade profissional e tempo de espera do paciente, o que pode ser revertido em um procedimento indireto¹.

A aplicação das resinas em áreas oclusais de grandes dimensões expõe o dente a forças que comprometem a integridade estrutural do dente, assim, para as cavidades oclusais ou ocluso-proximais mais amplas ou com envolvimento de cúspides, devem ser empregadas técnicas adesivas indiretas em resina composta ou preferencialmente em cerâmica, como *inlays* e *onlays*¹⁰.

As resinas compostas de uso laboratorial apresentam excelentes resultados e estão sendo muito utilizadas para a confecção de *inlays*, *onlays* e *overlays* estéticas⁴.

Decidir entre *onlay* ou coroa total normalmente é difícil, optar pelo tipo de sistema cerâmico também não é fácil. Para tal decisão deve-se analisar parâmetros locais e gerais, tais como descritos no QUADRO 01, de indicações e contraindicações.

QUADRO 1 – Indicações e contraindicações das restaurações indiretas tipo onlays.

Indicações	Contraindicações
- Quantidade de remanescente suficiente, permitindo retenção e resistência adequadas ⁹	- Presença de hábitos parafuncionais, como bruxismo ^{8,11,13}
- Preventivamente, em cavidades de Classe II, com istmo oclusal maior que a metade da distância intercuspidéa ^{7,12}	- Doença periodontal ou má higiene oral ¹¹
- Quando o preparo envolver uma ou mais cúspides ⁷	- Dentes curtos, quando não houver altura ocluso-gengival adequada para receber uma <i>onlay</i> ⁹
- Em pacientes adultos que possuem pelo menos um remanescente intacto ¹¹	

Longevidade

O sucesso clínico e a longevidade de um tratamento dependem de vários fatores, dentre eles destacam-se: correta seleção do material restaurador e agente de união¹⁴.

Freitas et al.¹⁵ dizem que a inobservância de qualquer das etapas de confecção da restauração irá diminuir sua longevidade. Assim, o conhecimento das propriedades dos materiais selecionados e sua forma correta de utilização será fator decisivo para obtenção de um desempenho satisfatório.

A longevidade das restaurações semidiretas em resina composta está

diretamente associada ao grau de polimerização, o qual reflete sobre as propriedades físicas, químicas e biológicas. As técnicas de polimerização complementares podem ser realizadas por meio de termopolimerização (estufa e micro-ondas), fotopolimerização simultânea e termopolimerização sob pressão, com uso de autoclave. Esse processo tem como objetivo obter polimerização da camada resinosa superficial e conseguir um maior percentual de conversão da matriz orgânica, refletindo em melhores propriedades, como resistência ao desgaste e a fratura⁶.

Baratieri et al. citam o uso das resinas compostas processadas em laboratório e as descreve como resinas de bom nível

tecnológico, com boas propriedades físicas e estéticas próximas às cerâmicas. No entanto, os autores relatam que as cerâmicas têm menor índice de infiltração e melhor adaptação no preparo¹⁷.

Rolim et al.¹⁸ verificaram que a longevidade clínica das restaurações cerâmicas tipo *inlay/onlay* após 5 anos de

acompanhamento variou de 93 a 100%, resultado de uma combinação de diferentes fatores, como as propriedades mecânicas dos materiais e os danos causados pelos métodos de processamento. O QUADRO 02 descreve as vantagens e desvantagens das técnicas diretas e semidiretas.

QUADRO 2: Vantagens e desvantagens das técnicas diretas e semidiretas.

	Vantagens	Desvantagens
Semidiretas	<ul style="list-style-type: none"> - rapidez de confecção restauração - polimerização mais efetiva fora da boca - boa adaptação ao término - menor custo, por não utilizar laboratório protético⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> - menor longevidade - menor lisura superficial - perdem o brilho inicial com o passar do tempo - limitações em preparos subgingivais⁷
Indiretas	<ul style="list-style-type: none"> - maior liberdade de trabalho - campo sem umidade - melhor adaptação do trabalho - excelente anatomia e acabamento⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> - o tempo gasto na conclusão é maior - requer de provisório - custo envolvido no trabalho - dificuldade de reparo - espessura insuficiente da cerâmica gera fraturas - possibilidade desgaste antagonista⁸

Preparo dental

O preparo para o *onlay* consiste em uma técnica mais conservadora quando comparado ao de coroa total. Na técnica da *onlay* a adesão do material restaurador à estrutura dental promove retenção para a restauração, minimizando falhas marginais e protegendo o dente, além de evitar um desgaste adicional⁸. É preciso avaliar a necessidade de fazer redução de cúspides, visto que a manutenção de cúspides enfraquecidas pode pôr em risco a longevidade do trabalho, podendo haver trincas ao longo dos anos⁹.

As características do preparo consistem em paredes planas, lisas, livres de irregularidades e divergentes para oclusal. É importante ter um bom acabamento com ângulo cavossuperficial em 90 graus e ângulos internos arredondados sem bisel, com paredes expulsivas em direção à face oclusal e a pulpar ligeiramente côncava¹⁹.

As espessuras ideais são de 1,5 mm para cúspides de contenção não cêntrica, e de 2,0 mm para cúspides de contenção cêntrica na altura oclusal e no istmo. Com caixas proximais e paredes axiais de no mínimo 1,0 mm. O preparo se dá com ponta diamantada tronco cônica 4138 ou 2136 e uma broca granulação fina para acabamento final¹.

Pré-Hibridização

Os preparos de restaurações indiretas na maioria das vezes podem expor a dentina e gerar uma dor pós-operatória, como uma hipersensibilidade dentinária. Até o momento, nenhum tratamento considerado terapêutica "padrão ouro" foi relatado²⁰. Montemezzo et al.²¹ relatam que desde 1996 o selamento da dentina foi preconizado para proteger o remanescente após o preparo, durante a moldagem (alguns materiais liberam subproduto na sua reação de presa que

podem irritar a polpa) até a cimentação definitiva.

Após a realização do preparo cavitário permanece sobre a dentina uma estrutura denominada *smear layer*, composta de resíduos de dentina com fibras colágenas, saliva e óleo, decorrentes da ação de instrumentos rotatórios e, até mesmo, de bactérias que existam sobre a dentina. Estudos confirmaram a ação maléfica da *smear layer* na obtenção da efetividade adesiva, tornando os vulneráveis à microinfiltração. O uso de ácidos para remover a *smear layer* desmineraliza a dentina intacta subjacente, expondo a matriz colágena. Portanto, a maior parte da retenção entre adesivo e dentina resulta do entrelaçamento molecular da cadeia polimérica com as fibras colágenas. Este fenômeno foi denominado hibridização, sendo responsável pelo êxito da adesão até hoje²². Com finalidade melhorar desempenho dos sistemas adesivos o uso dos dessensibilizantes vem sendo pesquisados, com finalidade de obliterar túbulos e minimizar movimentação dos fluidos dentinários²³.

Pagani et al.²⁰ relatam o uso dos sistemas adesivos autocondicionantes por serem menos sensíveis à técnica, revelando uma melhor capacidade de penetração desses sistemas adesivos quando comparados aos sistemas convencionais. Estudos comparando sistemas autocondicionantes com sistemas convencionais, em relação à profundidade de desmineralização, espessura da hibridização e qualidade da camada híbrida demonstraram que o adesivo autocondicionante exibe comportamento satisfatório.

Após o preparo e antes da moldagem, a restauração provisória é uma etapa importante para manter posição oclusal e com objetivos funcionais e estéticos, conferindo estabilidade ao dente preparado, protegendo a cavidade^{1,24}. Existem diversas técnicas de confecção, como a laboratorial (envolve custo) e a técnica da bolinha e do pincel. Dentre os materiais disponíveis para a fabricação de provisórios temos os metacrilatos e bisacrilatos. Estes podem ser polimerizados por ação química ou por luz²⁴. Atualmente percebe-se o grande uso das resinas compostas Bis-Acryl. Tal material é flexível e pode ser removido com facilidade, quando necessário²⁵.

Cimentação

O objetivo principal do cimento é promover a união entre a restauração, o esmalte e a dentina, formando um só corpo, permitindo a transferência de tensões da restauração para a estrutura dental, aumentando a resistência da cerâmica¹⁵. Outra função do cimento é preencher o espaço vazio entre a restauração indireta e o dente.

Peumans et al.²⁶ citam que ainda é muito questionada se os autoadesivos podem ser utilizados em margens do preparo que se localize quase completamente em esmalte. Os autores concluíram, através de sua pesquisa, que é comprovada a indicação desses cimentos em esmalte, e que a longevidade em 4 anos foi de 95%, excelente quando comparada com cimentos convencionais.

A seleção do agente de cimentação errado, ou a sua manipulação incorreta, podem afetar de forma significativa a longevidade da restauração²⁷.

Hill e Lott²⁷ retratam que, para a realização de uma boa restauração indireta, é fundamental a seleção adequada do material para selar e manter a restauração no local possuindo qualidades físicas (resistência, adesão, solubilidade e etc.).

A cimentação adesiva revolucionou a utilização de cerâmicas na odontologia, pois permitiu a adesão delas á preparos não retentivos, contudo, a realização da cimentação adesiva possui uma técnica bastante sensível, pois não tolera umidade, pode apresentar dificuldades na remoção dos excessos, demanda mais tempo e apresenta maiores custos¹⁰.

É importante saber qual tipo de cerâmica será utilizada, se é sensível ao ataque do ácido hidrófluorídrico ou se é uma cerâmica resistente ao condicionamento. Os cimentos autoadesivos apresentam solubilidade baixa e propriedades mecânicas satisfatórias. Devido à técnica de utilização facilitada, os agentes cimentantes autoadesivos vêm ganhando popularidade entre profissionais, baseada em bons resultados laboratoriais e acompanhamentos clínicos de curto prazo¹⁰.

Uma cimentação ineficaz pode gerar *gaps* entre dente e restauração, propiciando microinfiltração e possível fratura da

restauração indireta. Os cimentos autoadesivos apresentam mais interação com a dentina superficial, mas tiveram adesão inferior em relação aos cimentos com condicionamento total utilizado como grupo

controle na pesquisa de Pazinato²⁷.

A seguir, o QUADRO 3 mostra uma comparação entre os cimentos resinosos convencionais e os autoadesivos.

QUADRO 3: Comparação entre os cimentos resinosos convencionais e os autoadesivos.

Cimentos resinosos	Cimentos autoadesivos
- Materiais de eleição, podem ser fotopolimerizáveis, de cura química ou duais ¹⁰	- Dispensam a aplicação sistema adesivo
- Boa aderência ao substrato, devido à compatibilidade com sistemas adesivos e silano e baixa solubilidade ¹⁴	- Possuem união ao esmalte e à dentina comparável ou inferior à dos cimentos resinosos ¹⁰
- Os Cimentos de escolha em <i>onlays</i> são os duais, por permitir maior tempo trabalho ¹⁵	- Apresentam baixa solubilidade, adequada biocompatibilidade, propriedades mecânicas satisfatórias e polimerização dual

Discussão

Segundo Montemezzo et al.²¹, as restaurações indiretas de resina composta, quando comparadas com as resinas de uso direto, permitem um melhor estabelecimento das convexidades naturais do dente, levando a um adequado contato proximal. As indiretas oferecem uma excelente estética, pois apresentam grande potencial para caracterização e o seu polimento é de fácil realização e qualidade superior. Além disso, a sua adaptação marginal é melhorada, uma vez que, por serem cimentadas, apresentam uma mínima contração de polimerização²¹.

Rolim et al.¹⁸ relatam que o sucesso a longo prazo de restauração parcial cimentada adesivamente é determinada pela durabilidade da união adesiva bem como pela confiabilidade mecânica do material cerâmico utilizado. Este tipo de cimentação requer que a porcelana contenha partículas que possam ser removidas seletivamente por condicionamento ácido, criando um embricamento micromecânico com o cimento. Rachor³² relata a hipótese de que não haveria diferença no desempenho clínico entre *onlay* em cerâmica e em resina, isso se comprovou em uma avaliação de 6 meses de *onlay* cimentadas, visto que o comportamento clínico foi semelhante.

Hirata et al.² destacam como limitações das cerâmicas a sua abrasividade, a friabilidade e sensibilidade de técnica. Assim,

as *onlays* de porcelana acumulam menor quantidade de placa bacteriana quando comparada às *onlays* de resina. Entretanto, os procedimentos com cerâmica são sensíveis à técnica, caros e ocasionalmente levam a trincas e fraturas parciais, dificuldade de reparo/polimento requerendo uma atenção especial nos procedimentos laboratoriais e clínicos, aumentando assim a busca de técnicas de restaurações indiretas à base de polímeros^{6,9}.

Cardoso et al.⁶ pesquisaram a possibilidade de utilizar resina composta direta em procedimentos indiretos. Para tal, utilizaram o compósito restaurador direto Charisma (Heraeus Kulzer – Hanau, Alemanha) de partículas microhíbridas, o qual foi submetido à fotoativação. Os resultados revelaram que os compósitos submetidos à polimerização complementar não apresentaram diferenças estatísticas em relação à resistência quando comparados com composto indireto. Dessa forma, a técnica semidireta é uma alternativa eficaz para a realização de *onlays/inlays* quando o tempo e o custo forem pontos importantes na escolha da técnica.

A restauração de resina composta pode ser realizada de modo direto, indireto ou semidireto. No modo indireto é possível controlar fatores com a contração de polimerização, o que favorece as propriedades físicas do material, permite a confecção de detalhes anatômicos. A desvantagem da

técnica indireta é a necessidade de uma etapa laboratorial e duas sessões clínicas. A técnica semidireta em resina composta associa princípios e vantagens da técnica indireta, como a confecção da peça fora da boca, com a diminuição do tempo da sessão, além de garantir boa durabilidade. E também, alia características da técnica direta, como a possibilidade de se realizar o reparo na peça e repolimentos após sua cimentação²⁷.

Conclusão

Com base na revisão de literatura, pode-se concluir que a confecção de restaurações indiretas do tipo *onlay* é uma recomendação acertada para a reabilitação de elementos posteriores extensamente destruídos, devido ao maior controle do processo de confecção. Diante do exposto, o uso de compósitos restauradores diretos para confecção de *onlays* revela-se como uma alternativa viável e de menor ônus financeiro para a reabilitação de elementos posteriores. Desta forma, são restaurações mais duradouras e apresentam melhor contorno do que as restaurações confeccionadas diretamente na boca. Por outro lado, as falhas observadas são geralmente fraturas marginais, descoloração marginal e/ou desgaste do material, incluindo o cimento resinoso. Porém, na maioria das vezes estas falhas são passíveis de conserto e não comprometem o desempenho clínico destas restaurações.

Semidirect onlays: When to indicate?

Abstract

Indirect restorations have been a frequent option of treatment, especially in posterior teeth, due to good esthetic and functional results. This research had the objective to seek additional information on this topic in order to help the decision making process on how and when to indicate semidirect onlays. It was exposed the selection of materials available for the preparation of these restorations and pointed out their advantages, disadvantages, preparation techniques and cementation. As well as their indications and contraindications.

Descriptors: Ceramics. Tooth Preparation. Dental Porcelain. Intracoronary Restorations. Cementation.

Referências

1. Felipe LA, Baratieri LN, Monteiro Junior S, Andrade MAC, Lins JRS, Andrade CA. Restaurações Indiretas em Posteriores com Inlays e Onlays de Resina Composta. *RGO*. 2002;50(4):231-6.
2. Hirata R, Mazetto AH, Yao E. Alternativas clínicas de sistemas de resinas compostas laboratoriais – quando e como usar. *J Bras Clin Est Odont*. 2000;4(19):19-21.
3. Barba R. Restabelecendo função e estética com restaurações indiretas em dentes posteriores: relato de caso clínico [monografia]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
4. Souto Maior JR, Lima ACS, Souza FB, Vicente da Silva CH, Menezes Filho PF, Beatrice LCS. Aplicação clínica de cimento resinoso autocondicionante em restauração inlay. *Odontol Clín Cient*. 2010;9(1):77-81.
5. Higashi C, Arita C, Gomes JC, Hirata R. Estágio atual das resinas indiretas. In: Pro-odonto/ Estética - Programa de Atualização em Odontologia Estética. ciclo 1 – módulo 2 p.1-48. 2007.
6. Cardoso RM, Cardoso RM, Gomes MP, Guimaraes RP, Menezes Filho PF, Vicente da Silva CH. Onlay com resina composta direta: relato de caso clínico. *Odontol. Clín.-Cient*. 2012;11(3):259-6.
7. Arossi GA, Ogliari F, Samuel SMW, Busato, ALS. Polimerização complementar em autoclave, microondas E estufa de um compósito restaurador direto. *Rev Odonto Ciênc – Fac. Odonto/PUCRS*. 2007;56(22):177-80.
8. Bueno ALN. Inlays e onlays cerâmicos [monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
9. A Tonolli G, Hirata R. Técnica de restauração semi-direta em dentes posteriores – uma opção de tratamento. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2010;ed. esp(1):90-6.
10. Ramos JC, Vinagre A, Messias A. Restaurações estéticas em dentes posteriores. In: Ramos JC. Estética em Medicina Dentária. ABBOTT Laboratórios 2009. p. 61-14.
11. Fron Chabouis H, Prot C, Fonteneau C, Nasr K, Chabreron O, Cazier S, Moussally C, et al. Efficacy of composite versus ceramic inlays and onlays: study protocol for the CECOIA randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14(278):1-9.
12. Monteiro Junior S, Andrade APSC, Schrickte N, Arcari JM, Síndrome do Dente Rachado. *JBD*. 2002;1(3):185-8.
13. Serra MC, Paulillo LAMS, Francischone CE. Estética em dentes posteriores: incrustações de compósito. *ROBRAC*. 1996;6:4-5.
14. Mattei FP, Alexandre P, Chain MC. Estado da arte das cerâmicas odontológicas. *FULL Dentistry in Science*. 2011; 2(5):84-8.
15. Freitas AP, Sábio S, Costa LC, Pereira JC, Franciscone PAS. Cimentação adesiva de restaurações cerâmicas. *Salusvita*. 2005;24(3):447-57.
16. Clavijo VGR, Souza NC, Andrade MF. IPS e.Max: harmonização do sorriso. *R Dental Press Estét*. 2007;4(1):33-49.
17. Baratieri LN. *Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades*. 2ª ed. 2015. São Paulo. Editora Santos; 2015.
18. Rolim RMA, Sarmiento HR, Branco ACL, Campos F, Pereira SMB, Souza ROA. Desempenho clínico de restaurações cerâmicas livres de metal: revisão da literatura. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2013;17(2):309-10.
19. Ribeiro CO, Vilanova LSR, Vaz LS, Cardoso PC. Restauração indireta onlay: seleção do sistema cerâmico e cimentação com cimento auto-adesivo – relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Central*. 2012;21(58):529-33.
20. Pagani C, Feitosa FA, Esteves SRMS, Miranda GM, Antunes DP, Carvalho RF. Dentinal Hypersensitivity: pre-hybridization as an alternative treatment. *Bras Dent Sci*. 2013;16(3):18-25.
21. Montemezzo SE, Silva FB, Martin JMH, Bondarczuk AB, Vaz MAK. Onlay em Cerômero – uma revisão aplicada à clínica. *Rev Ibero-am Protó Clín & Lab*. 2004; 6(32):396-408.
22. Gonçalves SEP. Dentina humana e bovina Estudo comparativo das propriedades físicas e Características da hibridização de sistemas adesivos Convencionais ou grander modificados: análise em mev [Tese]. São José dos Campos(SP): Universidade Estadual Paulista; 2005.
23. Teixeira VCF, Sálvio LA, Resistência da união dos sistemas adesivos após a aplicação de agentes dessensibilizantes em dentina: revisão de literatura. *Ciênc Biol Saúde*. 2010;12(1):31-34.
24. Guler AU, Kurt S, Kulunk T. Effects of various finishing procedures on the staining of provisional restorative materials. *J Prosthet Dent*. 2005;93(5):453-6.
25. Perry RD, Magnuson B. Provisional materials: key components of interim fixed restorations. *Compendium*. 2012;33(1):59-3.
26. Filter VP, Zanetti S, Simoneti R, Cipolatto G, Tonial D, Durand LB. Restauração semidireta associada a um retentor intrarradicular em dente anterior. [periódico na internet]. *Rev Dent online – ano 10, número 21 (abr/jun 2011)*. Disponível em www.gbpd.com.
27. Pazinato RB. Influência do selamento imediato da dentina na resistência de união de diferentes sistemas adesivos junto a cimentações de restaurações indiretas [Tese]. Taubaté (SP): Universidade de Taubaté; 2010.

Assistência à Saúde para Pacientes Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas

Sérgio SPEZZIA¹

Resumo

Na Odontologia é considerado paciente portador de necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. Os pacientes com necessidades especiais detêm características clínicas peculiares e abrangem grande parcela do contingente atendido pelos Centros de Especialidades Odontológicas, possuindo papel de destaque, dentre os atendimentos prestados. O objetivo do presente artigo foi o de averiguar como procede o atendimento odontológico aos pacientes especiais nos centros de especialidades odontológicas. Existem alguns critérios que devem ser obedecidos quando se opta por encaminhar os pacientes com necessidades especiais para os centros de especialidades odontológicas. Concluiu-se que, devido à complexidade dos casos comumente apresentados, deve-se primar pelo atendimento feito de forma correta na atenção secundária, em nível de média complexidade nos centros de especialidades odontológicas, dessa forma pode-se propiciar melhores condições para atendimento e concomitantemente possibilitar melhores condições e qualidade de vida.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência. Atenção Secundária à Saúde. Qualidade de Vida.

¹Cirurgião Dentista. Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Submetido: 02/06/2017 - **Aceito:** 20/06/2017

Como citar este artigo: Spezzia S. Assistência à Saúde para Pacientes Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas. R Odontol Planal Cent. 2017 Jan-Jun;7(1):25-32.

- O autor declara não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Sérgio Spezzia
Endereço: Rua Silva Bueno, 1001. São Paulo – SP, Brasil
CEP: 04208-050
Telefones: + 55 (11) 96925-3157
email: sergiospezzia@hotmail.com

Categoria: Revisão de Literatura
Área: Pacientes Especiais. Saúde Coletiva

Introdução

Conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), existem alguns termos que são empregados normalmente na abordagem de pacientes especiais, são eles: *impairments* (deficiências), *disabilities* (incapacidades) e *handicaps* (desvantagens)¹.

A classificação proposta em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é complementar a CID-10 e foi denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)².

O termo específico “necessidades

especiais” surgiu em 1990, no intuito de substituir o termo “deficiência”. Posteriormente com o artigo 5º da Resolução da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional da Educação (CNE/CEB) no. 2 de 11/09/01, o termo “necessidades especiais” foi inserido também para designar alunos com necessidades educacionais especiais^{3,4}.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Brasil foi instituída pela Portaria no. 1060/2002 do Ministério da Saúde, definindo pessoas com deficiência, em conformidade com as classificações propostas pela OMS, como sendo aquelas que são detentoras de forma permanente de perdas ou anormalidades em sua estrutura ou função anatômica, psicológica ou fisiológica, que originem incapacidades para a realização de funções consideradas normais para o ser humano⁵.

A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência, das quais: 5% é portadora de deficiência mental; 2% de deficiência física; 1,5% de deficiência auditiva; 0,5% de deficiência visual; e 1% de deficiência múltipla. Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 24,5 milhões de pessoas portadoras de deficiência⁶.

O termo “portadores de necessidades especiais” é a definição dada pela International Association of Dentistry for Disabilities and Oral Health. O Ministério da Saúde, entretanto emprega o termo “portador de deficiência”⁷.

Esses pacientes estão cada vez mais presentes na prática diária do cirurgião dentista, devido, principalmente, ao aumento da expectativa de vida⁸.

Na Odontologia é considerado paciente portador de necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras, incluindo desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais e envelhecimento, entre outros. Esse conceito é amplo e no Brasil abrange, entre os diversos casos que requerem atenção diferenciada, as pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos Leis 3296/99 e 5296/04), que eventualmente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial⁹.

Os pacientes com necessidades especiais em Odontologia podem ser classificados em 9 grupos: deficiência mental; deficiência física (como a paralisia cerebral, acidente vascular encefálico, lesão medular); anomalias congênitas (malformações, deformidades, síndromes malformativas); distúrbios comportamentais (autismo); transtornos psiquiátricos (esquizofrenia); distúrbios sensoriais e de comunicação (deficiência auditiva, visual e de fala); doenças sistêmicas crônicas (diabete melito, cardiopatias, doenças hematológicas, transtornos convulsivos, insuficiência renal crônica); doenças infectocontagiosas (pacientes HIV-positivos, hepatites virais, tuberculose); condições sistêmicas (pacientes irradiados em região de cabeça e pescoço, pacientes submetidos a transplante de órgãos, pacientes imunossuprimidos por medicamentos)¹⁰.

Convém salientar, que foram normatizadas as abordagens clínicas do

cirurgião dentista no atendimento a esses pacientes. Em conformidade com a Resolução nº.25/2002, Art. 4º, do Conselho Federal de Odontologia (CFO), publicada no Diário Oficial da União são áreas de competência do especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: prestar atenção odontológica aos pacientes com graves distúrbios de comportamento e emocionalmente perturbados; prestar atenção odontológica aos pacientes que apresentam condições incapacitantes, temporárias ou definitivas de nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar; aprofundar estudos e prestar atenção aos pacientes que apresentam problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas¹¹.

O objetivo do presente artigo foi o de averiguar como procede o atendimento odontológico aos pacientes especiais nos centros de especialidades odontológicas.

Foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados: Pubmed, Lilacs, envolvendo estudos acerca da assistência pública odontológica realizada aos pacientes especiais nos centros de especialidades odontológicas.

Como critérios de inclusão, considerou-se artigos de periódicos nacionais e internacionais, publicados de 2005 a 2016, nos idiomas inglês e português. Foram considerados válidos ainda, apontamentos de monografias, dissertações e teses sobre esse mesmo conteúdo.

Excluiu-se estudos que versavam sobre o atendimento assistencial odontológico público também a nível de atenção primária e terciária.

Revisão da Literatura

No atendimento ambulatorial do paciente especial, faz-se necessária uma reunião prévia com o responsável pelo paciente. O propósito dessa reunião é esclarecer como é feito o atendimento ao paciente especial na clínica privada ou no serviço público. É importante que sejam explicadas as condições para realização do tratamento e os cuidados preventivos em saúde bucal. Antes do atendimento ser iniciado, o planejamento do tratamento deve ser apresentado ao responsável pelo paciente

com a estratégia para a sua execução. É fato ainda, que pode haver a necessidade ou não de contenção física ou química no transcorrer do manejo do paciente. É importante, nesta etapa, que o consentimento esclarecido seja apresentado aos responsáveis para que possa ser assinado. Esse termo, como de praxe, será de fácil compreensão e apresentará o objetivo do tratamento proposto¹¹.

Percebe-se, por outro lado, que não há uniformidade nas informações acerca do acesso ao tratamento odontológico de pacientes portadores de necessidades especiais, fazendo com que seus cuidadores prefiram locais diversos para atendimento, que na maioria das vezes não comportam a alta demanda que lhes é imposta. Essa situação pode ilustrar falha na prática do acolhimento a esses pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como, o acesso deficiente. O acolhimento é mais do que um fenômeno linguístico, do discurso verbal, devendo ser traduzido em intencionalidade de ações. Ele possibilita a captação das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e dispara imediatamente na instituição de um processo de trabalho concretizado em ações que respondam às necessidades captadas¹². O cirurgião-dentista, sendo, por atribuição primária, o promotor maior da saúde bucal precisa estar apto a acolher corretamente pacientes desse grupo^{13,14}. Face ao exposto, nota-se a importância de averiguar como ocorre o acesso e o acolhimento, bem como verificar a funcionalidade do sistema de referência e contrarreferência para esses usuários^{15,16}.

Referência pode ser designada como o trânsito do nível menor para o de maior complexidade e a contrarreferência pode ser compreendida como o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade¹⁷. No serviço público, quando o paciente se enquadra no conceito de paciente com necessidades especiais, o formulário de referência deve conter as seguintes informações: as datas de pelo menos duas tentativas de atendimento e a justificativa para o encaminhamento¹¹.

Pessoas com necessidades especiais apresentam problemas bucais de grande importância e enfrentam inúmeras dificuldades para encontrar os serviços

apropriados às suas demandas, destacando-se, entre outras causas, barreiras arquitetônicas, limitações financeiras, medo, ignorância ou negligência em relação à saúde bucal e, principalmente, carência de profissionais qualificados e interessados em tratar tais pacientes¹⁸⁻²⁰.

No contexto da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e dos princípios norteadores novos propostos, as ações de saúde bucal com maior grau de complexidade, portanto, deveriam ser encaminhadas aos CEO. Os CEO são estabelecimentos de saúde com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e que são classificados como sendo uma Clínica Especializada ou um Ambulatório de Especialidades⁹.

A principal estratégia na atenção secundária são os CEO, serviços públicos mais conhecidos dentro do enfoque da atenção odontológica especializada, que é composta pelos níveis secundário de atenção ou de média complexidade (serviços disponibilizados nos Serviços Odontológicos de Urgência – SOU; Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia – SADT e CEO) e terciário de atenção, para casos de alta complexidade.

Os pacientes com necessidades especiais, detêm características clínicas peculiares e abrangem grande parcela do contingente atendido pelo CEO, possuindo papel de destaque, dentre os atendimentos prestados. Os CEO agem complementarmente as ações preconizadas pela Atenção Básica. Possuem serviços especializados em diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico do câncer bucal, empreendo procedimentos que abrangem periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais. O CEO visa propiciar a integralidade nos atendimentos prestados à população^{9,21}.

Classificam-se os CEO em tipo 1 e 2, em conformidade com os requisitos descritos no anexo I da Portaria GM 1570, de 29 de julho de 2004, publicada em 15/09/04. No tipo 1, têm-se centro de especialidades odontológicas com 3 ou mais cirurgiões-dentistas, que no total abrangem 120 horas semanais de atendimento e 1 auxiliar de consultório dentário para cada cirurgião dentista, contando ainda com um pessoal

mínimo na parte administrativa com recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo. No tipo 2, têm-se 4 ou mais cirurgiões dentistas, que no total abrangem 160 horas semanais de atendimentos; 1 auxiliar de consultório para cada dentista e pessoal para a parte administrativa, incluindo recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.

Em conformidade com o número de cadeiras odontológicas presentes, os CEO podem ser de tipo I, II ou III. No tipo I existem 3 cadeiras odontológicas, no tipo II, têm-se número de 4 a 6 cadeiras odontológicas e no tipo III, têm-se 7 ou mais cadeiras odontológicas²¹.

Para encaminhamento e primeira consulta nos CEO, o cirurgião-dentista que atua nas Unidades de Saúde da Atenção Primária de Saúde deve proceder ao preenchimento de documento de referência e contrarreferência em duas vias, assinalando em que especialidade o paciente necessita ser tratado. Nesse documento deve-se agregar o máximo de informações acerca das condições clínicas do usuário e o motivo pelo qual foi feito o encaminhamento. Fica a cargo da equipe de saúde bucal (eSB) a marcação da consulta inicial, que é feita por intermédio do sistema de marcação vigente (Central de Marcação / SISREG) para o CEO de referência da sua unidade de saúde dentro das especialidades de Periodontia, Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. No que tange as especialidades de Estomatologia e Pacientes com Necessidades Especiais o atendimento é aberto e pode ser realizado em qualquer CEO do município, bastando para tal que a Unidade de Saúde agende o mesmo pelo sistema de marcação vigente⁹.

Existem alguns critérios que devem ser obedecidos quando opta-se por encaminhar os pacientes com necessidades especiais para os CEO. São eles: pacientes, que passaram pela unidade básica de saúde, foram avaliados pelo cirurgião dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico, e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional; pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;

pacientes com deficiência mental, ou outros comprometimentos, que não respondem a comandos, não cooperativos após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica; pacientes com deficiência visual ou auditiva ou física, quando associadas aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica; pacientes com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento; pacientes com distúrbio neurológico grave (ex. paralisia cerebral); pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na unidade básica; pacientes autistas; pacientes com outros desvios comportamentais que tragam dificuldade de condicionamento; pacientes com outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional²².

A meta mensal por subgrupo para cada tipo de CEO foi firmada pelas Portarias no 600/GM de 2006 e 1464/GM de 2011: CEO tipo I – 80 procedimentos do subgrupo básico; 60 procedimentos do subgrupo periodontia; 35 procedimentos do subgrupo endodontia; e 80 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor; CEO tipo II – 110 procedimentos do subgrupo básico; 90 procedimentos do subgrupo periodontia; 60 procedimentos do subgrupo endodontia; e 90 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor e CEO tipo III – 190 procedimentos do subgrupo básico; 150 procedimentos do subgrupo periodontia; 95 procedimentos do subgrupo endodontia; e 170 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor.

Conforme essas portarias (Portarias no 600/GM de 2006 e 1464/GM de 2011), o subgrupo voltado para procedimentos básicos em qualquer um dos três tipos de CEO fica encarregado do atendimento a pacientes com necessidades especiais com finalidade de monitoramento de produção²³.

Discussão

Anteriormente houve muitas resoluções que primavam por estruturar o atendimento à saúde dos pacientes com

necessidades especiais nas várias áreas da saúde através de equipe multidisciplinar.

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) deferiu a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências, por intermédio de sua resolução no. 542 de 09 de dezembro de 1975. As diretrizes aprovadas versavam sobre o respeito devido à pessoa com deficiência, assim como delineavam que esses indivíduos deviam ter direito ao gozo de uma vida digna. O artigo seis assegurava que pessoas com deficiência teriam direito a tratamento médico, psicológico e funcional, reabilitação médica e social, além de outros serviços que auxiliassem no processo de integração social. Essa declaração feita pela ONU solicitava aos Estados membros que adotassem medidas em planos nacionais e internacionais para o apoio e proteção dessas pessoas²⁴.

Em 2000 nos Estados Unidos, foi elaborado um importante documento técnico do serviço público de saúde que relatou algumas disparidades na área da saúde bucal, que afligiam as populações mais carentes do ponto de vista socioeconômico. Nesse contexto, os indivíduos com necessidades especiais eram dotados de condições de saúde bucal piores, quando comparados aos demais pacientes atendidos, além de possuírem caracteristicamente dificuldades para acesso ao tratamento odontológico²⁵.

O Tratado Internacional aprovado na Assembleia Geral ONU, em dezembro de 2006, específico para as pessoas com deficiência e assinado pelo Brasil em 2007, bem como ratificado pelo Congresso Nacional em 2008, designado Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, tem o intuito de “promover, proteger e assegurar o pleno gozo de direitos e respeito à dignidade inerente a todas as pessoas com deficiência no mundo”. Na própria Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), existem diferentes ações que almejam promover saúde bucal às pessoas com deficiência, e concomitantemente, capacitar profissionais para atender estas pessoas com segurança e eficiência, assegurando assim o direito à saúde, dignidade e vida plena²⁶.

Conforme ficou estabelecido na CDPD de 2008, Decreto Legislativo no. 186 de 09 de julho de 2008, reconhece-se a essas pessoas com necessidades especiais, direitos de

equiparação, no intuito de influenciar a promoção, formulação e avaliação de políticas, planos, programas e ações em níveis nacional, regional e internacional, visando seu benefício. Na Convenção foi ressaltado que é importante que se traga questões relativas à deficiência ao centro das preocupações da sociedade como parte integrante das estratégias relevantes do desenvolvimento sustentável. Nesse contexto, essas pessoas devem ter oportunidade de participar ativamente das decisões relativas a programas e a políticas, inclusive as que lhes dizem respeito diretamente. Em seu artigo²⁶ voltado para os aspectos de saúde, Estados Partes reconhecem que essas pessoas têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível. Em especial os Estados Partes: devem oferecer as pessoas com deficiência programas e atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos as demais pessoas; propiciarão os serviços de saúde para essas pessoas de que elas necessitem especificamente em virtude da deficiência, incluindo diagnóstico e intervenções precoces; propiciarão esses serviços o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural e exigirão dos profissionais de saúde que dispensem a essas pessoas a mesma qualidade de serviços prestada as demais. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado de forma a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades da pessoa com deficiência²⁷.

Portanto, existem intrinsecados nos aspectos legais em vigência, os parâmetros necessários para promover a organização dos serviços de saúde para atendimento. No setor de atendimento odontológico para pacientes especiais, entretanto, falta empreender essa organização na prática do atendimento clínico. Faltam também atividades de formação dos cirurgiões dentistas, visando transmitir conhecimento acerca desses pacientes e sobre suas necessidades²⁸.

Em nosso país a situação da saúde bucal desses pacientes especiais mostra-se precária, e a assistência odontológica inacessível, advindo de alguns motivos

causadores, como: existência de poucos centros especializados na assistência desses pacientes; escassez de cirurgiões dentistas que aceitam tratar desses pacientes nos consultórios particulares; falta de profissionais capacitados para atender a demanda; onerosidade do tratamento odontológico, que pode envolver procedimentos curativos, restauradores ou cirúrgicos com falta de condições financeiras do paciente e parecer da família desses indivíduos relacionado as condutas a serem tomadas frente a saúde bucal dos mesmos, que é dotado de falta de motivação, interesse e de educação ou de informações ou esclarecimentos acerca dos fatos²⁹.

Relacionado à saúde bucal, existe grande heterogeneidade nesse grupo, o que dificulta a quantificação e a qualificação da demanda por atendimento especializado. Procede a falta de dados epidemiológicos nacionais capazes de identificar o perfil do paciente especial que efetivamente precisa de atendimento diferenciado, o que torna dificultosa a elaboração de políticas públicas para esse grupo³⁰.

Pessoas portadoras de deficiência possuem direito à saúde, como qualquer outro cidadão, sendo este assegurado pela Constituição de 1988, a qual afirma em seu artigo 23, Capítulo II, “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cuidar da saúde e assistências públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”³¹. Apesar disso, o próprio Ministério da Saúde afirma que 98% dessas pessoas não têm acesso aos serviços de saúde³².

Em um passado recente, a Odontologia para Pacientes Especiais não tinha ainda estruturas científicas e era praticada de uma forma que tendia para a caridade. Atualmente, tal prática visa buscar as soluções bucais para os pacientes portadores de necessidades especiais, colaborando na resolução dos problemas médicos, integrando-se a equipes, técnicas de reabilitação³³.

Conforme as orientações descritas no Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal (número dezessete), para que o portador de necessidade especial venha a receber tratamento odontológico, seu cuidador deve primeiramente procurar a unidade básica de

saúde, a qual acolhe, avalia, trata e/ou encaminha o paciente. A primeira necessidade básica, no atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, é o termo de consentimento, autorizando o tratamento, feito pelos pais ou responsáveis, posteriormente à explanação de todas as informações necessárias sobre o procedimento ao qual será submetido o paciente. Tal orientação está de acordo com o preconizado pelo Código Civil Brasileiro (2002), em seu artigo 3.o: “São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos”. E segue também o artigo 5.o, em seu parágrafo único: “Cessará, para os menores, a incapacidade: I - pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos”^{34,35}.

Conclusão

Concluiu-se que, devido a complexidade dos casos comumente apresentados, deve-se primar pelo atendimento feito de forma correta na atenção secundária, em nível de média complexidade nos centros de especialidades odontológicas, dessa forma pode-se propiciar melhores condições para atendimento e concomitantemente possibilitar melhores condições e qualidade de vida.

Special Patient Health Care at Dental Specialties Centers

Abstract

In dentistry, a patient with special needs is considered to be a user with one or more temporary or permanent limitations of a mental, physical, sensorial, emotional, growth or medical order that prevent him or her from being subjected to a conventional dental situation. Patients with special needs have peculiar clinical characteristics and cover a large part of the contingent attended by the Dental Specialties Centers, having a prominent role, among the services provided. The objective of this article was to find out how dental care is performed for special patients in dentistry specialty centers. There are some criteria that must be obeyed when choosing to refer patients with special needs to the dental specialty centers. It was concluded that, due to the complexity of the cases commonly presented, it should be emphasized by the care given in a correct way in the secondary care, at a medium complexity level in the dental specialty centers, in order to provide better conditions for care and concomitantly conditions and quality of life.

Descriptors: Disabled Persons. Secondary Care. Quality of Life.

Referências

- World Health Organization (WHO). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). 10ª ed. vol. 1. São Paulo: Ed USP; 1997.
- Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(2):324-35.
- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, 2001. 79 ps. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acessado em 18 de janeiro de 2017.
- Sasaki RK. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. *Rev Nac Reabilit.* 2002;24(5):6-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no. 1060 de 5 de junho de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html Acessado em 18 de janeiro de 2017.
- Organização das Nações Unidas (ONU). Normas sobre Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência – Resolução 48/96 – Assembléia Geral das Nações Unidas de 20 de dezembro de 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial. Brasília: Ministério da Saúde, SNAS, 1992. 23p.
- Silva ZCM, Pagnoncelli SD, Weber JBB, Fritscher AMG. Avaliação do Perfil dos Pacientes com Necessidades Especiais da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PUCRS. *Rev Odontol Ciênc Fac Odontol PUCRS.* 2005;20(50):313-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratório Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para o seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Sabbagh-Haddad A, Magalhães MGH. Introdução. In: Sabbagh-Haddad A. *Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.* São Paulo: Santos; 2007. p. 5-10.
- Resolução Conselho Federal de Odontologia (CFO) – 25/2002, p. 2. Diário Oficial da União. Seção I, de 28/05/2002. p. 148-9.
- Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e Análise do Acolhimento: uma Contribuição para o Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(2):143-51.
- Peres AS, Peres SHC, Silva RHA. Atendimento a Pacientes Especiais: Reflexão sobre os Aspectos Éticos e Legais. *Rev Fac Odontol Lins.* 2005;17(1):49-53.
- Fernandes APTA. Atendimento Cirúrgico-Odontológico ao Paciente Portador de Necessidades Especiais. [Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2011.
- Pucca Jr. G. Por um Brasil Sorridente. *Rev ABO Nac.* 2004;12(2):73-9.
- Fernandes IMS. Acolhimento a Portadores de Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município de João Pessoa – PB. 2009. [Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2009.
- Witt RR. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. *Rev Gaúch Enferm.* 1992;13(1):19-23.
- Nunn JH, Murray JJ. Dental Care of Handicapped Children by General Dental Practitioners. *J Dent Educ.* 1988;52(8):463-5.
- Waldman HB, Perlman SP. Children with disabilities are aging out of dental care. *ASDC J Dent Child.* 1997;64(6):385-90.
- Mouradian W, Corbin S. Addressing Health Disparities through Dental - Medical Collaborations, part II. Cross-special Themes in the Care of Special Population. *J Dent Educ.* 2003;67(12):1320-6.
- Portaria no. 1570/GM de 29 de julho de 2004. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/Suvisa/doc/DOC000000000024937.PDF> Acessado em 21 de novembro de 2016.
- Freire ALASS. Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais: Análise da Implementação de uma Experiência Local. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria no 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). *Diário Oficial da União, Brasília, 2011.* Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html Acessado em 16 de fevereiro de 2017.
- United Nations. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Declaration on the Rights of Disabled Persons. Proclaimed by General Assembly Resolution 3447 of 9 December 1975. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsofDisabledPersons.aspx> Acessado em 20 de janeiro de 2017.
- United States of America. US Department of Health and Human Services. Oral health in America: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.

26. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed., rev. e atual. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011. 100 p.
27. Brasil. Decreto Legislativo no. 186 de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm Acessado em 19 de janeiro de 2017.
28. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Ministério da Justiça e Cidadania. Pessoa com Deficiência. Legislação, 2008. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia/legislacao>. Acessado em 19 de janeiro de 2017.
29. Aguiar SMHCA, Barbieri CM, Louzada LPA, Saito TE. Eficiência de um Programa para a Educação e a Motivação da Higiene Buco-dental Direcionado a Pacientes Excepcionais com Deficiência Mental e Disfunções Motoras. Rev Fac Odontol Lins. 2000;12(½):16-23.
30. Tomita NE, Fagote BF. Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais. Odontol Sociedade. 1999;1(1/2):45-50.
31. Brasil. Constituição. Constituição: República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico. 1988, 292p.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde. Brasília, p. 48, 1993.
33. Fourniol A A. Odontologia para Pacientes Excepcionais. São Paulo. Panamed, 1981.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 17. Brasília, p. 9-84, 2006.
35. Brasil. Código Civil 2002. Código Civil Brasileiro e Legislação Correlata. 2a. ed. - Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.