

editora
unoesc

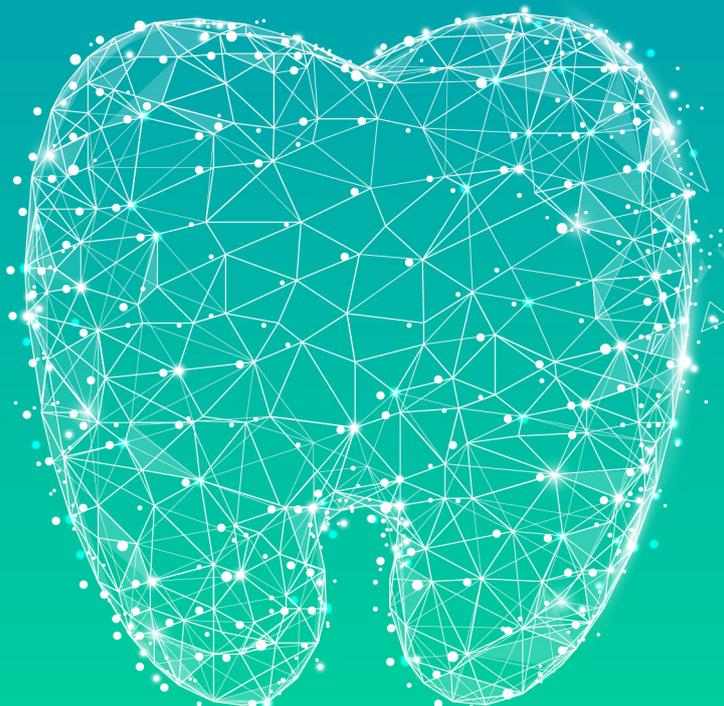
ISSN 2318-8308

ANAIS ELETRÔNICOS

AÇÃO ODONTO

XVII SEMANA ACADÊMICA DE ODONTOLOGIA

20 A 22 DE MAIO DE 2020



© 2020 Editora Unoesc
Direitos desta edição reservados à Editora Unoesc
É proibida a reprodução desta obra, de toda ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios,
sem a permissão expressa da editora.
Rua Getúlio Vargas, 2125, Bairro Flor da Serra, 89600-000 – Joaçaba – SC, Brasil
Fone: (55) (49) 3551-2000 – editora@unoesc.edu.br

Editora Unoesc
Coordenação
Tiago de Matia

Agente administrativa: Caren Scalabrin
Revisão metodológica: Donovan Filipe Massarolo
Projeto gráfico e diagramação: Simone Dal Moro
Capa: Simone Dal Moro

S471a Semana Acadêmica de Odontologia (17. : 2020 : 20 a
22 maio: Joaçaba, SC).
Anais eletrônicos Ação Odonto da XVII Semana
Acadêmica de Odontologia / Universidade do Oeste de
Santa Catarina. – Joaçaba, SC: Unoesc, 2020.
104 p. : il. color.

ISSN 2318-8308
Inclui bibliografia

1. Odontologia – Congressos e convenções. I. Título.

CDD 617.0063

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc

Reitor

Aristides Cimadon

Vice-reitores de Campi

Campus de Chapecó
Carlos Eduardo Carvalho
Campus de São Miguel do Oeste
Vitor Carlos D'Agostini
Campus de Videira
Ildo Fabris
Campus de Xanxerê
Genesio Téó

Pró-reitora Acadêmica
Lindamir Secchi Gadler

Pró-reitor de Administração
Ricardo Antonio De Marco

A revisão linguística é de responsabilidade dos autores

Comissão Organizadora

Acir José Dirschnabel
Léa Maria Franceschi Dallanora
Maicon Douglas Pavelski
Tharzon Barbieri

Comissão Científica

Léa Maria Franceschi Dallanora
Maicon Douglas Pavelski
Tharzon Barbieri

Comissão Avaliadora

Bruna Eliza de Dea
Fábio José Dallanora
Grasieli de Oliveira Ramos
Léa Maria Franceschi Dallanora
Leandra Zílio Prado
Leandro José Dallanora
Mariana Machado Teixeira de Moraes Costa

Editora de Seção

Léa Maria Franceschi Dallanora

Comissão Avaliadora de Painéis

Andressa Franceschi Dallanora
Barbara Anrain
Carolina Fernandes Dallanora,
Claudia Grasel
Georgia Martini
Luis Fernando Peruchini,
Marta Garrastazu
Michele Gassen Kellermann
Rodrigo Cecconelo

Centro Acadêmico de Odontologia

Bruna Rafely
Djhonatan Boff
Louise Olkoski
Nicolly Bonay
Taynara Couto
Luisa Locatelli
Heloisa Nesello
Gustavo Nunes Maciel

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
--------------------	---

CATEGORIA I

ASPECTOS ANATÔMICOS DAS FRATURAS TIPO LEFORT.....	13
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE RENAL CRÔNICO	14
CONDUTA ODONTOLÓGICA PARA PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	15
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR RELACIONADA À POSTURA CORPORAL GERAL	16
ENDOCARDITE INFECCIOSA E ODONTOLOGIA	17
ENXERTOS ÓSSEOS BUCAIS E ÁREAS EXTRABUCAIS DOADORAS DE TECIDO ÓSSEO	18
LESÕES VASCULARES APÓS O USO DE PREENCHEDORES FACIAIS EM HARMONIZAÇÃO OROFACIAL	19
SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO RELACIONADA AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS	20

CATEGORIA II

A INFLUÊNCIA DA VITAMINA D NA DOENÇA PERIODONTAL	23
CEFALEIA E A RELAÇÃO COM A DTM: CAUSAS NÃO ODONTOLÓGICAS	24
CONSEQUÊNCIAS DA BULIMIA NERVOSA NA CAVIDADE ORAL.....	25
DOENÇA PERIODONTAL EM PACIENTE TABAGISTA	26
ENCERAMENTO ANALÓGICO X DIGITAL	27
PACIENTES DIABÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM A DOENÇA PERIODONTAL	28
RECESSÃO GENGIVAL CLASSE II DE MILLER: ETIOLOGIA E TRATAMENTO	29



CATEGORIA III

A ODONTOLOGIA HOSPITALAR E SUA IMPORTÂNCIA NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SECUNDÁRIAS EM PACIENTES PORTADORES DE COVID-19	33
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	34
BIÓPSIA INTRAÓSSEA, DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO CONCLUSIVO – RELATO DE CASO	35
CONSEQUÊNCIAS ORAIS DA NUTRIÇÃO NO PACIENTE ONCOLÓGICO	36
ODONTOLOGIA DIGITAL: POSSIBILIDADES PARA FACETAS.....	37
SISTEMAS RECIPROCANES NA ENDODONTIA.....	38
USO DE BIFOSFONATOS NA ODONTOLOGIA COM ÊNFASE NA PERIODONTIA E SUA RELAÇÃO COM AS OSTEONECROSE: MITO OU REALIDADE?	39
UTILIZAÇÃO DE IMPRESSORA 3D NA ODONTOLOGIA	40

CATEGORIA IV

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, E ESTRESSE DOS ACADEMICOS DE UM CURSO DE ODONTOLOGIA DO SUL DO PAÍS.....	43
ODONTOLOGIA DIGITAL, QUAIS AS POSSIBILIDADES NA IMPLANTODONTIA?	44
TECNOLOGIA DE IMPRESSÕES 3D NA ÁREA DE ODONTOLOGIA	45
ZOONOSES E A INTERAÇÃO PATÓGENO-HOSPEDEIRO	46

ARTIGOS

A IMPORTÂNCIA DO DESENHO E A ESCULTURA DENTAL NO DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES MANUAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA.....	49
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E A PERIODONTITE ASPECTOS PSICOLÓGICOS, MOTORES E O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL: RELATO DE CASO	55
ASPECTOS DE IMAGEM NA AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	61
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS: RELATO DE CASO ..	69
AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER BUCAL DO MUNICÍPIO DE JOAÇABA, SC E REGIÃO	77

TRABALHOS PREMIADOS

ÁREAS DOADORAS INTRABUCAIS PARA ENXERTOS ÓSSEOS	99
ATRIBUTOS DE UM PATÓGENO.....	100
DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES E A UTILIZAÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA	101
ODONTOLOGIA E CORONAVÍRUS: O IMPACTO DA COVID-19 NA ROTINA DO CIRURGIÃO-DENTISTA.....	102
OS EFEITOS DA UTILIZAÇÃO DE MICRO-ORGANISMOS PROBIÓTICOS NA SAÚDE PERIODONTAL.....	103
PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E ODONTOLOGIA.....	104

APRESENTAÇÃO

No Brasil, frente a pandemia que estamos enfrentando, os cursos de Odontologia se apresentam numa etapa generosa de lutas em aprendizado, resistência, experiência e expertise. No curso de odontologia da Unoesc de Joaçaba, não é diferente, através da XVII Semana Acadêmica o CA, a coordenação, professores e alunos se reinventaram, na maneira de aprender e transmitir o conhecimento. São lutas multiformes, com as mesmas raízes, os mesmos ideais e, também, contra um mesmo inimigo. Uma forma de retornar à educação de maneira segura e com a mesma qualidade e expertise de um curso nota 10.

Com a experiência de anos e anos sendo testemunha ativa e crítica das transformações do mundo, os palestrantes, levaram os ouvintes a refletir desde a sua capacidade de despertar o lúdico na profissão e encantar o seu paciente, passando pelo uso e atributos da tecnologia e gestão no atual momento de crise, até o objetivo maior de ser um cirurgião dentista.

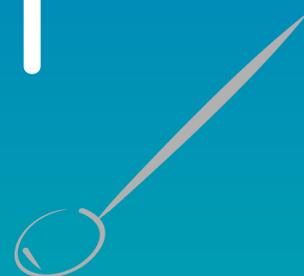
As palestras apresentadas durante o desenrolar da XVII Semana Acadêmica, que teve como tema principal a cirurgia odontológica, percorreram desde as técnicas iniciais chegando até as manobras mais apuradas e recentes de cirurgias odontológicas de pequeno, médio e grandes complexidades.

Agradecemos aos mestres que estiveram palestrando e abrilhantando este novo modo de ensinar e compartilhar o conhecimento. A todos os alunos, egressos e convidados que prontamente aderiram a estes novos tempos.

A XVII Semana Acadêmica contou também com convidados e parcerias com a Universidade Austral do Chile, a Universidade de Chihuahua do México, a Universidade Tuiuti do Paraná, a Universidade do Extremo Sul Catarinense e o Curso de Odontologia de São Miguel do Oeste. Agradecemos a ilustre presença dos professores e alunos destes cursos irmãos.

Desta maneira o conhecimento foi apresentado de forma global por meio de novas tecnologias e o aprendizado construído para a atual complexidade que o mundo enfrenta. Assim a comissão organizadora agradece a todos que de uma maneira ou de outra fizeram acontecer este evento que tantas alegrias nos propiciaram.

CATEGORIA I



ASPECTOS ANATÔMICOS DAS FRATURAS TIPO LEFORT

PELLIN, Emerson

BARBOSA, Rafael

TITON, Willian Doglas Polo

CORDEIRO, Pedro Henrique

MENEGHINI, Gustavo Knopf

PERUCHINI, Maurício

PAVELSKI, Maicon Douglas

NARDI, Anderson.

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Em 1901, Rene Le Fort propôs que os padrões das fraturas maxilares necessitam do ponto de aplicação e direção de uma força, posição da cabeça durante o trauma, velocidade, duração e a massa do agente agressor. Assim sendo, concluiu que as fraturas faciais seguem leis e compartilham características comuns, podendo ser classificadas como: LEFORT I, LEFORT II e LEFORT III. O objetivo do presente trabalho é descrever o mapeamento da face desenvolvido por ele, abordando sua eficácia atualmente. É uma análise literária, baseada em livros de Anatomia Humana, disponibilizados na biblioteca da Unoesc, e artigos científicos da plataforma de pesquisa SciELO. O cirurgião francês, Rene Le Fort, descreveu a anatomia das fraturas do terço médio da face, verificou as regiões ósseas de maior fragilidade e as classificou da seguinte forma: As fraturas tipo LeFort I, ou Transversas, são aquelas que começam na abertura piriforme, estendendo-se às laterais da maxila, podendo circundar os processos pterigóides, resultam de uma lesão direcionada horizontalmente. As fraturas tipo LeFort II, ou Piramidais, são aquelas que contornam os ossos lacrimais, borda inferior e assoalho da órbita, envolvendo ou não a sutura zigomático-maxilar, separando a maxila e o complexo nasal da base do crânio. Já nas fraturas tipo LeFort III, acontecem condigno a fragmentação crânio facial, a qual envolve as suturas fronto-zigomática, fronto-maxilar, fronto-nasal. A mortalidade causada por esse trauma é constante, devido sua proximidade com o trato respiratório e o encéfalo. Suas principais causas são acidentes automobilísticos, agressões físicas, quedas, acidentes esportivos e de trabalho. O esqueleto da face é suscetível a lesões devido sua exposição, desta forma, é cabível ao cirurgião buco-maxilo-facial empenhar-se para reparar os ossos fraturados, assim que solicitado em pronto socorro. Embora a maioria das fraturas faciais não seguirem os padrões descritos por Le Fort, seu sistema é muito utilizado para categorizar os diversos tipos de lesões. Portanto, o estudo de traumas faciais é significativo, uma vez que através dele são desempenhados programas de prevenção e atenção, além de ajudar a preconizar e planejar tratamentos.

Palavras-chave: Fraturas de face. LeFort I. LeFort II. LeFort III.

emerson.pellin@gmail.com

maicon.pavelski@unoesc.edu.br



ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE RENAL CRÔNICO

TURKE, Matheus

MENEGASSO, Bruno Afonso

BASIRWA, Joel Hamuli

BOHN, Albert Carneiro

NARDI, Anderson

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma patologia decorrente da alteração estrutural renal bilateral, progressiva e irreversível que ocasiona redução ou limitação da capacidade de filtração glomerular, causada principalmente por hipertensão arterial prolongada e nefropatia diabética. É uma doença sistêmica, relativamente comum, provocando uremia, caracterizada pelo acúmulo no sangue de substâncias que deveriam ser filtradas e excretadas pelos rins, ocorrendo o comprometimento destes órgãos e levando o paciente à necessidade de hemodiálise. O objetivo almejado por este trabalho é relatar o manejo especial requerido no tratamento odontológico do paciente renal crônico e as principais alterações bucais decorrentes da IRC. Esta revisão da literatura foi pautada na busca de artigos sobre o referido tema nas plataformas online SciELO e Google Acadêmico, e também em revistas online, os quais foram publicados entre os anos de 2010 a 2018. A IRC pode ocasionar alterações cardiovasculares (hipertensão arterial, hipertensão pulmonar, pericardite, cardiopatias, arritmias cardíacas e aterosclerose), problemas hemostáticos e anemia, distúrbios gastrointestinais e dermatológicos, assim como alterações bioquímicas e ósseas. Todas estas mudanças podem interferir no meio bucal, levando a alterações na composição da saliva, com aumento dos níveis de uréia, potássio e fosfato; diminuição no fluxo salivar; xerostomia; o pH salivar pode tornar-se mais alcalino; halitose; parotidite; estomatite urêmica; lesões ósseas e elevada formação de cálculos dentários. Para procedimentos odontológicos invasivos, a profilaxia antibiótica deverá ser realizada conforme preconizada pela American Heart Association, pois estes pacientes apresentam maior susceptibilidade a infecções. No tratamento destes pacientes, os cirurgiões-dentistas devem estar cientes das características do procedimento clínico a ser realizado; dos protocolos farmacológicos a serem empregados, evitando-se fármacos que alterem a função plaquetária, a coagulação sanguínea e que sejam nefrotóxicos; das alterações psicológicas e também da categorização do nível de risco destes indivíduos. Para o tratamento seguro e eficaz destes pacientes, os cirurgiões-dentistas devem manter contato com o médico responsável pelo tratamento da IRC, prevenindo a ocorrência de problemas mais graves. Como a IRC ocasiona diversas mudanças sistêmicas e também alterações orais, os profissionais da odontologia devem ter cuidados especiais com estes pacientes, principalmente com relação as cirurgias, as anestésias e a prescrição de fármacos. Palavras chave: Insuficiência renal crônica. Nefropatias. Hemodiálise. Odontologia. Assistência

Odontológica.

m.turke@unoesc.edu.br

anderson.nardi@unoesc.edu.br

m.turke@unoesc.edu.br

hamulijoel44@gmail.com

brunomen88@gmail.com

albertbohn1@hotmail.com

anderson.nardi@unoesc.edu.br

CONDUTA ODONTOLÓGICA PARA PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

MACIEL, Luara Fátima Quadro

SIMON, Isabela Vieceli

LEMOS, Lucas

BIAVATTI, Marshely Vitória Bertolla

MUNIZ, Pâmela Betine

NARDI, Anderson

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e Saúde

Universidade do oeste de Santa Catarina

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica que geralmente não apresenta sintomas, caracteriza-se pela condição na qual a força do sangue contra a parede das artérias é muito elevada e, se não tratada, pode apresentar risco de doença cardiovascular. Esta complicação é costumeira em pacientes de consultórios odontológicos e médicos. O objetivo deste trabalho é discorrer sobre o atendimento odontológico dos pacientes com HAS. Trata-se de uma revisão de literatura, com levantamento de artigos publicados entre os anos de 2014 a 2018, nas bases de dados Google Acadêmico e BIREME. Para pacientes com HAS, o atendimento odontológico não deve ser ignorado e, após realizados os exames extra e intrabucais completos, pode-se seguir normalmente os procedimentos necessários, desde que alguns cuidados sejam tomados. Como conduta inicial, deve-se proceder a anamnese bem detalhada e aferir os níveis pressóricos. Os pacientes com níveis tensionais baixos podem receber atendimento odontológico normal, já para pacientes com níveis tensionais mais altos podem ser realizados alguns procedimentos pouco invasivos, desde que ocorra monitoramento da pressão arterial durante todo o tempo, sendo que o atendimento deve ser suspenso caso ocorra elevação da pressão arterial. O emprego de anestésicos locais associados a vasoconstritores como a epinefrina ou a felipressina é indicado no atendimento odontológico de pacientes com hipertensão controlada. O uso de anti-hipertensivos pode provocar algumas complicações orais, como a diminuição da secreção salivar e hiperplasia gengival. Uma anestesia eficaz com a associação de um vasoconstritor, bem como o controle da ansiedade e do medo frente ao tratamento odontológico são benéficos no atendimento aos hipertensos, pois numa situação contrária, há liberação de catecolaminas endógenas que culminam no aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. É imprescindível a realização de anamnese minuciosa, explorando a condição de saúde do paciente e prevenindo problemas relacionados a HAS. Pacientes hipertensos podem receber normalmente o atendimento odontológico desde que o cirurgião-dentista seja informado desta condição e tenha conhecimento científico para evitar possíveis complicações e para empregar técnicas e medicamentos adequados para cada situação clínica. O tratamento odontológico desses pacientes deve ser sempre muito bem planejado, visando maior segurança e conforto.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Odontologia. Pacientes hipertensos. Atendimento odontológico. Conduta clínica.

luh.-maciel2010@hotmail.com

anderson.nardi@unoesc.edu.br

luh.-maciel2010@hotmail.com

isabelasimom@gmail.com

lucaslemosjba@yahoo.com.br

celyvitoriabiavatti@hotmail.com

pamelabmuniz@gmail.com



DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR RELACIONADA À POSTURA CORPORAL GERAL

CORRÊA, Larissa Eduarda
FACIN, Laura Fabiane
MUNIZ, Pamela Betine
GUARESE, Emanuelle Mores
CEVEY, Mônica Aparecida dos Santos
SERNAJOTO, Pâmela
PAVELSKI, Maicon Douglas
NARDI, Anderson

Curso: Odontologia
Área das Ciências da Vida e Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

Disfunção Temporomandibular (DTM) é uma síndrome clínica caracterizada por alterações que acometem os músculos mastigatórios, articulação temporomandibular e estruturas associadas, adjunto a dores musculares e limitação de abertura mandibular. Vários são os fatores responsáveis pela DTM, englobando-se elementos funcionais, anatômicos e psicossociais. Estando diretamente relacionada à região cervical e escapular, por meio de cadeias musculares, alterações posturais estão ligadas concomitantemente ao desenvolvimento da DTM. O presente estudo objetivou correlacionar DTM com a postura corporal geral, identificar regiões que cotidianamente são tomadas como foco em avaliações de indivíduos portadores e realizar observações quanto ao grupo de pessoas mais afetado por ela. Esta revisão de literatura contou com o levantamento dos dados por meio de artigos encontrados nas plataformas Google Acadêmico, ScienceDirect, SciELO e PubMed, publicados entre os anos 2003 a 2018 e escolhidos por conveniência de acordo com os objetivos do trabalho. Uma postura corporal adequada caracteriza-se pelo aproveitamento máximo entre equilíbrio e o mínimo esforço realizado pelas estruturas corporais, a fim de evitar sobrecarga na coluna vertebral. Quando o indivíduo apresenta DTM, ocorre uma reação em cadeia no resto do corpo, que desorganiza a sua harmonização corporal. Constatou-se que aproximadamente 12% da população geral é afetada, sendo o sexo feminino mais frequentemente acometido pela DTM, e apenas 5% têm os sintomas graves o suficiente para procurar tratamento. Para uma correta recomendação terapêutica é de grande importância que o cirurgião-dentista tenha amplo conhecimento dessa relação entre a DTM e a postura, visando um diagnóstico mais preciso. Focando no tratamento global, como também no restabelecimento da função normal do aparelho mastigatório e da postura, indica-se a integração de diversos profissionais da área da saúde, desde cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas (que aplicam várias técnicas e equipamentos que podem ajudar nos resultados), educadores físicos, psicólogos e fonoaudiólogos. Normalmente apenas a avaliação da postura craniocervical é verificada em pacientes com DTM. Assim, evidencia-se a vital importância de uma associação, em especial, da odontologia com a fisioterapia, em busca de uma postura corporal adequada e ao seu máximo ergonômica desses pacientes, tendo em vista a melhora dos sintomas físicos e psicológicos, assim como do alinhamento e simetria corporal.

Palavras-chave: Disfunção temporomandibular. Articulação temporomandibular. Postura. Odontologia. Fisioterapia.

larissaeduarda4444@gmail.com
lauraffacin9@hotmail.com
pamelabmuniz@gmail.com
emanuelleguarese@gmail.com

moniksantos2008@hotmail.com
pamellasernajotto@hotmail.com
maicon.pavelski@unoesc.edu.br
anderson.nardi@unoesc.edu.br

ENDOCARDITE INFECCIOSA E ODONTOLOGIA

COSTA, Joice Dalla
GEMELLI, Jéssica Maria Fachin
SCHIZZI, Amanda Cristhiny
MIOZZO, Anna Flávia Carelle
FOIANINI, Bruno Velarde
NARDI, Anderson

Curso: Odontologia
Área das Ciências da Vida e da Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

Endocardite Infecciosa (EI) refere-se à inflamação do endocárdio, a camada interna que reveste o coração, provocada por um agente infeccioso, geralmente bactérias, que são levadas pela corrente sanguínea, podendo decorrer de procedimentos clínicos odontológicos. O objetivo deste estudo é relacionar a ocorrência de EI com a odontologia, descrevendo aspectos anatômicos e microbiológicos, características clínicas e condutas do cirurgião-dentista para prevenção. Esta revisão de literatura surgiu da busca e análise de 10 artigos científicos nas bases de dados SciELO e BVS. A EI é causada geralmente por estreptococos (em especial o grupo viridans, anaeróbicos, e estreptococos do grupo D não enterocócicos e enterococos, microaerófilos) e, raramente, por *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Gemella morbillorum*, *Abiotrophia defectiva* e *Granulicatella* sp. Em decorrência de infecções periodontais, de procedimentos odontológicos invasivos, por ulcerações traumáticas de próteses, pela inserção de piercing em qualquer local da mucosa oral, pelo uso de fio dental e palito dental, pela escovação e pela mastigação alguns microrganismos podem ser transportados da cavidade bucal, por meio da circulação sanguínea, até o interior do coração. Os maiores alvos da EI são pacientes com histórico de acometimento cardíaco, seja cirúrgico ou patológico. A doença desenvolve-se em três fases: (1) Bacteremia: microrganismos estão presentes no sangue, (2) Adesão: microrganismos aderem-se ao endotélio anormal ou danificado pelas adesinas de superfície, (3) Colonização: microrganismos se proliferam, junto com inflamação. Os principais sintomas da EI são calafrios, febre, insuficiência respiratória, fadiga, perda de apetite, dores pelo corpo e sudorese noturna, podendo ocasionar uma sepse grave e insuficiência cardíaca aguda. Protocolos de profilaxia antibiótica a todos os procedimentos odontológicos que circundam a manipulação do tecido gengival, perfurações da mucosa bucal, bem como invasões à região periapical, devem ser aplicados com rigor a pacientes que apresentam ou possuem predisposição a patologias cardíacas. A manutenção de uma boa higiene oral pode ser uma medida preventiva mais importante do que a quimioprofilaxia. Não cabe ao cirurgião-dentista fazer o diagnóstico de EI, mas sim evitar que agentes etiológicos se propaguem da boca ao coração, por meio de boa anamnese, condutas profiláticas e procedimentos não invasivos de acordo com o quadro clínico do paciente. Palavras-chave: Endocardite Infecciosa. Odontologia. Profilaxia. Anamnese. Atendimento odontológico.

joice.dc@yahoo.com
jessicafachingemelli@hotmail.com
amanda.schizzi@gmail.com

annaflavia.c.m.f@gmail.com
bruno.vf2999@icloud.com
anderson.nardi@unoesc.edu.br



ENXERTOS ÓSSEOS BUCAIS E ÁREAS EXTRABUCAIS DOADORAS DE TECIDO ÓSSEO

BONFANTI, Amanda
CZARNOBAY, Evandro
DA LUZ, Milena Cristina Sobrinho
MACHADO, Bruna Gomes
VASEN, Kauane Balbinot
PAVELSKI, Maicon Douglas
NARDI, Anderson

Curso: Odontologia
Área das Ciências da Vida e Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina.

O enxerto ósseo é uma técnica cirúrgica usada por profissionais da área médica e odontológica com o intuito de reconstruir partes ósseas ou repor todo um osso do paciente. Pode ser retirado um fragmento ósseo de uma determinada localização para enxertar no local ao qual se deseja reparar. Enxertos são utilizados com o propósito de reestabelecer a arquitetura óssea original com finalidade funcional e também, em muitos casos, estética. O objetivo deste trabalho é relacionar enxertos ósseos bucais com áreas doadoras extrabuciais de tecido ósseo, discorrendo sobre a sua anatomia e as principais vantagens e complicações ao usá-las clinicamente. Esta revisão de literatura foi alicerçada em artigos científicos publicados entre os anos de 2010 a 2016, obtidos nas plataformas online SciELO e Google Acadêmico, além de livros de Anatomia Humana da biblioteca da Unoesc. Os resultados sugerem que o efeito cosmético de enxertos ósseos bucais com áreas extrabuciais doadoras de tecido ósseo, é extremamente positivo. As costelas, a crista ilíaca, a tíbia e a fíbula, são as principais áreas extrabuciais utilizadas na recomposição de ossos na cavidade bucal. Enxertos ósseos são sugeridos para inserção de implantes dentários se o cirurgião-dentista julgar que o osso mandíbula ou maxila do paciente é muito fino ou mole para manter o implante no lugar em seu atual estado. Enxertos ósseos também podem ser benéficos para pessoas que sofreram perdas ósseas por traumas ou originadas de neoplasia maligna ou benigna. A quantidade e qualidade ósseas são requisitos necessários para a instalação de implantes osteointegrados. Como toda e qualquer cirurgia tem seus riscos, nos procedimentos de enxertos ósseos bucais com áreas doadoras extrabuciais de tecido ósseo, a possibilidade de complicações pós-operatórias é existente, como a ocorrência de parestesias temporárias, disestesias, infecções, fratura de crista ilíaca, hemorragias, dores e desconforto durante a locomoção. O enxerto ósseo autógeno é o material mais indicado para recomposição das perdas ósseas alveolares, pois possui características próximas das ideais, por não apresentar grandes chances de rejeição e ter a possibilidade de formação de novos ossos. Ele ainda reúne vantagens como o baixo custo, baixa ocorrência de infecção e baixa potencialidade de reabsorção.

Palavras-chave: Enxertos ósseos. Áreas doadoras extrabuciais. Implantes dentários. Reabilitação bucal. Odontologia.

bonfantiag@hotmail.com
anderson.nardi@unoesc.edu.br
bonfantiag@hotmail.com
e_van_dro@hotmail.com
milenasobrinho36@gmail.com

brunagomesmachado@hotmail.com
kauvasen@gmail.com
maicon.pavelski@unoesc.edu.br
anderson.nardi@unoesc.edu.br

LESÕES VASCULARES APÓS O USO DE PREENCHEDORES FACIAIS EM HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

THALER, Laura Rhoden
CARLOTTO, Débora Griss
GREGIANIN, Paula Angonese
SANTOS, Víctor Hugo Bastos
FERNANDES, Stefanie da Rosa
KASPERS, Isadora Kremer
PAVELSKI, Maicon Douglas
NARDI, Anderson

Curso: Odontologia
Área das Ciências da Vida e da Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

Recente na área odontológica, a técnica obteve muita procura. A harmonização é uma especialidade na odontologia que visa à reabilitação funcional juntamente com a estética do sistema estomatognático e estruturas de sua área de atuação. O trabalho tem como objetivo auxiliar pessoas que buscam por esse procedimento e abordar possíveis complicações do mesmo, dentro da área odontológica. A revisão de literatura foi realizada através de artigos buscados por meio de pesquisas remotas e materiais encontrados na base de dados Scielo. Pela questão de cada vez mais buscas em procedimentos estéticos nos consultórios odontológicos, o preparo profissional torna-se necessário para o tratamento do paciente de forma responsável e ética. Apesar de muita procura, podem ocorrer algumas complicações ao paciente. Caso ocorra o local mais comprometido é o vascular, que pode resultar em lesão direta nos vasos durante a injeção ou pela compressão dos vasos pelo material preenchedor. O primeiro sinal de comprometimento vascular é o branqueamento no local da injeção. Se isso ocorrer, injeções adicionais devem ser paradas e a área deve ser tratada com massagens e compressão quente. O paciente deverá ser monitorado de perto para avaliar o progresso da lesão. Procedimentos faciais, nem sempre tem resultados eficientes, e isso deve ficar claro ao paciente antes do procedimento. A busca por preenchedores faciais é grande nos últimos anos, seus métodos muitas vezes eficazes não diminuem riscos de complicações como visto anteriormente, por isso a importância do profissional ter um grande conhecimento da área de anatomia da face. Existem muitos procedimentos dentro da harmonização e com isso diversas técnicas, os resultados podem afetar ou não a vida do paciente e por isso deve haver cautela tanto do paciente quanto do profissional da área odontológica. Palavras chaves: Procedimentos estéticos. Preparo profissional. Comprometimento vascular.

laurarhoden.s2@gmail.com
maicon.pavelski@unoesc.edu.br



SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO RELACIONADA AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

MUGNOL, Júlia
BORTOLUZ, Maria Luiza Piovesan
PEREIRA, Eloína Pinto
CANTU, Camille Brancher
BONFIM, Juan Martins
TESSARI, Nathalia Louize
PAVELSKI, Maicon Douglas
NARDI, Anderson

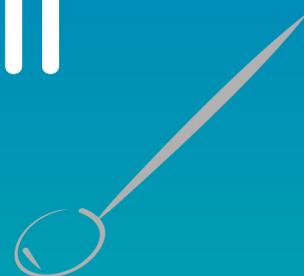
Curso: Odontologia
Área das Ciências da Vida e Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

A Odontologia é uma profissão que exige alta performance manual. Em boa parte do tempo de trabalho, além de posições pouco ergonômicas para a coluna vertebral, os cirurgiões-dentistas executam movimentos repetitivos dos membros superiores e das estruturas adjacentes. Verificam-se esses movimentos na prática clínica tanto nas tarefas manuais, como no uso de vibrações contínuas como os micromotores e as alta-rotações. O uso incorreto dos instrumentais odontológicos também tende a aumentar o desgaste físico dos profissionais. O objetivo deste trabalho é relacionar a doença ocupacional Síndrome do Túnel do Carpo (STC) com a atividade profissional dos cirurgiões-dentistas, apontando sintomas, meios diagnósticos e formas de tratamento. Trata-se de uma revisão de literatura, cujo levantamento dos dados foi obtido por meio de artigos científicos das plataformas SciELO e Google Acadêmico, publicados entre os anos 2011 e 2018. A STC é uma patologia neurocompressiva caracterizada por gerar condições dolorosas provenientes do nervo mediano em sua passagem pelo túnel do carpo ao nível do punho, conseqüente de tarefas diárias de alta repetitividade. Um paciente com acroparestesia da mão pode-se observar uma relevância nos sintomas de queimação, formigamento e adormecimento dos dedos polegar, médio e anelar e, em casos mais graves, quando não há o diagnóstico cedo, a dor pode acompanhar o cotovelo, ombro e a região cervical. O diagnóstico da STC é feito por meio de estudo da atividade profissional pregressa, história da doença e exame físico, além de alguns exames complementares e da aplicação de testes de sensibilidade (p. ex., teste de Phalen e sinal de Tinel). As formas de tratamento são baseadas no grau de comprometimento da doença, quando diagnosticada precocemente, o tratamento é conservador através do uso de fármacos como analgésicos, anti-inflamatórios, antidepressivos e ansiolíticos, programas de fisioterapia (massoterapia, eletrotermoterapia, cinesioterapia, laserterapia), uso de órtese e terapia ocupacional. Nos casos mais avançados, o tratamento cirúrgico é o escolhido. Cabe aos cirurgiões-dentistas agirem de forma responsável, prevenindo essa doença através de exercícios físicos de fortalecimento muscular, além de lançar mão do uso de instrumentais adequados e de uma correta ergonomia para que o trabalho não venha a diminuir a sua qualidade de vida. Palavras-chaves: Síndrome do túnel do carpo. Doença ocupacional. Cirurgião-Dentista. Odontologia. Ergonomia.

jumugnol8@gmail.com
anderson.nardi@unoesc.edu.br
jumugnol8@gmail.com
malubortoluz@icloud.com
eloína_p@outlook.com

camillebcantu@gmail.com
juanbonfim26@gmail.com
marci_tess@yahoo.com.br
anderson.nardi@unoesc.edu.br

CATEGORIA II



A INFLUÊNCIA DA VITAMINA D NA DOENÇA PERIODONTAL

CERON, Nathalia

ENDERLE, Elizândra Melini

DAVE, Aline Ivonete

PÉRICO, Diogo

VISONÁ, Jamili Paola da Silva

DA SILVA, Sara Maelen

IMANISHI, Soraia A W

MUNIZ, Marcelo da Silva

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

A doença periodontal é uma doença multifatorial que afeta gengiva, osso alveolar, ligamento periodontal e cemento radicular. A vitamina D interage com seu receptor para regular processos biológicos, como o metabolismo ósseo, modulação do sistema imune, e atualmente vem sendo estudada como regulador de respostas inflamatórias crônicas. Considera-se que a vitamina D minimiza a progressão da doença periodontal, visto que a mesma tem como principais efeitos a ação anti-inflamatória, ação antibacteriana e ação na neoformação do tecido ósseo. Avaliaram-se artigos dos anos de 2011 a 2019, disponíveis na plataforma on-line Scielo. A vitamina D é essencial nos tecidos orais, por isso a importância do consumo diário e suplementação, especialmente para o periodonto. Pacientes que suplementam vitamina D apresentam 20% menos hemorragia periodontal, comparando-se a pacientes com baixos níveis da vitamina. A insuficiência da vitamina também está frequentemente relacionada com a perda de inserções periodontais e com a recuperação de cirurgia periodontal. Pacientes que possuem uma boa quantidade de vitamina D no plasma sanguíneo, apresentam uma melhor recuperação de inserção periodontal e menor nível de profundidade de sondagem após cirurgias. A concentração sérica da vitamina D é diferente em cada grupo da população, alguns dos grupos de pessoas mais vulneráveis na hipovitaminose são mulheres grávidas, idosos, obesos, doentes renais crônicos e celíacos. Os possíveis tratamentos e prevenção para os casos de hipovitaminose visando a melhoria da saúde periodontal incluem exposição ao sol, dieta rica em vitamina D, suplementação de vitamina D oral ou injetável, aplicação tópica de suplementos de vitamina D na gengiva e Teriparatide. Constatou-se a importância da avaliação do nível sérico de vitamina D presente no plasma sanguíneo dos pacientes previamente a procedimentos odontológicos e suplementação da mesma quando necessário, principalmente antecedendo cirurgias periodontais, devido ao seu efeito benéfico sobre a fisiologia periodontal através da inibição de mediadores inflamatórios, auxílio na destruição de bactérias e remodelação óssea, permitindo assim a recuperação dos parâmetros periodontais.

Palavras-chave: Vitamina D. Doença periodontal. Periodonto.

nathalia.ceron@outlook.com

elizandraenderle@gmail.com

marcelo.muniz@unoesc.edu.br

soraia.imanishi@unoesc.edu.br



CEFALEIA E A RELAÇÃO COM A DTM: CAUSAS NÃO ODONTOLÓGICAS

SILVA, Sara Maelen da
CAZAROTTO, Alana
ENDERLE, Elizandra Melini
ASSMANN, Guilherme
LUTHI, Leonardo Flores
SAMISTRARO, Queila da Luz

Curso: Odontologia

Área do conhecimento: Área das Ciências da Vida e Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

A disfunção temporomandibular é um conjunto de sinais e sintomas que afetam a musculatura e/ou a articulação temporomandibular, porém nem sempre está ligada a causas odontológicas. Fatores estruturais, neuromusculares, oclusais, psicológicos, hábitos parafuncionais, lesões traumáticas e degenerativa podem causar este transtorno, com etiologia multifatorial. Os principais sintomas que a caracterizam são: cefaleia, sensibilidade muscular, estalo na ATM e limitação do movimento mandibular uni ou bilateral, sintomas otológicos. A má postura, hábitos orais inadequados e situações de estresse do dia a dia, que causem sentimentos de raiva e ansiedade, tem como consequência a contração muscular e o ranger os dentes de forma espontânea, causando uma sobrecarga na articulação temporomandibular e nos músculos mastigatórios. Para efetuar o diagnóstico de DTM é necessário começar por uma boa anamnese procurando saber aonde a dor se localiza, quanto tempo dura, frequência, intensidade (escala de dor), fatores predisponentes, agravantes e atenuantes. Pesquisar sintomas sistêmicos associados. No exame físico deve-se fazer a investigação completa de cabeça e pescoço, palpando todos os músculos, cadeia ganglionar e ATM. Observar a presença de ruído ou estalo. Solicitar exames de imagem (panorâmico, lateral de ATM boca aberta e fechada, ressonância, tomografia). Os problemas de DTM podem apresentar cefaleia. O diagnóstico diferencial é importante para elaborar um plano de tratamento. Este pode exigir intervenção de equipe multidisciplinar. Manobras com aparelho ortopédico funcional, placas oclusais, correção postural, dos maus hábitos, controle do estresse, e a individualização da conduta para o benefício do paciente. Ainda pode ser prescrito relaxamento da musculatura, fisioterapia, acupuntura, biofeedback, hipnose. Terapia medicamentosa é utilizada; principalmente anti-inflamatórios e analgésicos via oral ou injetado na própria articulação. Pode ser prescrito também antidepressivos, lembrando que todo medicamento deve ser cuidadosamente avaliado nas condições crônicas e a longo prazo.

Palavras-chave: Disfunção Temporomandibular. Cefaleia. Diagnóstico.

samistraro@gmail.com

ssara24956@gmail.com

elizandraenderle@gmail.com

CONSEQUÊNCIAS DA BULIMIA NERVOSA NA CAVIDADE ORAL

KLAFKE, Janaine Fatima de Paula

DALLANORA, Carolina Fernandes

Curso: Odontologia

Área de Ciências da Vida e da Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

O padrão de beleza associado a um ideal magreza, influenciado pela mídia e aceito pela sociedade atual, favorece intensamente a não aceitação da própria imagem corporal e consequente desenvolvimento de distúrbios alimentares, principalmente em adolescentes e adultos jovens. O objetivo deste resumo é discutir as principais características associadas à bulimia nervosa e que podem ser notadas pelo cirurgião-dentista na sua prática clínica, através de levantamento bibliográfico obtido por artigos publicados entre 2010 e 2020, nas bibliotecas eletrônicas Scielo, Google Acadêmico e PubMed. A bulimia nervosa, caracterizada pela alimentação compulsiva de grande quantidade de alimentos, seguida por arrependimento e medidas de restrição alimentar, como jejum por longos períodos e vômito auto-induzido, leva o paciente a danos fisiológicos que, se não diagnosticado em tempo, tornam-se irremediáveis. Dentre as consequências na cavidade oral mais comuns, destacam-se: erosão dental com exposição de dentina, xerostomia, aftas recorrentes, alto índice de cárie, crescimento das glândulas salivares, bruxismo, doenças fúngicas, opacidade do esmalte dental e sensibilidade persistente. A dieta escolhida pelos bulímicos frequentemente inclui alimentos ricos em carboidratos hiperenergéticos, como doces e refrigerantes, considerados fatores de risco para o aumento na frequência de lesões cáries, de acordo com a teoria acidogênica. Essas características geralmente estão associadas a distúrbios nutricionais e particularidades sociais comportamentais, como introspecção e ansiedade. O paciente tem como principais desencadeadores desses episódios o próprio vínculo social - ou até mesmo familiar - e redes sociais que ovacionam a magreza como a única alternativa de beleza e saúde. Portanto, conhecendo estes sinais e sintomas, o cirurgião-dentista deve ser capaz de identificar o problema, oferecer o melhor tratamento odontológico possível e orientar o paciente a fim de que este procure uma equipe multidisciplinar que o ajude a encerrar essa prática nociva e evitar reincidência desta doença.

Palavras-chave: Bulimia. Erosão dentária. Odontologia.

carolina.dallanora@unoesc.edu.br



DOENÇA PERIODONTAL EM PACIENTE TABAGISTA

LAMP, Andressa Elisa

SCHUCK, Natália

PERTELE, Isabel Cristina

STOECKL, Izabel Sevaldt

JUNIOR, Wilson Frozza

ARGENTA, Ana Luíza

IMANISHI, Soraia Almeida Watanabe

MUNIZ, Marcelo da Silva

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Os efeitos potenciais da fumaça do tabaco na composição da microflora têm recebido considerável atenção nas últimas décadas. O objetivo deste trabalho foi abordar a doença periodontal associada ao tabagismo, seus malefícios em nível tecidual e celular e suas consequências na doença periodontal. Foram realizadas consultas em livros online (Google Acadêmico), além de artigos publicados entre os anos de 2011 e 2018, selecionados por meio de busca nas bases de dados do Scielo e PubMed. Um dos principais fatores de risco para o início, extensão e gravidade da doença periodontal é o tabagismo, havendo relação direta entre a quantidade de tabaco (independente da sua forma de apresentação) consumido e a velocidade de progressão da doença. Havendo, portanto, um efeito dose dependente entre o tabagismo e a gravidade dessa periodontite. Esse fato é devido a ação da nicotina sobre as funções de defesa de monócitos e neutrófilos. Sabe-se que na presença de cotinina – um subproduto da nicotina - os neutrófilos tem sua função quimiotática reduzida. Ela também exerce um efeito vasoconstritor que reduz o fluxo sanguíneo, edema e sinais clínicos da inflamação, mascarando doenças periodontais graves em fumantes. Dessa forma, esses indivíduos aparentam ter menor inflamação clínica e sangramento gengival, no entanto, é sabido que pacientes tabagistas são os que mais apresentam perda óssea e conseqüentemente, mais perda de elementos dentais do que os não fumantes. É de fundamental importância que os cirurgiões-dentistas adotem um novo papel, instruindo a população e participando de campanhas antitabagismo. Salienta-se que, apesar do tabaco ser um dos principais fatores da doença periodontal, ele seria uma condição reversível e o aconselhamento sobre os prejuízos que o fumo acarreta, resultaria ao fumante seu abandono durante o tratamento sendo de total importância para a saúde não apenas bucal, mas também para sua saúde como um todo.

Palavras-chave: Doença periodontal. Perda de inserção. Tabagismo. Inflamação.

dessacdia@hotmail.com

schucknatalia@outlook.com

belcristina2011@hotmail.com.br

izabelstoeckl@gmail.com

wilsonfrozza321@gmail.com

analu2403@gmail.com

soraia.imanishi@unoesc.edu.br

marcelo.muniz@unoesc.edu.br

ENCERAMENTO ANALÓGICO X DIGITAL

GALVAN, Ana Julia
DE ALMEIDA, Thauely Alexandra
FRACESCATO, Nathalia
GIUSTTI, Monique Da Cas
LUTHI, Leonardo
SAMISTRARO, Queila

Curso: Odontologia
Área das Ciências da Vida e Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

O Enceramento Diagnóstico pode ser caracterizado como um procedimento que lapida um molde dentário mostrando ao paciente as alterações que podem ser realizadas nos dentes. Pode ser feita de forma analógica ou digital facilitando a visualização dos resultados. Para realização deste trabalho utilizamos como referência o artigo Aplicação clínicas do enceramento diagnóstico na reabilitação oral, disponibilizado da plataforma digital Scielo. Para obtenção do enceramento diagnóstico de maneira analógica o odontólogo deve realizar a moldagem na cavidade oral do paciente para ser possível a visualização de elementos danificados ou ausentes, no próprio gesso, desse modo é estabelecida uma correta oclusão, ou seja, o contato entre a parte superior e inferior da arcada. No enceramento digital o trabalho é mais aprimorado, onde proporciona mais detalhes, pois as ilustrações são geradas em modo 3D por um scanner intraoral, tendo maior qualidade de simulação, mais praticidade, maior riqueza de detalhes e diminuição do tempo de execução dos moldes comparados a outros métodos. Apesar do custo do sistema digital ser elevado seus benefícios se tornam mais viáveis, comparado com o sistema analógico. Tendo em vista os pontos citados e a prática odontológica o método digital apresenta mais pontos positivos que o analógico, tanto para o paciente, quanto para o CD, visar por um procedimento qualificado e eficiente se torna mais vantajoso do que qualquer valor investido.

Palavras-chave: Sistema Digital. Sistema Analógico. Enceramento Diagnóstico. Arcada Dentária.

aninhajgalvan@hotmail.com



PACIENTES DIABÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM A DOENÇA PERIODONTAL

DE ALMEIDA, Thauely Alexandra

GIUSTTI, Monique da Cas

GENRO, Yuri

GALVAN, Ana Julia

FERREIRA, Matheus Breda

FRANCESCATTO, Nathalia

IMANISHI, Soraia Almeida Watanabe

MUNIZ, Marcelo

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e da Saúde

Universidade do Oeste De Santa Catarina

A interação entre o diabetes e a periodontite ocorre em uma ação bidirecional. Alterações na resposta do hospedeiro, na vascularização periodontal e nos níveis glicêmicos do fluido sulcular gengival facilitam a instalação ou alteram o curso da doença periodontal em diabéticos. Por outro lado, a inflamação da gengiva também dificulta a absorção de insulina, podendo causar uma descompensação glicêmica nos portadores de diabetes. A doença periodontal está ligada ao controle metabólico, visto que as alterações observadas na resposta imune do paciente diabético, podem constituir um fator de risco para a periodontite. O seguinte trabalho obteve embasamento de artigos disponíveis nas plataformas on-line Scielo e no periódico Brasil Dental Journal, publicados nos anos 2007 e 2014, como também obras literárias referentes Periodontia. Verificou-se que a inflamação dos tecidos periodontais nos pacientes diabéticos resulta em um menor controle glicêmico. Dessa forma, uma infecção aguda predispõe à resistência à insulina, causando um quadro de hiperglicemia crônica, principalmente por produzir altos níveis de mediadores inflamatórios, como TNF. Por outro lado, a diabetes produz alterações metabólicas, aumentando o risco de periodontite em 2-3 vezes, intensificando a prevalência, o grau e estágio da doença periodontal, graças às interações entre produtos finais de glicação avançada (AGEs) nos tecidos periodontais e seus receptores (RAGE). Estes contribuem para o aumento da inflamação periodontal e reações imunes, produzindo radicais livres de oxigênio que ativam a produção de mais metaloproteinases. Essas, por sua vez, degradam o colágeno do ligamento periodontal diminuindo a fixação do dentes ao processo alveolar e aumentando a profundidade do sulco, resultando em um agravamento na inflamação. Considerando o que foi exposto, faz-se necessária a otimização do controle de placa (raspagem e alisamento radicular) para controlar a inflamação que leva a destruição periodontal juntamente com uma maior ênfase no autogerenciamento e na educação do paciente. As duas estratégias somadas melhoram a saúde periodontal, os níveis de HbA1c e o estado metabólico e endócrino do paciente. Palavras-chave: Doença Periodontal. Diabetes. Tratamento. Associação. HbA1c.

thauelya@gmail.com

thauelya@gmail.com

monigiustti@hotmail.com

yurigenro@gmail.com

aninhajgalvan@hotmail.com

breda.ferreira@gmail.com

nathaliafrancescatto@gmail.com

soraia.imanishi@unoesc.edu.br

marcelo.muniz@unoesc.edu.br

RECESSÃO GENGIVAL CLASSE II DE MILLER: ETIOLOGIA E TRATAMENTO

KLAFKE, Janaine Fatima de Paula

IMANISHI, Soraia

MUNIZ, Marcelo

Curso: Odontologia

Área de Ciências da Vida

Universidade do Oeste de Santa Catarina

A recessão gengival apresenta-se como a migração para apical do tecido gengival em relação à junção cimento esmalte, que resultará em exposição radicular. O propósito deste trabalho é destacar um caso de Classe II de Miller, bem como fatores etiológicos e abordagens mais utilizadas no tratamento, cujo levantamento bibliográfico foi obtido por meio de artigos publicados entre 2010 e 2020 na biblioteca eletrônica Scielo e livros de Anatomia Periodontal e Periodontia orientada para dentistas. Atualmente são encontradas várias classificações para as recessões gengivais sendo a mais usada a classificação de Miller, que divide-se em: classe I: retração gengival restrita apenas à gengiva inserida sem perda interdentária de osso ou tecido mole; classe II: recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival sem perda óssea interproximal; classe III: recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival com perda óssea e tecidual interdental; classe IV: retração atinge ou ultrapassa a linha mucogengival com tecidos proximais no nível da base da recessão, em mais de uma face do dente. A recessão gengival classe II tem como principais fatores etiológicos a inflamação gengival associada ao acúmulo de placa e/ou ao trauma de escovação, movimentação ortodôntica, oclusão traumática associada ao biofilme, posição dos freios ou bridas, características anatômicas e fenótipo gengival fino. Há várias técnicas que podem ser empregadas para o tratamento das recessões de classe II de Miller, como o retalho de dupla papila, o retalho deslocado lateralmente e o retalho deslocado coronalmente associado ao enxerto de conjuntivo. Este último mostra-se como um dos tratamentos mais eficazes e vem ganhando espaço pelo ganho considerável de gengiva queratinizada, uniformização da cor e melhora do fenótipo gengival. Em contrapartida, necessita de um leito doador que pode ser a região do palato ou túber. O tratamento cirúrgico periodontal tem grande importância não só por motivos estéticos, mas também para reduzir a hipersensibilidade dentinária e dor gengival, além de evitar lesões cariosas radiculares e evolução da recessão de modo que melhore seu prognóstico. Cabe ao Cirurgião Dentista informar o paciente acerca de sua situação e instruir mudanças de hábitos que garantam o sucesso do procedimento cirúrgico.

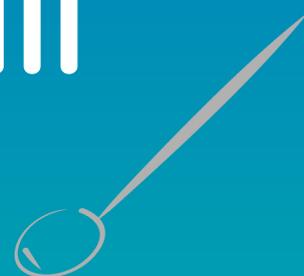
Palavras-chave: Recessão gengival. Classe II de Miller. Odontologia. Periodontia.

janaineklafke100@yahoo.com.br

soraia.imanishi@unoesc.edu.br

marcelo.muniz@unoesc.edu.br

CATEGORIA III



A ODONTOLOGIA HOSPITALAR E SUA IMPORTÂNCIA NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SECUNDÁRIAS EM PACIENTES PORTADORES DE COVID-19

ALBARA, Maria Fernanda
NESELLO, Heloisa Reffatti
LÓS, Bárbara Thalia Lausche
PORTELLA, Luiz Bageston
LUTHI, Leonardo
ANRAIN, Bárbara
ARMENIO, Ricardo
MUNIZ, Marcelo

Curso: Odontologia.
Área das Ciências da Vida
Universidade do Oeste de Santa Catarina

A cavidade oral é conhecida por ser o nicho para micro-organismos variados, que quando em desequilíbrio podem causar infecções generalizadas. O vírus COVID-19 atinge principalmente as vias respiratórias levando a necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica, o que aumenta as chances de disseminação de infecções secundárias nas vias aéreas e cabe ao cirurgião dentista realizar protocolos preventivos na UTI. O objetivo do estudo é observar a importância da odontologia hospitalar na prevenção de infecções secundárias em pacientes portadores de COVID-19. O levantamento de dados foi realizado na base de dados Scielo, Periódicos Capes e Pubmed. Os pacientes com grandes comorbidades que se encontram em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devem receber atendimento odontológico e os devidos cuidados de saúde bucal, que previnam pneumonias nosocomiais ou sepse, deve-se seguir um protocolo de higiene bucal realizado pela Anvisa, para pacientes que estão confirmados ou com suspeita de COVID-19 e que estiverem submetidos a traqueostomia ou intubação orotraqueal, o protocolo é aplicar gaze ou swab bucal embebidos em 15ml de peróxido de hidrogênio a 1% ou povidona a 0,2% por 1 minuto, 2 vezes ao dia previamente a higiene bucal com clorexidina visando a redução da carga viral. Já para pacientes confirmados ou com suspeita que estão conscientes orientados e em ar ambiente devem realizar bochecho de 15ml de peróxido de hidrogênio a 1% ou povidona a 0,2% por um minuto, 1 vez ao dia, manter o protocolo de higiene bucal com clorexidina a 0,12%. Conclui-se que o cirurgião dentista deve atuar no meio hospitalar, impedindo a disseminação de microorganismos pelo tubo orotraqueal prevenindo infecções secundárias, e por esse motivo a importância de utilizar os protocolos de atendimento.

Palavras-chaves: COVID-19. Infecção secundária. Atendimento odontológico.

marcelo.munizunoesc.edu.br



ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

NESELLO, Heloísa Reffatti

ANRAIN, Bárbara

DE DEA, Bruna

COMUNELLO, Soraia Maria Hack Comunello

WESOLOSKI, Claudia Irene

CECCONELLO, Rodrigo

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Diversas são as dificuldades encontradas no ramo da odontologia, entre elas destacam-se a dificuldade do cirurgião dentista em atender o paciente portador de necessidades especiais sem o treinamento para o atendimento especializado e o déficit da saúde bucal desses pacientes. O objetivo do presente trabalho foi relatar as dificuldades clínicas encontradas no cotidiano e no atendimento odontológico de um paciente portador de necessidades especiais, com dificuldade motora, que buscou a clínica de odontologia da Unoesc. O levantamento de dados foi realizado no site Pumed, Scielo e Periódicos CAPES. Paciente G.F.O, gênero masculino, 47 anos, leucoderma, compareceu a clínica integrada I, na Universidade de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), com a queixa principal de "restauração no dente da frente que havia quebrado". O paciente apresentou dificuldade de locomoção, sendo necessária a utilização de cadeiras de rodas da universidade, paciente relatou que não faz o uso de cadeira de rodas na sua rotina. Durante o atendimento houve dificuldades das acadêmicas em atender o paciente, como coloca-lo na cadeira de rodas, trajeto até a clínica (onde precisava subir pela rampa da universidade), transferi-lo da cadeira de rodas para a cadeira odontológica, paciente não conseguia cuspir tinha que realizar a sucção, entre outras. Conclui-se então que é de suma importância o cirurgião dentista estar apto a atender pacientes especiais, e saber lidar com as situações rotineiras que acontecem no cotidiano clínico desses pacientes. Saber utilizar e abordar técnicas que auxiliem a higienização bucal desses pacientes, como no caso clínico a utilização de escovas elétricas.

Palavras-chaves: Pacientes especiais. Cirurgião dentista. Escovas elétricas.

rodrigo.cecconello

BIÓPSIA INTRAÓSSEA, DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO CONCLUSIVO – RELATO DE CASO

WEISS, Annelisa

RAMOS, Grasieli de Oliveira

DIRSCHNABEL, Acir José

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e da Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

O conhecimento das alterações que acometem a boca é fundamental no atendimento clínico odontológico, pois para um correto tratamento é necessário um diagnóstico preciso. Objetivou-se relatar o caso clínico de um paciente do sexo masculino, leucoderma, 64 anos, ex-fumante, hipertenso e diabético compensado, foi encaminhado à Clínica Integrada da UNOESC/Joaçaba, relatando “dores fortes na região esquerda da mandíbula”. Na anamnese o paciente relatou usar os medicamentos: carbamazepina, gabapentina, codeína, losartana e citalopran. O paciente relatou ter realizado endodontias dos dentes 33, 34 e 35, sem remoção da dor, sendo assim optou-se realizar a exodontia dos mesmos, e mesmo assim não houve melhora do quadro álgico. Posteriormente, considerou-se a hipótese de nevralgia trigeminal e optou pela secção do nervo mentoniano, porém ainda permaneceu a intensidade da dor. Após tomografia, observou-se uma imagem mista de limites imprecisos, multilocular, com aspecto de favos de mel, de tamanho mediano, localizada em corpo e ângulo mandibular em lado esquerdo. Foi realizado biópsia incisiva (intraóssea), iniciando com o bloqueio do nervo alveolar inferior e bucal esquerdo, seguido de 02 incisões (ao longo do rebordo e relaxante) e finalizado por uma janela em tecido ósseo e curetagem do fragmento desorganizado (medular), frágil e entrelaçado por tecido fibroso. As hipóteses diagnósticas foram de mixoma e ceratocisto odontogênico. O laudo histopatológico foi inconclusivo. Dessa forma, vemos que é imprescindível o cirurgião dentista conhecer meios complementares e essenciais para o diagnóstico bucal para sua correta conduta profissional e qualidade de vida do paciente. Palavras chave: Biópsia. Diagnóstico bucal. Estomatologia. Conduta profissional.

weiss-anne@hotmail.com

acir.dirschnabel@unoesc.edu.br

grasieli.ramos@unoesc.edu.br



CONSEQUÊNCIAS ORAIS DA NUTRIÇÃO NO PACIENTE ONCOLÓGICO

SOUZA, Aline Pelizzari de
PINILLA, Diego Alejandro Toledo
ZANANDRÉA, Maisa
CARLI, Renata Coelho de
DIRSCHNABEL, Acir José
SAMISTRARO, Queila da Luz
CECCONELLO, RODRIGO
DALLANORA, Lea Maria Franceschi

Curso: Odontologia
Área das Ciências da Vida e Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

O câncer é uma doença que impacta diretamente a capacidade física, e a condição psicológica dos pacientes, apresentando influência significativa no estado nutricional e na qualidade de vida. Portanto, a terapia nutricional em pacientes oncológicos é uma importante ferramenta para que o tratamento antineoplásico seja efetivo. Pacientes com a doença em estágio avançado evoluem com sinais e sintomas como náuseas, vômitos, alteração no paladar, saciedade precoce, anorexia, caquexia, fraqueza e dispnéia. Esse quadro é de relevância clínica, uma vez que leva à menor ingestão de alimentos, resultando em efeitos consideráveis. A presença de sintomas como xerostomia e disgeusia (alteração no paladar), bastante comuns nos pacientes em tratamento com opióides, quimioterapia e radioterapia, também é frequente na desnutrição. A xerostomia, tem implicações sérias, como maior dificuldade na deglutição e articulação de palavras; alteração do paladar; maior risco de infecções da mucosa bucal e cáries dentárias; alterações no sono e danos psicossociais. Doenças que acometem a boca limitam as opções de alimentos e sua ingestão, por isso têm um profundo impacto no estado nutricional. A mucosite oral é uma manifestação bastante frequente durante e até após o tratamento antineoplásico. Os principais sinais e sintomas são ulceração da mucosa com dor intensa, dificuldade de alimentação, dificuldade para falar e fazer a higiene oral e presença de infecções oportunistas. A orientação ao paciente quanto ao tipo de alimentação nesse período de reabilitação é muito importante para não agravar ainda mais o processo inflamatório. Observa-se melhora importante na consistência da dieta utilizada, associada à redução dessas manifestações, possibilitando ao paciente ingerir maior variabilidade e quantidade de alimentos, seguindo dieta adequada. Além disso, a oferta de nutrientes de forma individualizada, com a finalidade de diminuir os efeitos colaterais causados pelos medicamentos e melhorar ou manter um estado nutricional adequado, é fundamental para a recuperação do paciente.

Palavras-chave: Câncer. Terapia nutricional. Mucosite.

alineppes@gmail.com

lea.dallanora@unoesc.edu.br

ODONTOLOGIA DIGITAL: POSSIBILIDADES PARA FACETAS

FREISLEBEN, Eivelton Vinícius

SCHNEIDER, Wesley

PERES, Dieison Igor Troes

SORGATTO, Afonso

ANRAIN, Barbara Cristina

LUTHI, Leonardo Flores

MUNIZ, Marcelo da Silva

ARMENIO, Ricardo Villela

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Para se encaixar nos padrões de beleza atuais, muitos procedimentos estão disponíveis para se lançar mão na área da odontologia. Uma dessas possibilidades são as famosas facetas cerâmicas, ótimas para devolver tanto função estética quanto funcional ao paciente, mantendo a integridade fisiológica dos dentes em relação harmônica, preservando então os tecidos moles e o sistema estomatognático. O objetivo deste estudo é mostrar as possibilidades para a confecção de facetas através das tecnologias adotadas recentemente na odontologia digital. Trata-se de um estudo bibliográfico, baseado na literatura encontrada nas bases de dados SCielo, PubMed e Portal de periódicos CAPES. A alta demanda por tratamentos estéticos na Odontologia torna essencial o uso de ferramentas que ampliem a visão do diagnóstico e prognóstico. O planejamento digital do sorriso (DSD) é uma ferramenta que utiliza fotografias digitais intra e extra bucais do paciente, objetivando uma avaliação detalhada de cada parâmetro estético dento facial a ser executado e tem a possibilidade de orientação, conferindo previsibilidade de cada parâmetro estético. Os laminados cerâmicos representam um tratamento restaurador estético que minimizam o desgaste do dente durante o preparo e propiciam uma modificação da estética, sendo ela duradoura e significativa. Com o escaneamento oral em conjunto com sistemas DSD é possível realizar projetos e simulações digitais. No DSD é possível realizar enceramentos digitais (Wax-up), onde otimiza-se a quantidade de desgaste do preparo e determinar o tamanho, cor e formato das peças a serem confeccionadas. Além disso, é possível incluir a opinião do paciente no projeto e associar um Mock-up prévio que quando associado ao scanner, é confeccionado através da impressão 3D de um modelo de estudo. Deste modo pode-se confeccionar a peça associada a um sistema de CAD/CAM, confeccionando peças cerâmicas fresadas em blocos maciços em poucas horas. Com estas tecnologias é possível realizar um trabalho com exatidão onde o cirurgião dentista consegue estabelecer uma ótima comunicação entre o paciente e técnico protético além de oferecer um planejamento fiel ao paciente. Possibilitam otimizar o tempo oferecendo maior conforto no tratamento.

Palavras-chave: Odontologia Digital. Facetas. Estética.

leonardo.luthi@unoesc.edu.br

wesley.sch190298@hotmail.com

tomfreisleben67@gmail.com

dieisontroesperes@hotmail.com

afonsolorenzetti@gmail.com



SISTEMAS RECIPROCANTES NA ENDODONTIA

VANIN, Amanda

MARTINI, Georgia Ribeiro

DALLANORA, Léa Maria Franceschi

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Os sistemas reciprocantes foram introduzidos na endodontia em 2008, e acredita-se que apresentem vantagens em relação aos sistemas rotatórios. O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre o assunto e apresentar vantagens e desvantagens do movimento reciprocante. A revisão foi realizada através de uma busca de artigos científicos nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Os instrumentos de níquel titânio são muito utilizados em endodontia para o preparo mecânico dos canais radiculares, sendo uma das vantagens desses instrumentos a flexibilidade, permitindo mais agilidade no preparo mecânico dos canais radiculares. No entanto, quando utilizados em canais com curvatura acentuada não apresentam boa resistência a fratura. As limas reciprocantes foram desenvolvidas através de um processo térmico, associando a liga de níquel titânio com a liga M-Wire, proporcionando maior flexibilidade e melhor resistência a fadiga cíclica quando comparadas as limas rotatórias. A cinemática usada é a do movimento reciprocante que consiste em basicamente um movimento de $\frac{1}{4}$ de volta para a direita e para a esquerda, sendo que esse movimento melhora a resistência a fadiga em relação ao movimento de rotação constante. Os instrumentos reciprocantes melhoraram a flexibilidade e a resistência a fratura na instrumentação de canais curvos, diminuindo o tempo de trabalho do cirurgião dentista. Ainda preconizam a utilização de apenas um único instrumento em todo preparo mecânico dos canais radiculares, e de acordo com o fabricante, são limas de uso único, sendo a principal desvantagem desse sistema. A melhoria da lima de Ni-ti foi um avanço na odontologia, a diminuição de fraturas de instrumentos dentro do canal radicular diminui o número de insucessos e de frustrações em relação ao tratamento endodôntico na odontologia.

Palavras-chave: Sistemas Reciprocantes. M-Wire. Endodontia.

amandavanin@hotmail.com

USO DE BIFOSFONATOS NA ODONTOLOGIA COM ÊNFASE NA PERIODONTIA E SUA RELAÇÃO COM AS OSTEONECROSE: MITO OU REALIDADE?

MORCHE, Darlan Junior
BRESSIANI, Julia Gabriela
CERON, Gabriela
FONTANA, Angélica
DIRSCHNABEL, Acir Jose
DALLANORA, Lea Maria Franceschi
SAMISTRATO, Queila da Luz
CECCONELLO, Rodrigo

Curso: Odontologia
Área das Ciências da Vida e da Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

Bifosfonatos são uma classe de medicamentos anti reabsortivos, utilizados em pacientes portadores de patologias ósseas com a finalidade de reduzir a reabsorção óssea, estimulando a atividade osteoblástica. O objetivo deste trabalho foi abordar os efeitos adversos dos bifosfonatos e sua interação com a Odontologia. Trata-se de uma revisão de literatura baseada em artigos publicados na base de dados Scielo. Os Bifosfonatos são considerados análogos sintéticos do pirofosfato inorgânico e apresentam em sua estrutura química dois grupos fosfatos covalentes ligados a um carbono central, inibindo os osteoclastos por meio de dois mecanismos, dependendo se a cadeia lateral R2 contém nitrogênio. Possuem alta afinidade pelo cálcio e se ligam fortemente ao osso, particularmente, na superfície de lacunas de reabsorção, e por terem capacidade de diminuição da atividade óssea reabsortiva, vem sendo utilizados também no tratamento da doença periodontal, utilizando o Alendronato de sódio 1%. Suas moléculas são absorvidas por osteoclastos ativos, inibindo sua ação pela alteração de vários processos celulares, minimizando o recrutamento de novas células de reabsorção óssea e induzindo a produção do fator inibidor de osteoclastos. No entanto, apesar de terem efeitos favoráveis ao tratamento de doenças ósseas reabsortivas, estas drogas também apresentam efeitos colaterais, denominadas Osteonecrose Associada a Bifosfonatos. A osteonecrose pode se mostrar assintomática por semanas, meses e anos, mas pode resultar em dor ou exposição do osso mandibular ou maxilar e dentre os sinais e sintomas destacam-se além da dor, a mobilidade dentária, halitose, formação de abscessos, edema na mucosa, eritema, ulceração que pode dificultar a mastigação e a fala. A radiografia panorâmica pode ser uma ferramenta na avaliação inicial dos maxilares, os achados radiográficos são inespecíficos e são apenas evidentes quando o envolvimento ósseo é significativo. Uma vez diagnosticada a patologia, a cirurgia é indicada quando o tratamento conservador fracassa ou quando as lesões se mostram progressivas e sintomáticas. Diante do exposto, antes do tratamento com Bifosfonatos, o paciente deve passar por um exame da cavidade bucal completa, e uma boa saúde oral deve ser alcançada por meio de acompanhamento clínico periódico a fim de detectar complicações durante e após o tratamento.

Palavras-chave: Bifosfonato. Osteonecrose. Periodontia. Odontologia.

darlanmorche9@gmail.com



UTILIZAÇÃO DE IMPRESSORA 3D NA ODONTOLOGIA

SCHNEIDER, Wesley

SILVA, Raffaella Lopes da

ANRAIN, Bárbara Cristina

Curso: Odontologia

Áreas da Ciências da Vida e Saúde

Universidade do oeste de Santa Catarina

A impressão tridimensional é um processo de prototipagem rápida baseada em um processo de moldagem digital. Essa prototipagem confecciona uma peça através de acréscimos sucessivos de camadas de um material até que o objeto seja formado. Na odontologia a impressão 3D vem ganhando espaço devido a evolução e decréscimo do preço das impressoras tridimensionais. O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, apresentando a utilização da impressora 3D na odontologia. A revisão de literatura foi conduzida, via PubMed e Google Acadêmico. Essa tecnologia é associada com um sistema de escaneamento digital intra-oral onde é criada a imagem 3D. Em um software é possível planejar o que queremos fazer na arcada dental do paciente e com isso habilitar a impressão de alguns dispositivos na impressora 3D. Existem diversas formas de aplicação dessa impressão sendo a estereolitografia a mais comum na odontologia clínica. Podendo criar materiais com alto nível de detalhamento através da projeção de laser (SLA) ou projeção de luz digital (DLP) para uma superfície de uma resina líquida contida em um tanque. A camada formada fica aderida em uma plataforma que se movimenta para o processamento de uma nova camada e assim sucessivamente até a formação do objeto. As resinas utilizadas são bastante diversificadas dependendo da aplicação do material impresso. Elas podem ter diversas cores, ser opacas ou translúcidas, ser biocompatíveis e até resistentes a autoclave. No entanto algumas propriedades mecânicas e estéticas destes materiais limitam a utilização definitiva em alguns procedimentos. As impressões beneficiam diversas áreas da odontologia com a confecção de modelos físicos, guias cirúrgicos, placas mio relaxantes, dispositivos ortodônticos, próteses provisórias, padrões para fundição entre outros dispositivos. Além disso, o tempo de confecção dessas peças é diminuído em relação aos métodos convencionais. É evidente que a utilização dessa tecnologia odontológica trás diversos benefícios clínicos e laboratoriais, e com a evolução destes dispositivos, está cada vez mais viável a utilização de um ciclo totalmente digital na odontologia. Porém, o alto custo da impressão, a adaptação com sistemas digitais e algumas limitações dos materiais utilizados ainda fazem com que esse método não seja amplamente utilizado na odontologia atual.

Palavras-chaves: Impressão tridimensional. Tecnologia odontológica. Moldagem virtual.

wesley.sch190298@hotmail.com

barbara.anrain@unoesc.edu.br

CATEGORIA IV



AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, E ESTRESSE DOS ACADEMICOS DE UM CURSO DE ODONTOLOGIA DO SUL DO PAÍS

SANGUANINI, Bruna

DALLANORA, Andressa Franceschi

DALLANORA, Fabio Jose

DALLANORA, Léa Maria Franceschi

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e as disfunções temporomandibulares nos acadêmicos de fases iniciais e finais do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina. O veículo utilizado para o estudo documental, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa pelo parecer n. 761.319, foi a aplicação de dois questionários, o SF-12 o qual, avalia a qualidade de vida, e o DC/TMD eixo II que objetiva avaliar a presença de disfunções temporomandibulares. A amostra constou de 161 alunos do curso de odontologia matriculados no 1º semestre de 2020, os quais foram divididos em dois grupos: um grupo denominado inicial compreendendo as fases 1,3,5 e o final abrangendo acadêmicos das fases 7, 8, 9 e 10. Os questionários foram respondidos no mês de março, de forma presencial e analisados estatisticamente. Participaram do estudo (84) 52,17% de acadêmicos das fases iniciais e (77) 47,8% de acadêmicos das fases finais. Os resultados apresentaram-se relevantes, assim mostra que as fases finais apresentaram melhor controle e cuidado com a saúde bucal e geral, e um descontrole emocional relacionado com sobrecarga de estudo e final da vida acadêmica. Dos acadêmicos 29,8% afirmaram sofrer de enxaquecas ou dores de cabeça, sendo que 99% destes acometidos se encontram no grupo de fases finais. Na relação da avaliação sobre disfunções temporomandibulares, 62,11% de acadêmicos com predisposição para DTMs no grau I e 10,5% grau II sendo que todos estes, responderam apresentar sensações de angústias, tristeza, falta de motivação. Assim, entende-se a forte ligação entre a qualidade de vida e a DTM.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Articulação temporomandibular. Odontologia. Acadêmicos.

brusanguanini@hotmail.com

lea.dallanora@unoesc.edu.br

andressa.dallanora@unoesc.edu.br



ODONTOLOGIA DIGITAL, QUAIS AS POSSIBILIDADES NA IMPLANTODONTIA?

SILVA, Raffaella Lopes da
MAYER, Shawana Stephanie
REMOR, Fabíola
SANDOVAL, Natassia
CECCONELLO, Rodrigo
SAMISTRARO, Queila
FRANCESCHI, Léa maria Franceschi
DIRSCHNABEL, Acir

Curso: Odontologia
Áreas da Ciências da Vida e Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

A utilização de scanners intra orais, softwares de desenho, impressoras 3D vem crescendo nos últimos anos e podemos afirmar que essas tecnologias já são uma realidade na odontologia uma vez que da mais agilidade aos tratamentos. Dessa forma, a tecnologia nos apresenta novas abordagens para tornar procedimentos mais precisos, seguros e confortáveis para o paciente, desde o planejamento até a sua execução com um menor tempo clínico, conseqüentemente, aumentando a produtividade para cirurgiões-dentistas. O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, apresentando as possibilidades/benefícios da odontologia digital para a implantodontia. A revisão de literatura foi conduzida, via PubMed usando as seguintes palavras-chaves: Moldagem virtual, Odontologia digital e Implantodontia. Com o advento dos scanears é possível realizar planejamentos estéticos, e também realizar a moldagem, com maior precisão e conforto ao paciente. Para a Implantodontia, as contribuições primordiais da odontologia digital está no planejamento, pois auxilia na escolha das melhores medidas de implantes. Com essa tecnologia, pode-se sobrepor imagens de uma tomografia e de um escaneamento bucal e imprimir um guia personalizado em uma impressora 3D. Após isso, encaminha-se para uma cirurgia de implantes totalmente guiada. Essa abordagem traz mais segurança e diminui as chances de erros no posicionamento do implante. É possível também utilizar a odontologia digital para fabricar peças protéticas sobre implantes. As vantagens são inúmeras, sem contar a diminuição do tempo de cadeira e menos vindas do paciente ao consultório. E para que o trabalho seja executado com sucesso, o profissional que for fazer uso dessa tecnologia precisa ser capacitado para manipulação de software para o correto planejamento e manejo cirúrgico. Dessa forma, entende-se que o planejamento por meio da moldagem virtual se torna aliado do profissional, não somente pela capacidade de projeção de procedimentos cirúrgicos, mas também com uma ampla gama de casos clínicos relacionados a algumas áreas específicas, como a implantodontia, prótese e ortodontia.

Palavras-chaves: Moldagem virtual. Odontologia digital. Implantodontia.

acir.dirschnabel@unoesc.edu.br

TECNOLOGIA DE IMPRESSÕES 3D NA ÁREA DE ODONTOLOGIA

MELOTTI, Kamylla,
DALLANORA, Léa Maria Franceschi,
PRADO, Otávio Ferraz de Araújo
NAVILA, Guido William

Curso: Engenharia de Computação
Área de ciências da vida e da saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

A escultura dentaria tem grande importância para os acadêmicos de odontologia, a matéria que leciona este conteúdo, traz consigo a experiência manual, proporcionando conhecimentos para disciplinas e práticas profissionais que ainda virão. As esculturas são feitas a partir da técnica de ceroplastia, são utilizados modelos de vistas em papelão para ser feito o contorno transpassando o modelo a cera. O presente projeto realizado na Universidade do Oeste de Santa Catarina, consiste em facilitar o manuseio dos alunos na disciplina, conciliando a necessidade da universidade de conseguir modelos, com isso, foram feitos moldes de filamentos resistentes, que sejam de flexibilidade para manuseio dos alunos ao manipular, com a utilização da tecnologia em impressão 3D. Após a modelagem no software em 3D, foram impressos diversos moldes com variados filamentos e espessuras, então realizados testes de adequação do filamento para determinada necessidade. Houve caso da utilização do filamento PLA (poliácido láctico) sendo da sua característica uma dureza elevada, facilitando a ruptura, outro filamento utilizado ABS (Acrilonitrila Butadieno Estireno) o qual não obteve êxito, entretanto o emprego do filamento TPU (poliuretano termoplástico) se configurou bem a função tendo resistência ao manuseio durante a confecção do dente na cera. Ao encontrar o filamento que suprisse as necessidades, foi possível concluir com satisfação o projeto, dando a universidade acesso ao programa de confecção dos moldes, e fornecer material didático mais adequado e duradouro para disciplina.

Palavra-Chave: Odontologia. Tecnologia em 3D. Desenvolvimento de material didático.

lea.dallanora@unoesc.edu.br



ZOONOSES E A INTERAÇÃO PATÓGENO-HOSPEDEIRO

MARTINS, Camila

DALLANORA, Carolina Fernandes

DALLANORA, Andressa Franceschi

DALLANORA, Fábio José

Cursos: Medicina Veterinária e Odontologia

Área de Ciências da Vida e da Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

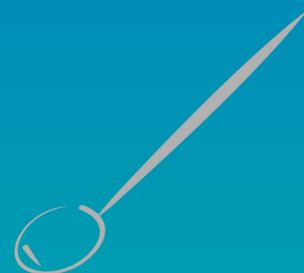
Zoonoses são doenças infecciosas transmitidas de animais para seres humanos. Entre as formas de transmissão destaca-se o consumo de carnes obtidas pelo abate de animais silvestres, o que torna essas doenças de importância ainda maior, visto que pode trazer grandes impactos a saúde humana e ao meio ambiente. O presente trabalho visa alertar sobre como as atividades realizadas pelo homem no meio ambiente podem interferir no equilíbrio ecológico, bem como nos expor comunidades a patógenos e parasitas. Por meio de uma pesquisa em bases de dados Scielo e Google acadêmico, percebeu-se que os animais silvestres têm papel fundamental na natureza uma vez que são responsáveis por ciclos naturais, muitos dos quais temos estreita dependência para permanecermos vivos, visto que obtemos ganhos provindos deste meio. Porém, atividades humanas como caça e consumo de carne silvestre tem interferido drasticamente nestes ciclos deixando seres humanos expostos a agentes microscópicos que utilizam estes organismos como reservatórios naturais, alterando o equilíbrio patógeno-hospedeiro. Um exemplo deste fato é a pandemia relacionada ao Sars-Cov-2 (COVID-19), pertencente à família *Coronaviridae*, os quais são conhecidos há anos e causam doenças humanas e animais, muitas delas associadas ao trato respiratório. A literatura revisada para realização deste estudo revelou que a origem do COVID-19 foi por meio do consumo de carnes silvestres, apontando também que uma parcela significativa associada a outras doenças infecciosas tem origem nesta prática. Ainda, alertas têm sido dados relativos ao risco de surgimento de novas doenças endêmicas ou epidêmicas. Os dados coletados na revisão permitem concluir que, além do desequilíbrio ao ecossistema provocado pela exploração desmedida e retirada destes animais, o cenário mundial é preocupante uma vez que o avanço da patologia provocada pelo COVID-19, cujo início pode ter sido zoonótico, confirma que o ser humano não possui as barreiras imunológicas necessárias, o que o torna extremamente susceptível à pandemia, evidenciando que zoonoses devem ser tratadas com extremo cuidado pois podem vir a colapsar os serviços de saúde mundiais.

Palavras chave: Zoonoses. COVID-19. Pandemia. Coronavírus.

fabio.dallanora@unoesc.edu.br

kamilamartins1@hotmail.com

ARTIGOS



A IMPORTÂNCIA DO DESENHO E A ESCULTURA DENTAL NO DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES MANUAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

The significance dental design and sculpture in the development of manual skills of the dental surgeon

SALES, Juliana¹

BOFF, Djhonatan²

DALLANORA, Andressa Franceschi³

DALLANORA, Léa Maria Franceschi⁴

RESUMO

O objetivo com este trabalho é demonstrar a importância da disciplina de desenho e escultura para a vida profissional de um cirurgião-dentista. Trata-se de uma revisão de literatura com levantamento de dados em livros de anatomia dental, bem como no artigo "Contribuição da escultura dental para a realização de restaurações clínicas", da Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. A disciplina de desenho e escultura dental viabiliza que o acadêmico de odontologia desenvolva suas habilidades manuais por meio de conhecimento teórico aliado a intensivos treinamentos para que consiga identificar os aspectos gerais dos dentes. Por estar disponível nas fases iniciais do curso, a disciplina capacita os alunos para desenvolver noções básicas de uma oclusão perfeita, orientando-os para disciplinas mais avançadas como dentística, nas restaurações clínicas, em que é imprescindível o conhecimento da anatomia dentária, para, por exemplo, realizar a escultura da oclusal de um dente e manter a oclusão e a harmonia dos arcos dentários. Além de aplicações na prótese dentária, o profissional deve ter conhecimento sobre a morfologia do dente a ser reproduzido a fim de manter uma boa estética e função. O acadêmico, ao cursar o componente curricular de desenho e escultura dental, terá aptidão não apenas nas suas capacidades manuais, mas também na percepção de detalhes anatômicos dos dentes, facilitando a sua restauração. Portanto, a escultura dental em cera exerce um papel importante no aperfeiçoamento das habilidades manuais e posteriormente no desenvolvimento de restaurações clínicas com maestria.

Palavras-chave: Escultura. Habilidades. Restaurações.

¹ Acadêmica da 8ª fase do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; jusales.odonto@gmail.com

² Acadêmico da 9ª fase do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina.

³ Professora do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; Especialista em Prótese Dentária pela Universidade do Oeste de Santa Catarina.

⁴ Professora do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; Mestra em Clínica Odontológica e responsável técnica pelo Biobanco de dentes humanos da Universidade do Oeste de Santa Catarina



Abstract

The aim of this work is to demonstrate the importance of the discipline of drawing and sculpture for the professional life of a dental surgeon. This is a literature review with data collection in dental anatomy books, as well as in the article "Contribution of dental sculpture for the realization of clinical restorations", from the Journal of Dentistry of University City of São Paulo. The discipline of dental design and sculpture makes it possible for the dentistry student to develop his manual skills through theoretical knowledge combined with intensive training so that he can identify the general aspects of the teeth. Because it is available in the initial stages of the course, the course enables students to develop basic notions of perfect occlusion, guiding them to more advanced disciplines such as dentistry, in clinical restorations, in which knowledge of dental anatomy is essential, for example, sculpting the occlusal of a tooth and maintaining the occlusion and harmony of the dental arches. In addition to applications in dental prosthesis, the professional must have knowledge about the morphology of the tooth to be reproduced in order to maintain good aesthetics and function. The academic, when taking the curricular component of drawing and dental sculpture, will have aptitude not only in his manual abilities, but also in the perception of anatomical details of the teeth, facilitating their restoration. Therefore, dental wax sculpture plays an important role in the improvement of manual skills and later in the development of masterly clinical restorations.

Keywords: Sculpture. Skills. Restorations.

1 INTRODUÇÃO

A disciplina de Escultura Dental proporciona ao aluno de graduação a oportunidade de desenvolver a habilidade manual e de adquirir visão geral do dente, que é fundamental para o trabalho de restauração e reintegração do dente ao aparelho estomatognático.

O acadêmico de odontologia deve desenvolver uma percepção estética e ser capaz de analisar a forma e função dos dentes para que possa corrigir e restabelecer a fisiologia do sistema estomatognático. A disciplina de desenho e escultura dental visa desenvolver e treinar a habilidade manual do aluno, preparando-o para as outras disciplinas em que essa habilidade é necessária (LEITE et al., 2013). Fornecendo aos alunos a experiência e uma visão ampla da anatomia dental, para representar fielmente as formas do dente.

Utilizando-se de princípios básicos, a escultura em cera é uma recomendação do ensino para os estudantes no início do curso, propiciando bases para posteriores trabalhos restauradores como: facetas, restaurações em resina composta, restaurações em amalgama entre outras.

Um estudo de Victoroff e Hogan (2006) aponta que o entusiasmo dos alunos para o estilo de ensino interativo e para oportunidades de aplicar conhecimentos, sugere de certa forma, uma modificação no currículo buscando uma aprendizagem mais efetiva. Buchaim (2014) aponta que o curso de odontologia deve abordar e integrar o conhecimento básico com a prática clínica. Já segundo Nayak (2014), existe um consenso geral entre os educadores e estudantes de que a aprendizagem da morfologia dentária através das técnicas tradicionais de aulas expositivas e esculturas em blocos de cera precisa de atualização, assim o desenvolvimento e aplicação de

estratégias alternativas para auxiliar o ensino de anatomia dental tridimensional são importantes para motivar e ensinar estudantes.

Objetivo foi avaliar as contribuições da disciplina de desenho e escultura dental em cera para a realização de restaurações clínicas e protéticas para os alunos da graduação do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc).

2 DESENHO E ESCULTURA DENTAL NA GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

O componente curricular de escultura dentária pretende fornecer aos alunos de Odontologia a experiência manual que necessitam para desenvolver as futuras competências práticas de restauração e uma visão ampla da anatomia dental, representando fielmente as formas do dente a partir da técnica de ceroplastia (BODI et al., 2007).

Esse método consiste na projeção das silhuetas proximais e das faces livres dos dentes em blocos retangulares de cera, onde os moldes das silhuetas lateral (proximal) e vestibular (face livre) são confeccionados em papel cartolina. A escultura se inicia pela projeção desenho e recorte da face lateral, após concluída se projeta desenha e recorta a face vestibular. Na sequencia traços verticais e horizontais definem bossas pontos de contato e faces, estruturas anatômicas mais evidentes, fornecendo inclinação de faces, e posição de bossas e cúspides. A forma dos dentes pode ser de difícil percepção para o aluno iniciante, e a escultura através da reprodução geométrica da forma visa fornecer esta imagem tridimensional do dente. Para Santos, Júnior (2000) o treinamento manual e a percepção de detalhes anatômicos dos dentes, que é exigida dos alunos, melhora a percepção de proporção entre esses elementos.

Para ajustar o aprendizado, professores utilizam recursos de vídeo durante a confecção dos elementos dentários na ceroplastia. Sabe-se, que a habilidade manual pode ser desenvolvida ou melhorada através de boas orientações e intensivos treinamentos. Um estudante de Odontologia deve desenvolver uma percepção estética e a visualização das proporções áureas, sendo capaz de projetar o dente sobre o bloco de cera que vai esculpir, ser competente para analisar a forma e função dos dentes para que com habilidade possa corrigir e restabelecer a fisiologia completa em seus pacientes. Com relação ao aprendizado oferecido pelo método em cera, uma das principais observações é a melhora considerável das esculturas apresentadas pelos alunos em trabalhos utilizando outros materiais restauradores como resina composta (CRUZ et al., 2018).

A odontologia atual está direcionada para a prevenção. Para recuperar a estética do sorriso e função dos elementos dentais, compreende-se diversos procedimentos que necessitam, além de conhecimentos técnico-científicos, senso artístico, destreza e habilidade manual, a fim de tornar as restaurações com aspecto mais naturais possíveis.

De acordo com Garrett et al.:

Citam que o pensamento crítico e a capacidade de autoavaliação devem ser estimulados nos currículos odontológicos, os estudantes precisam de treinamento para avaliar com precisão seu trabalho e, assim, identificar suas próprias fraquezas e buscar ajuda para melhorar sua performance, essa habilidade deve ser aprendida



durante a escola e servir aos alunos ao longo de suas carreiras como dentistas. (GARRETT et al., 2015).

Constata-se que os conhecimentos aliados aos treinamentos conquistados na disciplina, através do método em cera, direcionam o aluno para que seu desempenho profissional seja mais consciente e hábil, reestabelecendo forma e função dos dentes, obtendo uma boa fisiologia mastigatória, harmonia e estética entre os arcos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escultura dental em cera é de suma importância para desenvolver as habilidades finas de escultura, e o aluno se torne apto a esculpir as partes morfológicas de um elemento dentário visando a reprodução e confecção de restaurações clínicas e protéticas. a habilidade manual desenvolvida na prática de desenho e escultura em cera facilita o início desta jornada de formação técnica da academia. E verifica-se que os alunos que obtêm maior aproveitamento na disciplina de desenho e escultura consideram o trabalho de restaurações clínicas e protéticas de mais fácil execução, tendo em vista as habilidades adquiridos através da escultura geométrica.

REFERÊNCIAS

BODI L, T. M.; VIEIRA, G. Eficácia do método geométrico no aprendizado da escultura dental no curso de graduação em Odontologia. **ABENO**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 112, maio./ago. 2007. Disponível em: <http://abeno.org.br/ckfinder/userfiles/files/revista-abeno-2007-2.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.

BUCHAIM, R. L. *et al.* Multidisciplinary Approach in the Teaching of Dental Sculpture and Anatomy. **Int. J. Morphol.**, Temuco, v. 32, n. 2, p. 399-403, 2014.

CRUZ, J. H. de A. *et al.* A importância da anatomia e escultura dental para prática de procedimentos clínicos odontológicos. **Revista Saúde e Ciência On-line**, Campina Grande, v. 7, n. 1, p. 76-85, jul. 2018. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/520/329>. Acesso em: 08 abr. 2020.

GARRETT, P. H. *et al.* Comparison of Dental Students' Self- Directed, Faculty, and Software-Based Assessments of Dental Anatomy Wax-Ups: A Retrospective Study. **Journal Of Dental Education**, Washington v. 79, n. 12, p. 1437-1444, 2015.

LEITE, D. F. B. M. *et al.* Contribuição da escultura dental para a realização de restaurações clínicas e protéticas para os alunos da graduação do Curso de Odontologia do UNIPÊ. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 3, n. 25, p. 203-207, dez. 2013. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/178d/0f4f6fc6745c7a6bf2323192a7baf44519fb.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.

MELO, L. M. de. A escultura dental na graduação em odontologia: estratégias para a sua aplicabilidade. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Odontologia, Universidade Federal do Ceará, 2017. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/28751/1/2017_tcc_Immelo.pdf. Acesso em: 08 abr. 2020.

MADEIRA, M. C.; RIZZOLO, R. C. **Anatomia do Dente**. 8. ed. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda, 2016. 189 p.

NAYAK, M. T. *et al.* The perceived relevance of tooth carving in dental education: Views of practicing dentists and faculty in West India. **Education For Health**, Washington, v. 27, n. 3, p. 238-242, 2014.

VICTOROFF, K. Z.; HOGAN, S. Students' Perceptions of Effective Learning Experiences in Dental School: A Qualitative Study Using a Critical Incident Technique. **Journal of Dental Education**, Washington v. 70, n. 2, p. 124-132, 2006.



ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E A PERIODONTITE ASPECTOS PSICOLÓGICOS, MOTORES E O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL: RELATO DE CASO

Vascular cerebral accident and periodontitis psychological aspects, motor and control of dental biofilm: case report

OLKOSKI, Louise Eduarda¹

BONAI Nicolly²

CECCONELLO, Rodrigo³

COMUNELO, Soraia Hack⁴

WESOLOSKI, Claudia⁵

RAMOS, Grasieli de Oliveira⁶

RESUMO

A cárie e a doença periodontal são reconhecidamente as doenças bucais mais comuns e constituem-se num dos principais problemas de saúde pública, afetando a qualidade de vida do indivíduo. O objetivo deste trabalho foi demonstrar a importância do acompanhamento do paciente periodontal como um todo, bem como encontrar métodos alternativos para possibilitar a correta higienização por parte do paciente que apresenta dificuldades motoras. Trata-se de uma revisão de literatura cujo levantamento bibliográfico foi obtido por meio de artigos da base de dados Scielo. A educação em saúde bucal aos pacientes odontológicos, é necessária para que o tratamento seja realizado da melhor forma possível, o que depende também da motivação do paciente, devendo ser uma troca mútua entre paciente e cirurgião dentista para que este possa participar na melhora da saúde geral do paciente, principalmente quando este é acometido por alguma alteração motora. O acidente vascular cerebral (AVC) afeta a vida do paciente de tal forma que pode causar danos psicológicos e até mesmo depressão, devido a perda da sua independência física, e em atividade diária simples, pode ocorrer uma diminuição na auto-estima, levando a imprudência com a própria saúde. Por fim, se faz necessário que o CD não restrinja o paciente apenas pela cavidade oral, o diálogo e uma boa avaliação são indispensáveis para obtenção de bons resultados, assim como realizar adaptações para o desempenho e sucesso do procedimento, assim como o cuidado com a saúde geral do paciente.

Palavras-chave: Periodontia. Odontologia. Cirurgião-dentista.

¹ Discente da 9ª fase do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina, campus de Joaçaba; louise_olkoski@hotmail.com

² Discente da 9ª fase do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina.

³ Docente do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina, campus Joaçaba.

⁴ Docente do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina, campus Joaçaba.

⁵ Docente do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina, campus Joaçaba.

⁶ Docente do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina, campus Joaçaba; grasieli.ramos@unoesc.edu.br



Abstract

Caries and periodontal disease are recognized as the most common oral diseases and constitute one of the main public health problems, affecting the quality of life of the individual. The objective of this study was to demonstrate the importance of monitoring the periodontal patient as a whole, as well as to find alternative methods to enable correct hygiene on the part of patients with motor difficulties. This is a literature review whose bibliographic survey was obtained through articles from the ScELO database. Oral health education for dental patients is necessary to ensure that the treatment is performed as well as possible, which also depends on the patient's motivation, and should be a mutual exchange between patient and dental surgeon in order to participate in the improvement of health of the patient, especially when the patient is affected by some motor change. Stroke affects the patient's life in such a way that it can cause psychological damage and even depression due to the loss of their physical independence, and in simple daily activity, a decrease in self-esteem may occur, leading to recklessness with one's own health. Finally, it is necessary that the CD not only restrict the patient to the oral cavity, the dialogue and a good evaluation are indispensable to obtain good results, as well as to make adaptations for the performance and success of the procedure, as well as the care with the patient's overall health.

Keywords: Periodontics. Dentistry. Dental surgeon.

1 INTRODUÇÃO

Pereira et al. (2014) citam que o controle da placa é essencial para a manutenção da saúde periodontal, em qualquer área da saúde é de extrema relevância atentar-se na prevenção, no caso de pacientes periodontais este fator pode ser a diferença entre o controle e o agravamento da doença.

Schäfer et al. (2010) complementam que o acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame cerebral é uma infartação de uma parte específica do cérebro devido à irrigação sanguínea insuficiente, podendo ocorrer por oclusão de um dos principais vasos que nutrem o cérebro, por obstrução parcial ou completa de um grande vaso intracraniano, ou por hemorragia. As consequências neuro-musculoesqueléticas do AVC dificultam ou impossibilitam o uso funcional do membro superior, o que pode comprometer as atividades de vida diária.

O paciente com AVC apresenta sequelas que limitam as atividades cotidianas, comprometendo aspectos físicos, psicológicos e sociais que alteram significativamente a qualidade de vida. Devido a estes fatores a depressão nesses pacientes é muito frequente sendo uma das principais variáveis associadas com a piora da qualidade de vida. (SCHAFER et. al, 2010).

Chou et al. (2011) complementa que para que a população com problemas motores mantenha de alguma forma o controle do biofilme dental, incentiva-se o emprego de métodos alternativos de higiene bucal, quando não há acesso aos meios tradicionais existentes, ou dificuldade de manipulação dos mesmos, devido aos problemas motores, como no caso do paciente com acidente vascular cerebral, bem como deve-se considerar por parte do cirurgião-dentista, não só o cuidado bucal e sim ver o paciente como um todo, muitas vezes com diálogos durante as consultas que seguem e apoio psicológico que muitas vezes o paciente não encontra. Leva-se

em consideração que em casos de paciente periodontais a estética comprometida o que pode levar a um agravamento da condição depressiva, assim um tratamento efetivo e cooperativo do paciente pode levar a resultados favoráveis para a saúde geral (CHOU et al., 2011).

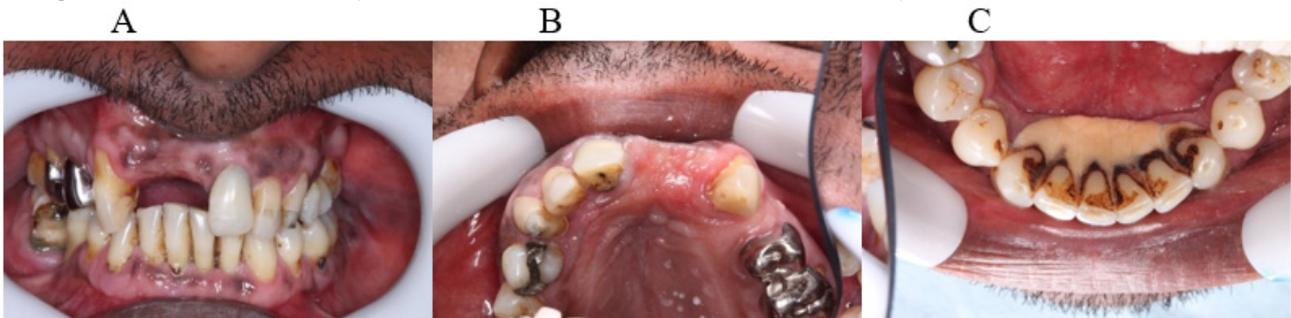
O objetivo do presente trabalho é o enfoque ao tratamento periodontal básico em um paciente que sofreu AVC, levando em consideração a prevenção terapêutica para auxiliar na higiene bucal com métodos alternativos aos tradicionais, bem como a atenção psicológica e manutenção da saúde bucal para controle efetivo da doença periodontal e também melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

2 RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, melanoderma, fumante, hipertenso, 41anos chegou na disciplina de Clinica Integrada I na Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc) para receber atendimento odontológico, queixando-se de que estava com os dentes "moles". Durante a anamnese, o paciente relatou que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) há aproximadamente dois anos e que, depois do ocorrido ficou com sequelas no lado esquerdo do corpo, ou seja problemas motores, o que dificulta a maioria de suas atividades diárias. Em seguida realizou-se o exame clínico onde encontrou-se a seguinte situação: grandes massas de cálculo nos elementos ântero-inferiores, os quais possuíam mobilidades nos graus um e dois.

No restante dos elementos observou-se cálculos grosseiros e em quase todos e havia presença de extensas bolsas periodontais (Fotografia 1). A condição encontrada de higiene bucal e controle do biofilme segundo o método de Greene e vermilion foi fraco. Como opção de tratamento, realizou-se raspagem de todos os elementos através do uso de curetas e do ultrassom, instruindo o paciente sobre métodos de higiene sessão por sessão e introdução de dispositivos alternativos para auxiliá-lo na escovação e uso do fio dental, que é sua maior dificuldade. Fora levado em consideração os aspectos psicológicos do mesmo, com conversas diárias de apoio e aos poucos o paciente foi sentindo mais confiança para não só aderir ao tratamento periodontal como para conversar sobre o que estava sentindo, a cada sessão mais empenhado com o tratamento e vendo sua melhora na higiene e condição geral de seus dentes. Conclui-se no final do tratamento que sua condição de higiene vem evoluindo, após 6 sessões de tratamento seu índice de placa já evoluiu para regular e até o termino e no decorrer das sessoes de manutenção espera-se alcança nível bom.

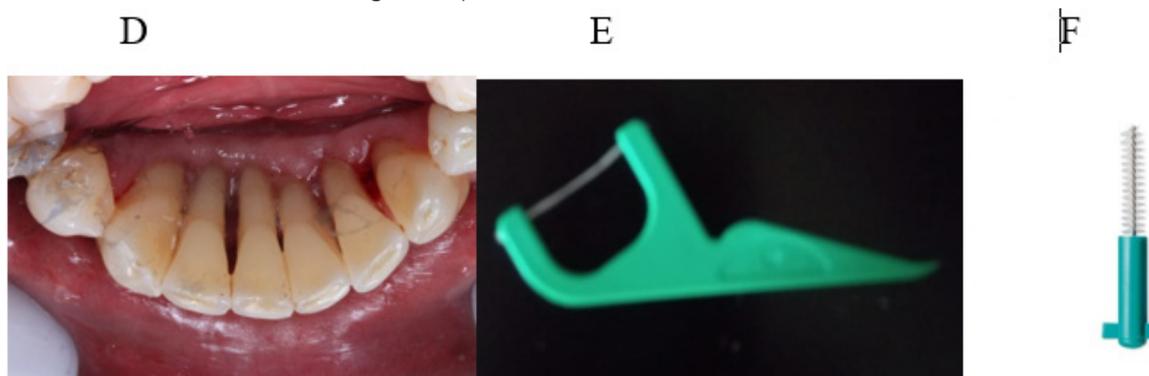
Fotografia 1 – Primeira sessão pré tratamento – A: Vista oclusal; B: Arcada superior; C: Arcada inferior



Fonte: os autores.



Fotografia 2 – Pós tratamento – D: arcada inferior; E: passador de fio entregue ao paciente; F: escova interdental entregue ao paciente



Fonte: os autores.

3 DISCUSSÃO

O biofilme dentário é um dos principais fatores etiológicos da doença periodontal. Segundo Pereira et al. (2014) uma das tentativas para que a população mantenha de alguma forma o controle é motivar o emprego de métodos alternativos de higiene bucal. Dito isto, pacientes que possuam alguma dificuldade motora decorrente de inúmeros fatores podem ser pacientes de eleição para tal técnica de controle do biofilme bacteriano.

Chou et al. (2011) enfatiza que o conhecimento sobre a etiologia da cárie e doença periodontal por parte dos pacientes é de fundamental importância para a prevenção. Neste aspecto, o cirurgião-dentista deve estar atento sobre o nível de conhecimento deles e procurar orientá-los com clareza nas informações.

Chou et al. (2011) salienta que os métodos de controle de placa bacteriana mais eficazes incluem os procedimentos de natureza mecânica. A remoção ativa da placa bacteriana pelo paciente, também denominada autocuidado, é o resultado de diversos fatores, tais como: conhecimento sobre etiologia, patogenia, tratamento e controle das doenças dentárias, motivação, instrução em higiene bucal, destreza manual e adequação dos instrumentos de limpeza.

Desta forma é de extrema importância procurar adaptar tanto técnica quanto os aparatos a serem utilizados pelo paciente em sua higienização. Há por exemplo escovas interdentais, passadores de fio dental com cabo. Estes juntamente com a orientação de como utiliza-los, podem sanar as dificuldades motoras do paciente no momento da escovação. (CHOU et al., 2011)

Schäfer et al. (2010) citou que pacientes que tenham sofrido AVC sofrem uma mudança intensa no estilo de vida e tem danos físicos como paresia do lado esquerdo desenvolvendo dificuldades desde o movimentar até o fato de manter sua higiene em dia, assim como alterações psicológicas, devido ao paciente sentir-se com a necessidade de reorganizar-se em seu cotidiano psicológico e social e diminuir o nível de independência. Apesar de todas as dificuldades encontradas precisa-se executar um trabalho reabilitador, mesmo diante de todas as sequelas sofridas pelo paciente que sofreu AVC,

Baseado em (ANGST; GOMES; OPPERMANN, 2015) "é imprescindível o contato paciente-profissional, para com o controle do biofilme como uma intervenção efetiva e necessária em todos os aspectos e etapas do manejo dos pacientes periodontais." Inúmeras vezes o cirurgião-dentista (CD) participa ativamente do cotidiano do paciente, as consultas recorrentes para o tratamento da DP (doença periodontal) e após, na fase de manutenção criam um vínculo que se diz respeito ao dia-a-dia facilitando ao CD o diálogo.

Lahti et al. (apud GARCIA; SERRA; DOTTA, 2005) sugerem que a pobre relação interpessoal é a maior causa para a baixa cooperação dos pacientes e também a maior responsável pela perda do mesmo para outro profissional. A relação entre CD e o paciente é necessária para que haja confiança do paciente no profissional, para que desta forma, sintam-se motivados a realizar o tratamento proposto e ainda praticar as orientações propostas a ele.

Segundo Morais (1999), "A saúde bucal é um estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca que só tem significado quando acompanhada, em certo grau, da saúde geral do indivíduo" (apud CHAVES, 1986), assim é dever do CD abranger seu paciente como um todo, desde os cuidados bucais, compreender seu cotidiano, para que melhore não só sua saúde bucal como sua qualidade de vida.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado e publicações levantadas trazem à discussão da terapêutica de uma situação complexa que o Acidente Vascular Cerebral, correlacionado com a doença periodontal e seus fatores etiológicos bem como outros fatores psicológicos do paciente que atuam na sua saúde bucal e geral. Conclui-se que o bom tratamento periodontal no presente caso seguiu um ciclo, onde o acompanhamento segue pelo tratamento periodontal em sistêmica, relacionados os achados da saúde geral do paciente e trazendo a tona para melhorar seu tratamento, a fase inicial, responsável pela causa, a remoção das massas de cálculo e bolsas periodontais, a fase de manutenção para que o paciente mantenha o tratamento regularmente para que sua situação evolua, dando ênfase específica ao incentivo alternativo, como do paciente para seguir no tratamento fisioterápico para melhora das condições motoras, todos alternativos de higiene oral devido a parestesia do lado esquerdo, entregas de kits higiene oral (HO) para motivação e instrução de HO, conversas e incentivo ao acompanhamento psicológico. Sendo o principal tratar a causa primária, trabalhar no que resultou esse problema, e essencialmente promover a saúde bucal e geral do paciente.

REFERÊNCIAS

CHOU, T. T. A. *et al.* Avaliação do conhecimento e comportamento dos pacientes em tratamento odontológico em relação à cárie, doença periodontal e higiene bucal. **RPG Revista de Pós-graduação**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 140-147, 2011. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/Avalia%C3%A7%C3%A3o-do-conhecimento-e-comportamento-dos-pacientes-em-tratamento-odontol%C3%B3gico-em-rela%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-c%C3%A1rie-doen%C3%A7a-periodontal-e-higiene-bucal.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.



SCHÄFER, P. S.; MENEGOTTO, L. de O.; TISSER, L. Acidente Vascular Cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. **Ciências & Cognição**, Taquara, v. 15, n. 2, p. 202-215, ago. 2010. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/263/202>. Acesso em: 10 abr. 2019.

PEREIRA, L. C. G. *et al.* Conhecimentos e Opiniões de uma população em relação aos métodos alternativos de higiene bucal em atividades de extensão. **Revista Ciência em Extensão**, Anápolis, v. 10, n. 2, p. 36-46, 2014. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/962/973. Acesso em: 10 abr. 2019.

GRAETZ, C. *et al.* Survival and maintenance efforts of adhesively attached extracted teeth in periodontitis patients. **Journal Of Dentistry**, [s. l.], v. 83, p. 56-60, abr. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30862558?fbclid=IwAR3OUMo6JUdl4HomPsZoQw5b9hAi-8LvA-fK53tTyKDKKPDWQPezmUIYuyy8>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MARTINS, A. V. **Fundamentos para esplintagem de dentes pilares com suporte periodontal reduzido**. 2010. 77 f. Monografia (Especialização) - Curso de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-94WMTW/adriana_vieira_martins.pdf?sequence=1. Acesso em: 10 abr. 2019.

GARCIA, P. P. N. S.; SERRA, M. da C.; DOTTA, E. A. V. Primeira consulta: estratégias adotadas por cirurgiões-dentistas para a conquista de pacientes. **Revista de Odontologia da Unesp**, Araraquara, v. 8, n. 43, p. 43-48, 2005. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/host-article-assets/rou/588017a-d7f8c9d0a098b484c/fulltext.pdf>. Acesso em: 11 maio 2019.

MORAES, A. B. A. Psicologia e Saúde Bucal: circunscrevendo o campo. In: KERBAUY, R. R. **Comportamento e Saúde: explorando alternativas**. Santo André: Editora ARBytes, 1999. Seção II, cap. 5, p. 61-83.

ANGST, P. D. M.; GOMES, S. C.; OPPERMANN, R. V. Do controle de placa ao controle do biofilme supragengival: o que aprendemos ao longo dos anos? **Rev Assoc Paul Cir Dent**, Porto Alegre, p. 252-259, 2015. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v69n3/a08v69n3.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

ASPECTOS DE IMAGEM NA AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Image Diagnostic in Evaluation in Temporary Mandibular Joint

DALLANORA, Léa Maria Franceschi¹

LUCIO, Luciane Lucas²

GHUNTER, Carlos Pizzatto³

KEL, Roberto Siqueira⁴

RESUMO

A dor relacionada à articulação temporomandibular (ATM) é comum na população em geral e compreendem as principais causas de dor não dentária na região orofacial, sendo a segunda condição musculoesquelética crônica mais comum após dor lombar. Devido à complexidade anatômica da ATM, a imagem pode ser de difícil compreensão. A escolha da técnica correta é essencial e diferentes modalidades de imagem estão disponíveis para esta avaliação, cada uma com pontos fortes e fracos inerentes. A ressonância magnética (RM) é a mais utilizada e é o método diagnóstico de escolha. O entendimento da anatomia da ATM possibilita o melhor entendimento dos sintomas relacionados e possibilita a avaliação correta por meio dos diferentes métodos diagnósticos. Este artigo abrange a anatomia da ATM, algumas técnicas de imagem, as principais patologias envolvidas e nos diagnósticos diferenciais, focando nos achados de imagem por RM. Palavras-chave: Articulação temporomandibular; Diagnóstico; Imagem por ressonância magnética.

Abstract

Pain related to the temporomandibular joint (TMJ) is common in the general population and comprises the main causes of non-dental pain in the orofacial region, being the second most common chronic musculoskeletal condition after low back pain. Due to the anatomical complexity of the TMJ, the image can be difficult to understand. Choosing the correct technique is essential and different imaging modalities are available for this assessment, each with inherent strengths and weaknesses. Magnetic resonance imaging (MRI) is the most used and is the diagnostic method of choice. Understanding the anatomy of the TMJ allows for a better understanding of the related symptoms and enables the correct assessment through the different diagnostic methods. This article covers the anatomy of the TMJ, some imaging techniques, the main pathologies involved and differential diagnoses, focusing on MRI imaging findings.

Key words: Temporomandibular joint; Diagnosis; Magnetic resonance imaging.

¹ Cirurgião Dentista; Professora de Desenho e Escultura, Oclusão e Clínica Integrada da Universidade do Oeste de Santa Catarina; Mestra em Ortodontia e Clínica Odontológica; Especialista em Disfunção Temporomandibular; lea.dallanora@unoesc.edu.br

² Médica Residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (Nível 3) do Hospital Universitário Santa Terezinha/Digimax; lucianellucio@gmail.com

³ Médico especialista de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (Nível 1) do Hospital Universitário Santa Terezinha/Digimax;

⁴ Médico Radiologista pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Especialista em Radiologia e diagnóstico por imagem (CBR); Título em Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia – (CBR/SOBRICE) e fellow em Neurorradiologia e Imagem em cabeça e pescoço; robertokel@gmail.com

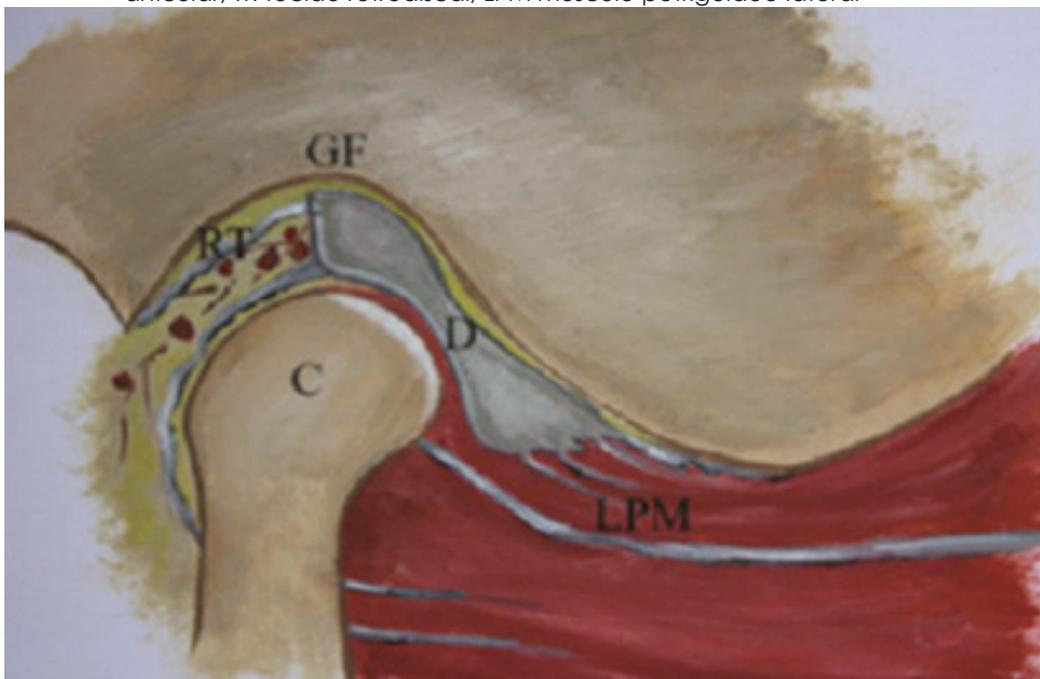


1 INTRODUÇÃO

O movimento da mandíbula envolve um alto nível de interação e coordenação entre cêndilos mandibulares bilaterais, disco articular, músculos e ligamentos. A função normal da articulação temporomandibular (ATM) requer sincronização e movimento coordenado do disco, cabeça condilar e músculos da mastigação, de acordo com Imanimoghaddam (2013).

A estabilidade dinâmica é fornecida ao disco por vários ligamentos anexos. A principal força estabilizadora da ATM é a zona de inserção posterior. Os componentes musculares mais importantes do complexo temporomandibular são: temporal, masseter, pterigoides medial e lateral. A anatomia se encontra ilustrada na Figura 1.

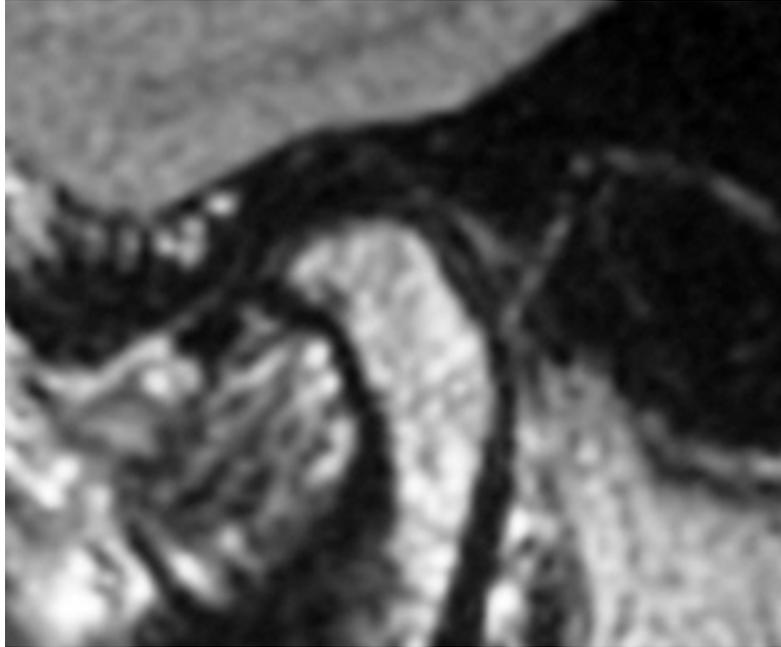
Figura 1 – Anatomia da Articulação temporomandibular; GF –fossa glenoide; D- disco articular; TR tecido retrodiscal; LPM musculo petrigoideo lateral



Fonte: Talamaceon (2018).

Segundo Ramos et al. (2004), o disco articular é uma estrutura bicôncava, flexível, formado por tecido conjuntivo fibroso denso, dividindo o espaço articular em dois compartimentos (superior e inferior), caracterizado na Figura 2.

Figura 2 – RM sagital ponderada em T1, uma posição de boca fechada mostra a ATM normal.



Fonte: Tomas (2006).

O propósito deste artigo é auxiliar no entendimento dos aspectos de imagem da ATM, citando os principais métodos diagnósticos, além de fazer uma breve revisão sobre as principais patologias que acometem esta articulação complexa.

1.1 EMBRIOLOGIA E DESENVOLVIMENTO DA ATM

A ATM é uma das últimas articulações a se desenvolver intraútero e não surge na região craniofacial até que a 8ª semana de gestação se complete. A maxila, mandíbula, músculos da mastigação e o disco bicôncavo se desenvolvem embriologicamente até a 14ª semana de gestação, conforme Talmaceanu (2018).

1.2 PATOLOGIA DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

A disfunção da ATM é uma patologia comum, que afeta cerca de 28% da população em geral. (Pescavage-Thomas, 2014). Mehndiratta et al. (2019) relataram que os principais sintomas de desarranjo interno da ATM são dor craniofacial, estalos nas articulações e abertura da boca reduzida. Em relação a amplitude de movimento, os estágios iniciais geralmente se caracterizam por hipermobilidade condilar.

A causa mais frequente de disfunção da ATM é um distúrbio interno, definido como uma relação anormal do disco com o côndilo. Sintomas clínicos comuns incluem dor e sons articulares (clique ou crepitação). É importante que o radiologista detecte sinais precoces de imagem de desarranjo interno, evitando a evolução dessa condição para doença articular degenerativa.



Na doença degenerativa, segundo Tamimi et al. (2017), as alterações de partes moles precedem as alterações ósseas na osteoartrose. Entre as alterações ósseas destacam-se o espessamento e esclerose do córtex articular, achatamento das superfícies articulares, erosões, osteófitos e cistos ósseos subcondrais.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A imagem desempenha um papel fundamental na definição de alterações anatômicas da ATM, auxiliando na identificação da categoria da disfunção, na resposta ao tratamento, além de orientar o tratamento cirúrgico.

Os principais métodos para a avaliação da ATM são a radiografia (RX) convencional, RX panorâmico (Figura 3), tomografia computadorizada (TC) (Figura 4), ultrassonografia (US) e ressonância magnética (RM). A radiografia panorâmica demonstra bem as estruturas ósseas e é um método de triagem para desarranjo articular interno, porém serve apenas para revelar alterações degenerativas avançadas do côndilo. A TC permite avaliar estruturas ósseas e é amplamente utilizada para avaliação de trauma na região maxilofacial e no planejamento pré-cirúrgico do tratamento com implantes. Já a ultrassonografia é um método não invasivo que permite a avaliação em tempo real, conforme Baba (2016).

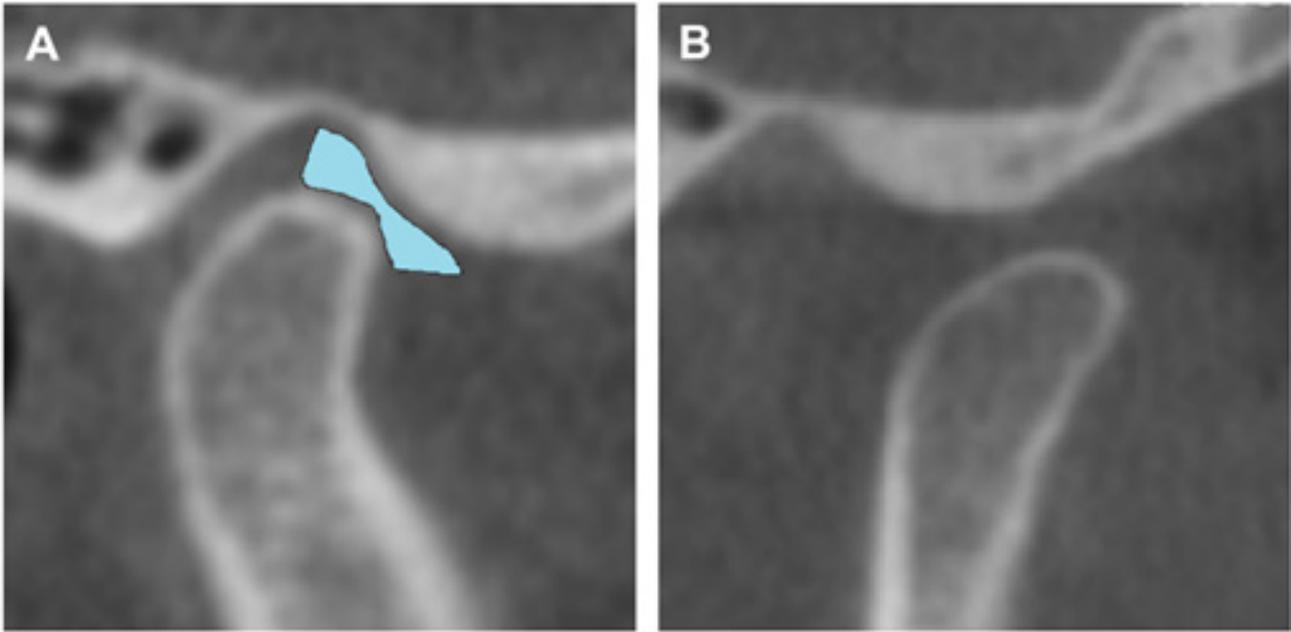
A ressonância magnética (RM) é o método padrão-ouro para avaliação do disco articular e tecidos moles. O primeiro passo na avaliação por ressonância magnética da ATM é avaliar o disco articular, em termos de suas características morfológicas e sua localização em relação ao côndilo nas posições de boca fechada e aberta. A localização do disco é de importância primordial, porque a presença de um disco deslocado é um fator crítico na disfunção da ATM.

Figura 3 – RX panorâmico mostra assimetria entre os côndilos



Fonte: Talmaceanu (2018).

Figura 4 – Janela óssea na TC nas posições (A) fechada e (B) boca aberta mostram as relações espaciais normais das estruturas ósseas. (A) Um disco bicôncavo de formato normal pode ser imaginado, mas não pode ser visualizado por este método.



Fonte: Tamimi (2017).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Tomas et al. (2006), a morfologia do disco pode se alterar se a disfunção for persistente. Um disco habitual tem uma forma bicôncava. Tardiamente, o disco deslocado adquire formato biconvexo ou arredondado. Em relação ao sinal na RM, um disco normal deve ter baixa intensidade de sinal em todas as sequências. A presença de um sinal alto é considerada anormal.

Um disco deslocado pode ser reduzido “recapturado” com a abertura da boca, e isso geralmente é acompanhado por um clique audível e palpável. À medida que a doença progride, o disco pode não ser redutível, resultando em movimento limitado com a ausência de um clique audível, conforme Petsavage-Thomas (2014). O deslocamento do disco pode ocorrer em qualquer direção anatômica (anterior, anterolateral, anteromedial, lateral, medial e posterior). As imagens de RM sagital e coronal são usadas para diagnosticar todos esses tipos de deslocamento de disco.

O derrame articular também é um achado comumente observado, tal qual descreveu Bag et al. (2014), mais frequentemente no compartimento superior. A presença de grandes quantidades de derrame articular tem sido associada à dor na ATM e ao deslocamento do disco. Na ressonância magnética, o derrame articular é mais bem representado com sequências ponderadas em T2, manifestando-se como áreas de hiperintensidade.

De acordo com Eren (2015), os outros fatores etiológicos dos distúrbios articulares podem ser infecciosos, imunológicos, metabólicos, neoplásicos, congênita ou de desenvolvimento. Vale lembrar que o principal distúrbio inflamatório que afeta a ATM é a artrite reumatoide. Em relação a alterações do desenvolvimento, destacam-se a microssomia hemifacial, hipoplasia condilar e hiperplasia condilar. Os processos neoplásicos podem ser benignos (como o osteocondroma e o



osteoma) ou maligno como o condrossarcoma. Outras condições que podem ser caracterizadas na RM de ATM são a condromatose sinovial e a condrocalcinose, assim como descreve Tamimi et al. (2017).

Os principais métodos diagnósticos e os principais achados por eles caracterizados estão quantificados na Quadro 1.

Quadro 1 – Avaliação das condições patológicas por diferentes métodos de imagem

Condições patológicas	RX panorâmico	TC	RM
Anquilose óssea	0	+++	+
Anquilose fibrosa	0	++	+++
Artrites	+	++	+++
Anomalias	+	+++	++
Posição do disco	0	+	+++
Fraturas	++	+++	++
Inflamações	0	+	+++

Fonte: os autores.

4 CONCLUSÃO

A ATM possui uma anatomia complexa, sendo necessário uma investigação minuciosa para encontrar a causa correta das patologias envolvidas. A imagem tem um papel relevante no diagnóstico do espectro das doenças que acometem a articulação temporomandibular. A RM é a modalidade que mais se destaca, pois tem excelente resolução de contraste de tecidos moles, além de ser um método não invasivo que não utiliza radiação.

REFERÊNCIAS

BABA, I. A. *et al.* TMJ Imaging: A review. **International Journal of Contemporary Medical Research**, Índia, v. 3, n. 8, p. 2253-2256, 2016.

BAG, A. K. *et al.* Imaging of the temporomandibular joint: an update. **World journal of radiology**, [s. l.], v. 6, n. 8, p. 567, 2014.

EREN, H.; KOLSUZ, M. E.; ORHAN, K. An overall look for temporomandibular joint pathologies and imaging. **International Journal of Orthopaedics**, Jharkhand, v. 2, n. 6, p. 452-461, 2015.

IMANIMOGHADDAM, M.; MADANI, A. S.; MAHMOUDI HASHEMI, E. MRI findings in patients with TMJ click. **Journal of Dental Materials and Techniques**, Mashhad, v. 3, n. 1, p. 28-36, 2013.

MEHNDIRATTA, A. *et al.* Painful clicking jaw: a pictorial review of internal derangement of the temporomandibular joint. **Polish Journal of Radiology**, Polônia, v. 84, p. 598, 2019.

PETSCAVAGE-THOMAS, J. M.; WALKER, E. A. Unlocking the jaw: advanced imaging of the temporomandibular joint. **American Journal of Roentgenology**, Lessburg, v. 203, n. 5, p. 1047-1058, 2014.

RAMOS, A. C. A. *et al.* Articulação temporomandibular-aspectos normais e deslocamentos de disco: imagem por ressonância magnética. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 449-454, 2004.

TALMACEANU, D. *et al.* Imaging modalities for temporomandibular joint disorders: an update. **Clujul Medical**, Bethesda, v. 91, n. 3, p. 280, 2018.

TAMIMI, D.; JALALI, E.; HATCHER, D. Temporomandibular joint imaging. **Radiologic Clinics**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 157-175, 2018.

TOMAS, X. *et al.* MR imaging of temporomandibular joint dysfunction: a pictorial review. **Radio-graphics**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 765-781, 2006.



ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS: RELATO DE CASO

Dental care of patients with special needs: Case report

NESELLO, Heloísa Reffatti¹

ANRAIN, Bárbara²

DE DEA, Bruna³

WESOLOSKI, Claudia Irene⁴

CECCONELLO, Rodrigo⁵

RESUMO

Diversas são as dificuldades encontradas no ramo da odontologia, entre elas destacam-se a dificuldade do cirurgião dentista em atender o paciente portador de necessidades especiais sem o treinamento para o atendimento especializado e o déficit da saúde bucal desses pacientes. O objetivo do presente trabalho foi relatar as dificuldades clínicas encontradas no cotidiano e no atendimento odontológico de um paciente portador de necessidades especiais, com dificuldade motora, que buscou a clínica de odontologia da Unoesc. O levantamento de dados foi realizado no site Pumed, Scielo e Periódicos CAPES. Paciente G.F.O, gênero masculino, 47 anos, leucoderma, compareceu a clínica integrada I, na Universidade de cde "restauração no dente da frente que havia quebrado". O paciente apresentou dificuldade de locomoção, sendo necessária a utilização de cadeiras de rodas da universidade, paciente relatou que não faz o uso de cadeira de rodas na sua rotina. Durante o atendimento houve dificuldades das acadêmicas em atender o paciente, como coloca-lo na cadeira de rodas, trajeto até a clínica (onde precisava subir pela rampa da universidade), transferi-lo da cadeira de rodas para a cadeira odontológica, paciente não conseguia cuspir tinha que realizar a sucção, entre outras. Conclui-se então que é de suma importância o cirurgião dentista estar apto a atender pacientes especiais, e saber lidar com as situações rotineiras que acontecem no cotidiano clínico desses pacientes. Saber utilizar e abordar técnicas que auxiliem a higienização bucal desses pacientes, como no caso clínico a utilização de escovas elétricas.

Palavras-chaves: Pacientes especiais. Cirurgião dentística. Escovas elétricas.

Abstract

There are several difficulties encountered in the field of dentistry, among them highlighted - the difficulty of dental surgeries in caring for or patients with special needs without training for specialized

¹ Acadêmica da 8ª fase do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; heloisanesello@gmail.com

² Professora do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; Mestra em Radiologia pela SMandic; barbara.anrain@unoesc.edu.br

³ Professora do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; Mestra em Odontopediatria pela SMandic; bru.dea@unoesc.edu.br

⁴ Professora do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; claudia.wesoloski@unoesc.edu.br

⁵ Professor do curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; Especialista em saúde coletiva pela Unoesc; rodrigo.cecconello@unoesc.edu.br



care and the oral health deficit of these patients. The objective of the present work was related to clinical difficulties encountered in daily life and in dental care for a patient with special needs, with motor difficulties, who sought a dental clinic at UNOESC. The data survey was carried out on the Pumed, Scielo and Periódicos CAPES website. Patient G.F.O, male, 47 years old, leucoderma, compared an integrated clinic I, at the University of Cde "Restoration in the front tooth that had broken". The patient had limited mobility, requiring the use of wheelchairs from the university, patient reported that he does not use wheelchairs in his routine. During the service there were difficulties for the academics to assist the patient, such as placing him in a wheelchair, going to the clinic (where he needed to climb the university ramp), transferring him from the wheelchair to the dental chair, the patient was unable to spitting had to perform suction, among others. We conclude then that it is of paramount importance that the dental surgeon is able to attend special patients, and to know how to deal with the routine situations that happen in the clinical routine of these patients. Know how to use and approach techniques that help the oral hygiene of these patients, as in the clinical case the use of electric brushes.

Keywords: Special patients. Dental surgeon. Electric brushes.

1 INTRODUÇÃO

Diversas são as dificuldades encontradas no ramo da odontologia, entre elas destacam-se a dificuldade do cirurgião dentista em atender o paciente portador de necessidades especiais sem o treinamento para o atendimento especializado e o déficit da saúde bucal desses pacientes. Segundo o Ministério da Saúde (2008), é considerado paciente com 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 necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais e o envelhecimento.

De acordo Spezzia e Bertolini (2017) a Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 10% da população de qualquer país é portadora de algum tipo de deficiência, das quais, 2% são portadores de deficiência física. Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 24,5 milhões de pessoas portadoras de deficiência, fazendo-se necessário o conhecimento do cirurgião dentista relacionada a abordagem no atendimento desses pacientes.

A disciplina de atendimento a pacientes com necessidades especiais nas universidades não é obrigatória, então torna-se optativo a abordarem desse conteúdo. Porém nota-se uma falha no atendimento odontológico de pacientes com algum problema tanto psíquico quanto físico pelos cirurgiões dentistas, por mais que se mostram comprometidos com o atendimento, apresentam limitações quanto a procedimentos invasivos e acabam por não realizar o atendimento, deixando o paciente desamparado, e prejudicando sua qualidade de vida. (FONSECA et al., 2010).

O paciente portador de necessidade especial, neste caso, deficiência motora, encontra uma dificuldade em realizar a remoção mecânica do biofilme dental, pode ser lançado o uso de estratégias para facilitar a remoção completa do biofilme, sendo responsabilidade do cirurgião

dentista identificar a falha na saúde bucal e buscar técnicas para melhor atender o caso do paciente individualmente.

O objetivo do presente trabalho foi relatar as dificuldades clínicas encontradas no cotidiano e no atendimento odontológico de um paciente portador de necessidades especiais, com dificuldade motora, que buscou a clínica de odontologia da Unoesc.

2 RELATO DE CASO

Paciente G.F.O, gênero masculino, 47 anos, leucoderma, compareceu a clínica integrada I, na Universidade de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), com a queixa principal de "restauração no dente da frente que havia quebrado". O paciente apresentou dificuldade de locomoção, sendo necessária a utilização de cadeiras de rodas da universidade, paciente relatou que não faz o uso de cadeira de rodas na sua rotina. Durante o atendimento houve dificuldades das acadêmicas em atender o paciente, como coloca-lo na cadeira de rodas, trajeto até a clínica (onde precisava subir pela rampa da universidade), transferi-lo da cadeira de rodas para a cadeira odontológica, paciente não conseguia cuspir tinha que realizar a sucção, entre outras.

Durante a anamnese quando questionado sobre os hábitos de higiene, paciente relatou escovar os dentes três vezes ao dia, sem auxílio de terceiros e não fazia uso de fio dental. O CPOD do paciente totalizou 16 com 14 hígidos. Na realização do índice de Placa Visível (IPV), paciente apresentou condição fraca nos dias 29 de julho, 12 de agosto e 02 de setembro e regular dia 19 de agosto, 09 de setembro e 16 de setembro, demonstrando diminuição de placa somente nos dentes anteriores, conforme o Quadro:

Quadro 1- Índice de Placa Visível (IPV) do paciente

dia	16 V	11 V	26 V	36 V	31 V	46 L
29/jul	3	1	3	3	2	3
12/ago	2	1	3	3	1	3
19/ago	1	0	1	2	2	2
02/set	2	1	1	2	1	3
09/set	1	0	1	2	0	2
16/set	2	2	2	2	0	2

Fonte: os autores.

Após o exame clínico e radiográfico, o tratamento proposto foi raspagem supragengival nos elementos 18, 17, 16, 28, 27, 26, 25, 24 (nas faces vestibular, palatal, mesial e distal), 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 37 e 38 (na face lingual), restauração classe III no elemento 12 estava com sobrecontorno na mesial e restauração do elemento 11 que estava fraturado, sendo realizado uma restauração estética (faceta).



3 DISCUSSÃO

As pessoas com necessidades especiais constituem uma população heterogênea portadora de grande variedade de deficiências físicas, mentais, neurológicas ou sociais. Apresentam na maioria das vezes dependência e vulnerabilidade, sendo mais suscetíveis a distúrbios bucais, que podem afetar sua qualidade de vida, necessitam assim, assistência de profissionais de saúde de diversas áreas, contando sendo de extrema importância o atendimento multidisciplinar, como acontece no caso relato, o paciente apresenta deficiência motora necessitando um tratamento especializado. Na odontologia é considerado 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, esses pacientes necessitam de um tratamento diferenciado e específico para cada caso (SPEZZIAL, BERTOLINI, 2017).

A dificuldade de atendimento a pacientes especiais está na rotina clínica odontológica, como foi encontrada no caso clínico, em que os estudantes não estavam ainda aptos a realizar esse atendimento. Essas dificuldades para o cirurgião dentista podem abranger diversas questões, como questões humanas, questões de ordem moral, filosófica, psicológica, e principalmente a de não conseguir suprir as necessidades desses pacientes. Trata-se de algo muito mais amplo do que apenas o atendimento odontológico convencional (FONSECA et al., 2010).

De acordo com Spezzial e Bertolini (2017) muitos são os motivos que impedem o atendimento a esse público, são eles: qualificação deficiente, acarretando pouca preparação profissional e desinteresse por parte dos profissionais para com esses pacientes; falta de integração entre as áreas de saúde com inexistência de prática clínica fundamentada na educação e prevenção; locais de atendimento de difícil acesso, que geram custos onerosos aos pacientes quanto a sua locomoção; limitações financeiras; problemas com a auto-imagem; ignorância ou negligência voltada a manutenção da saúde bucal desses pacientes, tanto das instituições acolhedoras, como dos pais e/ou responsáveis por esses indivíduos e cuidados especiais que são requeridos no atendimento desses pacientes, que podem alterar a rotina dos consultórios, perturbar os demais pacientes e exigir tempo para tratamento adicional, que não pode ser remunerado. No caso clínico a dificuldade foi a questão da qualificação deficiente, no qual os profissionais apresentaram pouca preparação para o atendimento.

É importante que esses profissionais estejam aptos para realizar esse atendimento odontológico sem medo ou resquício, o problema é que muitas instituições em suas grades curriculares não possuem a disciplina voltada para pacientes especiais e em outras instituições essa disciplina é optativa com a carga horária total em torno de 60 a 68 horas, o que é pouco, tendo em vista que a formação estrutural do profissional deve ser propiciada. (SPEZZIAL; BERTOLINI, 2017). Na Unoesc a disciplina está na grade obrigatória do curso contando com 80 horas.

São realizados cursos de extensão que visam: valorizar a atenção e o cuidado da pessoa com deficiência, justificando-as a partir do seu conceito de inclusão em saúde; estar apto a explicar a necessidade de atendimento competente à pessoa com deficiência, em linguagem científica e não científica, de acordo com os princípios éticos; buscar dados e reconhecer as etiologias das principais

deficiências e síndromes de interesse odontológico e estar apto a implementar um programa de atenção e cuidado à saúde bucal das pessoas com deficiência. (SEZZIAL; BERTOLINI, 2017):

Pacientes com necessidades especiais (PNE) apresentam maior prevalência de cárie dentária, mais dentes não tratados e maior número de dentes perdidos, além de possuírem maior necessidade de tratamento periodontal, se comparadas à população em geral. Esse maior acometimento de doenças bucais pode estar relacionado à grande dificuldade que esta parcela da população encontra para realizar a higiene bucal, geralmente relacionada a um atraso motor e/ou algum déficit intelectual, necessitando muitas vezes do auxílio de um cuidador para realizá-la. (HARTWIG, [20-?]).

Esses pacientes com necessidades especiais acabam demonstrando um desempenho inferior na realização da higienização bucal, e muitos necessitam de ajuda de um responsável na prática da escovação por falta de coordenação motora, levando o paciente a total ou parcial incapacidade para o manuseio da escova dental, no caso clínico relatado o paciente com deficiência motora realizava sua própria escovação, sem ajuda de terceiros. Outros fatores que os tornam dependentes ou semi-dependentes são a falta de coordenação mandibular; nível de consciência e compreensão; hipotonia e hipertonia muscular e, posicionamento do paciente. (SAMPAIO et al., 2004)

Os pacientes com necessidades especiais mesmo com a ajuda dos responsáveis, em um estudo realizado por Sampaio et al. (2004), demonstrou que esses pacientes continuaram com a condição bucal regular a péssima (em uma classificação boa, regular ou péssima) após a higienização realizada pelos profissionais, resultados parecidos foram encontrados no caso clínico acima em que o paciente realizava sozinho sua escovação, após a abordagem desse paciente, o máximo obtido com sua condição de higiene foi a situação regular. Essa dificuldade encontrada atribui-se, à falta de educação e treinamento para métodos de higienização bucal adaptados às possibilidades ou limitações de cada deficiência. Necessitando de cuidados básicos e uso de recursos alternativos para prevenção, como escovas adaptadas, quantidade de creme dental, uso de abridor de boca, dieta alimentar, orientação sobre posicionamento do paciente e responsável, local para a escovação, constituindo a instalação e a manutenção de rigorosas medidas de higiene oral, torna-se um desafio para o cirurgião-dentista.

A maior indicação para pacientes com necessidades especiais que realizam a escovação sozinhos, é o uso das escovas elétricas, se mostram efetivas na remoção de placa, quando utilizadas com a técnica correta e destreza manual suficiente para remoção do biofilme dental. Podem ser agrupadas em quatro grandes categorias: rotacional, contra-rotacional, lado a lado e rotação oscilatória. As escovas rotacionais são aquelas em que a cabeça gira inteiramente em um círculo completo, movendo-se em uma direção. As escovas contra-rotacionais são aquelas em que os tufo giram em direções diferentes. As escovas com movimentos lado a lado utilizam tecnologia sônica e, como o próprio nome diz, as cerdas apresentam movimentos de lado a lado. Por fim, nas escovas com rotação oscilatória a cabeça oscila a partir de um ponto central, mas não gera um círculo completo (PEDRAZZI et al., 2009).



É difícil para o cirurgião dentista determinar qual opção é mais efetiva para os pacientes, mas segundo o levantamento bibliográfico de Pedrazzi et al. (2009) as escovas elétricas com ação de rotação e oscilação foram mais efetivas em remoção de placa e redução dos quadros de gengivite quando comparadas às escovas manuais, no relato de caso foi demonstrado, explicado o seu uso e abordado o paciente quanto ao uso das escovas elétricas, no qual o mesmo vai tentar adquirir esse mecanismo auxiliar de escovação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de suma importância o cirurgião dentista estar apto a atender pacientes especiais, e saber lidar com as situações rotineiras que acontecem no cotidiano clínico desses pacientes. Saber utilizar e abordar técnicas que auxiliem a higienização bucal desses pacientes, como no caso clínico a utilização de escovas elétricas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G.; PAIXÃO, H. H.; RESENDE, V. L. S. Controle de placa bacteriana em portadores de deficiências físicas: avaliação de pais e responsáveis. **Arq. Odontol**, Araçatuba, v. 35, p. 27-37, 1999.
- FERGUSON, F. S; CINOTTI, D. The Foundation for Desensitization and Dental Care for Special Needs. **Home Oral Health Practice**, Estados Unidos, v. 53, p. 375-87, 2009.
- FONSECA, A. L. A. *et al.* Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 2, ago. 2010.
- HARTWIG, A. D. *et al.* Recursos e técnicas para a higiene bucal de pacientes com necessidades especiais. *Pelotas*. [20?].
- MORETTO, M. J. *et al.* Reflexões sobre a importância da assistência odontológica preventiva e do adequado treinamento dos cirurgiões-dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência. *Arch Health Invest.*, Araçatuba, v. 3, p. 58-64. 2014.
- OLIVEIRA, A. L. B. M.; GIRO, E. M. A. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. **Odonto**, [s. l.], v. 19, n. 38, p. 45-51, 2011.
- PEDRAZZI, V. *et al.* Métodos mecânicos para o controle do biofilme dentário supragengival. **Rev. Periodontia**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, set. 2009.
- PEIXOTO, I. T. A.; ROCHA, C. T.; FERNANDES, P. M. Auxiliary devices for management of special needs patients during in-office dental treatment or at-home oral care. **Int J Dent**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 85-89, 2010.

QUEIROZ, F. S. *et al.* Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. **Rev Odontol UNESP**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 396-401, 2014.

SAMPAIO, E. F.; CÉSAR, F. N.; MARTINS, M. G. A. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará. **Rev Bras Prom Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 127-134, 2004.

PEZZIA, S.; BERTOLINI, S. R. Ensino odontológico para pacientes especiais e gestão em saúde. *Journal Of Oral Investigations*, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 85-98, jan./jun., 2017.



AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER BUCAL DO MUNICÍPIO DE JOAÇABA, SC E REGIÃO

*Evaluation of the level of knowledge on the oral cancer of
the municipality of Joaçaba, SC and region*

MOTERLE, Catiane¹

CAVALHEIRO, Sabrina²

RAMOS, Grasieli de Oliveira³

DIRSCHNABEL, Acir José⁴

RESUMO

Introdução: O câncer de boca é considerado um problema grave de saúde pública, pois mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados, aparecendo entre as principais causas de óbito por neoplasias. **Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento sobre câncer de boca dos estudantes de Odontologia, cirurgiões dentistas e população de Joaçaba – SC e região. **Materiais e método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo, com uma amostra de 250 pessoas, realizada através da aplicação de questionários impressos ou via internet (google formulário), para os três grupos de pesquisa. **Resultados e discussão:** Dos 250 participantes deste estudo, 54% dos estudantes e 40% dos cirurgiões dentistas demonstraram ter bom conhecimento sobre o assunto, 92% da população relatou já ter ouvido falar sobre a doença, porém apenas 43% consideram seu conhecimento regular. Nesta pesquisa, 46% da população não souberam responder o local mais comum de ocorrência do câncer de boca e 62% não sabem a característica inicial da lesão. **Conclusão:** O nível de conhecimento dos estudantes e cirurgiões dentistas é bom, porém não estão fazendo a função social de repassar informações para a população, que demonstra menor nível de conhecimento sobre a doença. Uma das medidas para solucionar a falta de informação, é através de meios coletivos (campanhas de diagnóstico precoce e publicidade), promover ações para criar multiplicadores de informação com outros profissionais de saúde, como agentes comunitárias de saúde, técnico/auxiliar em saúde bucal entre outros e comprometimento do cirurgião dentista e outros profissionais na prevenção do câncer de boca.

Palavras chaves: Câncer de boca. Fatores de risco. Diagnóstico Precoce.

Abstract

Introduction: Mouth cancer is considered a serious public health problem, since more than 50% of the cases are diagnosed in advanced stages, appearing among the main causes of death from

¹ Graduada em Odontologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; catianemoterle@hotmail.com

² Graduada em Odontologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; sabrinaodontologia@outlook.com

³ Doutorado em Patologia Bucal pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Professora da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba e do curso de Mestrado em Biociências; grasieli.ramos@unoesc.edu.br

⁴ Doutorado em Estomatologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Professor Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; acir.dirschnabel@unoesc.edu.br



neoplasms. *Objective: To evaluate the level of knowledge about oral cancer of dental students, dental surgeons and the population of Joaçaba - SC and region. Materials and methods: This is a descriptive research of a quantitative character, with a sample of 250 people, carried out through the application of printed questionnaires or via the internet (google form), for the three research groups. Results and discussion: Of the 250 participants in this study, 54% of students and 40% of dental surgeons demonstrated good knowledge on the subject, 92% of the population reported having heard about the disease, however only 43% considered their knowledge to be regular. In this research, 46% of the population did not know answer the most common site of occurrence of oral cancer and 62% did not know the initial characteristic of the lesion. Conclusion: The level of knowledge of dental students and surgeons is good, but they are not doing the social function of passing information to the population, which demonstrates a lower level of knowledge about the disease. One of the measures to solve the lack of information is through collective means (campaigns for early diagnosis and publicity), promote actions to create information multipliers with other health professionals, such as community health agents, dental health technician / auxiliary between others and commitment of the dentist surgeon and other professionals in the prevention of cancer of the mouth.*

Key words: Mouth cancer. Risk factors. Early diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de boca é uma doença que acomete os lábios e a mucosa bucal (mucosa jugal, assoalho de boca, língua, gengiva, palato duro e mole) e está entre as principais causas de óbito por neoplasias. Ocupa o 5º lugar, entre as neoplasias malignas mais comuns no sexo masculino, é de origem multifatorial, surge da interação de fatores de risco que afetam os processos de diferenciação celular (LIMA et al., 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O carcinoma espinocelular (CEC) é a neoplasia mais comum da mucosa bucal, o qual representa 90% dos casos. Os principais fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer de boca, é o uso de tabaco e/ou álcool, exposição excessiva ao sol, infecção por papiloma vírus humano (HPV), deficiências nutricionais entre outros (NEVILLE B. W. et al., 2009).

Quando a lesão apresenta-se em estágios iniciais é assintomática, podendo se assemelhar condições benignas comuns da boca passando muitas vezes despercebido, não sendo motivo de queixa, o que resulta em diagnósticos tardios (LIMA et al., 2005; DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005; NEVILLE et al., 2016).

De acordo com os dados dos registros hospitalares, mais de 50 % dos casos de câncer de boca são diagnosticados em estágios avançados, tendo como consequências, o aumento no custo do tratamento, baixo índice de sucesso, tempo de sobrevivência reduzido e sequelas para o paciente, devido ao tratamento cirúrgico (mutilador) (VARELLA, 2011). Segundo Falcão et al. (2010) este problema de diagnóstico tardio pode estar associado a formação profissional deficiente e a falta de conhecimento por parte da população sobre esta doença. O ideal seria que o câncer de boca fosse diagnosticado em estágio precoce, uma das possibilidades de estimular e mudar esse panorama é conhecer a realidade desta doença, avaliando o nível de conhecimento sobre o tema.

O presente estudo visa avaliar o nível de conhecimento dos estudantes de Odontologia, cirurgiões dentistas e população de Joaçaba – SC e região sobre câncer bucal, como forma de estabelecer medidas educativas de aprimoramento profissional e estratégias de saúde pública para maior acesso a informação sobre câncer de boca.

2 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo, realizada por meio de coleta de dados no município de Joaçaba, SC e região. A amostra foi composta por 250 indivíduos, distribuída da seguinte forma: 100 estudantes de Odontologia (5º ao 10º semestre) da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc) – Campus de Joaçaba, na faixa etária de 18-40 anos, 50 cirurgiões dentistas do município e 100 munícipes residentes em Joaçaba – SC e região. A coleta foi realizada de forma aleatória, incluindo indivíduos acima de 30 anos, em diferentes microrregiões com o objetivo de abordar diferentes classes socioeconômicas, não sendo levado em consideração a escolaridade destas pessoas. O período da coleta dos dados foi de setembro de 2017 a fevereiro de 2018.

Foram aplicados dois modelos de questionários (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005), contendo 32 perguntas objetivas diretas (Apêndice 1) um com uma linguagem mais técnico-científico (para estudantes de odontologia e cirurgiões dentistas) e outro com linguagem coloquial para a população em geral. Não foram incluídos na análise da pesquisa os questionários respondidos de forma incompleta. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa da UNOESC/HUST, número CAAE 69795017.3.0000.5367/2017.

Os dados obtidos foram tabulados em uma planilha do Microsoft Excel® e através do programa SPSS® 21 (Statistical Package for the Social Sciences) foi realizada a estatística descritiva e a comparação entre os grupos. Para verificar a diferença entre os grupos, foi realizado o teste de Qui-quadrado (nível de significância foi de $p < 0,05$). Os resultados e discussão deste artigo, foram realizados considerando a relevância das perguntas utilizadas nos questionários.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer bucal é um problema grave de saúde pública, a odontologia desempenha importante papel na prevenção e no diagnóstico precoce (VARELLA, 2011).

Os resultados obtidos do presente estudo sobre o nível de conhecimento de câncer de boca, são apresentados em tabelas e gráfico e discutidos de acordo com cada grupo de pesquisa.



Tabela 1 – Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com os três grupos de pesquisa (estudantes, cirurgiões dentistas e população), conforme o sexo e hábito de fumar

Variável	Categoria	Estudantes	Cirurgiões Dentistas	População em Geral	Valor de p
Sexo	Feminino	82 (82%)	28 (56%)	77 (77%)	0,002
	Masculino	18 (18%)	22 (44%)	23 (23%)	
Hábito de fumar	Sim	7 (7%)	0 (0%)	13 (13%)	0,003
	Não	90 (90%)	48 (96%)	75 (75%)	
	Parou	3 (3%)	2 (4%)	12 (12%)	

Fonte: os autores.

No presente estudo, 18% dos "estudantes" eram do sexo masculino e 82% do feminino, refletindo o panorama geral dos acadêmicos do curso de odontologia no Brasil, nos quais observa-se um número maior de estudantes do sexo feminino. Da mesma forma, um percentual maior de indivíduos do sexo feminino foi observado nos grupos de "cirurgiões dentistas" e "população em geral", demonstrando o maior interesse das mulheres no cuidado com a sua saúde.

Avaliando-se o hábito de fumar, de forma indireta em relação ao nível de conhecimento (Tabela 1), fator de risco para o câncer de boca, 90% dos "estudantes", 96% dos "cirurgiões dentistas" e 75% da "população" relatam não fazer uso de tabaco. No exercício da profissão independentemente de ser ou não fumante, todo profissional deve fornecer informação para seus pacientes dos fatores de risco. A falta de orientação para a sociedade é considerada uma negligência, uma vez que deve-se zelar pela saúde e bem estar da comunidade (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005).

Tabela 2 – Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com os três grupo de pesquisa (estudantes, cirurgiões dentistas e população), segundo o conhecimento geral sobre câncer de boca.

Variável	Categoria	Estudantes	Cirurgiões Dentistas	População em geral	Valor de p
Nível de conhecimento sobre câncer de boca	Ótimo	9 (9%)	4 (8%)	0 (0%)	0,000
	Bom	54 (54%)	20 (40%)	24 (24%)	
	Regular	32 (32%)	22 (44%)	43 (43%)	
	Insuficiente	5 (5%)	4 (8%)	25 (25%)	
Faixa etária mais comum para ocorrência do câncer de boca	Menos de 18 anos	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	0,000
	18 a 39 anos	9 (9%)	1 (2%)	15 (15%)	
	Acima de 40 anos	89 (89%)	46 (92%)	39 (39%)	
	Não sei	2 (2%)	3 (6%)	45 (45%)	

Variável	Categoria	Estudantes	Cirurgiões Dentistas	População em geral	Valor de p
Local da boca mais acometido (atingido) pelo câncer de boca	Língua	24 (24%)	22 (44%)	11 (11%)	0,000
	Assoalho bucal	35 (35%)	12 (24%)	2 (2%)	
	Gengiva	1 (1%)	0 (0%)	10 (10%)	
	Palato duro e palato mole	5 (5%)	1 (2%)	8 (8%)	
	Mucosa Jugal	8 (8%)	3 (6%)	9 (9%)	
	Lábio	16 (16%)	8 (16%)	8 (8%)	
	Região trígono retromolar	2 (2%)	1 (2%)	6 (6%)	
Em casos de câncer de boca iniciais, qual a alteração (lesão) mais comumente encontrada	Não sei	9 (9%)	3 (6%)	46 (46%)	0,000
	Salivação Abundante	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	
	Úlcera indolor	67 (67%)	47 (94%)	19 (19%)	
	Nódulo duro	25 (25%)	2 (4%)	9 (9%)	
	Dor intensa	5 (5%)	0 (0%)	9 (9%)	
	Não sei	3 (3%)	1 (2%)	62 (62%)	

Fonte: os autores.

A partir da análise do nível de conhecimento geral sobre câncer de boca (Tabela 2), 54% dos "estudantes" demonstraram ter bom conhecimento sobre o assunto, corroborando com o estudo de Castro et al. (2011), realizado na Universidade Federal de Pernambuco, no qual 48,7% dos estudantes entrevistados apresentaram ter bom conhecimento sobre câncer de boca. Nesta pesquisa, 40% dos "cirurgiões dentistas" relataram bom, e respectivamente 44% afirmaram ter conhecimento regular. Conforme os resultados (Tabela 4), 92% da "população" já ouviram falar sobre a doença, superando os dados observados no estudo de Gopal e Duraiselvi (2014), realizado na Índia em que, somente 47,6% dos entrevistados estavam cientes do termo câncer bucal e 52,4% desconheciam. No presente estudo, 43% da "população" considera seu conhecimento regular e 24% bom.

Em relação a faixa etária de maior prevalência para o câncer de boca (Tabela 2), o grupo dos "estudantes" com 89% e "cirurgiões dentistas" 92% reconheceram corretamente a faixa etária de maior prevalência (acima de 40 anos), no grupo da "população" 45% não souberam a faixa etária de maior ocorrência. Segundo Oliveira et al. (2013) e o Ministério da Saúde (2008), o câncer de boca em 70% dos casos, ocorre em homens de meia idade a idosos, preferencialmente leucodermas acima de 50 anos. No estudo de Carvalho et al. (2017) 9,6% dos grupos pesquisados de estudantes de odontologia, enfermagem, nutrição e farmácia, relataram que o câncer acomete pessoas acima de 50 anos, sendo que 49% não souberam responder, não corroborando com o presente estudo, pois a maioria dos estudantes e cirurgiões dentistas demonstraram ter conhecimento sobre a faixa etária. No estudo piloto de Abdo, Garrocho e Aguiar (2002), a média de idade encontrada nos pacientes portadores de câncer de boca do Hospital Mário Penna de Belo Horizonte, é de 55,7 anos para o sexo masculino e 65,8 para o sexo feminino. Junior, (2000), a idade é um fator promotor para o desenvolvimento do câncer, porque quanto maior a idade mais tempo de exposição aos



carcinógeno e maior o envelhecimento dos tecidos com alterações hormonal, metabólico e neural, o que permite falha na defesa de inibição tumoral.

O local anatômico mais comum para a ocorrência do câncer de boca, aparecem na língua e no assoalho bucal (Neville et al., 2016; Junior, 2000). Para esta variável, foi observada diferença estatisticamente significativa em relação aos grupos pesquisados (Tabela 2), as maiores variações ocorreram na língua, sendo 24% dos "estudantes", 44% dos "cirurgiões dentistas" e 11% da "população". Na região de assoalho bucal, 35% dos "estudantes", 24% dos "cirurgiões dentistas" e 2% da "população". Corroborando com a pesquisa de Hertrampf et al. (2012), onde dois terços dos dentistas conheciam a língua e o assoalho bucal como os dois sítios mais comuns e menos da metade da população estava ciente desses locais. A maioria dos estudantes e cirurgiões dentistas tem conhecimento dos locais de prevalência, porém não está sendo repassado para a população, pois 46% respectivamente não souberam responder o local anatômico mais comum para o câncer de boca.

No presente estudo, mostrou-se que a alteração (lesão) mais relacionada aos estágios iniciais do câncer bucal (Tabela 2), com 67% dos "estudantes", 94% dos "cirurgiões dentistas" e 19% da "população" foi a úlcera (afta) indolor a mais de 15 dias. Conforme Neville et al. (2016); Dib, Souza e Tortamano (2005); Lima et al. (2005), o conhecimento desta pergunta é importante, pois possibilita estabelecer diagnóstico precoce a partir da identificação de lesões bucais, sendo que em estágios iniciais a lesão apresenta-se assintomática, não sendo motivo de queixa para o paciente e isso contribui para o alto número de casos diagnosticados com estadiamento clínico avançado. No estudo de Quirino et al. (2006), realizado em Taubaté – SP, na presença de afta, ferida ou machucado em boca, somente 34,90% da população entrevistada suspeitaria de câncer de boca. Muitos desses resultados de diagnóstico tardio, se deve à ausência de sintomatologia da doença em fase inicial, como já citado, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e falta de informação (ANGHEBEN; PRADO, 2013; BONFANTE et al., 2014; TEIXEIRA et al., 2009) o que atesta com a pesquisa, pois 62% da população não souberam responder a característica inicial da lesão.

Tabela 3 – Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com os grupo de pesquisa estudantes e cirurgiões dentistas, segundo o conhecimento geral sobre câncer de boca.

Variável	Categoria	Estudantes	Cirurgiões Dentistas
O câncer bucal é diagnosticado mais frequentemente em qual estágio	Pré-maligno	7 (7%)	2 (4%)
	Precoce	2 (2%)	3 (6%)
	Avançado	84 (84%)	39 (78%)
	Não sei	7 (7%)	6 (12%)
Câncer mais comum da cavidade oral	Linfoma	7 (7%)	2 (4%)
	Carcinoma Espinocelular	76 (76%)	37 (74%)
	Sarcoma de Kaposi	1 (1%)	1 (2%)
	Ameloblastoma	6 (6%)	4 (8%)
	Adenocarcinoma de glândula salivar	0 (0%)	0 (0%)
	Não sei	10 (10%)	6 (12%)

Variável	Categoria	Estudantes	Cirurgiões Dentistas
Realiza orientação/ exame relacionado ao câncer bucal	Realizou o exame	84 (84%)	42 (84%)
	Não sei como fazer	13 (13%)	7 (14%)
	Não acho necessário	2 (2%)	0 (0%)
	Não recebo honorários pelo procedimento	1 (1%)	1 (2%)
	Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste, pedindo orientação	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: os autores.

Atualmente, mais de 50% dos casos de câncer de boca são diagnosticados em estágio avançados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), 84% dos "estudantes" e 78% dos "cirurgiões dentistas" afirmaram corretamente (Tabela 3). Segundo Teixeira et al. (2009), 41,3% dos pacientes acompanhados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia em Fortaleza, encontravam-se em estadiamento clínico IV (avançado) e 11,1% no estágio III. Para Bonfante et al. (2014), os estadiamentos III e IV estão associados a um menor tempo de sobrevivência, quando comparados ao carcinoma *in situ*, exigindo tratamentos oncológicos mais complexos e prognóstico desfavorável.

O carcinoma espinocelular é o câncer de boca mais comum e representa mais de 90% dos casos de neoplasias malignas (NEVILLE et al., 2016), sendo que na pesquisa (Tabela 3), 76% dos "estudantes" e 74% dos "cirurgiões dentistas" reconheceram esta nomenclatura do câncer de boca.

Tabela 4 – Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com o grupo de pesquisa população, segundo o conhecimento geral sobre câncer de boca.

Variável	Categoria	População em Geral
Já ouviu falar sobre câncer de boca	Sim	92 (92%)
	Não	8 (8%)
	Nunca	0 (0%)
	Não sabe	0 (0%)
Algumas vezes que foi ao dentista, realizou exame para diagnóstico de câncer de boca	Sim	17 (17%)
	Não	55 (55%)
	Nunca	28 (28%)

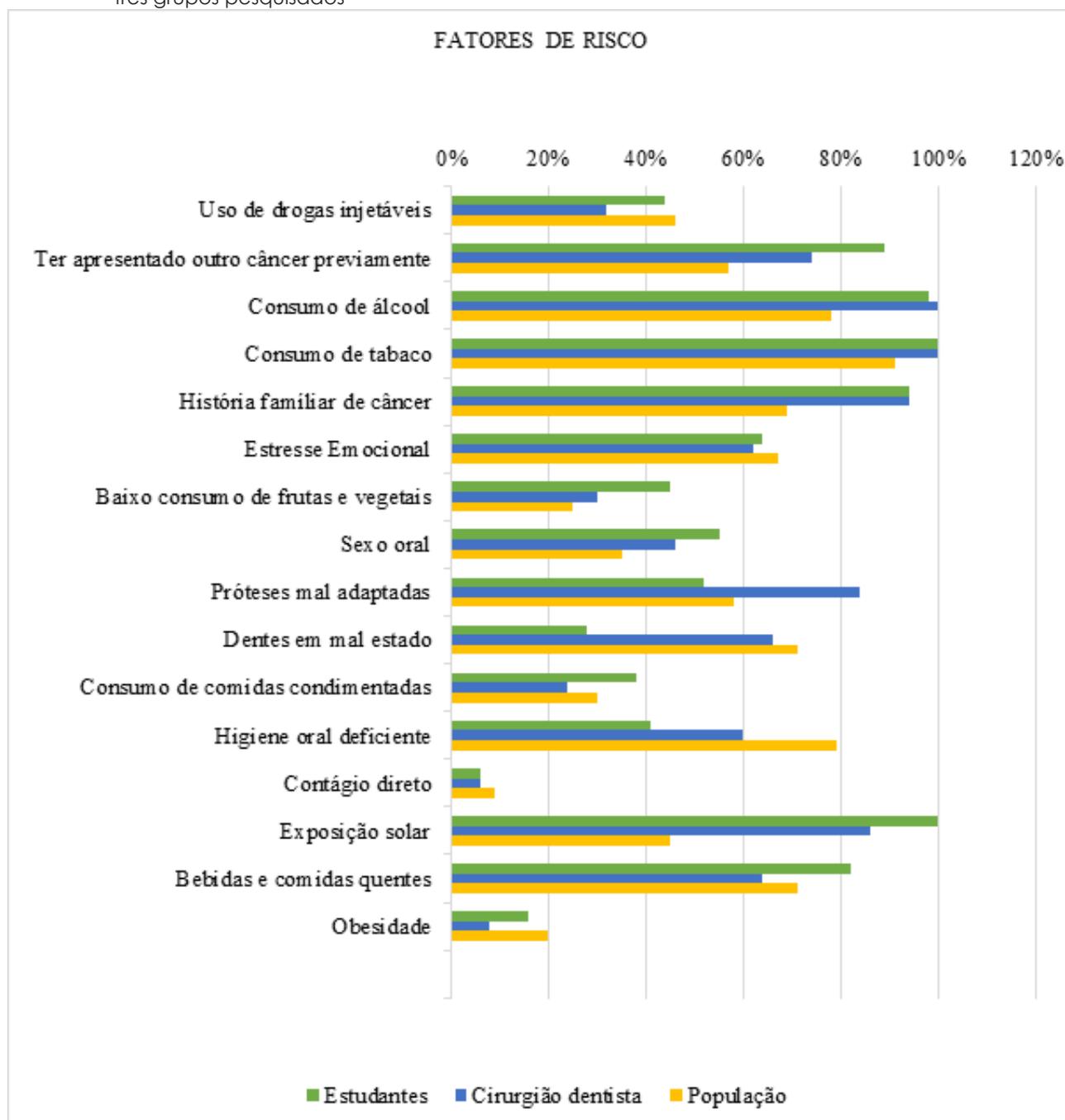
Fonte: os autores.

Segundo os dados do grupo "estudantes" e "cirurgiões dentistas" conforme a Tabela 3, 84% (84 e 42 indivíduos respectivamente) realizam orientação e exame bucal para câncer de boca. Para o grupo "população", 55% afirmaram não realizar exame para diagnóstico de câncer de boca nas consultas odontológicas, 28% nunca realizaram este exame e somente 17% afirmam ter realizado (Tabela 4). Este resultado é discrepante com o resultado anterior dos grupos "cirurgiões dentistas" e "estudantes". Muitos dos profissionais realizam o exame clínico de rotina, deixando de avaliar estruturas da mucosa bucal, direcionando maior atenção aos dentes. Outros profissionais realizam a avaliação intrabucal e a prevenção do câncer bucal, porém não de forma clara e objetiva para



os pacientes, fazendo com que a população desconheça a realização de um exame direcionado para câncer de boca, o que não deixa de caracterizar uma atitude de prevenção.

Gráfico 1 – Representatividade (percentual) das respostas afirmativas, em relação aos fatores de risco dos três grupos pesquisados



Fonte: os autores.

A avaliação do nível de conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer de boca, (Gráfico 1 e Apêndice 2) demonstra o cigarro e o álcool como os dois principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença (BAYKUL, 2010; OLIVEIRA et al., 2013; ANGHEBEN; PRADO, 2013), o que corrobora com a pesquisa, no qual 100% dos “estudantes” e “cirurgiões dentistas” reconheceram o cigarro e o álcool como fator de risco e 91% da “população” o cigarro e 78% o álcool. Quando presentes conjuntamente há um efeito sinérgico carcinogênico, aumentando as

chances de desenvolver um carcinoma bucal. A tendência é maior quanto mais cigarros e doses de bebida consumidos. Após um período de 10 a 20 anos de cessação do hábito de fumar, o risco de desenvolver um câncer de boca fica próximo dos que nunca fumaram, com isso os profissionais da área da saúde desempenham importante papel na conscientização da população sobre os efeitos deletérios do cigarro e do álcool e no incentivo da cessação desses malefícios (ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002; PANDEY, 2017).

O uso de drogas injetáveis, estresse emocional, próteses mal adaptadas, dentes em mau estado e consumo de comidas condimentadas nesta pesquisa foram em grande porcentagem considerados como fatores de risco. São bastante controversos na literatura, pois não tem ação direta como fatores causais do câncer de boca (ANGHEBEN; PRADO, 2013; CASTRO et al., 2011; ANDRADE et al., 2016; DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005). De acordo com o questionamento sobre contágio direto, a maioria respondeu corretamente que não há, com 91% dos "estudantes", 92% dos "cirurgiões dentistas" e 74% da "população". A obesidade também não é considerado um fator de risco para câncer de boca, e sim para outros problemas sistêmicos, 72% dos "estudantes", 74% dos "cirurgiões dentistas" e 46% da "população", responderam corretamente como não sendo um fator de risco. Em relação a higiene oral deficiente, 41% dos "estudantes", 60% dos "cirurgiões dentistas" e 79% da "população" afirmaram como sendo um fator de risco, porém esse dado é muito variável devido a presença de viés de confusão como o uso de álcool, tabaco, nutrição e condição socioeconômica (CIESIELSKI et al., 2010; NEVILLE et al., 2016).

Em relação a história familiar, 94% dos "estudantes", 94% dos "cirurgiões dentistas" e 69% da "população" consideraram como um fator de risco para o câncer bucal. Ter apresentado outro câncer previamente, com 89% dos "estudantes", 74% dos "dentistas" e 57% da "população" também consideraram como fator de risco. Segundo Inca (2018), o fator genético ou já ter desenvolvido um câncer previamente não são fatores exclusivos, ou seja, raramente a doença desenvolve-se apenas por esses motivos. Ribeiro et al. (2015), somente casos de predisposição genética para o câncer nas regiões de cabeça e pescoço não são bem observados, mas sim casos de alterações genéticas adquiridas pela associação de hábitos comportamentais como o cigarro e álcool.

A análise do baixo consumo de frutas e vegetais, 45% dos "estudantes", 30% dos "cirurgiões dentistas" e 25% da "população" reconheceram como fator de risco. Os estudos sugerem, que o baixo consumo de alimentos que contém vitamina A, C e E, betacarotenos entre outros elementos essenciais para o organismo, podem propiciar o desenvolvimento de lesões malignas, sendo assim uma alimentação rica em vitaminas produz efeito citoprotetor para numerosos tipos de câncer, incluindo o carcinoma oral (ANDRADE et al., 2016).

O sexo oral é um fator de risco para a infecção viral, relacionado aos casos de câncer bucal pelo vírus papiloma humano (HPV). O tipo HPV 16 foi identificado em 90% dos carcinomas da orofaringe (NEVILLE et al., 2016). Pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem maior chance de desenvolver carcinoma de cabeça e pescoço devido a vulnerabilidade do sistema de defesa (imunodeprimido), especialmente quando associados ao tabagismo e etilismo, pois vão agir potencializando esses fatores de risco (ANGHEBEN; PRADO, 2013). Na pesquisa, 55% dos "estudantes", 46% dos "cirurgiões dentistas" e 35% da "população" reconheceram como fator de risco o sexo oral.



A radiação solar é um fator de risco para o desenvolvimento de queilite actínica que é uma lesão potencialmente malignizada, que pode progredir para um câncer de boca, principalmente em lábio inferior (TIBALDI et al., 2015). No presente estudo, 100% dos “estudantes”, 86% dos “cirurgiões dentistas” e 45% da “população” afirmaram corretamente, porém 55% da população responderam não ou não sabiam. É possível justificar este resultado, considerando que a maioria dos entrevistados não considera o lábio como uma estrutura anatômica da boca e também por relacionarem a exposição solar apenas ao câncer de pele. É uma questão que exige mais abordagem de informação, pois muitas pessoas trabalham em meio rural e ao ar livre e são resultantes da exposição crônica de radiação ultravioleta (UV). Algumas formas de prevenção é o uso de protetores solar e labial, redução da exposição ao sol e uso de chapéus com abas largas (NEVILLE et al., 2016).

Na análise dos dados referente ao consumo de comidas e bebidas quentes, 82% dos “estudantes”, 64% dos “cirurgiões dentistas” e 71% da “população” consideraram como fator de risco. As evidências indicam que o risco aumenta com elevação da temperatura da água ou do alimento, quando o consumo é frequente independente da quantidade consumida, porém essa relação ainda é escassa se é ou não carcinogênico. No entanto, o consumo de qualquer bebida/comida deve ser com temperatura inferior a 65°C (RANGEL et al., 2016).

Tabela 5 – Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com o grupo de pesquisa estudantes e cirurgiões dentistas, relacionado aos fatores de informação e prevenção.

Variável	Categoria	Estudantes	Cirurgiões Dentistas
Considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer bucal (aspectos preventivos e de diagnóstico)	Sim	1 (1%)	10 (20%)
	Não	92 (92%)	39 (78%)
	Não sei	7 (7%)	1 (2%)
Nível de confiança para realizar orientações/procedimentos sobre diagnóstico de câncer bucal	Alto	2 (2%)	2 (4%)
	Médio	61 (61%)	31 (62%)
	Baixo	33 (33%)	14 (28%)
	Nunca realizo	4 (4%)	3 (6%)
	Televisão	15 (15%)	5 (10%)
Como orientar os pacientes à procurar informações sobre o câncer bucal	Jornais	8 (8%)	3 (6%)
	Revistas da área	12 (12%)	9 (18%)
	Panfletos	23 (23%)	10 (20%)
	Internet	39 (39%)	23 (46%)
	Especialistas da área (Médico, cirurgião dentista...)	79 (79%)	38 (76%)

Fonte: os autores.

Avaliando-se os fatores de informação e prevenção, 92% dos “estudantes” e 78% dos “cirurgiões dentistas” não considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer bucal (Tabela 5), e 74% da “população” relata não ter informação suficiente sobre câncer de boca, não conseguindo conversar sobre esse assunto (Apêndice 3). Dos que já ouviram falar sobre câncer de boca, 37% obtiveram informação pela televisão, seguido de especialistas da área

com 21% (Apêndice 3). Uma maneira citada pelos “cirurgiões dentistas” e “estudantes” de orientar seus pacientes na busca de informação (Tabela 5), é por meio de especialistas da área, com 79% dos estudantes e 76% dos cirurgiões dentistas, seguido da internet com 39% dos estudantes e 46% dos cirurgiões dentistas.

Sobre a importância do cirurgião dentista na prevenção e no diagnóstico precoce de câncer bucal (Apêndice 4), o percentual alta importância foi em 100% dos “cirurgiões dentistas” e “estudantes”, para a “população” 83%. Os cirurgiões dentistas são os profissionais responsáveis em tratar as doenças da mucosa bucal e sua atuação é primordial na detecção precoce do câncer de boca, desempenhando funções básicas, como educador na conscientização e informação à população sobre a doença, identificação de lesões malignas em estágio inicial, acompanhamento e encaminhamento do paciente para centro de especialidades de tratamento (PANDEY, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nível de conhecimento dos estudantes e cirurgiões dentistas é bom, porém não estão fazendo a função social que é repassar as informações para a população, que demonstra menor nível de conhecimento sobre a doença. Uma das medidas para solucionar a falta de informação, é através de meios coletivos (campanhas de diagnóstico precoce e publicidade), promover ações para criar multiplicadores de informação com outros profissionais de saúde, como agentes comunitárias de saúde, técnico/auxiliar em saúde bucal, professores entre outros e comprometimento do cirurgião dentista e outros profissionais na prevenção do câncer de boca.

REFERÊNCIAS

- ANGHEBEN, P. F.; PRADO, F. O. Perfil de Conhecimento Sobre Câncer Bucal dos Alunos da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Revista Odontologia Brasileira Central**, Canoas, 2013. p. 33 – 40.
- ABDO, E. N.; GARROCHO, A. A.; AGUIAR, M. C. F. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 2002. p. 357-362.
- ANDRADE, D. L. S. *et al.* **Conhecimento e atitudes de acadêmicos de Odontologia sobre Câncer Bucal**. Arch Health Invest, Araçatuba, 2016. p. 90-97.
- BAYKUL, T. *et al.* Early Diagnosis of Oral Cancer. **The Journal of International Medical Research**, Reino Unido, Estados Unidos, 2010. p. 737 – 749.
- BONFANTE, G. M. S. *et al.* Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. p. 983-99.



CASTRO, J. F. L et al. Avaliação do conhecimento dos estudantes de odontologia de uma universidade pública sobre detecção precoce do câncer. **Internacional Jornal dente**, Recife, out/dez. 2011. p. 204-208.

CARVALHO, E. A. et al. **Câncer bucal na percepção dos acadêmicos dos cursos de saúde da UninCor/Três Corações –MG**. Arch Health Invest, Araraquara, 2017. p. 316-321.

CIESIELSKI, F. I. N. et al. Biofilmes orais como um possível fator de risco ao câncer bucal. **Revista odontologia**, Araraquara, 2010. p. 127-138.

DIB, L. L.; SOUZA, R. S.; TORTAMANO, N. Avaliação do conhecimento sobre câncer bucal entre alunos de Odontologia, em diferentes unidades da Universidade Paulista. **Revista Instituto Ciência Saúde**, São Paulo, 2005, p. 287-95.

FALCÃO, M. M. L. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, jan./mar. 2010, p. 27-33.

GOPAL, K. S.; DURAISELVI, P. Awareness and Knowledge of Oral Cancer Among Dental Patients: A Survey Based Questionnaire Study. **Journal of Advanced Health Sciences**, Anchor, nov. 2014, p. 12-15.

HERTRAMPF, K. et al. Comparing dentists' and the public's awareness about oral cancer in a community-based study in Northern Germany. **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery**, [s. l.], 2012. p. 28 -32.

INCA. **Instituto nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em: 09 maio. 2017.

INCA. **Instituto nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco>. Acesso em: 09 maio 2017.

JUNIOR, O. P. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 96.

LIMA, A. A. S. et al. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 2005. p. 283-8.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de atenção básica n. 17**. Brasília, 2008. p. 39-41.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p. 374-389.

OLIVEIRA, J. M. B. et al. Câncer de Boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos Fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 2013. p. 212.

PANDEY, R. **Dentist Role in Detection of Oral Cancer**. Oral Health and Dentistry, Estados Unidos, 2017. p. 321-322.

QUIRINO, M. R. Z. et al. Avaliação do conhecimento sobre o câncer de boca entre participantes de campanha para prevenção e diagnóstico precoce da doença em Taubaté – SP. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, 2006. p. 327-333.

RANGEL, C. N. *et al.* Considerações sobre a Relação entre o Consumo de Bebidas muito Quentes e Câncer: Café e Chá-Mate em Foco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 2016. p. 155-158.

RIBEIRO, I. L. A. *et al.* Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. **Revista brasileira epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 3. p. 626 -627, 2015.

TEIXEIRA, A. K. M. *et al.* Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 2009. p. 229-236.

TIBALDI, A. C. B. *et al.* **Avaliação do conhecimento da população do município de Fernandópolis-SP em relação ao câncer bucal.** Arch Health Invest, 2015. p. 6-12

VARELLA, D. **Câncer de boca e garganta.** 2018. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/cancer-de-boca-e-garganta/>. Acesso em: 05 maio 2018.



APÊNDICE

Apêndice 1. Questionário 1 com linguagem coloquial (população) e questionário 2 com uma linguagem mais técnico - científico (estudantes e cirurgiões dentistas)

QUESTIONÁRIO 1. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER DE BOCA DA POPULAÇÃO DE JOAÇABA – SC E REGIÃO

Idade _____ Sexo (1) Feminino (2) Masculino

Profissão _____

1. Você Fuma?

- (1) Sim. Quanto _____ À quanto tempo _____
 (2) Não (3) Parou. Quanto tempo _____
 Quanto fumava _____

2. (A) Já ouviu falar sobre câncer de boca?

- (1) Sim (2) Não (3) Nunca (4) Não sabe

2. (B) Caso sim, qual seu conhecimento sobre o tema?

- (1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (4) Insuficiente

3. O câncer de boca acontece mais frequentemente em qual idade?

- (1) Menos de 18 anos (2) 18 a 39 anos (3) Acima de 40 anos (4) Não sei

4. Algumas vezes que foi ao dentista, realizou exame para diagnóstico de câncer de boca?

- (1) Sim (2) Não (3) Nunca

5. Em caso de algum conhecido que tem câncer de boca, sabe quem deve tratar ele?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

6. Qual região/local da boca que o câncer aparece mais frequentemente?

- (1) Língua (2) Abaixo da Língua
 (3) Gengiva (4) Céu da boca
 (5) Parte interna da bochecha (6) Lábio
 (7) Região mais posterior da boca (8) Não sei

7. Sabe qual lesão abaixo, pode causar câncer de boca?

- (1) Mancha brancas/ Manchas vermelhas (2) Aftas recorrentes
 (3) Hiperplasia de origem protética (machucado por dentadura) (4) Candidíase
 (5) Língua geográfica (6) Não sei

8. O câncer de boca pode causar inchaço no pescoço?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

9. Acha que o câncer de boca é uma doença que pode matar?

- (1) Sim (2) Não (3) Nunca (4) Se não diagnosticada à tempo

10. Característica que pode ter um câncer de boca, em fase inicial?

- (1) Bastante salivação (2) Afta indolor, a mais de 15 dias
(3) Íngua, dura (4) Dor intensa (5) Não sei

11. Você tem o costume de examinar (olhar) sua boca?

- (1) Diariamente (2) Raramente (3) Não examino

12. Na sua opinião, em que fase o tratamento para o câncer deveria começar?

- (1) No momento do diagnostico (2) Após algumas semanas do diagnostico
(3) O tratamento independe do tempo/fase (4) Não sei responder

Nas perguntas 13 ao 28 assinale qual das seguintes situações está relacionado com o aparecimento de câncer bucal:

13. Uso de drogas injetáveis

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

14. Ter apresentado outro câncer previamente

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

15. Consumo de álcool

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

16. Consumo de tabaco (cigarro)

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

17. História familiar de câncer

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

18. Estresse emocional

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

19. Baixo consumo de frutas e vegetais

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

20. Sexo oral

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

21. Próteses mal adaptadas

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

22. Dentes em mau estado

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

23. Consumo de comidas condimentadas (temperadas)

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

24. Higiene oral deficiente

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

25. Contágio direto (Pessoa para pessoa)

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

26. Exposição solar

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

27. Bebidas e comidas quentes

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

28. Obesidade

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

29. Tem informação suficiente sobre câncer de boca?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

30. Consegue orientar ou conversar com algum amigo sobre câncer bucal?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

31. Caso já tenha ouvido falar sobre câncer bucal, onde obteve informações?

- (3) Gengiva (4) Palato duro e palato mole
 (5) Mucosa Jugal (6) Lábio
 (7) Região Trígono retromolar (8) Não sei

9. Em casos de câncer de boca iniciais, qual a alteração (lesão) mais comumente encontrada?

- (1) Salivação Abundante (2) Úlcera indolor (3) Nódulo duro
 (4) Dor intensa (5) Não sei

10 (A) O câncer bucal pode fazer metástases em linfonodos da cabeça e pescoço?

- (1) Sim, geralmente (2) Sempre (3) Não (4) Não sei

10 (B) Caso de resposta anterior afirmativa, quais as características do linfonodo relacionado ao câncer de boca?

- (1) Duro, dolorido, com mobilidade (2) Duro, sem dor, com mobilidade ou não
 (3) Mole, dolorido, com mobilidade (4) Mole, sem dor, com mobilidade ou não
 (5) Não sei

11. Dos achados clínicos, qual a mais comumente associada com o câncer bucal?

- (1) Leucoplasia/Eritroplasia (2) Aftas recorrentes
 (3) Hiperplasia de origem protética (machucado por dentadura) (4) Candidíase
 (5) Língua geográfica (6) Não sei

Nas questões 12 ao 27 assinale se você considera a condição apresentada como fator de risco para o câncer bucal:

12. Uso de drogas injetáveis

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

13. Ter apresentado outro câncer previamente

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

14. Consumo de álcool

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

15. Consumo de tabaco

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

16. História familiar de câncer

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

17. Estresse emocional

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

18. Baixo consumo de frutas e vegetais

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

19. Sexo oral

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

20. Próteses mal adaptadas

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

21. Dentes em mau estado

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

22. Consumo de comidas condimentadas

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

23. Higiene oral deficiente

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

24. Contágio direto (Pessoa para pessoa)

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

25. Exposição solar

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

26. Bebidas e comidas quentes

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

27. Obesidade

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei



28. Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer bucal (aspectos preventivos e de diagnóstico)?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

29. Qual é o seu nível de confiança para realizar orientações/procedimentos sobre diagnóstico de câncer bucal?

- (1) Alto (2) Médio (3) Baixo (4) Nunca realizo

30. Em sua opinião, sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação?

- (1) Frequentemente (2) Exporadicamente (3) Raramente (4) Não realizou
(5) Não sei

31. Como você poderia orientar seu paciente à procurar informações sobre o câncer bucal?

- (1) Televisão (2) Jornais (3) Revistas da área (4) Panfletos
(5) Internet (6) Especialistas da área (Médico, cirurgião dentista...)

32. Na sua opinião, qual a importância do cirurgião dentista na prevenção e no diagnóstico precoce de câncer bucal?

- (1) Alta (2) Média (3) Regular (4) Baixa
(5) Não tem importância (6) Não sei

Apêndice 2 – Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com os três grupos de pesquisa (estudantes, cirurgiões dentistas e população), relacionado ao conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de boca.

Variável	Categoria	Estudantes	Cirurgiões Dentistas	População em Geral	Valor de p
Drogas injetáveis	Sim	44 (44%)	16 (32%)	46 (46%)	0,000
	Não	43 (43%)	26 (52%)	25 (25%)	
	Não sei	13 (13%)	8 (16%)	29 (29%)	
Ter apresentado outro câncer previamente	Sim	89 (89%)	37 (74%)	57 (57%)	0,000
	Não	9 (9%)	8 (16%)	17 (17%)	
	Não sei	2 (2%)	5 (10%)	26 (26%)	
Consumo de álcool	Sim	98 (98%)	100 (100%)	78 (78%)	0,000
	Não	1 (1%)	0 (0%)	10 (10%)	
	Não sei	1 (1%)	0 (0%)	12 (12%)	
Consumo de tabaco	Sim	100 (100%)	100 (100%)	91 (91%)	0,000
	Não	0 (0%)	0 (0%)	5 (5%)	
	Não sei	0 (0%)	0 (0%)	4 (4%)	
História familiar de câncer	Sim	94 (94%)	47 (94%)	69 (69%)	0,269
	Não	6 (6%)	1 (2%)	22 (22%)	
	Não sei	0 (0%)	2 (4%)	9 (9%)	
Estresse emocional	Sim	64 (64%)	31 (62%)	67 (67%)	0,833
	Não	28 (28%)	15 (30%)	15 (15%)	
	Não sei	8 (8%)	4 (8%)	18 (18%)	
Baixo consumo de frutas e vegetais	Sim	45 (45%)	15 (30%)	25 (25%)	0,000
	Não	40 (40%)	25 (50%)	41 (41%)	
	Não sei	15 (15%)	10 (20%)	34 (34%)	

Sexo oral	Sim	55 (55%)	23 (46%)	35 (35%)	0,000
	Não	39 (39%)	21 (42%)	23 (23%)	
	Não sei	6 (6%)	6 (12%)	42 (42%)	
Próteses mal adaptadas	Sim	52 (52%)	42 (84%)	58 (58%)	0,000
	Não	40 (40%)	6 (12%)	12 (12%)	
	Não sei	8 (8%)	2 (4%)	30 (30%)	
Dentes em mau estado	Sim	28 (28%)	33 (66%)	71 (71%)	0,000
	Não	62 (62%)	16 (32%)	12 (12%)	
	Não sei	10 (10%)	1 (2%)	17 (17%)	
Consumo de comidas condimentadas	Sim	38 (38%)	12 (24%)	30 (30%)	0,000
	Não	51 (51%)	18 (36%)	40 (40%)	
	Não sei	11 (11%)	20 (40%)	30 (30%)	
Higiene oral deficiente	Sim	41 (41%)	30 (60%)	79 (79%)	0,000
	Não	53 (53%)	17 (34%)	8 (8%)	
	Não sei	6 (6%)	3 (6%)	13 (13%)	
Contágio direto (Pessoa para pessoa)	Sim	6 (6%)	3 (6%)	9 (9%)	0,000
	Não	91 (91%)	46 (92%)	74 (74%)	
	Não sei	3 (3%)	1 (2%)	17 (17%)	
Exposição solar	Sim	100 (100%)	43 (86%)	45 (45%)	0,000
	Não	0 (0%)	6 (12%)	32 (32%)	
	Não sei	0 (0%)	1 (2%)	23 (23%)	
Bebidas e comidas quentes	Sim	82 (82%)	32 (64%)	71 (71%)	0,000
	Não	15 (15%)	13 (26%)	16 (16%)	
	Não sei	3 (3%)	5 (10%)	13 (13%)	
Obesidade	Sim	16 (16%)	4 (8%)	20 (20%)	0,000
	Não	72 (72%)	37 (74%)	46 (46%)	
	Não sei	12 (12%)	9 (18%)	34 (34%)	

Apêndice 3 – Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com o grupo de pesquisa população, relacionado aos fatores de informação e prevenção.

Variável	Categoria	População em Geral
Tem informação suficiente sobre câncer de boca	Sim	4 (4%)
	Não	74 (74%)
	Não sei	22 (22%)
Consegue orientar ou conversar com algum amigo sobre câncer bucal	Sim	15 (15%)
	Não	66 (66%)
	Não sei	19 (19%)
Caso já tenha ouvido falar sobre câncer bucal, onde obteve informações	Televisão	37 (37%)
	Jornais	2 (2%)
	Revistas da área	8 (8%)
	Panfletos	0 (0%)
	Internet	18 (18%)
	Especialistas da área (Médico, cirurgião dentista...)	21 (21%)
	Outros	8 (8%)



Apêndice 4 – Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com os três grupos de pesquisa (estudantes, cirurgiões dentistas e população), relacionado a prevenção precoce do câncer bucal.

Variável	Categoria	Estudantes	Cirurgiões Dentistas	População	Valor de p
Importância do cirurgião dentista na prevenção e no diagnóstico precoce de câncer bucal	Alta	100 (100%)	50 (100%)	83 (83%)	0,002
	Média	0 (0%)	0 (0%)	11 (11%)	
	Regular	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	
	Baixa	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	
	Não tem importância	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	
	Não sei	0 (0%)	0 (0%)	3 (3%)	

TRABALHOS PREMIADOS



ÁREAS DOADORAS INTRABUCAIS PARA ENXERTOS ÓSSEOS

CONSTANTINI, Nicole Caroline

CAGNIN, Bruna Baroncello

ALVES, Julia Andrin

ARGENTA, Maria Eduarda Mioranza

BUSSACARO, Nikeli

FACHIN, Thalita Moro

PAVELSKI, Maicon Douglas

NARDI, Anderson

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e da Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

É notório que enxerto ósseo é um procedimento cirúrgico para devolução de estética e função quando bem planejado e executado. Fundamenta-se em retirar um fragmento de osso de uma localização, para inserir na região que se pretende reparar quando o paciente necessita de um implante dentário, porém a região alvéolo dentária não tem volume suficiente. O objetivo com o trabalho, foi evidenciar a relevância e os benefícios do enxerto ósseo, bem como buscar a satisfação estética e funcional do paciente. A revisão de literatura foi realizada através de artigos buscados por meio de pesquisas remotas e materiais encontrados na base de dados SciELO. Os enxertos são classificadas em três categorias, sendo a mais importante nesta área, e padrão de ouro nas reconstruções maxilo-mandibulares, a categoria de Autógenos que se resume em extração e transplante no mesmo indivíduo. Este tem origem extra ou intrabucal. Se tratando da origem intrabucal pode-se citar possíveis áreas doadoras: Ramo da Mandíbula, sendo o mais importante e utilizado, que dispõe uma quantidade adequada de enxerto, suficiente para um volume ósseo de uma área de 3-4 dentes; Mento, disponibilizando boa porção e qualidade óssea. O enxerto tem a forma de semiarco e é remodelado de acordo com o defeito ósseo; Túber da Maxila que dependendo da anatomia, oferece pequenas e médias quantidades de osso, podendo ser retirado bilateralmente e Linha Oblíqua da Mandíbula sendo uma opção possível na reconstrução de rebordos alveolares reabsorvidos apresentando-se como um enxerto que trata as imperfeições em espessura de alcance seguro. Ainda, mesmo que com menos aplicação, podemos citar o corpo da mandíbula, espinha nasal anterior e processo coronóide. A desvantagem da utilização de áreas doadoras intrabucalis é a porção restrita de tecido ósseo disponível, porém, os resultados em geral, têm uma excelente aprovação de pacientes que se submetem a esse tipo de procedimento. Consequentemente nota-se que essa metodologia têm sido cada vez mais utilizada em cirurgias odontológicas, como alternativa de pacientes que desejam ter uma melhor saúde bucal e estética. Palavras-chave: Enxerto ósseo. Odontologia. Cirurgião-dentista.

nicoleconstantini46@gmail.com

maicon.pavelski@unoesc.edu.br



ATRIBUTOS DE UM PATÓGENO

DALLANORA, Fábio José

DALLANORA, Léa Maria Franceschi

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e da Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Quando consideramos as centenas de espécies de microrganismos que habitam o corpo humano ou animal, desde a sua superfície externa (pele) e cavidades corporais com aberturas ao exterior, devemos procurar entender como eles, microrganismos, auxiliam a evitar infecções e de que forma, bactérias comensais podem se tornar patogênicas. O objetivo deste resumo é descrever, de acordo com a literatura revisada, sete atributos (aptidões) de um patógeno. O entendimento de como uma infecção acontece e a forma de como microrganismos patogênicos, ou oportunistas, invadem um tecido orgânico está ligado à capacidade que estes apresentam em ultrapassar as barreiras de defesa ou mesmo evadirem-se delas. Estes atributos podem ser denominados, por algumas vezes, como fatores de virulência. Para ter sucesso, um microrganismo deve ser capaz de realizar algumas das sete atividades a seguir descritas. Como primeira atividade, ser capaz de manter um reservatório no qual ele consiga sobreviver. Deve também, como segunda aptidão, ser capaz de deixar seu reservatório e colonizar o organismo de um hospedeiro, aderindo em sua superfície e invadindo o seu corpo ou tecido orgânico. Esta terceira e quarta atividades estão ligadas diretamente a proteínas em sua superfície celular (adesinas) e à sua capacidade de produzir enzimas (invasinas) que os ajudem a romper barreiras naturais do hospedeiro. Ainda, uma vez dentro do tecido, o patógeno deve ser capaz de evitar as defesas do corpo (defensinas), estabelecendo capacidade de desenvolvimento de colônias ou replicação intracelular. Estas quinta e sexta aptidões fazem com que o patógeno provoque uma infecção, porém, para que a patologia se transforme em uma infecção endêmica, epidêmica ou pandêmica, uma sétima aptidão deve existir, o patógeno deve ser capaz de voltar ao seu reservatório natural ou se propagar diretamente invadindo novos organismos animais que porventura tenha contato. Desta forma, estas aptidões (capacidades) determinam o desenvolvimento de uma infecção ou doença, porém, estes termos devem ser usados de modo diferenciado uma vez que a infecção se refere ao crescimento (proliferação) de um patógeno no organismo enquanto a doença é a consequência de sua presença pelo dano causado ao hospedeiro.

Palavras-chave: Atributos de um patógeno. Capacidades de um patógeno. Aptidões de um patógeno.

fabio.dallanora@unoesc.edu.br

DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES E A UTILIZAÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA

CORDEIRO, João Francisco Barbosa

SLAVIERO, Ana Carolina

FERRARIN, Vinícius Henrique

RIGON, Gabriela Luiza Bortolon

CARMINATTI, André Vieceli

SAMISTRARO, Queila da Luz

LUTHI, Leonardo

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e da Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Disfunção temporomandibular (DTM) é um conceito utilizado para associar um conjunto de doenças que afetam a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios e estruturas adjacentes. A dor miofascial, normalmente localizada na área pré-auricular, irradiando-se para a região temporal, frontal ou occipital, faz parte de um subtipo das DTM musculares. A toxina botulínica tipo A tem sido objeto de estudo no controle da dor miofascial, visto que sua ação provoca um relaxamento da musculatura, propiciando uma redução da dor. Esta revisão de literatura tem como objetivo associar os efeitos da toxina botulínica com a terapêutica das disfunções temporomandibulares. Avaliaram-se artigos disponíveis nas plataformas on-line SciELO, Lilacas e Cochrane, publicados entre os anos de 2012 e 2018. Observou-se que a dor miofascial é provocada por espasmos dos músculos mastigatórios, relacionada com alteração da função mandibular, desencadeada por distensão, contração contínua ou fadiga muscular, comumente causadas pela hiperatividade muscular decorrente de práticas parafuncionais, como bruxismo e hábito de roer unhas, agravando-se pelo estresse emocional. O diagnóstico e a identificação destes fatores causais faz-se frente à anamnese e ao exame clínico, sendo a palpação muscular o meio mais utilizado para o achado do local algíco. Sabendo que o efeito local da injeção da toxina botulínica no músculo é o bloqueio da inervação da musculatura esquelética resultando na redução da capacidade de contração, estudos apontam a toxina botulínica tipo A como a droga ideal para a terapêutica, ciente que tal mecanismo relaciona-se com o alívio da dor. Contudo, esses resultados devem ser questionados, visto que um número pequeno de pacientes foi acompanhado e os próprios autores salientam à necessidade de maiores estudos. Analisando o efeito da toxina em comparação a uma substância salina infiltrada, não se observou diferença significativa na melhora da dor. Baseando-se na literatura analisada, a eficácia da toxina botulínica tipo A na terapêutica da dor miofascial necessita de maior aporte científico, entretanto, não se deve desprezar alternativas para o alívio e solução da dor, tornando-se assim, uma alternativa para o tratamento de pacientes portadores de disfunções temporomandibulares.

Palavras-chave: Disfunção Temporomandibular. Botox. Dor miofascial. DTM.

jfcbarbosa16@gmail.com

anaslavierocarolina@gmail.com

viniciusferrarin@outlook.com

gabi_bortolon@icloud.com

andrecarminattivc@outlook.com.br

samistraro@gmail.com

leonardo.luthi@unoesc.edu.br



ODONTOLOGIA E CORONAVÍRUS: O IMPACTO DA COVID-19 NA ROTINA DO CIRURGIÃO-DENTISTA

COUTO, Thaynara

CARVALHO, Ana Sebastiana Claudianara da Silva

STEIL, Vitória Maria

DE GREGORI Sarah Stella

DIRSCHNABEL, Acir José

DALLANORA, Lea Maria Franceschi

SAMISTRARO, Queila Da Luz

Curso: Odontologia.

Área das Ciências da Vida

Universidade do Oeste de Santa Catarina

O emergente surto de pneumonia relacionado ao COVID-19, é a mais recente doença infecciosa a se desenvolver rapidamente em todo o mundo, considerado uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde março de 2020, o atual cenário mundial exige mudanças na rotina do atendimento odontológico. O objetivo do presente trabalho é conhecer as rotas de transmissão do novo coronavírus na prática odontológica, discutir protocolos de biossegurança, e como o dentista pode evitar complicações dessa nova doença. Trata-se de um estudo bibliográfico, baseado na literatura encontrada nas bases de dados SCielo, PubMed e Portal de periódicos CAPES. O coronavírus é transmitido via inalação de gotículas respiratórias ou contato direto com mucosas, desse modo, os cirurgiões-dentistas estão entre os profissionais com maior risco biológico, devido a grande quantidade de aerossóis produzidos durante o atendimento. Dentre as recomendações para evitar a infecção cruzada e a exposição do profissional é possível destacar o uso de máscara NR95, PFF2 ou superior, protetor facial, avental impermeável e pijamas cirúrgicos. O coronavírus é vulnerável à oxidação, orienta-se antissepsia oral com peróxido de hidrogênio (na concentração de 1% a 3%) ou povidona a 0,2%, com o objetivo de reduzir a quantidade de cópias virais presentes na mucosa oral antes do atendimento. Durante os procedimentos, é essencial minimizar a produção de aerossóis, obter, sempre que possível, um isolamento absoluto com dique de borracha, dar preferência aos instrumentos manuais, evitar o uso da seringa tríplice em sua forma de névoa, além de cuidados com a esterilização de todo material crítico e desinfecção do ambiente, a nova realidade coloca em voga o uso do ácido peracético e tecnologias pré-existentes, como a radiação ultravioleta. É importante lembrar que a orientação de higiene oral e a manutenção da saúde bucal é fundamental para evitar complicações pulmonares em pacientes contaminados com o novo coronavírus. Portanto, os cuidados de biossegurança são necessários para controlar os meios de transmissão da nova e antigas doenças na prática odontológica, visando adaptar a profissão ao novo contexto mundial, buscando sempre por uma odontologia mais segura e responsável.

Palavras-chave: Odontologia. Biossegurança. Coronavírus. Saúde Bucal.

queila.samistraro@unoesc.edu.br

OS EFEITOS DA UTILIZAÇÃO DE MICRO-ORGANISMOS PROBIÓTICOS NA SAÚDE PERIODONTAL

CORDEIRO, João Francisco Barbosa

SLAVIERO, Ana Carolina

FERRARIN, Vinícius Henrique

RIGON, Gabriela Luiza Bortolon

CARMINATTI, André Vieceli

IMANISHI, Soraia Almeida Watanabe

MUNIZ, Marcelo

Curso: Odontologia

Área das Ciências da Vida e da Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina

A doença periodontal é resultado da ação de micro-organismos em um hospedeiro suscetível, levando a destruição dos tecidos de suporte dos dentes. Sua terapêutica consiste no debridamento mecânico para a remoção dos patógenos. Contudo, a recolonização e a instalação de uma microbiota mais patogênica faz com que terapias de suporte sejam necessárias. Sabendo que bactérias probióticas competem com os periodonto patógenos, acredita-se que sua utilização pode causar uma inibição da colonização, adesão e formação do biofilme, reduzindo assim, a cascata de reações imuno-inflamatórias, trazendo benefícios ao hospedeiro. Avaliaram-se artigos e relatos de caso disponíveis nas plataformas on-line SciELO, Lilacs e Cochrane, publicados entre os anos de 2012 a 2016, bem como obras literárias referências de Periodontia. Observou-se que o mecanismo de ação dos probióticos varia de acordo com a estirpe utilizada e a fase do processo da doença em que é administrado. De um modo geral, a ação dos probióticos na cavidade oral assemelha-se aos descritos para a flora intestinal, produzindo substâncias bacteriostáticas (bacteriocinas e peróxido de hidrogênio) e a inibição competitiva da adesão epitelial, podendo em alguns casos, desalojar patógenos e toxinas já aderidas ao epitélio. Tratando-se das doenças periodontais, a ação dos probióticos fundamenta-se em dois aspectos: inibição de patógenos ou por meio da modulação da resposta imune do hospedeiro. Atualmente, as estirpes probióticas mais utilizadas são as bactérias do gênero *Lactobacillus* (Prodentis™, comercialmente encontrada como pastilhas) e *Bifidobacterium*, ambas sendo encontradas no leite materno, causando uma exposição precoce da cavidade oral a estas bactérias. Não sendo possível concluir assertivamente sobre os efeitos a longo prazo dos micro-organismos probióticos, os estudos referidos nesta revisão bibliográfica mostraram uma melhoria nos parâmetros microbiológicos e imunológicos periodontais do hospedeiro, entretanto, refere-se limitações metodológicas quanto à amostra utilizada, análise estatística e a seleção probiótica. Os resultados exibem benefícios na saúde periodontal, não obstante, faz-se necessária uma investigação científica mais rigorosa para avaliar, a longo prazo, a eficácia e segurança dos probióticos.

Palavras-chave: Probióticos. Periodonto. Periodontite. Periodontia. Micro-organismos.

jfcbarbosa16@gmail.com

E-mails dos autores:

jfcbarbosa16@gmail.com

anaslavierocarolina@gmail.com

viniciusferrarin@outlook.com

gabi_bortolon@icloud.com

andreacarminattivc@outlook.com.br

soraia.imanishi@unoesc.edu.br

marcelo.muniz@unoesc.edu.br



PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E ODONTOLOGIA

LATREILLE, Bruna
BORTOLI, Tainara Bréia de
GAMBATO, Isadora
FREITAS, Isadora Palavro
RECH, Marina
NARDI, Anderson

Curso: Odontologia

Área do conhecimento: Área das Ciências da Vida e Saúde
Universidade do Oeste de Santa Catarina

Diabetes Mellitus (DM) caracteriza-se como uma doença crônica sistêmica ocasionada pela deficiência adquirida ou herdada na produção de insulina pancreática. A patologia pode ser encontrada de duas formas, DM tipo I (o pâncreas não produz insulina suficiente no organismo) e DM tipo II (o organismo é incapaz de atribuir a ação da insulina sintetizada pelo pâncreas). Esta revisão literária tem como objetivo apresentar os cuidados necessários no atendimento odontológico de indivíduos portadores de DM. Foram analisados dez artigos disponíveis nas plataformas on-line Google Acadêmico e SciELO, publicados entre os anos de 2016 e 2020, em inglês e português. Na primeira consulta odontológica, o cirurgião-dentista deve fazer uma anamnese dirigida ao paciente diabético, buscando informações sobre tratamentos médicos e odontológicos prévios, medicações utilizadas, bem como as dosagens e o tempo de administração da medicação, como por exemplo o emprego de insulinoterapia, devido a susceptibilidade de hipoglicemia ao decorrer do atendimento e deve classificá-lo de acordo com o grau de risco para técnicas clínicas. Os diabéticos apresentam alterações fisiológicas que podem diminuir a capacidade imunológica e a resposta inflamatória, aumentando a probabilidade de sofrerem infecções. O cirurgião-dentista deve atentar para a maior chance de ocorrência da doença periodontal e cáries, avaliando criteriosamente a saúde do periodonto e a qualidade da higienização oral. Fisiologicamente os níveis endógenos de corticosteroides estão elevados pela manhã, por isso, as consultas odontológicas devem ser preferencialmente marcadas nesse período, além de não durarem tempo excessivo. Em casos de dor leve e moderada, recomenda-se o uso de analgésicos como paracetamol e dipirona. Na indicação de profilaxia antibiótica pré e pós-operatória, os antibacterianos que podem ser empregados são as penicilinas (amoxicilina, ampicilina), cefalosporinas (cefalexina) ou macrolídeos (azitromicina, claritromicina). Em casos cirúrgicos, os anestésicos locais contendo epinefrina podem ser aplicados a estes pacientes, obedecendo-se criteriosamente as técnicas anestésicas e as doses máximas recomendadas para cada anestésico. O atendimento odontológico oferece uma diversidade de procedimentos para os variados quadros clínicos apresentados pelos pacientes, por isso é importante que o cirurgião-dentista tenha o conhecimento sobre os cuidados especiais para indivíduos portadores de DM, afim de proporcionar seus serviços de forma segura e eficaz.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus. Odontologia. Procedimentos. Patologia. Cuidados.

latreillebruna@gmail.com
anderson.nardi@unoesc.edu.br
latreillebruna@gmail.com
tainarabdb@hotmail.com

isadoragambatto@hotmail.com
isa.palavrof@gmail.com
marinarech15@gmail.com
anderson.nardi@unoesc.edu.br