

Candidíase oral: aspectos etiológicos, fisiopatológicos e preventivos em portadores de próteses totais. Revisão da literatura

Oral candidiasis: etiology, pathophysiological and preventive aspects in users of total prostheses: revision of the literature

Juliana Bisinotto **GOMES** - Mestranda em Reabilitação Oral na Universidade Federal de Uberlândia - UFU

César **BATAGLION** - Professor das Disciplinas de Prótese Total e Oclusão do Curso de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Elaine Angélica de Souza **CORONATTO** - Professora das Disciplinas de Prótese Total e Oclusão do Curso de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Maria Cristina Candelas **ZUCCOLOTTO** - Professora das Disciplinas de Prótese Total e Oclusão do Curso de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Nelson Ângelo **CHAGURI** - Professor das Disciplinas de Prótese Total e Oclusão do Curso de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Relevância Clínica

As infecções causadas pela *Candida albicans* são muito comuns em portadores de próteses totais, portanto cabe ao cirurgião-dentista motivar e instruir o paciente com medidas preventivas, como métodos de higiene oral e desinfecção das próteses, a fim de evitar o acometimento dessas infecções.

Resumo

A instalação de próteses totais proporciona ao paciente o restabelecimento de sua saúde oral. Entretanto, o cirurgião-dentista deve estar atento a preservação do tratamento, a fim de evitar injúrias aos tecidos orais provocadas, também, pelo quadro de candidíase. Deve-se fazer exames clínicos periódicos, atentar para métodos de desinfecção dos aparelhos protéticos e instruir corretamente a higiene oral e das próteses ao paciente. Os autores propõem uma revisão da literatura sobre o assunto, com o propósito de determinar os melhores meios de controlar as infecções fúngicas que provocam alterações da mucosa oral, contribuindo, desta forma, para a manutenção da saúde do paciente desdentado total.

Palavras-Chave

Candidíase bucal; dentadura completa.

Introdução

Quando os pacientes edentados recebem a prótese total, é grande o seu entusiasmo, pois é um aparelho que devolverá funções muito importantes a estes, tais como fonética, estética, conforto e a mastigação (Tamaki²⁴, 1984). Entretanto, deve-se alertá-lo que este aparelho protético necessita de cuidados especiais, principalmente de higiene, para manter a homeostase da cavidade oral, evitando acúmulo de placa bacteriana e resíduos alimentares. Estes em excesso, podem provocar uma infecção fúngica oportunista muito comum em indivíduos portadores de próteses totais: a candidíase (Spieshowicz et al.²⁵, 1990). Portanto, cabe ao cirurgião-dentista ensinar ao paciente os melhores meios de higienizar e desinfetar a prótese total, evitando que doenças oportunistas ocorram.

Gomes¹¹ (1985) relaciona a prótese removível como veículo de infecção hospitalar, onde duas causas levam à alteração da microbiota oral. A primeira é de responsabilidade do profissional, que deve proporcionar qualidade na superfície vestibular do aparelho protético, sem apresentar zonas retentivas, isenta de irregularidades, devendo, portanto, estar devidamente polida. A segunda causa é a higiene da cavidade oral e do aparelho protético, que neste caso é de responsabilidade do paciente.

Foi verificada relação entre a concentração de *C. albicans* em dentaduras e o critério de higienização da mesma. Isto está de acordo com outras pesquisas onde relatam que higiene insuficiente e uso das próteses por 24 horas significam predisposição à condição de candidíase em usuários de dentaduras. (Love et al.¹⁵, 1967; Mc Kendrick¹⁷, 1968; Budtz-Jørgensen et al.⁵, 1975).

O objetivo deste trabalho é mostrar, pela revisão da literatura, a importância da higienização adequada da cavidade oral e das próteses totais, para se evitar a candidíase, uma das infecções mais presentes nos desdentados totais, responsável pelas alterações da mucosa oral.

Revisão da literatura

Streptococcus mutans, *Streptococcus sanguis*, *E. coli* e *S. aureus* são membros proeminentes da flora bacteriana nas próteses (Carlsson et al.⁷, 1969; Lin et al.¹⁴, 1999).

Segundo, Budtz-Jørgensen & Betram⁴ (1970) somente o trauma, sem o envolvimento de *C. albicans*, resultou em tipos simples de estomatite e não o tipo generalizado. Na maioria dos casos que foram tratados somente com fungicida, outros fatores, além do trauma, contribuíram para permitir a multiplicação do fungo.

Trabalhos realizados por Davenport⁹ em 1970, Olsen¹⁹ em 1974 e, posteriormente, por Cardash et al.⁶, em 1989, relatam a grande concentração de fungos residindo em dentaduras e não infectando a mucosa do palato. Concluíram que higiene cuidadosa na dentadura deve ser considerada como um fator essencial de prevenção e eliminação de doenças.

King et al.¹² (1980), em seu estudo verificou que a *C. albicans* é um fator patogênico que comumente coloniza a superfície das células epiteliais da mucosa humana. Essa colonização pode conduzir tanto a uma associação transitória, quanto permanente com o hospedeiro e ocasionar uma infecção limitada ao epitélio da mucosa vaginal ou bucal. Os autores sugerem que a aderência às células epiteliais é o passo inicial para a colonização de bactérias à superfície das mucosas. A limpeza da mucosa não permite que o organismo elimine secreções. Ocasionalmente, o fungo difunde para a pele e sulco gastrointestinal produzindo uma candidíase generalizada. Apesar da *C. albicans* (*Monilia albicans*) ser considerada apenas uma verdadeira patogenia de membros, muitos casos de endocardite micótica foi relatado por *Candida parakruzei* e *Candida guilliermondii* em cultivo. O uso prolongado de antibióticos tem mostrado o aumento do crescimento desses fungos.

Wakefield²⁵ (1980) fez uma pesquisa sobre a contaminação laboratorial das próteses totais. Estudou a presença e contaminação bacteriana em próteses totais consertadas que tinham voltado ao consultório odontológico do laboratório. As bactérias isoladas e identificadas podem ser encontradas na terra, água, pele, mucosa nasal, fezes, vagina, intestino. São todos potentes microrganismos patogênicos. Lamentavelmente, a higiene em muitos laboratórios continua a ser apenas uma

sugestão de que é necessário mais cobrança nas medidas de controle. Os dentistas defrontam com a possibilidade de contaminação das próteses que vêm do laboratório dental bem como um potencial de risco patogênico tanto para o profissional quanto para o paciente.

Segundo os autores, Samaranyake & McFarlane²¹ (1981) e McCourtie & Douglas¹⁶ (1981), as células do fungo da *C. albicans*, que cresceram suplementadas com uma alta concentração de galactose, sacarose e glicose ou maltose, aderiram mais ao acrílico do que células crescidas em meio contendo uma concentração mais baixa de glicose. Esta observação pode ser altamente relevante quando consideramos que uma dieta enriquecida de carboidratos pode predispor indivíduos a infecções de *C. albicans*.

De acordo com Santarpia et al.²² (1988), os principais agentes etiológicos encontrados em pacientes portadores de próteses totais são *Candida sp* e placa bacteriana. Há fatores que predispoem esses agentes, tais como trauma, infecção por candidíase, infecção bacteriana, alergia, fatores psicológicos, higiene inadequada, baixo fluxo salivar, hábitos com relação ao uso da dentadura, medicamentos, fatores nutricionais e metabólicos.

Branting et al.³ (1989), estudaram a influência dos *Streptococcus mutans* na adesão da *C. albicans* e concluíram que, a presença de *S. mutans* na superfície acrílica, ajuda na aderência da cândida pelo mecanismo de adesão célula a célula e a sacarose tem ação essencial para a interação coesiva entre estes dois microrganismos e a superfície acrílica.

Devido à grande incidência de candidíase em pacientes que usam prótese total, Lal et al.¹³ (1992), fizeram um estudo usando enxaguatório oral Peridex em pacientes portadores dessa infecção por um período de vinte e quatro dias na forma de embebição e enxaguatório oral, sendo notáveis os resultados obtidos. Concluíram que a clorexidina é um antimicrobiano efetivamente poderoso contra a maioria das bactérias orais e pode ser usada tanto como enxaguatório oral como de embebição para próteses totais. A clorexidina pode ser incorporada à resina acrílica das bases da prótese, agindo ainda como fungicida a longo prazo.

Bracce & Plummer² (1993) sugeriram realizar uma desinfecção onde a prótese deve ser escovada por 15 minutos, em seguida é lavada com Clorexidina a 4% e posteriormente vaporizada por 3 minutos com dióxido de cloro. Deste modo, as próteses seriam desinfetadas.

De acordo com Yoeliet al.²⁶ (1996), a resina acrílica ativada termicamente, apesar da dureza, oferece uma grande vantagem pela sua lisura superficial, facilitando a higienização, aspecto que as bases de dentaduras macias ficam a desejar, favorecendo a colonização pela *C. albicans*.

No trabalho de Baysan et al.¹ (1998), concluíram que, a desinfecção de próteses de bases macias, pode ser de três maneiras: o uso de hipoclorito de sódio, a exposição à energia de microondas e a secagem durante a noite. Todos estes métodos produziram reduções microbianas significantes, mas o mais efetivo foi a desinfecção em solução diluída de hipoclorito

de sódio. Porém, em uso clínico, a solução de hipoclorito de sódio pode ser contra-indicada, devido à corrosão e odor provocados. A irradiação de microondas pode ser considerada uma alternativa simples e efetiva, mas não supera o problema dos componentes metálicos. Deixar a prótese fora da boca, seca por 5 horas, pode reduzir significativamente os microrganismos patogênicos.

Dixon et al.¹⁰ (1999), em seu trabalho sobre desinfecção das bases de dentaduras com *C. albicans*, relataram que, uma grande desvantagem das próteses com bases macias é a dificuldade da manutenção higiênica, causando infecção por *C. albicans*. Esta infecção é facilmente reagudizada, contribuindo para a causa de estomatites. Os medicamentos somente tratam a cavidade oral, não reduzindo a *C. Albicans* colonizadoras das dentaduras. Pesquisas mostram que próteses totais infectadas com *C. albicans* imersas em clorexidina oral, num período de 24h, efetivamente eliminam os microrganismos das suas superfícies.

Cruz et al.⁸ (2000), relatam sobre a responsabilidade do paciente em manter uma boa higiene oral, utilizando água e escova, para limpar a prótese, e água, escova macia e dentífricos específicos para escovar os tecidos moles pelo menos três vezes ao dia. De acordo com os autores, é responsabilidade do profissional motivar e instruir o paciente para seguir corretamente as recomendações.

No mesmo ano, Pinto-Coelho et al.²⁰, e equipe, afirmam a importância de realizar um exame clínico bem feito em pacientes que usam prótese, para detectar e tratar corretamente lesões que podem afetar os tecidos orais.

Discussão

Diante do levantamento bibliográfico realizado, nota-se a importância de se fazer o controle das infecções nos pacientes desdentados totais portadores de próteses totais, sendo a candidíase a mais freqüente (Figura. 1).

A reabilitação de pacientes com aparelhos totais não consiste apenas na sua confecção correta quanto aos princípios funcionais e estéticos, mas também da preservação dos tecidos moles e duros da cavidade oral para que se tenha saúde como um todo. A conscientização e motivação do paciente para uma efetiva higienização das peças protéticas e da cavidade oral, é de suma importância para o sucesso do tratamento.

Em concordância com vários autores (Budtz-Jørgensen et al.⁵, 1975; Samaranayake & Farlane²¹, 1981; McCourtie & Douglas¹⁶, 1981; Santarpia et al.²², 1988; Cruz et al.⁸, 2000; Pinto-Coelho et al.²⁰, 2000), a confecção correta das próteses totais, deixando-as o mais lisa possível, e a higienização oral e das próteses realizada sistematicamente, oferecem condições melhores para evitar-se o crescimento de leveduras tão comum a microbiota oral humana.

Neste âmbito, a biossegurança é um fator de suma importância para o controle de infecções. Como citado pela literatura (Wakefield²⁵, 1980), a contaminação de próteses totais no laboratório de prótese e em consultório odontológico é grande. Métodos simples de desinfecção, quando realizados,

são altamente eficazes. A postura destes profissionais deveria mudar, pois, se considerarmos que a maioria dos indivíduos portadores de próteses totais são idosos, muitos com saúde debilitada, o risco de enfermidade mais grave se instalar em virtude de uma infecção oral, é grande.

Os cirurgiões dentistas não devem se preocupar apenas com qual método de limpeza o paciente vai utilizar e se irá fazê-lo bem. Esta é apenas um dos fatores a serem observados. O outro é a qualidade do trabalho que está sendo realizado para a confecção dos aparelhos protéticos. Os procedimentos clínicos do cirurgião-dentista devem oferecer condições para que o TPD possa realizar os passos laboratoriais adequados.

É protocolo do atendimento dos pacientes na Clínica de Prótese Total da Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP, orientar como devem ser realizados os procedimentos para a higienização oral e dos aparelhos protéticos, conseguindo controlar e eliminar, na grande maioria dos casos, as infecções causadas pela *Candida albicans*.

As orientações iniciam com a explanação sobre a importância de escovar todos os lados da prótese, com escova dental de cerdas médias e com sabão neutro ou creme dental de baixa abrasividade, após as refeições e antes de dormir (Figuras 2 e 3). Alerta-se o paciente para não esquecer de escovar a língua, o palato, as gengivas e mucosa jugal, utilizando escova macia e creme dental.

Recomenda-se para que o paciente retire as próteses por um período do dia, para que a gengiva possa descansar. Preferencialmente, dormir sem elas. Quando as próteses estiverem fora da boca, deve deixá-las em um copo com água filtrada, misturada a uma colher de chá de bicarbonato de sódio (Figuras 4 e 5). Uma vez por semana, colocá-las em um copo com água filtrada, acrescida de uma colher de café de água sanitária, permanecendo nesta solução por quinze minutos (Figura 6). Decorrido este tempo, retirar os aparelhos e lavá-los em água corrente.

Estas orientações são dadas no início do tratamento e, durante o mesmo, observa-se como o paciente tem procedido e como está a limpeza da prótese que ele utiliza e as condições de higiene oral. Assim, por um período de aproximadamente três a quatro meses, o indivíduo é condicionado a fazer uma higienização mais adequada, que passará a ser um hábito saudável quando as próteses novas forem instaladas.

Os procedimentos preconizados para a desinfecção de moldeiras individuais, planos de orientação, próteses em cera e moldes funcionais em pasta zincoenólica é a lavagem em água gessada abundante, seguida de lavagem em água corrente, imersão em solução de gluteraldeído a 2% por 10 minutos, lavar em água corrente e secar. Já para os moldes anatômicos em alginato, deve-se lavá-los em água gessada, depois em água corrente, borrifar solução de hipoclorito de sódio a 1% sobre o molde e mantê-lo no umidificador por 10 minutos. Depois disso, lavá-lo em água corrente, secá-lo e vazá-lo com gesso pedra (Nascimento et al.¹⁸, 1999). Observando-se o tempo de desinfecção, não se terá nenhuma distorção do alginato.

Produtos ideais para a limpeza de próteses totais devem ser fáceis de usar, bactericidas e fungicidas, atóxicos, não serem prejudiciais à estrutura da prótese e efetivos na remoção de

depósitos orgânicos e inorgânicos. A limpeza mecânica é um meio efetivo de promover a higienização de próteses e preservar uma mucosa saudável sob as dentaduras. Assim, limpadores químicos eficientes podem ser uma alternativa, especialmente em pacientes geriátricos ou deficientes, onde a destreza manual pode estar comprometida (Baysan et al.¹, 1998).

A polimerização da resina acrílica termicamente ativada deve ser rigorosamente observada para que micro-porosidades

sejam evitadas ao máximo, permitindo um excelente polimento, para que facilite a limpeza por parte do paciente (Yoeli et al.²⁶, 1996).

Quanto às próteses com bases macias, a limpeza terá que ser mais rigorosa que para as convencionais, em função da sua maciez caracterizada por porosidades. A sua utilização somente é feita em casos bem indicados, em que não se tem outro recurso (Dixon et al.¹⁰, 1999).



FIGURA 1 - Aspecto clínico de mucosa de palato com candidíase.

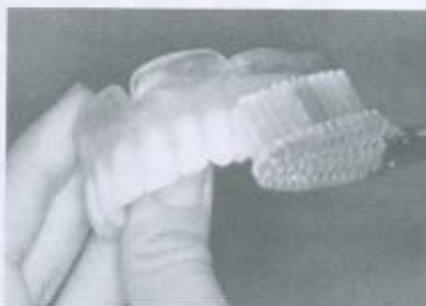


FIGURA 2 - Escovação sistemática da prótese total com escova dental de cerdas médias e sabão neutro por todo o lado externo.



FIGURA 3 - Escovação sistemática da prótese total com escova dental de cerdas médias e sabão neutro por todo o lado interno.



FIGURA 4 - Preparo de solução de bicarbonato de sódio para imersão das próteses limpas durante a noite



FIGURA 5 - Próteses limpas imersas em solução de bicarbonato de sódio durante o período de descanso da mucosa oral.



FIGURA 6- Preparo de solução de hipoclorito de sódio para imersão das próteses uma vez por semana.

Conclusão

Com base na literatura revisada, os autores concluem que a boa higienização das próteses totais e da cavidade oral contribui para o controle de infecções oportunistas, como a da *Candida albicans*, muito comum em pacientes desdentados totais. Medidas de controle de infecção devem ser tomadas pelo cirurgião-dentista e pelo técnico em prótese dentária, visto que são grandes os riscos de contaminação cruzada. É importante observar o acabamento e polimento dos aparelhos protéticos para que o fator mecânico não contribua para início destas infecções.

Abstract

The use of a complete denture reestablishes the patient's

mouth health. However, the dentist must maintain the treatment in order to avoid harm to mouth tissues, which can also be caused by candidiasis. Clinical exams must be performed from time to time; disinfection methods for the denture sets should be applied; patients must be instructed about correct oral hygiene as much as denture hygiene. The authors' proposal is a literary review on the subject in order to determine efficient ways to control infections caused by fungi, which may alter the oral mucus. This way, the authors intend to help maintain the health of total toothless patients.

Keywords

Oral candidiasis, complete denture.

Referências

- BAYSAN, A. et al. Use of microwave energy of desinfect a long-term soft lining material contaminated with *Candida albicans* or *Staphylococcus aureus*. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 79, n. 4, p. 454-458, Apr. 1998.
- BRACE, M.L.; PLUMMER, K. D. Practical denture desinfection. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 70, n. 6, p. 538-540, Dec. 1993.
- BRANTING, C. et al. The influence of *Streptococcus mutans* on adhesion of *Candida albicans* to acrylic surfaces *in vitro*. *Arch. Oral Biol.*, Oxford, v. 34, n. 5, p. 347-353, May 1989.
- BUDTZ-JÖRGENSEN, E.; BETRAM, U. Denture stomatitis II. The effect of antifungal and prosthetic treatment. *Acta Odontol. Scand.*, Oslo, v. 28, n. 3, p. 283-304, June 1970.
- BUDTZ-JÖRGENSEN, E. et al. An epidemiologic study of yeasts in elderly denture wearers. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v. 3, n. 3, p. 115-119, May 1975.
- CARDASH, H. S. et al. Prevalence of *Candida albicans* in denture wearers in an Israeli geriatric hospital. *Gerodontol.*, Basel, v. 8, n. 4, p. 101-107, Winter 1989.
- CARLSSON, J. et al. Prevalence of *Streptococcus sanguis* and *Streptococcus mutans* in the mouth of persons wearing full-dentures. *Arch. Oral Biol.*, Oxford, v. 14, n. 3, p. 243-249, Mar. 1969.
- CRUZ, P. E. M. C. M. et al. Hábitos de Higienização de portadores de prótese total: escovação de tecido mole: um levantamento. *Rev. Odontol. Univ. Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p.21-25, maio 2000.
- DAVENPORT, J. C. The oral distribution of candida in denture stomatitis. *Br. Dent. J.*, London, v. 129, n. 4, p. 151-156, Aug. 1970.
- DIXON, D. L. et al. Microwave desinfection of denture base materials colonized with *Candida albicans*. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 81, n. 2, p. 207-214, Feb. 1999.
- GOMES, V.L. Prótese removível como veículo de infecção hospitalar. *Rev. XXV de Janeiro*, São Paulo, v.33, n.1, p.10-12, jan./jun. 1985.
- KING, R. D. et al. Adherence of *Candida albicans* and other candida species to mucosal epithelial cells. *Infect. Immunol.*, Washington, DC, v. 27, n. 2, p. 667-674, Feb. 1980.
- LAL, K. et al. Assessment of antimicrobial treatment of denture stomatitis using an *in vivo* replica model sistem: therapeutic efficacy of an oral rinse. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 67, n. 1, p. 72-77, Jan. 1992.
- LIN, J. J. et al. Desinfection of denture base acrylic resin. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 81, n. 2, p. 202-206, Feb. 1999.
- LOVE, W. D. et al. The etiology of mucosal inflammation associated with dentures. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 18, n. 6, p. 515-527, Dec. 1967.
- Mc COURTIE, J.; DOUGLAS, L. J. Relationship between all surface composition of *Candida albicans* and adherence to acrylic after growth on different carbon sources. *Infect. Immun.*, Washington, DC, v. 32, n. 3, p. 1234-1241, June 1981.
- Mc KENDRICK, A. J. W. Dental stomatitis and angular cheilitis in patients receiving long term tetracycline therapy. *Br. Dent. J.*, London, v. 124, n. 9, p. 412-417, May 1968.
- NASCIMENTO, W. F. et al. Desinfecção de moldes: como, quando e por quê. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 21-24, jan./fev. 1999.
- OLSEN, I. Denture stomatitis. Occurrence and distribution of fungi. *Acta Odontol. Scand.*, Oxford, v. 32, n. 5, p. 329-333, May 1974.
- PINTO-COELHO, C. M. et al. Avaliação preliminar das lesões da mucosa bucal associadas ao uso de prótese removível. *Rev. Odontol. Univ. Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 3-9, maio 2000.
- SAMARANAYAKE, L. P.; Mc FARLANE, T. W. The adhesion of the yeast *Candida albicans* to epithelial cells on human origin *in vitro*. *Arch. Oral Biol.*, Oxford, v. 26, n.10, p. 815-820, Dec. 1981.
- SANTARPIA, R. P. et al. Model system for the *in vitro* testing of a synthetic histictine peptide against candida species grown directly on the denture surface of patients with denture stomatitis. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 60, n. 1, p. 62-70, July 1988.
- SPIESHOWICZ, E. et al. *In vitro* study on the inhibiting effect of different agents on the growth on *Candida albicans* on acrylic resin surfaces. *Quintessence Int.*, Illinois, v. 21, n. 1, p. 35-40, May 1990.
- TAMAKI, T. *Dentaduras completas*. São Paulo: Sarvier, 1984.
- WAKEFIELD, C. W. Laboratory contamination of dental prostheses. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 44, n. 2, p. 143-146, Aug. 1980.
- YDELI, Z. et al. Consistency and softness of soft liners. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 75, n. 4, p. 412-418, Apr. 1996.

Endereço para correspondência

Juliana Bisinotto Gomes
Rua Abdalla Attiê, 146. Bairro Virgilato Pereira.CEP: 38408-436. Uberlândia-MG.
Telefone: (34) 32349426 - e-mail: juliana_bisinotto@yahoo.com.br

Papelaria Suporte

Materiais para:
Impressos odontológicos
Escritório
Informática
Escolar

Fernando
9971-5801
Franklim
936-1701
(62) 251-3569
Fax: 251-3547

Av. C-233 n° 417 Jardim América - Goiânia-GO

CLINFACE
ODONTOLOGIA

Cirurgia Oral, Trauma de Face
Cirurgia Ortognática, Cirurgia Maxilo-Facial, Periodontia
Implante - Parte Cirúrgica Exclusivamente

Paulo Barbosa Andrade
Prof. de cirurgia - FO - UFG
CRO 2902 - Especialista - Pós Graduação

*USP - Baur - SP *Cirurgia Maxilo-Facial
**UNESP - Araraquara - SP **Periodontia

Rua 15 n° 858, St. Marieta, 1° Od. Abaixo da Net
CEP: 74158-150, Goiânia - Goiás
Fone: (062) 245-1295 / 281-7204 - 9973-6837