

Planejamento e diagnóstico em Odontologia com os princípios bioéticos

Recebido em: jun/2015

Aprovado em: ago/2015

Artur Cerri – Especialista, mestre e doutor em Semiologia/Estomatologia pela Universidade de São Paulo

Jacira dos Anjos Guarim – Especialista em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares – Gestão independente em planejamento odontológico multidisciplinar

Walter João Genovese – Professor de mestrado e doutorado da Unicsul

Autor de correspondência:

Artur Cerri

Rua Voluntários da Pátria, 547

Santana - São Paulo - SP

02011-000

Brasil

arturcerri@uol.com.br

Planning and diagnosis in Dentistry with the bioethical principles

RESUMO

O objetivo será apresentar um protocolo de avaliação para as especialidades da Odontologia, baseando-se na revisão da literatura, que esteve no alcance dos autores, como: artigos publicados em revistas indexadas, BBO, LILACS, SCIELO, livros e biblioteca on line. Aplicando-se os princípios bioéticos da biologia, medicina, filosofia (ética) e direito (biodireito). Com fundamento nos conhecimentos básicos da odontologia para a anamnese, exames clínicos, complementares para todo o sistema estomatognático: cabeça, pescoço, dentes, periodonto, sistema muscular buco-facial e da articulação temporomandibular (ATM). Visando os direitos do paciente e deveres do profissional sua responsabilidade nos exames para o diagnóstico e evolução do tratamento. Evitando-se as iatrogenias e tratamentos inadequados.

Descritores: odontologia; diagnóstico; planejamento; bioética

ABSTRACT

The goal will be to present an evaluation protocol to the specialties of dentistry, based on the literature review, which was in reach authors, like: articles published in indexed journals, BBO, LILACS, SCIELO, books and the internet. Applying the bioethical principles of biology, medicine, philosophy (ethics) and right (bioLaw). Based on basic knowledge of dentistry to the anamnesis, clinical examinations, complementary to the stomatognathic system: head, neck, teeth, periodontium, bucco-facial muscular system and temporomandibular joint (TMJ). To the rights of the patient and duties of professional responsibility examinations for the diagnosis and course of treatment. Avoiding the iatrogenic and inappropriate treatments.

Descriptors: dentistry; diagnosis; planning; bioethics

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Demonstrar que o planejamento e o diagnóstico em Odontologia com os princípios bioéticos trarão resultados estáveis, com a responsabilidade do profissional e do paciente, que estará colaborando para obter os resultados que desejou durante a escolha do tratamento apresentado, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

INTRODUÇÃO

A bioética surgiu na década de 70, precisamente em 1971, mencionada pelo oncologista americano Van Rensselaer Potter¹ em seu trabalho *Bioethics: Bridge to the future – Bioética: uma ponte para o futuro*, em que destacava a necessidade de um acompanhamento ético às pesquisas científicas naquele tempo realizadas. Atualmente, ela é considerada por muitos autores como uma nova reflexão, porque trata e traz em sua bagagem variados temas polêmicos, desde o aborto, eutanásia, clonagem, transplantes entre outras, sendo muitas vezes palco de conflitos morais e éticos. Caracterizando a bioética, em uma ação multifatorial e complexa, decorrente da existência de um pluralismo cultural, político e moral em nossa sociedade.²

REVISÃO DA LITERATURA

Conforme a revisão da literatura, que esteve no alcance dos autores, como: artigos publicados em revistas indexadas, BBO, LILACS, SCIELO, livros e bibliotecas on-line, casos clínicos, como nas outras áreas da saúde, a bioética está presente, desde as pesquisas científicas, que resultam no progresso da profissão, como no atendimento clínico.^{2,3} Sobre as pesquisas científicas que se sucedem com o envolvimento de seres humanos, de forma direta ou indireta, há em vigor a norma 196 de 10 de outubro de 1996, promulgada pelo Conselho Nacional de Saúde, em que uma das obrigações do pesquisador responsável é obter a anuência da pessoa que irá participar da pesquisa, desenvolvendo assim pesquisas éticas e de qualidade.⁴ Voltada para o atendimento clínico, a bioética sempre enfocou a relação médico-paciente como se observa na literatura. Porém, cabe aos odontólogos transferi-la, adequá-la, e aprimorá-la para o cotidiano clínico.⁴⁻⁶

Essa interação médico e paciente, por muito tempo, foi estabelecida pelo modelo paternalista, herança dos antigos médicos de família, confidentes durante sua prática médica que sempre era observada como correta; não havendo qualquer necessidade de dúvida ou discussão pela parte do paciente. Isso caracteriza uma relação vertical, sendo o médico "endeusado" e detentor do conhecimento terapêutico e o paciente como mero agente passivo da situação.^{5,6} Em 1979, essa relação, até então, solidificada e indiscutível foi transformada com o advento da teoria principialista de Beauchamp e Childres, a qual apresentava quatro princípios éticos que deveriam atuar e interagir na relação do profissional e paciente. Essa teoria foi utilizada por um longo tempo, e por vários profissionais, pois os resguardava eticamente frente às situações delicadas. Assim a bioética "instrumentalizou" e começou a dar respostas a todas as questões, mediante a uma análise de "disputa" entre esses princípios, e aquele que predominasse, seria a resposta do problema em questão.^{5,6} Esses princípios éticos consistiam em: autonomia (em que o paciente teria o direito de auto governar-se), beneficência, em que o profissional deveria promover o máximo de benefícios ao seu paciente, e evitasse qualquer tipo de dano. Esse seria o princípio da não-maleficência.⁵⁻⁷ E por último o princípio da justiça, que corresponderia na equidade social, ou seja, levar saúde a todos. Tudo isso caracterizava como um "guia" ético que deveria ser seguido, e através disto a ação do profissional

estaria correta⁷. Porém, muitas críticas sobrevieram a essa teoria, até pela parte dos próprios autores,^{8,9} pois os princípios éticos, então preconizados, não deveriam ser os únicos fundamentos para a atuação do profissional, e sim utilizados como referências para cada dúvida ou questão que sobreviesse no atendimento clínico; enfocando a particularidade de cada paciente, que o profissional viesse a atender. Pois cada paciente deve ter a sua particularidade de atenção, planejamento e execução, diferentes dos demais pacientes. Tudo isso é decorrente de fatores envolvidos, como fatores sócio-políticos, culturais, entre outros.¹⁰ Contudo, mesmo na prática odontológica, esses fatores não interferem apenas no tratamento do Cirurgião-Dentista, mas na própria percepção e valorização do paciente frente a sua saúde bucal.⁵⁻¹⁰ Podemos diferenciar aquele paciente que valoriza o aspecto estético; como em ter dentes alinhados, ter dentes brancos através de clareamento; daquele outro que busca ter "dentes" que o levem a mastigar, mesmo sendo uma prótese; o que ele quer é o conforto e a possibilidade de mastigar.⁷⁻¹¹ Enfocando⁸⁻¹⁴ aqui, a função mastigatória. Ou até mesmo daquele que vai ao dentista de caráter emergencial, para tirar a dor que não o deixa sossegado.⁷⁻¹¹ Assim, observa-se pacientes diferentes, expectativas e desejos diferentes. Com isso⁷⁻¹⁴, na interação com o seu paciente, o Cirurgião-Dentista deverá utilizar a bioética "prática" como um referencial, por meio de seus princípios éticos, pelos quais o paciente poderá estar exercendo a sua autonomia, através da exposição dos seus desejos e expectativas ao profissional frente ao tratamento odontológico que ele irá se submeter; também pela escolha da alternativa de tratamento, entre outras, que para ele trará mais qualidade de vida, de acordo com suas crenças e valores, depois de estar esclarecido sobre todas elas. Essa autonomia se concretizará através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido¹⁵ que o paciente dará ao profissional de forma impressa, para que seja realizado tal procedimento. Entretanto, essa ação se dará com o paciente de autonomia plena, ou seja, paciente adulto, que tenha a capacidade de avaliar, entender e discernir o que é melhor para si. Sendo um paciente com autonomia reduzida, como deficientes, adolescentes, crianças, o consentimento se dará através do seu responsável legal, ou seja, o seu curador ou tutor.¹¹

Ao realizar o planejamento clínico do paciente, o profissional deverá expor todas as alternativas com seus riscos e benefícios que competem ao caso, não omitindo informações. Porém, se o Cirurgião-Dentista não o fizer, estará infringindo tanto o Código de Ética Odontológica (de acordo com seu Art. 7, inciso IV), como o Código de Defesa do Consumidor (Art 31)¹¹⁻¹⁴ (Brasil, 2003b; Conselho Federal de Odontologia, 2003)¹⁴. Todavia, a beneficência não se restringe a "negociação" em si, mas adentra ao tratamento, o qual deverá ser executado pelo profissional de maneira correta, embasado em teoria e técnicas previamente sedimentadas na literatura científica, e o paciente deverá ser informado, e dar o seu consentimento.¹⁵ Outra observação que deve ser feita é que qualquer alteração no plano de tratamento inicial, o profissional deverá estar novamente reavaliando e orientando o paciente para chegarem a uma nova concordância mútua de vontades.¹⁴⁻¹⁶ A bioética, por se tratar de uma nova reflexão, ainda é considerada

fora do contexto clínico por muitos cirurgiões-dentistas, agindo ainda de maneira paternalística e não estimulando o paciente ou seu responsável legal a exercer sua autonomia, que¹⁴⁻¹⁶ adquirida o tornará responsável e colaborador juntamente com o profissional de saúde.¹⁵⁻¹⁷

A Bioética é o estudo transdisciplinar entre Biologia, Medicina, Filosofia (Ética) e Direito (Biodireito)¹⁵⁻¹⁷ que investiga as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana, animal e responsabilidade ambiental. Considera, portanto, questões onde não existe consenso moral como a responsabilidade moral de cientistas e profissionais em suas pesquisas e suas aplicações clínicas. Para muitos, é um ramo da ética aplicada.¹⁵⁻¹⁷

Toda e qualquer ação médica e odontológica deve contemplar seis requisitos fundamentais, sendo¹⁸⁻²³ focada no paciente, segura, eficiente, efetiva, feita no tempo adequado e acessível ao paciente.

A bioética lida com questões da moralidade e da racionalidade de conduta humana nas ciências biológicas e da saúde. Na relação profissional/ paciente é também debatida nesta recente área do conhecimento. Por meio da autonomia, o paciente passa a compartilhar as decisões, com os valores e crenças pessoais, podendo assim realizar uma escolha consciente e consequente.¹⁵⁻¹⁷ Escolhe as propostas terapêuticas, acatando-as, ou não, mediante o seu consentimento após completo entendimento e compreensão. Por sua vez, a beneficência está relacionada ao papel do profissional em assegurar os benefícios para a saúde do paciente, através do diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças bucais, contribuindo na qualidade de vida do mesmo. O tema proposto vem valorizar tanto o papel do paciente como colaborador ativo no seu tratamento, como do Cirurgião-Dentista, na promoção de saúde.¹⁸⁻²³ Esses requisitos traduzem para a prática diária os ditames fundamentais da ética na saúde. Com os princípios de ética e bioética o diagnóstico e plano de tratamento deverão estar embasados cientificamente e com segurança para que se possa chegar aos resultados esperados no menor tempo possível e com estabilidade durante a vida do paciente.¹⁸⁻²³

A ferramenta odontológica para o diagnóstico¹⁸⁻²³, planejamento e tratamento são: os exames clínicos, a observação visual da face, da musculatura dos lábios, da bochecha, da língua da orofaringe, da respiração e postura da cabeça e pescoço do paciente, da oclusão, dos dentes. Associando-se a anamnese e os exames complementares, como radiografias panorâmicas, radiografias periapicais, em casos de diagnóstico e plano de tratamento para ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares, telerradiografias com traçados, padrão USP, Mc Namara, Richets, ressonâncias magnéticas em casos de dor ou disfunção temporomandibular (DTM) e outros de protocolo de cada especialidade profissional.¹⁸⁻²⁷

Quando o tratamento envolve duas ou mais especialidades será interdisciplinar e multidisciplinar, necessitará da avaliação de profissionais, como o cirurgião bucomaxilofacial, do ortodontista, do ortopedista funcional dos maxilares, do protesista, do endodontista, do implantodontista, do odontopediatra, em muitos casos, quando o paciente é um respirador bucal de um otorrinolaringologista, de uma fonoaudióloga para a reeducação da deglutição,

da postura lingual e da mastigação bilateral.¹⁸⁻²⁸

O tratamento de seres humanos, não deveria ser em série, como a produção de tampinhas para refrigerantes ou garrafas pets. Não se deve atender um paciente e interromper para atender ao telefone ou outro paciente que se encontra na sala ou cadeira ao lado. Paredes de drywall, com revestimento antirruído dariam mais privacidade aos pacientes, principalmente para aqueles que estão sendo atendidos em clínicas de universidades ou convênios odontológicos, onde há grande circulação de profissionais, alunos, professores e pacientes. Esse atendimento massificado pode levar a infecções e contaminações dos tratamentos, além de estar infringindo os princípios bioéticos e de biossegurança. Resultados eficientes e com estabilidade dependerão também da colaboração do paciente, e esta depende de como são conduzidos os relacionamentos humanos e bioéticos com o mesmo.¹⁸⁻²⁸ Se o paciente é bem recebido, terá prazer em retornar e estar ao nosso lado para o atendimento e evolução do tratamento.

Os atendimentos deveriam ser individualizados, com tempo, respeito, bioética, humanidade, qualidade; sempre valorizando o melhor para o ser humano, com o menor custo benefício, não se pode fazer e refazer, procedimentos clínicos, exames complementares, cirurgias, sem um diagnóstico: primeiro a anamnese, exames clínicos, depois o prognóstico, o diagnóstico e, por fim, o plano de tratamento.¹⁸⁻²⁸

As patologias musculares da língua, deglutição, mastigação são avaliadas por exames clínicos, pelo odontólogo e na presença de funções alteradas o teste de suas funções, pela fonoaudiologia, o tratamento neste caso será com interação da ortopedia funcional dos maxilares e a fonoaudiologia.¹⁸⁻²⁸

Os elementos de diagnóstico são: avaliação do sistema estomatognático incluindo-se a cavidade bucal: cáries, doenças periodontais, placa bacteriana, infiltrações em próteses dentárias, mucosa bucal, lábios, orofaringe, língua, musculatura buco-facial e a articulação temporomandibular (ATM).²³ Serão necessários alguns instrumentais básicos como: fio dental, espátulas descartáveis, gaze, enxaguatório, sondas, agentes reveladores de placa, como corantes à base de fucsina alcoólica, eritrosina, azul de metileno, verde de malaquita, entre outros, que mancham a placa bacteriana presente na superfície dental através de impregnação, orientando o paciente quanto a localização da placa bacteriana.²³

O exame clínico periodontal em associação aos exames complementares nos fornecerá o diagnóstico final.¹⁸⁻²³ A partir da obtenção do diagnóstico final, teremos um prognóstico da situação periodontal do paciente.²³ Com as sondas milimetradas, tipo Willians, que possuem duas pontas rombas arredondadas, calibradas em milímetros (marcações) far-se-á as sondagens. As marcações estão distribuídas em 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, e 10 mm, têm a finalidade de facilitar a visualização da profundidade da bolsa, da perda de inserção e de retrações.²³ (Figuras 1, 2 e 3)

Nenhum tratamento ortopédico, ortodôntico, periodontal, implantes, deve iniciar-se sem a avaliação e tratamento das cáries oclusais ou inter-proximais. Orienta-se para um diagnóstico mais preciso das cáries as radiografias periapicais de ambas as arcadas superior e inferior.²³



FIGURA 1
Sondagem de bolsas periodontais

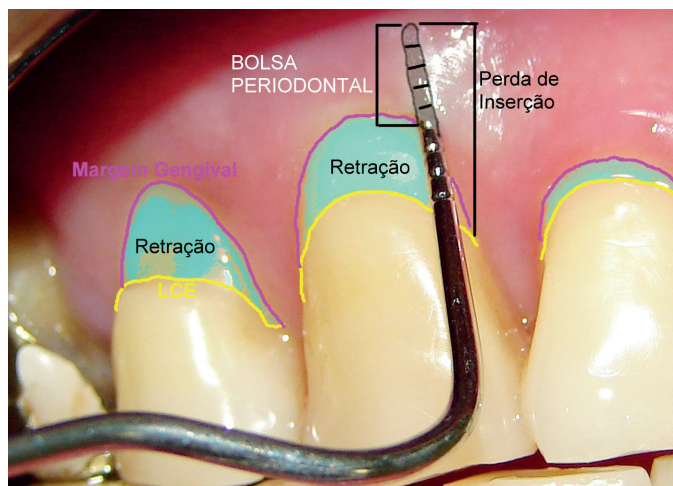


FIGURA 2
Sonda periodontal milimetrada para a medição de bolsas. Esquema de uma retração gengival, margem gengival, perda de inserção óssea e retração gengival. Imagem cedida por José Sani Neto e disponível em www.perioclincodontologia.com

O sistema estomatognático constitui uma unidade morfofuncional localizada centralmente na cavidade oral, composta por um conjunto de estruturas tais como ossos, dentes, ligamentos, músculos, língua, lábio, mucosas, glândulas, vasos, nervos, maxila, mandíbula e a articulação temporomandibular (ATM). Dada à importância das funções que realiza, o que inclui a unidade morfofuncional localizada centralmente na cavidade oral, composta por um conjunto de estruturas tais como ossos, dentes, ligamentos, músculos, língua, lábio, mucosas, glândulas, vasos, nervos, maxila, mandíbula e a articulação temporomandibular (ATM). Assim, as dores na ATM irão se relacionar com alguma alteração nestas estruturas, podendo resultar em modificações funcionais. Segundo alguns estudos, para a melhor compreensão das DTM é importante uma breve revisão da anatomia funcional da articulação temporomandibular (ATM). Esta é formada pelo côndilo mandibular

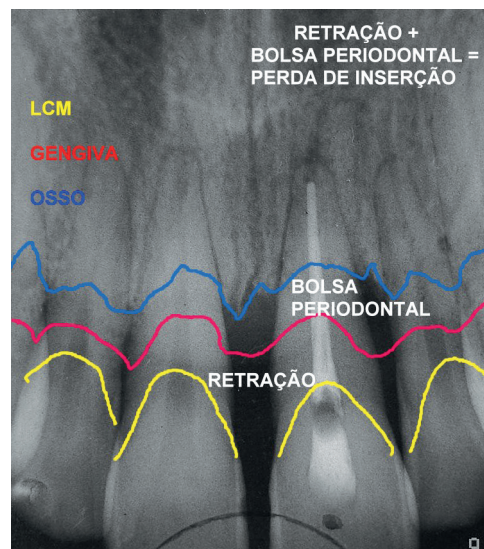


FIGURA 3
Bolsa periodontal e reabsorção gengival com perda de inserção óssea. Imagem cedida por José Sani Neto e disponível em www.perioclincodontologia.com

articulado à fossa mandibular do osso temporal. Separando estes dois ossos, a fim de que não se atritem diretamente, está o disco articular, funcionando como um osso não calcificado que permite os movimentos complexos da articulação.

Algumas alterações na oclusão podem causar alterações na ATM e levarem a dores, causando a disfunção temporomandibular (DTM). Situações como bruxismo, desgaste de dentes, mordidas cruzadas anterior, bilateral ou unilateral.

Para um melhor diagnóstico quando há dor na ATM é necessário solicitar uma ressonância bilateral da ATM²⁹ com laudo e diagnóstico. Quando não se tem as informações necessárias para este diagnóstico deve-se encaminhar ao profissional especialista em disfunção temporomandibular (DTM) e dor orofacial. Tendo-se os elementos de diagnóstico, anamnese, ressonâncias, se não houver um especialista dentro do perímetro de atendimento do profissional, poder-se-á encaminhar todos os achados por e-mail para um diagnóstico mais seguro e um plano de tratamento orientado por um especialista. Não se deve iludir o paciente com tratamentos que não podemos oferecer. Saber encaminhar ao especialista é bioética!²⁰⁻²³

A orofaringe ou bucofaringe é um pequeno espaço da cavidade bucal compreendida entre a raiz da língua, o palato mole e a epiglote.²⁰ É a única porção bucal correspondente a uma cavidade real. Faz parte da orofaringe: o véu do palatino, o palato ou céu da boca, que separa a cavidade oral da cavidade nasal. O palato é dividido em duas partes, a parte óssea anterior ("palato duro") e a parte mole posterior ("palato mole" ou "véu palatino")²⁸. No palato mole deve-se observar alterações nas amígdalas, hipertrofias, inflamadas, ausência das mesmas, alterações da mucosa do palato mole: petéquias vermelhas, com halo, manchas brancas, placas brancas.²⁰ No palato duro: observar crescimentos ósseos, como torus maxilares, formações sugestivas de fistulas ou cistos.

A úvula é um apêndice cônico do véu palatino, situado na parte posterior da boca. Na linguagem coloquial ou vulgar dá-se à úvula nomes tais quais: campainha ou sininho, dada sua semelhança. Ao contrário do que todos pensam a úvula é muito importante,²⁸ serve como um alarme de que algo está passando pela nossa garganta e, é hora de fechar as vias respiratórias para que não entre nem na cavidade nasal, nem na traqueia, é uma válvula que se fecha para impedir que a comida chegue no nariz causando engasgamento. A úvula e o palato mole também exercem uma função de grande importância na fonação, pois podem modificar o timbre de fonema. É também um dos elementos envolvidos na articulação das palavras.²⁸ Às vezes aparece bifida, uma alteração da anatomia, mas normal para aquele paciente. (Figuras 4 e 5)

A língua é o órgão muscular relacionado ao sentido do paladar

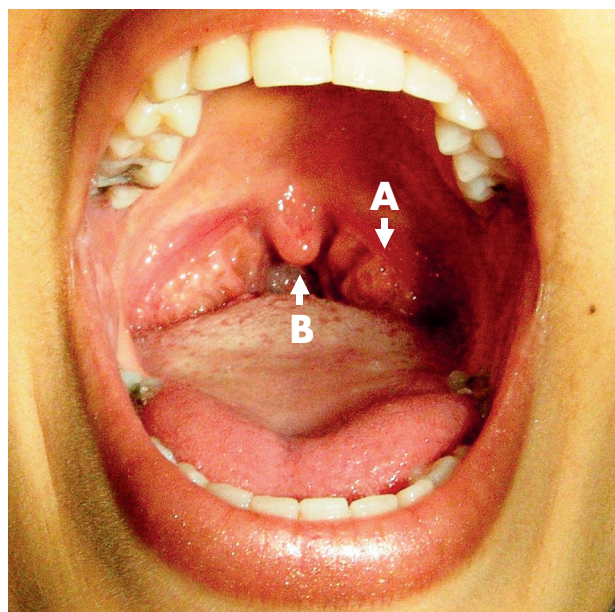


FIGURA 4

A- Amígdalas hipertróficas (inflamadas) e B - úvula simples



FIGURA 5

Úvula bifida – uma alteração da úvula simples – não é patológico

que fica localizado na parte ventral da boca da maior parte dos animais vertebrados e que serve para “processar” os alimentos.²⁸ Participa na formação dos fonemas da fala e é o único músculo voluntário do corpo humano que não fadiga. Existem vários tipos de língua: língua normal, geográfica, saburrosa, fissurada e pilosa.²⁸ (Figuras 6,7,8, e 9)

O freio lingual é uma prega mediana de túnica mucosa que recobre a face lingual da crista alveolar anterior. A alteração ocorre quando uma pequena porção de tecido embrionário, que deveria ter sofrido, apoptose durante o desenvolvimento, permanece na face ventral da língua causando alterações de inserção e/ou comprimento, dificultando a fala e mastigação.²⁸

A avaliação da função e postura lingual deverá ser encaminhada para o diagnóstico com a fonoaudiologia, quando da suspeita de uma postura atípica.^{18,19,21,22}

Na mucosa bucal deve-se analisar possíveis ulcerações, aftas, manchas brancas, escuras, crescimentos da mucosa, lábios.²⁸

Nos lábios deve-se observar se estão com um vedamento, no caso de não possuírem encaminhar para a otorrinolaringologia e fonoaudiologia para a avaliação e tratamento,⁵⁻⁸ após alta do tratamento com a otorrinolaringologia iniciar-se-á o tratamento com a fonoaudiologia, ortopedia funcional dos maxilares e finalmente a Ortodontia para o nivelamento dos dentes.^{18,19,21,23} Deve-se observar a presença de nódulos na região do pescoço ou submandibulares, nestes casos encaminhar para o semiologista para um diagnóstico mais preciso, que nem sempre está no conhecimento de todas as especialidades da Odontologia.

O ronco e apneia devem ser investigados na anamnese e encaminhados ao otorrino que através dos exames de polissonografia noturna, constatará a presença ou não destas patologias e, se necessário, em muitos casos, cirurgias, aparelhos de pressão positiva (Cpap). O otorrino encaminhará, quando for o caso, para o ortopedista funcional dos maxilares, ortodontista para os tratamentos com aparelhos intraorais (AIO). Quando necessário o odontólogo poderá, de acordo com o laudo do otorrino, associar os tratamentos com fonoaudiologia, fisioterapia facial e respiratória, nutricionista em pacientes obesos, enfim; é um tratamento multidisciplinar, em que deverá haver um protocolo de atendimento entre os profissionais que atuam com o diagnóstico e tratamento do ronco e apneia.^{19,21-23}

A análise das más oclusões mais utilizada é a de Angle, concordam Moyers (1991), Petrelli (1992), Lino (1994), Hanson (1995) e Martins & Ferreira (1996). Segundo os mesmos autores, Angle pressupõe que o 1º molar permanente ocupava uma posição estável no esqueleto crânio facial e que as desarmonias decorriam de alterações ânteroposteriores da arcada inferior em relação a ele. Dividiu as más-occlusões em três categorias básicas que se distinguem da oclusão normal³⁰:

A Classe I: estão incluídas neste grupo as más oclusões onde há relação anteroposterior normal entre os arcos superior e inferior, evidenciada pela “chave molar”.³⁰

A chave molar de Classe I corresponde com a posição de oclusão entre os molares permanentes superior e inferior: com a cúspide méso-vestibular do 1º molar superior ocluindo no sulco



FIGURA 6
Língua Geográfica



FIGURA 9
Língua Pilosa



FIGURA 7
Língua Saburrosa



FIGURA 8
Língua Fissurada

mésio-vestibular do 1º molar inferior.

Classe II: são classificadas como Classe II de Angle as más oclusões nas quais o 1º molar permanente inferior situa-se distalmente ao 1º molar superior.

As más oclusões da Classe II foram separadas em duas divisões: 1ª e 2ª divisão. A Classe II divisão 1ª: são situadas nessa divisão, as más oclusões de Classe II com inclinação vestibular dos incisivos superiores.³⁰ A classe II divisão 2ª: são situadas nessa divisão as más oclusões que apresentam relação molar de Classe II com inclinação bucal ou vertical dos incisivos superiores.³⁰

São classificadas como Classe III, as más oclusões nas quais o 1º molar permanente inferior o seu sulco méso-vestibular, encontra-se mesializado em relação à cúspide méso-vestibular do 1º molar permanente superior.³⁰ Nas subdivisões das Classes II e III de Angle: quando a má oclusão de Classe II ou III de Angle, apresentar em um dos lados uma relação molar de Classe I, denominaremos este lado de subdivisão.³⁰

A classificação quanto à mordida poderá ser³⁰: aberta, ou cruzada unilateral, bilateral, anterior e mordida profunda.

A higiene oral deve ser observada, incluindo-se a escovação da língua, que deverá estar sem borra, caso contrário, iniciar a orientação do paciente, quanto à técnica de escovação dentária e higiene lingual, para que sua função seja sempre aprimorada com o paladar livre de impurezas que poderão afetar a percepção da degustação.

No odontograma vamos assinalar as avaliações das possíveis cáries, erosão e perdas dentárias, bolsas periodontais, retração gengival, anadontias, lesões periapicais, endodontias sugeridas, dentes supranumerários, anadontias.²⁸ (Tabela 1)

A qualificação do paciente e anamnese deverão ser o mais completa possível, para que possamos ter um diagnóstico individualizado do paciente, com questionários e complementos necessários (Tabela 2).²⁸

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) deve ser o mais completo possível no formulário do odontólogo, com timbre, nome, especialidade, endereço do profissional, telefone, e-mail, site, seguindo-se a norma⁶ como demonstrado abaixo:

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo(a) odontólogo(a) (nome completo do odontólogo) sobre os procedimentos (esclarecer quais procedimentos), a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido (nome do paciente), do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento (discriminar).

Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações (discriminar) que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita ao (colocar o procedimento realizado), sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis

alterações / problemas que porventura possam surgir.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

Local e data

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

Documento de Identidade

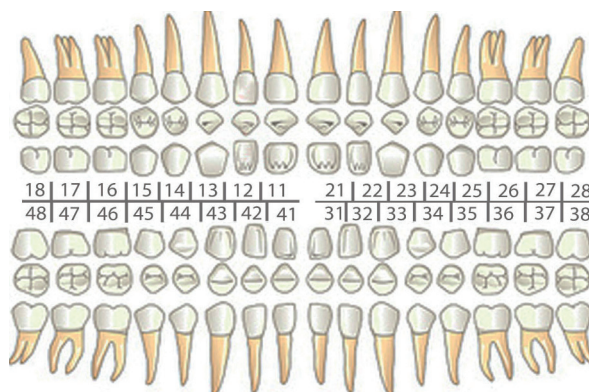
Testemunha

TABELA 1
Qualificação do paciente

Nome:			
Endereço:			
Cidade:	Estado:	Bairro:	
Idade			

TABELA 2
Odontograma

Dentes ausentes Assinalar no odontograma				Sim ()	Não ()
Dentes cáriados assinalar a face cor vermelha				Sim ()	Não ()
Gengiva anotar no odontograma as patologias e descrevê-las					
Osso Periodontal	Normal ()	Reabsorção Horizontal ()	Reabsorção Vertical ()	Bolsas Periodontais ()	Descrever e assinalar no odontograma ()



Questionário para anamnese

- 1 - Faz uso de alguma medicação contínua? - Especificar
- 2 - Tem alguma doença que requer cuidados especiais? Qual?
- () Diabetes () Reumatismo () Alergia? Que tipo descrever
() Cardíaco () Convulsões () Pressão alta
() Pressão baixa () Síndrome do pânico
- 3 - Já tomou anestesia para tratamento odontológico
- () Sim () Não.
Houve alguma reação desagradável? Descrever
- 4 - Você tem dificuldade ou dor ao abrir a boca, por exemplo ao bocejar?
- () Sim () Não
- 5 - Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou quando abre a boca?
- () Sim () Não
- 6 - Tem cansaço ou dor muscular quando mastiga?
- () Sim () Não
- 7 - Sente dores de cabeça com frequência?
- () Sim () Não
- 8 - Tem dor de ouvido ou na região das articulações (ATM)?
- () Sim () Não
- 9 - Sente dificuldade para movimentar sua mandíbula para os lados?
- () Sim () Não
- 10 - Você já observou se tem algum hábito como apertar e/ou ranger os dentes?
- () Sim () Não
- 11 - Sugestões preventivas:
- 12 - Sugestões de Tratamentos:
- 13 - Encaminhamentos:
- () Dentística () Periodontia () Endodontia () Ortopedia
() Ortodontia () Prótese () Implantodontia
() Otorrinolaringologia () endocrinologia () Fonoaudiologia

DISCUSSÃO

De acordo com este levantamento bibliográfico, é contraindicado qualquer tratamento ortopédico ou ortodôntico, implantes, próteses fixas, removíveis, em pacientes que apresentem gengivite, placas bacterianas ou cárie dental, portanto, antes, do início do tratamento orienta-se o paciente com técnicas de escovação, com o uso do fio dental e alimentação adequada, com pouco açúcar para a prevenção da cárie. Evidencia-se as placas bacterianas com agentes reveladores, nas consultas periódicas. Em casos de perda óssea crônica ou aguda os tratamentos com ortodontia ou ortopedia funcional dos maxilares, próteses, implantes, não são indicados os pacientes devem ser encaminhados ao periodontista, para a avaliação, tratamento e depois novo estudo das possibilidades para a reabilitação indicada.¹⁸⁻²⁶

Pacientes que apresentarem risogênese incompleta²⁴ não devem ser submetidos a tratamento com a ortodontia. Estes deverão ser planejados e iniciados após a rizogênese dos caninos e pré-molares, nestes casos, inicia-se com ortopedia funcional dos maxilares, quando houver alterações musculares e, ou, discrepâncias de bases ósseas.^{18-19,21-24}

Pacientes com doenças sistêmicas tais como diabetes, submetidos à radioterapia, portadores de doença renal crônica, paralisia cerebral parcial ou total, tetraplégicos, pacientes portadores de lúpus, doenças reumáticas, fibromialgia, osteoporose, não devem ser submetidos a implantes ou tratamentos ortodônticos e ortopédicos, pois estes causarão reações inflamatórias fisiológicas que poderão causar danos maiores no organismo do paciente.²⁶

Para o atendimento e planejamento em odontologia, o profissional deverá ter os conhecimentos básicos de biologia, bioquímica desde as células, tecidos, órgãos, e do organismo humano como um todo, não apenas uma boca com dentes, agregando elementos de diagnóstico como os apresentados nesta revisão e outros condizentes com cada especialidade; incluindo-se um planejamento eficiente e bioético, conservando e melhorando a saúde do paciente com um atendimento individual orientando-o na apresentação do plano de tratamento e assinatura do TCLE, para obtermos resultados estáveis, colaboração e fidelização no tratamento.¹⁶⁻²³

CONCLUSÃO

A Bioética será a matéria básica para que a Odontologia siga como uma profissão bem remunerada, valorizada pelo profissional e pelos pacientes, permanecendo como uma ciência rica em tecnologia, valorizando o diagnóstico e planejamento multidisciplinar com as especialidades, odontológicas e médicas. Esta reflexão bioética da Odontologia, a partir das referências levantadas, pode-se afirmar que são necessárias e fundamentais.

APLICAÇÃO CLÍNICA

A aplicação clínica desta investigação é a pesquisa de patologias sugestivas de hipertrofia, alterações de forma, inflamações para encaminhamento ao otorrinolaringologista, e se necessário cirurgia.

REFERÊNCIAS

- Potter VR. Bioethics: Bridge or the future. New Jersey Prentice Hall, 1971.
- Garrafa V. Bioética e Odontologia. In: Kriger L. Abroprev: Promoção de Saúde Bucal. 3. ed. São Paulo: Artes Medicas, 2003.
- Pinto Cisternas J. Ética y Bioética en la Investigacion Odontologica. Rev Fac Odont Univ Valparaiso 1999; 2(3):212- 217.
- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. (Res.CNS 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- Cohen C, Marcolino Jam. Relação Médico - Paciente. In: Segue M, Cohen C.(orgs). Bioética. São Paulo: Edusp, 1995.
- Munöz DR, Fortes PAC. O princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa SF, Oselka G, Garrafa V. (Orgs). Iniciação a Bioética. Conselho Federal de Medicina, 1998.
- Diniz D, Guilhem D. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense, 2002.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 1979.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics . 4. ed. New York: Oxford University Press, 1994.
- Jungue JR. Metodologia A análise ética de casos clínicos. Bioética 2003;11(4):33-32.
- Brasil, 2003a; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2000; Conselho Federal de Odontologia, 2003; Silva, 2002.
- Brasil. a. Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil, organizador Yussef Said Cahali; obra coletiva de autoria da Editora Revista dos Tribunais, com coordenação de Giselle de Melo Braga Tapai. 5. ed.ver. Atual. E ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003 . Código Civil - Lei 10.406 / 2002 , p. 101- 620.
- Brasil. b. Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil, organizador Yussef Said Cahali; obra coletiva de autoria da Editora Revista dos Tribunais, com coordenação de Giselle de Melo Braga Tapai. 5. ed.ver. Atual. E ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003 . Código de Proteção e Defesa do consumidor - Lei 8078/90, p. 1198-1220.
- Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Resolução nº 42 de 20 de maio de 2003
- Silva RG. Consentimento Esclarecido no tratamento Odontológico. In: Vanrell JP Odontologia Legal & Antropologia Forense. Rio de Janeiro: Guanabara Koognan, 2002.
- Garbin CAS, Mariano RQ, Machado TP, Garbin AJL. Estudo Bioético das relações humanas no tratamento odontológico. Rev Fac Odontol Lins 2002;14(1):54-59.
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica>
- Guarim JA. Análise da estabilidade pós-tratamento interdisciplinar em um adulto respirador bucal depois de 10 anos da conclusão do tratamento: relato de Caso Clínico. Ver Paul Odont, 2010; 32(4):34-40
- Ramirez, YGO., Guarim JA. Combining Functional and Fixed Appliances to Improve Results in Open Bite Treatment. The Functional Orthodontist Summer/Fall. 2007; 24:4-9.
- Dalton Luiz de Paula Ramos . Bioética Pessoa e Vida. Difusão Editora . 1ª Ed. 2009
- Guarim JA. Avaliação do crescimento mandibular em um respirador bucal após o tratamento com o uso dos aparelhos ortopédicos pré-fabricados. Relato de caso clínico. Revista Paulista de Odontologia. 2010; 32 (2): 26-33
- Guarim JA. Tratamento em criança Classe III com os aparelhos ortopédicos funcionais de uso noturno e a ortodontia. Relato de caso clínico. Revista Paulista de Odontologia. 2009; 31(4):48-53
- Dr. José Sani Neto: disponível em: <http://www.perioclincodontologia.com>
- Consolaro A. Dentes com risogênese incompleta e o movimento ortodôntico: Base biológicas. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v. 6, n. 2, p. 25-30, mar./abr. 2001
- Hendrix, C. C. et al. A radiographic study of posterior apical root resorption in orthodontic patients. J Orthod Dentofacial Orthop , St Louis, Apr. 1999; 105(4).
- Associação entre doença periodontal, doença cardiovascular e hipertensão arterial .Paizan ML, Martin JFV 995 Enelivros. Rev Bras Hipertens . 2009 vol.16(3):183-185, 2009. Rev Bras Hipertensão. vol.16(3):183-185MUNICIPAÇÃO
- Exame clínico da ATM: Disponível em: <http://video.google.com/videoplay?docid=-8508390803848175796#>
- Castro A L. Estomatologia. Livraria e Editora Santos. 3ª Ed. 2000
- Ortega LOA, Zwir FL. Conceitos Atuais sobre Disfunção Tempromandibular e Dor Orofacial - Ver Assoc Paul Cir Dent 2015; 69(1) 86-7
- Pinto ME Godim CPP, Lima SN Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das máis oclusões. Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial Maringá, Apr. 2008: 13(1): 82-91.

Conquiste maior eficiência nas restaurações em dentes posteriores através da combinação:

Tetric® N-Ceram Bulk Fill e Bluephase N®

Camadas de 4mm!
Em único incremento e ciclo de fotopolimerização



Incremento de 4-mm com Tetric N-Ceram Bulk Fill

LED para todos os usos
A lâmpada LED do Bluephase N fornece os mais altos padrões de polimerização, pois abrange um amplo comprimento de ondas e proporciona uma intensidade de luz de 1.200 mW/cm².



Novo condutor de luz
para maior conforto e acesso

Para maiores informações: cac@ivoclarvivadent.com
Alameda Caiapós, 723 - Tamboré - 06460-110 - Barueri - SP - Fone: 11 2424-7400

*Todas as imagens neste anúncio são ilustrativas.
Ivoclar Vivadent Brasil, empresa do grupo Ivoclar Vivadent AG – Liechtenstein.

www.ivoclarvivadent.com.br | Curta nossa página!

**ivoclar
vivadent**
passion vision innovation